Adriana Saito

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO MATERNA EM UTI NEONATAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Pediatria – Área de concentração em Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, para a obtenção do título de Mestre em Pediatria

Orientadora: *Profª Adj. Lígia Maria S. S. Rugolo*

Botucatu
2007

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Saito, Adriana.
Avaliação do grau de satisfação materna em UTI neonatal / Adriana Saito. – Botucatu : [s.n.], 2007

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2007.
Orientadora: Lígia Maria S. S. Rugolo
Assunto CAPES: 40103005

1. Neonatologia 2. Medicina de emergência 3. UTI 4. Recém-nascidos - Tratamento intensivo

CDD 618.92016

Palavras-chave: Cuidados médicos; Humanização da assistência;Recém-nascido

Dedicatória

Aos meus pais, **Olga** e **Saito**, pelo amor incondicional, demonstrado ao longo da minha vida, caracterizado por muito carinho, bondade, compreensão e acolhimento. Com muita dedicação, esforço e honestidade me permitiram alcançar mais essa vitória. Divido com vocês todos os meus sonhos, conquistas e meu amor. Sem vocês, nada disso seria possível.

Aos meus irmãos, **Patrícia** e **Ricardo**, que sempre compartilham comigo todos os momentos, sempre me aconselhando e zelando por mim, como verdadeiros e eternos amigos.

Á **Fátima** e **João**, pelo amor, dedicação e carinho com que sempre me acolhem e me valorizam. Em especial à você, **Fátima**, que compartilha muitos momentos da minha vida, mais que uma amiga, zela por mim como uma mãe, divido também com você meu amor e gratidão.

Agradecimento Especial

À minha orientadora, Profa. Adj. **Lígia Maria Suppo de Souza Rugolo**, que com muita dedicação e sabedoria me incentivou e auxiliou na concretização desse trabalho, sempre com muito entusiasmo, conseguindo derrubar todas as barreiras e transformar desejos em realidade.

Agradecimentos

À Profa. Dra. **Maria Regina Bentlin**, que com todo seu conhecimento, é responsável por grande parte do meu aprendizado em Neonatologia, dando exemplo de dedicação e perseverança.

À Profa. Emérita **Cleide Enoir Petean Trindade**, pelos ensinamentos e exemplo de seriedade ética e profissional.

À Profa. Dra. **Gimol Benzaquen Perosa** e Dra. **Sáskia Maria Wiegerinck Fekete** que auxiliaram na elaboração e adaptação do protocolo de estudo dessa pesquisa.

Ao Dr. **Eduardo Carvalho Pessoa**, companheiro de vida que sempre me acompanha, me aconselha, apoiando e torcendo por mim.

Ao **Rodrigo Trevizano** e **Aline Zanchetta**, que compartilharam bem próximo a trajetória dessa pesquisa.

À **Mariana T. Neves**, aluna do 6°ano do curso de Medicina, que me auxiliou na coleta dos dados dessa pesquisa.

Aos meus amigos, companheiros de trabalho, Dras. **Ana Karina Cristiuma De Luca**, **Alice Maria Kiy**, **Grasiela Bossolan**, **Léia Rosseto Rodrigues**, **Sáskia Maria Wiegerinck Fekete** e **Glauce Rodrigues** e Drs. **Geraldo Henrique Soares da Silva** e **João César Lyra**, que compartilharam comigo essa trajetória, dando todo apoio.

Aos funcionários do Departamento de Pediatria, pela prontidão com que sempre me auxiliaram, **Adriana Bazzo Tavares**, **Paulo César Lopes**, **Fabiano Luís Michelin**, **Marcelo Antônio Alves** e **Maria do Carmo da Silva Oliveira**.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu, pelas orientações e apoio técnico.

Aos funcionários do Grupo de Apoio à Pesquisa (GAP), em especial, ao **Hélio Rubens de Carvalho Nunes** que realizou toda análise estatística desse trabalho.

À toda equipe de enfermagem e auxiliares de enfermagem da UTI Neonatal do Hospital das Clínicas - Unesp pela colaboração nessa jornada.

Às residentes do 3°ano de Neonatologia, por toda colaboração nessa pesquisa.

Às **mães**, pela confiança em nossa trabalho e pesquisa. Aos **recém-nascidos**, que nos permitem aprender, ensinar, ampliando nossos conhecimentos.

E a todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta para realização dessa pesquisa.

Epígrafe

Tua Caminhada

Não faças do amanhã o sinônimo de nunca,
Nem o ontem te seja o mesmo que nunca mais.
Teus passos ficaram.
Olhes para trás .... mas vá em frente
pois há muitos que precisam que
cheques para poderem seguir-te

Charles Chaplin

Sumário

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO 25

1.1. Assistência Neonatal: Tecnologia X Humanização 26

1.2. Avaliação da satisfação do cliente: Instrumentos de avaliação 32

1.3. Justificativa da Pesquisa 35

2. OBJETIVOS 36

2.1. Geral 37

2.2. Específicos 37

3. CASUÍSTICA E MÉTODO 38

3.1. Tipo de estudo 39

3.2. Cálculo do tamanho da amostra 39

3.3. Instrumento de avaliação e procedimento 40

3.3.1. Seleção do instrumento 40

3.3.2. Tradução, adaptação do instrumento e elaboração do protocolo de estudo 40

3.3.3. Procedimento de avaliação 43

3.3.4. Pré-Teste 44

3.4. Características do Serviço – Uti Neonatal 45

3.5. Casuística 48

3.6. Variáveis de estudo 49

3.6.1. Independentes 49

3.6.2. Dependentes 52

3.7. Análise Estatística 52

3.7.1. Descritiva 52

3.7.2. Análise Inferencial 53

4. RESULTADOS _____ 54

5. DISCUSSÃO_____ 65

5.1. Considerações Finais..... 75

6. CONCLUSÕES_____ 76

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS_____ 78

ANEXOS _____ 86

Lista de Figura e Tabelas

Figura 1 – Histograma da distribuição de freqüência dos escores NIPS..... 55

Tabela 1 – Escolaridade e profissão dos pais..... 56

Tabela 2 – Principais dados gestacionais..... 57

Tabela 3 – Distribuição dos recém-nascidos conforme as faixas de idade gestacional, peso de nascimento e Apgar no primeiro e quinto minutos de vida..... 59

Tabela 4 – Aspectos do relacionamento mãe-filho..... 60

Tabela 5 – Associação entre variáveis demográficas e grau de satisfação materna..... 61

Tabela 6 - Associação entre variáveis gestacionais e grau de satisfação materna 62

Tabela 7 - Associação entre variáveis natais/neonatais e grau de satisfação materna 62

Tabela 8 - Associação entre variáveis maternas e grau de satisfação materna 63

Tabela 9 – Aspectos que mais desagradam às mães 63

Tabela 10 – Aspectos que mais agradam às mães 64

Lista de Abreviaturas e Símbolos

UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
HC	Hospital das Clínicas
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
RN	Recém-nascido
DUM	Data da última menstruação
DIR XI	Direção Regional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
NIPS	Neonatal Index of Parent Satisfaction
Mín	Mínimo
Máx	Máximo
g	Gramas
DP	Desvio padrão
≥	Maior igual
≤	Menor igual
>	Maior que
<	Menor que

Resumo

INTRODUÇÃO: Em UTI Neonatal o objetivo primário da assistência é salvar vidas, sendo os cuidados centrados no paciente, mas a equipe neonatal deve ser capaz de detectar e atender em cada caso as necessidades e prioridades do RN e de sua família. No período neonatal, a assistência humanizada ao RN de alto risco tem sido focalizada pela avaliação do grau de satisfação materna. O "Neonatal Index of Parent Satisfaction" (NIPS) é um instrumento elaborado com base na opinião dos pais de RN de UTI Neonatal, validado, simples e de fácil aplicação para avaliar a satisfação materna. **OBJETIVO:** Avaliar o grau de satisfação das mães com a assistência ministrada e as atitudes da equipe de saúde na UTI Neonatal, investigar os fatores associados à satisfação materna e os aspectos da assistência que mais agradam e que mais desagradam às mães. **CASUÍSTICA E MÉTODO:** Estudo prospectivo de secção transversal, realizado de maio de 2004 a abril de 2005, sendo entrevistadas mães de RN egressos da UTI Neonatal do HC da FMB-UNESP. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB-UNESP. O instrumento de avaliação foi o "Neonatal Index of Parent Satisfaction" (NIPS) com algumas modificações para melhor adequação à nossa realidade. O NIPS adaptado compreendeu 25 questões com 4 alternativas, tendo pontuação mínima de 25 (máxima insatisfação) e máxima de 100 (máxima satisfação). Considerou-se a mãe satisfeita quando o escore foi > 50 e escore > 90 definiu alto grau de satisfação materna. Na análise estatística utilizou-se o teste do Qui-quadrado, ANOVA, teste t de Student ou Mann-Whitney, com significância em 5%. **RESULTADOS:** Foram entrevistadas 120 mães. O escore do NIPS foi elevado, com média de 90 ± 8,1 e mediana de 92 (P25: 85,5 e P75: 95), tendo como valor mínimo 54 e máximo 100. Houve nítido predomínio de valores nas faixas de 91-95 e 96-100, sendo 64% das mães classificadas como muito satisfeitas. A idade média materna foi de 25 ± 7 anos e paterna

de 27± 8 anos. A maioria dos pais apresentava baixo nível de escolaridade e de classificação sócio-econômica. O pré-natal foi realizado em 97% dos casos, mas poucas mães foram informadas no pré-natal de possível problema com seu filho. A maioria das mães foram encaminhadas para esta instituição por indicação médica e tiveram parto cesáreo. A média da idade gestacional foi 31 ± 4 semanas e do peso de nascimento 1655 ± 835 gramas. O tempo médio de internação na UTI Neonatal foi de 25 dias, variando de 7 a 112 dias. A maioria das mães viu seu filho no dia do nascimento e visitou-o na UTI a partir do segundo dia de vida. Dentre as variáveis demográficas, maternas, gestacionais e neonatais, apenas o motivo do encaminhamento materno para essa Instituição teve associação significante com o grau de satisfação materna. Poucos aspectos da assistência desagradaram às mães, destacando-se o ambiente da UTI (37% de mães insatisfeitas) e dificuldade na identificação dos cuidadores em cerca de 1/3 dos casos. Os aspectos de maior satisfação materna foram: adequação nos cuidados ao RN (99% das mães), ausência de erros na conduta médica (97%), bom relacionamento e confiança na equipe (≥ 90%). A grande maioria das mães não referiu problemas na assistência aos finais de semana e em função do rodízio médico. **CONCLUSÃO:** As mães de RN de UTI neonatal mostraram-se muito satisfeitas com a assistência e o relacionamento com a equipe de saúde. O grau de satisfação materna não depende das características maternas, gestacionais e neonatais. O ambiente de UTI e a identificação dos cuidadores são aspectos que podem ser melhorados.

Palavras-chaves: humanização da assistência, satisfação materna, cuidados médicos, recém-nascido.

