

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – CAMPUS DE CASCAVEL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM BIOCÊNCIAS E
SAÚDE – NÍVEL MESTRADO

ELOETH KALISKA PIVA

**VALIDAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DA ESCALA DE CRENÇAS
DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS
HOSPITALIZADOS**

CASCAVEL-PR
Fevereiro/2017

ELOETH KALISKA PIVA

**VALIDAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DA ESCALA DE CRENÇAS
DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS
HOSPITALIZADOS**

Dissertação apresentada ao Programa De Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de Concentração: Biologia, processo saúde-doença e políticas de saúde.

ORIENTADORA: Prof. Dra. Beatriz
Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

CO-ORIENTADORA: Prof. Dra. Ariana
Rodrigues da Silva Carvalho

CASCADEL-PR

Fevereiro/2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

P764v

Piva, Eloeth Kaliska

Validação e categorização da escala de crenças dos pais de recém-nascidos prematuros hospitalizados. / Eloeth Kaliska Piva.-- Cascavel, PR: 2017.

140 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Ariana Rodrigues da Silva Carvalho

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, 2017.

Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

1. Prematuro. 2. Crianças - Cuidado. 3. Pai e filhos - Relação. I. Toso, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira. II. Carvalho, Ariana Rodrigues da Silva. III. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. IV. Título.

CDD 20.ed. 618.92011

CIP-NBR 12899

Ficha catalográfica elaborada por Helena Soterio Bejio CRB-9^a/965

FOLHA DE APROVAÇÃO

ELOETH KALISKA PIVA

**VALIDAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DA ESCALA DE CRENÇAS DOS
PAIS DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS HOSPITALIZADOS**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Biotecnologia e Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.



Orientadora: Prof.^a. Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

UNIOESTE



Prof.^a Dra. Cláudia Silveira Viera

UNIOESTE



Prof.^a Dra. Giselle Dupas

UFSCAR

CASCADEL-PR

(fevereiro/2017)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, irmãos e ao meu marido pelo amor, apoio e incentivo que sempre me dedicaram.

AGRADECIMENTOS

... Aos recém-nascidos da UTIN e UCI e seus familiares que foram valorosa motivação para este estudo.

... Às enfermeiras, técnicas e toda a equipe da UTIN e UCI do HUOP da UNIOESTE, que apoiaram e colaboraram para o desenvolvimento deste estudo.

... À Prof^a Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, minha orientadora, que embasou com conhecimento, responsabilidade, compromisso e muita dedicação esses dois anos de parceria, e pela oportunidade e confiança que me conferiu.

... À Prof^a Dra. Ariana Rodrigues da Silva Carvalho e a Prof^a Dra. Cláudia Silveira Viera pelos seus conhecimentos, contribuições, ensinamentos e dedicação na construção e desenvolvimento deste estudo.

... À Prof^a Ana Tereza Bitencourt Guimarães pelos conhecimentos e ensinamentos em estatística que tanto contribuíram para este estudo e minha formação.

... À Prof^a Giselle Dupas pelas sugestões, conhecimentos e contribuições para a construção dos artigos deste trabalho.

... À Dra. Bernardette Mazurek Melnyk, autora da escala, pela confiança e autorização para o processo de tradução e adaptação do instrumento.

... À minha turma de mestrado e aos amigos mestrados pelo aprendizado, os momentos de alegrias e dificuldades que dividimos.

... À minha família e ao meu marido pelo apoio incondicional, amor, cumplicidade e compreensão pelos momentos de ausência.

A todos, muito obrigada!!!

RESUMO GERAL

A hospitalização do recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é uma fonte de estresse para os pais, repercutindo no papel parental e na sua capacidade de cuidado. Desse modo, o presente estudo teve por objetivo realizar a tradução, adaptação cultural, validação psicométrica, categorização dos escores e validação clínica da escala *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale (NICU: PBS)* para o português do Brasil, com pais de crianças prematuras hospitalizadas. Tratou-se de um estudo metodológico, com análise quantitativa, envolvendo pais e/ou as mães de recém-nascidos prematuros internados em UTIN ou em Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) de um hospital universitário no interior do Paraná. A adaptação cultural do instrumento atendeu à sequência: (1) tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma alvo, (2) retrotradução para o idioma de origem (*back translation*), (3) análise da versão sintetizada por um comitê de juízes, (4) pré-teste (n=08), (5) reexame das pontuações. Por fim, a avaliação da confiabilidade com o teste-reteste (n=23), e da validade com a validação clínica (n=76). Na avaliação do comitê de juízes houve concordância para a tradução de 90%, e Kappa de 0,71, indicando substancial concordância. O pré-teste revelou entendimento de 87,5% dos pais diante da aplicação do instrumento. O teste-reteste obteve Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) de 0,98 e *Alfa de Cronbach* de 0,92, revelando excelente estabilidade do instrumento e elevada consistência interna. A validade de construto contou com a análise fatorial confirmatória e exploratória dos dados de 99 pais e/ou mães. O teste de Kaiser Meyer-Olkin (KMO) de 0,86 indicou bom ajuste da amostra. O modelo E, evidenciado pela análise fatorial exploratória, obteve melhores ajustes e sustentou estrutura fatorial em três fatores: a confiança no papel parental, a interação pais e filho e o conhecimento dos pais na UTIN. Com a categorização dos escores obtidos na aplicação do instrumento, os indivíduos foram classificados em: a) “Suficiência da capacidade de cuidado” (escores entre 90 a 72), com 35 pais e/ou mães; b) “Suficiência moderada da capacidade de cuidado” (escores entre 71 a 54), com 50 pais e/ou mães; e c) “Insuficiência moderada da capacidade de cuidado” (escores entre 53 a 36), com 14 pais e/ou mães. A categoria “Insuficiência da capacidade de cuidado” (escores entre 35 a 18), não obteve indivíduos que pontuassem nesse intervalo. Na comparação entre os dados sociodemográficos e clínicos encontrou-se associação estatística significativa dos grupos de classificação dos pais com a idade dos filhos além do prematuro. E pela Análise de Componentes Principais evidenciou-se relação inversa entre os escores da escala com a renda familiar, idade e escolaridade materna, com associação estatística significativa para a renda familiar. A escala revelou-se adequada e confiável para a aplicação com pais e/ou mães de prematuros hospitalizados, apresentando-se como uma ferramenta norteadora na atuação da equipe de saúde.

Palavras-chaves: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Estudos de validação; Prematuro; Relações pais-filho; Cuidado da criança.

GENERAL ABSTRACT

VALIDATION AND CATEGORIZATION OF THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: PARENTAL BELIEF SCALE

The hospitalization of the newborn in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) is a source of stress for the parents, affecting the parental role and the capacity of care. Thus, the present study aimed to perform the translation, cultural adaptation, psychometric validation, categorization of scores and clinical validation of the Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale (NICU: PBS) for Brazilian Portuguese, with parents of children premature hospitalized. This is a methodological study, with quantitative analysis involving fathers and/or mothers of premature newborns admitted to the NICU or the Intermediate Care Unit (ICU) in a university in western Paraná. The cultural adaptation of the instrument attended to the sequence: (1) translation of the instrument from the source language into the target language, (2) back translation, (3) analysis of the version synthesized by a committee of judges, (4) pre-test (n=08), (5) re-examination of scores. Finally, reliability assessment with the test-retest (n=23), and validity with clinical validation (n=76). In the evaluation of the committee of judges there was agreement for the translation of 90% and Kappa of 0.71 indicating substantial agreement. The pre-test revealed an understanding of 87.5% of parents regarding the application of the instrument. The test-retest obtained an Intraclass Correlation Coefficient (ICC) of 0.98 and Cronbach's Alpha of 0.92, revealing excellent stability and high internal consistency. The validity of the construct was based on the confirmatory and exploratory factorial analysis of data from 99 fathers and/or mothers. The Kaiser Meyer-Olkin (KMO) test of 0.86 indicated good fit of the sample. The E model, evidenced by the exploratory factorial analysis, obtained better adjustments and supported a factorial structure in three factors: trust in parental role, parent and child interaction, and parental knowledge in the NICU. With the categorization of the scores obtained in the application of the instrument, the individuals were classified into: a) "capacity of care" (scores between 90 and 72), with 35 fathers and/or mothers; B) "moderate capacity of care" (scores between 71 to 54), with 50 fathers and/or mothers; and c) "moderate insufficiency of the capacity of care" (scores ranging from 53 to 36), with 14 fathers and/or mothers. The category "Insufficiency of the capacity of care" (scores between 35 and 18), did not obtain individuals who in this range. In the comparison between sociodemographic and clinical data, a significant statistical association was found between the parents' classification groups with the age of the children in addition to the preterm infant. And the Principal Components Analysis showed an inverse relationship between the scale scores with family income, age and maternal schooling, with a statistically significant association for the family income. The scale proved adequate and reliable for the application with fathers and/or mothers of hospitalized preterm infants, presenting themselves as a tool to guide the work of the health team.

Key Words: Neonatal Intensive Care Unit; Validation studies; Premature; Parent-child relationships; Child care.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	08
1 INTRODUÇÃO GERAL	09
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3 REVISÃO GERAL DE LITERATURA	15
3.1 O recém-nascido prematuro e a internação na UTIN	15
3.2 O estresse dos pais na UTIN e a capacidade de cuidado	21
3.3 Instrumento para a avaliação das crenças dos pais na UTIN	30
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
5 ARTIGO CIENTÍFICO 1	49
6 ARTIGO CIENTÍFICO 2	73
ANEXOS	93
Anexo A	93
Anexo B	96
Anexo C	98
Anexo D	105
APÊNDICES	108
Apêndice A.....	108
Apêndice B.....	121
Apêndice C	124
Apêndice D	127
Apêndice E.....	129
Apêndice F.....	131
Apêndice G	133
Apêndice H	136
Apêndice I.....	139

LISTA DE ABREVIATURAS

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AFE – Análise Fatorial Exploratória

CCI - Coeficiente de Correlação Intraclasse

ECP: UTIN – Escala de Crenças dos Pais: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

HAD - Hospital Anxiety and Depression Scale

HUOP - Hospital Universitário do Oeste do Paraná

K - Coeficiente de *Kappa*

KMO - Kaiser Meyer-Olkin

KW - Kruskal-Wallis

NICU: PBS - Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale

PBS - Parental Belief Scale

PSI - Parental Stress Index

PSS: NICU - Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit

RNPT - Recém-Nascido Prematuro

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCI - Unidade de Cuidados Intermediários

UNIOESTE - Universidade Estadual do Oeste do Paraná

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

1 INTRODUÇÃO GERAL

A mortalidade de crianças menores de cinco anos vem diminuindo globalmente, especificamente pelo incremento das ações realizadas pelas administrações governamentais, sociedade civil e esfera privada, por meio do incentivo ao aleitamento materno, intervenções nutricionais, medicações, imunizações, saneamento básico e o fornecimento de água potável. Atualmente, os óbitos neonatais configuram-se como responsáveis por 45% de todas as mortes entre crianças menores de cinco anos no mundo (UNICEF, 2015). No Brasil, os óbitos neonatais figuram o principal componente diante da mortalidade de crianças menores de um ano, e em 2012, o componente neonatal precoce, que abrange as mortes de recém-nascidos com menos de um dia e de um a seis dias de vida, representou 53% das mortes (BRASIL, 2014a).

Os índices de mortalidade infantil no Brasil retratam a prematuridade como a principal causa de óbitos na primeira semana de vida do recém-nascido, responsável por 28,7% das mortes (BRASIL, 2012a). Para Bashtian; Armat e Khakshour (2014), a imaturidade pode advir de diferenças nas condições socioeconômicas e dos serviços de assistência em saúde existentes em diversos países, sendo um fator impactante para as hospitalizações infantis.

Contudo, mesmo diante desses índices de mortalidade, nas últimas décadas, com a assistência médica e as práticas hospitalares rotineiras, bem como com o incremento tecnológico, pela adoção da incubadora, da nutrição intravenosa, da ventilação pulmonar positiva e da reposição de surfactante, houve um aumento na sobrevivência e diminuição da morbidade dos Recém-Nascidos Prematuros (RNPT). Esses aspectos permitiram a sobrevivência cada vez maior dos prematuros extremos e

com baixo peso, levando a um maior tempo de hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e evidenciando uma situação de estresse para os pais (SCHAPPIN et al., 2013), principalmente no que se refere à alteração do papel parental (MONTIROSSO et al., 2012).

Para os familiares e pais, a gestação e o nascimento são situações especiais com grandes expectativas, mas quando o bebê tem que ser hospitalizado ocorre uma desordem dos sentimentos. Os efeitos do estresse gerado por ter um recém-nascido de risco abalam o cotidiano e a dinâmica familiar (MARTINS; OLIVEIRA, 2010). Assim, a prematuridade tem impacto sobre a qualidade da interação entre a família e o recém-nascido, devido à vulnerabilidade clínica e fisiológica, bem como a hospitalização por longo tempo. Portanto, proporcionar oportunidades para os pais interagirem com o recém-nascido durante o internamento é importante para promover sentimentos de autoconfiança aos mesmos (FORCADA-GAUX et al., 2011).

A autoconfiança contribuirá para que os pais desenvolvam a sua competência parental diante do cuidado do RNPT. O cuidado promovido pelos pais aos filhos sofre influências do ambiente, da cultura em que a família está incluída, da composição das famílias, crenças e do contexto social. Este cuidado parental é principalmente norteado pelas crenças dos pais, ou seja, valores e metas que os pais relacionam ao desenvolvimento do filho (DARLING; STEINBERG, 1993; MACARINI et al., 2010).

A equipe de saúde deve levar em consideração, como foco de atenção, não apenas o recém-nascido, mas, sobretudo, o cuidado centrado na família (KORJA; LATVA; LEHTONEN, 2012; MOREY; GREGORY, 2012), de forma a compreender as experiências, crenças e necessidades dos pais, e disponibilizar intervenções individuais e interativas, promovendo confiança e reduzindo o estresse (LIU et al., 2012). Como parte do cuidado à família, o reconhecimento das necessidades individuais maternas é importante para o sucesso do cuidado mãe-filho, influenciando sobre a amenização dos aspectos estressores presentes na UTIN e propiciando melhor comunicação entre as mães e os profissionais de saúde (GONYA; NELIN, 2013).

Os profissionais da equipe neonatal devem preparar os pais para alta da criança prematura, visto que, sentimentos de insegurança e medo predominam no cuidado do filho em casa. Existe uma estreita associação entre as dificuldades

encontradas nos cuidados realizados em casa, com a qualidade das informações fornecidas e a preparação inadequada da família pela equipe para a alta da UTIN (SOUZA et al., 2010).

Sentimentos como ansiedade e depressão dos pais podem aumentar a percepção de vulnerabilidade infantil e promover uma maior utilização de serviços de saúde (BOYKOVA; KENNER, 2012; SCHAPPIN et al., 2013). Assim sendo, a vulnerabilidade do recém-nascido que está na UTIN, o cuidado prestado pelos profissionais de saúde e os sentimentos dos familiares são aspectos importantes a serem considerados no âmbito neonatal. E diante da expressividade da sobrevivência dos RNPT e das morbidades, pesquisas que abordem a atenção ao cuidado do recém-nascido crítico, com enfoque nos pais, têm uma grande relevância, pois podem contribuir para a redução desta morbidade repercutindo sobre a qualidade da competência parental para o cuidado.

Acredita-se que a adequada preparação e atenção às famílias para a alta da criança da UTIN, promovida pela equipe de saúde, por meio de instrumentos e estratégias que identifiquem as crenças, angústias e medos dos pais, podem contribuir para atenuar a sobrecarga de serviços de saúde, evitando hospitalizações posteriores, tendo em vista que tais atitudes visam nortear as ações e tornar os pais mais seguros e confiantes para os cuidados do RNPT em casa.

No entanto, no Brasil, não existiam instrumentos específicos que avaliassem as crenças dos pais de RNPT na UTIN, além de oferecer maior subsídio na identificação e apreciação dessas crenças. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento ou a validação de instrumentos existentes para cumprir com essa finalidade. Considerando essa conjuntura, emergiram os questionamentos: A escala *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale (NICU: PBS)* desenvolvida e validada nos EUA é possível ser validada para o português do Brasil? E como se apresentam as crenças dos pais de crianças prematuras hospitalizadas na UTIN e na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), à respeito da sua capacidade de cuidado e sobre o comportamento do bebê?

Como premissa do estudo tem-se que, em acordo com o apresentado na literatura corrente, as crenças dos pais a respeito de sua capacidade de cuidado, quando tem um bebê prematuro, tornam-se diminuídas ou mesmo ausentes (MELNYK; OSWALT; SIDORA-ARCOLEO, 2014). Ao validar e testar clinicamente uma escala de medida da capacidade de cuidado, espera-se identificar esse estado

de incapacidade para propor intervenções efetivas e promover o empoderamento dos pais em relação ao cuidado de seu filho prematuro.

Desta forma, a aplicação da Escala de Crenças dos Pais: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (ECP: UTIN), versão brasileira da *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale (NICU: PBS)* validada por Melnyk; Oswalt e Sidora-Arcoleo (2014), tem sua importância a fim de identificar a competência dos pais no cuidado ao RNPT hospitalizado em UTIN. Contudo, no Brasil essa escala ainda não tinha sido validada para uso na UTIN. Nesse sentido, existiu a necessidade de adaptá-la culturalmente e validá-la para ser utilizada, como forma de prever as crenças dos pais sobre sua capacidade de cuidado, devido à inexistência de instrumentos brasileiros para esse fim, e com isso, propiciar à equipe de saúde uma ferramenta para o planejamento do cuidado e a intervenção adequada diante de dados objetivos sobre as competências dos pais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Realizar a tradução, adaptação cultural, validação psicométrica, categorização dos escores e validação clínica da escala *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale (NICU: PBS)* para o português do Brasil, com pais de crianças prematuras hospitalizadas.

2.2 Objetivos Específicos

Validar a *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale (NICU: PBS – Melnyk, 2014-1997)*, quanto ao conteúdo e ao construto, disponibilizando-a para uso no Brasil.

Testar as propriedades psicométricas da versão adaptada em uma amostra de pais de recém-nascidos prematuros durante a internação hospitalar na UTIN/UCI.

Avaliar a confiabilidade da versão adaptada da *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale (NICU: PBS)*, por meio da consistência interna de seus itens.

Verificar a manutenção da dimensionalidade da escala por meio da análise fatorial.

Propor a categorização dos escores totais para a Escala de Crenças dos Pais: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (ECP: UTIN), definindo a suficiência na capacidade de cuidado.

Investigar as crenças dos pais sobre sua capacidade de cuidado relacionado às variáveis clínicas e sociodemográficas.

3 REVISÃO GERAL DE LITERATURA

3.1 O recém-nascido prematuro e a internação na UTIN

A mortalidade neonatal é um problema de saúde pública no mundo (BLENCOWE et al., 2013; LAWN et al., 2014). Em 2015, estima-se que 2,8 milhões de bebês morreram durante os primeiros 28 dias de vida (UNICEF et al., 2015). No entanto, a maioria dessas mortes poderia ser evitada com soluções simples, de baixo custo e alto impacto, com atenção as necessidades das mulheres e dos recém-nascidos e cuidados continuados em saúde, principalmente no período que corresponde ao nascimento (BLENCOWE; COUSENS, 2013; UNITED NATIONS, 2015).

Mais de 90% das mortes neonatais ocorrem em países que apresentam recursos reduzidos, e atingem mais áreas rurais (LAWN; COUSENS; ZUPAN, 2005; MWANIKI et al., 2012), evidenciando um problema de prioridade em saúde no mundo, pois as condições neonatais e congênitas são significativas diante da carga global de doenças, representando em torno de 10% (BLENCOWE et al., 2013; LAWN et al., 2014).

A mortalidade infantil é um indicador importante porque reflete as condições de vida e de saúde da população, a eficiência e eficácia de serviços de saúde, bastante utilizada para substanciar as políticas públicas (LEAL; SZWARCOWALD, 1996; BASHTIAN; ARMAT; KHAKSHOUR, 2014). No Brasil, em 2013, a região Sul apresentava uma taxa de mortalidade perinatal de 13 óbitos por mil nascidos vivos (IDB, 2013). Dentre a taxa de mortalidade infantil considera-se o componente perinatal significativo, pois este índice retrata o total de óbitos de

crianças na primeira semana de vida e o total de óbitos fetais com 22 semanas ou mais de gestação, sendo um importante indicador da saúde materno-infantil, refletindo as condições de desenvolvimento econômico e social do país, além de avaliar a qualidade de acesso a serviços de saúde e da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (ORTIZ, 2012).

A mortalidade mundial em menores de cinco anos, entre 1990 e 2015, obteve uma redução em mais da metade, passando de 90 para 43 mortes por 1000 nascidos vivos. Aditando a isso, a taxa de mortalidade neonatal caiu de 33 para 19 mortes por 1000 nascidos vivos (UNITED NATIONS, 2015). A redução do índice de mortalidade neonatal é considerada prioridade devido às metas propostas pelo objetivo de desenvolvimento do Milênio que estabeleceu a redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos em dois terços até o ano de 2015 (BRASIL, 2007; BLENCOWE et al., 2013). Todavia, em todo o mundo, tal meta não foi atingida, apesar das melhorias alcançadas na maioria das regiões (UNITED NATIONS, 2015), e também, ao decréscimo da mortalidade neonatal ter sido mais lento em relação à taxa da mortalidade no período pós-natal (BLENCOWE et al., 2013; BHUTTA et al., 2014).

No Brasil, o número de óbitos de crianças menores de um ano para cada mil nascidos vivos passou de 29,7% em 2000 para 15,6% em 2010, apresentando um declínio de 47,6% na taxa de mortalidade infantil (IBGE, 2012). Esses resultados demonstram a importância da evolução dos fatos da última década para a saúde das crianças.

A taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos, no Brasil, passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011 (BRASIL, 2014b). A meta proposta pelo objetivo do Milênio foi atingida em 2011, já no que tange ao óbito de menores de um ano, com o registro da taxa de aproximadamente 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, visto que a meta era estabelecida para o ano de 2015 era de 15,7 óbitos por mil nascidos vivos (PNUD, 2012).

Embora o Brasil tenha alcançado essa meta, as mortes perinatais ainda são expressivas e estão associadas a causas evitáveis como: o desigual acesso e uso de serviços de saúde, precariedade da assistência neonatal, ao parto e ao recém-nascido. Na última década, as taxas de mortalidade infantil neonatal no Nordeste e Norte do país não alcançaram a mesma redução quando comparadas ao escore mundial, visto que, um dos principais determinantes do óbito infantil é a

condição socioeconômica, e estas populações enfrentam a desigualdade social (BRASIL, 2012a).

O enfrentamento das desigualdades existentes em meio nacional ou mundial, implicam em estratégias que proporcionem o suporte, educação e o empoderamento das mulheres, tendo em vista o importante papel da mãe nessa relação (UNITED NATIONS, 2015). Assim, melhorar a qualidade no processo assistencial ao recém-nascido de risco pode contribuir para uma melhor transição do bebê para casa e para um cuidado adequado por parte dos pais, minimizando futuras reinternações dessas crianças (BOYOKOVA; KENNER, 2012).

Neste contexto, o componente neonatal e perinatal na mortalidade infantil figuram, atualmente, como de suma importância devido a sua lenta redução, sendo que as crianças, nesse período, morrem principalmente de infecção (32%), asfixia (29%), baixo peso e prematuridade (24%). Diante de dados como estes é notória a necessidade de ações para minimizar este cenário, realizadas no período pré-natal, durante a gestação e nas primeiras semanas de vida, com o enfoque da prevenção e com políticas simples de promoção e atenção integral à saúde (BRASIL, 2012b).

Uma parte considerável das mortes neonatais, mundialmente, é causada por complicações da prematuridade (35%) (UNITED NATIONS, 2015). Os índices de mortalidade infantil no Brasil retratam a prematuridade como a principal causa de óbito na primeira semana de vida do recém-nascido, responsável por 28,7% das mortes (BRASIL, 2012c). O nascimento prematuro é definido como aquele em que a gestação se finda entre a 20^a semana, e antes de se completar a 37^a semana, contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual (RAMOS et al., 2001; BECK et al., 2010). Isso resulta de situações diversas e gera para as famílias e sociedade um custo social e financeiro, por exigir assistência e cuidados especiais com alta complexidade (RAMOS, CUMAN, 2009; BECK et al., 2010).

O recém-nascido prematuro é mais vulnerável às inadequações no desenvolvimento cognitivo, motor e comportamental, e a ocorrência de deficiências futuras, devido à imaturidade dos seus órgãos e sistemas, quando comparado a uma criança a termo, que nasce entre 37 a 42 semanas de gestação (LEONE; RAMOS; VAZ, 2002; BECK et al., 2010; EINSPIELER et al., 2016). É considerado, de acordo com sua idade gestacional: prematuro limítrofe entre 35 e 36 semanas,

prematureo moderado entre 31 e 34 semanas, e por fim, prematureo extremo quando inferior a 30 semanas (LEONE; RAMOS; VAZ, 2002).

O nascimento prematureo é denominado, em concordância com sua evolução clínica, como espontâneo, quando o trabalho de parto ocorre de forma natural ou pela rotura prematurea de membranas; e eletivo, quando ocorre por intervenção médica, devido a condições maternas e/ou fetais (TUCKER et al., 1991; PASSINI et al., 2014). A morbidade neonatal é prevalente entre os prematureos eletivos devido a maiores taxas de síndrome do desconforto respiratório, broncodisplasia e hipoglicemia, e por volta de um ano de idade, estes apresentam menor potencial de crescimento (KÜRKINEN-RÄTY; KOIVISTO; JOUPPILA, 2000).

Muitos são os aspectos que levam ao nascimento prematureo, entre eles estão fatores de risco demográficos e obstétricos como: a história anterior de parto prematureo espontâneo, a gemelaridade, os sangramentos persistentes de segundo trimestre da gestação e o baixo nível socioeconômico (BITTAR; ZUGAIB, 2009). Outros fatores também podem levar ao parto antecipado como: trabalho distante de casa, gravidez na adolescência, uso de drogas ilícitas e lícitas, infecções manifestas e subclínicas (TAEUSCH; AVERY, 2003).

Um estudo realizado no Brasil por Passini et al. (2014) indicou como fatores associados para o nascimento prematureo relacionado à gravidez múltipla: parto prematureo anterior, insuficiência uterocervical, sangramento vaginal, malformação fetal, polidrâmio, inadequada assistência pré-natal, aborto anterior e infecção do trato urinário.

A prematuridade constitui-se em importante fator de risco para complicações ao recém-nascido, desde distúrbios respiratórios até neurológicos. Os distúrbios respiratórios são a principal causa de internação no período neonatal, sendo que sua gravidade está relacionada principalmente à idade gestacional, devido ao grau de maturação do pulmão (MOREIRA; LOPES, 2004; TAMEZ, 2013). O acometimento por infecções resulta da imaturidade do sistema imunológico (TAMEZ, 2013). O desenvolvimento neuropsicomotor da criança prematurea deve ser observado e acompanhado, principalmente quanto aos fatores de risco preditores para complicações, tendo em vista detectar qualquer desvio e diante deste promover a intervenção precoce (MELLO; MEIO, 2004; LINSELL et al., 2015).

A crescente taxa de sobrevida neonatal pelo tratamento especializado não elimina a possibilidade de sequelas advindas da prematuridade, pois o parto

prematureo pode levar a deficiências posteriores para os recém-nascidos. Os avanços científicos e tecnológicos nos cuidados neonatais permitiram a sobrevivência de até mesmo os bebês mais frágeis, por exemplo, os prematuros nascidos antes de 28 semanas completas e aqueles com anomalias congênitas graves (BITTAR; ZUGAIB, 1993; MWANIKI et al., 2012; BLENCOWE et al., 2013).

O recém-nascido de risco, hospitalizado em uma UTIN, faz parte de um grupo com grande vulnerabilidade por suas características biológicas de imaturidade e pelos processos terapêuticos de alta complexidade, além do período de internação prolongado, gravidade da situação clínica e da suscetibilidade às infecções. As modernas unidades de terapia intensiva neonatal, providas com tecnologia de ponta propiciaram grande avanço na assistência ao recém-nascido de risco, repercutindo em uma maior sobrevivência (CHAGAS et al., 2009; FORCADA-GAUX et al., 2011), mas focaram a assistência nos aspectos biológicos (CHAGAS et al., 2009).

