



Fatores associados ao estresse parental em unidade de terapia intensiva neonatal: estudo transversal


Amanda de Souza Brondani ¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7367-5357>

Luciane Flores Jacobi ³

 <https://orcid.org/0000-0003-4622-9292>

Leonardo Bigolin Jantsch ²

 <https://orcid.org/0000-0002-4571-183X>

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Rua Sarmento Leite, 245. Centro Histórico. Porto Alegre, RS, Brasil. CEP: 90.050-170. E-mail: mandabroniani@gmail.com

² Universidade Federal de Santa Maria. Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões, RS, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

Resumo

Objetivos: verificar fatores associados ao estresse parental em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) de pequenos municípios.

Métodos: estudo quantitativo transversal, com pais de recém-nascidos internados em UTI Neonatal de dois hospitais filantrópicos. Os instrumentos utilizados foram Parental Stress Scale: Neonatal ICU e Percepção do Cuidado Centrado na Família - País. A análise foi realizada de acordo com a natureza de distribuição das variáveis.

Resultados: de 129 voluntários, 79,8% apresentaram estresse parental. As médias de estresse nos domínios “sons e imagens”, “aparência e comportamento do bebê” e “alteração no papel da mãe/pai” observadas foram, respectivamente, 1,9, 2,9 e 3,7 na Parental Stress Scale: Neonatal ICU. Houve associação significativa entre gênero dos participantes ($p=0,018$) e intercorrências clínicas durante a hospitalização ($p=0,044$) com estresse parental. Observou-se diferença nos grupos na variável “tempo de interação até o momento da coleta de dados” ($p=0,011$), nos domínios “respeito” ($p=0,026$), “colaboração” ($p=0,006$) e na soma total ($p=0,011$) da escala Percepção do Cuidado Centrado na Família - País.

Conclusão: estresse parental esteve associado à alteração no papel de mãe/pai; às mães e à ocorrência de intercorrências clínicas com o bebê durante sua hospitalização.

Palavras-chave UTI neonatal, Recém-nascido, Parentalidade, Estresse psicológico, Relações profissional-família, Assistência integral à saúde



Introdução

Anualmente, a cada 1000 recém-nascidos (RN) vivos no mundo, entre 64 e 80 deles necessitam de cuidados intensivos em unidade de terapia intensiva neonatal (UTI neonatal).¹ A internação de um RN na UTI neonatal pode acarretar alterações emocionais e de saúde também em seus pais.² Alguns fatores estressores presentes na UTI neonatal, na concepção parental, são os ruídos, a alternância de luminosidade e penumbra, a presença de tubos e equipamentos, a aparência frágil dos bebês,³ as funções e a empatia da equipe multiprofissional, a necessidade de comunicação e informação, o medo da morte do RN, os sentimentos de culpa e vergonha, além da separação de seu filho.⁴⁻⁶ Somado a isso, os cuidados com o bebê são realizados pela equipe de saúde, fazendo com que os pais sintam-se expectadores, comprometendo o reconhecimento das funções de mãe e pai, o que, adicionado ao estresse relacionado ao ambiente, podem interferir negativamente na vinculação com o bebê e em seu desenvolvimento.^{7,8}

A participação dos pais na UTI neonatal é muito importante, já que sua permanência está associada à melhora no neurodesenvolvimento do bebê, além de otimizar a relação parental e melhorar a percepção do estresse na UTI neonatal.⁹ Apesar da existência da Lei nº 13.257, de 2016, a qual dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância, e que regulamenta que as UTIs neonatais devem proporcionar condições para que o pai, a mãe ou outro responsável permaneça em tempo integral durante a internação do bebê, ainda há muitos obstáculos no cumprimento desse direito.¹⁰

Os cuidados com os RN devem incluir a família e suas necessidades, conforme o preconizado pelo Cuidado Centrado na Família (CCF).^{5,11} Algumas medidas que otimizam a assistência são a garantia de acesso livre dos pais na UTI neonatal, respeito aos seus valores e crenças, escuta ativa e fornecimento de informações completas e imparciais sobre seu bebê e encorajamento para participar da tomada de decisões e do cuidado com o bebê.¹¹ Estas e outras ações refletem na diminuição do tempo de internação hospitalar, maior autonomia parental, qualificação da percepção dos pais referente à internação e redução do estresse parental.¹² O CCF, nos últimos anos, enfrentou desafios em sua incorporação devido à situação epidemiológica da COVID-19, que traz inúmeras repercussões tanto para a inclusão da família nos contextos de cuidado quanto para o estresse parental vivenciado pelos pais e outros membros da família.¹³

Apesar de a internação em UTI neonatal ser necessária em diversos casos e garantir a sobrevivência do RN de risco, demonstra ser um ambiente com inúmeros fatores estressores tanto para o bebê quanto para sua família. O

objetivo deste estudo foi verificar os fatores associados ao estresse parental na UTI neonatal, considerando o contexto do CCF em dois municípios de pequeno a médio porte.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional, com delineamento transversal, de abordagem quantitativa. Os participantes do estudo foram pais e mães de recém-nascidos internados em UTI neonatal, que haviam frequentado a unidade pelo menos três vezes antes da coleta de dados. O intervalo de participação escolhido foi entre cinco e 15 dias de internação do bebê. Considerou-se o limite inferior de dias de internação a fim de que os pais pudessem ter experiências dentro do contexto da UTI neonatal para responder aos instrumentos propostos e o superior para dar homogeneidade aos participantes.