Abstract

Evaluation of the level of mother's satisfaction in the Neonatal Intensive Care Unit

BACKGROUND: The primary objective of neonatal intensive care service is to save lives, having the patient as object of concern, but the neonatal team has to be able to detect and meet the needs and priorities of the newborn and his family. During neonatal period, the high-risk newborn care has been focused through the level of maternal satisfaction. The "Neonatal Index of Parent Satisfaction" (NIPS) is a tool drawn up on the opinion of parents with infants in the neonatal intensive care unit (NICU), which is a validated, simple and easy-to-use tool to assess mother satisfaction. **OBJECTIVE:** To evaluate the level of maternal satisfaction with the medical care and the attitudes of NICU team. To examine the factors associated with maternal satisfaction and the aspects of health care associated with the highest level of satisfaction and dissatisfaction. **CASUISTIC AND METHOD:** A prospective cross-sectional survey was developed from May 2004 to April 2005 at the Neonatal Unit of Hospital das Clínicas – Botucatu Medical School – UNESP. After the infants'discharge from NICU the mothers were interviewed. The study was approved by the ethic research committee. A modified NIPS adapted to our reality, was comprised by 25 closed-ended questions. The lowest score was 25 and the highest was 100. Mothers were considered satisfied when the score was > 50 and highly satisfied when it was > 90. Statistical analysis included ANOVA, Chi-square test, Student's t test or Mann-Whitney. The significance level was 5%. **RESULTS:** 120 mothers were interviewed. The NIPS score was high, with a mean score of 90±8,1 and a median of 92 (P25:85,5 and P75:95), minimum value of 54 and maximum value of 100. Values between 91-95 and 96-100 were

predominant, and 64% of mothers were highly satisfied. The average age of mothers and fathers were 25±7 and 27±8 years. The majority of parents had low educational and socio-economic level. Prenatal care was carried out in 97% of cases, but few mothers were informed about possible problems with their babies. Mothers were reffered to Hospital das Clinicas through medical indication and caesarean delivery was frequent. The mean gestational age was 31±4 weeks and the birth weight was 1655±835g. The mean lenght of NICU stay was 25 days, range 7 to 112 days. Most mothers saw their babies on the day of birth and visited them from the second day on. Comparing mothers satisfied and highly satisfied, the demographic, maternal, gestational and neonatal characteristis were similar. Mothers reffered to this Hospital were more likely to be highly satisfied. Few aspects of health care were associated with maternal dissatisfaction, including: the adverse NICU environment (37% of unsatisfied mothers) and difficulty in identifying caregivers in about 1/3 of the cases. The aspects of greater maternal satisfaction were: quality of care (99% of mothers), absence of errors in medical care (97%), good communication and assurance in the team (≥90%). The great majority of mothers did not refer differences in the health care on the weekends, and problems with the change of medical caregivers. **CONCLUSION:** Mothers with infants in the NICU were very satisfied with the medical care and communication with the caregivers. Maternal, gestational and neonatal characteristics do not influence the level of maternal satisfaction. NICU environment and caregivers identification could be improved.

Key words: humanization of assistance, maternal satisfaction, medical care, newborn infant

1. Introdução

1.1. ASSISTÊNCIA NEONATAL: TECNOLOGIA X HUMANIZAÇÃO

Nas últimas décadas ocorreram grandes mudanças na assistência materno infantil com a introdução de novos recursos diagnósticos, preventivos e terapêuticos, que têm proporcionado aumento na sobrevida de recém-nascidos prematuros, cada vez menores e gravemente doentes. Dentre as melhorias nos cuidados perinatais destacam-se a regionalização da assistência, a prevenção e assistência ao trabalho de parto prematuro, bem como a disponibilidade crescente de equipamentos e medicamentos adequados para a assistência ao recém-nascido prematuro (Horbar *et al.,* 2002) .

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal caracterizam-se como locais que concentram recursos tecnológicos avançados, bem como equipe multiprofissional altamente especializada no tratamento de doenças graves ou condições de risco potencial de morte. Nessas unidades o objetivo primário da assistência é salvar vidas, sendo os cuidados centrados no paciente, conseqüentemente existe pouca ênfase no suporte emocional à família (Chalmers, 2002).

O ambiente em UTI Neonatal é estressante e peculiar. Constantemente iluminado e ruidoso, pleno de equipamentos complexos, com grande quantidade e diversidade dos membros da equipe de saúde, os quais desempenham suas atividades em ritmo acelerado. Os recém-nascidos são submetidos diariamente a inúmeros procedimentos, que

embora necessários constituem-se em estímulos desagradáveis e muitas vezes dolorosos. Todos esses aspectos podem gerar barreiras de comunicação e propiciar desorientação e ansiedade por parte dos familiares, que necessitam adaptar-se continuamente à variação na condição de gravidade de seu filho, bem como ao relacionamento com cada um dos cuidadores (Jansen *et al.,* 2000).

O nascimento é um evento de celebração da vida, previsto para ser um momento de emoção e comemoração pela chegada do "bebê esperado". Nesse contexto, o nascimento de RN prematuro ou mesmo de termo, porém com necessidade de internação em UTI não faz parte das expectativas de nenhuma família, acarretando uma situação de crise familiar, representada por um período de desequilíbrio, instabilidade e fragilidade. Tal fato implica na necessidade da supervisão e acolhimento dessas famílias.

Várias medidas podem ser tomadas com o intuito de colaborar na formação de laços afetivos entre os pais e o recém-nascido doente, tais como: propiciar a presença irrestrita dos pais na UTI; estimular e facilitar o contato dos pais com o filho; tornar o ambiente mais acolhedor; permitir que os pais participem dos cuidados dispensados ao recém-nascido; saber ouvir e comunicar-se com a família; iniciar o Método Canguru para prematuros, com contato pele a pele, assim que a condição clínica do recém-nascido permitir. O Método Canguru tem impacto positivo no comportamento e sentimento materno, podendo reduzir a depressão materna, condição essa muito comum em mães de recém-nascidos

internados em UTI Neonatal (Feldman *et al.,* 2002). Esse Método, além de dispender o mínimo custo e não necessitar de equipamentos sofisticados (Cattaneo *et al.*, 1998) promove o melhor relacionamento da mãe com seu bebê (Anderson, 1991 e Affonso, 1991).

Mães de recém-nascidos prematuros apresentam as mais diversas reações frente a prematuridade, incluindo: medo, culpa, ansiedade, negação, nervosismo e depressão. Os sentimentos maternos em relação à equipe cuidadora podem ser positivos tais como tranqüilidade, segurança e confiança, mas também podem ser predominantemente negativos, como: dúvida, indiferença, culpa, raiva e medo (Almeida, 1996).

Vários estudos mostram que mães de recém-nascidos prematuros têm maior risco de desenvolverem distúrbios emocionais e apresentarem sintomas de depressão, quando comparadas com mães de recém-nascidos a termo (Leigh *et al.,* 2003; Ukpong *et al.*, 2003). Cerca de 10-15% das mães de prematuros apresentam depressão (O'hara & Swain, 1996), sendo que em 60% dos casos os sintomas manifestam-se nas primeiras 6 semanas pós-parto (Stowe & Nemeroff, 1995). Dentre os sintomas maternos mais freqüentes destacam-se: perda de interesse nas atividades habitualmente agradáveis, fadiga, dificuldade de concentração ou na tomada de decisões, nervosismo, alteração de sensibilidade e insônia (Stowe & Nemeroff, 1995). Fatores como a separação dos seus frágeis recém-nascidos, impossibilidade de amamentá-los, poucas oportunidades de interação mãe-filho contribuem para o surgimento dos sintomas depressivos maternos (Leigh *et al.*, 2003).

Padovani *et al.* (2004) investigaram os sintomas de ansiedade e depressão em mães de recém-nascidos prematuros, durante e após hospitalização em UTI Neonatal. Verificaram que durante a internação, 44% das mães apresentaram sintomas clínicos de ansiedade, disforia e/ou depressão. Após a alta hospitalar do bebê, houve redução significativa em relação à primeira avaliação, sendo esses sintomas clínicos detectados em 26% das mães. Os autores concluíram que mães de recém-nascidos prematuros necessitam de suporte psicológico para enfrentar a internação do bebê.

Com o intuito de minimizar o sofrimento materno durante o período de internação do recém-nascido na UTI Neonatal, a equipe neonatal deve ser capaz de detectar cada caso em particular, oferecendo assistência adequada ao recém-nascido e sua família. Atualmente os profissionais que atuam em UTI têm procurado estratégias que resgatem o direito a um espaço vital na terapêutica: a tecnologia associada ao cuidado individualizado. Este cuidado valoriza a integridade do ser que está sendo cuidado, por meio de condutas como o acolhimento, o respeito à individualidade e os laços afetivos. Mathelin (1988), em seu livro “O sorriso de Gioconda” refere que: “todo ser humano tem necessidade de comunicação e a extrema imaturidade não impede que o bebê prematuro deseje ser compreendido pelos outros”.

Als *et al.* (1994) avaliaram a evolução de dois grupos de recém-nascidos com peso abaixo de 1250 gramas e menos que 30 semanas de idade gestacional. O grupo controle recebeu tratamento convencional

(não individualizado) e o grupo de estudo recebeu tratamento individualizado, com observação dos padrões de comportamento, sendo as condutas terapêuticas ajustadas aos estágios de desenvolvimento do recém-nascido e às necessidades da família, que participava constantemente dos cuidados neonatais. Os prematuros do grupo de estudo iniciaram alimentação por via oral mais precoce, tiveram menos complicações da prematuridade (pneumotórax, displasia broncopulmonar, hemorragia peri-intraventricular), ficaram menos tempo em ventilação mecânica e tiveram menor tempo de internação, em comparação aos que receberam cuidados convencionais. No seguimento ambulatorial, o grupo de estudo apresentou melhor desenvolvimento neuropsicomotor que o controle (Als *et al.*, 1994). Este programa de cuidados passou a ser chamado de NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) e tem sido aplicado em vários serviços nos Estados Unidos e na Europa (Fleiser *et al.,* 1995; Westrup *et al.,* 2000).

No Brasil tem sido proposto o Cuidado centrado na família, uma abordagem baseada na parceria mutuamente benéfica entre os provedores de saúde, o paciente e sua família. Nesta proposta a família é considerada elemento essencial e fonte de suporte para o bem-estar do recém-nascido, é valorizada e tratada com dignidade e respeito, sempre informada sobre as condições do recém-nascido e orientada na participação da assistência (Silva & Viana, 2006).

Essas propostas enquadram-se na tendência mundial à humanização da medicina de alta tecnologia, especialmente no âmbito da assistência materno infantil, abrangendo desde a assistência ao parto humanizado, o alojamento conjunto e até o seguimento do recém-nascido após a alta.

Em 1999, Levin (1999) sugeriu que o conceito de Hospital Amigo da Criança deveria estender-se além da amamentação, incluindo humanização do atendimento ao recém-nascido, intitulado de Iniciativa ao Cuidado Neonatal Humanizado.

O termo “Humanização” pode ser questionado, pois a prática médica que objetiva salvar vidas e garantir a saúde do indivíduo é por princípio humanizada, entretanto esta designação deve ser entendida com um novo enfoque, mais holístico, na medicina altamente tecnológica dos dias atuais. Humanização implica em cuidar não da doença, mas do doente como um todo, considerando-o inserido em seu contexto familiar. Segundo Ito *et al. (*2001): “Precisamos ainda entender a pessoa com a doença, mais do que entendemos da doença que a pessoa tem”.

Com o objetivo de melhorar a prática assistencial perinatal tornando-a mais adequada às necessidades individuais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou o manual “Care in normal birth: a practical guide” recomendando o que deve ou não ser feito na assistência ao parto (World Health Organization,1997).

1.2. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CLIENTE: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

No período neonatal, a assistência humanizada ao recém-nascido de alto risco também tem sido focalizada por meio da avaliação do grau de satisfação materna.