O desenvolvimento das UTIN na década de 1960 representou um grande passo para o campo da neonatologia. Com o aumento dos equipamentos tecnológicos, novos conhecimentos, tratamentos e técnicas disponíveis, houve a diminuição da taxa de mortalidade. O ambiente neonatal tornou-se fonte de barulho e ruídos agressivos, com intervenção excessiva de um número cada vez maior de profissionais de saúde (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010). A infecção hospitalar foi controlada nas maternidades no decorrer dos anos com políticas restritivas e isolamento dos recém-nascidos, mas isso gerou como consequência a separação entre mãe e filho, afetando o vínculo entre eles e o aleitamento materno (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

O progresso das UTIN possibilitou novos enfoques diagnósticos e terapêuticos que contribuíram para a sobrevivência de recém-nascidos extremos, a partir da década de 1990, sobretudo, as intervenções com o uso de corticosteróides pré-natais para as gestantes em risco de parto prematuro, e pela terapia de reposição de surfactante no recém-nascido, mas a partir de 1995 a mortalidade e morbidade permaneceram constantes (HORBAR et al., 2002). Aperfeiçoou-se o cuidado especializado ao recém-nascido de risco sem, no entanto, incluir a família como participante no processo de restabelecimento do bebê (TAMEZ, 2013).

Para que ocorra uma efetiva redução da mortalidade neonatal no Brasil é necessária a ampliação da atenção à gestante e ao recém-nascido, com o acompanhamento pré-natal adequado, empregado para diminuir os riscos maternos

e fetais (GRANZOTTO; FONSECA; LINDEMANN, 2012). Além disso, melhores condições de saúde para as crianças sobreviventes egressas da UTIN, por meio de ações que contemplem a promoção de ambientes saudáveis e fortaleçam o enfoque na família.

Uma das ações importantes está na adequação da oferta de leitos em unidades intensivas neonatais à atual demanda encontrada no país. No Brasil existem 7.854 leitos de UTIN que correspondem a 2,7 por mil nascidos vivos. O número de leitos encontra-se abaixo do que é preconizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), que é de quatro leitos de UTIN para cada mil nascidos vivos (SBP, 2012).

No Brasil não há equidade na distribuição dos leitos, o acesso é limitado prejudicando a população mais carente economicamente, e ocorre um grande contraste com unidades sem estrutura mínima e outras, muito sofisticadas. Muito embora, além da necessidade de melhoria dos aspectos supracitados, também é importante o aprimoramento nos processos de assistência da equipe de saúde especializada (BARBOSA, 2004).

Uma assistência neonatal adequada envolve mais do que apenas assegurar a sobrevivência do recém-nascido de risco até a sua alta da UTIN. Ela deve promover a humanização com a atenção interdisciplinar e integral ao desenvolvimento da criança, e com o apoio às necessidades individuais dos pais e familiares nos cuidados com o prematuro (BRASIL, 2002).

Em um estudo realizado por Barr (2012), investigou-se junto a 67 casais, pais de RNPT, a relação da personalidade e a predisposição a sentimentos de culpa, vergonha e medo da morte com sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão, diante da hospitalização na UTIN. O efeito do sentimento de culpa foi significativo nos aspectos intrapessoal (indivíduo) e interpessoal (com o parceiro) em sua relação com estresse pós-traumático, depressão e ansiedade, portanto, essas emoções merecem atenção especial e aconselhamento psicológico.

Nos últimos anos ficou evidente a importância de acolher as necessidades do neonato, mas também dos aspectos psicossociais parentais, permitindo a muitas UTIN assumirem o papel de proteção em relação aos pais, diante do estresse da hospitalização, promovendo o cuidado centrado na família e estimulando a integração dos pais no cuidado e na recuperação do bebê (TAMEZ, 2013).

Individualizar a assistência diante das necessidades de cada um faz parte da humanização, a qual se configura como um processo vivencial que envolve toda a atividade realizada no local, e dos profissionais que ali trabalham, com modificações do ambiente físico, mas também mudanças quanto ao comportamento e atitudes diante dos pacientes e seus familiares (GUANAES; SOUZA, 2004). O processo do atendimento humanizado permite ao indivíduo vulnerabilizado enfrentar de maneira positiva suas dificuldades (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

É evidente a necessidade das instituições de saúde com UTIN de voltarem sua atenção para os aspectos facilitadores do cuidado humanizado com ações motivadoras para a comunicação e relação recíproca da equipe de saúde, junto aos demais setores e sujeitos envolvidos (CONZ; MERIGHI; JESUS, 2009). Salienta-se também a participação e apoio das ações e políticas públicas para fundamentar o conhecimento e garantir a atenção de qualidade aos recém-nascidos prematuros e suas famílias diante da hospitalização.

Os bebês prematuros constituem um grupo de crianças predispostas a morbimortalidade, tanto no período de hospitalização quanto na situação pós-alta. O ambiente da UTIN tradicional de décadas anteriores tem efeitos adversos sobre o desenvolvimento, principalmente devido à pobreza das interações sociais e de cuidados (ALS; GILKERSON, 1997). E para que ocorra verdadeira e constante promoção da interação com a família nas UTIN, estas devem estar preparadas para agir diante do desconhecimento e incertezas da gestação de risco. Para tanto, é essencial conhecer as práticas, os meios, as estratégias e os instrumentos que possam contribuir para o estabelecimento de vínculo materno e apego dos pais com o bebê, e também, assistir os pais no enfrentamento do estresse gerado pela hospitalização (TAMEZ, 2013), situação que será abordada a seguir.

3.2 O estresse dos pais na UTIN e a capacidade de cuidado

O período gestacional é um momento de vulnerabilidade e transformações para a mulher, que envolvem alterações no organismo físico, na qualidade de vida e bem-estar, alterações psíquicas, e no papel sociofamiliar que ela desempenha. A gravidez pode gerar ansiedade, ocasionando à futura mãe distúrbios emocionais, embora a intensidade das mudanças psicológicas dependa de aspectos

familiares, conjugais, culturais, sociais e da personalidade da mulher (FALCONE et al., 2005).

Na gestação, as mulheres vivenciam intensos sentimentos com relação a tornar-se mãe, sendo este um processo em constante desenvolvimento, bem como o exercício ativo do papel materno, no que concerne aos cuidados e preocupações quanto ao futuro do bebê. Sentem-se diferentes e distantes das mulheres que não estão grávidas, visto que, estas mudanças corroboram para incorporação do papel materno e para a relação mãe-bebê (PACCININI et al., 2008).

A relação que a mãe estabelece com seu filho no período gestacional serve como base para a interação mãe-bebê posterior ao nascimento (BRAZELTON, 1988; KENNEL; KLAUS, 1993). A partir do nascimento, o bebê torna-se definitivamente um integrante da família repercutindo no equilíbrio das relações familiares que necessitam ser adaptadas diante da nova situação (SOIFER, 1992).

Os pais, na gestação, idealizam o filho como um ser perfeito, estabelecem expectativas com a formação de imagens, sonhos e esperanças sobre o bebê que esperam. Ao nascimento de uma criança prematura e enferma ocorre o desapontamento frente ao sonho de perfeição, promovendo sentimentos de incapacidade, culpa e o medo da perda (TAMEZ, 2013). A hospitalização do RNPT na UTIN promove uma situação de crise que atinge toda a família, pois o ambiente de internação é estranho e temível, o que proporciona sentimentos de incerteza e insegurança aos pais (ARAUJO; RODRIGUES, 2010).

As mães, primeiramente, passam pelo rompimento do simbolismo social que define a maternidade como ato soberano. Depois, com a internação do filho, são afastadas do dia-a-dia do meio familiar e passam a fazer parte de uma rotina desgastante, presenciando a assistência hospitalar com inúmeros procedimentos invasivos e dolorosos ao seu filho (SOUZA et al., 2009). A adaptação e reação das mães e dos pais diferem em relação à internação na UTIN, comumente, a mãe relata a experiência do internamento como mais estressante do que o pai, e este expressa o estresse por meio de reclamações e descontentamento com a equipe cuidadora (TAMES, 2013).

A hospitalização da criança logo após o nascimento, devido a sua vulnerabilidade, rompe com a idealização da chegada de um bebê saudável e dificulta o enfrentamento da situação (SCHMIDT et al., 2012). A separação do

recém-nascido dos pais prejudica o apego e gera uma distância emocional entre eles (BOYOKOVA; KENNER, 2012; TAMEZ, 2013).

Nos primeiros meses, é destinado aos pais um papel periférico de apoio, possibilitando que eles sofram com emoções conflitantes e perturbadoras como incertezas, ansiedade e a culpa pelo parto antecipado (KENNELL; KLAUS, 1993; ARAÚJO; RODRIGUES, 2010). Os pais envolvem-se, inevitavelmente, no luto, o que dificulta a construção do vínculo entre eles e o bebê. O enfrentamento das dificuldades junto ao seu bebê, expressando em palavras seus sentimentos de culpa é de fundamental importância para a rápida superação (BRAZELTON, 1988).

A mãe do bebê possui as qualidades necessárias para contribuir de forma positiva diante da fragilidade e necessidades da criança recém-nascida. Mas para desempenhar esse papel efetivamente é necessário sentir-se segura e aceita em suas relações circulares com o pai da criança, a própria família e a sociedade (WINNICOTT, 2011).

O amor materno, fundamental a uma criança, é produto constituinte das relações familiares. A qualidade dos cuidados parentais, que a criança tão necessita nos seus primeiros anos de vida, é essencial para sua saúde mental em longo prazo. O bebê precisa da experiência de uma relação calorosa, íntima e contínua com sua mãe, e quando ele é afastado dos cuidados por ela proporcionados, sofre os efeitos da privação, que afetam significativamente seu comportamento (BOWLBY, 1995).

O cuidado parental é norteado pelas crenças dos pais, ou seja, valores e metas que os pais relacionam ao desenvolvimento do filho (DARLING; STEINBERG, 1993; MACARINI et al., 2010) e competem às ações e atitudes que repercutem na saúde das crianças, pois o sistema de crenças parentais trata-se de um conjunto de ideias organizadas e subentendidas nas atividades de vida diária, nos julgamentos, escolhas e decisões que guiam as ações dos pais (KOBARG; SACHETTI; VIEIRA, 2006).

As crenças parentais influenciam sobre a prática do cuidado realizado pelos pais e familiares, e são transformadas pelo ambiente físico e social que configura o desenvolvimento infantil. O conhecimento que os pais dispõem sobre o desenvolvimento das crianças tem um papel fundamental nas crenças e influenciam na interação entre pais e filhos. Dentre esses conhecimentos podem-se citar as crenças sobre os momentos mais adequados para a aquisição de habilidades

motoras, perceptuais e cognitivas no decorrer do desenvolvimento infantil; as crenças sobre aspectos que podem repercutir no desenvolvimento; as crenças a respeito dos tipos de cuidados de higiene e segurança que se apresentam importantes para a saúde dos filhos (MOURA et al., 2004).

Perante a hospitalização da criança prematura, as percepções do ambiente da UTIN revelam que as mães se caracterizam como as principais acompanhantes do bebê (OLIVEIRA; ANGELO, 2000). Diante disso, os pais e demais familiares do RNPT devem ser acolhidos e incentivados a permanecerem na UTIN, pois a participação e o fortalecimento do vínculo entre eles e o bebê pode contribuir para a redução do tempo de internamento, e também, para reduzir o número de reinternações hospitalares, além de não sobrecarregar apenas a mãe como a principal cuidadora (CHIODI et al., 2012).

Estratégias de intervenção realizadas precocemente são essenciais para propiciar o enfrentamento materno e paterno diante de emoções negativas, à medida que os pais assumem seu papel parental. Fornecer informações concretas sobre a aparência e comportamentos do bebê propicia aos pais crenças mais positivas sobre sua capacidade de compreender as respostas do bebê e para as suas habilidades parentais, quando comparado a pais que não recebem esse conhecimento (MELNYK et al., 2001).

Estratégias essas que podem ter início pela identificação precoce na assistência perinatal dos pais em situação de risco, para que possam ser adotadas medidas preventivas de vigilância intensiva ao feto, evitando complicações, adotando terapias adequadas à parturiente e ao bebê (KLIEGMAN, 2004). Assim, em uma gestação de alto risco, é importante a comunicação com a gestante e familiares a respeito dos aspectos relacionados ao parto prematuro e a morbimortalidade (TAMEZ, 2013).

Situação muito frequente associada ao parto prematuro é a privação social, ou seja, o afastamento dos pais e da família em relação ao RNPT (TAEUSCH; AVERY, 2003), sendo resolutivas ações de acolhimento às famílias, a fim de diminuir o sofrimento (GAÍVA; SCOCHI, 2005). Durante o período gestacional, a postura de acolhimento pode estar presente no cuidado, possibilitando a gestante ser ouvida pelo profissional de saúde, desenvolvendo uma importante ação preventiva diante dos problemas emocionais (FALCONE et. al., 2005). O acolhimento também envolve o cuidado destinado as puérperas, possibilitando que

elas possam desempenhar a função materna por tempo integral diante da internação hospitalar (KENNELL; KLAUS, 1993).

O nascimento prematuro de uma criança é uma situação muito estressante para os pais (DAVIS et al., 2003; BRETT et al., 2011; KORJA; LATVA; LEHTONEN, 2012), pois eles passam de um sentimento de euforia e felicidade para uma situação de preocupação e agitação, ficando desorganizados, desnorteados, ansiosos e excessivamente cansados, originando uma inatividade para compreender a realidade vivenciada e para fornecer respostas oportunas (BRUM; SCHERMANN, 2004). Os recém-nascidos ficam internados por tempo indeterminado na UTIN, chegando até a alguns meses, o que gera uma carga psicológica e um dispêndio econômico substancial para as famílias e para o sistema de saúde (MELNYK; OSWALT; SIDORA-ARCOLEO, 2014).

Os altos níveis de estresse e ansiedade dos pais são gerados pela aparência doente e frágil do bebê (RAESIDE, 1997; SCHMIDT et al., 2012), pelo medo de que a criança não sobreviva, por culpa e alteração de seu papel, ou quando os pais têm dúvidas sobre sua capacidade de cuidar, provocadas pela separação e rompimento do vínculo pais e filho (KENNELL; KLAUS, 1993; TAMEZ, 2013). A condição da maternidade e paternidade é desafiadora para os pais, pois estes vivenciam sentimentos negativos, que são minimizados apenas com a obtenção de confiança nas habilidades parentais (KENNELL; KLAUS, 1993).

O ambiente da UTIN contribui para agravar essa situação, pois é altamente tecnológico, possui excesso de luminosidade, barulhos constantes, tornando-se uma barreira para a interação pais-bebê devido a complexidade dos equipamentos, manipulação excessiva (RAESIDE, 1997; CHIODI et al., 2012) e pela experiência da equipe diante da fragilidade das crianças, fazendo com que muitas vezes, os pais sintam-se como invasores que precisam de permissão para tocar e cuidar do seu bebê (RAESIDE, 1997).

O bebê prematuro vivencia a impossibilidade de completar seu desenvolvimento no ambiente intrauterino. A partir de seu nascimento, a manutenção de sua vida e funções do seu corpo é determinada pela tecnologia de cuidados neonatais (BRAGA; MORSCH, 2004). O cuidado prestado aos recém-nascidos não deve ser voltado apenas para a sobrevivência, mas para aperfeiçoar a saúde e desenvolvimento em longo prazo (ALS; GILKERSON, 1997).

A equipe cuidadora precisa tornar-se capaz de reconhecer essas fragilidades que a família possa estar passando, para poder agir com empatia (TAMEZ, 2013), exercendo, na prática, o cuidar associado à compreensão da pessoa em sua peculiaridade e originalidade de ser, identificando valores e princípios para suas ações na relação do cuidar (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Dessa forma, a primeira visita dos pais deve acontecer de forma imediata, quando possível (SCHMIDT et al., 2012; TAMEZ, 2013), pois é um momento oportuno para romper ou confirmar expectativas que surgiram do momento do pré-parto e do parto sobre as situações vivenciadas. Também, para apoiar o vínculo afetivo dos pais com o recém-nascido, e para o início da interação da equipe de saúde com os familiares (SCHMIDT et al., 2012). Os pais não devem ser considerados visitas na UTIN, mas integrantes da equipe de cuidadores (TAMEZ, 2013). A humanização deve fazer parte do cotidiano das equipes de profissionais intensivistas como forma de qualificar os serviços de saúde (KNOBEL; NOVAES; BORK, 1998).

Nesse sentido, a assistência aos recém-nascidos internados vem sofrendo mudanças no intuito de permitir a presença e atuação dos pais no cuidado, muito embora, a realidade das UTIN seja ainda, determinada pela adoção de normas e rotinas rígidas, que promovem a restrição da presença dos familiares e a limitação dos cuidados proporcionados pelos pais (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Ações do Ministério da Saúde buscam incentivar a presença e permanência da mãe, bem como sua participação nos cuidados neonatais ao bebê na UTIN. A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de baixo peso - Método Mãe Canguru busca uma mudança na atenção perinatal, incentivando a associação entre a humanização e os avanços tecnológicos (BRASIL, 2009).

A assistência biopsicossocial apresenta aspectos relevantes que devem ser abordados no trabalho nas UTIN, que vão desde a presença da família, o atendimento individualizado, bem como, a apreciação dos traços socioculturais, e até valorizando a continuidade da assistência no domicílio (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009). O próprio desenvolvimento do papel materno é influenciado pela cultura (LIU et al., 2012). Para tanto, o bebê e seus familiares devem ser acolhidos no ambiente neonatal, fazendo com que a família proporcione ao recém-nascido o sentimento de pertencente ao grupo e receba os cuidados não apenas dos pais, mas dos avós e irmãos (BRAGA; MORSCH, 2004).

A formação do vínculo entre os pais e o bebê é algo contínuo, embora seja instintivo, não se caracteriza como instantâneo e automático, pois nem todos os pais estão prontos para desempenhar esse papel ao nascimento. Alguns aspectos são primordiais para a formação de vínculo entre pais e o filho recém-nascido, como: planejamento e aceitação da gestação, ciência dos movimentos fetais, vivência do trabalho de parto, contato com a pele, toque, olfato, audição, calor físico, contato visual com o recém-nascido e a percepção de sua individualidade na família (BRAZELTON, 1988).

A construção do vínculo entre pais e filho contribui para que eles participem dos cuidados com seu filho, o que acarreta na valorização do papel parental e reforça o sentimento de competência, diminuindo a depressão e a culpa, oriundos da hospitalização do recém-nascido (BRAGA; MORSCH, 2004; MELNYK et al., 2008; COCKCROFT, 2012). A relação entre o bebê prematuro e a sua mãe é complexa e circunstanciada por maior risco psicológico, portanto são essenciais ações que contribuam para amenizar o estresse materno e evitar o distanciamento emocional, o pesar e a separação precoce entre este binômio no internamento, devendo refletir após a alta hospitalar (KORJA; LATVA; LEHTONEN, 2012; TAMEZ, 2013).

Ações podem ser desenvolvidas pela equipe intensivista, como: uma intervenção dos profissionais ao observar o bebê e sua interação com os pais, atribuindo significados para os gestos de ambos a fim de facilitar a comunicação entre eles; amenizar os estímulos conversando com o bebê na presença dos familiares e incentivando-os a fazerem o mesmo; tornar a unidade intensiva mais aconchegante e confortável para o bebê organizando a incubadora, posicionando o bebê para evitar excesso de luminosidade, estímulos, apoiando os pais e auxiliando-os a cuidarem dos seus filhos (BRAGA; MORSCH, 2004).

A marginalização do papel parental, devido ao sofrimento psicológico dos pais, necessita do apoio informativo e educacional, a fim de que possam superar a vulnerabilidade de sua situação e desenvolver um adequado papel no cuidado parental (MONTIROSSO et al., 2012). A equipe de saúde ao centrar o cuidado na família permite aos pais participarem ativamente dos cuidados com o filho em uma abordagem de parceria, desde a entrada até a alta da UTIN, o que promove segurança aos familiares para lidar com o bebê prematuro (COCKCROFT, 2012; TAMEZ, 2013).

No período de hospitalização do bebê prematuro a maior preocupação dos pais é com relação à sobrevivência do filho, posteriormente a esse momento, a preocupação existente recai sobre a manutenção da saúde da criança revelando a percepção dos pais sobre os riscos e intercorrências que o bebê prematuro ainda pode sofrer (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009; TAMEZ, 2013).

Intervenções nas UTIN centradas na família propiciam a melhora de prognóstico para os prematuros. Pois, cuidar da família envolve a percepção das experiências internas que esta apresenta, e que manifesta nos significados que ela confere aos acontecimentos que vivencia (OLIVEIRA; ANGELO, 2000). A participação ativa da família na construção do conhecimento com a realização de atividades educativas e interações práticas, com o empoderamento dos pais dos bebês prematuros, contribui para aperfeiçoar os cuidados, promove o bem estar mental dos familiares e diminui o tempo de internação (MELNYK et al., 2001).

O envolvimento do bebê no ambiente intensivo com seus pais e familiares promove a construção de um modelo de atenção, em que os profissionais de saúde ensinam as novas referências de cuidado que servirão como base para a família posteriormente. Visto que, as famílias fragilizadas, neste momento, estão à procura de habilidades para “maternar” e “paternar”, não detendo o conhecimento de como lidar com o bebê prematuro (BRAGA; MORSCH, 2004). As carências e despreparos maternos, muitas vezes não derivam somente da falta de informações, mas sim da presença de conhecimentos empíricos ou incompletos proporcionados pelo ciclo de cultura que envolve a família e a comunidade (COUTO et al., 2014).

Todas as famílias estão inseridas em algum contexto e referente a este enfrentam situações particulares que podem levar a uma exposição maior as morbidades, como por exemplo, a dificuldade para acesso aos serviços de saúde, restrições financeiras e a inexistência de políticas públicas que promovam e incentivem o acompanhamento e seguimento dos prematuros (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Conhecer o contexto cultural, econômico, a organização estrutural, as crenças, valores, atitudes e comportamentos, o padrão de vulnerabilidade da família do recém-nascido prematuro, proporciona à equipe de saúde compreender as estratégias e recursos necessários, bem como planejar sua atuação na busca do bem-estar e desenvolvimento completo do recém-nascido (STEFANELLI; CARVALHO, 2005; VIERA; MELLO, 2012).

O planejamento da alta hospitalar é fundamental e envolve a preparação dos pais desde o início da hospitalização. No estudo desenvolvido por Tronchin e Tsunehiro (2005), os pais relataram que a alta hospitalar significou a ruptura entre o trinômio pai-mãe-filho com o universo da internação, e o início de uma vida em sociedade, preenchendo o vazio causado pela separação.

Para Boykova e Kenner (2012), o nascimento prematuro envolve duas situações de transição: primeira, a transformação do homem e da mulher em pais; e segunda: a transição do hospital para casa, sendo que reinternações dos bebês, após a alta hospitalar, podem significar insucessos no processo desta segunda transição.

O empoderamento dos pais para o cuidado do recém-nascido prematuro pode auxiliar não só na atuação assistencial, mas na identificação de maneiras para proceder diante de eventos de emergência, permitindo-os diferenciar a real necessidade e o momento no qual devem levar o filho para assistência médica (COUTO et al., 2014).

As reinternações de prematuros pós-alta são comuns pela perda de peso por desacertos na alimentação, diarreia, desidratação e desnutrição (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010). Com o longo período de internação, por vezes, os pais não se sentem preparados para a alta hospitalar, apresentando sentimentos de insegurança e despreparo que precisam ser sanados pela equipe de saúde, com a valorização da presença dos pais na UTIN.

A alta hospitalar deve ser planejada no propósito de melhorar a confiança dos pais nos cuidados com o prematuro, facilitar a adaptação da família ao bebê e adequação do lar, desenvolvendo a responsabilidade dos familiares para o cuidado. As implicações desta prática recaem sobre a minimização de novas internações hospitalares, bem como no fortalecimento das redes de apoio informal formadas pelos familiares, e redes de apoio formal para garantir o atendimento nas unidades de assistência primária e a nível ambulatorial (COUTO; PRAÇA, 2009; NADER, 2010; CHIODI et al., 2012).

Pais que não recebem a atenção planejada às suas necessidades estão mais sujeitos a desenvolver um papel parental inadequado (MONTIROSSO et al., 2012). Para tanto, a interferência e atuação da equipe de saúde no sentido de compreender e ajudar os pais a desenvolver esse papel é fundamental.

Frente ao exposto, a atenção adequada e a preparação promovida pela equipe de saúde às famílias para a alta da criança prematura hospitalizada na UTIN, podem ser promovidas com base nos diagnósticos identificados na interação com a família, e os dados podem ser obtidos com o auxílio de instrumentos e estratégias, como escalas de avaliação, que se propõem a medir e identificar as crenças, angústias e medos, bem como a capacidade de cuidado dos pais, além de facilitar a assistência psicossocial aos familiares e o planejamento do cuidado, assunto que será abordado no próximo tópico.

3.3 Instrumento para a avaliação das crenças dos pais na UTIN

No panorama atual, no Brasil, envolvendo a UTIN como cenário, encontram-se disponíveis escalas de avaliação, validadas nos últimos anos, para uso na identificação do estresse dos pais diante da internação do filho na UTIN, porém essa avaliação não se estendia à investigação e ao entendimento da capacidade de cuidado dos pais de prematuros internados em UTIN.

Dentre os instrumentos validados para o Brasil voltados à avaliação do estresse dos pais diante da internação do filho na UTIN, estão disponíveis: a *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU)*, formulada por Carter e Miles em 1982 e validada por Souza; Dupas e Balieiro (2012), que visa medir a percepção de estressores físicos e psicossociais na UTIN; bem como a Escala de Medida de Ansiedade e Depressão, *Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)*, validada por Botega et al. (1995), que possibilita detectar casos de transtornos de humor perante a internação; e também, a *Parental Stress Index (PSI)*, desenvolvida por Abidin em 1995, validada em sua *short form* por Flores e Brandão (1997), e de acordo com Santos (2008) utilizada para avaliar o estresse no sistema pais-filhos, após um período de hospitalização.

Frente a isso, o que se pode notar foi que não há referências na literatura brasileira de instrumentos desenvolvidos ou validados para o português, para uso no Brasil, com a finalidade de medir as crenças paternas e maternas de RNPT no ambiente da UTIN, o que motivou a proposta desta pesquisa e a escolha da *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale (NICU: PBS)* para ser validada no português do Brasil.

A *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale (NICU: PBS)* foi validada por Melnyk; Oswalt e Sidora-Arcoleo (2014), adaptada no ano de 1997 para ser utilizada com pais de RNPT na UTIN, a partir da *Parental Belief Scale (PBS)* original desenvolvida por Melnyk em 1995 e utilizada com pais de crianças gravemente enfermas. A PBS original foi criada com base na teoria de autorregulação, em que saber o que esperar em uma situação estressante aumenta a formação de competências cognitivas (MELNYK; OSWALT; SIDORA-ARCOLEO, 2014).

A *NICU: PBS* permite medir as crenças dos pais no papel parental e sobre o comportamento do bebê, diante da hospitalização, possibilitando antever as influências do estresse que acomete os pais de recém-nascidos prematuros, assim como quadro depressivo e a ansiedade presente. Avalia os aspectos que envolvem o papel parental de autoconfiança, a interação dos pais com o filho e o conhecimento dos pais a respeito das características e comportamentos do bebê e do ambiente da UTIN (MELNYK; OSWALT; SIDORA-ARCOLEO, 2014).

A existência de uma escala validada para avaliação das crenças dos pais a respeito de sua confiança e do papel parental pode contribuir para nortear e melhorar a intervenção da equipe de saúde no preparo dos pais para a alta hospitalar e facilitar a adaptação ao retorno para casa. Também pode servir de base para a rotina de orientações por meio de programas de avaliação que busquem desenvolver crenças parentais positivas no ambiente da UTIN, contribuindo para a melhor interação entre pais e filho. O uso da escala *NICU: PBS* como um instrumento de avaliação seria uma medida de baixo custo e de rápido e fácil acesso para identificar os pais que estão em risco de estresse (MELNYK; OSWALT; SIDORA-ARCOLEO, 2014).

O estresse em níveis mais elevados, que muitas vezes acomete os pais na UTIN, pode estar associado a crenças e expectativas irreais a respeito da criança, e da maternidade e paternidade. Portanto, fornecer aos pais de recém-nascidos na UTIN informações concretas sobre o comportamento e características dos bebês prematuros permitindo-os conseguir saber o que esperar de seus filhos são aspectos que acarretam crenças positivas sobre a capacidade dos mesmos em compreender e prever o comportamento das crianças, proporcionando uma maior aptidão para lidar com elas, antecipando suas necessidades e desenvolvendo

sentimento de confiança diante de suas habilidades parentais (MELNYK; OSWALT; SIDORA-ARCOLEO, 2014).

Na aplicação da escala *NICU: PBS* por Melnyk; Oswalt; Sidora-Arcoleo (2014), os autores identificaram-na como confiável para ser utilizada com mães e pais de recém-nascidos prematuros internados na UTIN. Ao realizar a busca por dados de publicações a respeito de trabalhos e pesquisas de validação da *NICU: PBS* e sua aplicação em outros países, os resultados demonstram a inexistência de pesquisas. Isso decorre, possivelmente, do pouco tempo desde a validação da escala nos Estados Unidos, recentemente realizada no ano de 2014. Muito embora, a prática profissional e trabalhos anteriores publicados pelos autores da escala permitem salientar o uso da mesma diante das crenças dos pais na UTIN.

