



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

de Souza, Sandra Regina; Dupas, Giselle; Ferreira Gomes Balieiro, Maria Magda
Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive
Care Unit (PSS:NICU)

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 25, núm. 2, 2012, pp. 171-176

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023884003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da *Parental Stress Scale:Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU)**

Cultural adaptation and validation for the Portuguese language of the Parental Stress Scale:Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU)

Adaptación cultural y validación al idioma portugués del Parental Stress Scale:Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU)

Sandra Regina de Souza¹, Giselle Dupas², Maria Magda Ferreira Gomes Balieiro³

RESUMO

Objetivo: Traduzir, realizar a adaptação cultural e validar a escala *Parental Stress Scale:Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU)* para a língua portuguesa. **Métodos:** Utilizou-se o método descritivo de validação de instrumentos de medida, baseado nas etapas propostas por Guillemin et al. A análise da confiabilidade foi realizada por meio dos testes e retestes e da consistência interna. Na validação clínica, participaram 163 pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). **Resultados:** Os coeficientes de correlação intraclass ficaram em torno de 0,70 mostrando boa estabilidade entre as duas avaliações. A análise fatorial pelo método de componentes principais utilizou os mesmos critérios da escala original, com rotação Varimax, com grau de variância adequado de 57,9%. Os maiores níveis de estresse dos pais foram obtidos na subescala “*alteração do papel de pais*”. **Conclusão:** A PSS:NICU na versão em português é uma ferramenta válida e confiável para avaliação do estresse de pais com filho internado na UTIN.

Descritores: Estresse psicológico; Pais; Enfermagem neonatal; Unidades de terapia intensiva neonatal; Estudos de validação; Questionários; Linguagem

ABSTRACT

Objective: To translate, perform cultural adaptation and validation of the scale *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU)* for the Portuguese language. **Methods:** We used the descriptive validation method of measurement instruments, based on the steps proposed by Guillemin et al. The reliability analysis was performed by means of the test - retest method and internal consistency. In the clinical validation, 163 parents of newborns hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) were included. **Results:** The intraclass correlation coefficients were around 0.70, showing good stability between the two assessments. Factor analysis by principal components method used the same criteria as the original scale, with Varimax rotation, with an appropriate degree of variance of 57.9%. The highest stress levels of parents were obtained in the subscale, “*changing role of parents*.” **Conclusion:** The PSS: NICU in the Portuguese version is a valid and reliable tool for evaluating the stress of parents with children hospitalized in the NICU.

Keywords: Stress, psychological; Parents; Neonatal nursing; Intensive care units, neonatal; Validation studies; Questionnaires; Language

RESUMEN

Objetivo: Traducir, realizar la adaptación cultural y validar la escala *Parental Stress Scale:Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU)* al idioma portugués. **Métodos:** Se utilizó el método descriptivo de validación de instrumentos de medida, basado en las etapas propuestas por Guillemin et al. El análisis de la confiabilidad fue realizado por medio de los tests y retests y de la consistencia interna. En la validación clínica, participaron 163 padres de recién nacidos internados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN). **Resultados:** Los coeficientes de correlación intraclass quedaron alrededor de 0,70 mostrando buena estabilidad entre las dos evaluaciones. El análisis factorial por el método de componentes principales utilizó los mismos criterios de la escala original, con rotación Varimax, con grado de varianza adecuado de 57,9%. Los mayores niveles de estrés de los padres fueron obtenidos en la subescala “*alteración del papel de padres*”. **Conclusión:** La PSS:NICU en la versión en portugués es una herramienta válida y confiable para la evaluación del estrés de padres con un hijo internado en la UCIN.

Descriptor: Estrés psicológico; Padres; Enfermería neonatal; Unidades de cuidado intensivo neonatal; Estudios de validación; Cuestionarios; Lenguaje

* Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

¹ Pós-graduada (Mestrado) Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

² Professora Doutora da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar – São Carlos (SP), Brasil.

³ Professora Doutora da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo UNIFESP - São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos têm sido importantes na sobrevivência de recém-nascidos, antes considerados inviáveis em razão da prematuridade extrema ou doenças que demandam cuidados intensivos. Estes avanços não preparam os pais desses pequenos sobreviventes a enfrentarem a situação de hospitalização e a separação do esperado bebê, pois, muitas vezes, esta possibilidade é inesperada. As reações à hospitalização do filho vão desde o choro de lamento por ter um filho doente até alterações orgânicas e problemas psicológicos^(1,2). Essa nova situação, associada à dificuldade em entender o que realmente ocorre com seu filho, sua permanência em um ambiente estranho, com barulhos, equipamentos assustadores e pessoas movimentando-se o tempo todo são consideradas, como fontes geradoras de estresse aos pacientes e familiares, podendo levá-los ao estresse, à ansiedade e depressão^(3,4). Considerando que os pais vivenciam estresse na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no acompanhamento do filho recém-nascido, é necessário que a enfermeira tenha instrumentos para conhecer como eles enfrentam a internação do filho. Na busca bibliográfica sobre a temática, não se encontrou instrumento que medisse o estresse nesse contexto, porém, na literatura internacional há citações de uma escala chamada *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS:NICU)⁽⁴⁾, que mensura o estresse de pais na UTIN⁽⁵⁾. Esta escala é utilizada nos Estados Unidos da América⁽⁶⁾, Argentina⁽⁷⁾, Inglaterra⁽⁸⁾, Japão⁽⁹⁾ e na Austrália⁽¹⁰⁾.