Foram excluídos pais de recém-nascidos internados diretamente em unidade de cuidados intermediários convencional ou canguru; aqueles com menos de 18 anos de idade no momento do convite para participar do estudo ou que não possuíssem condições cognitivas para responder o instrumento de coleta de dados, considerado pela equipe de saúde. A população foi constituída pela totalidade de pais e mães elegíveis de recém-nascidos internados nas UTI neonatal de duas instituições, no período estudado.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a outubro de 2021, em dois hospitais do sul do país, ambos de caráter filantrópico, dispondo de 10 leitos de UTI neonatal cada um. As instituições foram escolhidas com base na disponibilidade geográfica dos pesquisadores. O Hospital A atende pacientes de 22 municípios da região noroeste do estado. Possui 155 leitos de internação e três unidades de terapia intensiva (adulto, pediátrica e neonatal). O Hospital B faz parte de um dos maiores complexos hospitalares da região norte do estado. É um centro de referência para a macrorregião norte do estado para o SUS, abrangendo 158 municípios e atendendo a uma população de aproximadamente 1.600.000 habitantes. No Hospital A, pais e mães podiam permanecer na UTI neonatal em tempo integral, exceto durante a troca de turnos da equipe e em alguns procedimentos. Enquanto isso, no Hospital B, a permanência dos pais ocorria em um sistema de visitas, duas vezes por turno, com uma hora de duração cada. As rotinas de visitas em ambos os hospitais não foram alteradas durante a pandemia. Primeiramente, os participantes elegíveis foram captados via telefone, por meio dos contatos cadastrados no sistema de registros das instituições, e convidados a participarem da pesquisa. Em seguida, foram enviados, via aplicativo Whatsapp, aos pais e às mães que aceitassem participar, os instrumentos de coleta, na versão digitalizada. Neste

formulário eletrônico, que era respondido online, constava, na primeira seção, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O restante do formulário só poderia ser acessado caso o participante concordasse com o TCLE. Após o preenchimento dos instrumentos, as respostas eram automaticamente enviadas ao e-mail dos pesquisadores. A coleta de dados ocorreu inteiramente de forma virtual, justificada pela intensificação das infecções por COVID-19, e foi realizada por uma equipe de acadêmicos e residentes treinados.

Os questionários utilizados foram *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU) e *Percepção do Cuidado Centrado na Família – Pais* versão brasileira (PCCF-P versão brasileira), ambos validados e traduzidos para a língua portuguesa do Brasil,^{14,15} além de instrumento de caracterização dos participantes, de dados obstétricos e dos recém-nascidos, produzido pelos autores. A PSS: NICU¹⁶ objetiva avaliar a percepção dos pais quanto aos fatores estressores presentes nos ambientes físico e psicossocial da UTI neonatal. O instrumento é do tipo *Likert*, com pontuação de 1 a 5, sendo que 1 refere-se a “não estressante” e 5 a “extremamente estressante”. Ainda há a opção “não se aplica”. Considerou-se a métrica “1” e o ponto de corte “2” para dividir os grupos em “Com estresse” (pontuação igual ou maior do que 2) e “Sem estresse” (pontuação menor do que 2).⁵

A PCCF-P é uma escala de percepção do CCF para pais e tem o objetivo de medir e comparar as perspectivas de pais sobre o CCF em diferentes contextos pediátricos.¹⁷ Esta escala de medida também é do tipo *Likert*, contando com quatro alternativas de respostas para cada pergunta: 1 - nunca, 2 - às vezes, 3 - geralmente e 4 - sempre.¹⁵ A quantificação das respostas varia entre 20 e 80, sendo que, quanto maior o valor da soma, mais positiva é a percepção dos pais.¹⁸

As variáveis qualitativas foram apresentadas pelas frequências absoluta e relativa. Realizaram-se cruzamentos simples das variáveis qualitativas e, para verificar a associação entre elas, foi utilizada a medida *odds ratio* (OR) e seu intervalo de confiança. A análise foi realizada no *software* Statistica 9.1, sendo considerado de significância achados com $p \leq 0,05$. As variáveis quantitativas foram apresentadas por média (\pm desvio-padrão), mediana, mínimo e máximo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Instituição de Ensino Superior Pública, CAAE 43938621.8.0000.5346, em abril de 2021, e pelas instituições onde ocorreram as coletas.

Resultados

Participaram do estudo 129 voluntários, 62,8% eram mães, com média de idade de 29 ($\pm 6,1$) anos e faixa etária entre

20 e 46 anos. O predomínio foi de pais que possuíam o ensino médio completo (43,4%) como escolaridade máxima e que não residiam no município em que seu recém-nascido esteve internado (62,8%). Em relação ao tempo de permanência parental diária na UTI neonatal, o período estendeu-se de 30 minutos a 16 horas, com média de 3,7 ($\pm 3,3$) horas. Referente à percepção dos pais sobre este tempo na UTI neonatal, 48,8% dos participantes afirmaram considerá-lo “pouco”.