A utilização da escala *NICU: PBS* em versão adaptada e validada no Brasil pode contribuir para a atuação das equipes de saúde, no sentido de que um estudo desenvolvido por Melnyk et al. (2007) observou que a ansiedade e estresse dos pais não estão diretamente relacionados a fatores internos e externos de problemas com a criança, mas sim indiretamente associados às crenças parentais negativas diante da sua capacidade de auxiliar a criança a passar pela hospitalização, indicando que intervenções dos profissionais de saúde que contemplem as crenças parentais são essenciais para promover a parentalidade saudável.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALS, H.; GILKERSON, L. The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants. **Seminars in Perinatology**, Boston, v. 21, n. 3, p. 178-189, 1997. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9205974>. Acesso em: 22 jun. 2015.

ARAÚJO, B. B. M. de; RODRIGUES, B. M. R. D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em unidade de tratamento intensivo neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 865-872, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/02.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BARBOSA, A. P. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 6, p. 437-438, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n6/v80n6a02.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

BARR, P. A Dyadic analysis of negative emotion personality predisposition effects with psychological distress in neonatal intensive care unit parents. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, Washington, v. 4, n. 4, p. 347-355, 2012. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2011-11453-001>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

BASHTIAN, M. H.; ARMAT, M. R.; KHAKSHOUR, A. Assessment of the recorded causes of neonatal hospitalization and the related factors in neonatal wards and NICUs in Bojnord. **Iranian Journal of Neonatology**, Mashhad, v. 5, n. 2, p.21-24, 2014. Disponível em: <<http://connection.ebscohost.com/c/articles/96003171/assessment-recorded-causes-neonatal-hospitalization-related-factors-neonatal-wards-nicus-bojnord>>. Acesso em: 06 abr. 2015.

BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, Nova York, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. Disponível em: <<http://www.emgo.nl/kc/preparation/research%20design/vragenlijsten/Beaton.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures**. Institute for Work & Health 2002, Toronto, 2007. Disponível em: <<http://dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2015.

BECK, S.; WOJDYLA, D.; SAY, L.; BETRAN, A. P.; MERIALDI, M.; REQUEJO, J. H.; RUBENS, C.; MENON, R.; LOOK, P. F. V. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v. 88, n. 1, p. 31-38, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0042-96862010000100012&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 mar. 2016.

BHUTTA, Z. A.; DAS, J. K.; BAHL, R.; LAW, J. E.; SALAM, R. A.; PAUL, V. K.; SANKAR, M. J.; BLENCOWE, H.; RIZVI, A.; CHOU, V. B.; WALKER, N. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? **The Lancet**, London, v. 384, n. 9940, p. 347-370, 2014. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60792-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60792-3/abstract)>. Acesso em: 15 jan. 2016.

BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 203-209, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n4/08.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2015.

BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Prematuridade. In: VAZ, F. A. C.; MANISSADJIAN, A.; ZUGAIB, M. **Assistência à gestante de alto risco e ao recém-nascido nas primeiras horas**. 1. ed., São Paulo: Atheneu, 1993.

BLENCOWE, H.; COUSENS, S. Review: Addressing the challenge of neonatal mortality. **Tropical Medicine & International Health: TM & IH**, London, v. 18, n. 3, p. 303-312, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23289419>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

BLENCOWE, H.; VOS, T.; LEE, A. C.; PHILIPS, R.; LOZANO, R.; ALVARADO, M. R.; COUSENS, S.; LAWN, J. Estimates of neonatal morbidities and disabilities at regional and global levels for 2010: introduction, methods overview, and relevant findings from the global burden of disease study. **Pediatric Research**, London, v. 74, n. 1, p. 4-16, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24366460>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA Jr., C.; PEREIRA, W. A. B. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 359-363, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n5/04.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2015.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 423-432, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v22n53/14.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2015.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. 3. ed., São Paulo: Martins Fontes, 1995.

BOYKOVA, M.; KENNER, C. Transition from hospital to home for parents of preterm infants. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, Boston, v. 26, n. 1, p. 81-87, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22293645>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

BRAGA, N.; MORSCH, D. Cuidando da família: maternagem ampliada (pais, irmãos e avós). In: MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A.; CARVALHO, de M. orgs. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. 1. ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dez/2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_12.htm>. Acesso em: 27 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_mortalidade_perinatal.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal** / Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. 3. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_aidpi_neonatal_3ed_2012.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. 1. ed., Brasília: Ministério da saúde, 2012c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde da criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método mãe canguru: manual do curso**. 1. ed., Brasília: Ministério da saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_MetodoMaeCanguru.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Área técnica de saúde da criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. Manual técnico. 2. ed., Brasília: Ministério da saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/canguru2008.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. 1. ed., Brasília: Ministério da saúde, 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília: IPEA, 2014b. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília: IPEA, 2007. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/docs/3_relatorionacionalacompanhamentoodm.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2015.

BRAZELTON, T. B. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. 1. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRETT, J.; STANISZEWSKA, S.; NEWBURN, M.; JONES, N.; TAYLOR, L. A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. **BMJ Open**, Coventry, v. 1, n. 1, p. 1-11, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22021730>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BRUM, E. H. M. de; SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 457-467, 2004. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/Vinculosiniciaisedesenvolvimento infantil.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2015.

CHAGAS, R. I. de A.; VENTURA, C. M. U.; LEMOS, G. M. J. de; SANTOS, D. F. M. dos; SILVA, J. J. da. Análise dos fatores obstétricos, socioeconômicos e comportamentais que determinam a frequência de recém-nascidos pré-termos em UTI neonatal. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 7-11, 2009. Disponível em: <<http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/112-anlise-dos-fatores-obstetricos-socioeconomicos-e-comportamentais-que-determinam-a-frequencia-de-recm-nascidos-pr-termos-em-uti-neonatal.html>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

CHIODI, L. C.; AREDES, N. D. A.; SCOCHI, C. G. S.; FONSECA, L. M. M. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 969-974, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a22.pdf>>. Acesso em: 09 mai. 2015.

COCKCROFT, S. How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care? **Journal of Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 18, n. 3, p. 105-110, 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184111001062>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

CONZ, C. A.; MERIGHI, M. A. B; JESUS, M. C. P, de. Promoção de vínculo afetivo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um desafio para as enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 849-855, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a16v43n4.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

CORTÉS-REYES E.; RUBIO-ROMERO J. A.; GAITÁN-DUARTE H. Métodos estadísticos de evaluación de la concordancia y la reproducibilidad de pruebas diagnósticas. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, Bogotá, v.61, n.3, p.247-255, 2010. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-metodos-estadisticos-evaluar-concordancia-13057543>. Acesso em: 15 abr. 2016.

COUTO, C. S. do; TUPINANBÁ, M. C.; RANGEL, A. U. M.; FROTA, M. A.; MARTINS, E. M. da C. S.; NOBRE, C. S.; LANDIM, F. L. P. Espectros de mães de prematuros acerca de círculo de cultura educativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 03-08, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00003.pdf. Acesso em: 02 mai. 2015.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. de S. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para a alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 886-891, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a27>. Acesso em: 05 jul. 2015.

DARLING, N.; STEINBERG, L. Parenting style as context: an integrative model. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 113, n. 3, p. 487-496, 1993. Disponível em: <http://www.oberlin.edu/faculty/ndarling/lab/psychbull.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2015.

DAVIS, L.; EDWARDS, H.; MOHAY, H.; WOLLIN, J. The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. **Early Human Development**, Brisbane, v. 73, n. 1, p. 61-70, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12932894>. Acesso em: 10 jun. 2015.

EINSPIELER, C.; BOS, A. F.; LIBERTUS, M. E.; MARSCHIK, P. B. The general movement assessment helps us to identify preterm infants at risk for cognitive dysfunction. **Frontiers in Psychology**, Bruxelas, v. 7, n. 406, p. 1-8, 2016. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27047429. Acesso em: 10 mai. 2016.

FALCONE, V. M., MÄDER, C. V. de N.; NASCIMENTO, C. F. L.; SANTOS, J. M. M.; NÓBREGA, F. J. de. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-618, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25534.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2015.

FONSECA, J. J. S. da. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Disponível em:

<<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2015.

FORCADA-GAUX, M.; BORGHINI, A.; PIERREHUMBERT, B.; ANSERMET, F.; MULLER-NIX, C. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. **Early Human Development**, Lausanne, v. 87, n. 1, p. 21-26, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20951514>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 444-448, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a12v58n4.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2015.

GONYA, J.; NELIN, L. D. Factors associated with maternal visitation and participation in skin-to-skin care in an all referral level IIIc NICU. **Acta Paediatrica**, Columbus, v. 102, n. 2, p. 53-56, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23088567>>. Acesso em: 11 abr. 2015.

GRANZOTTO, J. A.; FONSECA, S. S. da; LINDEMANN, F. L. Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma unidade de terapia intensiva neonatal na região sul do Brasil. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 57-62, 2012. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/56-1/0000095683-11_935.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2015.

GUANAES, A.; SOUZA, R. P. de. Introdução: objetivos, conceito, histórico e filosofia. In: AMIB. **Humanização em cuidados intensivos**. 1. ed., Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

GUILLEMIN, F.; BOBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Toronto, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, 1993. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8263569>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L. **Análise multivariada de dados**. 6. ed., Porto Alegre: Bookman, 2009.

HORBAR, J. D., BADGER, G. J.; CARPENTER, J. H.; FANAROFF, A. A.; KILPATRICK, S.; LACORTE, M.; PHIBBS, R.; SOLL, R. F. Trends in mortality and

morbidity for very low birth weight infants, 1991-1999. **Pediatrics**, Baltimore, v. 110, n. 1, p. 143-151, 2002. Disponível em: <<http://pediatrics-aappublications-org.ez78.periodicos.capes.gov.br/content/110/1/143.full.pdf+html>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

IBGE. Censo 2010. **Comunicação social**. 2012. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?id=1&idnoticia=2125&view=noticia>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

IDB. Indicadores e dados básicos. Capítulo C.2. **Taxa de mortalidade perinatal**. DATASUS, 2013. Disponível em: <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/ibd2013/matriz.htm>. Acesso em: 10 dez. 2016.

KENNEL, J. H.; KLAUS, M. H. Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. In: KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais/bebê a formação do apego**. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLIEGMAN, R. M. Medicina fetal e neonatologia. In: BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M. **Nelson princípios de pediatria**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

KNOBEL, E.; NOVAES, M. A. F. P.; BORK, A. M. G. T. Humanização dos CTIS. In: KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 2. ed., vol. 2, São Paulo: Atheneu, 1998.

KOBARG, A. P. R.; SACHETTI, V. A. R.; VIEIRA, M. L. Valores e crenças parentais: reflexões teóricas. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 96-102, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v16n2/10.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2015.

KORJA, R.; LATVA, R.; LEHTONEN, L. The effects of preterm birth on mother-infants interaction and attachment during the infant's first two years. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, Turku, v. 91, n. 1, p.164-173, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22007730>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

KÜRKINEN-RÄTY, M.; KOIVISTO, M.; JOUPPILA, P. Preterm delivery for maternal or fetal indications: maternal morbidity, neonatal outcome and late sequelae in infants. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Lahti, v. 107, n. 5, p. 648-655, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10826581>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, Arlington, v.33, n.1, p. 159-174, 1977. Disponível em: http://www.dentalage.co.uk/wp-content/uploads/2014/09/landis_jr__koch_gg_1977_kappa_and_observer_agreement.pdf. Acesso em: 10 ago. 2015.

LAWN, J. E.; BLENCOWE, H.; OZA, S.; YOU, D.; LEE, A. C.; WAISWA, P.; LALLI, M.; BHUTTA, Z.; BARROS, J. D.; CHRISTIAN, P.; MATHERS, C.; COUSENS, S. N. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. **The Lancet**, London, v. 384, n. 9938, p. 189-205, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24853593>. Acesso em: 19 jan. 2016.

LAWN, J. E.; COUSENS, S.; ZUPAN, J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? **The Lancet**, London, v. 365, n. 9462, p. 891-900, 2005. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)71048-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)71048-5/abstract). Acesso em: 17 jan. 2016.

LEAL, M. C.; SZWARCOWALD, C. L. Evolução da mortalidade neonatal no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, de 1979-1993. 1- Análise por grupo etário segundo região de residência. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 403-412, 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102-311X1996000200013&pid=S0102-311X1996000200013&pdf_path=csp/v12n2/1509.pdf . Acesso em: 15 abr. 2015.

LEONE, C. R.; RAMOS, J. L. A.; VAZ, F. A. C. O. Recém-nascido pré-termo. In: MARCONDES, E.; VAZ, F. A. C.; RAMOS, J. L. A.; OKAY, Y. **Pediatria básica: pediatria geral e neonatal**. 9. ed., vol. 1, São Paulo: Sarvier, 2002.

LINSELL, L.; MALOUF, R.; MORRIS, J.; KURINCZUK, J. J.; MARLOW, N. Prognostic factors for poor cognitive development in children born very preterm or with very low birth weight: a systematic review. **JAMA Pediatrics**, London, v. 169, n. 12, p. 1162-1172, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26457641>. Acesso em: 05 jan. 2016.

LIU, C.; CHEN, Y.; YEH, Y.; HSIEH, Y. Effects of maternal confidence and competence on maternal parenting stress in newborn care. **Journal of Advanced Nursing**, Taipei, v. 68, n. 4, p. 908-918, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21790741>. Acesso em: 15 abr. 2015.

MACARINI, S. M.; MARTINS, G. D. F.; MINETTO, M. de F. J.; VIEIRA, M. L. Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. **Arquivos Brasileiros de**

Psicologia, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 119-134, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v62n1/v62n1a13.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

MARTINS, G. de A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006. Disponível em: file:///C:/Users/Eloeth/Downloads/51-1099-1-PB%20(1).pdf. Acesso em: 15 mar.2016.

MARTINS, L.; OLIVEIRA, E. A. Percepções da mãe diante dos cuidados de saúde oferecidos ao binômio mãe/recém-nascido na internação neonatal. **Comunicação em Ciências Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 107-116, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/percepcoes_mae_diante.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2015.

MELLO, R. R. de; MEIO, M. D. B. B. Organização dos ambulatórios de seguimento. In: MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A.; CARVALHO, de M. orgs. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. 1. ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MELNYK, B. M.; ALPERT-GILLIS, L.; FEINSTEIN, N. F.; FAIRBANKS, E.; SCHULTZ-CZARNIAK, J.; HUST, D.; SHERMAN, L.; LEMOINE, C.; MOLDENHAUER, Z.; SMALL, L.; BENDER, N.; SINKIN, R. A. Improving cognitive development of low-birth-weight premature infants with the COPE program: a pilot study of the benefit of early NICU intervention with mothers. **Research in Nursing & Health**, Rochester, v. 24, n. 5, p. 373-389, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11746067>>. Acesso em: 03 jul. 2015.

MELNYK, B. M., CREAN, H. F.; FEINSTEIN, N. F.; FAIRBANKS, E. Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive care unit. Explanatory effects of the creating opportunities for parent empowerment program. **Nursing Research**, Columbus, v. 57, n. 6, p. 383-394, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19018213>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

MELNYK, B. M., CREAN, H. F.; FEINSTEIN, N. F.; FAIRBANKS, E.; ALPERT-GILLIS, L. J. Testing the theoretical framework of the COPE program for mothers of critically ill children: an integrative model of young children's post-hospital adjustment behaviors. **Journal of Pediatric Psychology**, Atlanta, v. 32, n. 4, p. 463-474, 2007. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17041248>. Acesso em: 10 jun. 2015.

MELNYK, B. M.; OSWALT, K. L.; SIDORA-ARCOLEO, K. Validation and Psychometric Properties of the Neonatal Intensive Care Unit Parental Belief Scale. **Nursing Research**, Columbus, v. 63, n. 2, p.105-115, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24589647>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

MONTIROSSO, R.; PROVENZI, L.; CALCIOLARI, G.; BORGATTI, R. Measuring maternal stress and perceived support in 25 italian NICUs. **Acta Paediatrica**, Lecco, v. 101, n. 2, p. 136-142, 2012. Disponível em: <http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1651-2227.2011.02440.x?r3_referer=wol&show_checkout=1>. Acesso em: 24 abr. 2015.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D., ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 24-30, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a04v22n1.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A. Patologias respiratórias. In: MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A.; CARVALHO, de M. orgs. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. 1. ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MOREY, J. A.; GREGORY, K. Nurse-led education mitigates maternal stress and enhances knowledge in the NICU. **MCN. American Journal of Maternal Child Nursing**, Boston, v. 37, n. 3, p. 182-191, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22549422>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

MOURA, M. L. S. de; RIBAS JÚNIOR, R. de C.; PICCININI, C. A.; BASTOS, A. C. de S.; MAGALHÃES, C. M. C.; VIEIRA, M. L.; SALOMÃO, N. M. R.; SILVA, A. M. P. M. da; SILVA, A. K. da. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 3, p. 421-429, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a04v09n3.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

MWANIKI, M. K.; ATIENO, M.; LAWN, J. E.; NEWTON, C. R. J. C. Long-term neurodevelopmental outcomes after intrauterine and neonatal insults: a systematic review. **Lancet**, London, v. 379, n. 4, p. 445-452, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22244654>>. Acesso em 06 jun. 2015.

NADER, P. de J. H. (coord.). Neonatologia. In: LOPES, F. A.; CAMPOS, Jr. D. (org.). **Tratado de Pediatria**. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2. ed., vol. 1, São Paulo: Manole, 2010.

OLIVEIRA, I. de; ANGELO, M. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora – A experiência da mãe acompanhante. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 202-208, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a10>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

ORTIZ, L. P. **A mortalidade perinatal no Brasil 2000-2010**. XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, da Abep, realizado em Águas de Lindóia/São Paulo, Brasil, de 21 a 24 de novembro de 2012. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/files/POSTER\[417\]ABEP2012.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/files/POSTER[417]ABEP2012.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2015.

PACCININI, C. A., GOMES, A. G.; NARDI, T. de; LOPES, R. S. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

PASSINI, R. Jr., CECATTI, J. G.; LAJOS, G. J.; TEDESCO, R. P.; NOMURA, M. L.; DIAS, T. Z.; HADDAD, S. M.; REHDER, P. M.; PACAGNELLA, R. C.; COSTA, M. L.; SOUSA, M. H. Brazilian multicentre study on preterm birth (EMIP): prevalence and factors associated with spontaneous preterm birth. **Plos One**, San Francisco, v. 9, n. 10, p. 1-12, 2014. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0109069&representation=PDF>>. Acesso em: 19 jun. 2015.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. 1. ed., São Paulo: Edições Loyola, 2004.

PNUD. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. 2012. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 7. ed., Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, Gold Coast, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16977646>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed., Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAESIDE, L. Perceptions of environmental stressors in the neonatal unit. **British Journal of Nursing**, London, v. 6, n. 16, p. 914-923, 1997. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9362621>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

RAMOS, H. A. de C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

RAMOS, J. G. L.; MARTINS-COSTA, S.H.; VALÉRIO, E. G.; MÜLLER, A. L. L. Nascimento pré- termo. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em obstetrícia**. 4. ed., Porto Alegre: Artmed, 2001.

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectiva para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 286-291, 2004. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/R3_primordio.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2015.

SÁ NETO, J. A. de; RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 372-377, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/20>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SANTOS, V. A. B. **Stress parental e práticas parentais em mães de crianças com perturbação de hiperactividade com déficie de atenção**. Lisboa, 2008. Dissertação (Mestrado). Universidade de Lisboa, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica. 2008. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/695/1/17675_Dissertacao_Mestr_Integ_Psic_Vanessa_Santos.pdf>. Acesso em: 09 set. 2015.

SBP. Estimativa da necessidade de leitos de UTI neonatal no Brasil. **Relação do número de leitos de UTI neonatal por 1000 nascidos vivos**. Departamento de neonatologia da SBP, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/numero_leitos_uti.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2015.

SCHAPPIN, R.; WIJNROKS, L.; VENEMA, M. M. A. T. U.; JONGMANS, M. J. Rethinking stress in parents of preterm infants: a meta-analysis. **Plos One**, Utrecht, v. 8, n. 2, p. 1-19, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23405105>>. Acesso em: 16 abr. 2015.

SCHMIDT, K. T.; SASSÁ, A. H.; VERONEZ, M.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 73-81, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100010>. Acesso em: 11 jun. 2015.

SOIFER, R. **Psicologia da Gravidez, parto e puerpério**. 6. ed., Porto Alegre: Artmed, 1992.

SOUZA, N. L. de; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. do C. C.; CARVALHO, J. B. L. de; SILVA, M. de L. C. da. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 729-733, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/13.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2015.

SOUZA, N. L. de; PINHEIRO-FERNANDES, A. C.; CLARA-COSTA, I. do C.; CRUZ-ENDERS, B.; CARVALHO, J. B. L. de; SILVA, M. de L. C. da. Experiencias maternas en el hogar com recién nacidos prematuros. **Revista de Salud Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 356-367, 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300002>. Acesso em: 12 abr. 2015.

SOUZA, S. R. **Tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU)**. São Paulo, 2009. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. 2009. Disponível em: <[http://busca.ibict.br/SearchBDTD/search.do?command=search&q="+assunto:%22Enfermagem%20neonatal.%22](http://busca.ibict.br/SearchBDTD/search.do?command=search&q=)>. Acesso em: 23 abr. 2015.

SOUZA, S. R.; DUPAS, G.; BALIEIRO, M. M. F. G. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU). **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.171-176, 2012. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v25/n2/v25n2a3.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2015.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. de (orgs.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. 1. ed., São Paulo: Manole, 2005.

TAEUSCH, H. W.; AVERY, M. E. **Avery's doenças do recém-nascido**. 7. ed., Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

TAMEZ, R. N. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 5. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TUCKER, J. M., GOLDENBERG, R. L.; DAVIS, R. O.; COPPER, R. L.; WINKLER, C. L.; HAUTH, J. C. Etiologies of preterm birth in an indigent population: is prevention a logical expectation? **Obstetrics Gynecology**, Ontario, v. 77, n. 3, p. 343-347, 1991. Disponível em: <http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1991/03000/Etiologies_of_Preterm_Birth_in_an_Indigent.3.aspx>. Acesso em: 21 jun. 2015.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. A experiência de tornarem-se pais de recém-nascidos prematuros: um enfoque etnográfico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 49-54, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a09.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2015.

UNICEF. **Committing to child survival: a promise renewed. Progress report 2015**. 2015. Disponível em: <https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/a-promise-progress-report.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2016.

UNICEF, WHO, THE WORLD BANK, UNITED NATIONS. **Levels and trends in child mortality: report 2015**. New York: UNICEF, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2015/en/>. Acesso em: 10 mar. 2016.

UNIOESTE. **Plano Diretor 2013/2017**. Disponível em: <http://cac.php.unioeste.br/transparencia/images/Plano_Diretor/PlanoDiretorHUOP.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2015.

UNITED NATIONS. **The Millennium Development Goals Report 2015**. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/07/MDG-2015-June-25.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2016.

VIERA, C. S.; MELLO, D. F. de. **Seguimento de crianças pré-termo e de baixo peso ao nascer: uma análise do cuidado no contexto das experiências familiares**. 1. ed., Cascavel: Edunioeste, 2012.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. 4. ed., São Paulo: Martins Fontes, 2011.

5 ARTIGO CIENTÍFICO 1

VALIDAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DA ESCALA DE CRENÇAS DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS HOSPITALIZADOS

VALIDAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DA ESCALA DE CRENÇAS DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS HOSPITALIZADOS

Resumo

A hospitalização do recém-nascido prematuro em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é uma fonte significativa de estresse materno, devido a fatores que interferem na interação mãe-bebê e abalam a dinâmica familiar, alterando o papel parental e interferindo na capacidade de cuidado dos pais. Este estudo objetivou descrever o processo de tradução, adaptação cultural, validação psicométrica e categorização dos escores da escala *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale (NICU: PBS)* para o português do Brasil, com pais de crianças prematuras hospitalizadas. Estudo metodológico de validação com as etapas tradução, retrotradução, análise do comitê de juízes, pré-teste, reexame das pontuações e avaliação das propriedades psicométricas. A validade de construto foi verificada em uma amostra total de 99 pais e/ou mães de recém-nascidos prematuros, pela análise fatorial confirmatória e exploratória. A validade de conteúdo realizada pelo comitê de juízes mostrou-se adequada, com concordância para tradução de 90% e *Kappa* de 0,71. O teste-reteste obteve Coeficiente de Correlação Intraclasse de 0,98 e *Alfa de Cronbach* de 0,92. Abrangeu-se na análise fatorial exploratória estrutura com três fatores: confiança no papel parental; interação pais e filho; e conhecimento dos pais, os quais explicaram 56% da variância. A escala de crenças dos pais conquistou validade de conteúdo e confiabilidade satisfatória, apresentando-se adequada para a aplicação com pais e mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados. *Palavras-chave:* Unidade de terapia intensiva neonatal, estudos de validação, prematuro, relações pais-filho, cuidado da criança.

VALIDACIÓN Y DETECCIÓN DE LA ESCALA DE CREENCIAS DE LOS PADRES DE NIÑOS PREMATUROS HOSPITALIZADOS

Resumen

La hospitalización del recién nacido prematuro en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es una fuente importante de estrés materno debido a factores que interfieren con la interacción madre-bebé y minan la dinámica familiar, cambiando el papel de los padres y de interferir con la capacidad de atención de sus padres. Este estudio tuvo como objetivo describir el proceso de traducción, adaptación cultural, validación psicométrica y la categorización de puntuaciones de la escala *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale (NICU: PBS)* para el portugués de Brasil, con los padres de los niños prematuros hospitalizados. Estudio de validación metodológica con la traducción de los pasos, traducción inversa, análisis comité de expertos, previa a la prueba, las puntuaciones de revisión y evaluación de las propiedades psicométricas. La validez de constructo se puso a prueba en una muestra total de 99 padres y/o madres de bebés prematuros, el análisis factorial confirmatorio y exploratorio. La validez de contenido realizado por el comité de expertos era adecuado, con el acuerdo para la traducción de un 90% y *Kappa* 0,71. La prueba-reprueba obtuvo

coeficiente de correlación intraclase de 0,98 y de 0,92 alfa de Cronbach. Se incluye en la estructura de análisis factorial exploratorio con tres factores: la confianza en el papel de los padres; padre interacción y el niño; y el conocimiento de los padres, lo que explica el 56% de la varianza. La escala de creencias de los padres conquistado la validez del contenido y fiabilidad satisfactoria, presentando adecuado para su uso con los padres y los bebés prematuros hospitalizados de las madres.

Palabras clave: Unidad de cuidados intensivos neonatales, estudios de validación, prematuro, relaciones padres-hijos, cuidado de los niños.

VALIDATION AND CATEGORIZATION OF THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: PARENTAL BELIEF SCALE

Abstract

Hospitalization of the premature newborn in a Neonatal Intensive Care Unit is a significant source of maternal stress, due to factors that interfere with the mother-infant interaction and affect the family dynamics, altering the parental role and interfering in the parental care capacity. This study aimed to describe the process of translation, cultural adaptation, psychometric validation and categorization of the scores of the Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale (NICU: PBS) for Brazilian Portuguese, with parents of hospitalized premature children. This is a methodological validation study with the steps: translation, back-translation, analysis of the judges committee, pre-test, reexamination of scores and evaluation of psychometric properties. The construct validity was verified in a total sample of 99 fathers and / or mothers of preterm infants by confirmatory and exploratory factorial analysis. The content validity performed by the judges' committee was adequate, with agreement for 90% translation and Kappa of 0.71. The test-retest obtained an Intraclass Correlation Coefficient of 0.98 and Cronbach's Alpha of 0.92. It was covered in the factorial exploratory analysis structure with three factors: trust in parental role; Parents and child interaction; And parents' knowledge, which explained 56% of the variance. The parents' beliefs scale obtained satisfactory content and reliability, and it was adequate for the application with parents of hospitalized preterm infants.

Key words: Neonatal intensive care units, validation studies, prematurity, parent-child relations, child care.

INTRODUÇÃO

Anualmente cerca de 2,8 milhões de bebês morrem nos primeiros 28 dias de vida, sendo as complicações da prematuridade a principal causa, responsável por 35% dos óbitos no mundo (United Nations [UN], 2015). No Brasil, a prevalência de partos prematuros é estimada em 12,5% (Brasil, 2015), percentual esse

representativo de países de baixa renda (World Health Organization [WHO], 2012). O Recém-Nascido Prematuro (RNPT) devido a sua vulnerabilidade biológica está predisposto a morbidades no período de hospitalização e no decorrer do crescimento e desenvolvimento (Einspieler, Bos, Libertus, & Marschik, 2016; Forcada-Gaux, Borghini, Pierrehumbert, Ansermet, & Muller-Nix, 2011).