Os primeiros relatos de avaliações sobre satisfação do paciente com os serviços de saúde ocorreram no âmbito da enfermagem no final da década de 50. Atualmente, nos países desenvolvidos como Inglaterra e Estados Unidos, a satisfação materna é resguardada por lei e em vários locais é pré-requisito para o credenciamento hospitalar (Bond & Thomas, 1992).

Tem sido crescente o interesse em avaliar a satisfação do paciente e seus familiares, sendo esse aspecto considerado um indicador da qualidade dos cuidados oferecidos e importante item no planejamento de um serviço de assistência materno-infantil (Mclia *et al.*, 1991 e Merkouris *et al.*, 1999).

O estudo da satisfação do paciente e seus familiares pode trazer informações muito úteis relacionadas às necessidades educacionais, aos problemas ou deficiências nos cuidados prestados, e até mesmo ao sucesso ou falência do serviço de saúde (Megivern *et al.*, 1992).

Além de ser útil para avaliar a qualidade do serviço, a medida da satisfação do paciente pode ser usada para propiciar mudanças

administrativas, avaliar o efeito das mudanças na organização dos cuidados oferecidos, e formar profissionais éticos (Merkouris *et al.*, 1999).

Carr-Hill (1992) considera que o conceito de satisfação humana é complexo e influenciado por uma série de fatores incluindo estilo de vida, experiências passadas, expectativas futuras e valores tanto individuais como sociais.

A satisfação materna tem sido avaliada por meio de vários instrumentos na forma de questionários que fornecem escores refletindo o grau de satisfação da família frente a assistência recebida por seu filho, tais como: o "Maternity Services Assessment Questionaire" (MSAQ) que aborda aspectos da assistência pós-parto e neonatal, o "Patient Satisfaction with Maternity Services Instrument" (PSI) que focaliza aspectos técnicos e de relacionamento, o "Women's Experience of Maternity Care, conhecido como "Mason Survey","que avalia aspectos ante-natais, do nascimento, pós-natais e pós-alta, e foi recentemente proposto em nova versão simplificada (Johnson *et al.,* 2002).

A Escala de Estresse dos Pais em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (Parental Stressor Scale: NICU) foi desenvolvida por Miles *et al.* (1993) com o objetivo de criar um instrumento que pudesse avaliar o grau de estresse dos pais, cujos recém-nascidos estivessem internados em UTI Neonatal. Essa escala compreende um questionário focalizando 4 aspectos que constituem potenciais fontes de estresse: o ambiente da UTI, o aspecto do recém-nascido, o papel dos pais e o

relacionamento com a equipe de saúde (Miles *et al.*, 1993). Cada item do questionário é pontuado de 1 a 5 pelos pais. A pontuação 1 significa “pouco estressante” e 5 “muito estressante”. Esse instrumento já foi validado e tem sido utilizado com freqüência na América do Norte e Inglaterra (Franck *et al.,* 2005).

Uma opção interessante para avaliar a satisfação materna é o “Neonatal Index of Parent Satisfaction”, o NIPS, um instrumento de avaliação elaborado com base na opinião dos pais de recém-nascidos internados em UTI Neonatal (Dicenso *et al.*, 1996).

O questionário original consta de 27 itens que interrogam quão satisfeitos estão os pais, em relação a vários aspectos do relacionamento com a equipe de saúde da UTI Neonatal, especialmente quanto aos cuidados médicos. Para cada questão são fornecidas 7 opções de respostas, resultando em pontuação máxima de 7. As questões do NIPS foram elaboradas a partir de revisão da literatura, acrescida das opiniões de 63 médicos intensivistas neonatais e de 125 pais de recém-nascidos internados em UTI, resultando, em uma primeira etapa, em amplo questionário com 154 itens. A seguir procedeu-se a redução do instrumento para 27 questões, com base na avaliação da importância dos vários itens, de acordo com o resultado de outra pesquisa efetuada com 60 pais de recém-nascidos internados em UTI neonatal (Dicenso *et al.*, 1996).

1.3. JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Uma importante peculiaridade da UTI Neonatal em Hospital Universitário é a variação na equipe médica, devido ao rodízio dos médicos residentes, o que pode ser um fator limitante no relacionamento da família com o médico. Assim, nossa preocupação com a qualidade da assistência segundo a ótica do cliente, motivou a realização desta pesquisa, que teve a seguinte hipótese:

As mães estão satisfeitas com a assistência oferecida na UTI Neonatal, mas pela característica desse Hospital de Ensino, que trabalha no limite máximo de sua capacidade assistencial e com alta rotatividade da equipe de médicos residentes, alguns aspectos da assistência humanizada podem passar desapercebidos e desagradar às mães.

2. Objetivos

2.1. GERAL

Avaliar o grau de satisfação das mães em relação à assistência ministrada e atitudes da equipe de saúde na UTI Neonatal.

2.2. ESPECÍFICOS

- Determinar o grau de satisfação das mães.

- Investigar os fatores associados à satisfação materna.

- Identificar os aspectos da assistência e as atitudes dos cuidadores que mais agradam e que mais desagradam às mães.

3. Casuística e Métodos

3.1. TIPO DE ESTUDO

Estudo prospectivo de secção transversal (cross sectional survey), realizado no período de maio de 2004 a abril de 2005, envolvendo mães de recém-nascidos internados na UTI Neonatal do HC da FMB-UNESP provenientes da maternidade local ou de outras Instituições. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB-UNESP (Anexo 1).

3.2. CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

Com base na literatura que mostra alto grau de satisfação dos pacientes ou pais de pacientes em relação aos cuidados médicos (Stowe & Nemeroff, 1995 e O'hara *et al.*, 1996) para detectarmos diferenças da ordem de 10% nas médias dos escores da escala NIPS, considerando o desvio-padrão de 0,25, aceitando-se α = 5% e β = 20%, foi estimado o número mínimo da amostra em 100 mães a serem entrevistadas.

3.3. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E PROCEDIMENTO

3.3.1. Seleção do instrumento

Após ter conhecido e analisado criticamente os vários instrumentos para avaliação da satisfação do cliente apresentados na introdução, optamos pelo "Neonatal Index of Parent Satisfaction" (NIPS) (Dicenso *et al.*, 1996) pelos seguintes motivos:

- Proposto para avaliar os cuidados ministrados e o relacionamento dos pais com os cuidadores.
- Rigor na elaboração e validação.
- Abrangência dos aspectos abordados.
- Relativamente curto e simples para aplicar.
- Adequação à nossa realidade.

3.3.2. Tradução, adaptação do instrumento e elaboração do protocolo de estudo

O NIPS original compreende 27 itens, na forma de questionário com respostas fechadas. As perguntas focalizam aspectos problemáticos na assistência e iniciam sempre com a questão: Quão freqüente?

Para cada pergunta são apresentadas 7 opções de respostas com a seguinte pontuação:

1- sempre
2- quase sempre
3- boa parte do tempo
4- algum tempo
5- pouco tempo
6- muito pouco tempo
7- nunca

O escore mínimo obtido é de 27 pontos indicando máxima insatisfação e o máximo é de 189 pontos que indica máxima satisfação. O questionário NIPS original encontra-se no anexo 2.

Em uma primeira etapa traduzimos o questionário e realizamos estudo piloto entrevistando 10 mães. Detectamos 2 problemas: dificuldade materna no entendimento de algumas questões e hesitação na graduação das respostas em 7 opções. Em função disso, revisamos o instrumento, realizando algumas modificações para melhorar o entendimento das questões e facilitar as respostas.

2ª etapa: Adaptação do instrumento:

- Colocamos as questões de forma direta, sem usar a expressão inicial: *Quão freqüente?*, ou seja, foi efetuada a tradução reversa do instrumento.

- Retiramos 2 questões, especificamente as questões 3 e 4 do NIPS original, referentes a informações sobre a troca de plantão médico. A troca de plantão na UTI Neonatal desse HC ocorre em horário no qual a maioria das mães não se encontra na Unidade, o que dificulta o posicionamento materno sobre o assunto.

- Modificamos 4 questões do NIPS original, as questões 16, 18, 19 e 27, nas quais foram enfatizados aspectos relacionados à identificação da enfermagem, ao ambiente da UTI Neonatal e às atitudes da equipe com a mãe e com o RN.

- Reduzimos as opções de respostas para 4 alternativas, com a seguinte pontuação:

1- Sim/ muito
2- Sim/ mais ou menos
3- Sim/ pouco
4- Não

Construímos assim o novo modelo do instrumento com 25 questões que poderiam ser pontuadas de 1 a 4, possibilitando o escore final mínimo de 25 (insatisfação máxima) e máximo de 100 pontos (satisfação máxima).

Realizamos outro estudo piloto com 10 mães e não detectamos problemas no entendimento materno, nem dificuldades nas respostas. Este novo questionário foi então adotado como instrumento do estudo.

Após a elaboração do questionário e com base em estudo prévio (Rugolo *et al.*, 2004), no qual foram avaliados os sentimentos e percepções das mães de recém-nascidos do Alojamento Conjunto e do Berçário Anexo à Maternidade no Hospital das Clínicas- UNESP, elaboramos o protocolo de estudo, acrescentando às 25 questões do instrumento alguns itens que não foram pontuados, mas permitiram melhor caracterização da clientela de nosso Serviço. O protocolo de estudo (NIPS adaptado) encontra-se no Anexo 3.

3.3.3. Procedimento de avaliação

Os questionários foram aplicados em entrevista realizada com as mães, por um dos 2 investigadores previamente treinados para a pesquisa e não envolvidos diretamente na assistência aos recém-nascidos. Para o treinamento dos entrevistadores foram realizadas reuniões e discussões com todos os pesquisadores envolvidos nesse estudo, sendo debatido cada item do questionário e estabelecido consenso quanto a forma de efetuar cada questão às mães.

As mães foram entrevistadas no 2º – 3º dia após a alta da UTI e admissão do RN na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCI). Este cuidado foi tomado para minimizar “viés” de mensuração dos dados, pois é natural que logo após a alta da UTI as mães estejam felizes e satisfeitas com o sucesso de seu filho na luta contra a morte, enquanto que

após alguns dias após a alta, sua memória passa a priorizar o armazenamento dos eventos menos agressivos e mais agradáveis que ocorrem em uma unidade de recuperação e preparo para a alta. Outro aspecto que consideramos importante foi o fato do RN estar em enfermaria distinta da unidade que queremos avaliar, sendo assistido por equipe diferente, evitando assim o constrangimento e preocupação das mães quanto à possibilidade de que suas críticas ao serviço de UTI pudessem prejudicar a assistência a seus filhos.

Após convidar a mãe a participar do estudo e obter a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 4), o entrevistador efetuava as perguntas de forma objetiva e anotava as respostas.

As mães foram entrevistadas durante o horário de suas visitas na Unidade, em uma sala contígua, para garantir privacidade e maior liberdade de expressão. O tempo de cada entrevista variou entre 15 e 30 minutos.

3.3.4. Pré-teste

Reprodutibilidade do instrumento e concordância inter-entrevistador: para determinar a reprodutibilidade do instrumento 10 mães foram entrevistadas duas vezes, pelo mesmo entrevistador, com intervalo de uma semana. A reprodutibilidade foi boa, com variação de 20% ou menos entre os escores obtidos nas 2 avaliações.

A concordância inter-entrevistador foi avaliada com 10 mães que foram entrevistadas pelos 2 entrevistadores, com intervalo de 24 a 48 horas entre cada um deles. A concordância foi bastante satisfatória, com índice Kappa de 0,8.