Considerando-se os dados obstétricos, 53,4% das gestações eram de alto-risco, em 65,1% houve complicações obstétricas e 97,6% das mulheres realizaram pré-natal. Dentre as complicações, destacam-se pré-eclâmpsia, trombofilia, diabetes, descolamento de placenta, centralização fetal e hipotireoidismo.

Referente aos neonatos, o tempo médio de internação em UTI neonatal até o momento da coleta de dados foi de 8 dias, a predominância foi de recém-nascidos masculinos (68,9%), prematuros moderados e tardios (68,9%), com média de 2,1kg, com via de nascimento cesariana (80%). As principais causas de internação em UTI neonatal foram prematuridade e disfunção respiratória (60%), 75,5% passaram por intercorrências clínicas durante o período em que permaneceram na unidade e 95,5% utilizavam algum tipo de dispositivo. Além disso, 78,9% não estavam em uso de suporte ventilatório no momento da coleta de dados, porém 65,5% deles já o haviam utilizado durante a internação.

Dentre os participantes, 79,8% apresentaram estresse. Realizou-se análise descritiva da PSS: NICU. Os resultados estão expostos na Tabela 1. No domínio “Sons e imagens”, as situações mais estressantes, na percepção dos pais, foram “Ver a máquina (respirador) respirar pelo meu bebê” (média 3,0) e “O barulho repentino do alarme dos monitores” (média 2,1). No domínio “Aparência e comportamento do bebê”, os itens que receberam maiores pontuações nesta categoria foram “Quando meu bebê parece estar sentindo dor” (média 3,8) e “Quando meu bebê parece estar triste” (média 3,8). Já no domínio “Alteração de papel de mãe/pai”, os fatores assinalados como mais estressantes foram “Estar separado(a) do meu bebê” (média 4,2) e “Sentir-se desamparado(o) e incapaz de proteger o meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos” (média 4,1).

Foram realizadas associações entre variáveis de caracterização dos participantes, dados obstétricos e neonatais com o instrumento PSS:NICU. Os resultados encontram-se dispostos na Tabela 2. Observou-se que somente duas variáveis apresentaram associação significativa com estresse parental: gênero dos participantes e intercorrências clínicas dos recém-nascidos durante o período de internação na UTI neonatal. O estresse parental é significativamente ($p=0,0182$) maior, com chance de

Tabela 1

Médias das respostas por item e por domínio da *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU). Rio Grande do Sul/Brasil, 2022.

Ítems da <i>Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit</i>	Média
Sons e imagens	1,9
1. A presença de monitores e equipamentos	1,8
2. O barulho constante de monitores e equipamentos	1,9
3. O barulho repentino do alarme dos monitores	2,1
4. Os outros bebês doentes na sala	1,6
5. O grande número de pessoas trabalhando na unidade	1,2
6. Ver a máquina (respirador) respirar pelo meu bebê	3,0
Aparência e Comportamento do bebê	2,9
1. Tubos e equipamentos no meu bebê ou perto dele	2,8
2. Áreas machucadas, cortes ou lesões no meu bebê	3,4
3. A cor anormal do meu bebê (por exemplo: pálido ou amarelado)	2,9
4. Respiração incomum ou anormal do meu bebê	3,5
5. O tamanho pequeno do meu bebê	2,3
6. A aparência enrugada do meu bebê	1,9
7. Ver agulhas e tubos no meu bebê	3,4
8. Meu bebê ser alimentado pela veia ou por um tubo	3,1
9. Quando o meu bebê parece estar sentindo dor	3,8
10. Quando o meu bebê parece estar triste	3,8
11. A aparência flácida e frágil do meu bebê	2,9
12. Movimentos agitados e inquietos do meu bebê	2,7
13. Meu bebê não ser capaz de chorar como os outros bebês	2,8
Alteração no papel de mãe/pai	3,7
1. Estar separada(o) do meu bebê	4,2
2. Não alimentar eu mesma(o) o meu bebê	3,8
3. Não poder cuidar eu mesma(o) do meu bebê (por exemplo: trocar fraldas, dar banho)	3,5
4. Não poder segurar meu bebê quando quero	3,6
5. Sentir-se desamparada(o) e incapaz de proteger o meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos	4,1
6. Sentir-se sem condições de ajudar o meu bebê durante esse tempo	3,8
7. Não ter tempo para estar sozinha(o) com o meu bebê	3,1
Total	2,8

quase 3 vezes, nas mães, quando comparado aos pais. Ademais, a presença de intercorrências clínicas com o bebê durante a estada na UTI neonatal possibilita 2,6 vezes mais chance de ocorrência de estresse parental nos participantes ($p=0,0443$).

As variáveis quantitativas também foram analisadas. Suas médias (\pm desvio-padrão) e medianas encontram-se dispostas na Tabela 3. Na Figura 1, é apresentada a soma obtida por cada respondente na escala PCCF-P versão

brasileira para cada grupo da PSS:NICU. Observa-se que houve diferença entre os grupos nos domínios do PCCF-P “respeito” ($p=0,0266$) e “colaboração” ($p=0,0060$), bem como na soma total ($p=0,0112$) do instrumento, em que foi observada uma concentração de respostas nas maiores pontuações no grupo “sem estresse”. Ademais, “tempo de internação até o momento da coleta de dados” ($p=0,0112$) também apresentou diferença entre os grupos.