O nascimento prematuro, então, além de complicações para o RNPT, constitui em uma situação muito estressante para os pais (Brett, Staniszewska, Newburn, Jones, & Taylor, 2011; Korja, Latva, & Lehtonen, 2012), eles passam da sensação de felicidade pela gestação e grandes expectativas pelo nascimento, para uma situação de preocupação e ansiedade, que diante da hospitalização do bebê gera uma desordem dos sentimentos (Martins & Oliveira, 2010). Essa condição pode alterar o papel parental e repercutir sobre a autoconfiança dos pais no cuidado (Montirosso, Provenzi, Calciolari, & Borgatti, 2012).

Identificar a percepção dos pais acerca da prematuridade é elemento essencial para planejar ações que os empoderem, estimulando o desenvolvimento da competência parental saudável. Nesse sentido, ferramentas específicas podem ser utilizadas para mensurar essas crenças e percepções dos pais acerca do vivido, contudo, no Brasil não há referências na literatura de instrumentos desenvolvidos ou validados em português para uso com a finalidade de aferir as crenças paternas e maternas no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

O instrumento *Neonatal Intensive Care Unit Parental Belief Scale – NICU: PBS* desenvolvido por Melnyk, Oswalt e Sidora-Arcoleo (2014) foi validado nos Estados Unidos, sendo utilizado para identificar as crenças, a capacidade de

cuidado dos pais, e auxiliar positivamente no cuidado desenvolvido pela equipe de saúde na hospitalização e na alta para casa da criança prematura.

Nesse contexto, é que emergiu a proposta deste estudo e a escolha da *NICU: PBS*, doravante denominada Escala de Crenças dos Pais de Recém-Nascidos Prematuros (ECP: UTIN), para ser adaptada culturalmente e validada para o português do Brasil.

A validação da escala ECP: UTIN permitirá que os profissionais de saúde possam utilizá-la de forma objetiva para avaliar as crenças dos pais diante da hospitalização dos filhos na UTIN, e utilizar-se dessa informação no preparo dos pais para o cuidado do filho, estimulando a competência parental. Esta escala é considerada uma medida de baixo custo, rápida e de fácil acesso para identificar os pais que estão em risco de estresse (Melnyk et al., 2014). Os dados indicados por meio da escala sustentam ações assertivas da equipe de saúde em relação a intervenções de apoio, preparo dos pais e familiares na interação e cuidados ao neonato, sobretudo, na situação de alta para a vivência domiciliar, proporcionando melhora na qualidade de vida dos indivíduos envolvidos e melhores condições para o desenvolvimento e crescimento das crianças.

Neste sentido, o presente estudo teve por objetivo descrever o processo de tradução, adaptação cultural, validação psicométrica e categorização dos escores da escala *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale (NICU: PBS)* para o português do Brasil, com pais de crianças prematuras hospitalizadas.

MÉTODOS

Participantes

Este estudo metodológico foi realizado na UTIN e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) de um hospital público e de ensino, na região Oeste do Paraná, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Participaram do estudo pais e/ou mães de RNPT hospitalizados na UTIN e UCI da instituição, elegidos por meio dos seguintes critérios de inclusão: a) pai e/ou mãe de RNPT nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas; b) no caso do participante ser menor de 18 anos deveria estar acompanhado de responsável; c) referir ser alfabetizado; d) ter o português como sua primeira língua usual; e) ter visitado seu filho pelo menos uma vez antes da aplicação do instrumento. E como critérios de exclusão: a) relatar não possuir condições emocionais e físicas para responder o instrumento; b) referir uso de medicações para transtornos de ansiedade; c) mães cuidadoras de crianças de abrigos que estivessem destinadas à adoção.

A amostra de participantes variou de acordo com cada etapa da pesquisa. Foram 23 pais e/ou mães, para o teste-reteste e 76 pais e/ou mães para a validação clínica. O tamanho da amostra para a validação clínica foi calculado utilizando o programa *GPower* 3.1.9.2, assumindo um valor de ρ^2 de 0,3 na hipótese alternativa, com 18 variáveis preditoras e poder estatístico de 0,89, família de testes F, considerando-se α de 0,05. A amostra total de aplicação da escala ECP: UTIN foi, portanto, composta por 99 pais e/ou mães.

Instrumentos

A escala ECP: UTIN foi evidenciada como importante para uso no Brasil, visto que não se dispõe de instrumentos como este, que não seja na língua inglesa, tanto para fundamentar pesquisas na área neonatal, quanto para uso na

assistência pela equipe de saúde na UTIN. Frente ao interesse, as pesquisadoras entraram em contato com a autora da escala Dr^a. Bernardette Mazurek Melnyk, nos Estados Unidos da América, via e-mail e obtiveram a autorização para validação no Brasil.

Essa escala é utilizada com pais e/ou mães de crianças prematuras hospitalizadas na UTIN, possibilitando verificar o papel de autoconfiança dos pais, a interação entre pais e crianças e o conhecimento sobre a UTIN. É composta por 18 itens, com respostas do tipo *Likert* de cinco pontos, que variam de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente), disposta na forma autoaplicável, em que a soma total dos itens leva a um valor entre 18 a 90 pontos. Escores mais altos indicam crenças dos pais mais positivas em relação à criança e maior confiança no seu papel de cuidado (Melnyk et al., 2014).

Um questionário sociodemográfico e clínico foi aplicado conjuntamente a ECP: UTIN, contendo itens como: idade materna e paterna, escolaridade de ambos, entre outros, bem como dados do recém-nascido podendo citar: peso, apgar, estatura, etc, a fim de caracterizar a amostra que compôs o estudo.

Procedimentos

A tradução, adaptação cultural da escala ECP: UTIN e sua validação para uso no Brasil foi realizada considerando as orientações e diretrizes propostas por Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz (2000) e Guillemin, Bombardier, & Beaton (1993). Para tanto, as etapas desenvolvidas encontram-se na Figura 1.

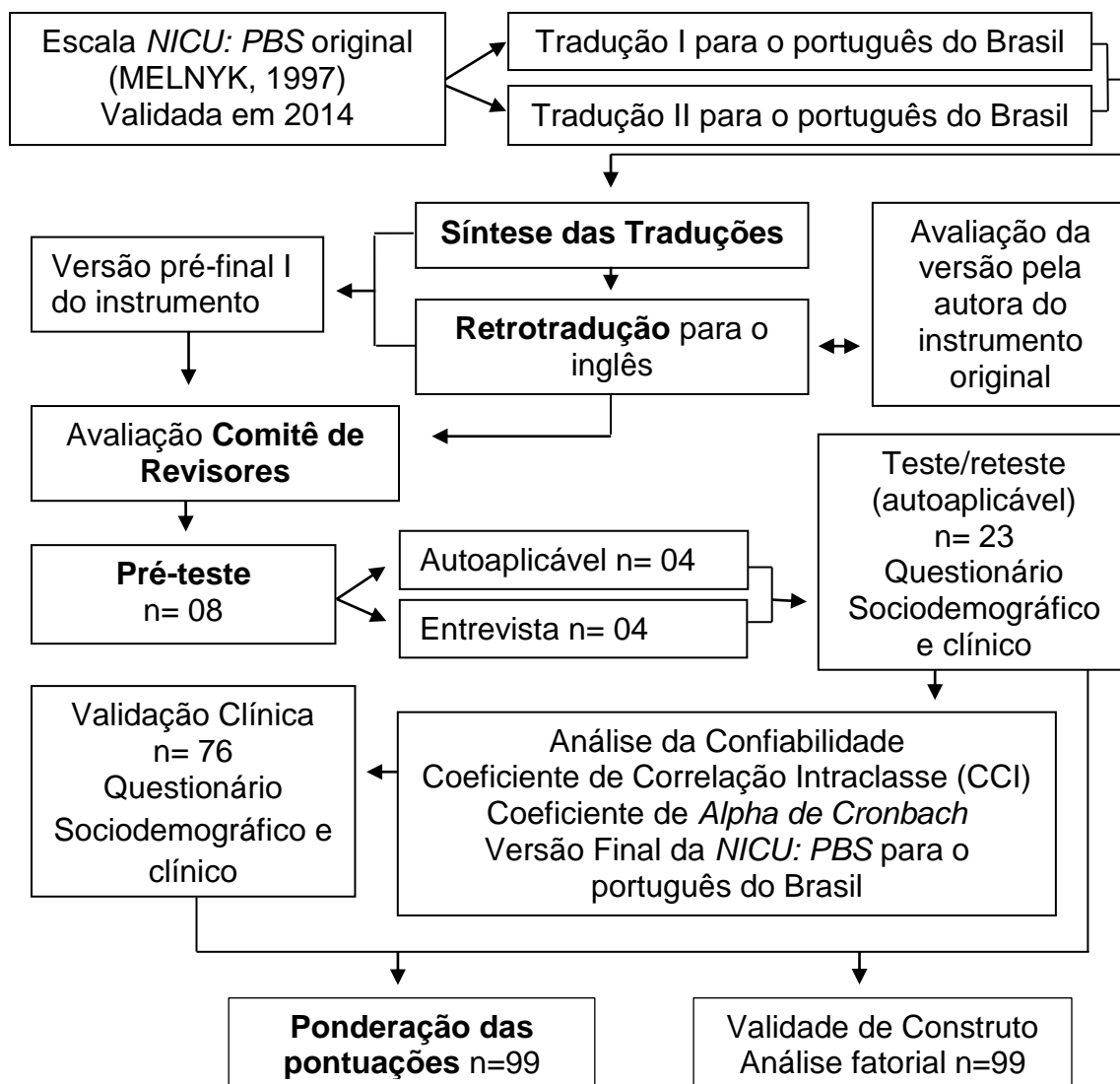


Figura 1. Diagrama da tradução, adaptação cultural e validação clínica da escala ECP: UTIN.

Para a validação de conteúdo da escala ECP: UTIN, nove juízes especialistas (enfermeiros, psicólogo e/ou médico com titulação de mestres e/ou doutores), selecionados intencionalmente a partir do conhecimento que dispunham na área neonatal, de diversas localidades do Brasil, analisaram o conteúdo da escala quanto à equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural, fazendo comparações entre a original e a versão traduzida, chegando a um consenso sobre possíveis discrepâncias.

A fim de quantificar o grau de concordância entre os juízes especialistas foi aceito como uma taxa adequada a concordância de 90% ou mais entre os membros do comitê (Polit & Beck, 2006), bem como o uso do coeficiente de *Kappa* (K) para avaliar a concordância corrigindo o acaso. Para tanto, foram consideradas cinco categorias: valores acima de 0,81 a 1,0 que representam perfeita concordância; de 0,61 a 0,80 substancial concordância; de 0,41 a 0,60 moderada concordância; de 0,21 a 0,40 regular concordância; de 0,20 a zero concordância fraca a ruim (Landis & Koch, 1977).

Análise dos dados

Os dados coletados foram submetidos às análises estatísticas descritivas para caracterização da amostra de pais e/ou mães que responderam ao teste-reteste e à amostra de validação da escala, incluindo também análises inferenciais, de acordo com as etapas do estudo. Para testar a validade de construto da versão adaptada da escala da ECP: UTIN para o português foi realizada a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e Exploratória (AFE) (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009). A validade de construto foi verificada, inicialmente, pela AFC dos fatores por meio do programa estatístico *R*[®] (Core Team R, 2015). Realizou-se, em seguida, a AFE para a avaliação de um novo modelo estrutural, pelo método de análise de componentes principais com rotação ortogonal Varimax e o método de *Kaiser Meyer-Olkin* (KMO) para a avaliação da qualidade dos dados para análise fatorial.

Ademais, foi calculada a matriz de covariância com estimativa da probabilidade máxima, sendo que a consistência dos dados foi avaliada por meio da normalidade multivariada e da ocorrência de valores discrepantes. A

associação com os fatores originais foi verificada com a análise das matrizes de correlação, avaliando-se por modelos que variaram de um a cinco. Para o teste do ajuste dos modelos considerou-se a análise dos seguintes índices: qui-quadrado (χ^2) e os graus de liberdade (gl); *RMSEA* (*Root Mean Square Error of Approximation*); *SRMR* (*Standardized Root Mean Square Residual*) e o *CFI* (*Comparative Fit Index*).

Adotaram-se como critérios de ajustes satisfatórios do modelo aos dados, a relação χ^2 /gl; para o *RMSEA*, valores menores do que $\leq 0,10$, sendo que valores entre 0,03 e 0,08 indicam melhores ajustes; quanto ao *SRMR*, considerou-se valores de bom ajuste $< 0,10$; e para o *CFI*, valores $\geq 0,90$ (Hair et al., 2009). As análises estatísticas foram realizadas nos programas *XLStat*[®] versão 2015 e no *R*[®] (*Core Team R*, 2015). O nível de significância assumido em todos os testes estatísticos foi igual a 0,05.

Aspectos Éticos

Os pais e/ou mães dos RNPT que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Houve submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIOESTE, sob parecer de nº: 385.370, CAE Nº: 16348813.7.1001.0107, tendo seguido todos os preceitos éticos.

RESULTADOS

Na análise do comitê de juízes obteve-se uma média de concordância para o consenso de tradução de 90%, sendo essa taxa considerada adequada (Polit & Beck, 2006). Em adição a isso, na avaliação de *Kappa*, o valor encontrado foi igual a 0,71, indicando substancial concordância entre os juízes (Landis & Koch,

1977), com valor significativo ($p < 0,001$). As sugestões dos juízes especialistas a respeito da escala traduzida foram adequadas compondo então a versão para testes de campo.

Como parte do processo de adaptação cultural, foi realizado em setembro de 2015, o pré-teste da versão pré-final da escala ECP: UTIN, com oito pais e/ou mães de RNPT, sendo considerada adaptada culturalmente a versão final, a partir da obtenção de 80% ou mais de entendimento por parte dos pais. O pré-teste evidenciou que os itens estavam escritos de maneira compreensível e foram respondidos sem menção de dúvidas, com o entendimento de 87,5%. Houve exceção apenas para o item 14 da escala, que originou dúvida no entendimento do significado da terminologia “a termo”. Esse item foi adequado, inserindo-se sua explicação (nascido no tempo esperado), entre parênteses, na versão final do instrumento. A forma autoaplicável foi mantida como no instrumento original, visto que não foram evidenciadas dificuldades por parte dos pais ao respondê-lo. Com esta etapa obteve-se a validação do conteúdo da versão na língua portuguesa do Brasil da escala ECP: UTIN.

As propriedades psicométricas de confiabilidade e validade foram verificadas com a aplicação da versão final da escala ECP: UTIN, no período entre o quarto e oitavo dia de internação dos RNPT. A investigação da confiabilidade da escala foi realizada pelo teste-reteste, que possibilitou avaliar sua reprodutibilidade; e pela análise da consistência interna e das dimensões encontradas com a aplicação do coeficiente de *Alpha de Cronbach*. O teste-reteste e um questionário sociodemográfico foram aplicados a uma amostra de 23 pais e/ou mães, sendo 16 da UTIN e sete da UCI.

A avaliação do teste-reteste obteve valor de Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) de 0,98 (IC 95%; 0,96 a 0,99). Este resultado conferiu uma estabilidade excelente entre as duas avaliações (Cortés-Reyes, Rubio-Romero, & Gaitán-Duarte, 2010). Foi encontrada elevada consistência interna com *Alfa de Cronbach* de 0,92 (Hair et al., 2009), considerando o instrumento confiável e aceitável para sua aplicação entre pais e/ou mães com RNPT internados na UTIN e UCI.

Para verificar a validade de construto da escala foi realizada a AFC e a AFE com os dados coletados de 99 pais e/ou mães, após a validação clínica da escala, realizada de dezembro de 2015 a maio de 2016. Perante a avaliação da qualidade dos dados, o *KMO* geral descrito foi de 0,86, o que demonstrou um bom ajuste da amostra para a análise da validade do instrumento (Hair et al., 2009).

Dentre esses participantes, 62 pais e/ou mães estavam vinculados à UTIN e 37 à UCI, sendo que, entre os que responderam a escala, 87 (87,8%) foram mães e 12 (12,2%) pais, com idade média de aproximadamente 26 anos, variando de 16 a 46 anos, o que os caracterizavam como adultos jovens. Quanto à escolaridade, 41 (41,4%) possuíam ensino médio completo, seguido por 21 (21,2%) com ensino médio incompleto, variando entre o ensino fundamental incompleto 16 (16,1%) ao ensino superior completo com seis (6,1%).

Para testar a estrutura de fatores da ECP: UTIN, a AFC foi realizada buscando verificar se os dados obtidos neste estudo se ajustavam ao modelo do instrumento original. A matriz de correlação da amostra analisada revelou a predominância dos itens, ou seja, 61% com correlação igual ou superior a 0,3, sendo um dos critérios para realizar a análise fatorial confirmatória. A partir da

AFC realizada, cinco modelos foram testados até obter-se o melhor ajuste à escala original, conforme evidencia-se na avaliação das estatísticas de ajuste dos modelos testados, qui-quadrado, *RMSEA*, *SRMR* e *CFI*, na Tabela 1.

Tabela 1.

Medidas de invariância da NICU: PBS original (n=388) e dos modelos para a ECP: UTIN (n=99).

Modelo	Fatores	Descrição	χ^2 (gl)	p	RMSEA	SRMR	CFI
NICU: PBS original	3	Resultados Escala original	490,33 (133)	<0,0001	0,08	0,20	0,87
A	3	Comparação original	265,36 (132)	<0,0001	0,10	0,08	0,83
B	3	Só as mães	265,36 (162)	<0,0001	0,10	0,08	0,83
C	3	Teórico Proposto	282,57 (132)	<0,0001	0,10	0,08	0,80
D	3	Fatorial exploratória	230,59 (132)	<0,0001	0,08	0,08	0,87
E	3	Sem item 2, 11 e 14	167,05 (87)	<0,0001	0,09	0,08	0,89

Nota. Processado pelo programa R[®] (Core Team R, 2015); p: p-Valor do teste qui-quadrado (χ^2); NICU: PBS: Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale; RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; SRMR: Standardized Root Mean Square Residual; CFI: Comparative Fit Index.

Na AFE realizada para os 18 itens por componentes principais dos dados coletados e na avaliação do *scree plot*, análise que foi necessária para demonstrar os autovalores associados a um componente ou fator em ordem decrescente versus o número do componente ou fator, especificou-se uma estrutura fatorial com três fatores: a confiança no papel parental, a interação pais e filho e o conhecimento dos pais na UTIN, que explicaram juntos 63% da variância.

O modelo E, com 15 itens e 56% de variância explicada, foi o que obteve melhores ajustes para este estudo, após a exclusão das correlações (itens 2, 11 e 14) com cargas fatoriais mais baixas (Hair et al., 2009). Os valores de

confiabilidade pelo *Alfa de Cronbach* para este modelo foram $\alpha=0,91$ para o fator papel de confiança parental e, $\alpha=0,75$ para o fator interação pais e filho.

A AFE testa a teoria que sustenta a estrutura fatorial, a qual neste estudo, encontrou alguns itens (1, 4, 5, 6, 9, 10, 16) similares à estrutura do modelo original da *NICU: PBS*, sustentando a representação teórica dos três fatores. A Tabela 2 apresenta a estrutura fatorial com o coeficiente de determinação associado ao erro padrão para cada item do modelo E obtido com a AFE.

Tabela 2.
Estrutura fatorial modelo E da ECP: UTIN.

Itens	Papel de confiança parental		Interação pais e filho		Conhecimento dos pais na UTIN	
	Coeficiente	Erro Padrão	Coeficiente	Erro Padrão	Coeficiente	Erro Padrão
1	-	-	-	-	0,89	0,10
3	-	-	-	-	0,46	0,12
4	-	-	-	-	0,97	0,10
5	0,64	0,09	-	-	-	-
6	0,85	0,09	-	-	-	-
7	-	-	0,55	0,11	-	-
8	-	-	0,87	0,10	-	-
9	0,75	0,08	-	-	-	-
10	0,85	0,09	-	-	-	-
12	0,78	0,09	-	-	-	-
13	0,78	0,08	-	-	-	-
15	0,63	0,08	-	-	-	-
16	-	-	0,61	0,09	-	-
17	0,66	0,10	-	-	-	-
18	0,72	0,09	-	-	-	-

Os três fatores encontrados para os dados da AFE, no modelo E, à semelhança da escala original, obtiveram os índices de ajustes mais adequados, embora os itens possam revelar-se instáveis nos respectivos fatores e ainda possam melhorar os critérios mínimos para um bom ajuste. Os resultados do modelo perante a análise de ajuste devem ser interpretados com cautela, uma vez que foram suprimidos três itens da escala para obtenção do melhor ajuste.

Indica-se a ampliação da amostra para novos estudos e obtenção de estabilidade entre os fatores, sem necessidade de alteração do modelo original da ECP: UTIN.

Análise das Pontuações do Instrumento

O reexame das ponderações das pontuações do instrumento em algumas situações é necessário, pois nem sempre os escores do instrumento original se aplicam à versão adaptada à nova situação cultural (Beaton et al., 2000). A escala original apresenta o indicativo de valoração de respostas com crenças mais positivas para os escores maiores e crenças mais negativas para os escores mais baixos, sem a definição de um ponto de corte, o que deixa a análise subjetiva. Assim, esta etapa da análise estabelece uma valoração para a escala brasileira diante da capacidade de cuidado dos pais.

Neste sentido, propôs-se, por meio de um processo de quartilização, ou seja, uma divisão ordenada em quatro partes, uma classificação para os valores obtidos para o escore final em: “Suficiência da capacidade de cuidado” quando entre 90 e 72 pontos; “Suficiência moderada da capacidade de cuidado” para valores de 71 a 54 pontos; “Insuficiência moderada da capacidade de cuidado” para valores de 53 a 36 pontos; e por fim, “Insuficiência da capacidade de cuidado” para valores entre 35 a 18 pontos.

A partir da categorização por meio dos escores totais obtidos com a aplicação do instrumento foi possível observar que os indivíduos dividiram-se em três grupos: a) grupo de sujeitos com “Suficiência da capacidade de cuidado” (escores entre 90 a 72), 35 pais e/ou mães; b) grupo de sujeitos com “Suficiência moderada da capacidade de cuidado” (escores entre 71 a 54), com 50 pais e/ou mães; e por fim, c) grupo com “Insuficiência moderada da capacidade de cuidado” (escores entre 53 a 36), com 14 pais e/ou mães. A fim de categorização, uma

quarta classificação foi estabelecida, “Insuficiência da capacidade de cuidado” (escores entre 35 a 18), mas diante dos escores não foram obtidos indivíduos que pontuassem nessa categoria, para o estudo.

Verificou-se a significância estatística dos itens da escala diante das categorias definidas, e obteve-se a comparação entre os grupos por meio do teste estatístico *Kruskal-Wallis* (KW). A Tabela 3 apresenta a descrição da representação dos dados para cada variável entre os grupos de “Suficiência”, “Suficiência moderada” e “Insuficiência moderada da capacidade de cuidado”.

Tabela 3.

Grupos de Suficiência, Suficiência moderada e Insuficiência moderada da capacidade de cuidado, com a ECP: UTIN.

Itens	Suficiência da Capacidade de Cuidado			Suficiência Moderada da Capacidade de Cuidado			Insuficiência Moderada da Capacidade de Cuidado			p
	Mediana	Q1	Q3	Mediana	Q1	Q3	Mediana	Q1	Q3	
1	4 ^A	4	4	3 ^B	2	4	2 ^C	1	2	< 0,0001
2	4 ^A	4	5	4 ^B	4	4	2 ^C	3,5	4	< 0,0001
3	4 ^A	4	5	4 ^B	2	4	2,5 ^B	2	4	< 0,0001
4	4 ^A	4	5	3 ^B	2	4	2 ^C	1,25	2	< 0,0001
5	4 ^A	4	4,5	4 ^B	3	4	2 ^C	2	2,75	< 0,0001
6	4 ^A	4	5	3 ^B	2	4	2 ^C	2	2,75	< 0,0001
7	4 ^A	4	5	4 ^B	3	4	2 ^C	2	2,75	< 0,0001
8	5 ^A	4,5	5	4 ^B	4	5	4 ^C	2	4	< 0,0001
9	4 ^A	4	5	4 ^B	4	4	2 ^C	2	2	< 0,0001
10	4 ^A	4	5	3 ^B	2,25	4	2 ^C	2	2	< 0,0001
11	5 ^A	4	5	4 ^B	4	4	4 ^B	4	4	< 0,0001
12	4 ^A	4	5	3 ^B	3	4	2 ^C	2	2	< 0,0001
13	4 ^A	4	5	4 ^B	3,25	4	2 ^C	2	3	< 0,0001
14	4 ^A	4	5	4 ^B	3	4	4 ^B	3,25	4	≤ 0,0200
15	4 ^A	4	5	4 ^B	3	4	3,5 ^C	2	4	< 0,0001
16	5 ^A	4	5	4 ^B	4	5	4 ^B	2,5	4,75	< 0,0001
17	4 ^A	4	4	3 ^B	2	4	2 ^C	2	2	< 0,0001
18	4 ^A	4	5	4 ^B	3	4	2 ^C	2	2	< 0,0001

Nota. Processado pelo programa R[®] (Core Team R, 2015); p: p-Valor do teste *Kruskal-Wallis* (KW); Q1: primeiro quartil; Q3: terceiro quartil; *Letras ^A, ^B e ^C estabelecem relação de diferenças estatísticas.

Ao comparar os grupos de “Suficiência da capacidade de cuidado” e “Suficiência moderada da capacidade de cuidado” foi possível verificar que todos os itens da escala foram considerados estatisticamente diferentes, assim como, ao se comparar o grupo de “Suficiência da capacidade de cuidado” com o de “Insuficiência moderada da capacidade de cuidado”. Na comparação, por meio do teste Dunn, do grupo de “Suficiência moderada da capacidade de cuidado” com o grupo de “Insuficiência moderada da capacidade de cuidado”, apenas os itens 3, 11, 14, 16 não apresentaram diferenças estatísticas significativas ($p>0,05$).

DISCUSSÃO

A ECP: UTIN é a versão da escala *NICU: PBS* para o português do Brasil, apresentando adequados indicadores de validade de conteúdo e adaptação cultural, confiabilidade e evidências de adequação de construto em três fatores para aplicação à população brasileira. Em relação à existência de escalas que abordem as crenças dos pais de RNPT em UTIN, bem como, estudos que evidenciam a utilização ou validação da escala *NICU: PBS* em outros países, não foram encontradas publicações referentes, excetuando o estudo de validação da escala original, o que impediu comparações entre estudos e diferentes populações.

Devido à escala ECP: UTIN permitir a mensuração das crenças dos pais acerca do papel parental e do comportamento do bebê prematuro diante da hospitalização, possibilita antever as influências do estresse que acomete os pais nesse ambiente. Posto que, a hospitalização do RNPT é uma situação difícil e altera o cotidiano familiar, podendo levar a sentimentos de angústia, medo e sofrimento psicológico (Pereira, Abrão, Ohara, & Ribeiro, 2015).

A ECP: UTIN obteve confiabilidade elevada em sua aplicação, uma vez que o coeficiente de *Alfa de Cronbach* foi de 0,92, aproximando-se dos valores encontrados para o escore total da escala original *NICU: PBS* que ficou entre 0,90 a 0,93 (Melnyk et al., 2014). O teste-reteste possibilitou verificar a reprodutibilidade da escala ECP: UTIN e apresentou estabilidade excelente entre as duas avaliações com CCI de 0,98, (IC 95%, 0,96 a 0,99) (Cortés-Reyes et al., 2010). Esse valor de CCI satisfatório ressalta a estabilidade do escore ao longo do tempo Melnyk et al. (2014), em relação a *NICU: PBS*, obteve também estabilidade excelente, com valores de correlação entre 0,84 a 0,92 para o teste-reteste. Os valores apresentaram-se mais baixos do que na aplicação da ECP: UTIN, mas diferenças são esperadas em decorrência dos contextos socioeconômico e cultural das populações.

Em relação à validade da ECP: UTIN, a partir da AFC realizada, esta não demonstrou ajuste ao modelo original, o qual também não obteve bons ajustes para este tipo de análise. A AFE encontrou uma estrutura fatorial com três fatores: a confiança no papel parental, a interação pais e filho, e o conhecimento dos pais na UTIN, que explicaram juntos 56% de variância.

O modelo E obteve confiabilidade com *Alfa de Cronbach* de 0,91 e 0,75, respectivamente, para os fatores confiança no papel parental e interação pais e filho; e índices de ajustes mais adequados, apresentando evidências de validade de construto. Ainda que algum índice de ajuste não confira aceitação, este se apresenta próximo aos valores esperados, sendo que um índice isolado não deve ser critério para a qualificação do modelo como ajustado ou não, e sim a combinação destes (Hair et al., 2009). Os índices de ajustes do modelo E apresentaram-se semelhantes ao encontrado por Melnyk et al. (2014), no estudo

original, para a estrutura em três fatores do instrumento, o qual salienta que os resultados para o modelo podem ser instáveis e que embora adequados não alcançam os critérios mínimos para bons ajustes.