3.4. CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO – UTI NEONATAL

A UTI Neonatal do HC da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP é de nível terciário e abrangência regional, oferecendo retaguarda a todas as cidades da DIR XI e por vezes, na dependência da disponibilidade de leitos, recebe também recém-nascidos gravemente doentes de outras DIR vizinhas. Tem capacidade para 15 leitos e está credenciada junto ao SUS. Como é a única UTI Neonatal da DIR XI, a unidade funciona no limite máximo de ocupação dos leitos e não é raro a situação de superlotação. Os critérios de internação e de alta da UTI Neonatal encontram-se no Anexo 5.

A Unidade tem como chefe uma docente do Departamento de Pediatria, especialista em Neonatologia, que além da função administrativa assume também a coordenação das atividades diárias didático-assistenciais. A equipe médica é constituída por 5 médicos contratados, que atuam como diaristas em turnos de 6 horas e como plantonistas de 12 horas no período noturno e de 24 horas nos finais de semana.

Participam também da equipe médica: 15 residentes de 2º ano de Pediatria (R_2) em rodízio, sendo um a dois residentes por mês, e os residentes de 3º ano opcional em Neonatologia, para os quais o serviço oferece 6 vagas e embora o preenchimento dessas vagas seja variável de um ano para outro, em média atuam na UTI Neonatal 2 a 3 residentes de 3º ano (R_3) por mês. A equipe de plantonistas compreende além dos 5 médicos da UTI outros 3 médicos contratados e 4 docentes da Neonatologia.

A dinâmica da unidade, de forma simplificada pode ser assim entendida: cobertura médica 24 horas, efetuada por 2 equipes distintas:

Período diurno nos dias úteis: 2-3 médicos + um docente + um R_2 + 2-3 R_3

Período noturno e fim de semana: 2 médicos (ou 1 médico e 1 docente) + um R_2 + um R_3

No período diurno existe grande fluxo de residentes/médicos de outras especialidades e de profissionais de outras áreas da saúde, que compõem a equipe multiprofissional de UTI Neonatal.

Quanto à equipe de enfermagem esta é relativamente fixa, contando com 3 enfermeiras assistenciais durante o dia e 1 à noite; 5 auxiliares de enfermagem por turno de 6 horas/dia, que cuidam em média de 3 recém-nascidos. A enfermagem é treinada para transmitir informações pelo telefone sobre a condição estável ou não do recém-nascido, somente para os pais. As demais informações são fornecidas pela equipe médica.

Na UTI Neonatal a visita dos pais é liberada todos os dias, nos períodos diurnos e noturnos. Os avós também podem realizar visitas na UTI Neonatal 2 vezes/semana, especificamente às quartas-feiras e sábados. Durante a visita, os pais têm oportunidade de contato com seus filhos, através do toque, acolhendo-os ao colo se possível e, se a condição clínica do recém-nascido permitir, a mãe pode amamentá-lo, tentando dessa forma minimizar o sofrimento da separação dos seus filhos.

Na visita, os pais recebem informações dos médicos residentes sobre a condição clínica e evolução dos seus recém-nascidos e podem questionar possíveis dúvidas. Nos casos de maior complexidade ou gravidade do recém-nascido com risco de morte, são realizadas conversas conjuntas com os pais e médicos residentes acompanhados por médico assistente.

A UTI Neonatal da FMB – UNESP dispõe de reuniões semanais com grupo de pais organizado por equipe de psicólogos e por um médico da UTI Neonatal. Essas reuniões propiciam aos pais que estão com seus filhos internados na UTI Neonatal a possibilidade de expor seus problemas, dúvidas e medos assim como relatar suas experiências, contribuindo dessa forma para minimizar os distúrbios psicológicos comuns nesse período.

Após a alta da UTI Neonatal os recém-nascidos são preferencialmente internados na UCI; na falta de vagas nessa Unidade podem ser admitidos no Berçário Interno, ou encaminhados para outros

hospitais. Tanto a UCI como o Berçário Interno localizam-se em área física distinta da UTI, contando com equipe médica e de enfermagem própria e não pertencente à UTI. Nessas unidades a presença das mães é praticamente diária, para promoção do vínculo mãe-filho e do aleitamento materno, e não há limite de horário para a permanência das mães na Unidade.

3.5. CASUÍSTICA

Seleção dos sujeitos, critérios de inclusão e exclusão:

Por meio de visitas diárias de um dos entrevistadores na UCI e detecção de novo paciente internado, foram selecionados os potenciais sujeitos do estudo, sendo incluídos os que preencheram os seguintes critérios:

- RN internado na UTI Neonatal durante uma semana ou mais
- RN sem má-formação congênita grave.
- Mãe visitou o RN na UTI mais que uma vez.
- Mãe concordou em participar do estudo e assinou o termo de consentimento.

Não foram incluídas as mães de gemelares.

Foram excluídas do estudo as mães que por alguma limitação intrínseca não conseguiram entender e responder 3 ou mais questões (> 10% do instrumento), após a segunda tentativa do entrevistador.

3.6. VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.6.1. Independentes

- Dados demográficos dos pais: procedência, idade, escolaridade, profissão, situação conjugal.

- Dados da gestação e nascimento: paridade, número de consultas e local do pré-natal, planejamento e evolução da gestação, conhecimento quando gestante de possíveis problemas com o RN, realização de ultrassom obstétrico, tipo e local de nascimento, número de visitas maternas durante internação do RN na UTI.

- Dados do RN: idade gestacional, peso de nascimento, Apgar, diagnóstico principal, tempo de internação na UTI.

Definição das variáveis estudadas:

- Adolescente: idade inferior a 20 anos

- Procedência: foram consideradas 3 possibilidades: 1- Botucatu; 2- DIR XI; 3- outras DIR

- Escolaridade: analfabeto, ensino fundamental (completo ou não); ensino médio (completo ou não); ensino superior (completo ou não).

- Profissão: classificada conforme a Escala de Prestígio Ocupacional (Gouveia, 1970):

- não remunerado/ estudante
- ocupações manuais especializadas ou não
- ocupações não manuais e profissionais liberais

- Pré-natal: foi considerado presente (independente do número de consultas) e ausente.

As mães foram classificadas em 3 grupos: as que realizaram consultas na FMB – UNESP; as que fizeram pré-natal em outros locais fora da FMB - UNESP e mães que não realizaram o controle pré-natal.

- Motivo do encaminhamento materno para a FMB - UNESP: indicação médica, outros motivos, motivo desconhecido.

- Idade gestacional: Para o cálculo da idade gestacional foi considerada a data de certeza da última menstruação (DUM), em caso de dúvida ou ausência dessa informação foi considerado o resultado do ultrassom precoce, realizado no primeiro trimestre da gestação. Quando nenhuma dessas opções esteve disponível, a idade gestacional foi avaliada pelo exame somático e neurológico do RN conforme o Método de New Ballard (Ballard *et al.,* 1991). Foi avaliada a idade gestacional média da amostra e foram considerados 3 grupos de recém-nascidos: $\leq$ 30 semanas

(prematuros extremos), entre 31 a 36 semanas (prematuros) e ≥ 37 semanas (termos).

- Peso de nascimento: avaliado quanto à média e estratificado em 4 grupos: < 1000 gramas, entre 1000 a 1499 gramas, entre 1500 a 2499 gramas e ≥ 2500 gramas.

- Apgar: avaliado no primeiro e quinto minutos de vida, definindo-se 3 grupos, conforme a nota do primeiro minuto:

≤ 3 Depressão neonatal grave

4 a 6 Depressão moderada

≥ 7 Boa vitalidade

Para os recém-nascidos que apresentaram depressão neonatal, considerou-se a nota de Apgar ≥ 7 no quinto minuto de vida como indicativa de boa recuperação.

- Visitas maternas na UTI: Essa variável foi avaliada quanto ao número de vezes por semana que a mãe visitou seu filho, ocorrência de visita no final de semana, e presença ou não do companheiro ou outra pessoa na primeira visita.

3.6.2. Dependentes

- Grau de satisfação materna: definido pelo escore final obtido na somatória das respostas às 25 questões.

Considerou-se que as mães estavam satisfeitas quando o escore foi maior que 50. Definiu-se alto grau de satisfação materna quando a pontuação foi maior que 90.

Para caracterizar os aspectos que mais desagradaram às mães foram considerados os percentuais de respostas 1 e 2.

O percentual de respostas 4 nas diversas questões caracterizou os aspectos que mais agradaram às mães.

3.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA

3.7.1. Descritiva

Foi realizado inicialmente o estudo descritivo da amostra, sendo os dados apresentados em tabelas ou histogramas de distribuição de freqüências.

As variáveis contínuas foram expressas pela média e desvio-padrão, mínimo e máximo, mediana e percentis 25 e 75. As variáveis categóricas foram representadas pelo número e proporção de eventos.

3.7.2. Análise inferencial

A associação das variáveis independentes com o desfecho de interesse: grau de satisfação materna, foi avaliada pela análise de variância univariada (ANOVA), sendo proposta a análise multivariada com regressão logística para avaliar a influência conjunta das variáveis significantes na análise univariada.

Em todas as análises foi fixado o nível de significância em 5%.

A análise estatística foi realizada utilizando-se o programa SPSS versão 12.

4. Resultados

No período de um ano de recrutamento dos dados, 120 mães preencheram os critérios de inclusão e nenhuma foi excluída do estudo.

O escore do NIPS foi elevado nessa amostra, com valor médio de 90 ± 8,1 e mediana de 92 (P25: 85,5 e P75: 95), tendo como valor mínimo 54 e máximo 100.

A Figura 1 mostra o histograma da distribuição de freqüência dos escores NIPS, observando-se que esse escore não apresentou distribuição normal, com nítido predomínio de valores nas faixas de 91-95 e 96-100, o que correspondeu a 64% de mães classificadas como muito satisfeitas.

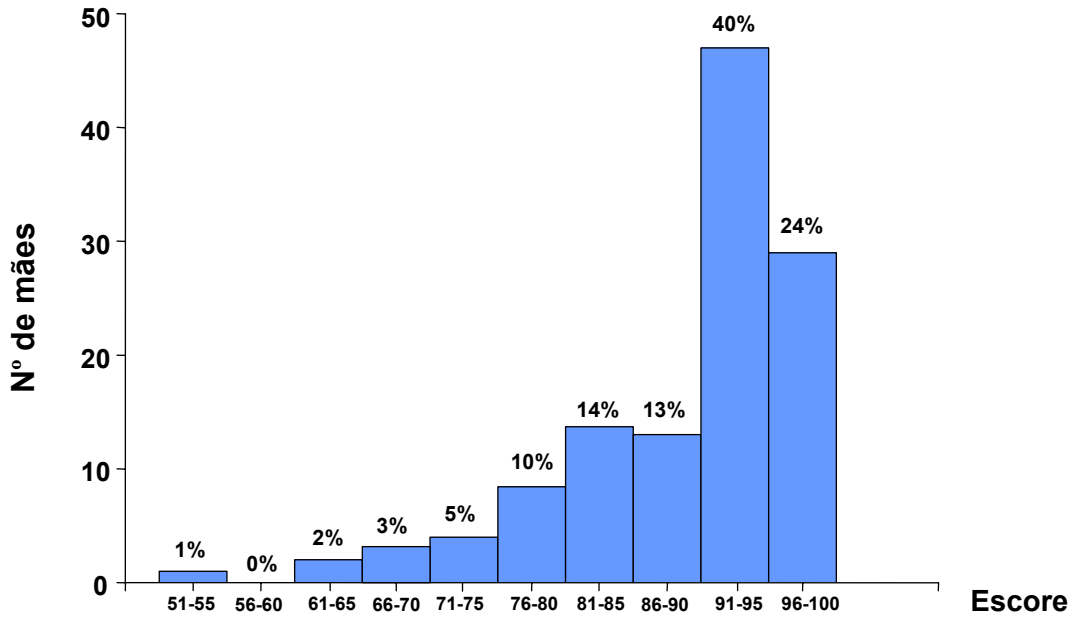

Figura 1 – Histograma da distribuição de freqüência dos escores NIPS.

