

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROBERTA LUDIMILA LOPES

**IMPACTO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E  
RELIGIOSIDADE NA SAÚDE MENTAL DE PAIS/RESPONSÁVEIS DE CRIANÇAS  
INTERNADAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

UBERLÂNDIA - MG

2024

**ROBERTA LUDIMILA LOPES**

**IMPACTO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E  
RELIGIOSIDADE NA SAÚDE MENTAL DE PAIS/RESPONSÁVEIS DE CRIANÇAS  
INTERNADAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel e licenciado em Enfermagem.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Luana Araújo Macedo Scalia.

**UBERLÂNDIA - MG**

**2024**

ROBERTA LUDIMILA LOPES

**IMPACTO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E  
RELIGIOSIDADE NA SAÚDE MENTAL DE PAIS/RESPONSÁVEIS DE CRIANÇAS  
INTERNADAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel e licenciado em Enfermagem.

Uberlândia, 22 de outubro de 2024.

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Luana Araújo Macedo Scalia  
Universidade Federal de Uberlândia – Faculdade de Medicina

---

Profa. Dra. Lívia Ferreira Oliveira  
Universidade Federal de Uberlândia – Faculdade de Medicina

---

Profa. Dra. Mônica Rodrigues da Silva  
Universidade Federal de Uberlândia – Faculdade de Medicina

Dedico este trabalho aos meus pais que com muitos sacrifícios me ajudaram e me fizeram chegar até aqui.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus por me capacitar e me sustentar ao longo dessa jornada.

À minha família por sempre me incentivar e me apoiar ao longo do curso.

À minha professora Luana pela paciência, orientação, compreensão, carinho e apoio na execução deste trabalho.

Agradeço também ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa concedida, que me possibilitou a elaboração e produção do trabalho apresentado.

## RESUMO

**Introdução:** A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) oferece cuidados a recém-nascidos, prematuros ou a termos, que necessitam de atenção especializada. Embora a UTIN aumente a sobrevivência dos bebês, a admissão provoca estresse significativo nos pais, resultando em emoções intensas e incertezas sobre a saúde dos filhos. A separação e o ambiente estressante da UTIN, repleto de ruídos e equipamentos, podem gerar sentimentos de medo, tristeza e culpa, impactando o vínculo entre pais e filhos e o desenvolvimento emocional dos recém-nascidos. Além disso, as mães se recuperam do período pós-parto, este permeado por alterações hormonais, nos papéis familiares e na aquisição de novas responsabilidades. O alto nível de estresse experienciado pelas mães na UTIN pode levar a desenvolver depressão, ansiedade, sintomas de transtorno de estresse agudo e transtorno de estresse pós-traumático. A religiosidade, por sua vez, pode atuar como um fator protetor, proporcionando suporte emocional e espiritual que auxilia os pais a lidarem com o sofrimento e a incerteza durante o período de internação. **Objetivos:** Analisar o impacto das variáveis socioeconômicas e a religiosidade na saúde mental de pais/responsáveis de crianças internadas na UTI neonatal. **Metodologia:** Estudo observacional não participante com abordagem quantitativa, realizado com pais/responsáveis que possuíam crianças internadas nas UTI neonatal em um Hospital Universitário do interior de Minas Gerais. Foram utilizados instrumentos de coleta sendo eles: Instrumento de coleta de dados sociodemográficos e clínicos e as escalas Inventário de Religiosidade de Duke (P-DUREL), Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU) e Escala Breve de Coping Espiritual/Religioso (CER:14). Após a etapa de coleta houve a análise estatística com análises bivariadas e testes de correlação. **Resultados:** Participaram do estudo 77 mães. Em relação ao estresse medido pela escala PSS:NICU, o domínio Alteração no Papel de Mãe/Pai apresentou a maior média (N=77; DP=1,33) sendo o item de maior pontuação “Estar separada(o) do meu bebê” com a maior média 3,87 (DP=1,42), evidenciando a dificuldade enfrentada pelas mães em ajustar-se à nova realidade. Na escala P-DUREL, a Religiosidade Intrínseca obteve escores elevados com média 13,61 (DP=2,20) sugerindo um alto nível de internalização da religiosidade entre as participantes. Na escala CRE BREVE, houve predominância de escores positivos com média 4,03 (DP=0,77) indicando um uso mais frequente de estratégias de coping religioso positivos. Os resultados indicaram associações significativas entre variáveis e níveis de estresse. Ter um companheiro esteve associado a um maior estresse na dimensão Alteração no Papel de Mãe/Pai ( $p = 0,012$ ). O fato de ter ocupação com renda correlacionou-se com maior estresse nas dimensões Aparência e Comportamento do Bebê ( $p = 0,018$ ) e no escore total da PSS ( $p = 0,028$ ). Além disso, maior escolaridade (ensino médio completo) foi associada a estresse elevado nas dimensões Aparência e Comportamento do Bebê ( $p = 0,029$ ), Alteração no Papel de Mãe/Pai ( $p = 0,044$ ) e no escore total da PSS:NICU ( $p = 0,022$ ). O contato pele a pele na primeira hora de vida foi relacionado a maior estresse na dimensão Sons e Imagens ( $p = 0,019$ ). Por outro lado, a ausência de contato pele a pele durante a internação associou-se a estresse elevado em Sons e Imagens ( $p = 0,042$ ) e no escore total da PSS:NICU ( $p = 0,049$ ). Situações estressantes durante a gravidez também se relacionaram a maior estresse na dimensão Aparência e Comportamento do Bebê ( $p = 0,020$ ). A necessidade de reanimação neonatal foi associada a maior estresse nas dimensões Aparência e Comportamento do Bebê ( $p = 0,019$ ) e no escore total da PSS:NICU ( $p = 0,05$ ). Não foram encontradas correlações significativas entre os níveis de estresse e as dimensões de religiosidade.

**Conclusão:** A internação na UTIN é um evento que pode acarretar em diversas alterações tanto estruturais, financeiras quanto mentais com repercussão sobre a dinâmica familiar. Este

estudo evidenciou o estresse elevado experimentado pelas mães de neonatos internados, especialmente devido à separação de seus filhos, o uso de equipamentos de suporte ventilatório e a percepção de dor nos bebês. Embora a religiosidade seja frequentemente considerada um recurso de enfrentamento, não encontramos associações significativas com os níveis de estresse no nosso estudo. Ademais, as mulheres que possuem companheiro, escolaridade médio acima e ocupação apresentaram altas taxas de estresse, o que pode ocorrer devido a necessidade de conciliar muitas atividades com a situação de ter um filho internado. Mães que passaram por situações estressantes durante a gravidez e cujos filhos precisaram ser reanimados na sala de parto apresentaram escores de estresse indicando que vivenciar situações inesperadas contribui para desfechos negativos.

**Palavras-chave:** Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Saúde Mental; Questionário de Saúde do Paciente; Doenças Mentais; Estresse; Religiosidade.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Neonatal Intensive Care Unit (NICU) provides care to newborns, whether premature or full-term, who require specialized care. Although the NICU increases the survival of babies, admission causes significant stress to parents, resulting in intense emotions and uncertainty about the health of their children. Separation and the stressful environment of the NICU, full of noise and equipment, can generate feelings of fear, sadness and guilt, impacting the bond between parents and children and the emotional development of newborns. In addition, mothers recover from the postpartum period, which is permeated by hormonal changes, in family roles and in the acquisition of new responsibilities. The high level of stress experienced by mothers in the NICU can lead to the development of depression, anxiety, symptoms of acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. anxiety, symptoms of acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. Religiosity, in turn, can act as a protective factor, providing emotional and spiritual support that helps parents deal with suffering and uncertainty during hospitalization. **Objectives:** To analyze the impact of socioeconomic variables and religiosity on the mental health of parents/guardians of children admitted to the neonatal ICU. **Methodology:** Non-participant observational study with a quantitative approach, carried out with parents/guardians who had children admitted to the neonatal ICU at a university hospital in the interior of Minas Gerais. Data collection instruments were used, including: Sociodemographic and clinical data collection instrument and the Duke Religiousness Inventory (P-DUREL), Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU) and Brief Spiritual/Religious Coping Scale (CER:14). After the data collection stage, statistical analysis was performed with bivariate analyses and correlation tests. **Results:** 77 mothers participated in the study. Regarding stress measured by the PSS:NICU scale, the Change in the Role of Mother/Father domain presented the highest mean (N=77; SD=1.33), with the highest-scoring item being "Being separated from my baby" with the highest mean of 3.87 (SD=1.42), highlighting the difficulty faced by mothers in adjusting to the new reality. On the P-DUREL scale, Intrinsic Religiosity obtained high scores with a mean of 13.61 (SD=2.20), suggesting a high level of internalization of religiosity among the participants. On the BRIEF CRE scale, there was a predominance of positive scores with a mean of 4.03 (SD=0.77), indicating a more frequent use of positive religious coping strategies. The results indicated significant associations between variables and stress levels. Having a partner was associated with greater stress in the Change in the Role of Mother/Father dimension ( $p=0.012$ ). Having a job with income was associated with greater stress in the dimensions of Baby Appearance and Behavior ( $p = 0.018$ ) and in the total PSS score ( $p = 0.028$ ). In addition, higher education level (complete high school) was associated with increased stress in the dimensions of Baby Appearance and Behavior ( $p = 0.029$ ), Change in the Role of Mother/Father ( $p = 0.044$ ) and in the total score of the PSS:NICU ( $p = 0.022$ ). Skin-to-skin contact in the first hour of life was related to greater stress in the Sounds and Images dimension ( $p = 0.019$ ). On the other hand, the absence of skin-to-skin contact during hospitalization was associated with increased stress in Sounds and Images ( $p = 0.042$ ) and in the total score of the PSS:NICU ( $p = 0.049$ ). Stressful situations during pregnancy were also associated with greater stress in the Infant Appearance and Behavior dimension ( $p = 0.020$ ). The need for neonatal resuscitation was associated with greater stress in the Infant Appearance and Behavior dimensions ( $p = 0.019$ ) and in the total PSS:NICU score ( $p = 0.05$ ). No significant correlations were found between stress levels and the dimensions of religiosity. **Conclusion:** Admission to the NICU is an event that can result in several structural, financial, and mental changes with repercussions on family dynamics. This study highlighted the high stress experienced by mothers of hospitalized newborns, especially due to separation from



their children, the use of ventilatory support equipment, and the perception of pain in the babies. Although religiosity is often considered a coping resource, we did not find significant associations with stress levels in our study. Furthermore, women who have a partner, higher education level and occupation presented high stress rates, which may occur due to the need to reconcile many activities with the situation of having a hospitalized child. Mothers who experienced stressful situations during pregnancy and whose children needed to be resuscitated in the delivery room presented stress scores indicating that experiencing unexpected situations contributes to negative outcomes.