Dessa forma, a AFE realizada sugere que os pais e mães participantes perceberam as crenças parentais diante dos três construtos orientados pelo estudo da *NICU: PBS* original, mas em uma estrutura dos itens disposta diferentemente. As diferenças encontradas podem advir do número pequeno de itens apresentados por dois dos fatores, e pelas cargas fatoriais do instrumento abaixo de 0,80, que diante de uma amostra menor, aumentam a possibilidade de soluções fatoriais instáveis (Hogarty, Hines, Kromrey, Ferron, & Mumford, 2005).

Em face da ponderação das pontuações do instrumento, a escala *NICU: PBS* original apresenta o indicativo de valoração de respostas com crenças mais positivas para os escores mais altos e crenças mais negativas para os escores mais baixos (Melnyk et al., 2014). Como essa classificação indica subjetividade, no presente estudo, elencaram-se valores às respostas. Deste modo, houve diferença estatística significativa entre os grupos de pais e apenas alguns itens do instrumento não apresentaram diferenças significativas, os quais encontram-se entre os dois grupos limítrofes da classificação para a capacidade de cuidado, “Suficiência moderada” e “Insuficiência moderada da capacidade de cuidado”.

Esses itens correspondem ao número 3 (“*Eu me sinto confortável em cuidar do meu bebê na UTIN*”) e 11 (“*Eu estou certo sobre como minhas emoções poderão afetar meu bebê enquanto ele estiver no hospital*”), os quais são considerados aspectos subjetivos dos sentimentos dos pais, que se assemelharam nas respostas de ambos os grupos, o que pode ter ocorrido pela influência do trabalho de acolhimento da equipe de saúde diante das

necessidades emocionais dos pais, sendo importante para o sucesso do cuidado mãe-filho (Gonya & Nelin, 2013). Os pais experimentam uma infinidade de sentimentos e emoções negativas diante da hospitalização do RNPT como: culpa, ansiedade, insegurança, impotência, aflição (Melnyk et al., 2014; Melnyk, Crean, Feinstein, Fairbanks, & Alpert-Gillis, 2007; Araújo & Rodrigues, 2010). Todavia, é essencial ao indivíduo estar preparado para gerir com autonomia, saber regular a informação e as competências que são estimuladas pela compreensão (Freire, 2009).

Em relação ao item 14 (*“Eu sei como a aparência e o comportamento do meu bebê são diferentes da aparência e do comportamento de um bebê a termo [nascido no tempo esperado]”*), visto que grande parte dos pais de ambos os grupos concordou com a afirmação, acredita-se que possa estar relacionado ao fato dos pais do grupo de “Insuficiência moderada da capacidade de cuidado” deterem esse conhecimento em decorrência da influência da percepção de fragilidade do seu bebê, visto que sentimentos como ansiedade dos pais podem aumentar a percepção de vulnerabilidade do bebê (Boykova & Kenner, 2012; Schappin, Wijnroks, Venema, & Jongmans, 2013). Para o item 16 (*“Eu me sinto confiante em perguntar aos médicos e enfermeiras sobre a condição clínica de meu bebê”*), a ausência de diferenças estatísticas entre os dois grupos de pais pode estar associado ao desconhecimento dos pais que se enquadravam no grupo de “Insuficiência moderada da capacidade de cuidado”, diante do real estado de saúde dos seus bebês.

As crenças e expectativas irrealistas a respeito da criança, da maternidade e paternidade interferem sobre a capacidade dos pais de compreender e prever o comportamento dos bebês, dificultando a habilidade dos mesmos em lidar com os

filhos e suas necessidades (Melnyk et al., 2001). Portanto, fornecer aos pais de recém-nascidos na UTIN informações concretas e adequadas sobre o comportamento, características e desenvolvimento dos bebês prematuros acarretam em crenças positivas e sentimentos de confiança aos pais, com impacto positivo sobre o desenvolvimento da criança (Melnyk et al., 2014).

A ECP: UTIN para uso no Brasil é um instrumento que obteve boa consistência interna dos itens, confiabilidade teste-reteste e evidências de validade para um ajuste em três fatores. A avaliação da validade de qualquer instrumento deve estabelecer-se em um processo contínuo e permanente, a fim de evidenciar qualquer necessidade de adaptação ou reformulação aos variados contextos (Kuwabara, Évora, & Oliveira, 2010). Reflexos culturais, sociais e de desenvolvimento dos países e das regiões amostrais também podem influenciar. Recomenda-se a realização de novos estudos sem a exclusão de itens do instrumento ECP: UTIN, para possibilitar futuras comparações e com amostras ampliadas.

O estudo fornece evidências de que a escala ECP: UTIN é psicometricamente confiável e adequada para ser utilizada com pais de crianças prematuras internadas em UTIN, considerando a elevada consistência interna de seus itens, quando aplicada à população brasileira. A análise da estrutura fatorial indicou que o número de fatores perante a formação dos construtos cumpriu com as expectativas teóricas em relação ao estudo de validação da escala original, embora os itens diante dos fatores tenham se apresentado instáveis.

Dessa forma, fica evidente que a estrutura fatorial encontrada oferece resultados adequados, porém requer o aprimoramento da medida, indicada pela análise fatorial confirmatória. Assim, investigações complementares serão

necessárias para confirmar um bom ajuste da escala para a amostra brasileira. Portanto, é aconselhável que a ECP: UTIN continue sendo testada quanto às suas propriedades psicométricas em diferentes situações socioculturais e populacionais do Brasil, pois sua aplicação em diversos contextos propiciará uma generalização dos resultados e certificará a viabilidade da utilização do instrumento ante as práticas de saúde.

REFERÊNCIAS

- Araújo, B. B. M., & Rodrigues, B. M. R. D. (2010). Mothers' experiences and perspectives regarding their premature infant's stay at the neonatal intensive care unit. *Rev da Esc de Enferm da USP*, 44(4), 865-72. Retirado de: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400002.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-91. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124735>.
- Boykova, M., & Kenner, C. (2012). Transition from hospital to home for parents of preterm infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(1), 81-7. doi:10.1097/JPN.0b013e318243e948.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde (2015). *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília: MS. Retirado de: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-30759>.
- Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, N., & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*, 1(1), 1-11. doi: 10.1136/bmjopen-2010-000023.
- Cortés-Reyes, E., Rubio-Romero, J. A., & Gaitán-Duarte, H. (2010). Métodos estadísticos de evaluación de la concordancia y la reproducibilidad de pruebas diagnósticas. *Rev Colomb de Obstet Ginecol*, 61(3), 247-55. Retirado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-metodos-estadisticos-evaluar-concordancia-13057543>.

- Einspieler, C., Bos, A. F., Libertus, M. E., & Marschik, P. B. (2016). The general movement assessment helps us to identify preterm infants at risk for cognitive dysfunction. *Frontiers in Psychology*, 7(406), 1-8. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00406.
- Forcada-Gaux, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Human Development*, 87(1), 21-26. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006.
- Freire, L. G. L. (2009). Auto-Regulação da aprendizagem. *Ciência & Cognição*, 14(2), 276-86. Retirado de: pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v14n2/v14n2a19.pdf.
- Gonya, J., & Nelin, L. D. (2013). Factors associated with maternal visitation and participation in skin-to-skin care in an all referral level IIIc NICU. *Acta Paediatrica*, 102(2), 53-6. doi: 10.1111/apa.12064.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*, 46(12), 1417-32. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8263569>.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Hogarty, K. Y., Hines, C. V., Kromrey, J. D., Ferron, J. M., & Mumford, K. R. (2005). The quality of factor solutions in exploratory factor analysis: the influence of sample size, communalities, and overdetermination. *Educational and Psychological Measurement*, 65(2), 202-26. Retirado de: <https://www.epm.sagepub.com/content/65/2/202.full.pdf>.
- Korja, R., Latva, R., & Lehtonen, L. (2012). The effects of preterm birth on mother-infants interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstet et Gynecol Scand*, 91(1), 164-73. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01304.x.
- Kuwabara, C. C. T., Évora, Y. D. M., & Oliveira, M. M. B. (2010). Risk management in technovigilance: construction and validation of a medical-hospital product evaluation instrument. *Rev Latino-Am Enferm*, 18(5), [09 telas]. Retirado de: www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_15.pdf.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-74. doi: 10.2307/2529310.
- Martins, L., & Oliveira, E. A. (2010). Percepções da mãe diante dos cuidados de saúde oferecidos ao binômio mãe/recém-nascido na internação neonatal. *Com. Ciências Saúde*, 21(2), 107-116. Retirado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/percepcoes_mae_diante.pdf.

- Melnyk, B. M., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N. F., Fairbanks, E., Schultz-Czarniak, J., Hust, D., ... Sinkin, R. A. (2001). Improving cognitive development of low-birth-weight premature infants with the COPE program: a pilot study of the benefit of early NICU intervention with mothers. *Research in Nursing & Health*, 24(5), 373-89. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11746067>.
- Melnyk, B. M., Crean H. F., Feinstein, N. F., Fairbanks, E., & Alpert-Gillis, L. J. (2007). Testing the theoretical framework of the COPE program for mothers of critically ill children: an integrative model of young children's post-hospital adjustment behaviors. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(4), 463-74. Retirado de: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17041248.
- Melnyk, B. M., Oswald, K. L., & Sidora-Arcoleo, K. (2014). Validation and Psychometric Properties of the Neonatal Intensive Care Unit Parental Belief Scale. *Nursing Research* [Internet]. Mar-Apr [cited 2015 apr 10]; 63(2):105-15. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24589647.
- Montirosso, R., Provenzi, L., Calciolari, G., & Borgatti, R. (2012). Measuring maternal stress and perceived support in 25 italian NICUs. *Acta Paediatr*, 101(2), 136-42. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02440.x.
- Pereira, L. B., Abrão, A. C. F. V., Ohara, C. V. S., & Ribeiro, C. A. (2015). Maternal experiences with specificities of prematurity that hinder breastfeeding. *Texto Contexto Enferm*, 24(1), 55-63. Retirado de: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00055.pdf.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489-97. doi: 10.1002/nur.20147.
- Schappin, R., Wijnroks, L., Venema, M. M. A. T. U., & Jongmans, M. J. (2013). Rethinking stress in parents of preterm infants: a meta-analysis. *Plos One*, 8(2), 1-19. doi: 10.1371/journal.pone.0054992.
- United Nations (2015). *The millennium development goals report 2015*. New York: United Nations. Retirado de: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/07/MDG-2015-June-25.pdf>.
- World Health Organization (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth*. 2012 [Internet]. New York: World Health Organization. Retirado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng.pdf.

6 ARTIGO CIENTÍFICO 2

FATORES INTERVENIENTES NAS CRENÇAS DE CUIDADO DE PAIS DE PREMATUROS HOSPITALIZADOS

Fatores intervenientes nas crenças de cuidado de pais de prematuros hospitalizados

Intervient factors in care believes of hospitalized preterm parents

RESUMO

OBJETIVO: investigar as relações das crenças de pais de recém-nascidos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal, com variáveis sociodemográficas e clínicas, sobre sua capacidade de cuidado, a partir dos escores obtidos pela aplicação da Escala de Crenças dos Pais. **MÉTODOS:** Estudo transversal com 97 pais e/ou mães de prematuros hospitalizados na unidade de terapia intensiva neonatal e/ou unidade de cuidados intermediários em um hospital universitário do interior do Paraná, que responderam a Escala de Crenças dos Pais e um instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica, no período de outubro de 2015 a maio de 2016. As análises buscaram avaliar associação entre os escores da escala por meio do teste qui-quadrado para independência, com as variáveis categóricas sociodemográficas e clínicas, em conjunto com a análise dos resíduos ajustados. A Análise de Componentes Principais com rotação Varimax foi utilizada para as variáveis contínuas, seguida da análise de variância para as correlações obtidas pelo teste de Kruskal-Wallis. **RESULTADOS:** Responderam a escala 86 (88,7%) mães e 11 (11,3%) pais. Foi encontrada associação significativa para a idade dos outros filhos, além do prematuro, com as categorias Suficiência da capacidade de cuidado e Suficiência moderada da capacidade de cuidado. Houve evidências de associações da categoria Insuficiência moderada da capacidade de cuidado com a situação conjugal, com a religião paterna, e com determinadas condições de saúde materna. A Análise de Componentes Principais com variabilidade de 60,75% encontrou relação inversa para os escores da escala diante da renda familiar, idade e escolaridade materna com associação estatística significativa para a renda familiar. **CONCLUSÕES:** A escala de crenças dos pais apresenta-se como uma ferramenta oportuna para a atuação da equipe de saúde diante das crenças na capacidade de cuidado, dos pais de recém-nascidos prematuros, revelando ainda a influência de determinados fatores sociodemográficos.

DESCRITORES: Unidade de terapia intensiva neonatal. Prematuro. Cuidado da criança. Parentalidade.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to investigate the relationship of the beliefs of parents of preterm newborns hospitalized in a neonatal intensive care unit, with sociodemographic and clinical variables, on their care capacity, based on the scores obtained by

applying the Parents' Beliefs Scale. **METHODS:** A cross-sectional study with 97 parents and/or mothers of preterm infants hospitalized at a neonatal intensive care unit and/or an intermediate care unit at a university hospital in the interior of Paraná, who answered the Parents' Beliefs Scale and a sociodemographic characterization tool and clinical evaluation in the period from October 2015 to May 2016. The analyzes sought to evaluate the association between the scale scores by means of the chi-square test for independence, with sociodemographic and clinical categorical variables, together with the analysis of adjusted residuals. The Principal Component Analysis with Varimax rotation was used for the continuous variables, followed by the analysis of variance for the correlations obtained by the Kruskal-Wallis test. **RESULTS:** 86 (88.7%) mothers and 11 (11.3%) parents answered the scale. Significant association was found for the age of the other children, in addition to the premature, with the categories Sufficiency of the capacity of care and Moderate sufficiency of the capacity of care. There was evidence of associations of the category Moderate insufficiency of care ability with the marital situation, with the paternal religion, and with certain maternal health conditions. The Principal Component Analysis with 60.75% variability found an inverse relation for the scale scores against family income, age and maternal schooling with a statistically significant association for family income. **CONCLUSIONS:** The Parents' Beliefs Scale is a useful tool for the health team to deal with the beliefs of the parents' ability to care for preterm newborns, also showing the influence of certain sociodemographic factors.

KEY WORDS: Neonatal Intensive Care Unit; Premature; Child care; Parenting.

INTRODUÇÃO

Todos os anos nascem cerca de 15 milhões de bebês prematuros no mundo.¹ A hospitalização do Recém-Nascido Prematuro (RNPT) logo após o nascimento, devido a sua vulnerabilidade, rompe com a idealização da chegada de um bebê saudável e dificulta o enfrentamento da situação pelos pais,² prejudicando o sentimento de apego e vínculo com o recém-nascido.³

O nascimento de uma criança prematura é uma situação muito estressante para os pais,^{4,5} pois a hospitalização dos recém-nascidos pode perdurar por tempo indeterminado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), o que gera uma carga psicológica e um dispêndio econômico substancial para as famílias e para o sistema de saúde.⁶ Dessa forma, pais que não recebem a atenção planejada por parte da equipe de saúde às suas necessidades estão mais sujeitos a desenvolver um papel parental inadequado em relação aos cuidados com seu filho.⁷ Além disso, sentimentos como ansiedade e depressão

dos pais podem aumentar a percepção de vulnerabilidade infantil e promover uma maior utilização de serviços de saúde.^{3,8}

Como parte do cuidado à família, o reconhecimento das necessidades individuais parentais é importante para o sucesso do cuidado com o filho, influenciando sobre a amenização dos aspectos estressores presentes na UTIN e propiciando melhor comunicação entre os pais e os profissionais de saúde.⁹ Nos últimos anos ficou evidente a importância de acolher as necessidades do neonato, mas também dos aspectos psicossociais dos pais, permitindo a muitas UTIN assumirem o papel de proteção em relação aos pais, diante do estresse da hospitalização e promovendo o cuidado centrado na família, estimulando a integração dos mesmos no cuidado e na recuperação do bebê.¹⁰

O instrumento Escala de Crenças dos Pais: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (ECP: UTIN), versão brasileira da *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale (NICU: PBS)* validada originalmente nos Estados Unidos da América por Melnyk, Oswalt e Sidora-Arcoleo⁶ tem sua importância, a fim de identificar a capacidade dos pais no cuidado ao recém-nascido prematuro hospitalizado, no intuito de auxiliar positivamente para o cuidado a ser desenvolvido pela equipe de saúde no ambiente da UTIN e na alta para casa, propiciando identificar os pais em situação de estresse e que demandem uma atenção mais planejada para o cuidado.

Dessa forma, este estudo teve por objetivo investigar a relação entre crenças de pais de recém-nascidos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal, sobre sua capacidade de cuidado, com variáveis sociodemográficas e clínicas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, a respeito das relações dos escores obtidos com a aplicação clínica da Escala de Crenças dos Pais: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (ECP: UTIN) perante as características sociodemográficas dos pais e clínicas dos prematuros hospitalizados.

Este estudo foi realizado em um hospital universitário do interior do Paraná que atende ao Sistema Único de Saúde (SUS). A coleta de dados com a

aplicação da ECP: UTIN foi realizada no período de outubro de 2015 a maio de 2016 com 99 pais, dos quais para compor este estudo foram excluídos os dados de dois sujeitos devido à gemelaridade dos RNPT. Participaram, portanto, 97 pais e/ou mães de RNPT hospitalizados na UTIN e na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), elegidos por meio dos seguintes critérios de inclusão: a) mãe ou pai de RNPT nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas, cujo filho estivesse internado na UTIN ou UCI; b) no caso do participante ser menor de 18 anos deveria estar acompanhado de responsável; c) ser alfabetizado; d) ter o português como sua primeira língua usual; e) ter visitado seu filho pelo menos uma vez antes da aplicação do instrumento. E como critérios de exclusão: a) relatar não possuir condições emocionais e físicas para responder o instrumento; b) referir uso de medicações para transtornos de ansiedade; c) mães cuidadoras de crianças de abrigos que estivessem destinadas para a adoção.

A escala ECP: UTIN é um instrumento autoaplicável, utilizada com mães e/ou pais de crianças prematuras hospitalizadas em UTIN, no intuito de verificar o papel de autoconfiança dos pais, a interação entre pais e filhos e o conhecimento sobre a UTIN. É composta por 18 itens, com respostas do tipo *Likert* de cinco pontos, que variam de 01 (discordo totalmente) a 05 (concordo totalmente), em que a soma dos itens leva a um valor entre 18 a 90 pontos.

Os valores dos escores da escala validada para o Brasil são classificados em quatro categorias: “Suficiência da capacidade de cuidado” entre 90 e 72 pontos; “Suficiência moderada da capacidade de cuidado” para valores de 71 a 54 pontos; “Insuficiência moderada da capacidade de cuidado” para valores de 53 a 36 pontos; e “Insuficiência da capacidade de cuidado” com valores entre 35 a 18 pontos.

Um questionário sociodemográfico e clínico foi aplicado conjuntamente a ECP: UTIN, contendo itens como: etnia, religião, idade, ocupação, escolaridade paterna e materna, entre outros; e dados clínicos do RNPT. Os dados coletados foram organizados em planilhas no programa Excel versão 2013, e posteriormente exportados para os programas estatísticos IBM-SPSS versão 21.0 e/ou *R*[®] (Core Team R, 2015), para realização das análises, a fim de atender ao objetivo do estudo.

Os dados foram analisados descritivamente por meio de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e também das medidas de média e desvio-padrão para as variáveis contínuas. Os testes de Kolmogorov-Smirnov ou o de Shapiro-Wilk foram aplicados a fim de testar a normalidade dos dados. Para avaliar a associação das variáveis categóricas com os escores da ECP: UTIN foi utilizado o teste Qui-quadrado para independência, em conjunto com a análise dos resíduos ajustados, ou então, quando os pressupostos para o teste de Qui-quadrado não foram aceitos, utilizou-se o Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo.

As variáveis contínuas normalizadas e os escores da ECP: UTIN foram examinados por meio da Análise de Componentes Principais (ACP) com rotação Varimax. Posteriormente à verificação da qualidade dos dados pelo método Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), a avaliação da correlação entre as matrizes de variáveis foi evidenciada pelo teste de esfericidade de Bartlett. Após a ACP, que possibilitou observar as correlações lineares das variáveis, foi realizada a análise de variância multivariada por meio do teste de Kruskal-Wallis (KW) para avaliar associação, seguido do teste de Dunn para identificar essas associações. O nível de significância assumida em todos os testes estatísticos foi igual a 0,05.

Com relação aos aspectos éticos, os pais e/ou mães dos RNPT responderam ao instrumento somente após aceitação, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), sob parecer de nº: 385.370, CAE Nº: 16348813.7.1001.0107.

RESULTADOS

Participaram do estudo 97 mães e/ou pais que responderam a escala ECP: UTIN. Destes 86 (88,7%) foram mães e 11 (11,3%) pais, com idade média de aproximadamente 26 anos, variando de 16 a 46 anos, o que os caracterizava como adultos jovens. A Tabela 1, a seguir, retrata a caracterização sociodemográfica dos pais dos RNPT.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pais dos RNPT. Cascavel, PR, Brasil, 2016. (N=97).

Variáveis	N (%)	Média (D.P.)	Intervalo
Idade materna (anos)		25,42 (6,28)	14 - 46
Idade paterna (anos)		30,84 (8,72)	17 - 55
Escolaridade materna (anos)		10,05 (2,46)	4 - 16
Escolaridade paterna (anos)		9,10 (3,02)	2 - 16
Renda familiar (reais)		2.284,66 (1.215,46)	300,00 - 7.500,00
Número de Filhos (além do RNPT)		0,84 (1,10)	0 - 6
Número de Consultas Pré-natal		7,72 (4,44)	0 - 20
Número de visitas dos pais e/ou mães na UTIN/UCI		7,21 (3,57)	2 - 20
Duração média da visita (minutos)		88,87 (79,64)	15 - 300
Religião materna			
Católica	67 (69,1)		
Evangélica	19 (19,6)		
Outra	2 (2,1)		
Nenhuma	9 (9,3)		
Religião paterna			
Católica	69 (71,1)		
Evangélica	16 (16,5)		
Outra	3 (3,1)		
Nenhuma	9 (9,3)		
Situação conjugal			
Casado	32 (33)		
Solteiro	6 (6,2)		
Separado	1 (1)		
União estável	58 (59,8)		
Idade dos filhos (além do RNPT)			
≤ a 2 anos	5 (5,2)		
> de 2 anos	37 (38,1)		
≤ a 2 anos e > de 2 anos	6 (6,2)		
Não se aplica	49 (50,5)		
Condições de saúde na gestação			
Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG)	32 (33)		
Infecção do trato urinário	31 (32)		
Problemas de placenta	19 (19,6)		
Nenhuma	14 (14,4)		
Algum tipo de diabetes	12 (12,4)		
Anemia	9 (9,3)		
Outras	9 (9,3)		
Hipertensão arterial sistêmica	8 (8,2)		
Infecção materna	7 (7,2)		
Infecções das vias aéreas superiores	6 (6,2)		

D.P.: Desvio Padrão.

Em relação aos dados dos pais dos RNPT a etnia branca foi prevalente com 58 (59,8%) mães e 46 (47,4%) pais. A ocupação para 43 (44,3%) mães era do lar e 57 (57,7%) pais tinham emprego formal. O local de residência para 86 (88,7%) foi urbano e 11 (11,3%) rural. Em relação à com quem residiam 79 (81,4%) com o pai e/ou mãe do RNPT.

Os registros de morbidade citados pelos pais menos de cinco vezes foram agrupados na categoria “outras” e inclui os casos de: hipotireoidismo (n=2), complicações cirúrgicas (n=2), sífilis tratada (n=1), toxoplasmose não tratada (n=1), toxoplasmose tratada (n=1), dengue (n=1), rubéola (n=1). Diante da categorização das morbidades presentes na gestação das mães participantes, os dois tipos de diabetes mellitus foram agrupados em “Algum tipo de diabetes”, podendo citar: diabetes gestacional e diabetes mellitus insulina dependente. A Tabela 2 a seguir retrata as características clínicas dos RNPT hospitalizados.

Tabela 2. Características clínicas dos RNPT. Cascavel, PR, Brasil, 2016. (N=97).

Variáveis	N (%)	Média (D.P.)	Intervalo
Idade gestacional (semanas)		32,59 (2,90)	22 - 36
Peso (gramas)		2.016,13 (750,61)	600 - 4.185
Apgar 1º minuto		6,41 (1,97)	1 - 9
Apgar 5º minuto		8,07 (1,24)	4 - 10
Estatura (cm)		42,20 (4,43)	30 - 53
Perímetro cefálico (cm)		30,22 (3,13)	21 - 40
Tempo de hospitalização UTIN (dias)		26,07 (21,80)	4 - 92
Sexo			
Masculino	62 (63,9)		
Feminino	35 (36,1)		
Tipo de parto			
Parto cesáreo	52 (53,6)		
Parto normal	45 (46,4)		
Diagnóstico do recém-nascido			
Desconforto respiratório	47 (48,5)		
Doença da membrana hialina	20 (20,6)		
Hipoglicemia	7 (7,2)		
Infecção perinatal	5 (5,2)		
Insuficiência respiratória	5 (5,2)		
Outras	4 (4,1)		
Malformações congênitas	3 (3,1)		
Asfixia grave	3 (3,1)		
Sepse	2 (2,1)		

D.P.: Desvio Padrão.

Os registros de diagnóstico do RNPT com apenas um caso foram agrupados na categoria “outros” e inclui os casos de: pneumotórax hipertensivo (n=1), problemas gástricos (n=1), anemia (n=1) e lesão de plexo (n=1).

Frente aos resultados do escore do instrumento, de acordo com sua classificação, 35 pais e/ou mães foram identificados com “Suficiência da capacidade de cuidado”, 49 pais e/ou mães com “Suficiência moderada da capacidade de cuidado”, 13 pais e/ou mães com “Insuficiência moderada da capacidade de cuidado”. A categoria “Insuficiência da capacidade de cuidado” não foi identificada para nenhum pai e/ou mãe no grupo estudado.

As variáveis categóricas sociodemográficas dos pais e clínicas dos RNPT foram analisadas na busca de associações com os escores da escala ECP: UTIN, diante da Suficiência, Suficiência moderada e Insuficiência moderada da capacidade de cuidado dos pais, apresentados na Tabela 3 a seguir.

Tabela 3. Associação dos grupos de Suficiência, Suficiência moderada e Insuficiência moderada da capacidade de cuidado dos pais dos RNPT hospitalizados, segundo suas variáveis sociodemográficas e clínicas categóricas, Cascavel, PR, Brasil, 2016. (N=97).

Variáveis	Suficiência do Cuidado		Suficiência Moderada do Cuidado		Insuficiência Moderada do Cuidado		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Religião materna							
Católica	26	74,3	31	63,3	10	76,9	0,514 ^B
Evangélica	6	17,1	11	22,4	2	15,4	
Outra	0	0	1	2	1	7,7	
Nenhuma	3	8,6	6	12,2	0	0	
Religião paterna							
Católica	25	71,4	35	71,4	9	69,2	0,183 ^B
Evangélica	6	17,1	9	18,4	1	7,7	
Outra	0	0	1	2	2	15,4	
Nenhuma	4	11,4	4	8,2	1	7,7	
Situação conjugal							
Casado	9	25,7	17	34,7	6	46,2	0,132 ^B
Solteiro	2	5,7	4	8,2	0	0	
Separado	0	0	0	0	1	7,7	
União estável	24	68,6	28	57,1	6	46,2	

Variáveis	Suficiência do Cuidado		Suficiência Moderada do Cuidado		Insuficiência Moderada do Cuidado		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Idade dos filhos (além do RNPT)							
≤ a 2 anos	3	17,6	2	8,3	0	0	0,027 ^{B*}
> de 2 anos	9	52,9	22	91,7	6	85,7	
≤ a 2 anos e > de 2 anos	5	29,4	0	0	1	14,3	
Condições de saúde na gestação							
Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG)	11	31,4	17	34,7	4	30,8	0,936 ^A
Infecção do trato urinário	12	34,3	15	30,6	4	30,8	0,934 ^A
Problemas de placenta	9	25,7	8	16,3	2	15,4	0,519 ^A
Nenhuma	6	17,1	8	16,3	0	0	0,280 ^A
Diabetes gestacional	1	2,9	4	8,2	3	23,1	0,068 ^B
Diabetes insulina dependente	2	5,7	2	4,1	0	0	0,847 ^B
Anemia	2	5,7	7	14,3	0	0	0,204 ^B
Hipertensão arterial sistêmica	1	2,9	4	8,2	3	23,1	0,068 ^B
Infecção materna	2	5,7	3	6,1	2	15,4	0,638 ^B
Infecções vias aéreas superiores	0	0	4	8,2	2	15,4	0,085 ^B
Sexo							
Masculino	21	60	33	67,3	8	61,5	0,773 ^A
Feminino	14	40	16	32,7	5	38,5	
Tipo de parto							
Cesáreo	21	60	25	51	6	46,2	0,607 ^A
Vaginal	14	40	24	49	7	53,8	
Diagnóstico do recém-nascido							
Desconforto respiratório	15	42,9	27	55,1	5	38,5	0,401 ^A
Doença da membrana hialina	5	14,3	10	20,4	5	38,5	0,184 ^A
Hipoglicemia	1	2,9	5	10,2	1	7,7	0,574 ^B
Infecção perinatal	1	2,9	3	6,1	1	7,7	0,859 ^B
Insuficiência respiratória	3	8,6	2	4,1	0	0	0,563 ^B

Frequência absoluta (n) e relativa (%) dentro das categorias de classificação dos grupos de Suficiência, Suficiência Moderada e Insuficiência Moderada da capacidade de cuidado.