Tabela 2

Associação entre variáveis de caracterização dos participantes, dados obstétricos e neonatais com o instrumento *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS:NICU) (Odds ratio). Rio Grande do Sul/Brasil, 2022.

	Participantes (n= 129)	Estresse		ORbruto (IC95%)	p
		Sem (26; 20,2)	Com (103; 79,8)		
Gênero					0,018*
Masculino	48 (37,2)	15 (57,7)	33 (32,0)	1,0	
Feminino	81 (62,8)	11 (42,3)	70 (68,0)	2,9 (1,2 – 7,0)	
Nível máximo de instrução					
Ensino superior completo	41 (31,8)	4 (15,4)	37 (35,9)	1,0	
Ensino médio completo	56 (43,4)	14 (53,8)	42 (40,8)	0,3 (0,1 – 1,1)	0,065
Complete elementary education	22 (17,0)	6 (23,1)	16 (15,5)	0,3 (0,1 – 1,2)	0,080
Ensino fundamental incompleto	10 (7,8)	2 (7,7)	8 (7,8)	0,4 (0,1 – 2,8)	0,377
Mora na cidade do hospital?					0,548
Sim	48 (37,2)	11 (42,3)	37 (35,9)	1,0	
Não	81 (62,8)	15 (57,7)	66 (64,1)	1,3 (0,5 – 3,1)	
Gestação de alto-risco?					0,891
Não	58 (45,0)	12 (46,2)	46 (44,7)	1,0	
Sim	71 (55,0)	14 (53,8)	57 (55,3)	1,1 (0,4 – 2,5)	
Realizou pré-natal?					0,572
Sim	126 (97,7)	25 (96,1)	101 (98,1)	1,0	
Não	3 (2,3)	1 (3,9)	2 (1,9)	0,5 (0,04 – 5,7)	
Complicações Obstétricas?					0,331
Não	40 (31,0)	6 (23,1)	34 (33,0)	1,0	
Sim	89 (69,0)	20 (76,9)	69 (67,0)	0,6 (0,2 – 1,6)	
Via de nascimento					0,835
Vaginal	23 (17,8)	5 (19,2)	18 (17,5)	1,0	
Cesárea	106 (82,2)	21 (80,8)	85 (82,5)	1,1 (0,4 – 3,4)	
Classificação do RN					
A termo	19 (14,7)	5 (19,2)	14 (13,6)	1,0	
Prematuro moderado	88 (68,2)	19 (73,1)	69 (67,0)	1,3 (0,4 – 4,1)	0,655
Muito prematuro	15 (11,6)	2 (7,7)	13 (12,6)	2,3 (0,4 – 14,1)	0,605
Prematuro extremo	7 (5,4)	0 (0,0)	7 (6,8)	5,7 (0,3 – 11,3)	0,260
Causa de internação em UTI neonatal					0,887
Prematuridade e disfunção respiratória	76 (58,9)	15 (57,7)	61 (59,2)	1,0	
Outras causas	53 (41,1)	11 (42,3)	42 (40,8)	0,9 (0,4 – 2,2)	
Intercorrências clínicas?					0,044*
Não	30 (23,3)	10 (38,5)	20 (19,4)	1,0	
Sim	99 (76,7)	16 (61,5)	83 (80,6)	2,6 (1,02 – 6,6)	
Uso de dispositivos?					0,467
Não	5 (3,9)	0 (0,0)	5 (4,8)	1,0	
Sim	124 (96,1)	26 (100,0)	98 (95,2)	0,3 (0,02 – 6,3)	
Suporte ventilatório no momento?					0,069
Não	101 (78,3)	24 (92,3)	77 (74,8)	1,0	
Sim	28 (21,7)	2 (7,7)	26 (25,2)	4,1 (0,9 – 18,3)	
Usou suporte ventilatório antes?					0,430
Não	83 (64,3)	15 (57,7)	68 (66,0)	1,0	
Sim	46 (35,7)	11 (42,3)	35 (34,0)	0,7 (0,3 – 1,7)	

OR=odds ratio, IC95% – intervalo de confiança de 95%. Os valores estão apresentados em frequência absoluta e, entre parênteses, frequência relativa (em percentual). Já nos valores medidos por Odds ratio, entre parênteses encontra-se o intervalo de confiança.