**Keywords:** Intensive Care Units, Neonatal; Mental Health; Patient Health Questionnaire, Mental Illness; Stress; Religiosity.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>14</b>
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) oferece assistência a recém-nascidos (RN's) prematuros ou a termos que precisam de cuidados específicos (Mengesha *et al.*, 2022).. Esse setor conta com equipe e equipamentos especializados, além de tecnologias que aumentam a sobrevivência dos RN's, destacando o hospital e as intervenções como uma importante fonte de auxílio (Mengesha *et al.*, 2022).

Segundo a Academia Americana de Pediatria quase 5% dos RN's necessitam de internação na UTIN (Mengesha *et al.*, 2022). Sendo as principais razões a prematuridade (nascimentos abaixo das 37 semanas de gestação), seguida por malformações congênitas, complicações maternas durante o período gravídico, síndrome de abstinência neonatal por drogas e infecções respiratórias (WYATT; SHREFFLER; CICIOLLA, 2019).

Cerca de 15 milhões de nascimentos no mundo são de RN's prematuros (Kegler *et al.*, 2019). No Brasil, de 2011 a 2019, foram registrados aproximadamente 3 milhões de nascimentos prematuros (Alberton *et al.*, 2023).

Em um estudo realizado no Brasil com o objetivo de comparar as taxas de nascimentos prematuros entre os períodos pandêmico e pré-pandêmico (2011-2021), a taxa de nascimentos prematuros foi de 11,1%, e não houve diferença estatisticamente significativa entre os períodos, nem mesmo ao avaliar as características maternas ou por macrorregiões (Alberton *et al.*, 2023). Outro estudo realizado em Alagoas, em uma maternidade de referência para alto risco materno e neonatal, foi constatado que a taxa de RN's com idade gestacional entre 22 e 37 semanas foi 69,71% (Nascimento *et al.*, 2020).

A admissão de um bebê na UTIN é um momento extremamente estressante para os pais e pode contribuir para o desenvolvimento de doenças (Abedini *et al.*, 2021). Essa situação exige que os pais conciliem as demandas do ambiente hospitalar com suas necessidades pessoais, levando à quebra de expectativas, já que geralmente se espera o nascimento de um bebê saudável e, em seguida, a alta hospitalar (Abedini *et al.*, 2021).

Nesse cenário de incerteza, a família se vê envolta em uma série de emoções intensas, enfrentando uma verdadeira crise (Exequiel *et al.*, 2019). A separação do recém-nascido e a falta de informações claras podem gerar sentimentos negativos, especialmente quando a sobrevivência do bebê está em jogo (Exequiel *et al.*, 2019). Assim, a experiência da

internação não apenas afeta o bebê, mas também provoca um impacto profundo na saúde emocional dos pais (Exequiel *et al.*, 2019).

Frente à notícia da hospitalização, podem surgir sentimentos diversos e sofrimento emocional devido ao temor da perda do filho, incluindo decepção, insegurança, angústia, estresse, tristeza e culpa (Exequiel *et al.*, 2019). A separação gera sentimentos de pesar, decepção e frustração, impactando o desenvolvimento do vínculo e do apego (Exequiel *et al.*, 2019). Além disso, os pais perdem o protagonismo, pois seu papel parental é deixado de lado, já que agora são os profissionais de saúde os principais responsáveis pelos cuidados (Exequiel *et al.*, 2019).

Essa nova experiência vivida pelos pais, somada aos sentimentos de medo, tristeza, insegurança e culpa, pode influenciar o vínculo entre eles e o desenvolvimento do neonato, com consequências negativas a longo prazo no comportamento adaptativo e emocional dos bebês (Taurisano *et al.*, 2020). Ademais, outros eventos estressores que podem afetar negativamente o vínculo entre a díade são a internação prolongada e as dificuldades de contato impostas pelo ambiente, como máquinas e aparelhos conectados ao bebê (Taurisano *et al.*, 2020).

Nesse cenário, a equipe de enfermagem se torna indispensável para estimular a aproximação, esclarecer dúvidas e contribuir para o contato com o bebê, diminuindo assim o sofrimento da família causado pela separação da criança e permitindo o estabelecimento do vínculo (Exequiel *et al.*, 2019).

O ambiente da UTIN é, por si só, estressante, caracterizado por ruídos, equipamentos, pessoas desconhecidas e rotinas rígidas (Abedini *et al.*, 2021; Taurisano *et al.*, 2020). Além disso, os pais se deparam com a visão de seus filhos conectados a tubos e cabos de aparelhos (Abedini *et al.*, 2021). Nesse mesmo momento, as mães se recuperam do período pós-parto, que é permeado por alterações hormonais, mudanças nos papéis familiares e a aquisição de novas responsabilidades (Abedini *et al.*, 2021). Essas circunstâncias agravam a complexidade da recuperação pós-parto materna e as reações psicológicas dos pais, prejudicando a capacidade de compreender as informações sobre a saúde do recém-nascido e aumentando os sentimentos negativos (Wyatt; Shreffler; Ciciolla, 2019).

Esse ambiente desafiador não apenas afeta os pais, mas também pode causar estranhamento e desgaste emocional (De Lima *et al.*, 2022; Exequiel *et al.*, 2019). A visão de vários aparelhos tecnológicos pode causar estranhamento e ser emocionalmente desgastante para o recém-nascido (RN), seus pais e familiares, que muitas vezes não conhecem a real condição de seus bebês (De Lima *et al.*, 2022; Exequiel *et al.*, 2019). A aparência frágil do

bebê, que recebe continuamente os cuidados dos profissionais, contribui para uma situação angustiante e desesperadora (De Lima *et al.*, 2022; Exequiel *et al.*, 2019).

Devido ao quadro apresentado pelo recém-nascido (RN), os pais tendem a sofrer com sentimentos de culpa e incapacidade, pois acreditam que suas ações contribuíram para a situação e que são incapazes de conceber um filho saudável (Exequiel *et al.*, 2019). Os sentimentos de aflição, inquietação e incerteza decorrem da percepção dos pais de que o ambiente da UTIN é um lugar com elevado risco de morte e estados de saúde graves (Exequiel *et al.*, 2019). Nesse cenário, a visão do uso de aparelhos responsáveis pela manutenção dos órgãos vitais gera espanto nos pais (Exequiel *et al.*, 2019).

As mães de neonatos internados na UTIN sentem-se incompletas, frustradas e incapazes por não poderem permanecer perto de seus filhos (Exequiel *et al.*, 2019). Há um sentimento de desapontamento pela impossibilidade de levar o bebê para casa, o que fragiliza o vínculo mãe-bebê (Exequiel *et al.*, 2019). Essa situação quebra o imaginário esperado durante a gestação, em que a mãe seria a responsável por fornecer os cuidados, papel que agora é repassado à equipe de profissionais (Exequiel *et al.*, 2019). Assim, o bebê depende da ajuda deles e dos aparelhos, por tempo indefinido, para sobreviver (Exequiel *et al.*, 2019).

O estresse ocasionado nos pais de recém-nascidos (RN) internados na UTIN pode influenciar seu papel parental e a aquisição de habilidades no cuidado com o neonato, afetando seu desenvolvimento e a relação entre eles (Taurisano *et al.*, 2020). As principais fontes de estresse são: a separação do bebê, a necessidade de informação e comunicação, o papel e a empatia da equipe de saúde, o medo da morte do bebê, e os sentimentos de culpa e vergonha (Taurisano *et al.*, 2020). Contudo, algumas mães afirmaram que o momento da notícia da internação e a primeira visita foram as ocasiões mais estressantes (Taurisano *et al.*, 2020).

A internação de um bebê na UTIN pode causar sofrimento significativo e contribuir para o surgimento de problemas mentais durante e após a admissão (Malouf *et al.*, 2024). O alto nível de estresse experimentado pelas mães na UTIN pode levar ao desenvolvimento de depressão, ansiedade, sintomas de transtorno de estresse agudo e transtorno de estresse pós-traumático (Abedini *et al.*, 2021).

Muitos pais de crianças internadas na UTIN desenvolvem depressão, ansiedade parental ou trauma psicológico (Persson *et al.*, 2023). Cerca de 40% a 50% dos pais afirmaram ter tido depressão, ansiedade e estresse pós-traumático durante a internação, e 30% a 60% continuaram a apresentar sintomas após a alta (Grunberg; Vranceanu; Lerou, 2022). Esses sintomas podem se manifestar com mais intensidade em caso de partos traumáticos,

conforme estudos que mostraram ansiedade presente em cerca de 42% dos pais no primeiro mês após o nascimento, e sintomas de estresse pós-traumático foram encontrados em 40% deles (Malouf *et al.*, 2024; Persson *et al.*, 2023).