Quanto às características demográficas da amostra estudada, menos que 1/3 das mães eram procedentes da cidade de Botucatu, predominando a procedência de outras cidades da DIR XI, o que correspondeu a 57% da amostra e 14% foram procedentes de outras DIR.

A idade média materna foi de 25 ± 7 anos (variação de 14-48 anos). Os pais tiveram em média 27± 8 anos (variação de 17-54 anos).

Na tabela 1 verifica-se que a maioria dos pais apresentava nível educacional baixo a médio, porém com mínimo percentual de analfabetismo. Houve predomínio de mães sem remuneração e de pais com ocupações manuais.

Tabela 1 – Escolaridade e profissão dos pais.

	Mães		**Pais**	
	n	**%**	**n**	**%**
Escolaridade				
• Ensino Fundamental	63	52,5	60	50
• Ensino Médio	50	41,7	54	45
• Ensino Superior	06	5,0	04	3,3
• Analfabeto	01	0,8	02	1,7
Profissão				
• Não remunerado/estudante	69	57,0	05	4,2
• Ocupações manuais especializadas ou não	38	32,0	99	82,5
• Ocupações não manuais e profissionais liberais	13	11,0	16	13,5

Os principais dados gestacionais encontram-se na Tabela 2.

Houve elevada freqüência de mães primigestas, e poucas gestações foram planejadas. O pré-natal foi realizado em 97% dos casos, mas apenas 38% das mães fizeram pré-natal na Faculdade de Medicina de Botucatu. Foi baixo o percentual de mães informadas durante o pré-natal de possível problema com seu filho. A maioria das mães foi encaminhada para esta instituição por indicação médica e tiveram parto cesáreo.

Tabela 2 – Principais dados gestacionais.

Dados da gestação	**n**	**%**
1ª gestação	63	52
Gravidez planejada	39	32
Pré-natal na FMB – UNESP	46	38
Sem pré-natal	04	3
Ultrassom na gravidez	103	86
Informação de problema com RN	35	29
Parto cesáreo	65	54
Nascimento na FMB - UNESP	100	83
Motivo do encaminhamento para FMB - UNESP		
• Indicação médica	78	65
• Outros motivos	38	32
• Não sabe	04	3

A principal indicação médica de UTI Neonatal foi prematuridade em 72% dos casos, entretanto 48% das mães consideravam ser devido a problema pulmonar ou cardíaco, 44 % achavam ser pela prematuridade e apenas 8% das mães não sabiam o motivo da internação de seus filhos.

Quanto às características dos RN, a idade gestacional média foi de 31 ± 4 semanas (variação de 24 - 41 semanas). O peso de nascimento médio foi de 1655 ± 835 gramas (mínimo: 565g e máximo: 4650 g). O tempo de internação na UTI Neonatal foi prolongado, com média de 25 dias, mas teve ampla variação: de 7 a 112 dias. A mediana do tempo de internação foi de 26 dias (P25 = 10 dias e P75 = 32 dias).

A tabela 3 mostra a estratificação dos recém-nascidos conforme as faixas de idade gestacional, peso de nascimento e valores de Apgar no primeiro e quinto minutos de vida. Mais que a metade deles eram prematuros extremos, sendo 57% com peso de nascimento menor que 1500g. Algum grau de depressão neonatal (Apgar de primeiro minuto < 7) ocorreu em 60% da amostra, mas a maioria apresentou boa recuperação no quinto minuto de vida.

Tabela 3 – Distribuição dos recém-nascidos conforme as faixas de idade gestacional, peso de nascimento e Apgar no primeiro e quinto minutos de vida.

	n	%
Idade gestacional (sem.)		
≤ 30	62	52
31-36	38	32
≥ 37	20	16
Peso de nascimento (g)		
< 1000	27	22
1000-1499	41	35
1500-2499	30	25
≥ 2500	22	18
Apgar 1º min		
≤ 3	25	21
4-6	47	39
≥ 7	48	40
Apgar 5º min		
≤ 3	0	0
4-6	19	16
≥ 7	101	84

As mães tiveram contato precoce e freqüente com seus recém-nascidos. A maioria viu seu filho no dia do nascimento e a primeira visita materna na UTI ocorreu em média no segundo dia de vida. Houve apenas um caso em que, devido à gravidade da condição clínica materna, a primeira visita foi tardia, realizada quando o recém-nascido tinha 20 dias de vida. Em média as mães visitaram seus filhos 4 vezes por semana (Tabela 4).

Na primeira visita à UTI, 46% das mães contaram com a presença do companheiro, enquanto que 44% estavam sozinhas e 10% foram acompanhadas por outras pessoas.

Tabela 4 – Aspectos do relacionamento mãe-filho.

Viu RN 1ª vez (dias)	
Média ± DP	2 ± 0,9
Mín – Max	1- 3
Mediana	1
P25 - P75	1- 3
Visitou RN 1ª vez (dias)	
Média ± DP	2 ± 3
Mín – Max	1- 20
Mediana	2
P25 - P75	1- 2
Nº visitas na semana	
Média ± DP	4 ± 1
Mín – Max	1 – 5
Mediana	5
P25 - P75	3 – 5

Nas Tabelas 5 a 8 encontram-se os resultados da análise de variância univariada para as associações entre variáveis demográficas, gestacionais, maternas e neonatais com o grau de satisfação materna. As variáveis demográficas, maternas e neonatais não tiveram associação significante com o grau de satisfação materna, e dentre as variáveis gestacionais, houve associação significativa apenas com o motivo do encaminhamento materno para essa Instituição.

Tabela 5 – Associação entre variáveis demográficas e grau de satisfação materna.

Variáveis	**Escore 51 - 90 (satisfeitas) n=44**		**Escore > 90 (muito satisfeitas) n=76**		**Valor de p**
	n	**%**	**n**	**%**	
Idade materna < 20anos	15	34	17	22	0,162
Idade paterna < 20 anos	05	11	02	3	0,062
Escolaridade materna					0,210
- analfabeta	01	2	0	0	
- fundamental	23	52	40	53	
- médio	16	36	34	45	
- superior	04	9	02	3	
Escolaridade do pai					0,852
-analfabeto	01	2	01	1	
-fundamental	23	52	37	49	
-médio	18	41	36	47	
-superior	02	4	02	3	
Procedência					0,738
- Botucatu	13	30	25	33	
- DIR XI	25	57	44	58	
- Outra DIR	06	14	07	9	
Profissão do pai					0,099
- desempregado	03	7	02	3	
- ocupação manual	32	73	67	88	
- ocupação não manual	09	20	07	9	

Tabela 6 – Associação entre variáveis gestacionais e grau de satisfação materna.

Variáveis	Escore 51 - 90 (satisfeitas) n=44		Escore > 90 (muito satisfeitas) n=76		Valor de p
Primigestas	**n**	**%**	**n**	**%**	
	23	52	40	53	0,970
Pré-natal					0,758
- Outro Serviço	25	57	39	51	
- FMB – UNESP	18	41	34	45	
- Ausente	01	2	03	4	
Ultrassom obstétrico	37	84	66	86	0,677
Informação de problema com RN	13	30	22	29	0,945
Gravidez planejada	14	32	25	33	0,903
Motivo do encaminhamento para FMB					0,025
- indicação médica	23	52	55	72	
- outros	10	23	8	10	
- não sabe	04	9	0	0	

Tabela 7 - Associação entre variáveis natais/neonatais e grau de satisfação materna.

Variáveis	Escore 51-90 (satisfeitas) n=44		Escore > 90 (muito satisfeitas) n=76		Valor de p
Parto cesáreo	**n**	**%**	**n**	**%**	
	24	54	41	54	0,949
Idade gestacional					0,935
- ≤ 30 semanas	22	50	40	53	
- 31-36 semanas	14	32	24	31	
- ≥ 37 semanas	08	18	12	16	
Nascimento na FMB- UNESP	37	84	63	83	0,865

Tabela 8 - Associação entre variáveis maternas e grau de satisfação materna.

Variáveis	Escore 51- 90 (satisfeitas) n=44		Escore > 90 (muito satisfeitas) n=76		Valor de p
Conhecimento sobre motivo da internação	**n**	**%**	**n**	**%**	
	38	86	69	90	0,459
Acompanhamento na visita a UTI Neonatal					0,636
- sozinha	21	47	32	42	
- com companheiro	20	45	35	46	
- outras pessoas	03	7	09	12	
Visitas aos fins de semana	34	77	57	75	0,779

Não foi freqüente a detecção de aspectos que desagradassem às mães.

Como pode ser observado na Tabela 9, o maior percentual de respostas 1 e 2 (traduzindo insatisfação) foi 37% para o quesito Ambiente da UTI Neonatal, enquanto que dificuldade ou demora para conseguir conversar com o médico ocorreu apenas em 16% e 13% respectivamente.

Tabela 9 – Aspectos que mais desagradam às mães.

Aspectos	Número de mães (n)	Percentual de mães (%)
Ambiente da UTI	44	37
Dificuldade na identificação do médico	41	34
Dificuldade na identificação da enfermeira	37	31
Falta de informação sobre o prognóstico do RN	32	27
Inibição no relacionamento médico	27	23
Explicação médica complicada	27	23
Explicação médica assustadora	20	17
Dificuldade em conversar com médico	19	16
Demora para ser atendida	15	13

A tabela 10 apresenta os aspectos que mais agradaram as mães. Destaca-se nessa tabela que 99% das mães acharam que os cuidados ministrados aos seus filhos foram adequados, e ainda 97% das entrevistadas não detectaram erro na conduta médica, 89% consideraram que não houve diferença no padrão da assistência nos finais de semana e 85% afirmaram que o rodízio da equipe médica não trouxe qualquer prejuízo ao tratamento do seu filho.

Tabela 10 – Aspectos que mais agradam às mães.

Aspectos	Número de mães (n)	Percentual de mães (%)
Cuidados adequados ao filho	118	99
Ausência de erro na conduta médica	116	97
Condição adequada do RN na alta	113	94
Confiança na equipe	112	93
Ausência de aborrecimento com atitudes médicas	111	92
Adequada informação	108	90
Boa capacidade médica em entender problemas maternos	107	89
Sem prejuízo na assistência aos finais de semana	107	89
Ausência de informações conflitantes	104	87
Rodízio médico não interfere na assistência	102	85

5. Discussão

As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal caracterizam-se como centros de alta tecnologia, complexas e muito competitivas, dispondo de clientela ampla e diversificada (Conner & Nelson, 1999). Nesse contexto, uma das preocupações com a qualidade do serviço está relacionada ao grau de satisfação materna com os cuidados ministrados aos seus RN.

O conceito de satisfação materna com os cuidados neonatais envolve aspectos multidimensionais, tais como segurança, comunicabilidade, informações consistentes, educação, manejo da dor dos recém-nascidos, participação nos cuidados, contato com o bebê e suporte emocional (Conner & Nelson, 1999).

A literatura apresenta uma série de questionários e escalas que visam avaliar a satisfação materna, dentre os quais foi selecionado o "Neonatal Index of Parent Satisfaction" (NIPS) (Dicenso *et al.*, 1996) como instrumento do presente estudo.