(A): p-valor Qui-quadrado para independência; (B): p-valor Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo. * Significância estatística.

Os registros de morbidade na gestação citados pelos pais menos de cinco vezes que inclui os casos de: hipotireoidismo, complicações cirúrgicas, sífilis tratada, toxoplasmose não tratada, toxoplasmose tratada, dengue e rubéola não foram estatisticamente significativos para associação aos grupos de Suficiência, Suficiência moderada e Insuficiência moderada da capacidade de cuidado dos pais, bem como, as variáveis clínicas de diagnóstico dos recém-nascidos citadas menos de cinco vezes: malformações congênitas, asfixia grave, sepse, pneumotórax hipertensivo, problemas gástricos, anemia e lesão de plexo.

Para as variáveis categóricas houve diferença estatística significativa na avaliação de associação da classificação dos grupos dos pais com a idade dos filhos, além do RNPT. Assim, o grupo de pais com Suficiência da capacidade de cuidado apresentou resíduo ajustado de 2,6 para a categoria idade dos filhos ≤ 2 anos e > 2 anos. Em contrapartida, para o grupo de Suficiência moderada da capacidade de cuidado o resíduo foi de 2,4 somente na categoria $>$ de 2 anos.

Neste sentido, embora as demais variáveis não tenham apresentado significância estatística para associação com os grupos de pais, procedeu-se também a análise dos resíduos ajustados para essas, pois caso o valor absoluto do resíduo ajustado fosse maior do que 1,96 indicaria que existem evidências de associação, e quanto maior for esse valor, maior a evidência de associação entre as categorias das variáveis e os grupos de pais.¹¹

Assim sendo, quanto ao grupo de Insuficiência moderada da capacidade de cuidado, algumas variáveis apresentaram resíduo ajustado maior que 1,96, podendo citar as categorias: situação conjugal “separado” (2,6); religião paterna “outra religião” (2,8); condições de saúde materna: “diabetes gestacional” (2,1), “hipertensão arterial sistêmica” (2,1), “toxoplasmose tratada” (2,6).

As variáveis contínuas definidas para a análise de ACP foram: renda familiar, idade materna, escolaridade materna, idade gestacional, peso ao nascimento e tempo de hospitalização do RNPT. Foi possível verificar que as variáveis incluídas na análise estavam em acordo com os pressupostos necessários, com *KMO* de 0,66,¹² e teste de Bartlett (Qui-quadrado (χ^2) = 213,80, $p < 0,0001$). Na avaliação do *scree plot* assumiu-se dois componentes principais, considerados significativos após a rotação Varimax. Na Tabela 4 a seguir, observam-se as cargas fatoriais dos componentes para a ACP.

Tabela 4. Cargas fatoriais da análise de componentes principais das variáveis contínuas e dos escores da ECP: UTIN, Cascavel, PR, Brasil, 2016. (N=97).

Variáveis	Características dos	Características dos
	RNPT	Pais
Escores da ECP: UTIN	0,163	-0,681
Idade materna	0,128	0,559
Renda familiar	0,210	0,827
Escolaridade materna	-0,336	0,370
Idade gestacional ao nascimento	0,921	0,047
Peso ao nascimento	0,881	0,209
Tempo de hospitalização do RNPT	-0,881	0,089

Os dois componentes da ACP apresentaram uma variabilidade acumulada de 60,75% (autovalores de 2,626 e 1,626), sendo que o primeiro eixo de componentes aplicado às variáveis (37,52% da variabilidade) foi denominado “Características do RNPT”, apresentando relação inversa entre a idade gestacional e peso ao nascimento do RNPT com o tempo de hospitalização, ou seja, evidencia a relação de que quanto menor a idade gestacional e baixo peso ao nascimento maior o tempo de hospitalização do RNPT. Ainda, não houve correlação entre os dados clínicos dos RNPT e os escores da ECP: UTIN.

Quanto ao segundo eixo dos componentes aplicado às variáveis (23,23% da variabilidade) foi denominado “Características dos pais”, indicando correlação inversa entre os escores da ECP: UTIN e as variáveis dos pais dos RNPT, ou seja, evidencia a relação de que quanto maior a renda familiar, a idade materna e a escolaridade da mãe, menores os escores para ECP: UTIN e vice-versa. Diante dos resultados apresentados para as combinações lineares pela ACP, a análise da variância das variáveis contínuas está disposta na Tabela 5 abaixo.

Tabela 5. Associação dos grupos de Suficiência, Suficiência moderada e Insuficiência moderada da capacidade de cuidado dos pais e dos RNPT hospitalizados, segundo suas variáveis sociodemográficas e clínicas contínuas, Cascavel, PR, Brasil, 2016. (N=97).

Variáveis	Suficiência do Cuidado		Suficiência Moderada do Cuidado		Insuficiência Moderada do Cuidado		p
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Idade materna (anos)	25,26	6,04	25,02	6,40	27,38	6,61	0,397
Escolaridade materna (anos)	9,80	1,92	10,16	2,56	10,31	3,35	0,527
Renda familiar (reais)	1.951,7 2	1.251,95	2.352,6 2	1.142,5 9	2.884,6 2	1.173,2 0	0,012*
Idade gestacional (semanas)	32,37	3,25	33	2,57	31,62	3,04	0,276
Peso (gramas)	1.937,1 4	797,69	2.082,6 5	720,86	1.978,0 8	766,85	0,503
Tempo de hospitalização na UTIN (dias)	22,20	18,44	25,47	20,72	38,77	30,06	0,328

DP: desvio padrão; P do teste *Kruskal-Wallis* (KW).

*Significância estatística.

A análise da variância encontrou associação estatística significativa apenas para a renda familiar em relação aos escores da ECP: UTIN (KW, $p=0,012$). Na comparação, por meio do teste Dunn, entre os grupos Suficiência, Suficiência moderada e Insuficiência moderada da capacidade de cuidado perante a renda familiar todos apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$).

DISCUSSÃO

O desenvolvimento de uma criança prematura depende de diversos aspectos que chamam atenção, sobretudo para o cuidado prestado e a qualidade da interação entre pais e filho.¹³ Nessa conjuntura, o cuidado parental é principalmente norteador pelas crenças dos pais, ou seja, valores e metas que os mesmos relacionam ao desenvolvimento do filho.¹⁴ A parentalidade envolve sentimentos de aptidão e implica sobre as expectativas e crenças do indivíduo em

torno da sua capacidade de desenvolver esse papel com eficácia e competência.¹⁵

No presente estudo, explorou-se as associações e evidências de relações da capacidade de cuidado dos pais, por meio dos escores da escala ECP: UTIN, e aspectos sociodemográficos e clínicos. Para tanto, o perfil dos indivíduos que fizeram parte do estudo, quanto a capacidade de cuidado, trouxe escores totais nas categorias de Suficiência e Suficiência moderada da capacidade de cuidado, indicando crenças positivas dos pais e/ou mães no papel parental e sobre o comportamento do bebê hospitalizado.

De acordo com a caracterização sociodemográfica, os pais e mães são jovens, com destaque para mães primíparas, de etnia branca e religião católica, ensino médio completo, emprego formal para os pais e designação do lar para as mães. Foi prevalente, também, a união estável, em que residiam com o pai e/ou mãe do RNPT, e possuíam baixa renda familiar. As intercorrências para as mães na gestação estiveram relacionadas principalmente à infecção do trato urinário (ITU) e a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). Quanto aos RNPT, preponderou a prematuridade moderada e o baixo peso, com tempo médio de hospitalização de 26 dias, aproximadamente, e diagnóstico mais comum de desconforto respiratório, seguido pela doença da membrana hialina (DMH).

Os escores da ECP: UTIN nos grupos de pais revelaram associação significativa com a idade dos outros filhos, além do RNPT. Neste sentido, os pais que possuíam filhos com dois anos ou menos e, ainda, filhos com mais de dois anos apresentaram crenças positivas e maior confiança para o cuidado do prematuro, estando associados com o grupo de Suficiência da capacidade de cuidado. E os pais que tinham apenas filhos acima de dois anos enquadraram-se no grupo de Suficiência moderada da capacidade de cuidado, indicando menos confiança no papel parental.

Na presença da prematuridade, mães com outros filhos menores, além do RNPT, que exigem cuidados, poderiam perceber-se mais susceptíveis ao estresse, pois a prematuridade interfere na dinâmica familiar.¹⁶ Mas também, mulheres que vivenciaram a maternidade anteriormente possuem maior convicção no sucesso da realização das atividades para os cuidados com o bebê.¹⁷ Diante das crenças, o fato de terem outros filhos menores parece

influenciar de modo positivo para o cuidado, visto que, pode propiciar melhores percepções a respeito das características do bebê e confiança no papel parental.

Os resultados demonstraram evidências de associações do grupo de pais e/ou mães que apresentaram Insuficiência moderada da capacidade de cuidado com a situação conjugal, podendo citar o estado civil separado. A situação conjugal estável dos pais do RNPT é importante no sentido de garantir apoio emocional, sendo que o suporte do companheiro propicia compartilhar as dificuldades e responsabilidades quanto ao nascimento prematuro, e pode interferir sobre o cuidado e a confiança parental.¹⁸ O apoio oferecido às mães pelos demais familiares, por psicólogos e equipe de saúde, também se revela fundamental à competência para o cuidado.¹⁹

Outro aspecto relevante diz respeito à religião paterna categorizada como “outra”, diferindo da católica ou evangélica, por exemplo. Esta categoria teve evidência de associação aos pais com Insuficiência moderada da capacidade de cuidado. As condições culturais refletem no cuidado promovido pelas famílias ao prematuro,¹⁶ visto que, o papel parental sofre influências do ambiente, das crenças, da cultura, da composição das famílias, do contexto social e circunstâncias de trabalho, muitos são os aspectos que tem impacto sobre os cuidados de saúde.^{14,20}

A esse mesmo grupo de pais houve evidências de associação com as condições de saúde materna: diabetes gestacional, hipertensão arterial sistêmica e toxoplasmose tratada. As condições de saúde enfrentadas na gestação podem desgastar o estado emocional e físico, principalmente materno, implicando em sentimentos de culpa, ansiedade e angústia, repercutindo em situações e quadros de estresse que culminam com a internação do RNPT.^{2,8} Por isso, a importância das consultas pré-natais realizadas adequadamente, a fim de amenizar os aspectos das condições de risco gestacional, com investigações apropriadas aos riscos biológicos e para oferecer suporte psicossocial nas dificuldades e situações de estresse.^{16,21}

A baixa escolaridade está comumente associada a um padrão de renda das famílias também baixo, o que poderia repercutir negativamente sobre a capacidade de cuidado dos pais.¹⁶ Neste estudo, a idade materna conjuntamente à escolaridade e a renda familiar exerceram relação linear inversa à capacidade

de cuidado dos pais, ou seja, crenças parentais positivas, escores para ECP: UTIN mais altos, relacionados aos pais mais jovens, com menor escolaridade e renda familiar mais baixa, ou então, crenças negativas, com escores do instrumento mais baixos para pais mais velhos, com maior escolaridade e renda mais alta. Esses resultados obtidos estão em consonância com os reportados pelo estudo original da escala.⁶

O perfil de pais mais velhos, com maior escolaridade e com rendimentos mais altos tende a estar associado a um maior conhecimento acerca do desenvolvimento típico e comportamentos aceitáveis de seus filhos, ocasionando perspectivas abrangentes em relação à criança.^{22,23} Isto pode levar a uma percepção mais exigente e com maior dependência de cuidados para os seus bebês prematuros, apresentando maiores expectativas para si próprios e para sua atuação perante o cuidado parental, evidenciando a relação com menor capacidade de cuidado. Em outro estudo,¹⁵ pais e mães mais velhos tenderam a se perceber menos eficientes perante o cuidado parental, bem como a maior escolaridade das mães relacionou-se a menor percepção de eficácia dos pais no papel parental. No entanto, os pais com menor escolaridade apresentam melhor controle sobre as crenças que empenham diante dos resultados como um todo, quanto ao cuidado parental.

Pais que apresentam crenças mais irrealistas, maiores expectativas sobre o papel parental e desenvolvimento dos filhos podem apresentar graus mais elevados de estresse, justamente pela cobrança que essas expectativas geram sobre o cuidado com os filhos, propiciando menor confiança para desenvolver o papel de pais. Contudo, pais que apresentam crenças parentais mais realistas apresentam-se mais confiantes diante de seu papel, e isso os protege contra o estresse.^{6,23}

O perfil de pais e mães jovens, deste estudo, que se enquadraram dentro das categorias de Suficiência e Suficiência moderada da capacidade de cuidado corrobora para esses achados. Embora ocorra essa relação evidente, não foram encontradas associações significativas entre a idade e escolaridade da mãe com os escores da ECP: UTIN. No entanto, apresentou associação significativa diante da renda familiar, em que a renda mais alta esteve associada significativamente com escores mais baixos do instrumento, e vice-versa, fornecendo elementos da

relação existente entre a idade, escolaridade materna e renda familiar com os escores da ECP: UTIN, o que é importante visto que, as condições socioculturais, educacionais e econômicas implicam consideravelmente sobre o nascimento, desenvolvimento e qualidade de vida.¹⁶

As crenças parentais têm um papel importante sobre sentimentos como ansiedade, depressão e o estresse dos pais. Assim, fica evidente a necessidade de se atuar de forma a reforçar essas crenças, a fim de possibilitar que os pais possam conseguir saber o que esperar de seus filhos, propiciando crenças positivas sobre a capacidade dos mesmos em compreender e prever o comportamento das crianças, proporcionando uma maior aptidão para lidar com elas, antecipando suas necessidades e desenvolvendo sentimento de confiança diante de suas habilidades parentais.⁶

Este estudo explorou associações e evidências de relações da capacidade de cuidado dos pais, por meio dos escores da escala ECP: UTIN, junto aos aspectos sociodemográficos e clínicos de pais/mães e seus RNPT, encontrando associação significativa para a idade dos outros filhos, além do RNPT, e os grupos de pais com Suficiência da capacidade de cuidado e Suficiência moderada da capacidade de cuidado. Houve evidências de associações do grupo de pais e/ou mães que apresentaram Insuficiência moderada da capacidade de cuidado com a situação conjugal, com a religião paterna categorizada como outra, e com determinadas condições de saúde materna.

As crenças parentais positivas com escores para ECP: UTIN mais altos estiveram relacionados aos pais mais jovens, com menor escolaridade e renda familiar mais baixa, assim como crenças negativas e escores do instrumento mais baixos para pais mais velhos, com maior escolaridade e renda mais alta, sendo a associação significativa diante da renda familiar.

Dessa forma, a escala ECP: UTIN apresenta-se como uma ferramenta oportuna para fundamentar a atuação da equipe de saúde diante das crenças dos pais de recém-nascidos prematuros, possibilitando intervir sobre a capacidade de cuidado dos pais, identificando os pais em risco de estresse na UTIN e permitindo uma adequada atenção ao prematuro hospitalizado e para a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth. 2012 [Internet]. New York: World Health Organization; 2012 [citado 2016 mai 20]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng.pdf.
2. Schmidt KT, Higarashi IH. Experiência materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. *Rev. Min. Enferm.* 2012;16(3):391-399. DOI: 10.1590/S0034-71672012000100003.
3. Boykova M, Kenner C. Transition from hospital to home for parents of preterm infants. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2012;26(1):81-87. DOI: 10.1097/JPN.0b013e318243e948.
4. Brett J, Staniszevska S, Newburn M, Jones N, Taylor L. A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open.* 2011;1(1):1-11. DOI: 10.1136/bmjopen-2010-000023.
5. Korja R, Latva R, Lehtonen L. The effects of preterm birth on mother-infants interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstet et Gynecol Scand.* 2012;91(1):164-73. DOI:10.1111/j.1600-0412.2011.01304.x.
6. Melnyk BM, Oswald KL, Sidora-Arcoleo K. Validation and Psychometric Properties of the Neonatal Intensive Care Unit Parental Belief Scale. *Nurs Res.* 2014;63(2):105-15. DOI: 10.1097/NNR.0000000000000023.
7. Montiroso R, Provenzi L, Calciolari G, Borgatti R. Measuring maternal stress and perceived support in 25 italian NICUs. *Acta Paediatric.* 2012;101(2):136-142. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2011.02440.x.
8. Schappin R, Wijnroks L, Venema MMATU, Jongmans MJ. Rethinking stress in parents of preterm infants: a meta-analysis. *Plos One.* 2013;8(2):1-19. DOI: 10.1371/journal.pone.0054992.
9. Gonya J, Nelin LD. Factors associated with maternal visitation and participation in skin-to-skin care in an all referral level IIIc NICU. *Acta Paediatr.* 2013;102(2):53-6. DOI: 10.1111/apa.12064.
10. Tamez RN. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

11. Field A. Descobrimdo a estatística usando o SPSS. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
12. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. 6. ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
13. Forcada-Gaux M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F, Muller-Nix C. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Hum Dev.* 2011;87(1):21-26. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006.
14. Macarini SM, Martins GDF, Minetto MFJ, Vieira ML. Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. *Arq. Bras. de Psicol.* 2010;62(1):119-134. DOI: psi-49382.
15. Ferreira B, Monteiro L, Fernandes C, Cardoso J, Veríssimo M, Santos AJ. Percepção de competência parental: exploração de domínio geral de competência e domínios específicos de auto-eficácia, numa amostra de pais e mães portuguesas. *Aná. Psicológica.* 2014;32(2):145-56. DOI: 10.14417/ap.854.
16. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc. Anna Nery Rev. de Enferm.* 2009;13(2):297-304. DOI: 10.1590/S1414-81452009000200009.
17. Tristão RM, Neiva ER, Barnes CR, Adamson-Macedo E. Validação da escala percepção de autoeficácia da parentalidade materna em amostra brasileira. *J. Hum. Growth Dev.* 2015;25(3):282-281. DOI: lil-772556.
18. Fernandes RT, Lamy ZC, Morsch D, Lamy Filho F, Coelho LF. Tecendo as teias do abandono: além das percepções das mães de bebês prematuros. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2011;16(10):4033-42. DOI: 10.1590/S1413-81232011001100008.
19. Hayakwa LY, Marcon SS, Higarashi IH, Waidman MAP. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev. Bras. Enferm.* 2010;63(3):440-45. DOI: 10.1590/S0034-71672010000300015.
20. Garg A, Dworkin PH. Surveillance and screening for social determinants of health the medical home and beyond. *JAMA Pediatrics.* 2016;170(3):189-90. DOI:10.1001/jamapediatrics.2015.3269.
21. Oliveira LL, Gonçalves AC, Costa JSD, Bonilha ALL. Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. *Rev Esc. Enferm. USP.* 2016;50(3):382-389. DOI: 10.1590/S0080-623420160000400002.

22. Bornstein MH, Cote LR, Haynes OM, Hahn C-S, Park Y. Parenting Knowledge: Experiential and Sociodemographic Factors in European American Mothers of Young Children. *Dev Psychol.* 2010;46(6):1677-1693. DOI: 10.1037/a0020677.

23. Morawska A, Winter L, Sanders MR. Parenting knowledge and its role in the prediction of dysfunctional parenting and disruptive child behavior. *Child Care Health Dev.* 2009;35(2): 217-226. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2008.00929.x.

ANEXO A – NICU: PBS Versão original (inglês) – Folhas 1, 2, 3.

Subject Number _____

Date _____

NICU Parental Beliefs Scale

Bernadette Mazurek Melnyk, PhD, RN, CPNP/PMHNP, FAAN

Copyright, 1997

(Please do not duplicate or use this instrument without written permission from the author).

Below are 18 statements that relate to you and your baby's hospitalization. Hospital experiences differ for every parent. There are some parents who are not so sure about their baby's needs and how they can best meet them while they are in the neonatal intensive care unit (NICU), while other parents are more sure about how to help their baby through this experience. There are no right or wrong answers to the following statements. Please circle the number that best describes your agreement or disagreement with each statement.

1. I know what characteristics and behaviors are common in premature babies hospitalized in the NICU.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

2. I am sure that what I do for my baby will be what is best to help him/her deal with being in the NICU.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

3. I feel comfortable in caring for my baby in the NICU.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

4. I know what characteristics and behaviors to expect in my baby while he/she is in the NICU.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

OVER→

5. I am sure about what things I can do to best help my baby get through the NICU experience.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

6. I am sure that I can meet my baby's emotional needs while he/she is in the NICU.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

7. I know why my baby has the characteristics and behaviors that he/she does in the NICU.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

8. I feel confident in telling the nurses and doctors about what will best help my baby while he/she is in the NICU.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

9. I am clear about how to help take care of my baby in the NICU.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

10. I know how my baby will probably respond to me while he/she is in the NICU.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

11. I am sure about how my emotions will affect my baby while he/she is in the hospital.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

12. I am clear about how my baby will react when he or she is getting too much stimulation in the NICU.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

13. I am sure about the things that I can do to make my baby feel most secure while he/she is in the NICU.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

14. I know how my baby's appearance and behaviors are different from a full-term baby's appearance and behaviors.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

15. I know the best times to communicate with or interact with my baby.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

16. I am confident in asking the doctors and nurses questions about my baby's medical condition.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

17. I know what my baby will do when he or she is stressed.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

18. I am clear about what my baby will look or act like when he or she is ready to communicate with me.

1	2	3	4	5
Strongly disagree	Disagree	Neither agree or disagree	Agree	Strongly agree

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIOESTE – Folhas 1, 2.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPERCUSSÕES DA PREMATURIDADE: ESTRESSE MATERNO E PROGRAMAÇÃO METABÓLICA APÓS A ALTA HOSPITALAR/Estresse e papel materno após uma intervenção educativa

Pesquisador: cláudia silveira viera

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 16348813.7.1001.0107

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.134.712

Data da Relatoria: 25/06/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto bem apresentado e respeita todos os princípios teóricos, metodológicos e éticos.

Objetivo da Pesquisa:

Pertinentes ao estudo com o intuito de implantar um laboratório de estudos/práticas educativas aos sujeitos envolvidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os sujeitos participantes não serão expostos a riscos biológicos ou constrangimentos, apenas os riscos mínimos de abordagem educativa. Os benefícios serão a longo prazo, após os resultados obtidos, em que se espera que o grupo de intervenção tenha melhores índices acerca do conhecimento do cuidado de saúde ao filho e conseqüentemente, reduzir o estresse.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante para a área materna infantil e neonatologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados.

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/



Continuação do Parecer: 1.134.712

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

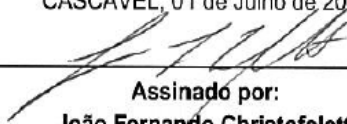
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Emenda aprovada. O projeto não necessita adequações.

CASCADEL, 01 de Julho de 2015


Assinado por:
João Fernando Christofolletti
(Coordenador)

Prof. Dr. João Fernando Christofolletti
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa com Seres Humanos
Portaria nº 5387/2012 - GRE

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

ANEXO C – Normas para submissão de artigo, revista Acta Colombiana de Psicología – Folhas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.



Directrices para autores/as

Misión

La Revista *Acta Colombiana de Psicología* publica hallazgos originales de las investigaciones en Psicología y de esta disciplina en diálogo con otras, con el propósito de divulgarlas a la comunidad universitaria y a todas las personas interesadas en conocer sus nuevos avances y aplicaciones a distintos campos y necesidades de la sociedad contemporánea.

Presentación

Acta Colombiana de Psicología es el nombre seleccionado para esta publicación a través de la cual el programa de Psicología de la Universidad Católica de Colombia, con sus aportes especiales de investigación, pretende llegar a las universidades, a las entidades privadas o del Estado, a los centros de salud y de educación, y a todas las personas que estén interesadas en compartir experiencias académicas, identificar nuevos avances de la psicología y realizar sus aplicaciones a distintos campos y necesidades de la sociedad contemporánea.

Es una publicación semestral dedicada en cada uno de sus números a problemas de particular relevancia en la psicología contemporánea. Sus artículos presentan los resultados de investigaciones serias y muy bien documentadas, especialmente seleccionadas por el Editor y el Comité Editorial.

Esperamos no solo el intercambio que gustosos ofrecemos a otras publicaciones similares, sino el análisis de nuestros artículos, el debate y el enriquecimiento de los mismos con valiosos y permanentes aportes de nuestros colegas psicólogos, o profesionales de disciplinas afines.

Instrucciones para postular los artículos

Los interesados en postular artículos deberán enviar con una comunicación dirigida al Editor de *Acta Colombiana de Psicología*, la versión original en línea, a través de la plataforma Open Journal System (OJS, http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/), previa inscripción como autor y carta de presentación del mismo, en la cual se indique que el artículo es original, que no ha sido publicado y que no se ha presentado en otra revista. Los anteriores documentos deben llevar la firma de los autores.

Una vez recibido el artículo, el Editor informará la recepción del mismo e iniciará el proceso de revisión interna (prerrevisión) y posterior proceso de arbitraje.

El artículo debe estar escrito de acuerdo con las normas internacionales para presentación de artículos del Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (APA), en Microsoft Word, formato carta, tipografía arial, 12 puntos, interlineado doble y no excederse de 28 páginas. Únicamente se someten a consideración y evaluación por pares los artículos inéditos, que no hayan sido presentados simultáneamente para publicación a otra revista nacional o

internacional, que cumplan con las normas mencionadas y que pertenezcan a una de las categorías que se describen a continuación:

- **Artículos empíricos originales:** Son informes de investigaciones originales; generalmente contienen distintas secciones que reflejan las fases dentro del proceso de investigación y se presentan con la estructura: introducción, método, resultados y discusión.
- **Artículos teóricos:** Son documentos en los que el autor se apoya en la literatura de investigación ya existente, con el fin de hacer nuevos aportes conceptuales en cualquier área de la psicología. El autor sigue el desarrollo del conocimiento en el tema para expandir y depurar constructos teóricos. Por lo común, el autor presenta una nueva teoría, o como alternativa, también puede analizar la teoría existente.
- **Artículos de reflexión:** Documentos que presentan resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales.
- **Artículos de revisión:** Documentos resultantes de una investigación donde se analizan, sistematizan e integran los hallazgos de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias.
- **Reseñas**
En la primera página del documento se debe incluir: título del artículo (en español e inglés), los nombres completos de los autores, vinculación institucional, resumen, palabras clave, *abstract*, *key words* y en nota al pie de página, la dirección postal, número telefónico fijo con indicativo internacional y el correo electrónico de los autores. En el caso de que el artículo una vez arbitrado se acepte para publicación, se deberán enviar por parte de los autores las versiones en español e inglés, y, en los casos que se requiera, en portugués.

En el caso de que los autores quieran retirar un artículo antes del concepto final del proceso de arbitraje, se deberá enviar comunicación por vía mensaje de datos o en físico, dirigida al Editor de la Revista, en la que se indique de forma sucinta y clara la razón de dicho retiro.

Acta Colombiana de Psicología se edita semestralmente de la siguiente manera: el número 1, en el primer semestre del año y cubrirá el período enero-junio; el número 2, en el segundo semestre del año y cubrirá el período julio-diciembre.

Los criterios que sustentan la evaluación de los trabajos son:

- Contribución de nuevos conocimientos teóricos y prácticos sobre la temática trabajada.
- Rigor con el cual se trata el tema.
- Exposición clara y coherente.
- Cumplimiento de las normas editoriales de la Revista.
Se entiende que las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la Revista. Además que las actividades descritas en los trabajos publicados estarán de acuerdo con los criterios generalmente aceptados de ética, tanto por lo que se refiere a experimentación animal como humana, así como en todo lo relativo a la deontología profesional.

Forma de citación y referencias bibliográficas

La lista de obras citadas en el artículo se deberá presentar en orden alfabético al final del mismo, cumpliendo con las normas internacionales de la American Psychological Association (APA) (<http://apastyle.apa.org/>); debe incluir toda la información necesaria para permitir a cualquier lector localizar los documentos citados en un texto. La información debe ser exacta, tal y como aparece en el documento original.

Los elementos generales de una referencia son: apellido del autor, inicial del nombre, (año de publicación), *título de la obra en cursiva*, (edición), ciudad: Editorial.

1. Ejemplos de referencias de libros:

Con un autor:

Brannon, L. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.

Con dos autores:

Tanagho, E. A., & Mcaninch, J. W. (1997). *Urología general de Smith*. México: Manual Moderno.

Con nueva edición:

Deutsch, M., & Cook, S. W. (2003). *Métodos de investigación en las relaciones sociales* (3a ed.). Madrid, España: Rialp.