Em geral, a proporção de mães que desenvolveram depressão pós parto (DPP) é significativa, cerca de 12% (Persson *et al.*, 2023). Em um estudo com mães de RN's prematuros, a incidência variou de 6,6% a 42,9% (Eduardo *et al.*, 2019). Embora os sintomas de DPP tendem a diminuir ao longo dos anos, um estudo na Suécia revelou que 30% a 50% das mães continuaram a ter depressão grave mais de um ano após o parto (Persson *et al.*, 2023).

Esses fatores de estresse podem ser aliviados com o suporte da equipe, mas relacionamentos ruins com os profissionais e orientações vagas agravam o estresse (Mengesha *et al.*, 2022). Contudo, esses problemas podem persistir após a alta hospitalar, prejudicando o vínculo entre pais e filhos e o desenvolvimento do recém-nascido (Kegler *et al.*, 2019). Pesquisas indicam que o estresse e os sintomas depressivos maternos influenciam negativamente o desenvolvimento social e comportamental dos recém-nascidos pré-termo (Kegler *et al.*, 2019).

Sendo assim, a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal pode levar ao surgimento de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, resultando em adoecimento mental de mães e pais. Esse estado emocional impacta a dinâmica familiar, os cuidados com o recém-nascido (RN), seu desenvolvimento e segurança, o que pode gerar sofrimento mental. A separação imediata do bebê, a falta de conhecimento e experiência nos cuidados, e o início da parentalidade em um ambiente hostil agravam esses sintomas, comprometendo a função parental e o desenvolvimento do recém-nascido.

A religiosidade, por sua vez, pode atuar como um fator protetor, proporcionando suporte emocional e espiritual que ajuda os pais a lidarem com o sofrimento e a incerteza durante o período de internação (De Miranda; Machado, 2022). Diante desse contexto, o presente estudo busca analisar o impacto das variáveis socioeconômicas e da religiosidade na saúde mental de pais e responsáveis por crianças internadas na UTIN, visando promover a implementação de serviços adequados que ofereçam suporte e tratamentos eficazes em momentos tão dolorosos.

## **2 OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL:**

Analisar o impacto das variáveis socioeconômicas e a religiosidade na saúde mental de pais/responsáveis de crianças internadas na UTI neonatal.

### **OBJETIVO ESPECÍFICO:**

Conhecer o perfil socioeconômico das famílias com crianças internadas na UTI neonatal;

Descrever a religiosidade dessas mães e responsáveis;

Analisar a presença de estresse em mães e responsáveis que possuíam RN's internados na UTI neonatal.

### 3 METODOLOGIA

A pesquisa foi de abordagem quantitativa, observacional e transversal, realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital Universitário no interior de Minas Gerais, Brasil. O projeto foi submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP), sob número CAAE=6.125.619.

A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2023 a junho de 2024. Os participantes do estudo foram mães que possuíam recém-nascidos (RN's) internadas na UTIN. Os critérios de inclusão exigiam que a criança estivesse internada por pelo menos três dias e que a mãe tivesse visitado o bebê ao menos duas vezes antes da coleta dos dados. Foram excluídos do estudo pai/mãe/responsáveis de RN que internaram diretamente na unidade canguru, aqueles que visitaram os neonatos na UTI somente uma vez, ou aqueles pais/responsáveis de crianças que estão internadas há menos de três dias nesses setores.

A UTIN era composta por 42 leitos, divididos em 20 leitos de terapia intensiva (sendo 10 do tipo 2 e 10 do tipo 3), 16 de cuidados intermediários e 6 leitos da unidade canguru. Na UTI do tipo 2, cinco leitos são destinados a recém-nascidos maiores de 34 semanas e cinco leitos a menores de 34 semanas; essa divisão, entretanto, pode variar conforme o quadro clínico dos recém-nascidos e a decisão dos profissionais do setor. Na UTI do tipo 3, os leitos são destinados a recém-nascidos menores de 34 semanas.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos: o primeiro era constituído pela abordagem inicial na sala de espera da UTIN e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e dos instrumentos de coleta pelos participantes e no segundo momento eram realizadas buscas nos prontuários dos RN's procurando por dados clínicos.

Os instrumentos de coleta de dados incluíram a P-DUREL, a Escala de Coping Religioso-Espiritual, a Escala PSS (*Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit*) e um questionário desenvolvido pelas pesquisadoras para identificar o perfil socioeconômico e clínico dos responsáveis e das crianças. Esse questionário, além de conter perguntas sobre dados sócio-demográficos e gestacionais direcionadas às voluntárias da pesquisa, inclui dados clínicos que foram coletados no prontuário.

A escala P-DUREL (Inventário de Religiosidade de Duke, versão em português) é um instrumento sucinto, autoaplicável, composto de cinco itens que mensuram três dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos de saúde: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não-Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI) (Lucchetti *et al.*, 2012). A RO está relacionada à frequência em grupos religiosos como cultos, missas, cerimônias, etc. (pontuação de 1 a 6, sendo 1 baixa e 6 alta RO); a RNO mede a frequência de



atividades religiosas privadas como orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio, etc. (pontuação de 1 a 6, sendo um baixa e seis alta RNO); e a RI que refere-se a busca de internalização e vivência da religiosidade como principal objetivo do indivíduo (pontuação de 3 a 15) (Lucchetti *et al.*, 2012). Desenvolvida por Koenig e colaboradores em 1997, a escala foi traduzida para o português por Moreira-Almeida *et al.* (2008) e validada em estudos, demonstrando elevada consistência interna (Lucchetti *et al.*, 2012).

Com objetivo de avaliar as questões ligadas a espiritualidade e religião utilizou-se, portanto, neste estudo a Escala Breve de Coping Espiritual/Religioso (CER:14), versão validada no Brasil por Esperandio e colaboradores (2018) que teve como modelo a *Brief RCOPE, Red Flags Religion Coping Scale*, desenvolvida por Pargament (1997).

A CER:14, avalia as formas de enfrentamento religioso/espiritual, através dos 14 itens que possui, sendo 7 itens relacionados ao CREP e 7 itens ao CREN (Esperandio *et al.*, 2019). O CREP está ligado a uma relação segura com Deus, acreditar que há sentido na vida que pode ser buscado e sentido de conexão com os outros, sendo que, as formas de enfrentamento positivas podem se apresentar como uma procura maior aproximação com Deus e de suporte, já o CREN está ligado a uma relação menos segura com Deus e com a perspectiva de um mundo frágil e ameaçador com conflitos espirituais que permeiam a jornada pela busca de significado, logo no processo de enfrentamento desse indivíduo estará presente sentimentos negativos como raiva de Deus, abandono e punição, etc (Esperandio *et al.*, 2019).

Os itens que avaliam o CREP são: 1 “Procurei uma ligação maior com Deus, 2 “Procurei o amor e proteção de Deus”, 3 “Busquei a ajuda de Deus para livrar-me da minha raiva”, 4 “Tentei colocar meus planos em ação com ajuda de Deus”, 5 “Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nessa situação”, 6 “Perdi perdão por meus erros ou pecados”, 7 “Foquei na religião para parar de me preocupar com meus problemas” e o negativo são: 8 “Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado”, 9 “Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé, 10 “Fiquei imaginando o que eu fiz para Deus me castigar”, 11 “Questionei o amor de Deus por mim”, 12 “Fiquei imaginando se meu grupo religioso tinha me abandonado, 13 “Cheguei a conclusão de que forças do mal atuaram para isso acontecer, 14 “Questionei o poder de Deus” (Macedo; Esperandio, 2021). As respostas são classificadas por meio de uma escala Likert que varia de 1 “nem um pouco/nunca”, 2 “um pouco”; 3 “Mais ou Menos”; 4 “Bastante” e 5 “Muitíssimo” (Macedo; Esperandio, 2021).

A Escala PSS:NICU (*Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit*) avalia o estresse em pais de recém-nascidos (RNs) internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e inclui os agentes estressores no ambiente (Kegler *et al.*, 2023). É baseada em fatores físicos, psicossociais e ambientais e mensura o estresse relacionado aos aspectos

referente ao ambiente, a aparência e comportamento e nas mudanças de papel dos pais (Souza, 2017). É composta de 26 itens divididos em três subescalas nomeadas de sons e imagens, aparência e comportamento do bebê e alteração do comportamento dos pais (Kegler *et al.*, 2023). As respostas são classificadas por meio de uma escala Likert e sua pontuação varia de 1 a 5, onde 1 = não foi estressante, 2 = um pouco estressante, 3 = moderadamente estressante, 4 = muito estressante e 5 = extremamente estressante (Kegler *et al.*, 2023). Contudo, se nenhum dos pais passou por nenhuma das situações apresentadas podem escolher a opção NA = não se aplica, visto que, a aplicação da escala PSS: NICU avalia o quanto foi estressante para os pais passarem por determinada situação (Kegler *et al.*, 2023). Foi criada por Miles, Funk e Carlson (1993) e validada por para o Brasil por Souza, Dupas e Balieiro (2012).

Para análise de dados, estes foram inicialmente registrados em uma planilha Excel por dois revisores independentes para garantir a acurácia. Em seguida, foram analisados utilizando o software SPSS versão 23.