O NIPS é um instrumento interessante, que se diferencia dos demais em 2 aspectos: forma de elaboração e foco no cuidado médico. Seu conteúdo não foi elaborado apenas com itens teóricos pré-determinados, mas sim com base na opinião dos pais de RN de UTI Neonatal sobre os aspectos relevantes para sua satisfação. O questionário avalia vários aspectos de relacionamento com a equipe de saúde da UTI, especialmente com os médicos. A estratégia de elaboração desse instrumento seguiu os critérios clássicos recomendados para avaliação de

qualidade de vida, ou seja: os itens devem refletir áreas relevantes de satisfação e de insatisfação dos pais; deve ser obtida pontuação final passível de análise estatística; o uso pode ser reproduzido; o instrumento deve ser relativamente curto e simples e deve ser validado (Dicenso *et al.*, 1996).

A opção por esse instrumento justifica-se pelo fato de tratar-se de um questionário prático, de fácil aplicação e já validado, que abrange os aspectos de maior interesse em nossa pesquisa.

Algumas adaptações foram efetuadas no instrumento, para melhor adequação à nossa realidade. Assim, 2 questões foram excluídas do NIPS original, pois eram repetitivas e não focalizavam aspectos relevantes; em 4 questões foram enfatizados aspectos de grande interesse na pesquisa. Consideramos que essas modificações melhoraram o instrumento sem alterar sua estrutura original, porém há necessidade de mais estudos para validação desse questionário adaptado.

A preocupação com a satisfação materna quanto aos cuidados com seus recém-nascidos existe não apenas em Unidades de alto risco. No Alojamento Conjunto e Berçário de médio risco da Faculdade de Medicina de Botucatu, Rugolo *et al.* (2004) investigaram os sentimentos e percepções de 180 puérperas com relação à assistência materno-infantil e documentaram alto nível de ansiedade materna antes e depois do parto. A maioria das mães mostrou-se satisfeita com a equipe de cuidadores e com a assistência recebida. O local de hospitalização influenciou os sentimentos

maternos, com grande preocupação materna em relação à saúde dos RN e à estar junto deles, manifestada pelas mães com bebês internados no Berçário de médio risco. Apesar de a maioria das mulheres conversarem com seus médicos, menos da metade sabiam identificá-los corretamente.

Padovani *et al.* (2004) observaram que mães de prematuros internados em UTI Neonatal apresentam depressão e ansiedade durante o período de hospitalização de seus filhos, necessitando de suporte psicológico e acompanhamento individualizado.

No presente estudo, as mães de recém-nascidos internados em UTI mostraram-se muito satisfeitas com a assistência médica recebida, sendo que 64% delas obtiveram pontuação maior que 90 no NIPS. É difícil quantificar sentimentos, que caracteristicamente são parâmetros subjetivos, assim, o limite de corte em 90 pontos no escore total do NIPS adotado nesse estudo para definir o alto grau de satisfação pode ser questionado, mas a literatura mostra que os valores médios do NIPS são elevados, conforme documentado no estudo de Dicenso *et al.* (1996), a pontuação máxima do NIPS seria de 189 e dentre 832 pais entrevistados o escore médio foi de 140 ± 26,5. Assim, considerando que o escore máximo no presente estudo seria 100 pontos, o valor de 90 situa-se acima do desvio-padrão da média obtida no estudo de Dicenso.

Algumas características maternas como idade, paridade e situação sócio-econômica, e também as características neonatais como peso de nascimento, idade gestacional e necessidade de assistência

ventilatória podem predispor a alterações emocionais em mães de RN internados em UTI (Meyer *et al.,*1995). Em países com marcantes diferenças socioculturais, o fator sociocultural tem forte influência nas expectativas dos pais em relação à comunicação com a equipe de saúde e necessidade de suporte emocional, refletindo na satisfação dos mesmos com a assistência em UTI Neonatal (Auslander & Arad, 2003).

Nesse estudo as mães foram jovens, com idade média de 25 anos, evidenciando-se considerável percentual de mães adolescentes: 34% no grupo das mães satisfeitas e 22% no grupo das mães muito satisfeitas. A incidência de gestações em adolescentes vem crescendo acentuadamente nos últimos anos. Em 2001, o percentual de mães adolescentes no Estado de São Paulo foi de 19,2% e a região de Saúde de Botucatu (DIR 11) apresentou a segunda maior taxa do Estado, com 24,5% de mães adolescentes (www.saude.sp.gov.br). Entretanto, estudo prévio realizado em nosso Serviço não mostrou diferenças nos sentimentos e percepções de puérperas adultas e adolescentes em relação à assistência materno-infantil ministrada (Rugolo *et al.*, 2004).

Coerente com o perfil da população atendida nesse Serviço, pertencente ao Sistema Único de Saúde e de classe socioeconômica baixa, a escolaridade de 52,5% das mães limitou-se ao ensino fundamental, porém esse fator não interferiu na aplicação do questionário, corroborando a fácil compreensão do mesmo.

Falta de planejamento da gravidez é comum em nosso meio tendo sido detectada em 47% das 180 puérperas avaliadas no estudo de Rugolo *et al.* (2004) e em 68% da amostra desse estudo, entretanto isto não influenciou no grau de satisfação materna. A falta de planejamento da gestação exerce influência direta no relacionamento marital (Cox *et al.*, 1999), entretanto, não está documentada sua interferência na satisfação materna relacionada à assistência neonatal. A aceitação da gestação parece ser fator mais importante que o planejamento da mesma quanto à influência nos sentimentos maternos (Condon & Corkindale, 1997).

No presente estudo detectou-se elevado percentual de RN prematuros, porém esse fator não teve influência no grau de satisfação materna. Carter *et al.* (2005) compararam o impacto psicológico da internação de RN prematuros em UTI Neonatal versus de RN termo que não necessitaram de UTI Neonatal, e verificaram que mães de RN prematuros necessitam de maior atenção e dedicação pela equipe de saúde, já que o desequilíbrio psicológico é maior nesse grupo.

O tempo de internação do RN na UTI Neonatal é outro fator determinante na satisfação materna, já que a internação nessas Unidades implica na separação mãe-filho e na ruptura dos laços que vinham sendo firmados desde a descoberta da gravidez. Quanto maior esse tempo, menor é o contato mãe-filho. Nyström *et al.* (2002) avaliaram as experiências de mães de RN internados em UTI Neonatal, e mostraram que a separação mãe-filho foi o aspecto mais difícil durante a hospitalização. Os sentimentos predominantes foram de fracasso e impotência, gerando desequilíbrio

emocional. Especialmente, em relação aos RN prematuros, além da separação física, a freqüente condição de instabilidade orgânica dos prematuros, acrescenta para a mãe graus variados de incerteza quanto a evolução clínica e sobrevivência de seus filhos (Linhares *et al.*, 2000 e Pinelli, 2000).

Interessante notar que nenhuma das características demográficas, maternas e neonatais investigadas nesse estudo tiveram influência no grau de satisfação materna, sugerindo que na situação de internação em UTI Neonatal a satisfação materna relaciona-se exclusivamente com a forma em que a assistência é ministrada. Tal fato pode ser devido à homogeneidade da amostra estudada e à estrutura padronizada das condutas e atitudes assistenciais em um serviço universitário. Estudo recente com ampla casuística de crianças com necessidades especiais, documentou que discrepâncias raciais, barreiras na linguagem, limitações econômicas e ausência de cuidados centrados na família têm influência negativa na satisfação materna com a assistência recebida (Ngui & Flores, 2006).

O fato de 65% das mães terem sido encaminhadas para a FMB – UNESP por indicação médica durante o pré-natal pode ter contribuído no sentido de fortalecer a confiança materna na assistência médica ministrada aos RN em nossa UTI Neonatal, assim podemos entender ter sido esse o único fator associado ao grau de satisfação materna.

Em nosso estudo, o ambiente da UTI Neonatal foi um dos quesitos que mais desagradaram às mães, o que pode ser facilmente entendido pelas características estruturais e funcionais dessa Unidade. Harrison *et al.* (1993) avaliaram as opiniões de pais cujos filhos estavam internados em UTI Neonatal, sendo relatados vários aspectos negativos em relação ao ambiente da UTI Neonatal, destacando-se: local muito iluminado, ruidoso, agressivo e frequentemente doloroso. Essas características da Unidade podem propiciar ansiedade, medo e descontentamento por parte dos pais (Harrison, 1993), o que foi evidenciado pelo percentual de 37% de respostas traduzindo insatisfação ao perguntarmos o que as mães sentiam em relação ao ambiente da UTI Neonatal. Tal fato nos remete a reformulações quanto a estrutura da UTI Neonatal, visando minimizar os efeitos negativos do ambiente nos pais. Resultados semelhantes foram obtidos por Blackington e Mclauchlan (1995) que ao avaliaram a satisfação materna em UTI Neonatal observaram que o quesito ambiente da UTI Neonatal foi um dos aspectos que mais desagradaram às mães, enfatizando a necessidade de reestruturação local, com criação de ambiente mais calmo para descanso dos pais, além de local propício para permanência noturna.

A multiplicidade e diversidade de profissionais nas equipes de UTI Neonatal podem dificultar a identificação do médico e da enfermagem, comprometendo o estabelecimento do vínculo médico-paciente e propiciando sentimentos maternos de desorientação (Janssen *et al.,* 2000). Isso explica o fato de cerca de 1/3 das mães relatarem dificuldade na identificação do médico e também da enfermeira responsáveis pelos

cuidados aos seus filhos, aspecto esse que precisa ser melhorado em nosso serviço.

Dentre os quesitos que mais agradaram às mães evidenciamos o reconhecimento das mesmas quanto à qualidade do serviço, representada pela adequação dos cuidados ministrados e ausência de erros na conduta médica, bem como o elevado grau de confiança materna na equipe de cuidadores. No estudo de Dicenso *et al.* (1996) 8,5% das mães entrevistadas identificaram incidentes nos cuidados médicos aos RN, o que esteve presente em apenas 3% no presente estudo. Em uma amostra de 52 pais de RN internados em UTI Neonatal, Ward (2001) avaliou as necessidades referidas pelos mesmos durante o período de internação de seus filhos. Os aspectos mais importantes apontados pelos pais foram: confiança na equipe médica, fornecimento de informações adequadas e esclarecedoras quanto aos procedimentos e planejamento terapêutico, respostas honestas para as dúvidas dos pais e capacidade de compreensão dos medos e expectativas dos pais.

Kovalski *et al.* (2006) avaliaram a satisfação dos pais em relação ao tipo de informação fornecida pela equipe de cuidadores e verificaram que dos 101 pais entrevistados, 96% mostraram-se satisfeitos com a forma como a informação foi transmitida e 91% reconheceram a figura do neonatologista como membro importante no relato das informações.

Nosso estudo apresenta algumas limitações que precisam ser consideradas. Foi unicêntrico, envolvendo clientela de pacientes do Sistema Único de Saúde, que receberam todo o tratamento custeado pelo Estado. Assim, a falta de críticas pode traduzir gratidão pelos cuidados ministrados aos seus RN ou até mesmo receio de que as críticas pudessem prejudicar o tratamento do bebê. O baixo nível de escolaridade pode estar associado à falta de conhecimento ou dificuldade de expressão de suas verdadeiras críticas ao serviço.