Tabela 3

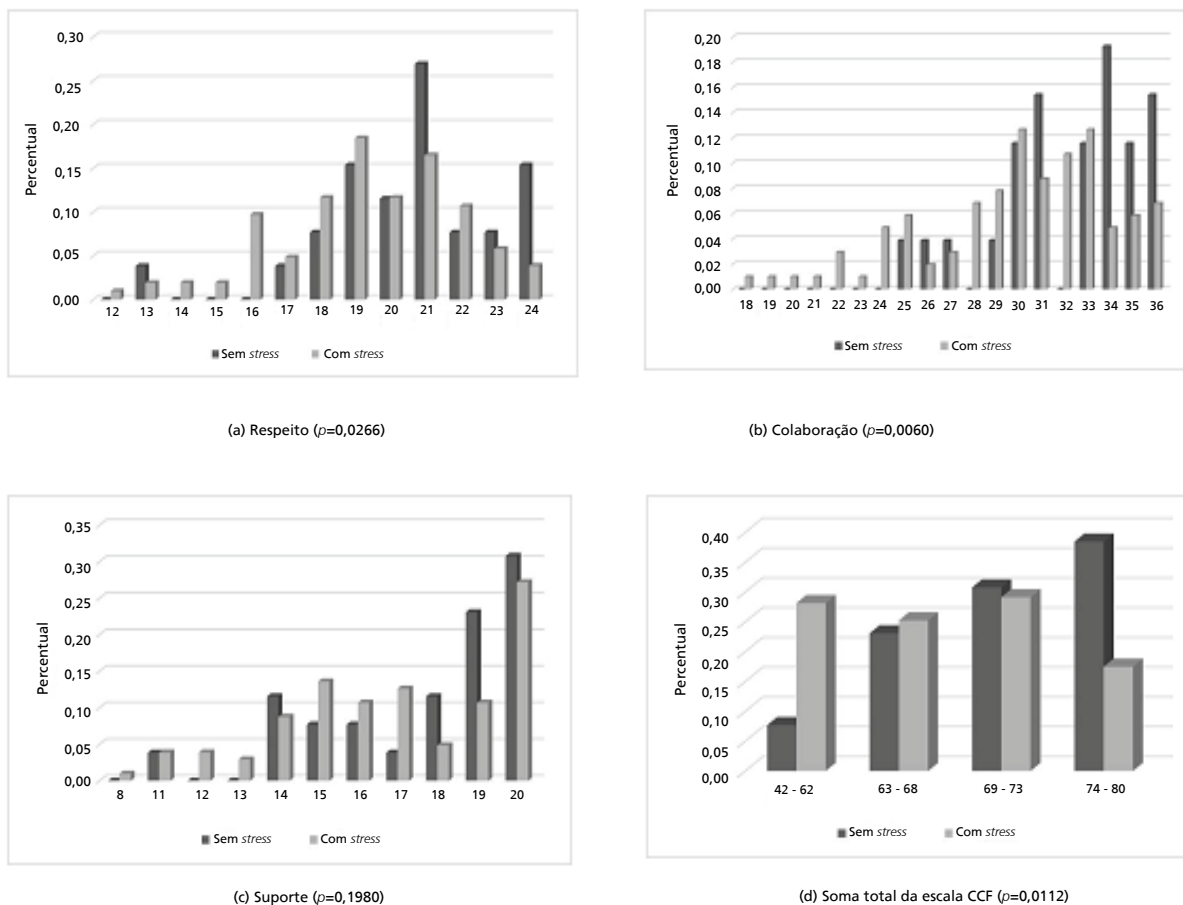
Médias (\pm desvio-padrão) e medianas (mínimo-máximo) das associações das variáveis quantitativas com o instrumento *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS:NICU). Rio Grande do Sul/Brasil, 2022.

Variáveis	Com estresse (n=103)		Sem estresse (n=26)		p*
	Média (DP**)	Mediana (min-máx)	Média (DP)	Mediana (min-máx)	
Idade	30,5 (6,3)	30 (20-46)	29 (5,2)	28,5 (20-37)	0,3824
Horas diárias na UTI neonatal	7,8 (3,3)	2,0 (0,5-16)	3,5 (3,4)	2,0 (0,5 – 13)	0,5057
Peso ao nascer	2061,8 (794,3)	1910 (875-4910)	2156,5 (662,2)	1897,5 (1085-3260)	0,4348
Tempo de internação até o momento da coleta de dados	7,8 (2,9)	7 (5-15)	9,3 (3,0)	9 (5-15)	0,0112
Tempo de suporte ventilatório	6,1 [†] (2,7)	6 (0,4-12)	5,2 ^{††} (7,8)	5,2 (0,4-10)	0,8584

*Teste U de Mann-Whitney. ** DP = Desvio Padrão, min = valor mínimo, máx = valor máximo. †n=26. †† n=2.

Figura 1

Soma obtida por cada participante na escala Percepção do Cuidado Centrado na Família – pais versão brasileira (PCCF-P versão brasileira) para cada grupo da *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS:NICU). Rio Grande do Sul/ Brasil, 2022.



Na linha horizontal, estão representadas as pontuações, desde as mínimas até as máximas assinaladas pelos participantes, de cada domínio da escala PCCF-P e de sua soma total. Já na linha vertical, constam as porcentagens da quantidade de respostas obtidas em cada uma das pontuações. As barras de cor cinza escuro representam o grupo “sem estresse” e as de cor cinza claro o grupo “com estresse”.

Discussão

O estresse parental na UTI neonatal foi associado a mudanças no papel da mãe/pai; ao gênero dos participantes e também à ocorrência de intercorrências clínicas com o bebê durante a hospitalização. Observou-se uma diferença nos grupos na variável “tempo de internação até o momento da coleta de dados”, nos domínios “respeito”, “colaboração” e na soma total da

escala de Percepção do Cuidado Centrado na Família – Pais.