Análises descritivas incluíram média, desvio padrão, porcentagem e frequência absoluta. Para a comparação de médias, foi utilizada a correlação de Pearson, considerando os testes de normalidade das variáveis. O teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) foi utilizado para comparações entre grupos, e algumas variáveis foram dicotomizadas para melhorar a robustez do teste. O nível de significância adotado foi  $p < 0,05$ .

## 4 RESULTADOS

Participaram do estudo 77 mães de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), sendo que 71 RN's estavam na UTIN II e III, e 6 na Unidade de Cuidados Intermediários. Foram abordados pais, contudo estes se recusaram a participar do estudo. Das 77 mães, 73 (94,8%) viviam em zonas urbanas. A média de idade foi 28,11 anos (DP=6,85; mínimo 18, máximo 44), e a cor/raça predominante foi parda, representando 41 (53,2%) das mães. Entre elas, 27 (35,1%) eram casadas, 46 (59,7%) tinham alguma renda, e 29 (37,7%) concluíram o ensino médio. A maioria, 31 (40,3%), possuía renda familiar acima de 2000 reais, e 46 (59,7%) moravam em casas alugadas, com 36 (46,8%) convivendo com mais duas pessoas em casa. Quanto à religião, 27 (35,1%) eram católicas, 40 (51,9%) não tinham outros filhos, mas 37 (48,1%) afirmaram ter outros filhos. Das mães, 49 (63,6%) já haviam cuidado de RN's anteriormente, e 55 (71,4%) recebiam ajuda em casa com o bebê. Entre as mães com outros filhos, 63 (81,8%) conseguiram revezar nos cuidados com a criança.

Do total, 75 (97,4%) das mães realizaram pré-natal, sendo que 53 (68,8%) o fizeram na UBSF. Para 31 (40,3%) delas, essa foi a primeira gestação; 54 (70,1%) relataram intercorrências durante a gravidez, e 31 (40,3%) passaram por situações estressantes durante o período gestacional. A grande maioria, 69 (89,6%), estava gestando apenas um feto. Apenas uma mãe (1,3%) relatou o uso de drogas na gravidez, e 71 (92,2%) não fumaram durante a gestação. Quanto ao tipo de parto, 55 (71,4%) foram cesáreas, enquanto 22 (28,6%) foram vaginais, com 30 (39,0%) dessas últimas cursando com intercorrências. Entre as participantes, 38 (49,4%) nunca haviam tido partos prematuros, 31 (40,3%) já haviam amamentado em outras gestações, e 60 (77,9%) não haviam tido nenhuma perda gestacional. Na Tabela 1 apresentam-se os dados de cada participante referente às características sociodemográficas apresentadas.

**Tabela 1** - Frequência e porcentagem de características socioeconômicas das mães dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (continua)

Variáveis	Frequência (N)	Porcentagem (%)
<b>Cidade</b>		
Cidade onde fica o hospital	48	62,3
Outra localidade	28	36,4

**Tabela 1** - Frequência e porcentagem de características socioeconômicas das mães dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (continuação)

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (N)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Nulo	1	1,3
<b>Zona de Domicílio</b>		
Urbana	73	94,8
Rural	2	2,6
Nulo	2	2,6
<b>Idade (média/DP)</b>	28,11	6,85
<b>Cor/Raça</b>		
Preta	14	18,2
Parda	41	53,2
Branca	22	28,6
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	19	24,7
Casada	27	35,1
Divorciada	2	2,6
Mora com o companheiro(a)	29	37,7
<b>Ocupação</b>		
Com renda	46	59,7
Sem renda	27	35,1
Nulo	4	5,2

**Tabela 1** - Frequência e porcentagem de características socioeconômicas das mães dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (continuação)

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (N)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental incompleto	11	14,3
Fundamental Completo	4	5,2
Ensino Médio Incompleto	8	10,4
Ensino Médio Completo	29	37,7
Ensino Superior incompleto	10	13,0
Ensino Superior completo	15	19,5
<b>Renda Familiar</b>		
Menor que 1000	12	15,6
Entre 1000 e 2000	22	28,6
Mais que 2000	31	40,3
Nulo	12	15,6
<b>Moradia</b>		
Própria	28	36,4
Alugada	46	59,7
Outros	3	3,9
<b>Pessoas que moram com você:</b>		
Duas pessoas	36	46,8
Três pessoas	17	22,1

**Tabela 1** - Frequência e porcentagem de características socioeconômicas das mães dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (continuação)

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (N)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Quatro pessoas	14	18,2
Cinco pessoas	6	7,8
Seis ou mais pessoas	4	5,2
<b>Religião</b>		
Não possui	19	24,7
Católica	27	35,1
Evangélica	20	26,0
Espírita	4	5,2
Outros	7	9,1
<b>Filhos vivos</b>		
Não	40	51,9
Sim	37	48,1
<b>Se sim, quantos?</b>		
1,0	22	28,6
2,0	6	7,8
3,0	9	11,7
<b>Já cuidou de RN antes?</b>		
Não	28	36,4

**Tabela 1** - Frequência e porcentagem de características socioeconômicas das mães dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (continuação)

Variáveis	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Sim	49	63,6
<b>Recebe algum tipo de ajuda em casa ou com o bebê</b>		
Não	22	28,6
Sim	55	71,4
<b>Consegue revezar com alguém nos cuidados com a crianças</b>		
Não	13	16,9
Sim	63	81,8
Nulo	1	1,3
<b>Fez pré-natal?</b>		
Não	2	2,6
Sim	75	97,4
<b>Local do pré-natal</b>		
UBSF	53	68,8
Hospital	10	13,0
Outros	3	7,8
UBSF/Hospital	11	14,3
<b>Número de gestações, incluindo esta</b>		
1,0	31	40,3
2,0	24	31,2

**Tabela 1** - Frequência e porcentagem de características socioeconômicas das mães dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (continuação)

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (N)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
3,0	15	19,5
4,0	5	6,5
5,0	2	2,6
<b>Intercorrências na gestação</b>		
Não	23	29,9
Sim	54	70,1
<b>Situações estressantes nesta gestação</b>		
Não	46	59,7
Sim	31	40,3
<b>Estava grávida de quantos bebês nessa gestação?</b>		
1	69	89,6
2	7	9,1
3 ou mais	1	1,3
<b>Uso de drogas na gestação</b>		
Não	76	98,7
Sim	1	1,3
<b>Fumou na gestação</b>		
Não	71	92,2
Sim	6	7,8



**Tabela 1** - Frequência e porcentagem de características socioeconômicas das mães dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (conclusão)

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (N)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>Tipo de parto</b>		
Vaginal	22	28,6
Cesárea	55	71,4
<b>Intercorrências no parto</b>		
Não	47	61,0
Sim	30	39,0
<b>Já teve parto prematuro</b>		
Sim	18	23,4
Não	38	49,4
Não se aplica, foi a primeira	21	27,3
<b>Amamentou em outras gestações</b>		
Sim	31	40,3
Não	19	24,7
Não se aplica, foi a primeira	27	35,1
<b>Já teve alguma perda gestacional</b>		
Não	60	77,9
Sim	17	22,1

Fonte: Autoria própria.

Nota: As variáveis peso ao nascer, APGAR do 1º e 5º minuto, peso atual da criança, dias de internação foram analisadas a partir da média e desvio padrão devido à variabilidade das respostas obtidas.

Nulo são as respostas que não foram respondidas pelas entrevistadas no questionário.

Na Tabela 2 constam os dados dos RN's, 40 (51,9%) eram do sexo masculino. A média de peso ao nascer foi 1823,5 gramas (DP = 1014; mínimo 500, máximo 3500). O método mais comum para avaliação da idade gestacional foi o ultrassom, utilizado em 65 (84,4%) dos casos. A média do Apgar no 1º minuto foi 5,9 (DP = 2,44; mínimo 0, máximo 9), e no 5º minuto foi 7,85 (DP = 1,73; mínimo 0, máximo 9). A maioria dos RN's, 36 (46,8%), não necessitou de reanimação, enquanto 31 (40,3%) precisaram. Intercorrências foram observadas em 62 (79,2%) dos casos. A média de idade atual dos RN's foi de 27 dias (DP = 22,20; mínimo 2, máximo 116). Patologias ocorreram em 67 (87%) dos RN's, e 56 (72,7%) precisaram de suporte ventilatório durante a internação. Desses, 39 (50,6%) necessitaram de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), CPAP ou BIPAP. O tempo médio de internação foi de 23 dias (DP = 21,08; mínimo 2, máximo 126). Além disso, 65 (84,4%) dos RN's receberam medicações, e 66 (85,7%) tiveram intercorrências clínicas. Apenas 11 RN's tiveram contato pele a pele na primeira hora de vida. As mães foram informadas sobre os benefícios do contato pele a pele em 43 (55,8%) dos casos, e 30 (39%) praticavam o contato diariamente durante a internação. Por fim, 35 (45,5%) das mães não puderam amamentar logo após o parto, e a alimentação mais comum era por leite artificial com suplementação de banco de leite em 26 (33,8%) dos RN's, sendo a sonda gástrica o método mais utilizado.