Con autor corporativo (instituciones del Estado, científicas o asociaciones, etc.):

American Psychological Association (APA). (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (5^a ed.). Washington, D.C.: Autor.

En el caso anterior, el Autor o Editor es el mismo, se utiliza la palabra *Autor* para la casa editora.

Capítulo dentro de un libro:

Massaro, D. (2001). Broadening the domain of the fuzzy logical model of perception. En H. L. Pick, Jr., P. van den Broek & D. C. Knill (Eds.), *Cognition: Conceptual and methodological issues* (pp. 23-34). Washington, DC: American Psychological Association.

Traducción al español de un libro:

Laplace, P. S. (1951). *Un ensayo filosófico sobre las probabilidades*. (F. W. Truscott & F. L. Emory, Trans.). Nueva York, NY: Dover. (Trabajo original publicado en (1814).

2. Ejemplos de referencias de publicaciones periódicas

Artículo con un solo autor con paginación continua:

Flórez, A. (2003). La sociedad del conocimiento. *Perspectivas en Filosofía*, 4, 34-40.

Artículo con dos autores con paginación separada:

Rodríguez, L., & Meneses P. (2004). Visibilidad del conocimiento científico. *Revista Latinoamericana y del Caribe de Psicología*, 34(2), 12-30.

En el caso anterior se incluye, tanto el volumen como el número, dado que cada edición enumera sus páginas de forma separada. El (2) hace referencia al número de la edición, la cursiva incluye hasta el volumen de la revista.

Artículo de revista en prensa:

Zuckerman, M., & Kieffer, S. C. (en prensa). Race differences in face-ism: Does facial prominence imply dominance? *Journal of Personality and Social Psychology*.

Artículo de periódico:

Pérez, J. (2005, febrero 12). Indexación y factor de impacto. *Diario Alerta*, p. 27.

3. Ejemplos de referencias de disertaciones doctorales y tesis de maestría

Disertación doctoral no publicada:

Wilfley, D. E. (1989). *Interpersonal analysis of bulimia: Normal-weight and obese* (Disertación doctoral no publicada). University of Missouri, Columbia, EE.UU.

Tesis de maestría no publicada:

Almeida, D. M. (1990) *Fathers' participation in family work: Consequences for fathers' stress and father-child relations* (Tesis de maestría no publicada). Universidad de Victoria, Victoria, Columbia Británica, Canadá.

4. Ejemplos de referencias a medios electrónicos

Como medios electrónicos se consideran los documentos en formato electrónico, bases de datos y programas de computadoras, tanto accesibles en línea como en soportes informáticos tales como discos, cintas magnéticas, DVD, CD-ROM, u otros.

Resumen en CD-ROM:

Autor, I. (fecha). Título del artículo [CD-ROM]. *Título de la revista*, xx. xxx-xxx. Resumen de fuente y número de recuperación.

Meyer, A. S., & Bock, K. (1992). The tip-of the-tongue phenomenon: Blocking or partial activation? [CD-ROM]. *Memory & Cognition*, 20, 715-726. Resumen de: SilverPlatter Archivo: PsycLIT Identificador: 80-16351.

Programa de computador (software):

Bower, F. (2004). The Observer 4.0 [Computer Software]. Baltimore, MD: Autor.

En estos casos no se utiliza cursiva para los nombres de los programas.

5. Ejemplos de referencias de publicaciones periódicas electrónicas

Una referencia de una fuente por Internet contiene, por lo menos, el autor de la página, el título o alguna información del documento, como la fecha de publicación, la actualización y/o recuperación; también un localizador uniforme de recursos (Uniform Resource Locator [URL]).

Artículo en una revista de Internet:

Fredrickson, B. L. (7 de marzo de 2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment*, 3 Article 0001a. Recuperado de <http://journals.apa.org/prevention/volumen3/pre0030001a.html>

Los ejemplos de los diferentes modelos de recursos en línea se pueden consultar en la dirección indicada anteriormente.

Citas de referencias en el texto

Una cita de documentación es el texto tomado de otra fuente para dar respaldo teórico y conceptual al documento o artículo elaborado y permite que el lector conozca la fuente de donde proviene la información, ubicada en la lista de referencias en la parte final del artículo. Los tipos más usuales de citas son las *textuales* y las *contextuales* o paráfrasis.

Una cita es textual cuando se transcribe un texto literal de otro autor o de un documento previamente publicado; si tiene menos de 40 palabras, se escribe entre comillas en el párrafo que se está exponiendo. Si la cita tiene 40 o más palabras, esta se escribe en un nuevo párrafo sin comillas, como una nueva división. Todo el párrafo se escribe con una sangría de cinco espacios

desde el margen izquierdo y respetando el margen a la derecha, empleando el mismo interlineado usado en el resto del documento. En los casos de cita textual, se debe incluir el número o rango de páginas de donde se tomó la cita, en la referencia parentética, después del apellido del autor y el año de publicación.

Una cita es *contextual* cuando se resume una parte específica de un documento o del contenido del mismo; también cuando se parafrasea un escrito o se hace referencia a una idea contenida en otro trabajo. Las citas se pueden redactar de tres maneras, de acuerdo con los siguientes énfasis:

- En el autor: apellido del autor, el año entre paréntesis, el texto citado y la página entre paréntesis.
- En el contenido del texto: el texto citado y, entre paréntesis, el apellido del autor, el año y la página.
- En la fecha de publicación: comienza con el año, luego el apellido del autor, el texto citado y la página entre paréntesis.

1. Ejemplos para citar en el texto una obra por un autor

García (2004) elaboró una estrategia para...

- En un estudio reciente sobre estrategias de solución de problemas (García, 2004)...
- En 1999, García elaboró una estrategia para...

2. Ejemplos para citar una obra con varios autores

Cuando una cita tiene dos autores, se deben citar ambos cada vez que la referencia se utiliza en el texto; y cuando un artículo tiene más de cuatro o cinco autores, se citan todos la primera vez que sea utilizada en el texto y si se vuelve a utilizar, se menciona el apellido del primer autor seguido de "et al." y el año de la publicación.

Cuando una cita consta de seis o más autores, se cita el apellido del primer autor seguido de "et al." y el año de publicación, desde el primer momento en que aparece referenciada (en la lista de referencias, se indican los apellidos de todos los autores).

Lista de comprobación para la preparación de envíos

Como parte del proceso de envío, los autores están obligados a comprobar que su envío cumpla todos los elementos que se muestran a continuación. Se devolverán a los autores aquellos envíos que no cumplan estas directrices.

El envío no ha sido publicado previamente ni se ha sometido a consideración por ninguna otra revista (o se ha proporcionado una explicación al respecto en los Comentarios al editor).

1. El archivo de envío está en formato Open Office, Microsoft Word, RTF o WordPerfect.
2. Siempre que sea posible, se proporcionan direcciones URL para las referencias.
3. El texto tiene interlineado doble; 12 puntos de tamaño de fuente; se utiliza cursiva en lugar de subrayado (excepto en las direcciones URL); y todas las ilustraciones, figuras y tablas se encuentran colocadas en los lugares del texto apropiados, en vez de al final.
4. El texto se adhiere a los requisitos estilísticos y bibliográficos resumidos en las Directrices del autor, que aparecen en el enlace "Acerca de la revista".
5. Si se envía a una sección de la Revista evaluada por pares, deben seguirse las instrucciones en el enlace "Asegurar una evaluación anónima".
6. El texto tiene todas las secciones y anexos necesarios para realizar la evaluación del manuscrito.
7. Si se utilizan ilustraciones tomadas de otro autor, se debe tener el permiso de reproducción.

Lista de chequeo para revisión de reseñas bibliográficas

Las reseñas bibliográficas postuladas para la publicación en Acta Colombiana de Psicología deben cumplir los siguientes términos de referencia:

1. Debe tener una extensión no mayor a tres páginas tamaño carta, en letra Arial de 12 puntos y con interlineado doble.

2. Debe tener un título distinto al nombre de la obra reseñada.
3. Debajo del título debe escribirse el nombre del autor de la reseña con un pie de página que indique la filiación institucional y el correo electrónico.
4. Después se escribe la referencia completa del libro reseñado (según las normas APA).
5. El cuerpo de la reseña debe permitir a los lectores conocer el objetivo de la obra, su estructura, contenido, originalidad y utilidad.
6. La reseña debe ser enviada al autor de la obra para obtener su opinión.
7. La reseña y la opinión del autor deben entregarse en el correo electrónico: luzanyelam@yahoo.com, a Luz Anyela Morales Quintero, encargada de la sección de reseñas, con copia al Editor de la revista Dr. Ernesto Ravelo, correo electrónico: revistaacta@ucatolica.edu.co.

Lista de comprobación para la preparación de envíos

Como parte del proceso de envío, los autores/as están obligados a comprobar que su envío cumpla todos los elementos que se muestran a continuación. Se devolverán a los autores/as aquellos envíos que no cumplan estas directrices.

1. El envío no ha sido publicado previamente ni se ha sometido a consideración por ninguna otra revista (o se ha proporcionado una explicación al respecto en los Comentarios al editor/a).
2. El archivo de envío está en formato OpenOffice, Microsoft Word, RTF o WordPerfect.
3. Siempre que sea posible, se proporcionan direcciones URL para las referencias.
4. El texto tiene interlineado doble; 12 puntos de tamaño de fuente; se utiliza cursiva en lugar de subrayado (excepto en las direcciones URL); y todas las ilustraciones, figuras y tablas se encuentran colocadas en los lugares del texto apropiados, en vez de al final.
5. El texto se adhiere a los requisitos estilísticos y bibliográficos resumidos en las [Directrices del autor/a](#), que aparecen en Acerca de la revista.
6. Si se envía a una sección evaluada por pares de la revista, deben seguirse las instrucciones en [Asegurar una evaluación anónima](#).
7. El texto tiene todas las secciones y anexos necesarios para realizar la evaluación del manuscrito

Aviso de derechos de autor/a

Los autores que publiquen en esta Revista aceptan las siguientes condiciones:

Acta Colombiana de Psicología se guía por las normas internacionales sobre propiedad intelectual y derechos de autor, y de manera particular el artículo 58 de la Constitución Política de Colombia, la Ley 23 de 1982 y el Acuerdo 172 del 30 de Septiembre de 2010 (Reglamento de propiedad intelectual de la Universidad Católica de Colombia)

Los autores conservan los derechos de autor y ceden a la Revista el derecho de la primera publicación, con el trabajo registrado con la [licencia de atribución de Creative Commons](#), que permite a terceros utilizar lo publicado siempre que mencionen la autoría del trabajo y a la primera publicación en esta Revista.

Declaración de privacidad

Para dar cumplimiento a lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y los Decretos reglamentarios 1377 de 2013 y 886 de 2014 y en concordancia al Acuerdo 002 del 4 de septiembre de 2013 de la Universidad Católica de Colombia, "por el cual se aprueba el manual de políticas de tratamiento de datos personales" La Universidad Católica de Colombia, considerada como responsable y/o encargada del tratamiento de datos personales, manifiesta que los datos personales de los autores, integrantes de los comités y pares evaluadores, se encuentran incluidos en nuestras bases de datos; por lo anterior y en cumplimiento de las disposiciones legales vigentes, la Universidad solicitará siempre su autorización, para que en desarrollo de sus funciones propias como Institución de Educación Superior, en especial las relacionadas con la docencia, la extensión y la investigación, la Universidad Católica de Colombia pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compilar, dar tratamiento, actualizar, transmitir y/o

transferir a terceros países y disponer de los datos que le ha suministrado y que han sido incorporados en las bases de datos de todo tipo que reposan en la Universidad.

La Universidad Católica de Colombia queda autorizada, de manera expresa e inequívoca, en los términos señalados por el Decreto 1377 de 2013, para mantener y manejar la información de nuestros colaboradores (autores, integrantes de los diferentes comités y pares evaluadores), así mismo los colaboradores podrán ejercer sus derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir sus datos personales, para lo cual se han dispuesto las siguientes cuentas de correo electrónico; contacto@ucatolica.edu.co y revistaacta@ucatolica.edu.co.

ANEXO D – Normas para submissão de artigo, Revista de Saúde Pública – Folhas 1, 2, 3.



6. Preparo do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito e em inglês: O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

Título resumido: Deve conter até 45 caracteres.

Descritores: Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário “[Descritores em Ciências da Saúde](#)” (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou *keywords*) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

Figuras e Tabelas: Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos etc.

Resumo: São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das [categorias de artigos](#). Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução: Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos: Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados: Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão: A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o **estilo Vancouver – [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication](#)**, ordenadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documento citado, de acordo com os exemplos a seguir.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. Cienc Saude Coletiva. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. Rev Saude Publica. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005

Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas ([Citing Medicine](#)) da National Library of Medicine.

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto: A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência

aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de ‘et al.’ em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

APÊNDICE A – Material e métodos – Folhas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Este trabalho faz parte do projeto “Repercussões da Prematuridade: Estresse Materno e Alteração Metabólica Após a Alta Hospitalar”. Tratou-se de uma pesquisa metodológica com análise quantitativa, cuja proposta foi realizar a adaptação cultural e a avaliação das propriedades psicométricas de uma escala de crenças dos pais de RNPT, para uso no Brasil. As pesquisas metodológicas abrangem métodos complexos e rigorosos para o desenvolvimento, avaliação e validação de instrumentos (POLIT; BECK, 2011). A abordagem quantitativa busca estabelecer uma centralidade na objetividade, influenciada pelo positivismo, e pondera a realidade por sua compreensão com base na análise de dados extraídos por meio de instrumentos padronizados (FONSECA, 2002).

4.2 Campo do estudo

O estudo foi realizado na UTIN e na UCI do Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP, o qual faz parte da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), no município de Cascavel, Paraná.

O HUOP é um hospital que atende somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela atenção à saúde de uma população de aproximadamente dois milhões de pessoas das regiões do Estado do Paraná e Mato Grosso do Sul, e de países como o Paraguai e Argentina. Conta com 10 leitos de UTIN e 10 leitos de UCI (UNIOESTE, 2013).

4.3 População e amostra do estudo

Fizeram parte, como participantes da pesquisa, os pais e/ou as mães de recém-nascidos prematuros internados na UTIN ou UCI do HUOP, em Cascavel, Paraná, no período de outubro de 2015 a maio de 2016.

Participaram do estudo 99 pais e/ou mães. O tamanho da amostra mínima para a validação clínica foi de 76 sujeitos, calculado utilizando o programa *GPower* 3.1.9.2, assumindo um valor de ρ^2 de 0,3 na hipótese alternativa, com 18 variáveis preditoras e poder estatístico de 0,89, distribuição F, considerando-se α de 0,05. Foram incluídos na amostra os 23 sujeitos que participaram da etapa de tese/reteste, uma vez que não houve necessidade de modificações na escala, totalizando para a validação clínica 99 sujeitos.

4.3.1 Critérios de inclusão/exclusão

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: mãe ou pai de recém-nascido prematuro, nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas, cujo filho estivesse internado na unidade neonatal ou unidade de cuidados intermediários; no caso do pai ou mãe serem menor de 18 anos deveriam estar acompanhados de responsável; referir ser alfabetizado; ter o português como sua primeira língua usual; ter visitado seu filho pelo menos uma vez antes da aplicação do instrumento; e como critérios de exclusão: relatar não possuir condições emocionais e físicas para responder ao instrumento; referir uso de medicações para transtornos de ansiedade; mães cuidadoras de crianças de abrigos que estivessem destinadas para a adoção.

4.4 Instrumentos

O instrumento abordado para validação neste estudo trata-se de uma Escala de Crenças dos Pais (ECP: UTIN), cuja versão original foi validada

nos Estados Unidos, a escala *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale (NICU: PBS)*, apresentada no Anexo A.

Juntamente à escala proposta para validação foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica do prematuro e dos pais, a fim de essas características pudessem ser comparadas aos resultados obtidos para o escore total da escala. Tal questionário (Apêndice A) foi aplicado no momento da coleta dos dados para o teste-reteste e na validação clínica, contendo itens como: idade materna, escolaridade, estado civil, etnia, entre outros; e dados do recém-nascido como: peso, apgar, estatura, entre outros.

4.5 Adaptação cultural e validação da escala *NICU: PBS*

A escala *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale (NICU: PBS)* foi evidenciada pela equipe executora do projeto “Repercussões da Prematuridade: Estresse Materno e Alteração Metabólica Após a Alta Hospitalar”, o qual esta pesquisa integra, como um instrumento importante para uso no Brasil, visto que não se dispõe, até o momento, de instrumentos como este, validados para uso no país, para fundamentar pesquisas na área neonatal e para uso pela equipe de saúde na assistência neonatal. Dessa forma, as pesquisadoras entraram em contato com a autora da escala Dr^a. Bernardette Mazurek Melnyk, nos Estados Unidos da América, via e-mail, mediante uma consultoria para o projeto em andamento, e obtiveram a autorização para validação da escala para o português do Brasil.

O instrumento validado é uma escala utilizada com mães e pais de crianças prematuras hospitalizadas na UTIN. Esta escala é uma adaptação da original, a qual foi utilizada com pais de crianças de risco hospitalizadas, criada por Melnyk, em 1995. O instrumento possibilita verificar o papel de autoconfiança dos pais, a interação entre pais e crianças e o conhecimento sobre a UTIN. A escala é composta por 18 itens, com respostas do tipo *Likert* de cinco pontos, que variam de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente), em que o próprio informante preenche as respostas solicitadas, e no final, a soma total dos itens leva a um valor entre 18 e 90 pontos. Escores mais altos indicam crenças

dos pais mais positivas em relação à criança e maior confiança no seu papel de cuidado (MELNYK; OSWALT; SIDORA-ARCOLEO, 2014).

A adaptação cultural e a avaliação das propriedades psicométricas da escala de crenças dos pais ECP: UTIN, bem como sua validação para uso no Brasil seguiram as diretrizes propostas por Beaton et al. (2000) e Guillemin; Bombardier e Beaton (1993). Para tanto, cinco etapas consideradas essenciais pelos autores foram seguidas:

(1) tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma alvo, feita por pelo menos dois tradutores, objetivando uma versão do instrumento que preservasse o significado dos itens entre as duas línguas.

(2) retrotradução para o idioma de origem (*back translation*), em que a tradução do instrumento foi convertida ao idioma de origem com o objetivo de evidenciar possíveis erros de traduções ou interpretações dos itens do instrumento.

(3) análise da versão sintetizada por um comitê de juízes bilíngue, que teve a tarefa de compor a versão final do instrumento com base nas traduções e retrotraduções do instrumento obtidos nas etapas anteriores, e visou preservar as equivalências entre a versão original e a adaptada.

(4) o pré-teste que teve como fundamento a aplicação da versão final do instrumento desenvolvida pelo comitê de juízes em uma amostra da população alvo, buscando revelar a clareza e compreensão sobre os itens que compõem o instrumento.

(5) reexame das ponderações das pontuações, se fosse o caso, pois nem sempre os escores do instrumento original se aplicam à versão adaptada a nova situação cultural, e esse reexame pode ser realizado por especialistas ou por meio de técnicas estatísticas.

O caminho metodológico para a adaptação cultural de um instrumento é complexo e dispendioso, demanda planejamento para manter as características de validade e confiabilidade indispensáveis (BEATON et al., 2000; BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). A Figura 1 apresenta o esquema com as etapas metodológicas que foram desenvolvidas para a tradução, adaptação cultural e validação da escala ECP: UTIN.

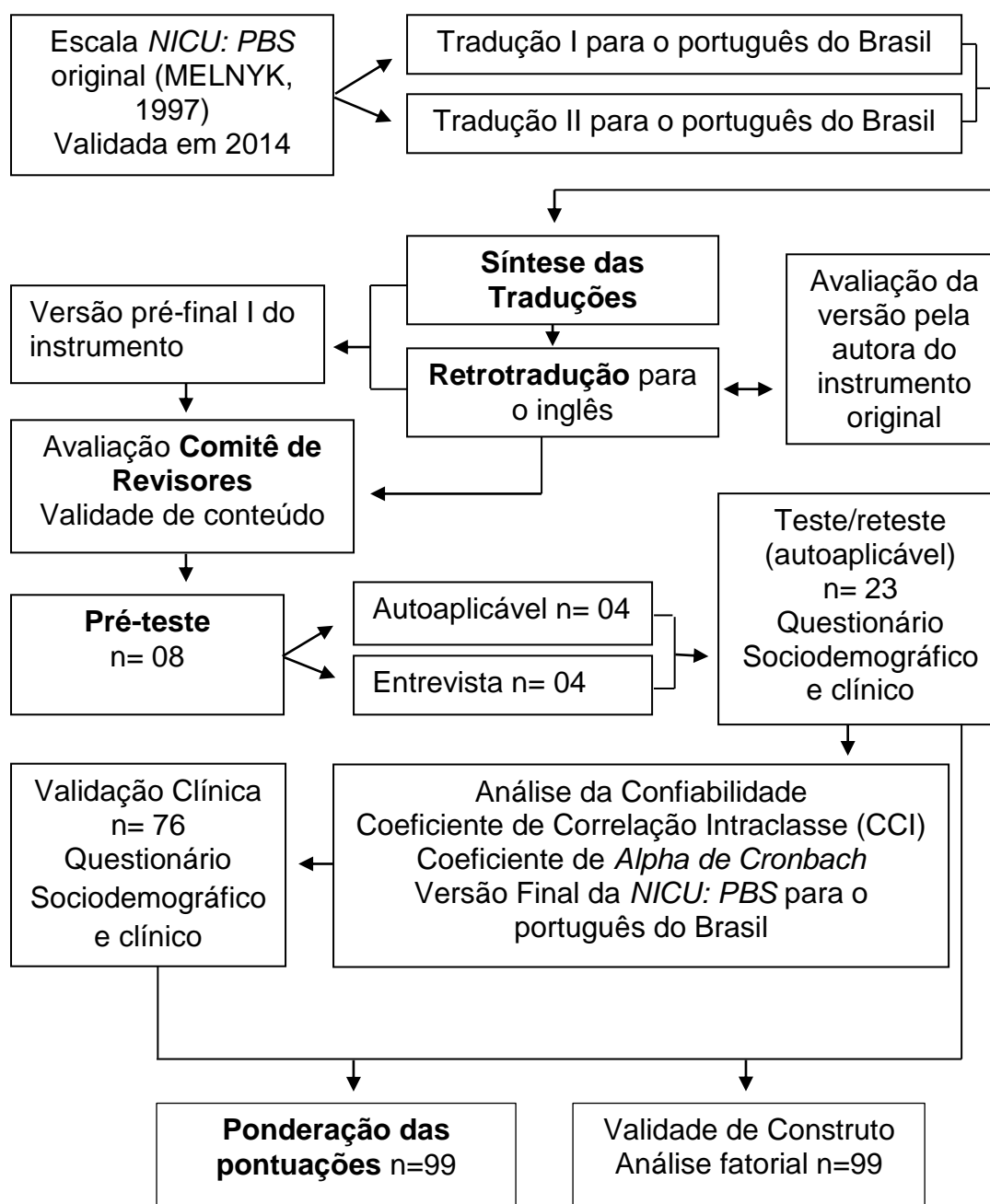


Figura 1 – Diagrama da tradução, adaptação cultural e validação clínica da escala *ECP: UTIN*.

4.5.1 Adaptação cultural

A adaptação cultural de um instrumento do idioma de origem para um idioma de destino deve ser constituída por algumas etapas que visam a

obtenção da equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Ocorre um consenso sobre cinco etapas a serem seguidas diante do processo de adaptação cultural: a tradução da língua de origem para a língua alvo; a produção da síntese das traduções; análise da versão sintetizada por um comitê de juízes *experts*; retrotradução para o idioma de origem (*back translation*); e um estudo-piloto a ser desenvolvido (BEATON et al., 2000; BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

4.5.1.1 Processo de tradução para o inglês e retrotradução (*back translation*)

Na etapa inicial da tradução da escala foram realizadas duas traduções independentes, de todos os itens da versão original em inglês da escala *NICU: PBS*, para o português, por duas profissionais de enfermagem da área neonatal, cuja língua mãe é o português e com domínio fluente do inglês, de acordo com a orientação de que pelo menos duas traduções devem ser feitas do instrumento da língua original para a língua-alvo (BEATON et al., 2000). As duas traduções foram comparadas e revisadas por professores experientes no tema para a obtenção da primeira versão em português da escala.

Posteriormente a essa etapa, para certificar que a versão traduzida refletiu o conteúdo da versão original (BEATON et al., 2000), foi realizada a retrotradução (*back translation*) para o inglês, língua de origem do instrumento, por especialistas em inglês que possuem conhecimento de ambas as culturas.

A realização da *back translation* teve por objetivo servir como um espelho para identificar erros, palavras e expressões que não possuem clareza e que destoam no idioma-alvo, verificando problemas conceituais na versão final em relação à original (BEATON et al., 2000). Desta forma, a retrotradução não prevê que o item deva estabelecer igualdade literal à versão original, mas sim garantir a equivalência conceitual (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Por fim, ao comparar a retrotradução com o instrumento original foram realizadas as adaptações e correções necessárias, obtendo-se uma síntese das traduções denominada versão pré-final I para o instrumento (Apêndice B).

4.5.1.2 Análise do comitê de revisores

Como forma de obter um instrumento consistente, a versão pré-final I da escala foi submetida à análise por um comitê de 10 juízes revisores, selecionados intencionalmente a partir do conhecimento que dispõem na área neonatal, convidados formalmente por meio de carta convite (Apêndice C), para fazer parte da fase de adaptação cultural da pesquisa. Tal comitê foi composto por enfermeiros, médico e psicólogo com titulação de mestres e/ou doutores, de diversas localidades do Brasil. Dos 10 sujeitos convidados, nove aceitaram o convite para participarem da avaliação, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Especialista (Apêndice D), disponibilizado pelas pesquisadoras.

O papel do comitê de juízes foi consolidar as versões do instrumento e desenvolver a versão final para testes de campo, analisando a tradução e obtendo um consenso sobre as possíveis discrepâncias (BEATON et al., 2000; BEATON et al., 2007). Os juízes relataram estarem aptos para avaliar e discernir diante do idioma inglês.

O comitê foi responsável por avaliar o conteúdo da escala quanto à equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural fazendo comparações entre a original e a versão traduzida para o português (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Para Borsa; Damásio e Bandeira (2012), o comitê de juízes e os autores devem verificar a equivalência nos campos:

- ✓ Equivalência semântica: observar e verificar se as palavras têm o mesmo significado dentro do contexto, e se existem erros gramaticais e de vocabulário.
- ✓ Equivalência idiomática: verificar se as expressões incomuns e de difícil tradução de um idioma para outro foram substituídos de forma apropriada por expressões correspondentes e que não tenham alterado o significado.
- ✓ Equivalência cultural: adaptar as palavras do idioma de origem ao novo contexto cultural buscando expressões equivalentes.
- ✓ Equivalência conceitual: avaliar as palavras diante do conceito nas diferentes culturas.

A avaliação realizada pelos juízes resultou em sugestões, quando concordavam parcialmente ou discordavam com a versão em português para a parte de instruções da escala e para cada item do instrumento. Foram encaminhadas por correio eletrônico as versões da escala em inglês original, a versão *back translation* e a versão pré-final I em português para serem analisadas individualmente, no período de maio a junho de 2015. As sugestões contemplaram aspectos referentes aos quatro campos de equivalência, mas também acerca da estrutura e das instruções da escala, a partir das quais se buscou estabelecer um consenso do grupo sobre cada item.

A versão pré-final I da escala foi encaminhada aos membros do comitê para preenchimento da avaliação (Apêndice E) para cada item componente da escala com as opções de “concordo totalmente”, “concordo parcialmente” e “não concordo”, bem como um local para anotações de sugestões de mudanças.

A fim de quantificar o grau de concordância entre os juízes especialistas diante da avaliação da validade de conteúdo foi analisada a porcentagem de concordância, aceitando-se como taxa adequada uma concordância de 90% ou mais entre os membros do comitê (POLIT; BECK, 2006). Utilizou-se ainda o coeficiente de Kappa (K) para avaliar a concordância, corrigindo o acaso, considerando-se cinco categorias: valores acima de 0,81 a 1 que representam perfeita concordância, de 0,61 a 0,80 com substancial concordância, de 0,41 a 0,60 significando moderada concordância, de 0,21 a 0,40 com regular concordância, de 0,01 a 0,20 representando fraca concordância, e por fim, zero, para ruim concordância (LANDIS; KOCH, 1977).

Para obtenção da concordância esperada foi necessário submeter à escala aos juízes por duas vezes, chegando-se a versão pré-final III (Apêndice F) do instrumento.

4.5.1.3 Avaliação da equivalência cultural (pré-teste)

O processo de adaptação cultural busca promover equivalência entre a origem e o destino do instrumento com base no conteúdo (BEATON et al.,

2000). A fase final do processo de adaptação cultural é o pré-teste. Este teste de campo do instrumento pesquisado buscou aplicar, em uma amostra da população, a versão pré-final III da escala, definida após o segundo retorno da escala com as sugestões dos juízes revisores. Segundo Guillemin; Bombardier e Beaton (1993) esse teste é necessário para verificar se há erros e desvios na tradução.