Conforme mostrado na análise do PSS: NICU, o domínio com a média mais alta foi “Alteração no papel de mãe/pai”, cujos fatores indicados como mais estressantes foram “Estar separado(a) do meu bebê” e “Sentir-se desamparada(o) e incapaz de proteger o meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos”, de maneira semelhante a estudos que apontam os mesmos resultados.^{19,20}

A separação entre pais e bebês imposta pelo ambiente da UTI neonatal é considerada como uma das principais fontes de estresse, pois os pais sentem-se sobrecarregados e impotentes, além de que os bebês recebem pouco apoio e interação parental.²¹ Durante a internação, os pais passam o cuidado de seus filhos aos profissionais de saúde, evidenciando a separação do bebê e a dificuldade de fazer parte do serviço e vivenciar suas funções parentais.^{4,19,22} Durante a internação do bebê, as oportunidades de envolvimento dos pais no cuidado apresentam-se limitadas. Esse acesso restrito dos pais ao seu papel de cuidadores interfere diretamente em seu bem-estar afetivo e psicológico, além de impactar no estabelecimento de vínculo afetivo.³ O alto nível de estresse pode ser minimizado com o apoio da equipe de saúde, incorporando metodologias do CCF e otimizando a participação dos pais no processo de cuidado.¹¹

A hospitalização infantil está diretamente relacionada à presença parental. Porém, no cenário dos cuidados intensivos, essa situação é desafiadora, pela alta complexidade dos procedimentos realizados e devido ao horário reduzido de visita ainda existente em algumas unidades,²³ assim como em uma das instituições analisadas no presente estudo. Um estudo conduzido na Finlândia em 2015 verificou uma média de permanência de 9,7 horas no local, principalmente durante o dia. Também demonstrou que as unidades em que possibilitavam o pernoite dos pais, o tempo de permanência era maior.²⁴ Uma das unidades pesquisadas neste estudo permite, conforme legislação, que os pais frequentem a UTI neonatal durante as 24 horas do dia, porém a estrutura física não favorece o pernoite, devido ao espaço limitado, pelo conforto insuficiente, entre outros empecilhos.

Outro fator condicionante que dificultou a presença dos pais durante as hospitalizações pediátricas foi o contexto da pandemia de COVID-19. O CCF destaca-se como uma filosofia de cuidado que promove a participação da família nas decisões e no cuidado de seus entes queridos. No entanto, durante a pandemia de COVID-19, houve o risco de retrocesso na implementação dessa abordagem devido às preocupações com a potencial disseminação do vírus, o que poderia afastar a família desse contexto. É crucial refletir sobre cada situação individualmente, pois aplicar uma regra única para todos desrespeitaria a singularidade de cada pessoa e de sua família.²⁵

As famílias devem ser vistas não apenas em termos de restrições à sua entrada e permanência no hospital, como potenciais disseminadoras de infecções, mas como parceiras no desenvolvimento de estratégias e ações durante a crise, bem como no planejamento de passos futuros, incluindo para potenciais pandemias futuras. Esses resultados também destacam a importância do CCF na redução do estresse parental na UTI neonatal.²⁶

O estresse parental é significativamente maior em mães quando comparado a pais. Uma meta-análise corrobora esse achado presente no estudo, destacando que a admissão na UTI neonatal é mais estressante para as mães do que para os pais e pode impactar a saúde mental e a qualidade de vida.²⁷ Mães relataram uma prevalência combinada maior de estresse, ansiedade e depressão do que pais, possivelmente atribuível aos seus sentimentos em relação ao nascimento de um filho doente.²⁸

Isto pode ser explicado devido às diversas transformações experimentadas pelas mulheres durante o período gestacional e puerpério, ao papel de cuidadoras principais que as mães possuem, além de normalmente passarem mais tempo na UTI neonatal do que os pais. Além disso, os pais podem ter acesso facilitado aos bebês logo após o nascimento devido a retornarem ao trabalho mais precocemente e pelas mães apresentarem maiores riscos perinatais. Outro fator importante é a limitação à amamentação, situação mais angustiante para as mães.³

Há 2,6 vezes mais chance de ocorrência de estresse quando há presença de intercorrências clínicas com o bebê durante a estada na UTI neonatal. Esta situação está diretamente relacionada com maior risco de morte, instabilidade clínica, separação dos pais e do bebê, sentimento de impotência e insegurança dos pais, aumento do tempo de internação do RN, entre outros agravos, os quais podem explicar a associação com o estresse dos pais. A instabilidade clínica do bebê está relacionada à menor presença dos pais, colo e contato pele a pele na UTI neonatal. Quando seu filho está em uso de ventilador mecânico ou está clinicamente frágil, os pais podem se sentir menos confiantes em sua capacidade de cuidar. Em contrapartida, há maior participação dos pais no cuidado de bebês com menos intervenções médicas.⁹