**Tabela 2** - Frequência e porcentagem das características dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (continua)

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (N)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>Sexo da criança</b>		
Masculino	40	51,9
Feminino	36	46,8
Nulo	1	1,3
<b>Idade Gestacional</b>		
< 32 semanas (210 dias)	24	
>=32 semanas	46	

**Tabela 2** - Frequência e porcentagem das características dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (continuação)

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (N)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>Avaliação/método</b>		
USG	65	84,4
Ignorado	1	1,3
Nulo	11	14,3
<b>Peso ao nascer (gramas – média/DP)</b>	1823,5	1014
<b>APGAR 1º minuto</b>	5,9	2,44
<b>APGAR 5º minuto</b>	7,85	1,73
<b>Reanimação</b>		
Sim	31	40,3
Não	36	46,8
Nulo	10	13
<b>Intercorrências clínicas</b>		
Sim	61	79,2
Não/ignorada	6	7,8
Nulo	10	13
<b>Idade atual criança (dias – média/DP)</b>	27,03	22,21
<b>Patologias</b>		
Sim	67	87
Não	1	1,3

**Tabela 2** - Frequência e porcentagem das características dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (continuação)

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (N)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Nulo	9	11,7
<b>Uso de suporte ventilatório e oxigenoterapia na internação</b>		
Sim	56	72,7
Não	12	15,6
Nulo	9	11,7
<b>Se sim, qual tipo?</b>		
VMI+CPAP+BIPAP	39	50,6
Capacete/halo+cateter de oxigênio	14	18,2
Os dois	3	3,9
Nulo	12	15,6
Não se aplica	9	11,7
<b>Tempo de internação (dias – média/DP)</b>	23,85	21,09
<b>Uso de medicação na internação</b>		
<b>Sim</b>	65	84,4
<b>Nulo</b>	12	15,6
<b>Intercorrências na internação</b>		
<b>Sim</b>	66	85,7
<b>Nulo</b>	11	14,3

**Tabela 2** - Frequência e porcentagem das características dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (continuação)

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (N)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>Contato pele a pele na primeira hora de vida</b>		
Sim	11	14,3
Não	66	85,7
<b>Informada sobre os benefícios do contato pele a pele</b>		
Sim	43	55,8
Não	34	44,2
<b>Frequência do contato pele a pele durante a internação</b>		
Diariamente	30	39
Durante visitas na UTIN	17	22,1
Eventualmente	10	13
Nunca	14	18,2
Nulo	6	7,8
<b>Primeira vez que amamentou</b>		
Não teve oportunidade	35	45,5
Primeira hora após nascimento	5	6,5
Primeiro dia de vida	2	2,6
Outros	33	42,9

**Tabela 2** - Frequência e porcentagem das características dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (continuação)

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência (N)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Nulo	2	2,6
<b>Tipo de alimentação láctea durante a internação</b>		
Aleitamento Materno exclusivo	5	6,5
Aleitamento materno com suplementação de leite artificial	11	14,3
Aleitamento artificial/fórmula	6	7,8
Aleitamento materno com suplementação de leite banco de leite	16	20,8
Aleitamento artificial com leite banco de leite	26	33,8
Mais que uma das opções	10	13
Nulo	3	3,9
<b>Se oferta leite artificial, qual a forma?</b>		
Sonda	51	66,2
Copo	11	14,3
Utiliza mamadeira	3	3,9
Mais de uma opção	8	10,4
Nulo	4	5,2

Fonte: Autoria própria.

Nota: As variáveis peso ao nascer, APGAR do 1º e 5º minuto, peso atual da criança, dias de internação foram analisadas a partir da média e desvio padrão devido à variabilidade das respostas obtidas.

Nulo são as respostas que não foram respondidas pelas entrevistadas no questionário.

A Tabela 3 apresenta os escores mínimo, máximo, média e desvio padrão das escalas de religiosidade (P-DUREL), coping religioso e espiritual (CRE BREVE) e estresse (PSS:NICU). Observa-se que a Religiosidade Intrínseca obteve escores elevados, sugerindo um alto nível de internalização da religiosidade entre as participantes. Na escala CRE BREVE, a predominância de escores positivos indica um uso mais frequente de estratégias de coping religioso positivo. Em relação ao estresse, a Alteração no Papel de Mãe/Pai foi a área mais afetada, destacando a dificuldade enfrentada pelas mães em ajustar-se à nova realidade.

**Tabela 3** - Medidas de tendência central e variabilidade para as escalas de Religiosidade e de Estresse são apresentadas na Tabela 2

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>P-DUREL</b>				
Religiosidade Organizacional	1,00	6,00	3,89	1,41
Religiosidade Não-Organizacional	1,00	6,00	4,53	1,44
Religiosidade Intrínseca	3,00	15,00	13,61	2,20
<b>CRE</b>				
CRE_Positivo	1,43	5,00	4,03	0,77
CRE_Negativo	1,00	4,43	1,68	0,79
<b>NICU</b>				
Sons e imagens	1,00	5,00	2,23	1,12
Aparência e comportamento do bebê	1,00	5,0	2,52	1,06
Alteração no papel de mãe/pai	1,00	5,0	3,30	1,33
<b>TOTAL</b>			2,68	0,99

Fonte: Autoria própria.

As pontuações referentes à escala PSS:NICU estão apresentadas na Tabela 4, que avalia três domínios: Sons e Imagens, Aparência e Comportamento do Bebê, e Alteração no Papel de Mãe/Pai. O domínio Sons e Imagens obteve a menor média (N=77; DP=1,12),

enquanto a Alteração no Papel de Mãe/Pai apresentou a maior média (N=77; DP=1,33). Entre os itens específicos, “Ver uma máquina respirar pelo meu bebê” teve a maior média em Sons e Imagens (N=77; DP=1,72). No domínio Aparência e Comportamento do Bebê, “Quando meu bebê parecia estar sentindo dor” obteve a maior média (N=77; DP=1,62). No domínio Alteração no Papel de Mãe/Pai, o item “Estar separada(o) do meu bebê” apresentou a maior média (N=77; DP=1,42).

**Tabela 4** - Medidas de tendência central e variabilidade da Escala *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU) (continua)

NICU	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<b>SONS E IMAGENS</b>	1.00	5.00	2.22	1.12
1. A presença de monitores e equipamentos	1.00	5.00	2.27	1.40
2. O barulho constante de monitores e equipamentos	1.00	5.00	2.27	1.45
3. O barulho repentino de alarme dos monitores	1.00	5.00	2.58	1.55
4. Os outros bebês doentes na sala	1.00	5.00	1.94	1.41
5. O grande número de pessoas trabalhando na unidade	1.00	5.00	1.67	1.36
6. Ver uma máquina (respirador) respirar pelo meu bebê	1.00	5.00	2.60	1.72
<b>APARÊNCIA E COMPORTAMENTO DO BEBÊ</b>	1.0	5.0	2.52	1.06
1. Tubos e equipamentos no meu bebê ou perto dele	1.00	5.00	2.64	1.49
2. Áreas machucadas, cortes ou lesões no meu bebê	1.00	5.00	2.74	1.61
3. A cor anormal do meu bebê (por exemplo: pálido ou amarelado)	1.00	5.00	2.31	1.54



**Tabela 4** - Medidas de tendência central e variabilidade da Escala *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU) (continuação)

NICU	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
4. Respiração incomum ou anormal do meu bebê	1.00	5.00	2.51	1.54
5. O tamanho pequeno do meu bebê	1.00	5.00	2.10	1.38
6. A aparência enrugada do meu bebê	1.00	5.00	1.72	1.25
7. Ver agulhas e tubos no meu bebê	1.00	5.00	1.38	1.59
8. Meu bebê ser alimentado pela veia ou por um tubo	1.00	5.00	2.74	1.54
9. Quando o meu bebê parecia estar sentindo dor	1.00	5.00	3.16	1.62
10. Quando meu bebê parecia triste	1.00	5.00	2.79	1.64
11. A aparência flácida e frágil do meu bebê	1.00	5.00	2.33	1.53
12. Movimentos agitados e inquietos do meu bebê	1.00	5.00	2.59	1.57
13. Meu bebê não ser capaz de chorar como os outros bebês	1.00	5.00	2.12	1.54
<b>ALTERAÇÃO NO PAPEL DE MÃE/PAI</b>	1.0	5.0	3.30	1.33
1. Estar separada(o) do meu bebê	1.00	5.00	3.87	1.41
2. Não alimentar eu mesma(o) o meu bebê	1.00	5.00	3.28	1.59
3. Não poder cuidar eu mesma(o) do meu bebê (por exemplo, trocar fraldas, dar banho)	1.00	5.00	3.23	1.62
4. Não poder segurar meu bebê quando quero	1.00	5.00	3.09	1.67

**Tabela 4** - Medidas de tendência central e variabilidade da Escala *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU)* (conclusão)

NICU	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
5. Sentir-se desamparada(o) e incapaz de proteger o meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos	1.00	5.00	3.35	1.57
6. Sentir-se sem condições de ajudar o meu bebê durante esse tempo	1.00	5.00	3.45	1.55
7. Não ter tempo para estar sozinha(o) com o meu bebê	1.00	5.00	2.88	1.63

Fonte: Aatoria própria.

Análises bivariadas foram realizadas para comparar as médias da escala de estresse (nas três dimensões e no escore total) entre diferentes grupos (Tabela 5) e examinar correlações (Tabela 6).

Houve associações significativas indicando que ter um companheiro foi associado a um maior estresse na dimensão Alteração no Papel de Mãe/Pai ( $p = 0,012$ ). Da mesma forma, ter ocupação com renda estava associado a um maior estresse na dimensão Aparência e Comportamento do Bebê ( $p = 0,018$ ) e no escore total da PSS:NICU ( $p = 0,028$ ). Além disso, maior escolaridade (ensino médio completo) foi associada a maior estresse nas dimensões Aparência e Comportamento do Bebê ( $p = 0,029$ ), Alteração no Papel de Mãe/Pai ( $p = 0,044$ ), e no escore total da PSS:NICU ( $p = 0,022$ ).