Outra limitação foi a realização da entrevista apenas com a mãe, em um único momento, próximo à alta da UTI neonatal e ainda durante a internação do RN, não sendo possível excluir o impacto positivo da alta de uma Unidade de alto risco, e também a possibilidade de inibição em expressar críticas pelo fato do RN ainda estar internado no serviço. Por outro lado, nosso maior interesse foi avaliar como as mães sentiam-se no período crítico de seus filhos na UTI, assim, se a entrevista fosse realizada após mais tempo haveria a possibilidade de alguns detalhes passarem desapercebidos.

Apesar das limitações, esse estudo permitiu avaliar de forma objetiva, aspectos importantes e altamente subjetivos relacionados a sentimentos e percepções maternas.

Também foram evidenciados aspectos a serem modificados e melhorados em nosso serviço, no intuito do crescimento e aperfeiçoamento da assistência ao RN de alto risco, tais como: o ambiente

da UTI Neonatal que precisa ser menos hostil; a identificação da equipe médica e de enfermagem que ainda está deficiente; a forma de transmitir informações sobre os RN por vezes complicada e assustadora para os familiares e o acesso da família ao médico que deve sempre ser facilitado. Dessa forma, poderemos contribuir para melhoria do serviço na sua totalidade, incrementando a assistência médica humanizada, garantindo qualidade na assistência e satisfação materna.

Além da validade interna do estudo, consideramos que os aspectos aqui apontados possam ser úteis para outros serviços que apresentem semelhante dinâmica de funcionamento e que atendem clientela SUS.

5.1. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com essa pesquisa esperamos estimular a realização de novos estudos visando determinar as expectativas e necessidades maternas durante toda a internação dos RN.

Consideramos que o investimento na humanização dos cuidados aos RN de alto risco internados em UTI Neonatal, propicia oportunidade ímpar para a melhoria de nosso desempenho não apenas como profissional de saúde, mas também como ser humano, além de ser de fundamental importância para aumentar a qualidade do serviço.

6. Conclusões

1) As mães de RN egressos de UTI Neonatal mostraram-se bastante satisfeitas com a assistência ministrada aos seus filhos e com as atitudes da equipe de cuidadores da UTI Neonatal.

2) O grau de satisfação materna foi elevado, com média de 90 ± 8,1 pontos em uma escala de 0 a 100.

3) As variáveis demográficas, maternas, de nascimento e neonatais não influenciaram no grau de satisfação materna. O encaminhamento médico da gestante para esse Serviço associou-se com alto grau de satisfação materna.

4) Os aspectos que mais agradaram às mães foram a adequação nos cuidados ministrados aos RN, ausência de erros na conduta médica, bom relacionamento e confiança na equipe de cuidadores. O ambiente da UTI e a dificuldade na identificação do médico e da enfermeira foram aspectos que desagradaram às mães.

7. Referências Bibliográficas

Affonso D, Bosque E, Wahlberg V, Brady JP. Reconciliation and healing for mothers through skin-to-skin contact provided in an American tertiary level intensive care nursery. Neonatal Netw 1993; 12:25-32.

Almeida RR. Perceptions of nulliparous women about prematurity. Rev Gaúcha Enferm 1996; 17:59-65.

Als H, Lawhon G, Duffy FH, McAnulty GB, GibesGrossman R, Blickman JG. Individualized developmental care for the very-low-birth-weight preterm infant: medical and neurofunctional effects. JAMA 1994; 272:853-58.

Anderson GC. Current knowledge about skin-to-skin (Kangaroo) care for preterm infants. J. Perinatol 1991; 11:216-26.

Auslander GK, Arad I. Parent's satisfaction with care in the Neonatal Intensive Care Unit: mother's role of sociocultural factors. Children's Health Care 2003; 32(1):17-36.

Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, Wang L, Eilers-Walsman BL, Lipp R. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J. Pediatr 1991; 119:417-23.

Blackington SM, Mclauchlan T. Continuous quality improvement in the neonatal intensive care unit: evaluating parent satisfaction. J Nurs Care Qual 1995; 9:78-85.

Bond S, Thomas LH. Measuring patient's satisfaction with nursing care. J Adv Nurs 1992; 17:52-63.

Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med 1992; 14:236-49.

Carter JD, Mulder RT, Bartram AF, Darlow BA. Infants in a neonatal intensive care unit: parent response. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2005; 90(2):F96.

Cattaneo A, Davanzo R, Uxa F, Tamburlini G. Recommendations for the implementation of Kangaroo Mother Care for low birthweight infants. Internacional Network on Kangaroo Mother Care. Acta Paediatr 1998; 87: 440-45.

Chalmers B. How often must we ask for sensitive care before we get it? Birth 2002; 29: 79-82.

Condon JT, Corkindale C. The correlates of antenatal attachment in pregnant women. Br J Med Psychol 1997; 70:359-72.

Conner JM, Nelson EC. Neonatal Intensive Care**:** satisfaction measured from a parent's perspective. Pediatrics 1999; 103:336-49.

Cox MJ, Paley B, Burchinal M, Payne CC. Marital perceptions and interactions across the transition to parenthood. Journal of Marriage and the Family 1999; 61:611-25.

Curi PR. Metodologia e análise da pesquisa em ciências biológicas. São Paulo: Gráfica Editora, 1997.

DiCenso AM, Guyatt G, Paes B, Blatz S, Kirplalani H, Fryers M, Hunsberger M, Pinelli J, Van Dover L, Southwell D. A New Measure of Parent Satisfaction with Medical Care Provided in the Neonatal Intensive Care Unit. Clin Epidemiol 1996; 49:313-18.

Feldman R, Eildelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and tradiotional care: parenting outcomes and preterm infant development. Pediatrics 2002; 110:16-26.

Fleiser BE, Vanderberg K, Constantinous J, Heller C, Benitz WE, Johnson K, *et al*. Individualized developmental care for very-low-birth-weight premature infants. Clin Pediatr 1995; 34:523-29.

Franck LS, Cox S, Allen A, Winter I. Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. J Adv Nurs 2005; 49:608-15.

Gouveia AJ. Professoras de amanhã: Um estudo de escolha ocupacional. 2nd ed. São Paulo: Livraria Pioneira, 1970.

Harrison H. The principles for family-centered neonatal care. Pediatrics 1993; 92:643-50.

Horbar JD, Badger GJ, Carpenter JH, Fanaroff AA, Kilpatrick S, Lacorte M, Phibbs R, Soll RF. Trends in mortality and morbidity for very lowbirth weight infants. Pediatrics 2002; 110:143-51.

Ito T, Takano Y, Yuasa N. Types of lumbar herniated disc and clinical course. Spine 2001; 26:648-51.

Jansen PA, Klein MC, Harris SJ, Soolsma J, Seymour LC. Single room maternity care and client satisfation. Birth 2000; 27:235-43.

Johnson M, Langdon R, Yong, L, Stewart H, Kelly P. Comprehensive measurement of maternal satisfation: The modified Mason Survey. Intern J Nurs Practice 2002; 8:127-36.

Kowalski WJ, Leef KH, Mackley A, Spear ML, Paul DA. Communicating with parents of premature infants: who is the informant? J Perinatol 2006; 26(1):44-8.

Leigh D, Edward H, Mohay H, Wollin J. The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. Early Hum Dev 2003; 73: 61-70.

Levin A. Humane Neonatal Care Initiative. Acta Paediatr 1999; 88:353-55.

Linhares MBM, Carvalho AEV, Bordin MBM, Chimello JT, Martinez FE, Jorge SM. Prematuridade e muito baixo peso ao nascer como fator de risco ao desenvolvimento psicológico da criança. Paidéia 2000; 10(18):60-9.

Mathelin C. O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros. 1ª ed. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1988.

Megivern K, Haem MA, Jones G. Measuring patient's satisfaction as an outcome of nursing care. J Nurs Car Qual 1992; 6:9-24.

Merkouris A, Ifantopoulos J, Lanara V, Lemonidou C. Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing sevices. J Nurs Manag 1999; 7:19-28.

Meyer EC, Garcia Coll CT, Seifer R, Ramos A, Kilis E, Oh W. Psychological distress in mothers of preterm infants. J Dev Behav Pediatr 1995; 16:412-17.

Miles MS, Funk SG, Carlson J. Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit. Nurs Res 1993; 42:148-52.

Mclia RJ, Morgan M, Wolfe CDA, Swan AV. Consumers views of the maternity services: Implications for change and quality assurance. J Public Health Med 1991; 13:120-26.

Ngui EM, Flores G. Satisfaction with care and ease of using health care services among parents of children with special health care needs: the roles of race/ethnicity, insurance, language, and adequacy of family-centered care. Pediatrics 2006; 117(4): 1184-96.

Nyströn k, Axelsson K. Mothers's experience of being separated from their newborns. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2002; 31:275-82.

O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. Intern Rev Psychiatr 1996; 8: 37-54.

Padovani FHP, Linhares MBM, Carvalho AEV, Duarte G, Martinez FE. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em Uti-Neonatal. Ver Bras Psiquiatr 2004; 26(4):251-4.

Percentual de mães adolescents (menores de 20 anos), Segundo regiões de saúde, Estado de São Paulo 1994 a 2001. Disponível em: HTTP://www.saude.sp.gov.br/informacoessaude/dadossaude/html/dadossaudenascvivos.

Pinelli J. Effects of family coping and resources on family adjustment and parental stress in the acute phase of the NICU experience. Neonatal Netw 2000; 19(6):27-37.

Rugolo LMSS, Bottino J, Scudeler SEM, Bentlin MR, Trindade CEP, Perosa GB, Rugolo Junior A. Sentimentos e percepções de puérperas com relação à assistência prestada pelo serviço materno-infantil de um hospital universitário. Ver Bras Saúde Matern Infant 2004; 4:23-33.

Silva RNM, Viana MCFB. Ecologia Perinatal. In: Alves Filho N, Corrêa MD, Alves Junior JMS, Corrêa Júnior MD. Perinatologia Básica. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006: 7-16.

Stowe SN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum-onset major depression. Am J Obstetr Gynaecol 1995; 173:639-45.

Ukpong DI, Fatoye FO, Oseni SB, Adewuya AO. Post partum emotional distress in mothers of preterm infants: a controlled study. East Afr Med J 2003; 80:289-92.

Ward K. Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU). Pediatr Nurs 2001; 27(3):281-6.

Westrup B, Kleberg A, Von Eichwald K, Stjernqvist K, Lagercrantz H. A randomized, controlled trial to evaluate the effects of the newborn indivualized developmental care and assessment program in a Swedish setting. Pediatrics 2000; 105:66-72.

World Health Organization – Technical Working Group. Care in normal birth: A practical guide. Birth 1997; 24:121-23.

Anexos

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.

unesp
Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 6802-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail Presidência: mjbvianna@uol.com.br

Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 01 de dezembro de 2.003

OF.538/2003-CEP
MACAH/asc

Ilustríssima Senhora
Profª. Drª Lígia Maria Suppo de Souza Rugolo
Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina do Campus de Botucatu.

Prezada Profª. Lígia

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa ***"Avaliação da humanização em relação a equipe de saúde na UTI neonatal em um Centro Universitário"****, de autoria de Adriana Saito, Silvia Regina Marchioni Scudeler e Saskia Maria W. Fekete, todas orientadas por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer* ***favorável****, aprovado em reunião de 01/12/2003.*

Situação do Projeto: Aprovado

Sendo só para o momento, aproveito o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Anexo 2 – NIPS original.

APPENDIX

Summary of the Neonatal Instrument of Parent Satisfaction

The NIPS includes 27 questions. To enhance parents' understanding, the wording is deliberately repetitious. Response options are presented as seven-point

scales on color-coded cards. An example of the way the questions are structured follows.