O grupo “sem estresse” apresentou uma média de tempo ligeiramente maior, o que pode indicar que, com o decorrer dos dias, os pais criam vínculo com a equipe de saúde e maior segurança em relação ao cuidado. Além disso, a tendência é que os bebês fiquem clinicamente mais estáveis ao longo do tempo, durante seu tratamento, o que gera maior tranquilidade parental. Isso está relacionado à diminuição das necessidades de cuidados intensivos do bebê, fazendo com que os pais se sintam cada vez mais como os principais cuidadores de seus filhos, assumindo seu papel parental. Isso ocorre à medida que podem participar mais ativamente na amamentação, no banho e no contato físico com o bebê.²⁹

Analisando-se as variáveis quantitativas, observou-se uma concentração de respostas nas maiores pontuações no grupo “sem estresse” nos domínios “respeito”, “colaboração” e na soma total da escala PCCF-P, o que indica que, quanto melhor a percepção dos pais em relação ao cuidado centrado na família, menores os seus níveis de

estresse na UTI neonatal. Durante o período de internação do RN na UTI neonatal, os pais necessitam de apoio, suporte, incentivo e orientação da equipe.^{9,21,25}

Estudos trazem que a assistência voltada à prática do CCF está estritamente relacionada à minimização da ansiedade e do estresse parental e à potencialização da autoconfiança e da sensação de segurança e controle dos pais, otimização na adesão ao método canguru, das taxas de aleitamento materno e do vínculo pais-bebê, redução no tempo de internação do recém-nascido e de posteriores reinternações, além de integração com a equipe de saúde.²⁴ Além disso, o neonato vivencia uma melhor adaptação à vida extrauterina, com melhor ganho de peso e regulação dos sinais vitais.²³

Uma revisão da literatura indica que o estresse decorrente dos ambientes de UTI neonatal tem sido correlacionado com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e ansiedade. Também destaca que há evidências limitadas sugerindo que o envolvimento dos pais, a comunicação eficaz entre os pais e a equipe de saúde, o suporte social adequado e mecanismos de enfrentamento positivos podem atuar como fatores protetores tanto para TEPT quanto para ansiedade.³⁰

Este estudo apresentou como limitação o fato de que a coleta de dados ocorreu inteiramente de forma virtual, justificada pela intensificação das infecções por COVID-19. Essa situação pode ter excluído participantes elegíveis que não tinham acesso a um smartphone ou ao aplicativo WhatsApp. Outra limitação é a falta de dados formais sobre a contaminação da população estudada durante este período nessas instituições.

Um potencial ponto forte do estudo é a oportunidade de conscientizar os profissionais sobre os fatores associados ao estresse parental na UTI neonatal e capacitá-los no CCF. Promover ações que incentivem os pais a participar dos cuidados de seus bebês e ensiná-los de maneira que se sintam confiantes em assumir seu papel parental é essencial. Além disso, permitir e incentivar sua presença em tempo integral é crucial. Isso promoverá maior vínculo entre pais e equipe, entre pais e bebês, fortalecendo a autonomia e a segurança parental e tendo um impacto positivo na redução do estresse parental e no desenvolvimento infantil em médio e longo prazo.

Para estudos futuros, sugerimos investigar mais de perto a inclusão da figura paterna e a representação cultural da figura materna. Além disso, sugere-se abordar a diferenciação do estresse materno entre mães de bebês prematuros e a termo, assim como verificar diferenças entre os períodos pré e pós-pandemia.

Contribuição dos autores

Brondani AS, Jantsch LB e Jacobi LF: desenho do estudo, coleta e análise de dados, interpretação dos resultados,

escrita do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesses.

Referências

1. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller AB, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob. Health.* 2019; 7 (1): e37-e46.
2. Silva ND, Linhares MB, Gaspardo CM. Developmental care approaches for mitigating stress in preterm neonates in the neonatal intensive care unit: A systematic review. *Int J Psychol Neurosci.* 2018 Jun; 11 (2): 117-31.
3. Caporali C, Pisoni C, Gasparini L, Ballante E, Zecca M, Orcesi S, Provenzi L. A global perspective on parental stress in the neonatal intensive care unit: a meta-analytic study. *J Perinatol.* 2020 Sep; 40 (12): 1739-52.
4. Abuidhail J, Al-Motlaq M, Mrayan L, Salameh T. The Lived Experience of Jordanian Parents in a Neonatal Intensive Care Unit. *J Nurs Res.* 2017 Apr; 25 (2): 156-62.
5. Kegler JJ, Neves ET, Silva AM, Oliveira DC, Zamberlan KC. Fatores associados ao estresse de pais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Acta Paul Enferm.* 2023; 36: eAPE02061.
6. Ramos FP, Enumo SR, Paula KM. Maternal Coping with Baby Hospitalization at a Neonatal Intensive Care Unit. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2017 Ago; 27 (67): 10-9.
7. Veronez M, Borghesan NA, Corrêa DA, Higarashi IH. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Rev Gaucha Enferm.* 2017; 38 (2): e60911.
8. Spinelli M, Frigerio A, Montali L, Fasolo M, Spada MS, Mangili G. 'I still have difficulties feeling like a mother': The transition to motherhood of preterm infants mothers. *Psychol Health.* 2015 Out; 31 (2): 184-204.
9. Pineda R, Bender J, Hall B, Shabosky L, Annecca A, Smith J. Parent participation in the neonatal intensive care unit: Predictors and relationships to neurobehavior and developmental outcomes. *Early Hum Dev.* 2018 Feb; 117: 32-8.
10. Amaral CER. Lei nº 13.257/2016: políticas públicas para a primeira infância. *Rev Jus Navigandi [Internet].* 2016 Jul; 21 (4803). [acesso em 2021 Dez 21]. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/47246/lei-n-13-257-2016-politicas-publicas-para-a-primeira-infancia>.