O contato pele a pele durante a primeira hora de vida foi associado a maior estresse na dimensão Sons e Imagens ( $p = 0,019$ ), e não ter contato pele a pele durante a internação mostrou associações com maior estresse em Sons e Imagens ( $p = 0,042$ ) e no escore total da PSS:NICU ( $p = 0,049$ ). Passar por situações estressantes durante a gravidez foi associado a maior estresse na dimensão Aparência e Comportamento do Bebê ( $p = 0,020$ ). A necessidade de reanimação neonatal foi relacionada ao maior estresse na Aparência e Comportamento do Bebê ( $p = 0,019$ ) e no escore total da PSS:NICU ( $p = 0,05$ ).

**Tabela 5** – Associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e níveis de estresse parental nas subescalas e no escore total da PSS: NICU utilizando o teste qui-quadrado (n=77)

Variáveis	NICU SI		NICU AC		NICU APM		NICU TOTAL	
	M (DP)	p	M (DP)	p	M (DP)	p	M (DP)	p
<b>Cor/Raça</b>								
Preto/Pardo	2,20(1,14)	0,741	2,54(1,08)	0,861	3,33(1,42)	0,812	2,68(1,02)	0,977
Branco	2,29(1,08)		2,49(1,01)		3,24(1,07)		2,68(0,91)	
<b>Estado Civil</b>								
Sem companheiro	1,96(1,09)	0,212	2,42(1,07)	0,621	2,66(1,24)	<b>0,012</b>	2,43(1,01)	0,206
Com companheiro	2,32(1,12)		2,56(1,06)		3,53(2,76)		2,77(0,97)	
<b>Ocupação</b>								
Com renda	2,41(1,15)	0,06	2,71(1,00)	<b>0,018</b>	3,44(1,28)	0,179	2,86(0,93)	<b>0,028</b>
Sem renda	1,90(1,00)		2,12(1,02)		3,00(1,39)		2,32(1,01)	
<b>Escolaridade</b>								
Médio incompleto abaixo	2,03(1,00)	0,311	2,12(0,98)	<b>0,029</b>	2,84(1,40)	<b>0,044</b>	2,29(0,91)	<b>0,022</b>
Médio completo acima	2,31(1,16)		2,69(1,05)		3,51(1,26)		2,85(0,98)	
<b>Teve contato pele a pele na primeira hora de vida?</b>								
Sim	2,95(1,28)	<b>0,019</b>	3,09(1,22)	0,55	3,48(1,66)	0,640	3,16(1,11)	0,81
Não	2,10(1,05)		2,42(1,01)		3,27(1,28)		2,60(0,95)	
<b>Tem contato pele a pele na UTI</b>								
Sim	2,09(1,07)	<b>0,042</b>	2,39(1,04)	0,068	3,14(1,32)	0,15	2,54(0,95)	<b>0,049</b>
Não	2,76(1,16)		2,97(1,10)		3,71(1,27)		3,12(1,06)	
<b>Tem filhos?</b>								
Não	2,12(1,01)	0,402	2,47(0,92)	0,692	3,50(1,23)	0,188	2,68(0,79)	0,976
Sim	2,34(1,23)		2,57(1,20)		3,09(1,42)		2,67(1,18)	
<b>Recebe ajuda?</b>								
Não	2,17(1,12)	0,791	2,43(0,98)	0,629	3,27(1,56)	0,896	2,59(0,98)	0,635
Sim	2,25(1,13)		2,56(1,09)		3,31(1,24)		2,71(1,00)	
<b>Situações estressantes na gestação?</b>								
Não	2,08(1,08)	0,171	2,41(1,06)	0,248	3,01(1,38)	<b>0,020</b>	2,50(1,00)	0,063
Sim	2,44(1,15)		2,69(1,04)		3,74(1,14)		2,94(0,93)	
<b>Precisou reanimação?</b>								
Sim	2,30(1,12)	0,369	2,81(1,10)	<b>0,019</b>	3,71(1,21)	0,079	2,93(0,98)	<b>0,05</b>
Não	2,07(0,98)		2,21(0,91)		3,13(1,40)		2,45(0,95)	

Fonte: Autoria própria.

Nota: NICU SI = Sons e Imagens; NICU AC = Aparência e Comportamento do bebê; NICU APM = Alteração no Papel de Mãe/Pai.

Não foram observadas correlações significativas entre os níveis de estresse e as dimensões de religiosidade (Tabela 6). Além disso, variáveis como moradia, perda gestacional, tipo de parto, intercorrências no parto, partos prematuros anteriores, e uso de suporte ventilatório durante a internação não apresentaram diferenças estatisticamente significativas na comparação entre as médias (dados não demonstrados).

**Tabela 6** – Tabela de correlação de variáveis, escalas de religiosidade P-DUREL e CRE Breve com as subescalas da escala *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS:NICU)

<b>Variáveis</b>	<b>NICU SI</b>	<b>NICU AC</b>	<b>NICU APM</b>	<b>NICU TOTAL</b>
	<b>r</b>	<b>r</b>	<b>r</b>	<b>r</b>
<b>Idade Mãe</b>	0,039	0,162	0,080	0,126
<b>Idade Gestacional</b>	-0,023	0,071	-0,134	-0,007
<b>Idade Atual da Criança</b>	0,087	-0,027	0,106	0,051
<b>Tempo de Internação</b>	0,074	-0,103	0,118	0,005
<b>RO</b>	-0,097	-0,029	-0,030	-0,071
<b>RNO</b>	0,011	0,042	0,002	0,033
<b>RI</b>	-0,172	-0,026	-0,121	-0,101
<b>CRE Positivo</b>	-0,043	0,000	0,155	0,052
<b>CRE Negativo</b>	0,121	-0,134	-0,035	-0,061

Fonte: elaborado pelas autoras.

Nota: NICU SI = Sons e Imagens; NICU AC = Aparência e Comportamento do bebê; NICU APM = Alteração no Papel de Mãe/Pai; RO = Religiosidade Organizacional, RNO = Religiosidade Não Organizacional, RI = Religiosidade Intrínseca, CRE Positivo = Coping Religioso/Espiritual Positivo, CRE Negativo = Coping Religioso/Espiritual Negativo.

## 5 DISCUSSÃO

O estresse e as emoções intensas estão presentes nas situações que envolvem nascimento prematuro ou com complicações, sobretudo quando se necessita da internação do RN na UTIN por tais causas (Hagen *et al.*, 2019). As possíveis razões para que esse estresse aconteça podem estar associadas com sentimentos de angústia pela possibilidade da perda de uma criança, apreensão devido ao quadro de saúde do bebê, seus resultados, e modificações nos papéis dos pais (Hagen *et al.*, 2019).

A maioria das mães (62,3%) residiam na mesma cidade onde o hospital estava localizado, enquanto 36,4% eram de outras localidades. De acordo com Mengesha *et al.* (2022), unidades que ficavam longe da casa em que os pais moram afetou a experiência dos genitores devido às extensas viagens. Além disso, os pais ao depararem com os filhos conectados a equipamentos se sentiam desesperançosos (Mengesha *et al.*, 2022).

É importante considerar que nessa pesquisa, a grande maioria dos recém-nascidos internados foram diagnosticados com patologias e apresentaram intercorrências clínicas. Estes fatores podem impactar diretamente no tempo de internação dos pacientes, sendo observado no nosso estudo uma média de 23 dias de internação. A condição clínica do paciente e seus desdobramentos causam um ambiente de insegurança, incerteza e instabilidade das informações. Estudos como o de Carvalho e Pereira (2017) apontam que a hospitalização e a preocupação com a saúde do bebê, impactam significativamente as dimensões psicológicas e sociais dos pais, afetando o vínculo familiar.

Além disso, essa estadia prolongada pode acarretar em gastos e desequilíbrios financeiros, além de problemas de saúde decorrentes das condições inadequadas de repouso (Mengesha *et al.*, 2022). Entretanto, apesar do alto índice de intercorrências clínicas causar momentos de grande dificuldade e frustração para os pais, verificou-se que alguns pais puderam contar com o incentivo dos outros pais que lhes asseguravam que haveria melhora do quadro de saúde dos RN's (Mengesha *et al.*, 2022).

Um dado interessante do nosso estudo foi que a maioria dos RN's internados eram do sexo masculino, o que pode estar relacionado ao processo de desenvolvimento fetal, visto que, eles possuem maturidade pulmonar lentificada quando comparada às meninas, tornando-os mais suscetíveis a complicações respiratórias e, conseqüentemente, à internação (Nascimento *et al.*, 2020).

Neste estudo, na subsescala Sons e Imagem, verificou-se que o item “ver uma máquina (respirador) respirar pelo meu bebê”, teve maior pontuação, indicando que a visão

do filho utilizando equipamento de suporte ventilatório foi a situação mais estressante. Estudos prévios corroboram esses achados, sugerindo que o ambiente da UTIN aumenta o estresse, pois muitos pais não estavam acostumados a verem seus filhos conectados às máquinas (Mengesha et al., 2022; Gondwe, Gombachika, Majamanda, 2017). Além disso, temiam pelo seu filho com a crença de que o oxigênio poderia matá-lo e as situações mais estressantes para os genitores caracterizava-se pela visão do filho utilizando os equipamentos e o sons constante emitidos dos alarmes (Mengesha *et al.*, 2022; Gondwe, Gombachika, Majamanda, 2017).

A subescala Alteração no Papel de Mãe/Pai obteve a maior média de estresse, conforme também encontrado por Kegler et al. (2023) e Mallick e Kumar (2020). Os autores sugerem que esse maior estresse pode estar relacionado ao fato de muitos pais não terem tido outro filho admitido na UTIN anteriormente. Além disso, a necessidade de utilizar dispositivos intravenosos e o ambiente da UTIN em si são fatores que elevam os níveis de estresse (Kegler *et al.*, 2023). Autores sugerem que o envolvimento dos pais no processo de cuidado, orientação e intervenção precoce, na alimentação, contato pele a pele e visitas de familiares próximos parecem reduzir o estresse parental na UTIN (Mallick e Kumar, 2020).