1. How often did you find the change of medical caregivers looking after your baby difficult? Would you say
   1. ALL OF THE TIME
   2. MOST OF THE TIME
   3. A FAIR BIT OF THE TIME
   4. SOME OF THE TIME
   5. A LITTLE OF THE TIME
   6. VERY LITTLE OF THE TIME
   7. NONE OF THE TIME

The working structure of the other questions is identical, and appropriate seven-point scales are offered for each question. The content of the remaining 26 questions is as follows.

2. How often did these caregivers present your baby's condition in a way which was scary or frightening?
3. How often did the caregivers fail to tell you when they were going off duty?
4. How often did the caregivers fail to tell you who was going to fill in while they were off duty?
5. How often did you feel confused about whom to trust?
6. How often did you receive conflicting information from different MEDICAL caregivers?
7. How often did you feel that your baby was lost in the shuffle of a large unit?
8. How often did you have difficulty finding out who your baby's MEDICAL caregivers were?
9. How often did you find the change of MEDICAL caregivers over the weekends a problem?
10. How often did the caregivers fail to inform you about tests or X-ray results?
11. How often did you have to ask the MEDICAL caregivers to repeat explanations several times?
12. How often were you uncertain about who to talk to about your baby's condition?
13. How often did the MEDICAL caregivers fail to inform you completely about the results of a procedure?
14. How often did the caregivers keep you waiting for results of tests?
15. How often were you informed about something after the fact or by accident?
16. How often did you feel that you knew who was who?
17. How often did the MEDICAL caregivers volunteer how they felt about your baby's condition?
18. How satisfied were you with the way the MEDICAL caregivers prepared you for your baby's stay in the NICU?
19. How satisfied were you with the extent to which the caregivers kept you informed as your baby's condition changed?
20. How satisfied were you with how often the caregivers offered to meet with you in private?
21. How satisfied were you with the number of meetings arranged with your baby's doctors to discuss what you might expect for your baby in the future?
22. How satisfied were you with how the MEDICAL caregivers told you about the long-term expectation or outlook for your child?
23. How satisfied were you with how much the caregivers were sensitive to the other pressures in your life?
24. How satisfied were you with the extent to which the caregivers offered personal opinions or experiences about your baby's future condition?
25. How satisfied were you with the MEDICAL caregivers in preparing you for the discharge of your baby?
26. How satisfied were you with your involvement in the decision to discharge your baby?
27. How sure were you that your baby's discharge was because the baby was getting better rather than the unit needing the bed?

Scoring of the NIPS

The scores for all questions in each dimension are simply added together. Thus, using a seven-point scale for the responses, the minimum and maximum scores would be 27 (least satisfied) and 189 (most satisfied).

Anexo 3 – NIPS Adaptado.

PROTOCOLO DE ESTUDO Nº _____ Data ____/____/___

RN _____ **RG** _____

Idades: materna_____ paterna_____ número de irmãos _____

Profissão:

mãe:_____ pai: _____

Procedência: _____

Grau de escolaridade:

mãe:_____ pai:_____

Planejou esta gravidez? Sim ( ) Não ( )

Local e número de consultas: _____

Por que veio ter o bebê neste serviço? _____

Tipo de parto:_____ IG (DUM/NB):_____PN:_____C:_____

Apgar: _____/_____/_____

Hipótese diagnóstica do RN _____

Na gravidez, foi informada que o bebê poderia ter algum problema?

Sim ( ) Não ( ) Quem informou? _____Quando? _____

Fez USG ? ( ) sim ( )não. Outras avaliações do RN?_____

Sabe por que seu bebê foi para a UTI? Sim ( ) Não ( ) Razão:_____

Quando você viu seu bebê pela primeira vez? _____

Quando você visitou seu bebê pela primeira vez? _____

Alguém a acompanhou na visita? Sim ( ) Não ( ) Quem? _____

Há quanto tempo seu bebê está internado neste hospital?_____

DN:_____/_____/_____ Alta UTI: _____/_____/_____

Quantas vezes por semana você vem visitá-lo?_____

Qual é o horário que você costuma vir?_____

Você vem nos finais de semana? Sim ( ) Não ( )

NIPS ADAPTADO:

1) Você acha que a mudança dos médicos que cuidam do seu bebê prejudica o tratamento dele? Não( ) Sim ( ) Quanto? _____

2) Os médicos falam de forma assustadora sobre a condição do seu bebê (após o nascimento)? Não ( ) Sim ( ) Quanto? _____

3) Você se sente em um ambiente pouco familiar dentro da UTI? Não( ) Sim ( ) Quanto? _____

4) Você acha que alguém judiou do seu bebê sem necessidade? Não ( ) Sim ( ) Quanto?_____

5) Você acha que tem alguém na equipe que não dá pra confiar? Não ( ) Sim ( ) Quanto? _____ M ( ) ou E ( ) ?

6) Você recebe informações conflitantes dos médicos que cuidam do seu bebê (um fala uma coisa e outro fala outra)?

Não ( ) Sim ( ) Quanto? _____

- As enfermeiras já falaram coisas diferentes do que os médicos tinham falado? Não ( ) Sim ( )

7) É freqüente você sentir que seu bebê é apenas mais um, no meio dos outros? Não( ) Sim ( ) Quanto? _____

8) Você tem dificuldade em saber quem é o médico que cuida do seu bebê? Não( ) Sim ( ) Quanto? _____

9) Você acha que há diferença no cuidado do seu bebê durante o fim-de-semana? Não ( ) Sim ( ) Quanto? _____

10) Você acha que os médicos não informam direito sobre os resultados dos exames do seu bebê? Não ( ) Sim ( ) Quanto? _____

11) Você acha que as explicações do médico são muito complicadas? Não( ) Sim ( ) Quanto? _____

12) Já aconteceu de você se sentir inibida para pedir alguma explicação? Não ( ) Sim ( ) Quanto? _____

13) Já aconteceu de você não ser informada sobre o que está sendo feito com o seu bebê? Não( ) Sim ( ) Quanto?_____

14) Os médicos fazem você esperar muito tempo para atendê-la e contar os resultados dos exames?

Não( ) Sim ( ) Quanto? _____

15) Alguém já fez alguma coisa errada com o seu bebê durante a internação?

Não ( ) Sim ( ) Quanto?_____

16) Você tem dificuldade em sabar quem é a enfermeira que cuida do seu bebê?

Não ( ) Sim ( ) Quanto? _____

17) Você acha que médico disfarça o que ele sente em relação à evolução do seu bebê? Não( ) Sim ( ) Quanto? _____

18) Você ficou chateada com a atitude de alguém em relação a você? Não( ) Sim ( ) Quanto? _____ M ( ) ou E ( ) ?

19) As enfermeiras têm dificuldade para entender seus problemas? Não( ) Sim ( ) Quanto? _____

20) Já aconteceu de você não conseguir conversar em particular com o médico do seu bebê?

Não( ) Sim ( ) Quanto? _____

21) Você ficou chateada com a atitude de alguém em relação ao seu bebê? Não( ) Sim ( ) Quanto? _____ M ( ) ou E ( ) ?

22) O médico escondeu alguma informação sobre como o seu bebê vai ficar no futuro?

Não( ) Sim ( ) Quanto? _____

23) Os médicos têm dificuldade para entender os seus problemas?

Não( ) Sim ( ) Quanto? _____

24) Você se sentiu insegura com o fato do seu bebê sair da UTI? Não( ) Sim ( ) Quanto? _____

25) Você acha que o seu bebê não estava em condições de ir de alta ?
Não ( ) Sim ( ) Quanto? _____

ESCALA NIPS (ÍNDICE NEONATAL DE SATISFAÇÃO MATERNA):

1) Sim/ Muito (1 ponto)
2) Sim/ Mais ou menos (2 pontos)
3) Sim/ Pouco (3 pontos)
PONTUAÇÃO OBTIDA: _____
4) Não (4 pontos)

Pontuação mínima = 25 pontos (pouco satisfeita)

Pontuação máxima = 100 pontos (muito satisfeita)

26) Você acha que o seu bebê recebe um algo a mais?

Não ( ) Sim ( ) Quanto? _____ M ( ) ou E ( )

27) Você foi orientada sobre como cuidar do seu bebê depois da alta?

Se sim, quem orientou? M ( ) ou E ( ).

Orientaram Muito ( )

Mais ou menos ( )

Pouco ( )

Nada ( )

28) Com quem você tem melhor relacionamento: M ( ) ou E ( )?

Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que fui suficientemente esclarecido e é de minha livre vontade de participar do estudo que está sendo feito no Hospital das Clínicas de Botucatu – UNESP sobre a avaliação da satisfação de mães de recém-nascidos de alto risco internados na Uti Neonatal em relação a equipe de saúde.

O estudo será feito sob forma de questionário com perguntas que visam avaliar a interação dos pais com a equipe de saúde da UTI Neonatal e estudar o grau de satisfação em relação ao serviço desempenhado pela Unidade.

Este questionário será aplicado por uma pessoa alheia ao serviço e os dados serão mantidos em sigilo, não interferindo com a conduta em relação à criança.

Este estudo visa melhorar o atendimento na UTI Neonatal e será parte de um programa de humanização do serviço.

--- ---

Dra. Adriana Saito Mãe ou responsável

Endereço da pesquisadora: Rua Goiás, 446
Cep 18.570-000- Centro – Conchas- SP
Tel: (14)3845-4336

Endereço da orientadora: Rua Cardoso de Almeida, 1000 – apto 62
Cep 18.600-005 – Botucatu – SP
Tel: (14) 3815-4647

Anexo 5 – Critérios de Internação na UTI Neonatal: FMB – UNESP.

CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO NA UTI NEONATAL: FMB – UNESP

Critérios gerais:

- Doença grave ou potencialmente grave com risco de vida, mas que seja reversível.
- Instabilidade das funções vitais.

Respiratório:

- Insuficiência respiratória: PaO2 < 50 mmHg, PaCO2 > 50mmHg, pH < 7,25 em FiO2 ≥ 0,4 ou BSA > 4 e com valores crescentes.
- Apnéias freqüentes (> 2 episódios por hora).

Cardiovascular:

- Insuficiência cardíaca.
- Instabilidade hemodinâmica.
- Cardiopatias cianogênicas.
- Arritmias com repercussão clínica.

Distúrbio acidobásico, hidroeletrolítico ou metabólico graves

- pH < 7,10 ou > 7,5.
- Distúrbios metabólicos de difícil controle.
- Desidratação de 2° e de 3° graus.
- Secreção inapropriada de ADH.
- Insuficiência renal.

Neurológico

- Síndrome da encefalopatia hipóxico-isquêmica.
- Hemorragia intracraniana.
- Convulsões.
- Coma.
- Meningite complicada.
- Síndrome de abstinência.
- Hipertensão intracraniana.

Digestivo

- Enterocolite necrosante (qualquer grau).
- Abdome agudo obstrutivo.
- Diarréia de difícil controle.
- Íleo paralítico.
- Sangramento digestivo.

Cirurgia: pré e pós-operatório imediato

Outras indicações

- Prematuros com peso < 1000 gramas.
- Prematuros com peso < 1250 gramas e com distúrbio respiratório progressivo.
- Parada cardiorrespiratória.
- Sepse, CIVD e/ou choque.
- Sangramento ou anemias graves.
- Depressão neonatal grave com Apgar < 6 no 5° minuto.
- RN hidrópico.
- Malformação congênita grave com possibilidade de correção cirúrgica.

CRITÉRIO DE ALTA DA UTI NEONATAL: FMB – UNESP

- Estabilização das funções vitais.
- Controle da doença aguda que motivou a internação.