

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Carolina Santiago Vieira

AJUSTAMENTO FAMILIAR AO NASCIMENTO PREMATURO

DURANTE A INTERNAÇÃO NA

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Belo Horizonte – MG

2018

Carolina Santiago Vieira

**AJUSTAMENTO FAMILIAR AO NASCIMENTO PREMATURO
DURANTE A INTERNAÇÃO NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Elysângela Dittz Duarte.

Coorientadora: Prof^a. Dra. Mery Natali Silva Abreu.

Belo Horizonte – MG
Escola de Enfermagem – UFMG

2018

V658a Vieira, Carolina Santiago.
Ajustamento familiar ao nascimento prematuro durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal [manuscrito]. / Carolina Santiago Vieira. - - Belo Horizonte: 2018.
87f.: il.
Orientador: Elysângela Dittz Duarte.
Coorientador: Mery Natali Silva Abreu.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Nascimento Prematuro. 2. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. 3. Relações Familiares. 4. Adaptação Psicológica. 5. Resiliência Psicológica. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Duarte, Elysângela Dittz. II. Abreu, Mery Natali Silva. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WO330

Bibliotecária Responsável: Cibele de Lourdes Buldrini Filogônio Silva CRB-6/999

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+55 31 3400-9835 | 31 2409-9089
caixa postal: 1556 | colgrad@enf.ufmg.br



ATA DE NÚMERO 566 (QUINHENTOS E SESENTA E SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA CAROLINA SANTIAGO VIEIRA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 2 (dois) dias do mês de março de dois mil e dezoito, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "ADAPTAÇÃO FAMILIAR À SITUAÇÃO DE NASCIMENTO PREMATURO DURANTE A INTERNAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL", da aluna *Carolina Santiago Vieira*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Elysângela Ditzz Duarte (orientadora), Carmen Gracinda Silvan Scochi e Fernanda Penido Matozinhos, sob a presidência da primeira. A professora Carmen Gracinda Silvan Scochi participou da sessão por meio de videoconferência. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- () APROVADA;
- (X) APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
- () REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, *Andréia Nogueira Delfino*, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 02 de março de 2018.

Prof. Dr. Elysângela Ditzz Duarte
Orientadora (EEUFMG)

Prof. Dr. Carmen Gracinda Silvan Scochi
(EERP/USP)

Prof. Dr. Fernanda Penido Matozinhos
(EEUFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
em 05/03/2018

Prof. Dra. Adriana Oliveira
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem / UFMG

MODIFICAÇÃO EM DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **CAROLINA SANTIAGO VIEIRA**.

As modificações foram as seguintes:

Mudança de título para: Ajustamento
familiar ao ajustamento psicomotor
durante a internação na Unidade de
Terapia Intensiva Neonatal.

NOMES

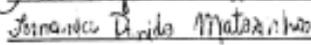
Prof. Dr. Elysângela Ditzz Duarte

Prof. Dr. Carmen Gracinda Silvan Scochi

Prof. Dr. Fernanda Penido Matozinhos

ASSINATURAS





PROFESSORA DO CONSELHO DE CPG

em 05/03/2018


Prof. Dra. Adriana Oliveira
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem / UFMG

Dedico este trabalho a todas as mães de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me guiar, iluminar e nunca me desamparar. Agradeço por me colocar de pé e me renovar todos os dias.

À minha orientadora, Prof^a. Dra Elysângela Dittz, que, com grande competência, paciência e dedicação, me conduziu na realização deste trabalho. Obrigada por acreditar em mim, por me fazer pensar, refletir e enxergar além, com seu jeito de educar tão transformador.

À minha coorientadora, Prof^a. Dra. Mery Natali, por aceitar embarcar conosco neste trabalho. Obrigada por ter compartilhado suas experiências e sabedorias de uma maneira ímpar. Me sinto quase uma estatística! (risos).

Elysângela e Mery: minha eterna gratidão a vocês por terem me guiado e conduzido com tanto empenho e carinho. Vocês compartilharam não apenas conhecimentos técnicos, mas também ensinamentos que levarei para a vida. Palavras são insuficientes para agradecer tamanho aprendizado durante estes dois anos!

A todas as mães participantes deste estudo, que me receberam com tanto carinho, que compartilharam suas histórias e que, de alguma forma, me tocaram.

Aos meus pais, Reinaldo e Maria José, por serem minha base, minha força e estrutura. Por estarem ao meu lado em todos os momentos e terem sempre uma palavra amiga! Amo vocês!

Aos meus irmãos, Filipe e Igor, por todo companheirismo, incentivo e amor! Por se fazerem tão presentes, mesmo longe!

Às alunas de iniciação científica, Bárbara e Juliana, pelo comprometimento e dedicação. Torço muito por vocês!

À minha equipe: Jannine, Pedro, Thaizy, Ludmilla e Isadora, pela ajuda e troca de experiência durante todo este tempo.

À sala 416, por todos os momentos que lá passamos!

Ao NUPEPE, por ter me proporcionado momentos valiosos de reflexão.

Às minhas amigas, Juma, Juliana, Tâmara e Zaine, por terem se tornado minha segunda família. BH não seria a mesma sem vocês!

Aos colegas do mestrado, em especial, Bárbara e Carol, pelo companheirismo.

À minha família e amigos, por todo apoio e torcida.

Aos profissionais dos serviços que gentilmente me receberam.

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para realização deste trabalho!

“Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente, mas o que melhor se adapta às mudanças”.

Charles Darwin.

RESUMO

Introdução: o nascimento de um filho prematuro e conseqüente internação do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal desencadeia na família um processo adaptativo que gera uma mudança no sistema familiar. **Objetivo:** Analisar o ajustamento familiar ao nascimento prematuro durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e sua possível associação com a vulnerabilidade familiar, a apreciação familiar acerca do recém-nascido prematuro, a capacidade de resolução de problemas e coping e o apoio social. **Métodos:** trata-se de um estudo transversal e analítico que foi realizado em duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. A amostra constitui-se de 70 mães e seus recém-nascidos com idade gestacional menor que 32 semanas, sem malformação congênita e que seus filhos encontraram-se internados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais do cenário de estudo. A elaboração do instrumento de coleta de dados foi baseada no modelo de resiliência, estresse, ajustamento e adaptação familiar de McCubbin e McCubbin (1993). Utilizou-se um questionário estruturado para caracterização da amostra, além das escalas de estresse familiar, tensão familiar, escala de depressão pós-parto de Edimburgo, escala de estresse parental: UTIN, índice de comunicação e resolução de problemas familiares, escala de apoio social e escala de funcionamento familiar. A coleta de dados ocorreu entre março e agosto de 2017, e os dados foram coletados entre o 3º e 15º dia de internação do prematuro na UTIN. Para a análise dos dados, foi utilizada regressão linear univariada e múltipla. Foi utilizado o método Backward para seleção final das variáveis. Foram estimados o coeficiente beta do modelo final e seus intervalos de confiança de 95%. Em toda análise, considerou-se o nível de significância de 5%. Utilizou o programa Statistical Software (STATA) versão 12.0 para análise dos dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer de nº 1.870.456. **Resultados:** por meio da análise univariada, foram selecionadas como possíveis preditoras do ajustamento familiar as variáveis: residência em BH, estado marital, escolaridade, idade, tipo de gravidez, via de nascimento, número de consultas de pré-natal, peso ao nascer, dias de internação, depressão pós-parto, resolução de problemas e comunicação familiar e apoio social. Após o ajuste, permaneceram associados com o ajustamento familiar: dias de internação ($p=0,014$), resolução de problemas e coping familiar ($p=0,001$) e apoio social ($p=0,009$). **Conclusão:** identificou-se que as mães tiveram uma alta percepção da resolução de problemas e *coping* e apoio social, os quais, acrescidos do aumento de dias de internação, potencializaram o seu ajustamento à situação de ter um filho prematuro internado na UTIN. Assim, pode-se inferir que, mesmo na presença de um evento com potencial desestruturante para a família, como é o nascimento prematuro, as participantes do estudo demonstraram capacidade de superação e ajustamento.

Palavras-chave: Nascimento Prematuro. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Relações familiares. Adaptação Psicológica. Resiliência Psicológica.

ABSTRACT

Introduction: the birth of a premature child and consequent hospitalization of the child in the Neonatal Intensive Care Unit triggers in the family an adaptive process that generates a change in the family system. **Objective:** To analyze the family adjustment to premature birth during hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit and its possible association with family vulnerability, family appreciation of the premature newborn, coping and coping skills and social support. **Methods:** it is a cross-sectional and analytical study that was performed in two Neonatal Intensive Care Units in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais. The sample consisted of 70 mothers and their newborns with gestational age less than 32 weeks, without congenital malformation and that their children were hospitalized in the Neonatal Intensive Care Units of the study scenario. The elaboration of the data collection instrument was based on McCubbin and McCubbin's model of resilience, stress, adjustment and family adaptation (1993). A structured questionnaire was used to characterize the sample, in addition to the family stress scales, family stress, Edinburgh postpartum depression scale, parental stress scale: NICU, communication index and resolution of family problems, social support scale and scale of family functioning. Data were collected between March and August 2017, and data were collected between the 3rd and 15th day of hospitalization of the premature infant at the NICU. For the analysis of the data, univariate and multiple linear regression was used. The Backward method was used to select variables. The beta coefficient of the final model and its 95% confidence intervals were estimated. In all analysis, the significance level of 5% was considered. He used the program Statistical Software (STATA) version 12.0 for data analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais under the opinion of No. 1.870.456. **Results:** by means of the univariate analysis, the following variables were selected as possible predictors of family adjustment: residence in BH, marital status, schooling, age, type of pregnancy, birth route, number of prenatal consultations, birth weight, postpartum depression, problem solving and family communication and social support. After adjustment, they remained associated with family adjustment: days of hospitalization ($p = 0.014$), problem solving and family coping ($p = 0.001$) and social support ($p = 0.009$). **Conclusion:** it was identified that the mothers had a high perception of problem solving and coping and social support, which, added to the increase in days of hospitalization, potentiated their adjustment to the situation of having a premature child hospitalized in the NICU. Thus, it can be inferred that, even in the presence of an event with a destructive potential for the family, such as preterm birth, the study participants demonstrated the ability to overcome and adjust.

Keywords: Premature Birth. Neonatal Intensive Care Units. Family Relations. Psychological Adaptation. Psychological Resilience.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1: Modelo de resiliência	20
Figura 2: Fluxograma de coleta de dados do Hospital 1	31
Figura 3: Fluxograma de coleta de dados do Hospital 2	34

Quadros

Quadro 1: Instrumentos de coleta de dados, Belo Horizonte, 2017	25
Quadro 2: Classificação das variáveis sociodemográficas dos pais	35
Quadro 3: Classificação das variáveis de gestação e parto	36
Quadro 4: Classificação das variáveis do recém-nascido	36
Quadro 5: Escalas utilizadas considerando as variáveis incluídas	37

Tabelas

Tabela 1: Características sociodemográficas das mães de RNs internados na UTIN. Belo Horizonte, MG, 2017	40
Tabela 2: Condições de gestação e parto de mães de RNs internados na UTIN. Belo Horizonte, MG, 2017	42
Tabela 3: Características dos RNs internados na UTIN. Belo Horizonte, MG, 2017	42
Tabela 4: Escalas administradas às mães de RNs internados na UTIN. Belo Horizonte, MG, 2017	43
Tabela 5: Associação entre fatores sociodemográficos categóricos e o ajustamento familiar. Belo Horizonte, MG, 2017 (n=70)	45
Tabela 6: Correlação entre fatores sociodemográficos numéricos e o ajustamento familiar. Belo Horizonte, MG, 2017 (n=70)	45
Tabela 7: Associação entre os fatores de gestação e parto e o ajustamento familiar. Belo Horizonte, MG, 2017 (n=70)	46
Tabela 8: Correlação entre os fatores de gestação e parto e o ajustamento familiar. Belo Horizonte, MG, 2017 (n=70)	46
Tabela 9: Associação entre os fatores de condição de nascimento dos RNs e o ajustamento familiar. Belo Horizonte, MG, 2017 (n=70)	47

Tabela 10: Correlação entre fatores de condição de nascimento dos RNs e o ajustamento familiar. Belo Horizonte, MG, 2017 (n=70)	47
Tabela 11: Correlação entre as escalas e o ajustamento familiar. Belo Horizonte, MG, 2017 (n=70)	48
Tabela 12: Modelo final segundo regressão linear avaliando os fatores associados ao ajustamento familiar. Belo Horizonte, MG, Brasil (n=70)	49

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANOVA	Análise de Variância
BH	Belo Horizonte
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRSMSA/BH	Central Reguladora da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
FAAR	<i>Family Adjustment and Adaptation Response Model</i>
F-COPES	<i>Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales</i>
MS	Ministério da Saúde
RN	Recém-nascido
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	Unidade de Cuidado Intermediário
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO: MODELO DE RESILIÊNCIA, ESTRESSE, AJUSTAMENTO E ADAPTAÇÃO FAMILIAR DE McCUBBIN E McCUBBIN	16
3 OBJETIVO	21
4 MÉTODOS	22
4.1 Tipo de estudo	22
4.2 Local de estudo	22
4.3 População e amostra	23
4.4 Instrumentos	24
4.5 Coleta de dados	29
4.6 Variáveis de estudo	35
4.6.1 Variável dependente	35
4.6.2 Variáveis explicativas	35
4.7 Análise de dados	37
4.8 Aspectos éticos	38
5 RESULTADOS	40
5.1 Análise descritiva	40
5.2 Análise univariada	44
5.3 Análise multivariada	49
6 DISCUSSÃO	51
6.1 Apreciação familiar acerca do recém-nascido prematuro	51
6.2 Resolução de problemas e <i>coping</i> familiar	56
6.3 Apoio social	58
7 LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES	63
8 CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A	73
APÊNDICE B	81
APÊNDICE C	82
APÊNDICE D	83
APÊNDICE E	84

1 INTRODUÇÃO

Nascem, a cada ano, aproximadamente 15 milhões de bebês prematuros¹, o que representa 11,1% dos nascidos vivos em todo o mundo (BLENCOWE *et al.*, 2012). Os dez países em que mais há partos prematuros são: Índia, China, Nigéria, Paquistão, Indonésia, Estados Unidos da América, Bangladesh, Filipinas, República Democrática do Congo e Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

O Brasil é o décimo país no *ranking* mundial de nascimentos prematuros, com prevalência de 11,8% no ano de 2011 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012; MATIJASEVICH *et al.*, 2013). O Estado de Minas Gerais apresentou, de 2000 a 2011, estimativas corrigidas de prevalência de partos prematuros que passaram de 12,4% a 12,9%, respectivamente. As estimativas colocam o Estado de Minas Gerais como o segundo Estado com maior número de nascimentos prematuros, superado apenas pelo Distrito Federal (MATIJASEVICH *et al.*, 2013). Já Belo Horizonte apresentou, de 2000 a 2014, aumento de prevalência de nascimentos prematuros que passou de 7,9% a 10,3%, respectivamente (SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE NASCIDOS VIVOS – SINASC, 2016).

Observa-se que, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, a prevalência de nascimentos prematuros é elevada e está aumentando no decorrer dos anos. O impacto mais evidente na saúde é que a prematuridade se configura como a causa mais importante de morte neonatal e a segunda causa principal de mortalidade em crianças menores de cinco anos (LIU *et al.*, 2012).

O nascimento de um filho prematuro origina uma experiência estressante e desafiadora às famílias. Além disso, esse período é marcado por grande sofrimento por parte dos pais, apresentando sentimentos de culpa, desilusão, depressão, tristeza, assim como sensação de fracasso e baixa autoestima (GROSIK *et al.*, 2013). Muitas vezes, esses sentimentos ocorrem pelo desejo de ter um bebê sadio, pela falta de conhecimento sobre a patologia, pelas condições clínicas da mãe e do próprio bebê, entre outros fatores (ZEN; CECHETTO, 2008).

¹ É considerada prematura, ou pré-termo, a criança nascida com menos de 37 semanas de gestação. O nascimento prematuro pode ainda ser sub-dividido de acordo com a idade gestacional: extremamente prematuros (inferior a 28 semanas), muito prematuro (28 a 31 semanas) e prematuridade moderada (32 a 36 semanas) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Em meio a essas emoções, as famílias ainda se deparam com a necessidade de terem seu bebê internado em uma UTIN, o que torna uma viagem inesperada preenchida com o estresse, perturbação emocional e, por vezes, depressão (GROSIK *et al.*, 2013).

Os pais passam a vivenciar o ambiente das UTINs, um local altamente tecnológico que pode se tornar assustador e uma fonte de ansiedade para os mesmos. Essa situação pode ser agravada pelo ambiente da UTIN, pela relação com os profissionais, pela aparência e comportamento do recém-nascido, bem como pelas mudanças no papel parental (MILES; FUNK; CARLSON, 1993; CHOURASIA *et al.*, 2013).

Dudek-Shriber (2004) considera a UTIN como um ambiente potencializador de estresse para os pais, e os resultados de seu estudo são consistentes com outros (ALKOZEI; MCMAHON; LAHAV, 2014; BAIA *et al.*, 2016), que indicam que o aspecto mais estressante de ter uma criança em UTIN é a alteração da função dos pais e o relacionamento deles com o bebê.

Já Leite *et al.* (2012) apontam que os principais efeitos da hospitalização nos pais de filhos prematuros internados na UTIN são provenientes da forma física (cansaço, estresse), psíquica (tristeza, angústia, medo e desconfortos não físicos) e estrutural (distanciamento do lar, desajuste financeiro). Esses elementos são capazes de repercutir no cuidado ao filho doente e de influenciar os processos adaptativos diante situações estressoras.

Estudo têm demonstrado que a experiência da hospitalização do recém-nascido (RN) causa um sofrimento intenso na família. Essas famílias ficam mais vulneráveis emocionalmente e sofrem mudanças na dinâmica familiar frente à nova realidade experienciada (ARAÚJO; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013). Assim, começam os períodos de transformações no convívio social, no trabalho e dentro da própria casa, onde cada membro passa a ter sua rotina alterada para a adequação às necessidades da criança hospitalizada (RIGÃO, 2011; SANTOS *et al.*, 2014).

Alguns estudos também apontam como mudanças emocionais: maior sensibilidade, tristeza, apreensão, medo da perda, estresse, depressão; e como alterações no cotidiano: dificuldade de conciliar trabalho, descanso, estudo e estar junto ao familiar doente (SELL *et al.*, 2012; PROVENZI; SANTORO, 2015).

As estratégias de enfrentamento são fatores essenciais que permitem aos pais lidarem com o estresse da experiência da internação do recém-nascido na UTIN. Estudo realizado por Smith *et al.* (2012) verificou que as principais estratégias de enfrentamento foram: participação no cuidado do recém-nascido, efetiva comunicação com os profissionais da saúde, envolvimento de amigos e família e engajamento com outros pais na UTIN.

O apoio social tem sido descrito na literatura como um dos principais mediadores entre a vivência de uma situação de crise relacionada com a doença e a adaptação efetiva da família (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993). Os resultados do estudo de Oliveira (2013) corroboram com a informação, constatando que o grupo de apoio aos pais proporciona o melhor enfrentamento, colaborando para a redução do estresse e isolamento social envolvido nesse processo, já que os pais passam a lidar melhor com a situação.

Porém, deve ser realçado que a forma como cada figura parental vive e lida com a situação geradora de estresse, como o nascimento de um filho prematuro, varia de acordo com vários fatores que interferem no funcionamento familiar, exigindo adaptações de seus membros. Quando esses fatores estão ausentes, a família por si só não consegue se adaptar à nova realidade vivenciada, e tal situação influencia diretamente o cuidado à criança prematura.

Ressalta-se que a adaptação é um processo complexo, multifacetado e que envolve vários fatores. No contexto nacional, os estudos existentes têm sido realizados abordando, principalmente, apenas um dos seguintes aspectos do funcionamento familiar: apoio social (RAPOPORT; PICCININI, 2006, CUSTÓDIO; CREPALDI; LINHARES, 2014, BALBINO *et al.*, 2015), apoio social e depressão pós-parto (DANTAS *et al.*, 2012), enfrentamento religioso-espiritual (FOCH; SILVA; ENUMO, 2016), sentimentos maternos frente à hospitalização (MELO *et al.*, 2016, LIMA *et al.*, 2013). Achados mais consistentes são encontrados na literatura internacional, os quais tem se dedicado a analisar e identificar os aspectos envolvidos no processo e como os mesmos se interagem, ocasionando um ajustamento ou adaptação familiar. Essas investigações têm indicado que o nascimento prematuro e a internação na UTIN constituem um evento estressante para as mães e suas famílias, acarretando mudanças estruturais e sistêmicas no funcionamento familiar para que essas famílias se adaptem à nova realidade vivenciada. Entre os fatores investigados nesses estudos, incluem-se: ansiedade, depressão e transtorno do estresse pós-traumático (GREENE *et al.*, 2015), *coping* parental e sintomatologia depressiva (SHAW *et al.*, 2013), estresse parental e apoio social (TURNER *et al.*, 2015), estresse parental, recursos familiares, resolução de problemas e *coping* e ajustamento familiar (PINELLI, 200).

Nesse sentido, verifica-se a necessidade de desenvolvimento de estudos que permitam uma compreensão mais ampliada do ajustamento da família no contexto do recém-nascido prematuro no cenário brasileiro. Considerando que o modelo de resiliência, estresse, ajustamento e adaptação de McCubbin e McCubbin (1993), abrange os principais aspectos – estressor, vulnerabilidades, recursos familiares, resolução de problemas e *coping*, tipologia

familiar – para o ajustamento e a adaptação familiar, o mesmo foi utilizado para guiar a presente investigação.