Para tanto, a versão pré-final III foi aplicada no período de setembro de 2015, para validação de conteúdo a oito pais e/ou mães de RNPT, sendo esta uma amostra intencional correspondente a 10% dos sujeitos da validação clínica, sem implicação estatística, seguindo o rigor metodológico. A aplicação do instrumento foi realizada na forma autoaplicável com quatro pais e/ou mães de RNPT, forma de aplicação recomendada pela autora da escala *NICU: PBS* original, e na forma de entrevista com os outros quatro pais e/ou mães que compunham a amostra, a fim de verificar possíveis conveniências ou dificuldades na forma de aplicação do instrumento, podendo, assim, escolher-se a forma mais apropriada.

Os pais e mães, no momento em que preencherem a escala ou responderam a entrevista, tiveram ainda duas questões de avaliação para responderem. A primeira questão, em que precisaram responder objetivamente, sim ou não, foi “Você achou que alguma afirmativa acima estava escrita de forma confusa e difícil de entender?”. Caso referissem que “sim” poderia dizer qual e por que estava difícil, por meio da segunda questão aberta: “Anotar os números das afirmativas consideradas difíceis de entender ou confusas e por que”.

Foi considerada adaptada culturalmente a versão final (Apêndice G) em português da escala ECP: UTIN a partir da obtenção de 80% ou mais de entendimento por parte dos pais. As afirmações não compreendidas ou determinadas confusas pelos pais tinham a possibilidade de serem enviadas novamente ao comitê de revisores para que pudessem ser reformuladas, e depois submetidas à avaliação pelos pais outra vez, até que se obtivesse o entendimento de 80% ou mais (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; SOUZA, 2009). Contudo, esta etapa não foi necessária.

4.5.2 Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento: confiabilidade e validade

As escalas devem ser avaliadas segundo dois critérios, a fim de verificar se o instrumento está adequado. A confiabilidade, propriedade que revela a qualidade do instrumento, e a validade que verifica se este mede o que se propõe medir. A confiabilidade e a validade estabelecem uma relação de dependência em que um instrumento que não é confiável possivelmente não seja válido, enquanto o instrumento pode ser confiável sem ser válido (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004; MARTINS, 2006).

A validade de um construto está relacionada ao quanto uma escala realmente reflete o que ela se propõe a medir, e a confiabilidade revela o quanto uma variável ou um conjunto de variáveis é consistente diante do que se deseja medir (HAIR et al., 2009).

4.5.2.1 Confiabilidade do instrumento

A investigação da confiabilidade da escala ECP: UTIN foi realizada pelo teste-reteste e a análise de consistência interna e das dimensões encontradas. O teste-reteste e o questionário sociodemográfico foram aplicados a uma amostra de 23 mães e/ou pais. O teste-reteste foi realizado na hospitalização do RNPT entre o quarto e o oitavo dia de internamento na UTIN ou UCI, no período de outubro a novembro de 2015 e teve por finalidade verificar a reprodutibilidade da escala traduzida e adaptada, permitindo visualizar sua estabilidade ao longo do tempo.

A aplicação do instrumento e a reaplicação ocorreram com um intervalo de 24 até 48 horas, sendo realizadas com o mesmo sujeito. Para que as respostas dos sujeitos não sofressem a interferência da memória recente na reaplicação do instrumento foi utilizada a versão da escala definitiva, entretanto, com os itens da escala posicionados de forma diferente. O intervalo de 24 até 48 horas foi definido devido aos sujeitos poderem ter variações significativas no estado de estresse influenciando sobre as suas crenças com o passar do tempo.

A confiabilidade do instrumento foi avaliada pelo coeficiente de correlação intraclassa (CCI) para o teste-reteste, visando avaliar a reprodutibilidade da escala, em que valores menores que 0,4 indicam pobre reprodutibilidade, valores entre 0,4 e 0,75 revelam satisfatória reprodutibilidade, e valores acima ou iguais a 0,75, excelente reprodutibilidade (CORTÉS-REYES; RUBIO-ROMERO; GAITÁN-DUARTE, 2010). A avaliação da consistência interna dos dados foi realizada com a aplicação do coeficiente de Alpha de Cronbach, pois de acordo com Hair et al., (2009) os valores de Alpha de Cronbach acima de 0,8 são considerados adequados, embora valores de 0,7 sejam aceitáveis.

4.5.2.2 Validade do instrumento

A validade do instrumento foi verificada por meio da validação de construto, que possibilita uma construção representativa do verdadeiro significado teórico de um conceito (MARTINS, 2006).

Na fase da realização do teste, primeira aplicação da escala com o público alvo, em uma amostra de 23 mães e/ou pais de recém-nascidos prematuros na UTIN ou UCI do HUOP, foi verificada a validade dos resultados encontrados, a fim de antever possíveis informações contidas nos dados. A validação clínica da versão final em português do Brasil da escala de crenças dos pais foi realizada com uma amostra composta por 76 mães e/ou pais de recém-nascidos prematuros na UTIN ou UCI do HUOP, entre o quarto e oitavo dia de internamento, no período de dezembro de 2015 a maio de 2016.

Os escores obtidos pelos indivíduos com o teste e com a validação clínica do instrumento foram atrelados, e os dados dos 99 pais e/ou mães de recém-nascidos prematuros submetidos ao método de normalização de Kaiser Meyer-Olkin (KMO) e a análise fatorial com o método de rotação Varimax para rotação dos fatores. Foi realizada a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) seguida pela Análise Fatorial Exploratória (AFE).

4.5.3 Ponderação das pontuações da escala

O reexame das ponderações das pontuações do instrumento em algumas situações é necessário, pois nem sempre os escores do instrumento original se aplicam à versão adaptada à nova situação cultural (BEATON et al., 2000).

A escala original apresenta o indicativo de valoração de respostas com crenças mais positivas para os escores maiores, sendo o escore máximo igual a 90 pontos, e crenças mais negativas para os escores mais baixos, correspondendo ao escore mínimo de 18 pontos, sem a definição de um ponto de corte que não deixe a análise subjetiva. Assim, em um processo de quartilização estatística propôs-se para a escala brasileira o estabelecimento de uma classificação para os valores obtidos para o escore total em: “Suficiência da capacidade de cuidado” quando entre 90 e 72 pontos; “Suficiência moderada da capacidade de cuidado” para valores de 71 a 54 pontos; “Insuficiência moderada da capacidade de cuidado” para valores de 53 a 36 pontos; e por fim, “Insuficiência da capacidade de cuidado” valores entre 35 a 18 pontos.

Nesse sentido, para essa categorização, a partir das respostas obtidas após a aplicação do instrumento, foi realizada a distribuição dos sujeitos em meio às categorias definidas, e auferido por meio do teste estatístico não paramétrico Kruskal-Wallis seguido do teste Dunn, a comparação entre os grupos de sujeitos. O objetivo desta análise foi verificar a significância estatística dos itens da escala diante da categorização dos sujeitos estabelecendo-se assim uma valoração para o escore total da escala brasileira diante da capacidade de cuidado dos pais.

4.6 Coleta dos dados

A coleta foi realizada em períodos variados, de acordo com a disponibilidade do pesquisador e a presença dos pais na UTIN ou UCI, até alcançar o número de sujeitos necessários assumindo uma amostragem por conveniência. Em todas as fases de coleta dos dados foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, posteriormente ocorreu a abordagem inicial das mães

convidando-as para participar da pesquisa e foram ofertadas as demais explicações e informações. Depois de checados os critérios foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice H) para leitura e assinatura dos participantes e pesquisador.

4.7 Análise dos dados

Diante da análise dos dados foi realizada a descrição das variáveis sociodemográficas que caracterizaram a amostra de mães/pais que responderam ao instrumento, bem como das variáveis clínicas dos RNPT. Os dados foram analisados descritivamente por frequências absolutas e percentuais, valores de média e desvio padrão.

Os escores obtidos com a aplicação da Escala de Crenças dos Pais de RNPT foram avaliados por meio de estatística descritiva (mínimo, máximo, média e desvio padrão) e inferencial para a categorização do grupo de pais que fizeram parte do estudo.

As análises foram realizadas nos programas estatísticos *XLSTAT*[®] versão 2015.5, IBM-SPSS versão 21.0 e no R[®] (Core Team R, 2015), o nível de significância assumido em todos os testes foi igual a 0,05.

4.8 Aspectos éticos

Foi garantida aos pais dos recém-nascidos hospitalizados na UTIN ou UCI a participação voluntária no estudo. Os mesmos responderam ao questionário somente após a leitura e assinatura do TCLE, documento no qual está registrado o compromisso do grupo de pesquisa envolvido de não utilizar os resultados individuais para qualquer finalidade administrativa. Foram respeitados os princípios da bioética, baseados na Resolução 244/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob parecer de nº: 385.370, CAE Nº: 16348813.7.1001.0107 (Anexo B).

APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico – Folhas 1, 2, 3.

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Dados de caracterização materna/paterna:

1. Etnia mãe: 1 () branca 2 () negra 3 () parda 4 () amarela 5 () indígena

Etnia pai: 1 () branca 2 () negra 3 () parda 4 () amarela 5 () indígena

2. Religião mãe: 1 () católica 2 () evangélica 3 () outra: _____

Religião pai: 1 () católica 2 () evangélica 3 () outra: _____

3. Idade mãe: _____

Idade pai: _____

4. Nível educacional mãe (em anos):

Nível educacional pai (em anos):

5. Ocupação mãe:

1 () do lar

2 () emprego formal

3 () emprego informal

4 () desempregado (a)

5 () outros _____

Ocupação pai:

1 () do lar

2 () emprego formal

3 () emprego informal

4 () desempregado (a)

5 () outros _____

6. Situação conjugal:

1 () casado (a)

2 () solteiro (a)

3 () separado (a)

4 () viúvo (a)

5 () outra _____

7. Com quem reside:

- 1 () pai/mãe do recém-nascido
 2 () outro companheiro (a) que não é o pai/mãe do RN
 3 () outros familiares: _____
 4 () outros: _____

8. Número de filhos e idade deles:

9. Renda familiar: _____**10. Local de residência:**

- 1 () Urbano Bairro: _____
 2 () Rural Localidade: _____

11. Número de consultas pré-natal realizadas: _____**12. Condições de saúde na gestação:**

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. () Diabetes gestacional | 18. () Problemas metabólicos |
| 2. () Diabetes mellitus | 19. () Anemia |
| 3. () Diabetes mellitus insulina dependente | 20. () Patologias do útero |
| 4. () Hipertensão arterial sistêmica (HAS) | 21. () Infecção sistêmica |
| 5. () Infecção do trato urinário (ITU) | 22. () Nenhum |
| 6. () Infecção das vias áreas superiores | Outras: _____ |
| 7. () Periodontite | |
| 8. () Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) | |
| 9. () Sífilis tratada (VDRL) | |
| 10. () Sífilis não tratada (VDRL) | |
| 11. () Citomegalovírus (CMV) | |
| 12. () Toxoplasmose tratada | |
| 13. () Toxoplasmose não tratada | |
| 14. () Síndrome metabólica | |
| 15. () Cirurgia bariátrica prévia | |
| 16. () HIV em tratamento | |
| 17. () HIV não tratado | |

13. Número de visitas ao RNPT na UTIN/UCI por semana e duração média da visita: _____

Dados de caracterização da criança:

1. Sexo: 1 () Masculino 2 () Feminino

2. Idade gestacional (em semanas e dias): _____

3. Tipo de parto:

1 () normal

2 () normal com episiotomia

3 () normal com fórceps

4 () cesárea

5 () outros: _____

4. Peso ao nascimento (gramas): _____

5. Estatura: _____

6. Escore de apgar: 1º minuto _____ 5º minuto _____

7. Perímetro cefálico: _____

8. Tempo de hospitalização na UTIN/UCI: _____

9. Diagnóstico do Recém-nascido: _____

APÊNDICE C – Versão da Escala de Crenças dos Pais Pré-final I – Folhas 1, 2, 3.

Número do Sujeito_____Data_____

Escala De Crenças dos Pais na UTIN

Autor: Dr. Bernadette Mazurek Melnyk, Direitos autorais, 1997.

(Por favor não faça cópias ou use esse instrumento sem a autorização escrita do autor).

Abaixo estão 18 *afirmações* relacionadas a você e a hospitalização do seu bebê. A experiência da hospitalização difere para cada pai/mãe. Há alguns pais que não estão muito seguros sobre as necessidades de seu bebê e qual a melhor forma deles reconhecerem estas necessidades quando estão na Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), enquanto outros pais são mais seguros sobre como ajudar seus bebês a atravessar essa experiência. Não há respostas certas ou erradas para as seguintes afirmações. Por favor, circule o número que melhor descreve a sua concordância ou discordância em cada afirmação.

1. Eu sei quais são as características e comportamentos comuns para bebês prematuros hospitalizados em uma UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

2. Eu tenho certeza que aquilo que eu faço para o meu bebê será o melhor para ajuda-lo (a) a lidar com o fato de estar na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

3. Eu me sinto confortável cuidando de meu bebê na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

4. Eu sei quais as características e comportamentos são esperados para meu bebê enquanto ele (a) esta na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

5. Eu tenho certeza sobre quais as coisas que posso fazer para melhor ajudar meu bebê a passar pela experiência na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

6. Eu tenho certeza que eu posso identificar as necessidades emocionais de meu bebê enquanto ele (a) está na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

7. Eu sei quais são as características e comportamentos que fazem meu bebê estar na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

8. Eu me sinto confiante em falar com as enfermeiras e médicos sobre o que poderá ajudar melhor meu bebê enquanto ele (a) estiver na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

9. Eu tenho certeza sobre como ajudar a cuidar de meu bebê na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

10. Eu sei como meu bebê provavelmente irá me responder enquanto ele estiver na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

11. Eu tenho certeza sobre como minhas emoções poderão afetar meu bebê enquanto ele (a) estiver no hospital.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

12. Eu estou esclarecida (o) sobre como meu bebê reagirá quando ele (a) começar a ser muito estimulado na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

13. Eu tenho certeza sobre as coisas que eu posso fazer para que meu bebê se sinta mais seguro enquanto ele (a) estiver na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

14. Eu sei como a aparência e comportamento de meu bebê são diferentes da aparência e comportamento de um bebê a termo.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

15. Eu sei quais são os melhores momentos para me comunicar ou interagir com meu bebê.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

16. Eu sou confiante em perguntar aos médicos e enfermeiras sobre a condição clínica de meu bebê.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

17. Eu sei o que meu bebê vai fazer quando estiver estressado.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

18. Eu estou esclarecida sobre como meu bebê parecerá ou agirá quando estiver pronto para se comunicar comigo.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

APÊNDICE D – Carta de Convite para o Comitê de Juízes – Folhas 1, 2.**CARTA CONVITE PARA O COMITÊ DE JUÍZES**

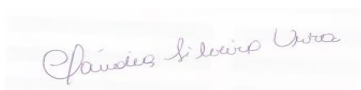
Eu, Claudia Silveira Viera, enfermeira, professora doutora na Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, juntamente com a professora doutora Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso e sua mestranda Eloeth Kaliska Piva, estamos realizando a tradução, adaptação cultural e validação psicométrica da escala *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale – NICU: PBS*. A escala foi validada nos Estados Unidos da América por Melnyk; Oswalt e Sidora-Arcoleo (2014), a fim de avaliar as crenças dos pais de Recém Nascidos Pré Termos (RNPT) e seu papel na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Para realizar a adaptação cultural desta escala, solicitamos sua ajuda profissional, para a avaliação dos termos adaptados ao nosso idioma. Por favor, leia a versão original, a traduzida e a retrotradução para verificar a concordância dos termos de acordo com a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual. Caso não concorde com algum dos termos, favor fazer sugestões a fim de adequarmos o instrumento para sua utilização em nossa realidade.

Solicitamos a gentileza de devolver o instrumento juntamente com suas observações por escrito no prazo máximo de dez dias a partir da data do recebimento. O envio deste material poderá ser pessoalmente ou por e-mail.

Colocamo-nos a disposição para esclarecimentos de dúvidas através dos seguintes contatos: Claudia (45) 9912-0066 ou clausviera@gmail.com; Beatriz Toso - e-mail: lb.toso@certto.com.brou; Eloeth Piva - e-mail: kaliska_fisio@hotmail.com.

Desde já agradecemos sua colaboração.



Cláudia Silveira Viera

Docente Programa de Mestrado Biociências e Saúde – UNIOESTE

B. Rosana

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso
Docente Programa de Mestrado Biociências e Saúde – UNIOESTE

Eloeth K. Piva

Eloeth Kaliska Piva
Mestranda Programa de Mestrado Biociências e Saúde - UNIOESTE

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao Especialista – Folhas 1, 2.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS ESPECIALISTAS

Validação da Escala de Crenças dos pais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Este estudo é baseado em um projeto de pesquisa intitulado “Repercussões da prematuridade: estresse materno e programação metabólica após a alta hospitalar”, financiado pelo CNPq, coordenado pela professora Dra. Cláudia Silveira Viera do Curso de Enfermagem e do Mestrado de Biociência e Saúde da Universidade Estadual do oeste do Paraná – Unioeste, campus Cascavel. A referida pesquisa conta com a participação de professores, acadêmicos do curso de enfermagem e mestrandos do programa de pós-graduação, assim como docentes dos cursos de biologia e Medicina da Unioeste. Para a etapa de validação da escala de crenças dos pais, a pesquisa conta com a participação da mestrandia Eloeth Piva sob orientação da Prof. Dra. Beatriz Toso, a dissertação tem por objetivo geral realizar a tradução, adaptação cultural e validação psicométrica da escala *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale – NICU: PBS* para o Brasil. A escala foi validada nos Estados Unidos da América por Melnyk; Oswalt e Sidora-Arcoleo (2014), a fim de avaliar as crenças dos pais de Recém Nascidos Pré Termos (RNPT) e seu papel na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Os objetivos específicos são: disponibilizar para o Brasil, a versão adaptada do instrumento *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale – NICU: PBS*; testar as propriedades psicométricas da versão adaptada em uma amostra de pais de Recém Nascidos Prematuros (RNPT) durante a internação na UTIN; avaliar a validade de constructo da versão adaptada do instrumento *NICU: PBS*; Verificar a manutenção da sua dimensionalidade por meio da análise fatorial; avaliar a confiabilidade da versão adaptada da *NICU: PBS*, por meio da consistência interna de seus itens.

Informações sobre participação na pesquisa:

- Como Especialista o (a) Sr. (a) receberá um questionário para registrar a avaliação contendo os itens da escala e questões a serem respondidas pertinentes ao instrumento resultante da pesquisa que se encontra em anexo para devida consulta.
- Conforme estabelece a Resolução 466/2012 do CNS todas as pesquisas apresentam riscos, todavia informamos que a presente pesquisa não oferece riscos previsíveis para o (a) Sr. (a). Com relação às mães das crianças que participarão da próxima etapa da pesquisa existe um risco mínimo no sentido de causar algum constrangimento por abordar questões de ordem pessoal.
- A pesquisa trará como benefícios indiretos as informações fornecidas pelas mães que poderão auxiliar nas orientações que o profissional de saúde precisa fazer quanto ao cuidado da criança. Como benefícios diretos, a equipe de saúde de posse dos resultados da escala poderá planejar o cuidado a mãe e RNPT direcionado as necessidades apresentadas por esses.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Cumpramos ressaltar que a pesquisa será conduzida conforme diretrizes contidas na Resolução nº 466/126 do Conselho Nacional de Saúde, e a mesma recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste sob o número de protocolo CAAE 16348813.7.1001.0107.

Consentimento da participação da pessoa como Especialista:

Eu, _____
_____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "**Validação da Escala de Crenças dos pais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**", como Especialista. Fui devidamente informado e esclarecido pela autora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

_____, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do (a) Especialista (a)

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor contar com as pesquisadoras nos respectivos e-mails ou fone.

Endereço Completo:

Rua Universitária 2269, jardim Universitário. Cascavel-PR

CEP 88.810-119

Telefone: 45 3220 3132/9912 0066/9971 1791

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE F – Avaliação da escala pelo comitê de juízes – Folhas 1, 2.

VERSÃO PRÉ-FINAL I DA ESCALA NICU: PBS

REVISÃO DO COMITÊ DE JUÍZES

Assinale um X se:

CT = Concordar Totalmente

CP = Concordar Parcialmente

NC = Não Concordar

Obs: Nas questões com (*) é necessário escolher somente uma das opções.

Instruções (Sugestões):

Nº	Consenso Tradução Português	CT	CP	NC	SUGESTÕES DE MUDANÇAS
1					
2					
3					
4					
5					
6					

7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

APÊNDICE G – Versão da Escala de Crenças dos Pais Pré-final III – Folhas 1, 2, 3.

Número do Sujeito_____Data_____

Escala De Crenças dos Pais na UTIN

Autor: Dr Bernadette Mazurek Melnyk, Direitos autorais, 1997.

(Por favor não faça cópias ou use esse instrumento sem a autorização escrita do autor).

Abaixo estão 18 *afirmações* relacionadas a você e a hospitalização do seu bebê. A experiência da hospitalização difere para cada pai/mãe. Há alguns pais que não estão muito seguros sobre as necessidades de seu bebê e qual a melhor forma deles reconhecerem estas necessidades quando estão na Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), enquanto outros pais são mais seguros sobre como ajudar seus bebês a passar por essa experiência. Não há respostas certas ou erradas para as seguintes afirmações. Por favor, circule o número que melhor descreve a sua concordância ou discordância em cada afirmação.

1. Eu sei quais características e comportamentos são comuns para bebês prematuros hospitalizados em uma UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

2. Eu estou certo (a) que o que eu faço para o meu bebê é o melhor para ajudá-lo (a) a lidar com o fato de estar na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

3. Eu me sinto confortável em cuidar do meu bebê na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

4. Eu sei quais características e comportamentos esperar do meu bebê enquanto ele (a) está na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

5. Eu estou certo (a) sobre quais coisas eu posso fazer para melhor ajudar meu bebê a passar pela experiência na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

6. Eu estou certo (a) que posso identificar as necessidades emocionais de meu bebê enquanto ele (a) está na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

7. Eu sei por que meu bebê tem as características e comportamentos que fazem ele (a) estar na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

8. Eu me sinto confiante em falar com as enfermeiras e os médicos sobre o que poderá melhor ajudar meu bebê enquanto ele (a) estiver na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

9. Eu estou certo (a) sobre como ajudar a cuidar de meu bebê na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

10. Eu sei como meu bebê provavelmente irá me responder enquanto ele (a) estiver na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

11. Eu estou certo (a) sobre como minhas emoções poderão afetar meu bebê enquanto ele (a) estiver no hospital.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

12. Eu estou certo (a) sobre como meu bebê reagirá quando ele (a) começar a ser muito estimulado na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

13. Eu estou certo (a) sobre as coisas que posso fazer para que o meu bebê se sinta mais seguro enquanto ele (a) estiver na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

14. Eu sei como a aparência e o comportamento do meu bebê são diferentes da aparência e do comportamento de um bebê a termo.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

15. Eu sei quais são os melhores momentos para me comunicar ou interagir com meu bebê.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

16. Eu me sinto confiante em perguntar aos médicos e enfermeiras sobre a condição clínica de meu bebê.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

17. Eu sei o que meu bebê fará quando estiver estressado.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

18. Eu estou certo (a) sobre como meu bebê parecerá ou agirá quando estiver pronto para se comunicar comigo.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

APÊNDICE H – Versão final da Escala de Crenças dos Pais – Folhas 1, 2, 3.

Número do Sujeito _____ Data _____

Escala De Crenças dos Pais na UTIN

Autor: Dr Bernadette Mazurek Melnyk, Direitos autorais, 1997.

(Por favor não faça cópias ou use esse instrumento sem a autorização escrita do autor).

Abaixo estão 18 *afirmações* relacionadas a você e a hospitalização do seu bebê. A experiência da hospitalização difere para cada pai/mãe. Há alguns pais que não estão muito seguros sobre as necessidades de seu bebê e qual a melhor forma deles reconhecerem estas necessidades quando estão na Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), enquanto outros pais são mais seguros sobre como ajudar seus bebês a passar por essa experiência. Não há respostas certas ou erradas para as seguintes afirmações. Por favor, circule o número que melhor descreve a sua concordância ou discordância em cada afirmação.

1. Eu sei quais características e comportamentos são comuns para bebês prematuros hospitalizados em uma UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

2. Eu estou certo (a) que o que eu faço para o meu bebê é o melhor para ajudá-lo (a) a lidar com o fato de estar na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

3. Eu me sinto confortável em cuidar do meu bebê na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

4. Eu sei quais características e comportamentos esperar do meu bebê enquanto ele (a) está na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

5. Eu estou certo (a) sobre quais coisas eu posso fazer para melhor ajudar meu bebê a passar pela experiência na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

6. Eu estou certo (a) que posso identificar as necessidades emocionais de meu bebê enquanto ele (a) está na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

7. Eu sei por que meu bebê tem as características e comportamentos que fazem ele (a) estar na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

8. Eu me sinto confiante em falar com as enfermeiras e os médicos sobre o que poderá melhor ajudar meu bebê enquanto ele (a) estiver na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

9. Eu estou certo (a) sobre como ajudar a cuidar de meu bebê na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

10. Eu sei como meu bebê provavelmente irá me responder enquanto ele (a) estiver na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

11. Eu estou certo (a) sobre como minhas emoções poderão afetar meu bebê enquanto ele (a) estiver no hospital.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

12. Eu estou certo (a) sobre como meu bebê reagirá quando ele (a) começar a ser muito estimulado na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

13. Eu estou certo (a) sobre as coisas que posso fazer para que o meu bebê se sinta mais seguro enquanto ele (a) estiver na UTIN.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

14. Eu sei como a aparência e o comportamento do meu bebê são diferentes da aparência e do comportamento de um bebê a termo (nascido no tempo esperado).

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

15. Eu sei quais são os melhores momentos para me comunicar ou interagir com meu bebê.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

16. Eu me sinto confiante em perguntar aos médicos e enfermeiras sobre a condição clínica de meu bebê.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

17. Eu sei o que meu bebê fará quando estiver estressado.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

18. Eu estou certo (a) sobre como meu bebê parecerá ou agirá quando estiver pronto para se comunicar comigo.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

Escala de crença dos pais
07/10/2015

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pais – Folhas 1, 2.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Validação da Escala de Crenças dos pais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Este estudo é baseado em um projeto de pesquisa intitulado “Repercussões da prematuridade: estresse materno e programação metabólica após a alta hospitalar”, financiado pelo CNPq, coordenado pela professora Dra. Cláudia Silveira Viera do Curso de Enfermagem e do Mestrado de Biociência e Saúde da Universidade Estadual do oeste do Paraná – Unioeste, campus Cascavel. A referida pesquisa tem por objetivo geral realizar a tradução, adaptação cultural e validação psicométrica da escala *Neonatal Intensive Care Unit: Parental Belief Scale – NICU: PBS* para o Brasil. A escala foi validada nos Estados Unidos da América por Melnyk; Oswalt e Sidora-Arcoleo (2014), a fim de avaliar as crenças dos pais de Recém Nascidos Pré Termos (RNPT) e seu papel na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Para tanto, durante a hospitalização do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal o senhor (a) receberá esta escala com 18 afirmações relacionadas a você e a hospitalização do seu bebê para ser preenchida, em que o número que melhor descrever a sua concordância ou discordância em cada afirmação deverá ser circulado, lembrando que não existem respostas certas ou erradas para as afirmações.

Durante a execução do projeto o senhor (a) não será exposto a nenhum tipo de risco biológico ou constrangimento moral, ressaltamos também que não receberá nenhuma bonificação para participar da pesquisa, bem como não precisará efetuar nenhum tipo de pagamento para ser participante desta pesquisa. Serão disponibilizados na pesquisa, somente os dados que o senhor (a) autorizar. E caso venha a se sentir desconfortável durante o preenchimento da escala o senhor (a) poderá interromper sua participação a qualquer momento.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Cumpramos ressaltar que a pesquisa será conduzida conforme diretrizes contidas na Resolução nº 466/126 do Conselho Nacional de Saúde, e a mesma recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste sob o número de protocolo CAAE 16348813.7.1001.0107.

Informamos também que estaremos disponíveis para explicar qualquer dúvida, assim como orientações necessárias a seu esclarecimento sobre a pesquisa, mediante contato com os pesquisadores pelos telefones (45) 32203147/ (45) 99644965. Sendo que este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma das vias com o senhor (a).

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;

3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
4. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste-CEP/Unioeste, por meio do telefone 3220-3132, em caso de dúvidas ou notificações de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar do projeto/ou desejar que _____ participe da pesquisa.

Cascavel, _____ de _____ de 20____.

Nome do participante/ou do responsável: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Eu, Cláudia Silveira Viera, declaramos que foram fornecidas todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____ Data: ____/____/____
Telefones: (45) 32203132/ (45) 99644965