Complementando isso, foi encontrada associação entre a ausência de contato pele a pele durante a internação e maior estresse. Isso reforça a importância do contato físico entre genitores e bebês, especialmente em um ambiente estressante como a UTIN (Gondwe, Gombachika, Majamanda, 2017).

Já aquelas mães que realizaram o contato pele a pele durante a primeira hora de vida, e que depois os filhos foram internados na UTIN, estas tiveram maiores escores de estresse na subescala Sons e Imagens. Esse achado pode ser explicado devido a separação do binômio pela necessidade do uso de alguma máquina de suporte ventilatório, pois o tipo de ventilação utilizada pode criar obstáculos para que este contato permaneça por mais tempo e, como consequência, influencia e impacta negativamente no desenvolvimento e manutenção do vínculo entre eles (Gondwe, Gombachika, Majamanda, 2017).

No trabalho de Kegler *et al.* (2023), assim como neste, a subescala Sons e Imagens foi associada à maior nível de estresse em pais cujos RN's faziam uso de terapêutica respiratória, tanto ventilação mecânica como CPAP. Ademais, no estudo realizado por Caporali *et al.* (2020), a subescala alteração do papel parental, também pontou com o maior nível de estresse. Tal fato é explicado pelo acesso limitado ao filho, que pode levar a um prejuízo no desenvolvimento do início da parentalidade, impactando a saúde mental e os sentimentos dos genitores, durante a internação do RN (Caporali *et al.*, 2020).

Mães que tinham companheiros apresentaram maiores pontuações de estresse na subescala Alteração no Comportamento Mãe/Pai, sugerindo que as mulheres em um relacionamento experimentam maiores níveis de estresse, possivelmente devido ao afastamento do parceiro e dos outros filhos. Ezequiel *et al.* (2019) também relataram que as mães em um relacionamento sofriam por estarem distantes de suas famílias, o que gerava inquietação e desequilíbrio emocional. Considerando que 48,1% das mulheres afirmaram possuir outros filhos, a estrutura familiar pode ser profundamente impactada pelo nascimento de um filho, especialmente quando há uma internação prolongada, levando ao ciúmes dos outros filhos e divergências no relacionamento dos parceiros (Ezequiel *et al.*, 2019).

Também foi observada uma associação significativa entre maior escolaridade e níveis mais elevados de estresse nas subescalas Aparência e Comportamento do Bebê e Alteração no Papel de Mãe/Pai. Parece que maior escolaridade está associado a uma melhor compreensão do que está acontecendo, sugerindo que pais mais esclarecidos possam sofrer mais por entenderem melhor a gravidade do quadro clínico (Kegler *et al.*, 2023).

Neste estudo, a religiosidade e o coping religioso e espiritual não se associaram a menos estresse. Em contrapartida, alguns pais utilizaram sua religiosidade para enfrentar essas situações, o que destaca a importância do suporte emocional e espiritual nesses momentos críticos (Mengesha *et al.*, 2022). Entretanto, diferente dos achados deste estudo, Kegler *et al.* (2023) encontraram uma correlação significativa entre espiritualidade e estresse, com pais religiosos apresentando maiores níveis de estresse, especialmente na subescala Aparência e Comportamento do Bebê. Essa diferença pode ser explorada em estudos futuros, investigando se outros fatores mediadores podem influenciar essa relação.

O termo “coping”, em inglês, significa lidar com, manejar, enfrentar ou adaptar-se a situações. Assim, é entendido como o conjunto de ferramentas autorregulatórias utilizadas para manejar situações de estresse de origem interna ou externa, empregando ações comportamentais ou cognitivas (Jaramillo; Monteiro; Borges, 2019; Panzini; Bandeira, 2005).

O uso da fé ou crença religiosa ou espiritual no manejo de eventos estressores é denominado Coping Religioso/Espiritual (CRE). Isso ocorre quando o indivíduo utiliza sua espiritualidade ou religiosidade para lidar com o sofrimento causado pelo evento estressor (Jaramillo; Monteiro; Borges, 2019). O CRE tem o intuito de aliar religiosidade e espiritualidade em sua totalidade por várias razões: a busca de um significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com as pessoas, transformação da vida, bem-estar físico, psicológico e emocional. Entretanto, nem sempre esse coping pode se representar como algo positivo (Jaramillo; Monteiro; Borges, 2019; Panzini; Bandeira, 2005).

Logo, o CRE pode desencadear respostas benéficas ou maléficas, conforme é utilizado, nomeadas de Coping Religioso-Espiritual Positivo (CREP) e Coping Religioso-Espiritual negativo (CREN), respectivamente (Jaramillo; Monteiro; Borges, 2019). Portanto, o uso de CRE pode levar a inclusão de comportamentos saudáveis ou não saudáveis (Jaramillo; Monteiro; Borges, 2019).

A religiosidade pode ser definida como um sistema estruturado de crenças, práticas e símbolos criados para promover a conexão com o sagrado ou o transcendente, não é um processo estático, mas dinâmico, orientado a princípio pela descoberta de significado (Monteiro *et al.*, 2020). Essa busca motiva as pessoas a manter e aprofundar sua relação com o transcendente por meio de ações religiosas (Monteiro *et al.*, 2020). Além disso, a religião varia conforme o contexto cultural e histórico (Thiengo *et al.*, 2019). Ela é composta por crenças, leis e ritos que buscam um poder supremo, o qual o homem se considera dependente, e pode estabelecer uma relação pessoal e solicitar favores (Thiengo *et al.*, 2019).

Em alguns momentos da vida, as pessoas podem enfrentar situações estressantes que as prejudicam, nas áreas das suas vidas e as abalam afetando o equilíbrio psicológico e emocional (Monteiro *et al.*, 2020). Diante disso, elas procuram na religião auxílio para manter o significado, para isso, podem utilizar práticas religiosas como forma de enfrentamento dos eventos estressores, que podem ser símbolos, objetos, orações e meditações, por exemplo (Monteiro *et al.*, 2020).

Contudo, a religião não é apenas enfrentamento, é um recurso sagrado que busca dar significado a momentos difíceis, estressantes e também a períodos de alegria e tristeza. Ela pode atender a várias finalidades, proporcionando sentido em situações de incerteza, tragédia e perda. Em tempos de estresse, a religião pode promover sentimentos de pertencimento, conexão e identidade (Monteiro *et al.*, 2020). Além disso, a relação de crenças que uma pessoa tem com a religião pode levar a sentimentos de culpa ou provação (Monteiro *et al.*, 2020).

Existem dois tipos de religiosidade: a intrínseca e a extrínseca (Thiengo *et al.*, 2019). A religiosidade intrínseca ocupa um papel central na vida do ser humano; por meio dela, o indivíduo incorpora elementos culturais, valores morais e ideias que ajudam a dar significado à sua existência (Thiengo *et al.*, 2019). Já a religiosidade extrínseca está relacionada a ações e crenças que buscam alguma finalidade, como consolo, sociabilidade e status, por exemplo (Thiengo *et al.*, 2019).

Contudo, o enfrentamento negativo está relacionado a aspectos prejudiciais, como fanatismo e tradicionalismo opressivo (Thiengo *et al.*, 2019). Essa relação complexa entre



religiosidade e enfrentamento destaca a necessidade de abordagens equilibradas no suporte a indivíduos e famílias que lidam com doenças e desafios emocionais (Thiengo *et al.*, 2019).

Por fim, este estudo destacou a importância de investigar a saúde mental dos pais de RN's internados na UTIN e as repercussões a longo prazo dessas internações. Futuros estudos podem explorar mais profundamente a relação entre estresse, religiosidade e outras variáveis psicossociais, bem como desenvolver intervenções específicas para apoiar esses pais.

Vale ressaltar que houve limitações no nosso estudo, como o surto de infecção que resultou no bloqueio de leitos e, conseqüentemente, na baixa captação de participantes para amostra. Outro fator limitante foi a pouca interação com a equipe de saúde e o desconhecimento sobre a estrutura e funcionamento do setor. Além disso, observou-se que muitas participantes deixaram questões sem resposta durante as entrevistas, o que impactou na qualidade dos dados coletados.

Estudos futuros podem se beneficiar da inclusão de variáveis adicionais, como a incidência de depressão e ansiedade nos pais aprofundando em como isso impacta no vínculo e cuidado dos responsáveis com o recém-nascido. Esse enfoque permitirá uma melhor compreensão dos cuidados centrados na família e seus efeitos na saúde mental dos pais. Outras sugestões incluem a utilização de ferramentas digitais para a coleta de entrevistas ou o acompanhamento mais próximo dos participantes pode ser considerada.

## 6 CONCLUSÃO

A internação na UTIN é um evento que pode acarretar em diversas alterações tanto estruturais, financeiras quanto mentais e tem repercussões sobre a dinâmica familiar. Neste estudo ficou clara a evidência do estresse sofrido pelas mães dos neonatos internados, especialmente quando se mantiveram separadas de seus filhos, evidenciando o quanto a separação do binômio lhes afetava, além disso, uso de equipamentos de suporte ventilatório lhes causava altos níveis de níveis de estresse bem como quando percebiam que seus filhos sentiam dor. Por mais que a religiosidade seja uma ferramenta útil no contexto de enfrentamento, no nosso estudo não houve nenhuma associação. Ademais, as mulheres que possuem companheiro, maior escolaridade e ocupação com renda apresentaram altas taxas de estresse, o que pode ocorrer devido a necessidade de conciliar muitas atividades com a situação de ter um filho internado. Mães que passaram por situações estressantes durante a gravidez e cujos filhos precisaram ser reanimados na sala de parto apresentaram escores elevados de estresse indicando que vivenciar situações inesperadas contribui para desfechos negativos.