Diante o exposto foi feito o seguinte questionamento para orientar a condução deste estudo: como a vulnerabilidade, a apreciação familiar acerca do recém-nascido prematuro, a capacidade para resolução de problemas e *coping* e o apoio social interferem no ajustamento familiar ao nascimento prematuro durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?

É inquestionável que a evolução da tecnologia modificou o prognóstico e a sobrevivência dos bebês anteriormente inviáveis. Desde então, muita ênfase tem sido dada à recuperação física desses pacientes. No entanto, apesar do conhecimento sobre a situação que as famílias vivenciam nesses ambientes, pouco tem sido ressaltado sobre o conhecimento acerca de suas necessidades e os recursos que poderão ajudá-las no processo de adaptação. Dessa forma, considera-se pertinente conhecer os fatores familiares que promovem a adaptação nessas famílias que poderão contribuir para o desenvolvimento de intervenções, orientações e apoio emocional com foco na família, de tal maneira que ajudem aquelas com dificuldades de adaptação para que superem o desafio de lidar com o recém-nascido prematuro.

A assistência neonatal, voltada para o paradigma biomédico, tem sido alvo de críticas e, com isso, surgem novas ideias e práticas voltadas para a defesa por um cuidado centrado na família. Contudo, mesmo com os avanços e desafios de práticas orientadas sob esse modelo, elas são implementadas com um certo desconhecimento quanto ao processo de ajustamento e adaptação familiar diante do nascimento prematuro. Acredita-se que os achados deste estudo poderão contribuir para um aprofundamento na área de pesquisa, bem como para a indicação de práticas de cuidado holístico e de ensino que possibilitam a promoção da adaptação familiar no contexto à criança na UTIN e sua efetiva contribuição para a saúde e desenvolvimento infantil.

Diante do contexto apresentado, definiu-se como hipótese desta investigação que a baixa vulnerabilidade, a apreciação familiar acerca do recém-nascido prematuro, sua capacidade para resolução de problemas e *coping* e o apoio social podem interferir positivamente no ajustamento familiar.

Esta pesquisa está inserida no conjunto de investigações desenvolvidas no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). o qual vem utilizando o referencial teórico de resiliência, estresse, ajustamento e adaptação familiar (McCUBBIN;

McCUBBIN, 1993) em algumas de suas pesquisas relacionadas ao cuidado às crianças e suas famílias em diferentes contextos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO: MODELO DE RESILIÊNCIA, ESTRESSE, AJUSTAMENTO E ADAPTAÇÃO FAMILIAR DE McCUBBIN E McCUBBIN

O Modelo de Resiliência, Estresse, Ajustamento e Adaptação foi utilizado para a fundamentação teórica deste estudo. A escolha pelo uso do referido modelo se deu pela possibilidade de avaliar os diversos fatores envolvidos no processo e como eles se relacionam com o ajustamento e adaptação familiar.

Esse modelo é originado de quatro outros modelos: o modelo ABCX (HILL, 1949) que examina o efeito dos fatores pré-crise, sendo “A” designado de evento estressor, “B” recursos familiares, “C” apreciação familiar e “X” crise familiar; o *Double ABCX* (McCUBBIN; PATTERSON, 1981a) que, para além dos fatores que antecedem à crise, destacam também, os fatores pós-crise familiar. O apoio social e o *coping* foram introduzidos como estratégias para facilitar a adaptação familiar; o *Family Adjustment and Adaptation Response Model* (FAAR) que envolve uma extensão do *Double ABCX* e explora especialmente o esforço da família para equilibrar as demandas familiares e os recursos disponíveis; e a *Tipology Model of Family Adjustment and Adaptation* (McCUBBIN; McCUBBIN, 1989) que salienta a importância dos padrões de funcionamento familiar como fatores de proteção e fortalezas familiares no processo adaptativo. Com essas mudanças, o conceito de resiliência foi adicionado à teoria do estresse e McCubbin e McCubbin (1993) desenvolveram, então, o modelo de resiliência, estresse, ajustamento e adaptação familiar, designado de Modelo de Resiliência (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

O Modelo de Resiliência foi desenvolvido para explicar porque algumas famílias são mais resilientes que outras e têm melhores condições para se ajustar e se adaptar ao estresse e à crise. A resiliência pode ser entendida como a capacidade do indivíduo ou da família de se recuperar ou superar uma situação de crise ou adversidade, mantendo sua integridade e restabelecendo o equilíbrio familiar (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

O modelo visa explicar a potencialidade da família para lidar com estressores, como é o caso do nascimento de um filho prematuro, e compreender os fatores relacionados com as fases que o compõe, sendo essas as fases de ajustamento e de adaptação (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

A fase de ajustamento refere-se a como a família responde ao elemento estressor que requer mudanças temporárias ou pouco significativas no sistema familiar. Essa fase é considerada a primeira resposta da família ao estressor. Ela se constitui no período de ajustamento da família para lidar com o estressor, provocado mudanças menores e de curto

prazo em seu funcionamento. Um adoecimento breve de algum membro da família com uma completa recuperação é um tipo de situação que requer somente um ajustamento para a família (FRIEDMAN; BOWDEN; JONES, 2003). Essa fase apresenta importantes elementos que interagem entre si ao longo do processo e podem resultar em um bom ou mau ajustamento. O bom ajustamento familiar retrata a facilidade da família em lidar com a situação estressante, refletindo em ajustes mínimos para manter o equilíbrio familiar. Entretanto, se as demandas provocadas pelo fator estressor exigem mudanças maiores no funcionamento familiar e o mau ajustamento ocorre, então, a família experimenta uma situação de crise e passa para a fase de adaptação do modelo (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

A fase de adaptação surge quando a família se depara com a situação de crise e é incapaz de restabelecer o equilíbrio. Essa circunstância exige mudanças de longo prazo no sistema familiar. Deve-se ressaltar que o momento de crise faz parte da história natural da vida familiar e exige mudanças e adaptação, portanto, não se deve carregar sentimentos pejorativos de que a família errou (McCUBBIN; PATTERSON, 1983). A boa adaptação se refere a quando a família consegue responder às exigências que lhes são impostas, permitindo-se, assim, alcançar novamente o equilíbrio familiar. No entanto, quando a família não é capaz de atingir a adaptação, retorna a situação de crise e inicia um novo ciclo de adaptação até que seja alcançada a harmonia familiar (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

Reconhece-se a magnitude do evento estressor (nascimento de um recém-nascido prematuro) e o seu potencial para exigir mudanças durante um período prolongado da vida dessas famílias e, portanto, a necessidade de adaptação familiar. Porém, considerando o recorte do estudo, foi investigada especialmente a fase de ajustamento familiar, visto que o período inicial de internação da criança na UTIN representa a primeira fase deste processo de adaptação familiar, correspondendo ao período de ajustamento.

A fase de ajustamento se ancora nos seguintes componentes do modelo: (A) estressor e sua severidade, (V) vulnerabilidade, (T) tipologia familiar e padrões de funcionamento, (B) recursos familiares, aqui representados pelo apoio social, (C) apreciação do estressor e (PSC) resolução de problemas e estratégias de enfrentamento. Pela importância no referido modelo, são abordadas as dimensões representadas pelas letras A, V, B, C, PSC, as quais são descritas a seguir.

O estressor (A) é entendido como um evento que afeta à família e que causa ou tem potencial de causar mudanças no sistema familiar. Essa mudança pode interferir em todas as áreas da vida familiar (valores, metas, interações familiares e etc.), assim como, nas

estratégias de enfrentamento, capacidade de resolução de problemas, equilíbrio e coerência da família. Sua gravidade é estipulada pelo grau que afeta a estabilidade da unidade familiar. O elemento estressor e sua gravidade interatuam diretamente com a vulnerabilidade (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

A vulnerabilidade (V) mostra a alteração da condição interpessoal e organizacional do sistema familiar, tal como dívidas financeiras, estado de saúde debilitado, mudanças no ambiente de trabalho, perda de emprego e etc, além da vulnerabilidade psicológica (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

A apreciação da família sobre o evento estressor (C) – aqui designado de nascimento prematuro – inclui a percepção da família sobre a gravidade do estressor e suas dificuldades subjacentes. A interpretação do estressor pode oscilar entre algo ruim ou como um desafio que pode produzir crescimento. Em relação ao estressor, quando a família considera suas habilidades de manejo como inadequadas ou insuficientes, um desequilíbrio na dinâmica familiar pode surgir, o que poderá levar a sentimentos de tensões e estresse familiares. É por meio da avaliação da situação e de elementos protetores que interferem no processo que a família consegue se encontrar e lidar com a doença (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

A capacidade de resolução de problemas e *coping* familiar (PSC) refere-se aos esforços e habilidades que a família utiliza para manejar a situação estressora e os problemas associados. A resolução de problemas é a capacidade da família em organizar os conflitos provenientes do estressor em elementos que possam ser mais facilmente manejados, identificando os recursos familiares disponíveis, as estratégias para a resolução de problema e, principalmente, de comunicação afirmativa, a fim de diminuir os esforços e desafios perante o evento estressor. O *coping* refere-se aos mecanismos de defesa utilizados pela família para enfrentar a situação problema e prosperar perante as dificuldades (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

O suporte social (B) é um dos principais mediadores entre a situação de crise e a adaptação familiar. Por sua vez, se refere, a todas as pessoas ou instituições que a família usa como fator de proteção frente à situação adversa. Entre esses fatores estão os recursos informais (membros da família, família estendida ou amigos) e os recursos formais (serviço social ou médico) (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

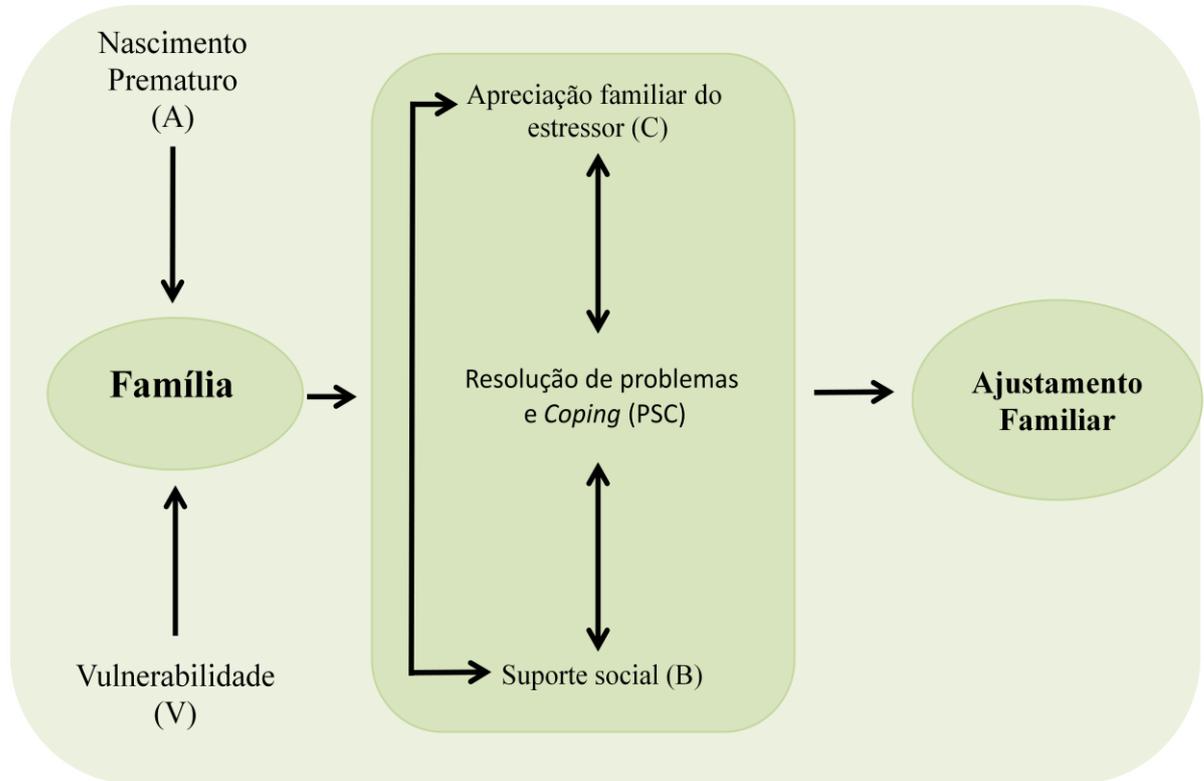
O Modelo de Resiliência tem sido utilizado em vários contextos, populações e diferentes lugares do mundo, sendo importante destacar: adolescente com doença neurodegenerativa progressiva (BETTLE; LATIMER, 2009); crianças com deficiências (THOMPSON; HIEBERT-MURPHY; TRUTE, 2013); famílias e adolescentes com autismo

(O'BRIEN, 2015); crianças com síndrome de Down (VAN RIPER, 2007); indivíduos com doença mental persistente (HSIAO; VAN RIPER, 2009); e prematuridade (PINELLI, 200).

Ressalta-se que a utilização do Modelo de Resiliência, como norteador das investigações, é ampla, podendo inferir que o referido modelo é útil para explicar o impacto de um estressor como influência na dinâmica familiar e em sua capacidade de prosperar, recuperar e se adaptar perante esse evento estressor. Além disso, o modelo tem uma aplicabilidade prática, uma vez que permite que o profissional da saúde reconheça e atue nos fatores promotores para o ajustamento e adaptação.

Após o evento estressor, a família se vê diante de uma desorganização psíquica e estrutural, o que leva a mudanças no padrão de funcionamento familiar, visando restabelecer o equilíbrio e a harmonia da família. Além disso, a compreensão dos fatores envolvidos no processo contribuem para o melhor manejo da situação. Ressalta-se a importância dos profissionais da saúde no entendimento e reconhecimento da resiliência familiar para a orientação de estratégias de intervenção (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

Para esta investigação foram utilizados quatro dos componentes do Modelo de Resiliência, quais sejam: a vulnerabilidade, apreciação familiar, a resolução de problemas e *coping*, o suporte social e o ajustamento familiar. A relação desses elementos do referencial teórico está apresentada na figura 1.

Figura 1: Modelo de resiliência.

Fonte: Adaptado de McCubbin e McCubbin (1993).

3 OBJETIVO

- Analisar o ajustamento familiar ao nascimento prematuro durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e sua possível associação com a vulnerabilidade familiar, a apreciação familiar acerca do recém-nascido prematuro, a capacidade de resolução de problemas e *coping* e o apoio social.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal e analítico que foi realizado em dois hospitais do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O estudo transversal é um tipo de pesquisa em que a relação exposição-doença é avaliada, em uma determinada população, em um dado momento (PEREIRA, 2007).

4.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada em duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de dois hospitais, na cidade de Belo Horizonte. Para garantir o anonimato, os hospitais envolvidos na pesquisa foram identificados com o código H1 e H2.

O Hospital 1 (H1) é um hospital universitário, público e geral, localizado no centro da região hospitalar de Belo Horizonte. O hospital realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência no Sistema Municipal e Estadual de Saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade. Para o atendimento ao recém-nascido conta com 24 leitos de UTIN. Apresenta uma produção média de aproximadamente 200 partos mensais. No ano de 2016, registrou um total de 1998 partos, dos quais 79 recém-nascidos nasceram com idade gestacional menor que 32 semanas (DATASUS, 2017a).

O hospital é Amigo da Criança e integra a Rede de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso. Para o acompanhamento dos recém-nascidos e suas famílias, conta com o alojamento conjunto e ambulatório de seguimento de crianças de alto risco. A instituição dispõe, ainda, do espaço social, local destinado à permanência das mães durante a hospitalização do filho. A unidade neonatal conta com a atuação da equipe multiprofissional na assistência aos recém-nascidos internados.

O Hospital 2 (H2) é uma instituição filantrópica, localizada no Distrito Sanitário Norte, na periferia de Belo Horizonte, que atende a uma população superior a 400 mil habitantes. Além de ser referência para Belo Horizonte e região metropolitana, atende outros municípios do interior do Estado de Minas Gerais, recebendo as usuárias por meio da Central Reguladora da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CRSMSA/BH). É especializado na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido. É referência para o

Ministério da Saúde (MS) devido suas boas práticas de atenção ao recém-nascido e a implementação da estratégia Rede Cegonha. Para o atendimento ao recém-nascido de risco, atualmente possui 41 leitos de UTIN. Realiza cerca de 900 partos mensais. No ano de 2016, apresentou um total de 10.657 partos, sendo que 1.043 (9,8%) recém-nascidos foram admitidos na UTIN, dos quais 305 (29,3%) foram recém-nascidos com idade gestacional menor que 32 semanas (DATASUS, 2017a).

A fim de responder as complexas necessidades da clientela, o hospital conta com estratégias de humanização centradas na integralidade do cuidado, sendo elas: cuidado mãe / pai canguru, internação conjunta na Unidade de Cuidado Intermediário (UCI), espaço social, incentivo a presença do pai, à participação da família, casa do bebê, apoio da amiga da família e acompanhamento ambulatorial de recém-nascido de risco após a alta hospitalar.

O espaço social é um local destinado à permanência das mães para acompanhamento de seus filhos internados na UTIN. As mães possuem acompanhamento da equipe multiprofissional para facilitar e incentivar a presença das mesmas na UTIN. A casa do bebê é um local apropriado para internação do bebê que necessita alcançar peso ideal ou idade adequada para receber alta, além de permitir a presença da mãe em tempo integral e ampliação do horário de visita. Amiga da família é um programa constituído por voluntárias da comunidade que apoiam e auxiliam as mães quanto à prática do aleitamento materno e as encorajam a assumirem alguns cuidados com o bebê após a alta hospitalar. Além do mais, os pais possuem livre acesso às UTINs.

A escolha por estes cenários se justifica pela importância destas instituições para a assistência ao recém-nascido no Estado de Minas Gerais e no contexto nacional e, ainda, por serem cenários de estudos anteriores de parte da equipe de pesquisa.

4.3 População e amostra

A população de estudo consistiu em todas as mães e seus recém-nascidos com idade gestacional menor que 32 semanas internados na UTIN dos dois hospitais durante o período compreendido entre março e agosto de 2017.

Foram considerados como critério de inclusão: mães de recém-nascidos com idade gestacional menor que 32 semanas que necessitaram de internação na UTIN dos cenários de estudo e que permaneceram internados do 3º ao 15º dia. Foram excluídas as mães cujos recém-nascidos apresentaram qualquer tipo de malformação congênita.

A população elegível do H1 consistiu em 18 recém-nascidos menores que 32 semanas de gestação. Desses, foram identificadas 14 mães durante o período analisado, o que consistiu a amostra. No H2 foram identificados 110 recém-nascidos elegíveis, sendo 56 mães incluídas na amostra final. Assim, a amostra final elegível, totalizou-se em 70 mães de recém-nascidos menores que 32 semanas de gestação internados nas UTINs de ambos os hospitais.

Foi realizado o cálculo do poder de detecção da amostra, considerando os resultados do modelo final de regressão linear. Esse cálculo levou em consideração o coeficiente de determinação do modelo (R^2 ajustado), bem como os resultados do teste de Análise de Variância (ANOVA) provenientes do modelo final (variância explicada pelo modelo, variância residual e tamanho do efeito pelo teste F). Considerando esse parâmetro, para um nível de significância de 5% e amostra de 70 mães, estimou-se um poder de detecção adequado, superior a 90%. O cálculo do poder foi realizado por meio do software G-Power versão 3.1.9.2.

Realizou-se o teste de sensibilidade das perdas não tendo sido encontrado diferença significativa entre as perdas e os casos analisados. O teste foi realizado com a única característica das perdas que se obteve informação, sendo ela a idade gestacional do recém-nascido. Sendo assim, há indícios de que as perdas não são diferenciadas da amostra final, pelo menos no que se refere a essa característica que se obteve acesso, isto é, as mães analisadas tiveram bebês com idade gestacional semelhante àquelas que foram perdidas, apontando para o fato de que a amostra estudada pode ser representativa da população de estudo.

4.4 Instrumentos

A elaboração do instrumento de coleta de dados foi baseada no modelo de resiliência, estresse, ajustamento e adaptação familiar de McCubbin e McCubbin (1993). Esse modelo orientou a seleção das escalas que compuseram o instrumento de coleta de dados (Apêndice A), de maneira a possibilitar a investigação de cada uma das dimensões do modelo que foram selecionadas para o estudo (Quadro 1).

Quadro 1: Instrumentos de coleta de dados, Belo Horizonte, 2017.

Dimensão	Medidas a serem utilizadas
1. Vulnerabilidade 1.1 Caracterização sociodemográfica do recém-nascido e suas mães 1.2 Estresse 1.3 Tensão 1.4 Depressão Materna	Questionário Índice de Estresse Familiar Índice de Tensão Familiar Escala de depressão pós-parto de Edimburgo
2. Apreciação Familiar sobre o estressor	Escala de Estresse Parental: UTIN
3. Resolução de Problemas e <i>coping</i>	Índice de Comunicação e Resolução de Problemas Familiares
4. Suporte Social	Escala de Apoio Social (MOS-SSS)
5. Ajustamento familiar	Escala de Funcionamento Familiar (B-FAM)

Fonte: Elaborado pela autora.

Questionário

Para as variáveis relacionadas às características sociodemográficas das mães utilizou-se: idade em anos (contínua), residência em Belo Horizonte (sim e não), se não, onde reside (contínua), estado civil (solteira, casada / união estável, divorciada, viúva), escolaridade (sem estudos, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo, 3º grau incompleto, 3º grau completo), etnia declarada (branca, negra, parda ou outras), profissão, trabalhar atualmente (sim e não), quantidade de pessoas que moram na casa (contínua), renda familiar mensal (contínua), possuir alguma religião (sim e não), filhos vivos anteriormente (contínua), bebê prematuro anteriormente (sim e não), quantos bebês prematuros anteriormente (contínua), aborto (sim e não).