11. Fróes GF, Mendes EN, Pedroza GD, Cunha ML. Estresse experimentado por mães de recém-nascidos pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020; 41 (spe): e20190145.
12. Balbino FS, Balieiro MM, Mandetta MA. Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. *Rev Latino-Am Enferm.* 2016; 24: e2753.
13. Lessa ARD, Bitercourt VN, Crestani F, Andrade GRH, Costa CAD, Garcia PCR. Impact of the COVID-19 Pandemic on Patient- and Family-Centered Care and on the Mental Health of Health Care Workers, Patients, and Families. *Front Pediatr.* 2022 Jul; 10: 880686.
14. Souza SR, Dupas G, Balieiro MM. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU). *Acta Paul Enferm.* 2012; 25 (2): 171-6.
15. Silva TO, Alves LB, Balieiro MM, Mandetta MA, Tanner A, Shields L. Adaptação transcultural de instrumentos de medida do cuidado centrado na família. *Acta Paul Enferm.* 2015 Abr; 28 (2): 107-12.
16. Miles MS, Funk SG, Carlson J. Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit. *Nurs Res.* 1993; 42: 148-52.
17. Shields L, Mamun AA, Flood K, Combs S. Measuring family-centred care: working with children and their parents in two second level hospitals in Australia. *Eur J Pers Cent Healthc.* 2014; 2 (2): 206-11.
18. Petersen CB, Lima RAG, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Parent and staff perceptions of patient and family-centred care in a Brazilian paediatric's hospital: Quantitative study. *J Eval Clin Pract.* 2023; 29 (6): 765-73.
19. Kegler JJ, Neves ET, Silva AM, Jantsch LB, Bertoldo CD, Silva JH. Estresse em pais de recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Esc Anna Nery.* 2019; 23 (1): e20180178.
20. Palma IE, Von Wussow KF, Morales BI, Cifuentes RJ, Ambiado TS. Estrés en padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad de paciente crítico neonatal. *Rev Chil Pediatr.* 2017 Jun; 88 (3): 332-9.
21. Franck LS, Waddington C, O'Brien K. Family Integrated Care for Preterm Infants. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2020. Jun; 32 (2): 149-65.
22. Cassiano RG, Gasparido CM, Linhares MB. Prematurity, neonatal health status, and later child behavioral/emotional problems: a systematic review. *Infant J Ment Health.* 2016 Abr; 37 (3): 274-88.
23. Gómez-Cantarino S, García-Valdivieso I, Moncunill-Martínez E, Yáñez-Araque B, Ugarte Gurrutxaga MI. Developing a Family-Centered Care Model in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): A New Vision to Manage Healthcare. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Oct; 17 (19): 7197.
24. Mäkelä H, Axelin A, Feeley N, Niela-Vilén H. Clinging to closeness: The parental view on developing a close bond with their infants in a NICU. *Midwifery.* 2018 Jul; 62: 183-8.
25. Mandetta MA, Balieiro MM. A pandemia da COVID-19 e suas implicações para o cuidado centrado no paciente e família em unidade pediátrica hospitalar. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2020; 20 (esp COVID-19): 77-84.
26. Institute for Patient and Family Centered Care. What is patient- and family-centered care?. Bethesda: Institute for Patient and Family Centered Care; 2020 [acesso em 2024 Mai 10]. Disponível em: <https://www.ipfcc.org/>
27. Shetty AP, Halemani K, Issac A, Thimmappa L, Dhiraaj S, Radha K, Mishra P, et al. Prevalence of anxiety, depression, and stress among parents of neonates admitted to neonatal intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Pediatr.* 2024 Feb; 67 (2): 104-15.
28. Bua J, Dalena P, Mariani I, Girardelli M, Ermacora M, et al. Parental stress, depression, anxiety and participation in care in neonatal intensive care unit: a cross-sectional study in Italy comparing mothers versus fathers. *BMJ Paediatr Open.* 2024 Apr; 8 (Suppl. 2): e002429.
29. Sousa FP, Curado MAS. Parental stress in the neonatology unit - The influence of hospital stay length and neonatal unit differentiation. *J Neonatal Nurs.* 2023; 29 (3): 506-10.
30. Reem M, Sian H, Pilkington V, Opondo C, Gale C, Stein A, et al. Factors associated with posttraumatic stress and anxiety among the parents of babies admitted to neonatal care: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2024 May; 24 (1): 352.

Recebido em 8 de Setembro de 2023

Versão final apresentada em 13 de Maio de 2024

Aprovado em 1 de Julho de 2024

Editor Associado: Karla Bomfim