## REFERÊNCIAS

- ABEDINI, Zahra *et al.* Relationship between mindfulness and maternal stress and mother – Infant bonding in neonatal intensive care unit. **Journal Of Education And Health Promotion**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 337-343, 2021. Medknow.  
[http://dx.doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_1620\\_20](http://dx.doi.org/10.4103/jehp.jehp_1620_20). Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8552262/pdf/JEHP-10-337.pdf>. Acesso em: 17 set. 24.
- ALBERTON, Marcos *et al.* Prevalence and temporal trend of prematurity in Brazil before and during the COVID-19 pandemic: a historical time series analysis, 2011-2021. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 32, n. 2, p. 1-14, 2023. FapUNIFESP (SciELO).  
<http://dx.doi.org/10.1590/s2237-96222023000200005>. Disponível em:  
<https://scielosp.org/pdf/ress/2023.v32n2/e2022603/pt>. Acesso em: 14 set. 24.
- CAPORALI, Camilla *et al.* A global perspective on parental stress in the neonatal intensive care unit: a meta-analytic study. **Journal Of Perinatology**, [S.L.], v. 40, n. 12, p. 1739-1752, 8 set. 2020. Springer Science and Business Media LLC.  
<http://dx.doi.org/10.1038/s41372-020-00798-6>.
- CARVALHO, Larissa da Silva; PEREIRA, Conceição de Maria Contente. As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, jul./dez. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?>
- DE LIMA, Marina Ferreira *et al.* UTI NEONATAL: PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE O INTERNAMENTO E OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: NEONATAL ICU: PERCEPTION OF THE PARENTS ABOUT THE HOSPITALIZATION AND THE CARE OF THE NURSING TEAM. **Revista Gestão e Conhecimento**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 692–705, 2022. DOI: 10.55908/RGCV16N2-011. Disponível em:  
<https://ojs.revistagc.com.br/ojs/index.php/rgc/article/view/214>. Acesso em: 17 sep. 2024.
- DE MIRANDA, Taciane Bilro; MACHADO, Thatiane Guedes de Oliveira. Grupo de verbalização no contexto da pandemia COVID-19: espiritualidade nas práticas de saúde com mães de recém-nascidos internados em UTI Neonatal: Verbalization group in the context of the pandemic COVID-19: spirituality in health practices with mothers of newborns in a neonatal ICU. **Journal Archives of Health**, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 186–191, 2022. Disponível em: <https://ojs.latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/926>. Acesso em: 18 sep. 2024.
- EDUARDO, Juliana Arantes Figueiredo de Paula *et al.* Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. **Journal Of Affective Disorders**, [S.L.], v. 259, p. 392-403, dez. 2019. Elsevier BV.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.069>.
- ESPERANDIO, Mary Rute Gomes *et al.* Envelhecimento e espiritualidade: o papel do coping espiritual/religioso em pessoas idosas hospitalizadas. **Interação psicol**, v. 23, n. 2, p. 268-80, 2019. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/335381096>>. Acesso em: 17 set. 24.

EXEQUIEL, Nathalya Pereira *et al.* Vivências da família do neonato internado em unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S.L.], v. 89, n. 27, p. 1-9, 27 set. 2019. *Revista Enfermagem Atual*. <http://dx.doi.org/10.31011/reaid-2019-v.89-n.27-art.466>. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/466/460>. Acesso em: 17 set. 24.

GONDWE, Mtisunge Joshua; GOMBACHIKA, Belinda; MAJAMANDA, Maureen D. Experiences of caregivers of infants who have been on bubble continuous positive airway pressure at Queen Elizabeth Central Hospital, Malawi: A descriptive qualitative study. **Malawai Medical Journal**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 5-10, mar. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5442485/pdf/MMJ2901-0010.pdf>. Acesso em: 29 jul. 24.

GRUNBERG, Victoria A. *et al.* Caring for our caretakers: building resiliency in nicu parents and staff. **European Journal Of Pediatrics**, [S.L.], v. 181, n. 9, p. 3545-3548, 8 jul. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-022-04553-1>. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9395886/pdf/431\\_2022\\_Article\\_4553.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9395886/pdf/431_2022_Article_4553.pdf). Acesso em: 17 set. 24.

HAGEN, Inger Hilde *et al.* Parental satisfaction with neonatal intensive care units: a quantitative cross-sectional study. **Bmc Health Services Research**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 1-12, 15 jan. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3854-7>. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6332571/pdf/12913\\_2018\\_Article\\_3854.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6332571/pdf/12913_2018_Article_3854.pdf). Acesso em: 29 jul. 24.

JARAMILLO, Rosangela Garcia; MONTEIRO, Pedro Sadi; BORGES, Moema da Silva. COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL: um estudo com familiares de crianças e adolescentes em tratamento quimioterápico. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 24, p. 1-11, 26 ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.62297>. Disponível em: <https://biblat.unam.mx/hevila/Cogitareenfermagem/2019/vol24/75.pdf>. Acesso em: 17 set. 24.

KEGLER, Jaquiele Jaciara *et al.* Stress in Parents of Newborns in a Neonatal Intensive Care Unit. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 1-6, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0178>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/35HBRqnPBVLMt8Gczf7Kf7t/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 set. 24.

KEGLER, Jaquiele Jaciara *et al.* Fatores associados ao estresse de pais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 36, p. eAPE02061, 2023. *Acta Paulista de Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023ao02061>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/zfrw7Gb7BRCDXX44Kfv6WqM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jul. 24.

LUCCHETTI, Giancarlo. *et al.* Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). **Journal of religion and health**, v. 51, n. 2, p. 579–86, jun. 2012.

MACEDO, Elaine Pinheiro Neves de; ESPERANDIO, Mary Rute Gomes. COPING ESPIRITUAL RELIGIOSO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA NO NORTE DO PARANÁ. **Interações**, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 336-356, 14 out. 2021. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. <http://dx.doi.org/10.5752/p.1983-2478.2021v16n2p336-356>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3130/313068454007/313068454007.pdf>. Acesso em: 17 set. 24.

MALLICK, Achintakr; KUMAR, Nidhi. Maternal stress in neonatal intensive care unit very often overlooked by health professionals. **Industrial Psychiatry Journal**, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 130, jan. 2020. Medknow. [http://dx.doi.org/10.4103/ipj.ipj\\_88\\_19](http://dx.doi.org/10.4103/ipj.ipj_88_19). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7989466/>. Acesso em: 18 ago. 24.

MALOUF, Reem *et al.* Factors associated with posttraumatic stress and anxiety among the parents of babies admitted to neonatal care: a systematic review. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1-83, 9 maio 2024. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-024-06383-5>. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11084127/pdf/12884\\_2024\\_Article\\_6383.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11084127/pdf/12884_2024_Article_6383.pdf). Acesso em: 17 set. 24.

MENGESHA, Endalkachew Worku *et al.* Parental experiences in neonatal intensive care unit in Ethiopia: a phenomenological study. **Annals Of Medicine**, [S.L.], v. 54, n. 1, p. 121-131, 8 jan. 2022. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/07853890.2021.2004320>.

Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8745364/pdf/IANN\\_54\\_2004320.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8745364/pdf/IANN_54_2004320.pdf). Acesso em: 29 jul. 24.

MONTEIRO, Daiane Daitx *et al.* Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, v. 40, n. 98, p. 129-139, 2020. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v40n98/a14v40n98.pdf>. Acesso em: 09 out. 24.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. *et al.* Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke - DUREL. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008.

NASCIMENTO, Thayná Marcele Marques *et al.* CARACTERIZAÇÃO DAS CAUSAS DE INTERNAÇÕES DE RECÉM-NASCIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - ALAGOAS**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 63, 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitbiosauade/article/view/6568/3889>. Acesso em: 19 ago. 2024.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 1-10, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722005000300019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/C6VxW6YsyYZyc4xH8jkr7Wn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 out. 24.

PERSSE, Christine *et al.* NICU parents' mental health: a comparative study with parents of term and healthy infants. **Acta Paediatrica**, [S.L.], v. 112, n. 5, p. 954-966, 15 mar. 2023.

Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/apa.16735>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/apa.16735>. Acesso em: 17 set. 24.

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. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 171-176, 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000200003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Q9NCQnMwhw36DbnSghjKFgb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2023.

SOUZA, Sandra Regina de. **Efeito do método canguru na redução do estresse emocional em gestantes, mães e bebês pré-termo através da análise do cortisol e desidroepiandrosterona em unhas**. 2017. 213 f. Tese (Doutorado) - Curso de Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-05042017-152806/publico/SANDRA REGINADESOUZA.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2023.

TAURISANO, Aila Alves Alvarenga *et al.* Estresse e satisfação de pais com o atendimento em unidade de terapia intensiva neonatal. *Interação em Psicologia*, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 179-190, 20 ago. 2020. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v24i2.68643>. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/e084730d0ef8ae23361432ec3c3c98a7/1?pq-origsite=gscolar&cbl=2049082>. Acesso em: 17 set. 24.

THIENGO, Priscila Cristina da Silva *et al.* ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 24, 7 mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4836/483660296015/html/>. Acesso em: 09 out. 24.

WYATT, Tara; SHREFFLER, Karina M.; CICIOLLA, Lúcia. Neonatal intensive care unit admission and maternal postpartum depression. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 37, n. 3, p. 267–276, 27 maio 2019.