Em relação às variáveis de gestação e parto, utilizou-se: duração da gestação em semanas (contínua), tipo de gravidez (única e gemelar), via de nascimento (normal e cesárea), número de consultas de pré-natal (contínua).

Para as variáveis relacionadas às condições do recém-nascido, utilizou-se: sexo (feminino e masculino), dias de internação (contínua), peso ao nascer em gramas (contínua).

Algumas variáveis foram recodificadas devido ao baixo número de mães em algumas categorias, de tal forma que o “estado civil” foi recodificado como “estado marital” (com companheiro e sem companheiro) e “Escolaridade” foi recodificada como: sem estudos, 1º grau (1º grau completo e incompleto), 2º grau (2º grau completo e incompleto) e 3º grau (3º grau completo e incompleto).

A variável “duração da gestação” foi categorizada em muito prematuro (31 a 28 semanas) e extremamente prematuro (< 28 semanas) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). A variável “peso ao nascer” foi categorizada em baixo peso (2.499 a 1.500 gramas), muito baixo peso (1.499 a 1.000 gramas) e extremo baixo peso (< 1.000 gramas) (DATASUS, 2017b).

Índice de estresse familiar (MCCUBBIN; PATTERSON, 1981b)

Inclui 10 itens que medem o impacto dos eventos estressores em uma família e exige uma resposta dicotômica (sim / não). Aos itens que obtiveram resposta “não” atribuiu-se o valor zero. Para cada item com resposta “sim” foi atribuído um valor de acordo com a tabela de valores publicados. A somatória de todos os itens dividida por 10 resultou no escore final. Essa escala foi traduzida e adaptada transculturalmente para o Brasil por Santos (2014).

Índice de tensão familiar (MCCUBBIN; PATTERSON, 1981c)

Possui 10 itens para avaliar o impacto dos eventos estressantes e da mudança na vulnerabilidade familiar e exige uma resposta dicotômica (sim / não) para, depois, ser atribuído um escore. Aos itens que obtiveram resposta “não” atribuiu-se o valor zero. Para cada item com resposta “sim” foi atribuído um valor de acordo com a tabela de valores publicados. A somatória de todos os itens dividida por 10 resultou no escore final. Essa escala foi traduzida e adaptada transculturalmente para o Brasil por Santos (2014).

Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (COX *et al.*, 1987)

A escala de Edimburgo é uma escala de rastreio amplamente utilizada para identificar traços de depressão pós-parto. Trata-se de um questionário composto por 10 itens, cuja opção de resposta varia de zero a três, de acordo com a sintomatologia da doença. Alguns itens são pontuados inversamente. A soma dos pontos de cada item resultará no escore final que poderá variar entre 0 e 30. Uma pontuação maior ou igual a 12 é indicativo de sintomatologia depressiva. Esta escala foi validada no Brasil por Santos *et al.* (2007) e obteve coeficiente alpha de Cronbach de 0,87, indicando alta consistência interna do instrumento.

Escala de estresse parental: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (PSS: NICU) (MILES; FUNK; CARLSON, 1993)

A escala de estresse parental é uma escala do tipo *Likert* composta por 26 itens, na qual os pais avaliam as fontes de estresse vivenciadas na UTIN, de acordo com três domínios: imagens e sons, aparência e comportamento do bebê e alteração no papel de pai / mãe. A pontuação varia de um (não estressante) a cinco (extremamente estressante). Há, também, a possibilidade de marcar a alternativa “NA” (não se aplica), caso os pais não tenham experienciado tal situação. A escala pode ser autoaplicável ou aplicada por meio de entrevista. O instrumento pode ser medido de três maneiras: métrica 1, métrica 2 e métrica 3.

Métrica 1 – nível de ocorrência de estresse: o escore será gerado por meio da média das respostas de cada subescala ou da escala geral dividida pela quantidade de itens vivenciados. Vale ressaltar que, se o pai / mãe não experienciou algum item, o mesmo não é computado no denominador.

Métrica 2 – nível geral de estresse: o escore será gerado por meio da média das respostas de cada subescala ou da escala geral dividida pela quantidade de item em cada dimensão ou escala geral. Quando o pai / mãe não tiver experienciado algum item, atribui-se a nota 1 (um) para o item.

Métrica 3 – número total de experiências: a somatória de todos os itens vivenciados em cada dimensão e na escala total.

Essa escala foi validada no Brasil por Souza, Dupas e Balieiro (2012) e obteve coeficiente alpha de Cronbach de 0,84 (métrica 1) e 0,80 (métrica 2) para a dimensão sons e imagens e 0,89 (métrica 1 e 2) para as subescalas aparência e comportamento e alteração no papel dos pai, tais achados indicam alta consistência interna do instrumento.

Índice de comunicação e resolução de problemas (MCCUBBIN, THOMPSON, MCCUBBIN, 1996)

É composta por 10 itens que permitem avaliar estilos de comunicação que as famílias utilizam para solucionar os seus problemas e conflitos em diferentes tipos de situações estressantes. As respostas a este instrumento são obtidas por meio de uma escala de *Likert* de quatro pontos que varia entre falso (0) a verdadeiro (3). É composta por duas subescalas: comunicação afirmativa e comunicação incendiária. A somatória de todos os itens resulta no escore final, sendo necessário inverter os itens 1, 5 e 7. A subescala comunicação afirmativa é

avaliada pela somatória dos itens 2, 4, 6, 8, 10. Já a comunicação incendiária, negativa forma de comunicação, é avaliada pela somatória dos itens 1, 3, 5, 7 e 9, sendo os itens 3 e 9 reversos. Essa escala foi traduzida e adaptada transculturalmente para o Brasil por Santos (2014).

Escala de apoio social (MOS-SSS) (SHERBOURNE; STEWART, 1991)

Trata-se de uma escala do tipo *Likert* composta de 19 itens com cinco alternativas de resposta que variam de um (nunca) a cinco (sempre), que permite avaliar a percepção dos indivíduos sobre o nível de apoio social. Em sua forma original, abrange cinco dimensões de apoio social: material, afetiva, interação social positiva, emocional e informação. Após procedimento de análise fatorial para validação no Brasil, apenas três dimensões foram mantidas, sendo elas: apoio afetivo / interação (nove itens); apoio emocional / informação (seis itens); e material (quatro itens).

A soma dos resultados obtidos pelos itens de cada uma das dimensões deve ser dividida pela pontuação máxima possível na mesma dimensão. Após essa etapa, o total da pontuação obtida, dividida pelo escore máximo da dimensão, deve ser multiplicado por 100. Não existe ponto de corte. Assim, quanto mais próximo de 100 for a pontuação, melhor a percepção do apoio social. A escala pode ser avaliada tanto pelo escore de cada dimensão quanto por meio do escore global. Essa escala foi validada no Brasil por Griep *et al.* (2005) e obteve coeficiente alpha de Cronbach igual ou maior a 0,83 para todas as dimensões, indicando alta consistência interna do instrumento.

Escala de funcionamento familiar (B-FAM) (SKINNER; STEINHAEUER; SANTA-BARBARA, 1983)

É uma versão mais curta do *Family Assessment Measure III* desenvolvido pelos mesmos autores. Esse instrumento avalia o funcionamento familiar e é composto por três subescalas. No presente estudo foi utilizada apenas a subescala que diz respeito ao funcionamento da família como um todo, a General Scale composta por 14 itens. As respostas são por meio de uma escala *Likert* e variam entre concordo totalmente (0) a discordo totalmente (3). Os itens 3,5, 6, 7, 8, 9 e 13 são pontuados inversamente. A soma das respostas de cada item resultou no escore final, o qual varia de zero a 42. O escore final foi convertido no *T-score* usando a tabela de valores publicados (por exemplo, uma mãe com escore de 11 é

equivalente ao *T-score* de 45). Os *T-scores* são centrados com uma média ou mediana de 50 e um desvio padrão de 10 (45 a 55) e possui variação de 16 a 110 pontos. *T-scores* acima da média indicam aumento dos problemas familiares e *T-scores* menores que a média indicam menores problemas familiares. Essa escala foi traduzida e adaptada transculturalmente para o Brasil por Santos (2014).

4.5 Coleta de dados

A coleta dos dados foi executada por uma equipe previamente treinada e supervisionada pela pesquisadora responsável, que desenvolveu as etapas apresentadas a seguir, de acordo com o cenário de estudo.

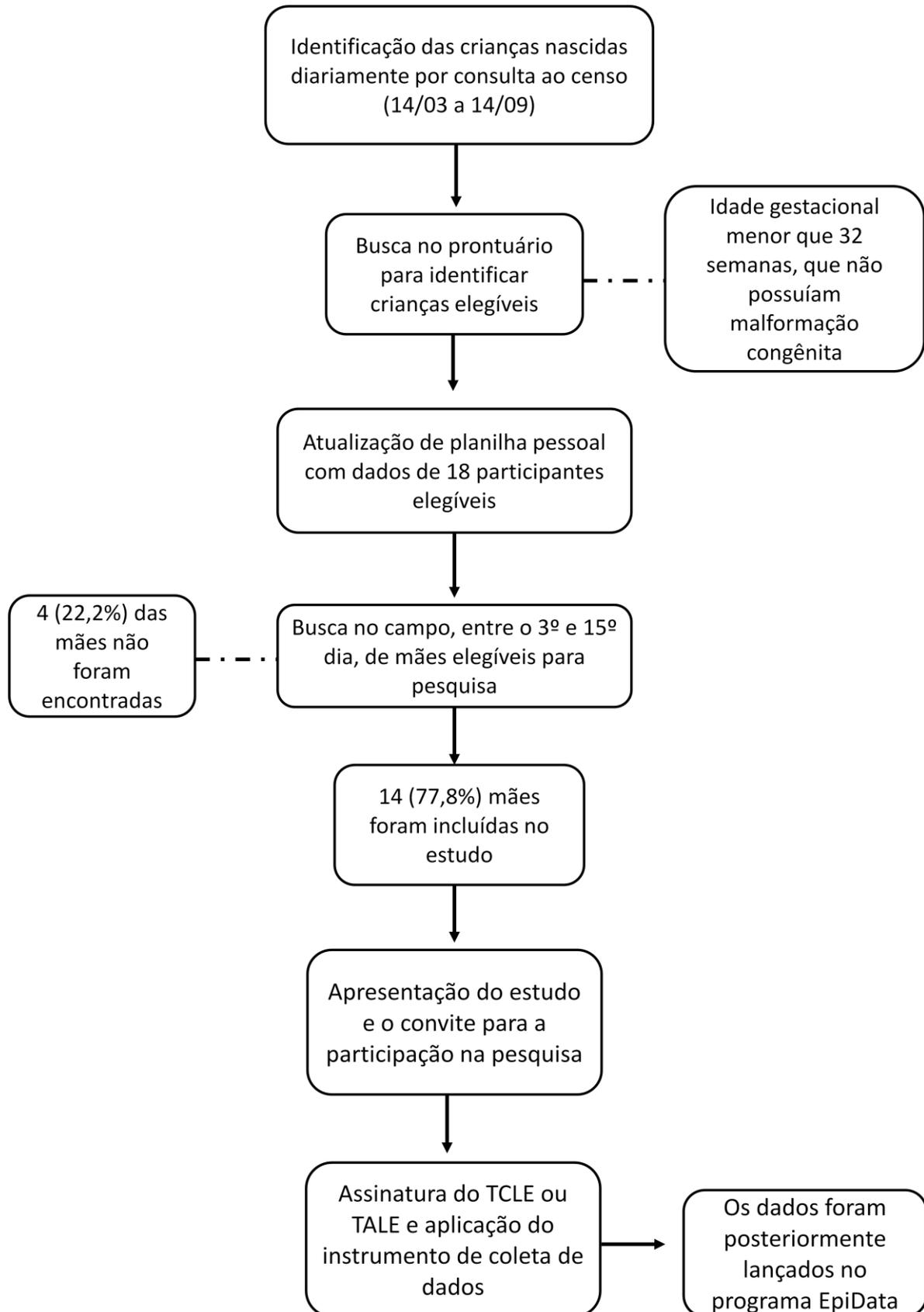
Hospital 1

As entrevistas ocorreram entre 14 de março e 14 de setembro de 2017. Durante o período analisado, identificou-se 18 recém-nascidos elegíveis para o estudo. Destes, 4 (22,2%) mães não foram encontradas. Sendo assim, 14 mães foram incluídas no estudo. Realizou-se um teste piloto com duas mães que não foram incluídas na análise. Vale ressaltar que não se obteve recusa de nenhuma mãe durante o período da coleta.

1. A pesquisadora responsável comparecia a campo, uma vez por semana, para identificação das crianças elegíveis para o estudo. A secretária da UTIN portava do censo diário de todas as internações na unidade. Destaca-se que o censo não dispunha da idade gestacional e do diagnóstico do recém-nascido, portanto, os dados eram coletados no prontuário de cada paciente. Identificavam-se, assim, os RNs internados na UTIN com idade gestacional menor que 32 semanas e que não apresentavam qualquer tipo de malformação congênita. Logo após, a pesquisadora atualizava a planilha pessoal de RNs elegíveis para a pesquisa.
2. Com a planilha atualizada, a pesquisadora comparecia ao campo novamente, entre o 3º e 15º dia de internação do RN, a fim de identificar a mãe do RN para inclusão na pesquisa. Primeiramente, verificavam-se quais mães permaneciam no espaço destinado àquelas que, porventura, tinham preferência em continuar no hospital para acompanhamento do filho. Para as mães que não ficavam no alojamento, a pesquisadora ia a campo, em horários estratégicos, como horários de visita e passagem de notícias, a fim de contatá-las.
3. Para as mães encontradas, realizou-se a apresentação do estudo e o convite para a participação na pesquisa. Mediante o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para as mães adolescentes, realizou-se a aplicação do instrumento de coleta de dados, o qual foi efetivado em forma de entrevista e durou, em média, 20 minutos. As entrevistas ocorreram em um ambiente tranquilo e reservado, de acordo com a preferência de cada mãe e no horário mais oportuno para cada uma delas.

Figura 2: Fluxograma de coleta de dados do Hospital 1.



Fonte: Elaborado pela autora.

Hospital 2

As entrevistas ocorreram entre 08 de março e 14 de setembro de 2017. Durante o período analisado, identificou-se 110 recém-nascidos elegíveis para o estudo. Desses, 54 (49,0%) mães não foram encontradas. Sendo assim, 56 mães foram incluídas no estudo. Realizou-se um teste piloto com duas mães que não foram incluídas na análise. Vale ressaltar que não se obteve recusa de nenhuma mãe durante o período da coleta.

1. A pesquisadora responsável recebia, três vezes por semana, por profissionais do serviço, o censo diário de todos os recém-nascidos internados na UTIN. Identificavam-se, então, os RNs internados na UTIN com idade gestacional menor que 32 semanas e que não apresentavam qualquer tipo de malformação congênita. Vale ressaltar que o censo dispunha o diagnóstico do RN. Logo após, a pesquisadora atualizava a planilha pessoal de RNs elegíveis para a pesquisa.
2. Com a planilha atualizada, a pesquisadora comparecia ao campo, entre o 3º e 15º dia de internação do RN, a fim de identificar a mãe do RN para inclusão na pesquisa. Primeiramente, verificavam-se quais mães permaneciam no espaço destinado àquelas que, porventura, tinham preferência em continuar no hospital para acompanhamento do filho. Para as mães que não ficavam no alojamento, a pesquisadora ia a campo diariamente, em horários estratégicos, como horários de visita e passagem de notícias, a fim de contatá-las.
3. Para as mães encontradas, realizou-se a apresentação do estudo e o convite para a participação na pesquisa. Mediante o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para as mães adolescentes, foi realizada a aplicação do instrumento de coleta de dados o qual foi efetivado em forma de entrevista e durou, em média, 20 minutos. As entrevistas ocorreram em um ambiente tranquilo e reservado, de acordo com a preferência de cada mãe e no horário mais oportuno para cada uma delas.

Devido a situações diversas, 54 mães foram perdidas durante o processo de coleta de dados por: déficit cognitivo (1), mãe presidiária (1), adolescentes sem acompanhamento do responsável (7), mães que ficavam no alojamento e que não foram contatadas dentro do período analisado (15) e mães que não permaneciam no alojamento e que não foram contatadas (30).

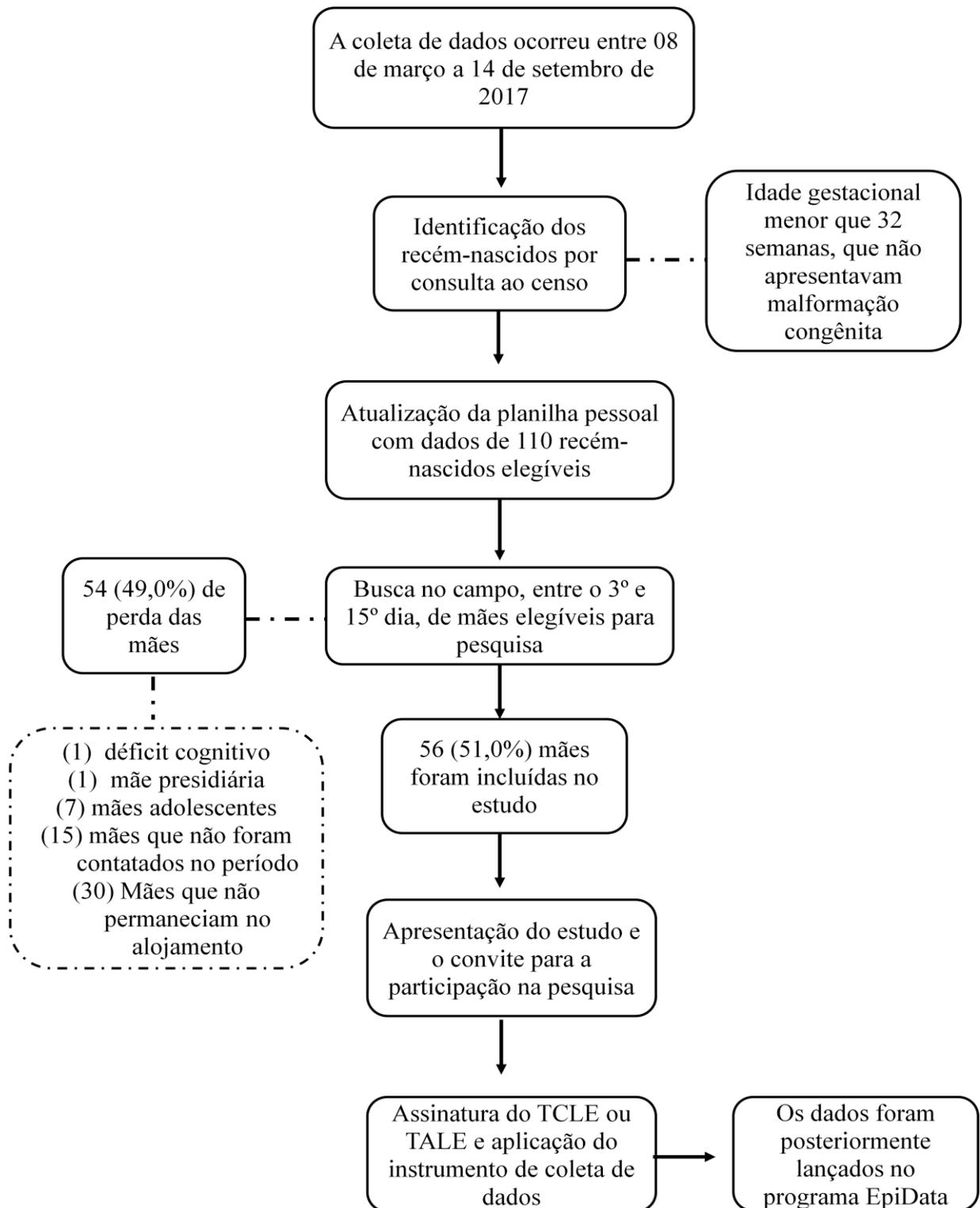
Assim, devido à dificuldade em localizar algumas mães e a fim de manter a heterogeneidade da amostra, foi necessário refazer as estratégias de busca das mães.

Inicialmente, tentou-se o contato com as mães por via telefônica. Ressalta-se que, nos períodos iniciais pós-parto, as mães se encontravam em um período de extrema fragilidade e desorganização psíquica, não permitindo, muitas vezes, a assimilação das informações de forma coerente. Além do mais, dados incompletos ou faltantes dificultaram o contato com as mães por essa via.

Percebeu-se que as mães não encontradas durante a coleta, em sua maior parte, eram aquelas que não permaneciam no espaço social. Considerando a importância da identificação dessas mães, profissionais do hospital foram acionados e os casos discutidos. Reconhecendo a relevância da detecção dessas mães também pela equipe hospitalar, iniciou-se no dia 05 de maio reuniões com a equipe multiprofissional (terapeuta ocupacional, assistente social e psicólogo, além dos residentes dessas profissões), com o objetivo de discutir todos os casos das mães de recém-nascidos internados na UTIN e, principalmente, identificar os de maior vulnerabilidade. As reuniões aconteciam duas vezes por semana, com duração média de uma hora.

Posteriormente, tentou-se o contato com as mães, ainda durante a hospitalização das mesmas. O encontro tinha como objetivo conhecer a mãe e apresentar o estudo para posterior contato. Apesar de a referida estratégia ter sido realizada mais no final do período de coleta, ressalta-se a criação de maior vínculo com as mães como uma estratégia efetiva de detecção das mesmas.

Figura 3: Fluxograma de coleta de dados do Hospital 2.



Fonte: Elaborado pela autora.

4.6 Variáveis de estudo

4.6.1 Variável dependente

- A variável dependente considerada nesse estudo foi o ajustamento familiar avaliado por meio da média do *T-score* da escala de funcionamento familiar (B-FAM).

4.6.2 Variáveis explicativas

- Variáveis relacionadas às características sociodemográficas das mães (Quadro 2).

Quadro 2: Classificação das variáveis sociodemográficas das mães.

Variável	Tipo	Categorias
Idade em anos	Contínua	-
Residência em Belo Horizonte	Catégorica	Sim / Não
Estado marital	Catégorica	Com companheiro Sem companheiro
Escolaridade	Catégorica	Sem estudos 1º grau completo 2º grau completo 3º grau completo
Etnia declarada	Catégorica	Branca / Negra / Parda / Outros
Profissão	Qualitativa nominal	-
Trabalho atualmente	Catégorica	Sim / Não
Quantidade de pessoas que moram na casa	Contínua	-
Renda familiar mensal	Contínua	-
Possuir religião	Catégorica	Sim / Não
Filhos vivos anteriormente	Contínua	-
Bebê prematuro anteriormente	Catégorica	Sim / Não
Quantidade de bebês prematuros anteriormente	Catégorica	Sim / Não
Aborto	Catégorica	Sim / Não

Fonte: Elaborado pela autora.

- Variáveis relacionadas à gestação e parto (Quadro 3).

Quadro 3: Classificação das variáveis de gestação e parto.

Variáveis	Tipos	Categorias
Duração da gestação	Catégorica	31 a 28 semanas < 28 semanas
Tipo de gravidez	Catégorica	Única / Gemelar
Via de nascimento	Catégorica	Normal / Cesárea
Número de consultas de pré-natal	Contínua	-

Fonte: Elaborado pela autora.

- Variáveis relacionadas à condição do recém-nascido (Quadro 4).

Quadro 4: Classificação das variáveis do recém-nascido.

Variáveis	Tipos	Categorias
Sexo	Catégorica	Feminino / Masculino
Dias de internação	Contínua	-
Peso ao nascer	Catégorica	2499 a 1500 gramas 1499 a 1000 gramas < 1000 gramas

Fonte: Elaborado pela autora.

- Escalas utilizadas (Quadro 5).

Quadro 5: Escalas utilizadas considerando as variáveis incluídas.

Variáveis	Conceitos	Mensuração
Estresse	Resposta emocional frente a um estressor (MCCUBBIN; MCCUBBIN, 1993).	Por meio da mediana do escore total da escala de estressores familiares
Tensão	É definido como o esforço familiar frente a um estressor (MCCUBBIN; MCCUBBIN, 1993).	Por meio da mediana do escore total da escala de tensões familiares
Depressão pós-parto	É definida como um distúrbio do humor de grau moderado a severo, clinicamente semelhante ao Episódio Depressivo (DSM IV).	Por meio da mediana do escore total da escala de depressão pós-parto de Edimburgo
Apreciação Familiar sobre o estressor	É definido como a percepção da família tanto sobre o evento estressor quanto a situação vivenciada (MCCUBBIN; MCCUBBIN, 1993).	Por meio da mediana do escore total da escala ou pelo escore total de cada dimensão da escala de estresse parental
Resolução de problemas e coping	Refere-se aos esforços e habilidades que a família utiliza para manejar a situação estressora e os problemas associados (MCCUBBIN; MCCUBBIN, 1993).	Por meio da mediana do escore total da escala de índice de comunicação e resolução de problemas familiares ou pela mediana das dimensões de comunicação afirmativa ou comunicação incendiária
Suporte social	Se refere a todas as pessoas ou instituições que a família usa como fator de proteção frente a situação adversa (MCCUBBIN; MCCUBBIN, 1993).	Por meio da mediana do escore total da escala ou pelo escore total de cada dimensão da escala de apoio social

Fonte: Elaborado pela autora.

4.7 Análise de dados

A fim de garantir a consistência e integridade, os dados coletados foram digitados duplamente no *software* EpiData (versão 3.1) por dois pesquisadores previamente treinados. Inicialmente, realizou-se a primeira entrada de todos os dados no programa. A seguir, o segundo pesquisador realizou a segunda entrada dos dados, a fim de verificar possíveis erros de digitação. Na existência de alguma incompatibilidade, recorria-se ao instrumento para

averiguar tal informação. Após a verificação da robustez, os dados foram exportados para uma planilha Excel.

Na análise descritiva das variáveis qualitativas foram utilizadas as frequências absolutas e relativas, e na descrição das variáveis quantitativas foram utilizadas medidas de tendência central e dispersão. Para comparação das variáveis categóricas entre os hospitais, utilizou-se o teste de Fisher. O teste de Mann-Whitney e t-Student foi utilizado para comparação entre medianas e médias, respectivamente.

Avaliou-se a distribuição dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, os quais apresentaram normalidade na variável desfecho e distribuição não normal nas variáveis explicativas. Para avaliar possíveis associações entre as covariáveis e a variável desfecho, no caso da comparação de dois grupos, utilizou-se o teste t-Student. No caso da comparação de três ou mais grupos, foi utilizado o teste ANOVA. Para comparação da variável desfecho com as variáveis explicativas numéricas, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.

Para o controle de possíveis fatores de confusão, foi utilizada análise de regressão linear univariada e múltipla. A partir da análise univariada foi feita uma pré-seleção dos potenciais preditores do ajustamento, sendo incluídas no modelo as variáveis com valor-p menor que 0,20. Considerando as variáveis selecionadas na análise univariada foi ajustado modelo de regressão linear múltiplo utilizando o método *Backward* para seleção final das variáveis. O método *Backward* é o procedimento de retirar, por vez, a variável de maior valor-p, repetindo o procedimento até que restem no modelo somente variáveis significativas (EFROYMSON, 1960). Foram estimados o coeficiente beta do modelo final e seus intervalos de confiança de 95%. Em toda análise, considerou-se o nível de significância de 5%. Utilizou-se o programa *Statistical Software* (Stata) versão 12.0 para análise dos dados.

Para avaliar a qualidade do ajuste da regressão linear utilizou-se o valor do coeficiente de determinação (R^2 ajustado) e os gráficos de diagnóstico (Apêndice B).

4.8 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dos hospitais de estudo e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob o parecer de nº 1.870.456 e seguiu todos os preceitos éticos de acordo com a resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

A coleta de dados ocorreu somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) pelos participantes. Às mães adolescentes, foi solicitada a

assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndices D e E). Foi garantido o sigilo e anonimato dos informantes, assim como, a liberdade para o participante retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 Análise descritiva

A Tabela 1 apresenta a análise descritiva das variáveis relacionadas às características sociodemográficas das mães dos RNs internados na UTIN, de acordo com a amostra total e de cada hospital.

Tabela 1: Características sociodemográficas das mães de RNs internados na UTIN. Belo Horizonte, MG, 2017.

Variáveis	Total	H1	H2	p
	n=70	n=14	n=56	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Residência em BH*				
Sim	10 (14,3)	6 (42,9)	4 (7,1)	0,003
Não	60 (85,7)	8 (57,1)	52 (92,9)	
Idade (anos)				
Mediana (IQ)	29 (22-34)	30 (22-35)	29 (22-34)	0,709
Estado marital				
Com companheiro	48 (68,6)	10 (71,4)	38 (67,9)	0,535
Sem companheiro	22 (31,4)	4 (28,6)	18 (32,1)	
Escolaridade				
1º grau completo	19 (27,1)	5 (35,7)	14 (25,0)	0,717
2º grau completo	38 (54,3)	7 (50,0)	31 (55,3)	
3º grau completo	13 (18,6)	2 (14,3)	11 (19,6)	
Etnia declarada				
Branca	13 (18,6)	1 (7,1)	12 (21,4)	0,538
Negra	14 (20,0)	3 (21,4)	11 (19,6)	
Parda	43 (61,4)	10 (71,4)	33 (58,9)	
Trabalha atualmente				
Sim	33 (47,1)	9 (64,3)	24 (42,9)	0,151
Não	37 (52,9)	5 (35,7)	32 (57,1)	
Pessoas que moram na casa				
Mediana (IQ)	3 (2-4)	3 (2-4)	3 (2-4)	0,838
Renda familiar mensal				
Mediana (IQ)	1518(1050-2650)	2000(1250-2500)	1500(950-3000)	0,517
Religião				
Católica	34 (48,6)	5 (35,7)	29 (52,7)	0,260
Evangélica	30 (42,9)	7 (50,0)	23 (41,8)	
Sem religião	5 (7,1)	2 (14,3)	3 (5,5)	
Filhos anteriores				
Mediana (IQ)	1 (0-1)	1 (0-1)	1 (0-1)	0,905
Filhos prematuros anteriores				
Sim	14 (20,0)	2 (14,3)	12 (21,4)	0,720
Não	56 (80,0)	12 (85,7)	44 (78,6)	
Quantidade de filhos prematuros anteriores				
Mediana (IQ)	1 (1-1)	1 (1-1)	1 (1-1)	0,670
Presença de aborto				
Sim	22 (31,4)	7 (50,0)	15 (27,8)	0,198
Não	45 (65,7)	7 (50,0)	39 (72,2)	

*Valor-p<0,05 - Teste de Fisher; IQ = Intervalo Interquartilico.

Fonte: Dados provenientes da pesquisa.

Conforme apresentado na Tabela 1, 70 mães de recém-nascidos com menos de 32 semanas de gestação foram entrevistadas. Dessas, 14 foram entrevistadas na UTIN do hospital 1. Enquanto que, no hospital 2, foram entrevistadas 56 mães.

No que se refere a residir em Belo Horizonte, 57,1% das mães do hospital 1 informaram não possuir moradia no referido município, enquanto que, entre as mães que tiveram filho no hospital 2, esse percentual foi de 92,9%, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,003$). Para as demais variáveis da tabela 1, não houve diferença estatisticamente significativa.

As mães apresentaram uma mediana de 29 anos de idade. Sobre o estado marital, 68,9% das mães relataram viver com um companheiro. Em relação à escolaridade, a categoria mais predominante foi a de 2º grau completo com 54,3% das mães, seguida da 1º grau completo com 27,1%. A etnia declarada pelas mães, em sua maioria, foi a parda, com 61,4%.

Relataram trabalhar atualmente 47,1% das mães, sendo que as profissões mencionadas por elas foram: garçoneiro, esteticista, copeira, atendente, auxiliar de cozinha, operadora de caixa, auxiliar odontológico, balconista, manicure, administradora, auxiliar de vendas, técnica de segurança do trabalho, cabeleireira, comerciante, fisioterapeuta, pizzaiola, jornalista, advogada, lavradora, cuidadora de idosos, assistente social e pedagoga.

As mães apresentaram uma mediana de três pessoas que moram na mesma casa. O valor mediano da renda familiar mensal foi de R\$1518,00. As religiões católica e evangélica obtiveram frequências próximas com 48,6% e 42,9%, respectivamente. Foi identificada uma mediana de um filho anterior para as mães entrevistadas. Quando questionadas sobre a existência de filhos prematuros anteriores, 20% das mães relataram ter tido algum, sendo que, a mediana da quantidade de filhos prematuros anteriores foi de um. Observou-se que 31,4% das mães mencionaram a presença de aborto em algum momento da vida.

A Tabela 2 apresenta a análise descritiva das variáveis relacionadas às condições de gestação e parto das mães dos RNs internados na UTIN, de acordo com a amostra total e de cada hospital.

Tabela 2: Condições de gestação e parto de mães de RNs internados na UTIN. Belo Horizonte, MG, 2017.

Variáveis	Total	H1	H2	p
	n=70	n=14	n=56	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Gestação				
28-31 semanas	47 (67,1)	9 (64,3)	38 (67,9)	0,516
< 28 semanas	23 (32,9)	5 (35,7)	18 (32,1)	
Tipo de gravidez				
Única	59 (84,3)	10 (71,4)	49 (87,5)	0,212
Gemelar	11 (15,7)	4 (28,6)	7 (12,5)	
Via de nascimento				
Normal	41 (58,6)	8 (57,1)	33 (58,9)	0,903
Cesária	29 (41,4)	6 (42,9)	23 (41,1)	
Nº consultas de pré-natal				
Mediana (IQ)	6 (4-7)	6 (4-9)	6 (4-7)	0,447

IQ = Intervalo Interquartilico.

Fonte: Dados provenientes da pesquisa.

Em relação às variáveis de gestação e parto (Tabela 2), não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os hospitais. No geral, a categoria de idade gestacional mais frequente foi entre 28 e 31 semanas com 67,1% das mães, sendo que, a mediana da idade gestacional foi de 29 semanas sendo o valor mínimo 23 e o máximo 31. Quanto ao tipo de gravidez, 84,3% das mães apresentaram gravidez única. Verificou-se que a via de nascimento normal teve maior frequência (58,6%) quando comparada à via cesariana. A mediana do número de consultas de pré-natal foi de seis.

A Tabela 3 apresenta a análise descritiva das variáveis relacionadas às características dos RNs internados na UTIN, de acordo com a amostra total e de cada hospital.

Tabela 3: Características dos RNs internados na UTIN. Belo Horizonte, MG, 2017.

Variáveis	Total	H1	H2	p
	n=70	n=14	n=56	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				
Feminino	36 (51,4)	7 (50,0)	29 (52,7)	0,855
Masculino	33 (47,1)	7 (50,0)	26 (47,3)	
Peso ao nascer				
2499-1500g	9 (12,9)	3 (21,4)	6 (10,7)	0,588
1499-1000g	34 (48,6)	6 (42,9)	28 (50,0)	
<1000g	27 (38,6)	5 (35,7)	22 (39,3)	
Dias de internação*				
Mediana (IQ)	9 (6-10)	10 (9-15)	8 (6-10)	0,002

* Valor-p<0,05 - Teste de Mann-Whitney; IQ = Intervalo Interquartilico.

Fonte: Dados provenientes da pesquisa.

Os resultados relacionados às características dos RNs (Tabela 3) indicaram que os RNs permaneceram mais dias internados no H1 em comparação ao H2, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,002$). Não foram encontradas diferenças significantes nas demais variáveis.

A Tabela 4 apresenta a análise descritiva das escalas administradas às mães dos RNs internados na UTIN, de acordo com a frequência absoluta e relativa total e de cada hospital.

Tabela 4: Escalas administradas às mães de RNs internados na UTIN. Belo Horizonte, MG, 2017.

Variáveis	Total n=70	H1 n=14	H2 n=56	p
	Mediana (IQ)	Mediana (IQ)	Mediana (IQ)	
Estressores familiares	8,8 (4,0-16,6)	11,9 (4,2-18,1)	8,2 (4,0-16,4)	0,357
Tensões familiares*	3,9 (0-10,5)	5,9 (3,5-19,0)	3,7 (0-10,1)	0,043
Depressão pós-parto	12,0 (8,0-16,0)	10,0 (6,5-14,7)	12,0 (9,0-16,0)	0,230
Estresse parental – Métrica 1	3,1 (2,4-3,7)	2,9 (2,3-3,3)	3,3 (2,4-3,8)	0,374
Imagens e Sons	2,8 (1,8-3,4)	2,7 (2,2-3,2)	2,8 (1,8-3,4)	0,860
Aparência e Comportamento	2,8 (1,9-3,7)	2,7 (1,9-3,1)	2,9 (1,9-3,8)	0,649
Papel parental	4,0 (2,8-5,0)	3,4 (2,8-4,3)	4,2 (2,9-5,0)	0,166
Estresse parental – Métrica 2	2,8 (2,2-3,5)	2,8 (2,3-3,3)	2,8 (2,2-3,6)	0,809
Imagens e Sons	2,8 (1,8-3,4)	2,7 (2,2-3,2)	2,8 (1,8-3,4)	0,860
Aparência e Comportamento	2,5 (1,7-3,2)	2,6 (1,8-2,9)	2,4 (1,7-3,2)	0,803
Papel parental	4,0 (2,8-4,8)	3,4 (2,8-4,3)	4,2 (2,8-5,0)	0,128
Estresse parental – Métrica 3*	24,0 (22,0-26,0)	25,5 (24,0-26,0)	24,0 (22,0-25,0)	0,005
Imagens e Sons	5,0 (5,0-5,0)	5,0 (5,0-5,0)	5,0 (5,0-5,0)	0,617
Aparência e Comportamento*	12,0 (10,0-14,0)	13,5 (12,0-14,0)	10,0 (12,0-13,0)	0,005
Papel parental	7,0 (7,0-7,0)	7,0 (7,0-7,0)	7,0 (7,0-7,0)	0,989
Resolução de problemas e coping	25,0 (20,7-28,0)	25,0 (19,5-27,2)	25,5 (21,2-28,7)	0,502
Comunicação afirmativa	14,0 (12,0-15,0)	14,0 (11,7-15,0)	14,0 (12,0-15,0)	0,752
Comunicação incendiária	4,0 (1,0-7,0)	5,0 (1,7-7,2)	3,0 (0,2-6,7)	0,394
Apoio Social	96,8 (86,3-100,0)	85,8 (75,8-100,0)	97,9 (87,6-100,0)	0,218
Afetivo/Interação social positiva	100,0 (88,6-100,0)	98,6 (79,3-100,0)	100,0 (89,3-100,0)	0,366
Emocional/Informação	97,5 (82,5-100,0)	80,0 (62,5-100,0)	97,5 (82,5-100,0)	0,185
Material	100,0 (90,0-100,0)	90,0 (78,7-100,0)	100,0 (90,0-100,0)	0,072
Ajustamento familiar				
Média (DP)	52,2 (\pm 18,9)	52 (\pm 13,9)	52,2 (\pm 14,0)	0,977

* Valor- $p < 0,05$ - Teste de Mann-Whitney; DP = Desvio Padrão.

Em relação à tabela 4, observou-se que as mães apresentaram um baixo índice de estressores familiares. As mães do H1 vivenciaram maiores tensões quando comparadas às do H2, sendo os escores dessa escala estatisticamente diferentes ($p=0,043$). Em relação à depressão pós-parto, as mães apresentaram um escore mediano de 12 na amostra total, sendo que 52,9% (37) das mães apresentaram sintomatologia depressiva. Para a métrica 1 e 2 da escala de estresse parental, as mães relataram vivenciar moderado estresse no escore geral e nas dimensões imagens e sons e aparência e comportamento. Por outro lado, as mães experienciaram muito estresse na dimensão “alteração do papel parental”. Em relação à “capacidade de resolução de problemas e *coping* familiar”, as mães apresentaram alta comunicação afirmativa e baixa comunicação negativa. As mães obtiveram alta percepção de apoio social tanto no escore geral quanto nas dimensões “afetiva / interação social positiva”, “emocional / informação” e “material”. O escore do ajustamento se manteve na média, indicando que as famílias não apresentaram bom ou mau ajustamento.

5.2 Análise univariada

As tabelas 5 e 6 apresentam a associação entre os fatores sociodemográficos e o ajustamento familiar.

Tabela 5: Associação entre fatores sociodemográficos categóricos e o ajustamento familiar. Belo Horizonte, MG, 2017 (n=70).

	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Valor-p
Residência em BH					
Sim	60,6	15,7	28	78	0,038*
Não	50,8	13,2	28	88	
Estado marital					
Com companheiro	50,1	15,6	28	78	0,039*
Sem companheiro	56,8	11,1	34	88	
Escolaridade					
1º grau completo	57,2	15,8	28	88	0,092**
2º grau completo	49,0	13,5	28	78	
3º grau completo	54,31	9,8	40	74	
Etnia declarada					
Branca	54,3	15,6	28	74	0,817**
Negra	52,4	16,8	28	78	
Parda	51,5	12,6	28	88	
Trabalha atualmente					
Sim	52,1	14,5	28	78	0,937*
Não	52,3	13,5	28	88	
Religião					
Católica	51,0	13,9	28	88	0,364**
Evangélica	52,9	13,5	28	78	
Sem religião	60,4	14,9	42	78	
Filhos prematuros anteriores					
Sim	56,1	14,9	28	74	0,238*
Não	51,2	13,6	28	88	
Presença de aborto					
Sim	51,4	15,1	28	88	0,850*
Não	52,0	13,2	28	78	

*Teste T student; **Anova.

Fonte: Dados provenientes da pesquisa.

Tabela 6: Correlação entre fatores sociodemográficos numéricos e o ajustamento familiar. Belo Horizonte, MG, 2017 (n=70).

	Coefficiente*	Valor-p
Idade (anos)	-0,213	0,080
Pessoas que moram na casa	0,064	0,597
Renda familiar mensal	-0,045	0,733
Filhos anteriores	-0,057	0,638
Quantidade de filhos prematuros anteriores	-0,426	0,147

*Coeficiente de correlação de Spearman.

Fonte: Dados provenientes da pesquisa.

Conforme resultados apresentados nas Tabelas 5 e 6, as variáveis que mostraram associação significativa ($p < 0,05$) com o ajustamento familiar na análise univariada foram residência em Belo Horizonte (BH) e estado marital.

Os valores das médias do ajustamento familiar foram mais elevados entre as mães que residem em BH e as mães sem companheiro. Assim, nesses grupos, as mães tendem a ser mais disfuncionais.

As tabelas 7 e 8 apresentam a associação entre os fatores de gestação e parto e o ajustamento familiar.

Tabela 7: Associação entre os fatores de gestação e parto e o ajustamento familiar. Belo Horizonte, MG, 2017 (n=70).

	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Valor-p*
Gestação					
28-31 semanas	52,7	13,6	28	78	0,682
< 28 semanas	51,2	14,6	28	88	
Tipo de gravidez					
Única	53,2	13,4	28	88	0,156
Gemelar	46,7	15,6	28	74	
Via de nascimento					
Normal	54,7	13,9	28	88	0,069
Cesária	48,6	13,3	28	74	

*Teste T Student.

Fonte: Dados provenientes da pesquisa.

Tabela 8: Correlação entre os fatores de gestação e parto e o ajustamento familiar. Belo Horizonte, MG, 2017 (n=70).

	Coeficiente*	Valor-p
Nº consultas de pré-natal	-0,236	0,049

*Coeficiente de correlação de Spearman.

Fonte: Dados provenientes da pesquisa.

Entre os fatores relacionados à gestação e parto (Tabelas 7 e 8), o número de consultas de pré-natal apresentou associação negativa com o ajustamento familiar (valor- $p < 0,05$). Assim, à medida que as mães comparecem a um maior número de consultas de pré-natal, há

uma redução dos escores da escala de ajustamento familiar, indicando melhora do funcionamento familiar.

As Tabelas 9 e 10 apresentam a associação entre as características dos RNs e o ajustamento familiar.

Tabela 9: Associação entre os fatores de condição de nascimento dos RNs e o ajustamento familiar. Belo Horizonte, MG, 2017 (n=70).

	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Valor-p
Gênero					
Feminino	52,8	12,8	28	78	0,832*
Masculino	52,1	14,9	28	88	
Peso ao nascer					
2499-1500g	57,3	11,1	42	78	0,179**
1499-1000g	53,7	14,4	28	78	
<1000g	48,6	13,7	28	88	

*Teste T student; **Anova.

Fonte: Dados provenientes da pesquisa.

Tabela 10: Correlação entre fatores de condição de nascimento dos RNs e o ajustamento familiar. Belo Horizonte, MG, 2017 (n=70).

	Coeficiente*	Valor-p
Dias de internação	-0,199	0,099

*Coeficiente de correlação de Spearman.

Fonte: Dados provenientes da pesquisa.

Quanto aos fatores de condição de nascimento dos RNs (Tabelas 9 e 10), não houve associação significativa das variáveis com o ajustamento familiar (valores-p>0,05).

A Tabela 11, a seguir, apresenta a correlação entre as escalas aplicadas e o ajustamento familiar.

Tabela 11: Correlação entre as escalas e o ajustamento familiar. Belo Horizonte, MG, 2017 (n=70).

	Coeficiente*	Valor-p
Estressores familiares	0,062	0,609
Tensões familiares	0,041	0,734
Depressão pós-parto	0,347	0,003
Estresse parental – Métrica 1	0,001	0,992
Imagens e Sons	0,006	0,958
Aparência e comportamento	-0,086	0,477
Papel parental	0,080	0,508
Estresse parental – Métrica 2	-0,014	0,908
Imagens e Sons	0,006	0,958
Aparência e Comportamento	-0,105	0,386
Papel parental	0,094	0,441
Estresse parental – Métrica 3	-0,112	0,356
Imagens e Sons	-0,116	0,337
Aparência e Comportamento	-0,102	0,403
Papel parental	-0,034	0,777
Resolução de problemas e coping	-0,417	<0,001
Comunicação afirmativa	-0,385	0,001
Comunicação incendiária	0,422	<0,001
Apoio Social	-0,485	<0,001
Afetivo/Interação social positiva	-0,533	<0,001
Emocional/Informação	-0,477	<0,001
Material	-0,419	<0,001

* Coeficiente de correlação de Spearman.

Fonte: Dados provenientes da pesquisa.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 11, a depressão pós-parto, resolução de problemas e *coping* familiar e o apoio social estiveram associados ao ajustamento familiar (valores- $p < 0,05$).

À medida que as mães apresentam maior sintomatologia depressiva, há também um aumento do escore da escala de ajustamento familiar, indicando aumento dos problemas familiares.

À medida que aumenta a capacidade de resolução de problemas e *coping* familiar, mensuradas pela escala global e dimensão afirmativa, há uma diminuição dos escores de ajustamento familiar e, portanto, menores dificuldades são vistas pela família. Por outro lado, na dimensão comunicação incendiária, pode-se observar que, à medida que aumenta a comunicação incendiária, aumentam os escores de ajustamento familiar e, conseqüentemente, aumentam os conflitos e problemas familiares.

À medida que aumenta o apoio social percebido pelas mães, tanto na escala global quanto nas dimensões “afetivo / interação social positiva”, “emocional / informação” e “material” do apoio social, diminuem os escores de ajustamento familiar, e melhora, portanto, o funcionamento familiar.

5.3 Análise multivariada

Por meio da análise univariada (Tabelas 5 a 11), foram selecionadas como possíveis preditoras do ajustamento familiar as variáveis (valor-p= $\leq 0,20$): residência em BH, estado marital, escolaridade, idade, tipo de gravidez, via de nascimento, número de consultas de pré-natal, peso ao nascer, dias de internação, depressão pós-parto, resolução de problemas e comunicação familiar e apoio social.

A variável “quantidade de bebês prematuros” por ser uma variável condicional não foi utilizada nesta análise. As dimensões das escalas de “resolução de problemas e comunicação familiar” e “apoio social” também não foram incluídas na análise devido à multicolinearidade, optando-se por deixar apenas as escalas globais.

A Tabela 12 apresenta o modelo linear final para o desfecho do ajustamento familiar.

Tabela 12: Modelo final segundo regressão linear avaliando os fatores associados ao ajustamento familiar. Belo Horizonte, MG, Brasil (n=70).

	Valor-p	Beta [IC95%]
Dias de internação	0,014	-1,003 [-1,795; -0,210]
Resolução de problemas e <i> coping</i> familiar	0,001	-0,926 [-1,436; -0,416]
Apoio social	0,009	-0,283 [-0,493; -0,074]

IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%; R² ajustado = 33,9%.

Fonte: Dados provenientes da pesquisa.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 12, permaneceram no modelo final associados ao ajustamento familiar (valor-p $< 0,05$) os seguintes fatores: dias de internação, resolução de problemas e *coping* familiar e apoio social.

A cada aumento de um dia de internação, diminui 1,0 ponto na média dos escores de ajustamento familiar, ou seja, à medida que aumentam os dias de internação, as mães tendem ao ajustamento (IC 95% = -1,795; -0,210).

Com o aumento de um ponto na média dos escores de resolução de problemas e comunicação familiar, diminui 0,93 ponto da média dos escores de ajustamento familiar. Isso indica que, à medida que aumenta a capacidade de resolução de problemas e *coping* familiar, melhora o funcionamento familiar (IC 95% = -1,436; -0,416).

Com o aumento de um ponto na média dos escores de apoio social, diminui 0,28 ponto na média do escore do ajustamento familiar. Assim, à medida que aumenta a percepção de apoio social das mães, melhora o funcionamento familiar (IC 95% = -0,493; -0,074).

Deve-se ressaltar ainda que o modelo ajustado explica 33,9% da variabilidade dos dados, apresentando ajuste adequado, segundo gráficos de diagnóstico (Apêndice B).

6 DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se que a quantidade de dias de internação, a capacidade de resolução de problemas e *coping* e o apoio social estiveram associados ao ajustamento familiar. Os resultados encontrados foram explorados segundo as dimensões do modelo de resiliência, estresse, ajustamento e adaptação de McCubbin e McCubbin (1993), utilizadas para este estudo, sendo elas: (1) apreciação familiar sobre o evento estressor; (2) capacidade de resolução de problemas e *coping* e (3) apoio social. As variáveis definidas para a investigação do constructo “vulnerabilidades” foram discutidas no contexto de cada uma dessas dimensões, de forma a estabelecer mais facilmente as relações existentes. Vale ressaltar que, apesar de apresentadas separadamente, reconhece-se que a resposta da família é determinada pelas interações dessas dimensões em um processo dinâmico e contínuo, para o ajustamento e posterior adaptação familiar frente a um evento estressor.

6.1 Apreciação familiar acerca do recém-nascido prematuro

A apreciação familiar sobre o evento estressor inclui a percepção da família sobre a gravidade do estressor e suas dificuldades subjacentes, considerando as dificuldades que ele representa e o efeito sobre a família (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993). Ressalta-se que, a avaliação sobre a gravidade do estressor é subjetiva e irá depender de como cada indivíduo sente, interpreta e expressa a adversidade vivenciada (HOCH; ROCCA, 2007). A apreciação familiar tem interferências também da cultura e valores familiares (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993). Assim, as famílias podem apresentar respostas diferentes quando submetidas ao mesmo estressor. Dessa forma, se para algumas famílias, o nascimento prematuro pode causar mudanças transitórias ou pouco significativas, para outras, pode ser considerado como uma tragédia ou algo difícil de suportar (McCUBBIN; PATTERSON, 1983).

Para explorar a apreciação familiar, utilizou-se a Escala de Estresse Parental desenvolvida por Miles, Funk e Carlson (1993), a qual mensura o estresse parental vivenciado por pais na UTIN por meio dos domínios de “sons e imagens”, “aparência e comportamento” e “alteração do papel parental”, sendo validada posteriormente em uma amostra brasileira por Souza, Dupas e Balieiro (2012).

No presente estudo, embora não tenha sido encontrada associação entre a apreciação familiar acerca do estressor e o ajustamento familiar, o estresse geral vivenciado pelas mães

na UTIN foi identificado como estresse moderado. Nos dados obtidos separadamente por meio de cada subescala, verificou-se que a dimensão “alteração no papel parental” obteve o maior escore, indicando muito estresse experienciado. As dimensões “imagens e sons” e “aparência e comportamento” apresentaram escores semelhantes, indicando um nível moderado de estresse das participantes. Esse resultado corrobora com os achados da versão original (MILES; FUNK; CARLSON, 1993).

Um estudo multicêntrico realizado em 12 UTINs de quatro países da América do Sul (Argentina, Chile, Paraguai e Peru) encontrou um nível moderado de estresse na dimensão total, corroborando com o achado do presente estudo. Também foi verificado que o tipo de serviço influenciou no nível de estresse parental percebido, sendo que pais atendidos no serviço público apresentaram maior nível de estresse quando comparados àqueles atendidos no serviço privado. O achado foi explicado pelas diferenças nas instalações e recursos do hospital e também pela maior vulnerabilidade da população atendida (WORMALD *et al.*, 2015).

Em relação às dimensões “sons e imagens” e “aparência e comportamento”, verificou-se níveis de estresse moderado. Esse achado é consistente com outro estudo realizado com 120 mães e 91 pais de recém-nascidos muito prematuros internados em sete UTINs de nível III na Região de Saúde do Norte de Portugal (BAÍA *et al.*, 2016). Contudo, difere-se de outras investigações que evidenciaram o menor nível de estresse experienciado pelas mães na subescala sons e imagens (MONTIROSSO *et al.*, 2012; BUSSE *et al.*, 2013; TURNER *et al.*, 2015).

Um estudo realizado com mães de recém-nascidos prematuros de uma UTIN de um hospital universitário do Paraná verificou que a idade materna está relacionada com o estresse nas dimensões “sons e imagens” e “aparência e comportamento”. Mães mais velhas experienciam menores níveis de estresse nessas dimensões. Para as autoras, tal achado pode ser explicado pelo fato de que, com o aumento da idade, as mães apresentam uma maior experiência com a maternidade e se sentem mais seguras para lidar com o recém-nascido na UTIN (FERNANDES *et al.*, 2015). No presente estudo, as mães apresentaram uma mediana de 29 anos.

Na dimensão “alteração no papel parental”, as mães apresentaram os níveis mais elevados de estresse (muito estressante). Resultados semelhantes foram obtidos em outras investigações utilizando a PSS:NICU em amostras brasileiras (SOUZA; DUPAS; BALIEIRO, 2012; FERNANDES *et al.*, 2015), em Portugal (BAIA *et al.*, 2016), Índia (CHOURASIA *et al.*, 2013) e Estados Unidos (ALKOZEI; MCMAHON; LAHAV, 2014).

O aumento do estresse nessa dimensão tem sido atribuído à inabilidade de pais e mães assumirem sua função como cuidadores principais dos filhos na UTIN (BAÍA *et al.*, 2016). Maiores níveis de estresse tem sido identificados nas mães quando comparadas aos pais (MATRICARDI *et al.*, 2012; WORMALD *et al.*, 2015), possivelmente pelo fato de caber a elas uma maior responsabilização pelos cuidados a serem dispensados aos filhos nesta fase da vida e encontrarem limitações para o desempenho da função materna durante a internação na UTIN (SOUZA; DUPAS; BALIEIRO, 2012).

Uma revisão integrativa, com o objetivo de analisar as características definidoras do diagnóstico de enfermagem “conflito no desempenho do papel de mãe” sobre a experiência de ser mãe na UTIN, identificou que as mães expressam preocupações em relação a mudanças no papel materno, à família e no que se refere à perda percebida de controle sobre decisões relacionadas ao filho, sentimentos de inadequação para atender às necessidades do filho, além de sentimentos de medo, culpa, frustração e ansiedade. Os autores reforçam que a internação do filho na UTIN pode gerar uma crise e modificações no papel materno. E ainda inferem que as mães com outros filhos, que trabalham fora ou que possuem familiares dependentes de seus cuidados, enfrentam maiores dificuldades (CARMONA *et al.*, 2012).

A distância da casa até o hospital tem se mostrado um aspecto associado à alteração no papel parental. Tal resultado aponta para preocupação da mãe com a viabilidade, frequências das visitas, recursos financeiros e sua junção com a apreensão psicológica. Devido a isso, pode ocorrer uma intensificação das emoções que, associada à separação física do bebê, pode acarretar no aumento do estresse. Os autores ressaltam a importância do serviço social na oferta de suporte adicional, a fim de beneficiar essas mães, assim como, na medida do possível, na transferência do filho para um hospital mais próximo de casa (ALKOZEI; MCMAHON; LAHAV, 2014).

Neste estudo, identificou-se que a maioria das mães não reside em Belo Horizonte e todas receberam alta com o filho ainda internado na UTIN. Para essas mães, os cenários de estudo, dispõem de um espaço destinado à sua permanência em tempo integral durante a hospitalização do filho. Na escolha por não permanecerem nas instituições, existe a possibilidade de uso de veículos cedidos pelos municípios para suas vindas à UTIN. Ressalta-se que o direito ao transporte para visitar os seus filhos é assegurado pela Política de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso: Método Canguru (BRASIL, 2013).

A alteração no papel parental pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto. A afirmativa pode ser explicada pelo fato da ruptura da relação entre mãe e filho que ocorre quando o mesmo está internado na UTIN (ROGERS *et al.*, 2013).

Neste estudo, mães que tiveram maior estresse parental também apresentaram maior sintomatologia depressiva.

No mundo, a depressão pós-parto afeta de 10% a 15% das mulheres em países de alta renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009) e 19% em puérperas de países de baixa e média renda (GELAYE *et al.*, 2016). No Brasil, a prevalência de mulheres com sintomas depressivos pós-parto chega a 26,3% (THEME *et al.*, 2016).

Contudo, mães de recém-nascidos prematuros apresentam taxas de depressão pós-parto maior quando comparadas às mães de recém-nascidos a termo. As mães de prematuros apresentam prevalência de sintomas depressivos que atingem até 40% nos primeiros dias pós-parto (VIGOD *et al.*, 2010). Porém, observou-se, nesta investigação, que as mães apresentaram uma prevalência de 52,9% de sintomatologia depressiva, sendo maior que o estimado para mães de prematuros.

Esse achado reforça a importância de uma maior atenção a essas mães, considerando que a depressão pós-parto é um problema de saúde pública e com repercussões negativas tanto para a mulher, seus relacionamentos familiares e para o cuidado às suas crianças com implicações no seu desenvolvimento cognitivo e afetivo (GALVÃO *et al.*, 2015).

Além da depressão, a ansiedade, disforia, fadiga e distúrbio do sono são alterações apresentadas pelas mães na UTIN. O estresse agudo e pós-traumático também são evidenciados. Essas alterações podem interagir entre si e acarretar em um conjunto de mudanças na saúde mental das mães (FELIPE; SOUZA; CARVALHO, 2014).

Um estudo longitudinal, realizado com 69 mães de recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer internados em uma UTIN, verificou que sintomas depressivos e de ansiedade reduziram ao longo da internação na UTIN. Portanto, os mesmos autores inferem que, ao longo da internação do filho na UTIN, as mães apresentam uma diminuição do sofrimento (GREENE *et al.*, 2015).

No presente estudo, identificou-se que, os dias de internação estão relacionados com o ajustamento familiar. A cada aumento de um dia de internação, tem-se a diminuição de um ponto na média dos escores de ajustamento familiar, ou seja, à medida que aumenta os dias de internação, melhora o ajustamento das mães, considerando o período analisado – do 3º ao 15º dia.

Ressalta-se que esse resultado não indica que o prolongamento da internação é benéfico para as mães. Entretanto, considerando-se que o ajustamento ocorre ao longo do tempo, infere-se que, mesmo perante a avaliação negativa do evento estressor, as mães, com o

passar dos dias, sentem-se mais fortalecidas e fazem uso dos recursos disponíveis para o enfrentamento da situação de uma maneira positiva.

Um estudo verificou que a longa permanência na UTIN esteve associada com o aumento do estresse materno (CHOURASIA *et al.*, 2013). Porém, outro estudo evidenciou que a alteração no papel parental pode ser atenuada, uma vez que a equipe atue para que os pais se sintam mais competentes e seguros. Os mesmos autores ressaltam ainda a necessidade da participação da equipe multidisciplinar para ajudar os pais a lidar melhor com a hospitalização. Tal recomendação se aplica em diversas esferas, como a cognitiva, que envolve a compreensão do diagnóstico, tratamentos e prognósticos dos recém-nascidos; a emocional, que inclui, entre outros aspectos, a premissão da expressão de emoções dos pais, ansiedade e estratégias de redução do estresse; e a comportamental, estimulando o contato físico entre o bebê e seus pais, envolvendo os pais nos cuidados associados, técnicas de estimulação e demais cuidados elementares (PALMA *et al.*, 2016).

O aconselhamento sobre estrutura, organização e funcionamento da UTIN fornecido a 100 mães que tiveram seus filhos internados na UTIN foi um bom preditor para redução do nível de estresse parental. Ademais, a garantia do melhor atendimento possível pela equipe pode fazer uma grande diferença para os níveis de estresse materno (CHOURASIA *et al.*, 2013).

Com o objetivo de determinar o efeito de um programa educacional sobre o estresse parental dos prematuros nas UTINs, Beheshipour *et al.* (2014) desenvolveram um estudo controlado randomizado duplo-cego, realizado em duas UTINs do Irã, com 60 casais. O estresse foi mensurado no segundo dia após a admissão, quinto dia após a admissão e uma semana após a intervenção. Observou-se uma diminuição no escore do estresse materno nos três momentos, sendo menor no grupo intervenção que no controle. Essa diferença foi estatisticamente significativa nos dois últimos momentos. Os autores reforçam a importância da repetição da informação, visto que, logo após o nascimento do filho, os pais podem apresentar uma desorganização psíquica e, muitas vezes, podem não ser capazes de estabelecer uma comunicação efetiva.

Normalmente, médicos e enfermeiros, que são responsáveis pelo gerenciamento do cuidado, dispõem de menos tempo para concentrar em atuar na amenização dos estressores da UTIN e dar aconselhamentos aos pais, sendo esses aspectos, por vezes, negligenciados (CHOURASIA *et al.*, 2013). Ressalta-se a importância da comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem e mães para auxiliá-las no manejo do evento estressor, no reconhecimento de seus fatores de proteção e, conseqüentemente, apresentarem bom ajuste à situação. Quanto

mais precocemente a mãe se sentir apoiada e acolhida, mais facilmente ela irá fazer uso de seus recursos disponíveis e estratégias de enfrentamento.

6.2 Resolução de problemas e *coping* familiar

No presente estudo, identificou-se que a resolução de problemas e *coping* familiar esteve associada ao ajustamento familiar. Isso indica que à medida que aumenta a capacidade de resolução de problemas e *coping* familiar, melhora o funcionamento familiar.

A resolução de problemas e *coping* familiar é um componente do processo de ajustamento. Essa dimensão foi definida por McCubbin e McCubbin (1993) como os esforços e habilidades que a família utiliza para manejar a situação estressora e os problemas a ela associados. A resolução de problemas é a capacidade da família em organizar os conflitos provenientes do estressor em elementos que possam ser mais facilmente manejados, identificando seus recursos disponíveis e, principalmente, utilizando padrões de comunicação afirmativa para a redução dos esforços e desafios perante o evento estressor. O *coping* refere-se a ações do membro da família para atender às demandas e desafios enfrentados por ele e por outros membros para um bom funcionamento familiar, mesmo com os desafios decorrentes de um evento estressor. Pode compreender ações que busquem eliminar ou reduzir a intensidade dos desafios, obter recursos adicionais para o cuidado e reduzir a tensão associada às demandas (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

O presente estudo se valeu da comunicação familiar como parte da estratégia de resolução de problemas e *coping* das mães durante a internação do filho na UTIN. Para tal avaliação, foi utilizada a escala de comunicação e resolução de problemas, desenvolvida por McCubbin e McCubbin (1993), a qual permitiu avaliar os estilos de comunicação que as famílias empregam para solucionar os seus problemas e conflitos diante o nascimento prematuro.

A comunicação é parte indispensável da resolução de problemas da família e pode ser classificada em padrão de comunicação incendiária e afirmativa, de acordo com o comportamento familiar. A comunicação incendiária refere-se a um padrão de comunicação conturbado em sua natureza, e tende a exacerbar a situação estressora, dificultando a resolução de problemas. Por outro lado, a comunicação afirmativa refere-se a cuidado, suporte e calma que contribuem para um ambiente familiar mais positivo (McCUBBIN; THOMPSON; McCUBBIN, 2001).

Neste estudo, evidenciou-se que as mães demonstraram uma alta capacidade de comunicação afirmativa. Portanto, infere-se que as mães apresentaram padrões de comunicação sustentados pelo respeito nas demonstrações de afeto, na escuta e na capacidade em solucionar conflitos de forma positiva.

Ressalta-se que a comunicação vai além de um aspecto da vida familiar; ela é capaz de definir a família e também as relações de seus membros. Uma comunicação efetiva contribui para que a família possa fazer mudanças em sua estrutura, rotinas e papéis (JORDAAN, 2011), diante o nascimento do recém-nascido prematuro.

Por outro lado, ressalta-se que nem todas as famílias apresentam uma comunicação afirmativa. Uma comunicação com agressividade, gritos, discussão ou nervosismo pode interferir na capacidade de resolução de problemas e influenciar no modo como ela gerencia o elemento estressor prejudicando, assim, o processo de ajustamento e, conseqüentemente, o processo de adaptação.

Pinelli (2000), em uma amostra de 124 pais que tiveram seus filhos admitidos em uma UTIN, avaliou as estratégias de resolução de problemas e *coping* utilizadas pelos pais por meio da escala *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES)* (MCCUBBIN; OLSON; LARSEN, 1991). A escala conta com constructos que avaliam cinco padrões de enfrentamento: aquisição de suporte social, reformulação, busca de apoio espiritual, mobilização da família para adquirir e aceitar ajuda e avaliação passiva. Os resultados evidenciaram que tanto mães quanto pais relataram usar todas as estratégias de enfrentamento citadas, porém, as mães relataram utilizá-las mais frequentemente que os pais. Os resultados evidenciaram ainda que o enfrentamento familiar não estava fortemente associado com o ajuste familiar.

Outro estudo realizado com 52 pais de recém-nascidos prematuros admitidos em uma UTIN avaliou a associação entre as estratégias de *coping* e o funcionamento familiar por meio das escalas de Brief-COPE (CARVER, 1997), Brief-RCOPE (PARGAMENT *et al.*, 1998) e de *Family Environment Scale* (MOOS, 1974). Os achados indicaram que o enfrentamento religioso negativo (sentimento de abandono ou punição por Deus) estava associado com menores níveis de coesão familiar e, assim, esses pais tendem a ter menores níveis de sentimentos relacionados aos membros da sua família. O enfrentamento religioso negativo também esteve associado ao enfrentamento instrumental (ajuda e conselho de outros), ou seja, pais que se sentem abandonados por Deus podem procurar outras fontes de enfrentamento (como, por exemplo, amigos e familiares) para auxiliá-los no manejo da situação adversa. Por outro lado, os pais evidenciaram experienciar ambos os tipos de enfrentamento religioso,

positivo e negativo, durante a internação na UTIN, ora se sentindo apoiados, ora abandonados por Deus. Esse achado reforça a ideia da ambiguidade de sentimentos experimentados pelos pais durante a internação (BRELSFORD *et al.*, 2016).

As estratégias de enfrentamento disfuncionais podem estar relacionadas à maior prevalência de transtorno do estresse pós-traumático em mães de bebês prematuros. Além disso, estratégias de evitação e reação passiva utilizadas pelos pais podem estar relacionadas a um aumento de problemas de saúde mental (SHAW *et al.*, 2013).

Aftyka *et al.* (2017), em um estudo observacional com 125 pais de lactentes de três a 12 meses que foram hospitalizados na UTIN, identificaram que 60% das mães e 47% dos pais apresentaram transtorno do estresse pós-traumático após hospitalização do filho na UTIN, sendo que as mães apresentaram maior gravidade. A forma como se lida com o elemento estressor é importante no desenvolvimento do transtorno. Assim, os autores apontam para a importância das estratégias de enfrentamento para a mediação com o estresse.

Os resultados de um estudo identificaram as cinco principais estratégias utilizadas por pais em uma UTIN, sendo elas: a participação no cuidado, evasão da UTIN, obtenção de informação, envolvimento de amigos e família e engajamento com outros pais na UTIN. Ressalta-se que as estratégias de enfrentamento são primordiais para o manejo do estressor na UTIN (SMITH *et al.*, 2012).

Cada família apresenta uma capacidade de resolução de problemas e *coping* peculiar e única que interfere no funcionamento familiar. Nos resultados do presente estudo, verificou-se o aspecto positivo dessa dimensão, podendo inferir que as mães, mesmo perante a adversidade, usam padrões de comunicação efetivos e, assim, tendem à superação e à resiliência.

6.3 Apoio social

No presente estudo, observou-se que as mães demonstraram ter uma alta percepção de apoio, mesmo acompanhando seus bebês durante a internação, e que diferenças na percepção de apoio, mesmo que não significativas, foram encontradas entre os dois cenários investigados. Ademais, evidenciou-se que, quanto maior o apoio social percebido pelas mães, melhor tende a ser o ajustamento.

O apoio social tem sido descrito por diferentes autores e ainda não se tem um consenso na literatura sobre as definições do mesmo. Provavelmente, por ser multifacetado, difícil de definir e medir (HUPCEY, 1998).

O conceito de apoio social, à luz do referencial teórico de McCubbin e McCubbin (1993), utilizado no presente estudo, é definido como todas as pessoas ou instituições que a família usa como fator de proteção frente à situação adversa, sendo provenientes de recursos formais ou informais (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

A fim de avaliar o apoio social, foi utilizada a escala de apoio social desenvolvida por Griep (2005). A escala é mensurada a partir da percepção de apoio frente a determinados domínios: apoio afetivo / interação social positiva (disponibilidade das pessoas em se divertir, relaxar e demonstrações físicas de amor e de afeto), apoio emocional / informação (compreensão, confiança, encorajamento, escuta, interesse e disponibilidade de pessoas para obtenção de conselhos, de informações ou de orientações) e apoio material (provisão de recursos e de ajuda material) (GRIEP *et al.*, 2005).

O “apoio afetivo / interação social positiva” foi o mais alto percebido pelas mães no presente estudo. Esse achado foi consistente com outro estudo realizado com mães de recém-nascidos internados na UTIN e UCIN de duas instituições no município de Natal (DANTAS *et al.*, 2012).

A família e pessoas próximas apresentam-se como uma importante fonte de apoio afetivo. Os vínculos afetivos – de sua família ou de amigos – são essenciais para enfrentar situações adversas (LICHTENFELS; LICHTENFELS, 2007). Um estudo de caso-controle, realizado com 336 puérperas de um hospital público do município do Rio de Janeiro – RJ, demonstrou que nas relações familiares, o cônjuge e a mãe da puérpera assumem a principal colaboração (GUIMARÃES; MELO, 2011). Quando a mãe não pode contar com o apoio do marido ou companheiro, as mesmas acabam assumindo uma jornada solitária, muitas vezes exaustiva, sem ter com quem compartilhar (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Estas assertivas permitem inferir que, na existência de conflitos entre os familiares, a fonte de apoio proveniente do núcleo familiar se torna fragilizada, contribuindo para uma percepção negativa frente ao elemento estressor e, conseqüente, piora no processo de ajustamento.

A religiosidade e a espiritualidade são também fontes de apoio que ajudam as mães a superarem a adversidade. “A espiritualidade proporciona sentido para a vida apesar das limitações e de enfermidades, e a religiosidade proporciona comunidades de fé, de comunhão, de rituais e de ajuda mútua” (LICHTENFELS; LICHTENFELS, 2007, p.109).

Vieira *et al.* (2015) constataram que a espiritualidade desvelou-se como um evento positivo e que, por meio da fé, esperança em Deus e oração, as mães se sentiam encorajadas

para permanecerem em um ambiente altamente tecnológico e mantiveram a esperança no restabelecimento da saúde do filho internado na UTIN.

A crença que famílias possuem não pode ser negligenciada nos serviços de saúde. Ressalta-se a importância do incentivo às crenças religiosas utilizadas pela família, uma vez que esse recurso pode auxiliá-la a enfrentar a situação estressora, aumentar suas fortalezas e, possivelmente, sua rede de apoio por meio de instituições religiosas.

As mães também apresentaram uma alta percepção de apoio emocional e informacional, porém menor quando comparados às outras dimensões. Na maioria das vezes, o apoio informacional é encontrado exclusivamente dentro das instituições. Assim, o apoio proveniente da equipe de saúde é primordial, pois a mesma passa a cumprir um papel importante nas relações com a mãe e sua família.

Porém, por vezes, há uma fragilidade no vínculo entre a mãe e a equipe. Um estudo identificou os principais fatores dificultadores das relações entre profissionais da equipe multiprofissional de UTIN e as mães e familiares dos bebês internados. Também foi evidenciado que a dificuldade da equipe em lidar com famílias questionadoras, a mãe ausente, casos em que a equipe apodera-se da criança, o tempo de internação e a instabilidade do recém-nascido, a sobrecarga de trabalho dos profissionais e uma linguagem técnica podem gerar situações conflituosas entre equipe e família (SANTANA; MADEIRA, 2013).

Outro estudo evidenciou que os profissionais afetaram negativamente o enfrentamento das mães face à prematuridade e revelaram três categorias de relacionamento. A primeira se refere ao relacionamento crente e obediente, quando as mães, em meio a um ambiente protocolizado e normativo, se sentem submissas e reguladas pelos profissionais, tendendo a um sentimento de obediência e repressão. A segunda é a do relacionamento inseguro e questionador, quando as mães começam a refletir sobre suas experiências e passam a questionar as regras impostas, sua obediência obscura e a conduta profissional no cuidado. As mães passam, então, a verbalizar o desejo pela proximidade do filho, muitas vezes, sem sucesso. A terceira categoria diz respeito ao relacionamento reflexivo e emancipatório, quando a mãe, após a alta hospitalar, assume os cuidados do filho, o que as conduz a um sentimento de insegurança. Tal conjuntura leva a mãe a uma reflexão, que implica na busca pela autonomia no cuidado. O achado é sustentado pela relação de poder, muitas vezes, existente entre profissionais e mães no cuidado ao filho hospitalizado (CUSTODIO *et al.*, 2016).

Entretanto, os resultados de um estudo realizado na UTIN de um hospital universitário da Suécia constataram que a comunicação entre os pais e a equipe, durante a internação na

UTIN, se mostra essencial para o manejo dessa situação. Uma comunicação efetiva ajuda os pais a se sentirem acalentados e favorece a parceria entre família e profissionais. Assim, os pais se sentem mais seguros e confiantes para vivenciar esta experiência na UTIN (WIGERT; BLOM; BRY, 2014).

Desse modo, é necessário que a equipe tenha um olhar atento para as mães e suas famílias, compreendendo suas histórias, medos e angústias, auxiliando-as no reconhecimento de seus suportes sociais disponíveis. Além do mais, cabe validar a importância da compreensão da equipe multiprofissional perante suas estratégias de intervenção (SANTANA; MADEIRA, 2013) que auxiliarão as mães no processo de enfrentamento da situação.

O grupo de apoio é uma importante estratégia de intervenção na prática cotidiana dos profissionais, além de ser uma relevante fonte de apoio emocional e informacional. Apesar de, muitas vezes, serem realizados por um grupo mais restrito de profissionais, especialmente os terapeutas ocupacionais ou psicólogo, reconhece-se a importância da presença da equipe multiprofissional como oferta de cuidado integral. O grupo de apoio propicia aos pais um momento de reflexão e troca de experiências com outros familiares que vivenciam a mesma condição. Assim, por meio de um momento de escuta e diálogo, os pais se sentem encorajados a lidar e enfrentar cotidianamente o evento estressor.

Um estudo de natureza qualitativa, realizado com cinco famílias de RNs internados em uma UTIN de um hospital universitário do município de São Paulo – SP, visando compreender o significado atribuído pela família a sua participação em um grupo de apoio na unidade neonatal, identificou que os grupos de apoio propiciaram nos pais oportunidade para ter suas dúvidas esclarecidas, apoio de rede de suporte à família, espaço para troca de experiências com outras famílias e um cenário facilitador da interação com os profissionais, e não somente um local de troca de experiências dolorosas para a família (BALBINO *et al.*, 2015).

Ainda sobre a dimensão emocional e informacional, no presente estudo, observou-se que as mães do hospital 1 apresentaram menor percepção desse apoio, em comparação com as mães do hospital 2, porém sem significância estatística. Tal achado pode refletir o modelo de cuidado realizado em cada instituição. O hospital 2 carrega em sua essência o investimento de ações para promover a participação da família no cuidado, se constituindo como referência para tais práticas, e isto pode produzir diferenças nos resultados obtidos.

Um modelo assistencial orientado para integralidade e para as necessidades ampliadas de saúde e que supere a predominância do modelo biomédico ainda é um desafio

(FERTONANI *et al.*, 2015). Porém, ressalta-se a importância da prioridade de práticas assistenciais e filosofias que sejam orientadas para o cuidado também da família, que auxiliarão as mães no processo de enfrentamento a situação desafiadora. Destaca-se que, a falta de apoio informativo apropriado poderá culminar na ausência ou redução de outros tipos de apoio, como por exemplo, o material.

O apoio de ordem material é também importante para o processo de enfrentamento das famílias durante a internação e apresentou nível elevado nessa dimensão. Apesar, de Guimarães e Melo (2011) não terem encontrado associação do apoio material com o nível socioeconômico, os autores indicam haver relação desse apoio com a oferta de recursos e de ajuda material em situações práticas da vida.

Neste estudo, observou-se que, as mães do Hospital 1, apesar de apresentarem um nível socioeconômico mais elevado, demonstraram percepções mais baixas de apoio material, quando comparado com as do hospital 2. Infere-se que essas mães podem sofrer influência do apoio informacional, sendo que, por serem mais informadas, essas mulheres poderiam ter uma percepção diferenciada do apoio material.

A falta de recursos financeiros e as dificuldades para o deslocamento do domicílio ao hospital são considerados fatores dificultadores para o acompanhamento continuado do bebê internado (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Um estudo constatou que recursos financeiros recebidos do governo e instituições de saúde participantes do cuidado à criança são importantes fontes de apoio (NÓBREGA *et al.*, 2010).

Além do mais, a presença de prematuridade anterior esteve associada com o apoio material (GUIMARÃES; MELO, 2011). Neste estudo, as mães apresentaram história de pelo menos um parto prematuro anterior. Esses achados sugerem que mães com uma experiência prévia de prematuridade podem ser influenciadas pela vivência anterior, logo, podem ter sido mais preparadas para lidar com o evento estressor e, conseqüentemente, podem reconhecer os desafios frente à segunda hospitalização como mais facilmente manejáveis. Porém, mesmo com essa bagagem anterior, a mãe pode ainda sentir necessidade do apoio material, seja por novas demandas ou pela fragilidade no apoio informacional recebido previamente.

Ressalta-se a importância da equipe de saúde no auxílio às mães na identificação de suas redes de apoio disponíveis, sendo essas provenientes de pessoas, instituições ou comunidade que ajudarão no processo de enfrentamento da situação estressante. Ter alguém para compartilhar e conversar sobre a situação facilita o processo de enfrentamento das mães. Ademais, quando a mãe se sente amparada e pertencente a uma rede social, sua percepção de apoio aumenta e ela, conseqüentemente, desfruta de um melhor ajustamento.

7 LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES

No presente estudo, foi possível identificar como limitação o seu delineamento, que não permite avaliar temporalidade. Destaca-se que o ajustamento e adaptação é um processo e que, mesmo sendo relevante o dado de como ele se encontra na fase inicial com o ajustamento, reconhece-se a necessidade de explorar como as famílias se comportam ao longo do tempo. Ressalta-se, também, que o uso de escalas que avaliam a autopercepção não permite identificar causa e efeito. Assim, não é possível saber se condições secundárias às mães podem ter levado a uma super ou subestimação da percepção.

Ressalta-se, porém, que estudos com este desenho não foram identificados na produção nacional, considerando recém-nascidos prematuros no contexto hospitalar e o processo de ajustamento, assim como, o uso do referencial teórico como norteador da pesquisa. Portanto, mais pesquisas devem ser realizadas, principalmente englobando outros aspectos que envolvem o ajustamento familiar.

8 CONCLUSÃO

Tendo como base o referencial teórico do modelo de resiliência, estresse, ajustamento e adaptação, de McCubbin e McCubbin (1993), identificou-se que a quantidade de dias de internação, a capacidade de resolução de problemas e *coping* familiar e o apoio social estiveram associado ao ajustamento familiar.

Adicionalmente, constatou-se que as mães obtiveram uma apreciação negativa diante a hospitalização do filho na UTIN e que a presença de vulnerabilidade psicológica foi também evidenciada. Identificou-se que as mães tiveram uma alta percepção da resolução de problemas e *coping* e apoio social, os quais, acrescidos do aumento de dias de internação, potencializaram o seu ajustamento à situação de ter um filho prematuro internado na UTIN. Assim, pode-se inferir que, mesmo na presença de um evento com potencial desestruturante para a família, como é o nascimento prematuro, as participantes do estudo demonstraram capacidade de superação e ajustamento.

Destaca-se ainda, a necessidade da realização de estudos em momentos diferentes da internação e após a alta hospitalar, para que, assim, se possa avaliar o processo de adaptação ao longo do tempo. Ressalta-se a relevância deste trabalho não apenas como subsídio para outros estudos, mas também como importante ferramenta para a prática clínica. Reconhecer os fatores que envolvem e influenciam o ajuste familiar ao nascimento prematuro é de crucial importância para que o enfermeiro e a equipe de saúde tenham conhecimento das demandas e sobrecargas familiares relacionadas à hospitalização do filho na UTIN. Reforça-se, portanto, a relevância de uma atenção que reduza os sentimentos negativos perante a hospitalização do filho e que auxilie as mulheres e suas famílias a utilizarem os recursos disponíveis para um melhor enfrentamento dessa situação adversa e, que conseqüentemente, contribua para que se sintam mais competentes no cuidado aos seus filhos. Ademais, a criação de vínculo entre enfermeiro, equipe e família gera sentimentos de confiança e segurança nas mães, o que leva a um melhor enfrentamento da situação e contribui para a mudança positiva dessa apreciação.

REFERÊNCIAS

- AFTYKA, Anna; RYBOJAD, Beata; ROSA, Wojciech; WROBEL, Aleksandra; KARAKULA-JUCHNOWICZ, Hanna. *Risk factors for the development of post-traumatic stress disorder and coping strategies in mothers and fathers following infant hospitalisation in the neonatal intensive care unit. Journal of Clinical Nursing*, v. 26, issue 23-24, p.4436-4445, apr. 2017.
- ALKOZEI, Anna; McMAHON, Erin; LAHAV, Amir. *Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. The Journal Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, v. 27, n. 17, p.1738–1743, 2014.
- ARAÚJO, Vanessa Karolline Silva; OLIVEIRA, Dayanne Kallyne Morais de Araújo; OLIVEIRA, Fabiana Carla Mendes. Neonato hospitalizado em uma unidade de terapia intensiva neonatal: experiência vivenciada pelos familiares. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, n. 36, ano 11, abr./jun. 2013.
- BAÍA, Inês; AMORIM, Mariana; SILVA, Susana; KELLY-IRVING; FREITAS, Cláudia; ALVES, Elisabete. *Parenting very preterm infants and stress in Neonatal Intensive Care Units. Early Human Development*, n. 101, p.3-9, 2016.
- BALBINO, Flávia Simphronio; YAMANAKA, Cristiane Inglez; BALIEIRO, Maria Magda Ferreira Gomes; MANDETTA, Myriam Aparecida. Grupo de apoio aos pais como uma experiência transformadora para a família em unidade neonatal. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 2, p.297-302, São Paulo, abr./jun. 2015.
- BEHESHTIPOUR, Noushin; BAHARLU, Seyedeh Marzieh; MONTASERI, Sedigheh; ARDAKANI, Seyed Mostajab Razavinezhad. *The effect of the educational program on iranian premature infants' parental stress in a neonatal intensive care unit: a double-blind randomized controlled trial. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, v. 2, n. 4, p.240-250, oct. 2014.
- BETTLE, Amanda M. E.; LATIMER, Margot A. *Maternal coping and adaptation: a case study examination of chronic sorrow in caring for an adolescent with a progressive neurodegenerative disease. Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, v. 31, Issue 4, p.15-21, 2009.
- BLENCOWE, Hannah; COUSENS, Simon; OESTERGAARD, Mikkel Z.; CHOU, Doris; MOLLER, Ann-Beth; NARWAL Rajesh; ADLER, Alma; GARCIA, Claudia Vera; ROHDE, Sarah; SAY, Lale; LAWN, Joy E. *National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. The Lancet*, v. 379, n. 9832, p.2162-2172, Jun. 2012.
- BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRELSFORD, Gina M.; RAMIREZ, Joshua; VENEMAN, Kristin; DOHENY, Kim K. *Religious and secular coping and family relationships in the neonatal intensive care unit. Advances in Neonatal Care*, v. 16, n. 4, p.315-322, aug. 2016.

BUSSE, Morgan; STROMGREN, Kayleigh; THORNGATE, Lauren; THOMAS, Karen A. *Parents' Responses to Stress in the Neonatal Intensive Care Unit. Critical Care Nurse*, v. 33, n. 4, ago. 2013.

CARMONA, Elenice Valentim; COCA, Kelly Pereira; VALE, Ianê Nogueira do; ABRÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. Conflito no desempenho do papel de mãe em estudos com mães de recém-nascidos hospitalizados: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p.505-12, 2012.

CARVER, Charles S. *You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief cope. International Journal Behavioral Medicine*, v. 4, n. 1, p.92-100, mar. 1997.

CHOURASIA, Nitish.; SURIANARAYANAN, Pushkala; ADHISIVAM, Bethou; BHAT, Ballambattu Vishnu. *NICU Admissions and maternal stress levels. The Indian Journal of Pediatrics*, v. 80, n. 5, p.380-384, may. 2013.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. The British Journal of Psychiatry*, n. 150, p.782-786, 1987.

CUSTODIO, Natalia; MARSKI, Bruna de Souza Lima; ABREU, Flávia Corrêa Porto de; MELLO, Débora Falleiros de; WERMET, Monika. Interações entre profissionais de saúde e mães de prematuros: influência no cuidado materno. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 24, n. 1, p.1-6, Rio de Janeiro, 2016.

CUSTÓDIO, Zaira Aparecida de Oliveira; CREPALDI, Maria Aparecida; LINHARES, Maria Beatriz Martins. Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. **Estudos de Psicologia**, v. 31, n. 2, p.247-255, abr./jun., 2014.

DANTAS, Maihana Maíra Cruz; ARAÚJO, Priscilla Cristhina Bezerra de; PAULINO, Daniele de Souza; MAIA, Eulália Maria Chaves. Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. **Psicologia em Revista**, v. 18, n. 1, p.90-106, Belo Horizonte, abr. 2012.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde (TABNET) – Estatísticas Vitais**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 26 maio 2107(a).

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde (TABNET)**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 out. 2107(b).

DUDEK-SHRIBER Linda. *Parent stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. The American Journal of Occupational Therapy*, v. 58, n. 5, p.509-520, sep./oct. 2004.

EFROYMSON, M. A. *Multiple regression analysis*. In: RALSTON, A.; WILF, H. S. (eds.) *Mathematical methods for digital computers*. New York: John Wiley & Sons, 1960, p.191-203.

FELIPE, Adriana Olimpia Barbosa; SOUZA, Juliana de Jesus; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. Impactos do nascer prematuro na saúde mental das mães. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 3, p.16-27, jul./set. 2014.

FERNANDES, Jaqueline Nunes; VIEIRA, Cláudia Silveira; GUIMARÃES, Ana Tereza Bitencourt; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; MACHINESKI, Gicelle Galvan. Avaliação do nível estresse de mães de pré-termo em hospital universitário. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 4, p.1471-1479, out./dez. 2015.

FERTONANI, Hosanna Pattrig; PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p.1869-1878, 2015.

FOCH, Gisele Fernandes de Lima; SILVA, Andressa Melina Becker da; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Enfrentamento religioso-espiritual de mães com bebê em unidade de terapia intensiva neonatal. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia**, v. 24, n. 4, p.1181-1192, 2016.

FRIEDMAN, Marilyn M; BOWDEN, Vick R.; JONES, Elaine G. *Family nursing: research, theory, & practice*. New Jersey: Pearson Education Inc., 2003.

GALVÃO, Anna Carolinne Castro; SILVA JÚNIOR, Fernando José Guedes da; LIMA, Larissa Alves de Araújo; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. Prevalência de depressão pós-parto e fatores associados: revisão integrativa. **Revista Ciência & Saberes FACEMA**, v. 1, n. 1, p.54-58, ago./out. 2015.

GELAYE, Bizu; RONDON, Marta; ARAYA, Ricardo; WILLIAMS, Michelle A. *Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries*. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 10, p.973-982, dec. 2016.

GREENE, Michelle M.; ROSSMAN, Beverly; PATRA, Kousiki; KRATOVIL, Amanda L.; JANES, Judy E.; MEIER, Paula P. *Depressive, anxious and perinatal post-traumatic distress in mothers of very low birth weight infants in the NICU*. **Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP**, v. 36, n. 5, p.362-370, 2015.

GRIEP, Rosane Harter; CHOR, Dóra; FAERTEIN, Eduardo; WERNECK, Guilherme L.; LOPES, Cláudia S. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p.703-714, maio/jun. 2005.

GROSIK, Cindy; SNYDER, Denise; CLEARY, Gerard M.; BRECKNRIDGE, Diane M.; TIDWELL, Barbara. *Identification of internal and external stressors in parents of newborns in intensive care*. **The Permanent Journal**, v. 17, n. 3, p.36-41, 2013.

GUIMARÃES, Elaine da Costa; MELO, Enirtes Caetano Prates. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1, p.54-61, Rio de Janeiro, mar. 2011.

HILL, Reuben. *Families under stress*. New York: Harper & Row, 1949.

HOCH, Lothar Carlos; ROCCA, Susan M. (orgs.). **Sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado**. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2007.

HSIAO, Chiu-Yueh; VAN RIPER, Marcia Van Riper. Individual and Family Adaptation in Taiwanese Families of Individuals With Severe and Persistent Mental Illness (SPMI). *Research in Nursing & Health*, 2009, 32, 307–320

HUPCEY, Judith E. *Clarifying the social support theory-research linkage*. **Journal of Advanced Nursing**, v. 27, issue 6, p.1231-1241, jun. 1998.

JORDAAN, Cabrière. *Affirming communication and its association with family functioning*. Thesis [Doctorate in Psychology]. 99f. South Africa: University of Stellenbosch / Faculty of Arts and Social Sciences Department of Psychology, 2011.

LEITE, Maria Francilene; GOMES, Isabelle Pimentel; LEITE, Maria Fransueide; OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves; ROSIN, Jessica; COLLET, Neusa. Condição crônica na infância durante a hospitalização: sofrimento do cuidador familiar. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p.51-57, jan./mar. 2012.

LICHTENFELS, Henriete; LICHTENFELS, Patrícia. Resiliência: a capacidade de resistência e flexibilidade na velhice. In: HOCH, Lothar Carlos; ROCCA, Susan M. (orgs.). **Sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado**. São Leopoldo: Sinodal/EST, 2007, p.102-111.

LIMA, Alcione Correia de; SANTOS, Reginaldo Passoni dos; SILVA, Simone Pereira; LAHM, Janaína Verônica. Sentimentos maternos frente à hospitalização de um recém-nascido na UTI Neonatal. Lahm. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 15, n. 4, p.112-115, 2013.

LIU, Li; JOHNSON, Hope L.; COUSENS, Simon; PERIN, Jamie; SCOTT, Susan; LAW, Joy E.; RUDAN, Igor; CAMPBELL, Harry; CIBULSKIS, Richard; MENGYING, Li; COLIN, Mathers; BLACK, Robert E. *Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000*. **The Lancet**, n. 379, v. 9832, p.2151-2161, jun. 2012.

MATIASEVICH, Alicia; SILVEIRA, Mariângela Freitas da; MATOS, Ana Cristina Guimarães; RABELLO NETO, Dacio; FERNANDES, Roberto M.; MARANHÃO, Ana Goretti; CORTEZ-ESCALANTE, Juan José; BARROS, Fernando C.; VICTORA, Cesar G.; Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n. 4, v. 22, p.557-564, Brasília, dez. 2013.

MATRICARDI, Simona; AGOSTINO, Rocco; FEDELI, Claudia; MONTIROSSO, Rosario. *Mothers are not fathers: differences between parents in the reduction of stress levels after a parental intervention in a NICU*. **Acta Paediatrica**, v. 102, n. 1, p. 8-14, dec. 2012.

McCUBBIN, Marilyn A.; McCUBBIN, Hamilton I. *Theoretical orientations to family stress and coping*. In: FIGLEY, Charles R. (ed.). ***Treating stress in families***. New York: Brunner / Mazel, 1989.

McCUBBIN, Marilyn A.; McCUBBIN, Hamilton I. *Families Coping with illness: the resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation*. In: DANIELSON, C.; HAMEL-BISSELL, B.; WINSTEAD-FRY, P. ***Families, health and illness: perspectives on coping and intervention***. Missouri: Mosby, 1993, p.21-63.

McCUBBIN, Hamilton I.; OLSON, David H. ; LARSEN, Andrea S. F-COPES: family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales. In: McCUBBIN, Hamilton I.; THOMPSON, Anne (eds.). **Family assessment inventory for research and practice**. Madison: University of Wisconsin Press, 1991, p.203–216.

McCUBBIN, Hamilton I.; PATTERSON, Joan M. ***Systematic Assessment of family stress, resources and coping: tools for research, education and clinical intervention***. St. Paul: Family Social Science, 1981(a).

McCUBBIN, Hamilton I.; PATTERSON, Joan M. *Family stressors*. In: McCUBBIN, Hamilton I.; THOMPSON, Anne I.; McCUBBIN, Marilyn A. ***Family assesment: resiliency, coping and adaptation – inventories for research and pratice***. Madison: University of Wisconsin System, 1981(b), p.833.

McCUBBIN, Hamilton I.; PATTERSON, Joan M. *Family distress*. In: McCUBBIN, Hamilton I.; THOMPSON, Anne I.; McCUBBIN, Marilyn A. ***Family assesment: resiliency, coping and adaptation – inventories for research and pratice***. Madison: University of Wisconsin System, 1981(c), p.841.

McCUBBIN, Hamilton I.; PATTERSON, Joan M. *The family stress process: a double ABCX model of adjustment and adaptation*. In: McCUBBIN, Hamilton I.; SUSSMAN, Marvin B.; PATTERSON, Joan M. (eds.). ***Advances and developments in family stress theory and research***. New York: Haworth Press, 1983.

McCUBBIN, Hamilton I.; THOMPSON, Anne I.; McCUBBIN, Marilyn A. ***Family assesment: resiliency, coping and adaptation: inventories for research and practice***. Madison: University of Wisconsin, 1996.

McCUBBIN, Hamilton I.; THOMPSON, Anne I.; McCUBBIN, Marilyn A. *Family problem solving communication*. In: McCUBBIN, Hamilton I.; THOMPSON, Anne I.; McCUBBIN, Marilyn A. ***Family measures: stress, coping and resiliency: inventories for research and practice***. Honolulu: Kamehameha Schools, 2001.

MELO, Rosana Alves de; ARAÚJO, Ana Kariny Costa; BEZERRA, Cristiane Souza; SANTOS, Nadja Maria dos; MARQUES, Wanderlúcia Flávia; FERNANDES, Flávia Emília Cavalcante Valença. Sentimentos de mães de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 10, n. 32, p.88-103, Nov./dez. 2016.

MILES, Margaret Shandor; FUNK, Sandra G.; CARLSON John. *Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit. Nursing Research*, vol. 4, n. 3, may./jun. 1993.

MONTIOSSO, Rosario; PROVENZI, Livio; CALCIOLARI, Guido; BORGATTI, Renato. *Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs. Acta Paediatrica*, n. 101, n. 2, p.136-142, sep. 2012.

MOSS, Rudolf H. *Determinants of physiological responses to symbolic stimuli: the role of the social environment. The International Journal of Psychiatry in Medicine*, v. 5, n. 4, p.389-399, dec. 1974.

NÓBREGA, Vanessa Mmedeiros da; COLLET, Neusa; SILVA, Kenya Lima da; COUTINHO, Simone Elizabeth Duarte. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 3, p.431-40, 2010.

O'BRIEN, Sandra. *Families of adolescents with Autism: facing the future. Journal of Pediatric Nursing*, v. 31, issue 2, p.204-213, mar./abr. 2016.

OLIVEIRA, Kézia de; VERONEZ, Marly; HIGARASHI, Ieda Harumi; CORRÊA, Darci Aparecida Martins. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Escola Anna Nery*, v. 17, n. 1, p.46-53, Rio de Janeiro, jan./mar. 2013.

PALMA, Elisa I.; WUSSOW, Fernanda K. Von.; MORALES, Ignacia B.; CIFUENTES, Javier R.; AMBIADO, Sergio T. *Stress in parents of newborns hospitalized in a neonatal intensive care unit. Revista Chilena de Pediatría*, v. 88, n. 3, p.332-339, 2017.

PARGAMENT, KENNETH I. ; SMITH, Bruce W. ; KOENIG, Harold G. ; PEREZ, Lisa. *Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 37, n. 4, p.710-724, dec. 1998.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia**: teoria e prática. São Paulo: Guanabara Koogan, 2007.

PINELLI, Janet. *Effects of Family Coping and Resources on Family Adjustment and Parental Stress in the Acute Phase of the NICU Experience. Neonatal Network*, n. 19, p.27-37, 2000.

PROVENZI, Livio; SANTORO, Elena. *The lived experience of fathers of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review of qualitative studies. Journal of Clinical Nursing*, n. 24, p. 1784-1794, 2015.

RAPOPORT, Andréa; PICCININI, César Augusto. Apoio social e experienciar da maternidade. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 16, n. 1, p.85-96, 2006.

ROGERS, Cynthia E.; KIDOKORO, Hiroyuki; WALLENDORF, Michael; INDER, Terrie E. *Identifying mothers of very preterm infants at-risk for postpartum depression and anxiety prior to discharge. Journal of Perinatology*, v. 33, n. 3, p.171-176, mar. 2013.

SANTANA, Élen Fátima Marinho; MADEIRA, Lélia Maria A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a equipe assistencial. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 3, n. 1, p.475-487, jan./abr. 2013.

SANTOS, Aline Soares dos. **Contribuição para adaptação transcultural do instrumento “Adaptação e Resiliência em Famílias de Indivíduos com Síndrome de Down” para o português do Brasil**. Dissertação [Mestrado em Ciências da Enfermagem]. 177f. Porto: Universidade do Porto / Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2014.

SANTOS, Iná S.; MATIJASEVICH, Alicia; TAVARES, Beatriz Franck; BARROS, Aluísio J. D.; BOTELHO, Iara Picinini; LAPOLLI, Catherine; MAGALHÃES, Pedro Vieira da Silva; BARBOSA, Ana Paula Pereira Neto; BARROS, Fernando C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p.2577-2588, Rio de Janeiro, nov. 2007.

SELL, Camila Telemberg; SELL, Bruna Telemberg; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; PADILHA, Maria Itayra; CARVALHO, Juliana Bonetti de. Alterações na dinâmica familiar com a hospitalização em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 20, n. 4, p.488-492, Rio de Janeiro, out./dez. 2012.

SHAW, Richard J.; BERNARD, Rebecca S.; STORFER-ISSER, Amy; RHINE, William; HORWITZ, Sarah M. *Parental coping in the neonatal intensive care unit*. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, v. 20, n. 2, p.135-142, jun. 2013.

SHERBOURNE, Cathy Donald; STEWART, Anita L. *The MOS social support survey*. **Social Science & Medicine**, v. 32, issue 6, p.705-714, 1991.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE NASCIDOS VIVOS – SINASC. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>>. Acesso em: 25 jun. 2016. SKINNER, Harvey A.; STEINHAUER, Paul D.; SANTA-BARBARA, Jack. *The family assessment measure*. **Canadian Journal of Community Mental Health**, v. 2, n. 2, p.91-105, 1983.

SMITH, Vincent C.; STEELFISHER, Gillian K.; SALHI, Carmel; SHEN, Lisa Y. *Coping With the neonatal intensive care unit experience*. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 4, n. 26, p.343–352, Boston, Oct./Dez. 2012.

SOUZA, Sandra Regina de; DUPAS, Giselle; BALIEIRO, Maria Magda Ferreira Gomes. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU)*. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p.171-176, 2012.

THEME FILHA, Mariza Miranda; AYERS, Susan; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; LEAL, Maria do Carmo. *Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the birth in Brazil national research study, 2011/2012*. **Journal of Affective Disorders**, v. 194, p.159-167, apr. 2016.

THOMPSON, Sandra; HIEBERT-MURPHY, Diane; TRUTE, Barry. *Parental perceptions of family adjustment in childhood developmental disabilities. Journal of Intellectual Disabilities*, v. 17, n. 1, p.24–37, 2012.

TURNER, Melanie; CHUR-HANSEN, Anna; WINEFIELD, Helen; STANNERS, Melinda. *The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the Parent Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit. Women and Birth – The Journal of the Australian College of Midwives*, v. 28, n. 3, p.252-258, set. 2015.

VAN RIPER, Marcia. *Families of children with Down syndrome: responding to “a change in plans” with resilience. Journal of Pediatric Nursing*, v. 22, n. 2, p.116-128, apr. 2007.

VIEIRA, Juna Maria Fernandes; FARIAS, Maria de Fátima; SANTOS, José Lotero dos; DAVIM, Rejane Marie Barbosa; SILVA, Richard Augusto Rosendo da; Vivências de mães de bebês prematuros no contexto da espiritualidade. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 4, p.3206-3215, out./dez. 2015. Disponível em: <www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/.../pdf_1696>. Acesso em 04 jan. 2018.

VIGOD, Simone; VILLEGAS, Laura; DENNIS, Cindy-Lee; ROSS, Lori E. *Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. BJOG An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 11, n. 5, p.540-550, apr. 2010.

WIGERT, Helena ; BLOM, Michaela Dellenmark ; BRY, Kristina. *Parents’ experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. BMC Pediatrics*, v. 14, n. 304, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. Choice Reviews Online*, v. 47, n. 2, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Born too soon: the global action report on preterm birth*. Geneva: World Health Organization, 2012.

WORMALD, Francisca; TAPIA, José L.; TORRES, Gabriela; CÁNEPA, Paula; GONZÁLES, María Aurelia; RODRÍGUEZ, Diana; ESCOBAR, Marisol; REYES, Bernardita; CAPELLI, Carola; MENÉNDEZ, Laura; DELGADO, Patricia; TREUER, Sergio; RAMÍREZ, Rodrigo; BORJA, Norma; DOMÍNGUEZ, Angélica. *Stress in parents of very low birth weight preterm infants hospitalized in neonatal intensive care units: a multicenter study. Archivos Argentinos de Pediatría*, v. 113, n. 4, p.303-309, 2015.

ZEN, Nátali Leorato; CECHETTO, Fátima Helena. Assistência de enfermagem à família em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal: um estudo de revisão da literatura. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 2, n. 8, p.83-89, São Paulo, dez. 2008.

APÊNDICE A**INTRUMENTO DE COLETA DE DADOS****AJUSTAMENTO FAMILIAR AO NASCIMENTO PREMATURO DURANTE A
INTERNAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

1. N° Caso: _____ 2. Data entrevista: ____/____/____ 3. Entrevistador: _____

4. Hospital: _____

Características sociodemográficas dos pais

5. Idade: _____ anos

6. Reside em BH? 1. Sim 2. Não 7. Se não, onde reside? _____

8. Estado civil: 1. Solteira(o) 2. Casada(o)/União estável 3. Divorciada(o) 4. Viúvo(a)

9. Escolaridade: 1. Sem estudos

2. 1° Grau completo

3. 2° Grau completo

4. 3° Grau completo

5. 1° Grau incompleto

6. 2° Grau incompleto

7. 3° Grau incompleto

10. Etnia declarada: 1. Branca 2. Negra 3. Parda 4. Outros. Qual? _____

11. Profissão: _____ 12. Trabalha atualmente? 1. Sim 2. Não

13. Quantidade de pessoas que moram na casa: _____

14. Renda familiar mensal: _____

15. Possui alguma religião? 1. Sim 2. Não 16. Se sim, qual religião? _____

17. Filhos vivos: _____

18. Já teve algum bebê prematuro? 1. Sim 2. Não 19. Se sim, quantos? _____

20. Aborto? 1. Sim 2. Não

Condições de gestação e parto:

21. Duração da gestação: _____ semanas 22. Tipo de gravidez: 1. única 2. gemelar

23. Via de nascimento: 1. Normal 2. Cesário 24. N° consultas de pré-natal: _____

Condições do recém-nascido:

25. Sexo: 1. Feminino 2. Masculino

26. Dias de internação: _____

27. Peso ao nascer: _____ gramas

Estressores Familiares (Family Stressor Index)

Durante o último ano isto aconteceu à sua família?

1. Na família houve o nascimento ou a adoção de uma criança.

1. Sim 2. Não

2. Um dos membros da família perdeu ou abandonou o emprego (por exemplo, aposentou-se ou foi dispensado).

1. Sim 2. Não

3. Um dos membros da família iniciou um novo emprego ou retornou para o emprego.

1. Sim 2. Não

4. Um dos membros da família mudou de trabalho ou carreira ou foram-lhe atribuídas mais responsabilidades no trabalho.

1. Sim 2. Não

5. A família mudou de casa.

1. Sim 2. Não

6. Um dos membros da família, um parente ou um amigo próximo ficou gravemente doente ou ferido.

1. Sim 2. Não

7. Um dos membros da família ou um parente próximo ficou fisicamente incapacitado, passou a sofrer de uma doença crônica ou foi internado numa instituição de saúde ou num lar de idosos.

1. Sim 2. Não

8. Um dos membros da família, um parente ou um amigo próximo morreu.

1. Sim 2. Não

9. Um filho casado separou-se ou divorciou-se.

1. Sim 2. Não

10. Um dos membros da família saiu de casa ou regressou para casa.

1. Sim 2. Não

Tensões Familiares (Family Strains Index)

Durante o último ano isto aconteceu à sua família?

1. Aumento dos conflitos entre marido e mulher (ou companheiros).

1. Sim 2. Não

2. Aumento das discussões entre pais e filhos.

1. Sim 2. Não

3. Aumento dos conflitos entre as crianças da família.

1. Sim 2. Não

4. Aumento da dificuldade em lidar com os filhos.

1. Sim 2. Não

5. Aumento do número de problemas e assuntos que não são resolvidos.

1. Sim 2. Não

6. Aumento do número de tarefas ou objetivos que não são cumpridos.

1. Sim 2. Não

7. Aumento dos conflitos com os sogros ou outros familiares.

1. Sim 2. Não

8. Aumento das dificuldades financeiras da família devido a despesas domésticas, de saúde, vestuário, alimentação, educação, etc.

1. Sim 2. Não

9. Aumento das dificuldades nas relações profissionais ou insatisfação com o trabalho ou carreira.

1. Sim 2. Não

10. Aumento das dificuldades em prestar cuidados a um membro da família incapacitado ou cronicamente doente.

1. Sim

2. Não

Depressão Pós-Parto (Escala de Edimburgo)

Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos últimos sete dias e não apenas hoje:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas

0. Como eu sempre fiz

1. Não tanto quanto antes

2. Sem dúvida, menos que antes

3. De jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia

0. Como sempre senti

1. Talvez, menos que antes

2. Com certeza menos

3. De jeito nenhum

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas

3. Sim, na maioria das vezes

2. Sim, algumas vezes

1. Não muitas vezes

0. Não, nenhuma vez

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

0. Não, de maneira alguma

1. Pouquíssimas vezes

2. Sim, algumas vezes

3. Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

3. Sim, muitas vezes

2. Sim, algumas vezes

1. Não muitas vezes

0. Não, nenhuma vez

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

3. Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles

2. Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes

1. Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles

0. Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

3. Sim, na maioria das vezes

2. Sim, algumas vezes

1. Não muitas vezes

0. Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada

3. Sim, na maioria das vezes

2. Sim, muitas vezes

1. Não muitas vezes

0. Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado

3. Sim, quase todo o tempo

2. Sim, muitas vezes

1. De vez em quando

0. Não, nenhuma vez

10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça

3. Sim, muitas vezes, ultimamente

2. Algumas vezes nos últimos dias

1. Pouquíssimas vezes, ultimamente

0. Nenhuma vez

Escala de Estresse Parental (Parent Stress Scale: NICU)

Gostaríamos que indicasse o quão estressante foi para si cada um dos itens listados abaixo. Por estressante, queremos dizer que as experiências podem causar ansiedade, tristeza e tensão. Os números indicam os seguintes níveis de stress:

1 – Nada estressante, a experiência não o fez sentir-se ansioso, preocupado ou tenso.

2 – Um pouco estressante

3 – Moderadamente estressante

4 – Muito estressante

5 – Extremamente estressante

Marque a opção NA, se você ainda não experienciou ou viu o item listado.

Abaixo está uma lista de vários SONS E IMAGENS comumente experienciados numa UTIN.

Itens	Nada estressante	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente estressante	NA
1. A presença de monitores e equipamentos.	1	2	3	4	5	0
2. O barulho constante de monitores e equipamentos.	1	2	3	4	5	0
3. O barulho repentino do alarme dos monitores.	1	2	3	4	5	0
4. Os outros bebês doentes na sala.	1	2	3	4	5	0
5. O grande número de pessoas trabalhando na unidade	1	2	3	4	5	0
6. Ter uma máquina (ventilador) a respirar pelo meu bebê.	1	2	3	4	5	0

Abaixo está uma lista de itens que podem descrever a APARÊNCIA e o COMPORTAMENTO do seu bebê quanto a visita na UTIN.

Itens	Nada estressante	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente estressante	NA
7. Tubos e equipamentos no meu bebê ou perto dele.	1	2	3	4	5	0
8. Áreas machucadas, cortes ou lesões no meu bebê.	1	2	3	4	5	0
9. A cor anormal do meu bebê (por exemplo: pálido ou amarelado).	1	2	3	4	5	0
10. Respiração incomum ou anormal do meu bebê.	1	2	3	4	5	0
11. O tamanho pequeno do meu bebê.	1	2	3	4	5	0
12. A aparência enrugada do meu bebê.	1	2	3	4	5	0
13. Ver agulhas e tubos no meu bebê.	1	2	3	4	5	0
14. Meu bebê ser alimentado pela veia ou por um tubo.	1	2	3	4	5	0
15. Quando o meu bebê parecia estar sentindo dor.	1	2	3	4	5	0

16. Quando meu bebê parecia triste.	1	2	3	4	5	0
17. A aparência flácida e frágil do meu bebê.	1	2	3	4	5	0
18. Movimentos agitados e inquietos do meu bebê.	1	2	3	4	5	0
19. Meu bebê não ser capaz de chorar como os outros bebês.	1	2	3	4	5	0

A última área que lhe queremos perguntar é sobre como se sente acerca do seu próprio RELACIONAMENTO com o bebê e o seu PAPEL PARENTAL.

Itens	Nada estressante	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente estressante	NA
20. Estar separada(o) do meu bebê.	1	2	3	4	5	0
21. Não alimentar eu mesma(o) o meu bebê.	1	2	3	4	5	0
22. Não poder cuidar eu mesma(o) do meu bebê (por exemplo, trocar as fraldas, dar banho).	1	2	3	4	5	0
23. Não poder segurar meu bebê quando quero.	1	2	3	4	5	0
24. Sentir-me desamparada(o) e incapaz de proteger o meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos.	1	2	3	4	5	0
25. Sentir-me sem condições de ajudar o meu bebê durante este tempo.	1	2	3	4	5	0
26. Não ter tempo para estar sozinha(o) com o meu bebê.	1	2	3	4	5	0

Resolução de Problemas e Comunicação Familiar (Family Problem Solving Communication Index)

Quando a nossa família se depara com problemas ou conflitos que nos incomodam, eu a descreveria da seguinte forma:

1. Nós gritamos uns com os outros.

0. Falso 1. Majoritariamente falso 2. Majoritariamente Verdadeiro 3. Verdadeiro

2. Nós respeitamos os sentimentos uns dos outros.

0. Falso 1. Majoritariamente falso 2. Majoritariamente Verdadeiro 3. Verdadeiro

3. Nós conversamos sobre as coisas até chegarmos a uma solução.

0. Falso 1. Majoritariamente falso 2. Majoritariamente Verdadeiro 3. Verdadeiro

4. Nós fazemos tudo para ter a certeza que os membros da nossa família não sejam feridos emocional ou fisicamente.

0. Falso 1. Majoritariamente falso 2. Majoritariamente Verdadeiro 3. Verdadeiro

5. Nós saímos dos conflitos sem dar satisfações.

0. Falso 1. Majoritariamente falso 2. Majoritariamente Verdadeiro 3. Verdadeiro

6. Nós demonstramos o quanto nos preocupamos uns com os outros.

0. Falso 1. Majoritariamente falso 2. Majoritariamente Verdadeiro 3. Verdadeiro

7. Nós tornamos as situações mais difíceis porque quando discutimos trazemos para a discussão situações que aconteceram no passado.

0. Falso 1. Majoritariamente falso 2. Majoritariamente Verdadeiro 3. Verdadeiro

8. Nós investimos tempo para ouvir o que os outros dizem ou sentem.

0. Falso 1. Majoritariamente falso 2. Majoritariamente Verdadeiro 3. Verdadeiro

9. Nós fazemos esforço para sermos calmos e conversarmos sobre as coisas.

0. Falso 1. Majoritariamente falso 2. Majoritariamente Verdadeiro 3. Verdadeiro

10. Nós ficamos tristes, mas tentamos terminar os nossos conflitos de forma positiva.

0. Falso 1. Majoritariamente falso 2. Majoritariamente Verdadeiro 3. Verdadeiro

Apoio Social (Medical Outcomes Study)

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família e amigos na sua vida pessoal e oportunidades em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, ajuda ou outros tipos de apoio.

1. Que o ajude se você ficar de cama?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

2. Para lhe ouvir quando você precisa falar?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

3. Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

4. Para levá-lo ao médico?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

5. Que demonstre amor e afeto por você?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

6. Para divertirem-se juntos?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

7. Para lhe dar informação que o ajude a compreender determinada situação?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

8. Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

9. Que lhe dê um abraço?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

10. Com quem relaxar?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

11. Para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

12. De quem realmente quer conselhos?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

13. Com quem distrair a cabeça?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

14. Para ajudá-lo nas tarefas diárias se você ficar doente?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

15. Para compartilhar seus medos e preocupações mais íntimos?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

16. Para dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

17. Para fazer coisas agradáveis?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

18. Que compreenda seus problemas?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

19. Que você ame e faça você se sentir querido?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

Ajustamento Familiar (Brief- Family Assessment Measures - B-FAM)

Nesta secção irá encontrar 14 afirmações sobre a sua família (como um todo). Leia cada afirmação cuidadosamente e decida em que medida esta descreve a sua família.

1. Nós contamos uns aos outros as coisas que nos incomodam.

0. Concordo Totalmente 1. Concordo 2. Discordo 3. Discordo Totalmente

2. Nós sentimos que somos amados na nossa família.

0. Concordo Totalmente 1. Concordo 2. Discordo 3. Discordo Totalmente

3. Quando fazemos algo errado na nossa família, não sabemos o que esperar.

3. Concordo Totalmente 2. Concordo 1. Discordo 0. Discordo Totalmente

4. Nós nunca deixamos que os problemas se acumulem ao ponto de não conseguirmos lidar com eles.

0. Concordo Totalmente 1. Concordo 2. Discordo 3. Discordo Totalmente

5. Eu nunca sei o que está acontecendo na nossa família.

3. Concordo Totalmente 2. Concordo 1. Discordo 0. Discordo Totalmente

6. A minha família tenta controlar a minha vida.

3. Concordo Totalmente 2. Concordo 1. Discordo 0. Discordo Totalmente

7. Se nós fazemos algo de errado não temos a oportunidade de nos explicarmos.

3. Concordo Totalmente 2. Concordo 1. Discordo 0. Discordo Totalmente

8. Quando as coisas não correm bem nós demoramos muito tempo para as resolver.

3. Concordo Totalmente 2. Concordo 1. Discordo 0. Discordo Totalmente

9. Nós não podemos contar que os membros da nossa família façam a parte deles.

3. Concordo Totalmente 2. Concordo 1. Discordo 0. Discordo Totalmente

10. Nós dispomos de tempo para nos ouvirmos.

0. Concordo Totalmente 1. Concordo 2. Discordo 3. Discordo Totalmente

11. Os castigos são justos na nossa família.

0. Concordo Totalmente 1. Concordo 2. Discordo 3. Discordo Totalmente

12. Nós lidamos com os nossos problemas mesmo quando eles são sérios.

0. Concordo Totalmente 1. Concordo 2. Discordo 3. Discordo Totalmente

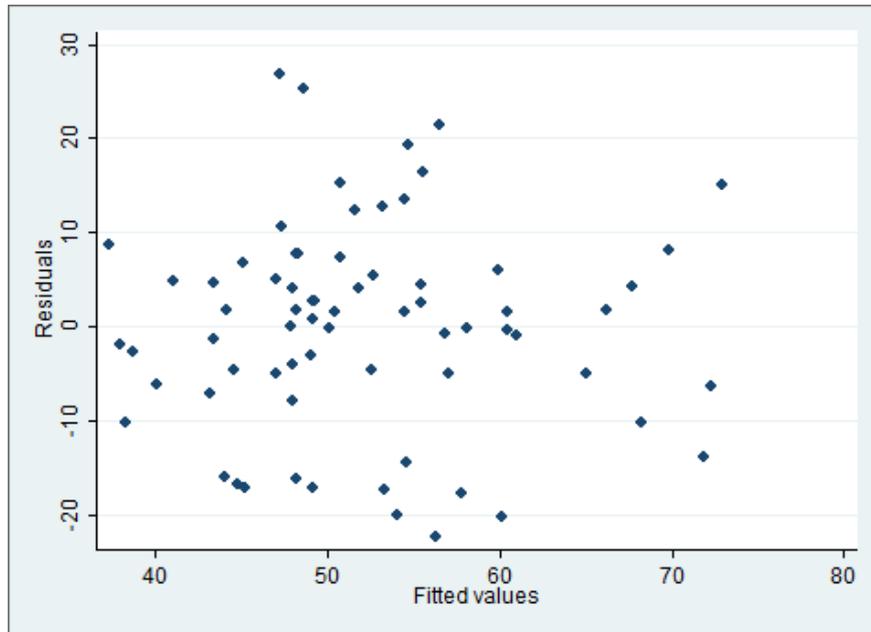
13. Nós não confiamos verdadeiramente uns nos outros.

3. Concordo Totalmente 2. Concordo 1. Discordo 0. Discordo Totalmente

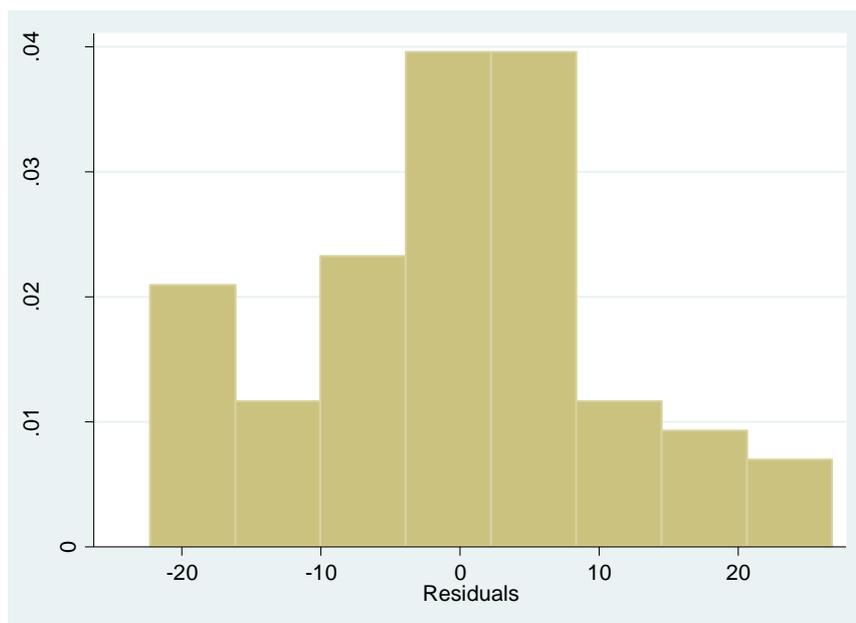
14. Na nossa família nós somos livres para dizer o que pensamos.

0. Concordo Totalmente 1. Concordo 2. Discordo 3. Discordo Totalmente

Muito obrigada por participar deste estudo. A sua participação é muito importante para nós!

APÊNDICE B**GRÁFICOS DE DIAGNÓSTICO****Gráfico 1: Resíduos versus valores ajustados segundo modelo final.**

Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 2: Histograma dos resíduos do modelo final.

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Prezado Sr (a),

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada “Adaptação familiar à situação de nascimento prematuro durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”. O estudo tem por objetivo analisar a relação entre a vulnerabilidade, a avaliação da família acerca do recém-nascido prematuro, a capacidade de resolução de problemas e enfrentamento, e suporte social sobre a adaptação familiar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Para falar sobre isso, o Sr(a) deverá responder algumas perguntas que estão relacionadas com o processo de adaptação aos cuidados à sua criança. O tempo estimado para realização da entrevista será de aproximadamente 20 minutos. O risco de sua participação nesta pesquisa está relacionado à possibilidade de constrangimento, ou reações emocionais, durante a realização das entrevistas. Contudo, será proporcionado pela pesquisadora um ambiente tranquilo e reservado, onde o seu anonimato será preservado, sendo seguidas todas as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e as salvaguardas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Assim como, serão seguidas todas as medidas de prevenção/minimização de riscos. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender mais sobre os fatores que estão relacionados com o processo de adaptação para o cuidado à criança prematura, de forma a entendermos essa realidade e trazermos possíveis contribuições para o cuidado e a adaptação de famílias como a sua. Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), local também que o Sr(a) pode fazer contato para ter esclarecimentos relacionados às dúvidas éticas dirigidas à essa pesquisa, a partir do telefone e endereço abaixo. Em qualquer momento da pesquisa, o Sr(a) poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar sua permissão e autorização para participar, além de não permitir a posterior utilização dessas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo em relação a seu atendimento, nem de sua família na instituição de saúde. Reafirmo que em qualquer situação seu atendimento não será prejudicado e que o Sr(a) não terá nenhum gasto extra e nem mesmo será pago pelas informações. Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário (a) dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Elysângela Dittz Duarte

Carolina Santiago Vieira

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo acima citado que li ou leram para mim. Informo ter mais de 18 anos de idade, e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui, ainda, devidamente informado(a) e esclarecido(a), pelo pesquisador(a) _____, sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício no atendimento às necessidades de saúde de meu (minha) filho (a) assistido neste Serviço. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Belo Horizonte, _____, _____ de 20____.

Nome/ assinatura do(a) participante

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Unidade Administrativa II, 2º andar Tel: (0xx31) 3409-4592

Profª Drª: Elysângela Dittz Duarte Tel: (31) 99970- 9888

Mestranda: Carolina Santiago Vieira Tel: (31) 98866-1291. E-mail: carolsv1@hotmail.com
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

APÊNDICE D

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada “Adaptação familiar à situação de nascimento prematuro durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”. O estudo tem por objetivo analisar a relação entre a vulnerabilidade, a avaliação da família acerca do recém-nascido prematuro, a capacidade de resolução de problemas e enfrentamento, e suporte social sobre a adaptação familiar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Para falar sobre isso, você deverá responder algumas perguntas que estão relacionadas com o processo de adaptação aos cuidados à sua criança. O tempo estimado para realização da entrevista será de aproximadamente 20 minutos. O risco de sua participação nesta pesquisa está relacionado à possibilidade de constrangimento, ou reações emocionais, durante a realização das entrevistas. Contudo será proporcionado pela pesquisadora um ambiente tranquilo e reservado, onde o seu anonimato será preservado, sendo seguidas todas as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e as salvaguardas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Assim como, serão seguidas todas as medidas de prevenção/minimização de riscos. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender mais sobre os fatores que estão relacionados com o processo de adaptação para o cuidado à criança prematura, de forma a entendermos essa realidade e trazermos possíveis contribuições para o cuidado e a adaptação de famílias como a sua. Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), local também que você pode fazer contato para ter esclarecimentos relacionados às dúvidas éticas dirigidas à essa pesquisa, a partir do telefone e endereço abaixo. Em qualquer momento da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar sua permissão e autorização para participar, além de não permitir a posterior utilização dessas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo em relação a seu atendimento, nem de sua família na instituição de saúde. Reafirmo que em qualquer situação seu atendimento não será prejudicado e que você não terá nenhum gasto extra e nem mesmo será pago pelas informações. Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Elysângela Ditz Duarte

Carolina Santiago Vieira

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo acima citado que li ou leram para mim. Destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui, ainda, devidamente informado(a) e esclarecido(a), pelo pesquisador(a) _____, sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício no atendimento às necessidades de saúde de meu (minha) filho (a) assistido neste Serviço. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Belo Horizonte, _____, _____ de 20_____.

Nome/ assinatura do(a) participante

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Unidade Administrativa II, 2º andar Tel: (0xx31) 3409-4592

Profª Drª: Elysângela Ditz Duarte Tel: (31) 99970- 9888

Mestranda: Carolina Santiago Vieira Tel: (31) 98866-1291. E-mail: carolsv1@hotmail.com
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

APÊNDICE E

TCLE destinado aos pais ou responsáveis do menor

Prezado Sr (a),

O (a) menor _____ está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada “Adaptação familiar à situação de nascimento prematuro durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”. O estudo tem por objetivo analisar a relação entre a vulnerabilidade, a avaliação da família acerca do recém-nascido prematuro, a capacidade de resolução de problemas e enfrentamento, e suporte social sobre a adaptação familiar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Para falar sobre isso, o(a) menor deverá responder algumas perguntas que estão relacionadas com o processo de adaptação aos cuidados à sua criança. O tempo estimado para realização da entrevista será de aproximadamente 20 minutos. O risco da participação nesta pesquisa está relacionado à possibilidade de constrangimento, ou reações emocionais, durante a realização das entrevistas. Contudo será proporcionado pela pesquisadora um ambiente tranquilo e reservado, onde o seu anonimato será preservado, sendo seguidas todas as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e as salvaguardas estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Assim como, serão seguidas todas as medidas de prevenção/minimização de riscos. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para compreender mais sobre os fatores que estão relacionados com o processo de adaptação para o cuidado à criança prematura, de forma a entendermos essa realidade e trazermos possíveis contribuições para o cuidado e a adaptação de famílias como a sua. Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmo o compromisso de que as respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados. O consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), local também que o Sr(a) e/ou o menor poderão fazer contato para ter esclarecimentos relacionados às dúvidas éticas dirigidas à essa pesquisa, a partir do telefone e endereço abaixo. Em qualquer momento da pesquisa, o menor poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar sua permissão e autorização para participar, além de não permitir a posterior utilização dessas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo em relação a seu atendimento, nem de sua família na instituição de saúde. Reafirmo que em qualquer situação o atendimento não será prejudicado e que o menor não terá nenhum gasto extra e nem mesmo será pago pelas informações. Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento e autorização para a participação do menor como voluntário (a) dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Elysângela Dittz Duarte

Carolina Santiago Vieira

Eu, _____, abaixo assinado, autorizo o menor _____ a participar do estudo acima citado que li ou leram para mim. Informo ter mais de 18 anos de idade e ser responsável legal pelo menor. Destaco que a participação do menor nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui, ainda, devidamente informado (a) e esclarecido(a), pelo pesquisador(a) _____, sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação no estudo. Foi-me garantido que o menor pode retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício no atendimento às necessidades de saúde de seu (sua) filho (a) assistido neste Serviço. Declaro, portanto, que concordo e autorizo a participação do menor no projeto de pesquisa acima descrito.

Belo Horizonte, _____, _____ de 20 ____.

Nome/ assinatura do(a) responsável legal

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Unidade Administrativa II, 2º andar Tel: (0xx31) 3409-4592
Profª Drª: Elysângela Dittz Duarte Tel: (31) 99970- 9888
Mestranda: Carolina Santiago Vieira Tel: (31) 98866-1291. E-mail: carolsv1@hotmail.com
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE - 62532416.3.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Elysangela Ditz Duarte**
Departamento de Enfermagem Materno Infantil
e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 07 de fevereiro de 2017, o projeto de pesquisa intitulado **“Adaptação familiar à situação de nascimento prematuro durante a internação na unidade de terapia intensiva neonatal”**, bem como:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Vivian Resende
Coordenadora do COEP-UFMG