Instrumento *Parental Stress Scale:Neonatal Intensive Care Unit* (PSS:NICU)

A escala PSS:NICU foi construída com objetivo de avaliar o estresse vivenciado por pais de recém-nascidos internados nessa unidade e foi validada, em 1993 por Miles et al⁽⁵⁾. É composta de 26 itens distribuídos em três subescalas que são “sons e imagens”, “aparência e comportamento do bebê” e “alteração do papel de pai/mãe”. Os pais indicam em uma escala do tipo *Likert* que apresenta pontuação entre 1 e 5, se experimentaram estresse nos itens da escala. A pontuação “1” refere-se a não estressante, “2” um pouco estressante, “3” moderadamente estressante, “4” muito estressante e “5” extremamente estressante⁽⁴⁾. As respostas do instrumento de medida podem ser avaliadas de três maneiras: **Métrica 1:** Nível de Ocorrência de Estresse - esse é o nível de estresse em que a situação ocorre. Neste caso, apenas aqueles que citaram ter passado pela experiência receberam uma nota no item; os que relataram não ter experimentado isso são codificados como ausentes. As notas da escala são, então, calculadas pela média das respostas com estresse nos itens relacionados em cada uma e na escala total. É importante notar

que o denominador para a obtenção da média para cada escala é o número dos itens que o genitor experimentou em cada uma. **Métrica 2:** Nível Geral de Estresse - este é o nível geral de estresse do ambiente. Neste caso, pais que não relataram ter tido uma experiência em um dos itens, recebem nota 1, indicando que não houve estresse na situação. As notas da escala são calculadas pela média dessas respostas relacionadas a estresse para os itens em cada uma e à escala total. O denominador para a obtenção da média em cada escala é o número de itens na escala.

Métrica 3: Número total de experiências - o número de itens experimentados pelo genitor em cada uma das três escalas pode ser calculado pela simples contagem do número de respostas afirmativas dadas por ele (ela) nos itens de cada uma das três escalas. Estes números podem ser somados para indicar o número total de experiências na PSS:NICU pelo qual o genitor passou.

Na língua portuguesa, a validação da escala PSS:NICU, permite que a enfermeira utilize uma ferramenta objetiva para a avaliação da percepção dos pais dos estressores presentes no ambiente físico e psicossocial da UTIN e direcione as intervenções de enfermagem nessa unidade, possibilitando o encaminhamento dos pais para grupos de apoio ou para intervenções com profissionais especializados, quando for necessário. O objetivo do estudo foi determinar a validade e a confiabilidade da *Parental Stress Scale:Neonatal Intensive Care Unit* (PSS:NICU) para uso com pais brasileiros.

MÉTODOS

O método descritivo de validação de instrumentos de medida foi usado, baseado nas etapas propostas por Guillemin et al⁽¹¹⁾: tradução, retradução, análise do comitê, pré-teste, análise dos dados. Os locais do estudo foram dois hospitais ligados a uma universidade pública do Estado de São Paulo, que possuem UTIN e unidades semi-intensivas. Os sujeitos foram compostos por um comitê de revisores, formado por sete profissionais: três enfermeiros, um médico neonatologista, um residente médico em neonatologia, uma assistente social e uma psicóloga na fase de adaptação cultural; e nas fases de pré-teste e aplicação clínica da escala, por pais e/ou mães de crianças internadas na UTIN e unidade semi-intensiva dos hospitais. Antes do encaminhamento do projeto aos comitês de ética, solicitou-se a autorização para validação e utilização do instrumento PSS:NICU à autora por e-mail e depois pessoalmente. A pesquisa atendeu a todos os dispositivos da Resolução 196/96, sendo submetida aos Comitês de Ética; registrados sob nº 408/2008 e nº 01303/08. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram garantidos sigilo e o direito a desistirem de sua participação em qualquer momento da pesquisa. Para a fase de validação clínica,

construiu-se um instrumento de coleta de dados, composto na primeira parte com a caracterização da população do estudo, quanto aos dados clínicos e demográficos da criança e dos pais. A segunda parte, com a escala PSS: NICU em sua versão final em português. Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados criado pela autora no software Excel; que foram analisados descritivamente por meio de frequências absolutas (n) e percentuais (%), valores médios e desvio-padrão.

A confiabilidade da PSS: NICU foi verificada pelo teste-reteste (reprodutibilidade) e análise de consistência interna. No teste-reteste, utilizou-se uma amostra de 33 pais para verificar a reprodutibilidade da escala traduzida e adaptada, mostrando sua estabilidade ao longo do tempo. Aplicou-se o coeficiente de correlação intraclassa (ICC) entre a primeira e segunda avaliação no mesmo pai/mãe, com um intervalo de 24 horas na aplicação do instrumento. A investigação da confiabilidade incluiu a análise da consistência interna dos itens e suas respectivas subescalas e a escala total.

A análise da consistência interna do instrumento foi realizada pelo coeficiente Alpha de Cronbach e a análise fatorial, por componentes principais, com método de rotação VARIMAX, para a validação do construto. O processo de tradução, adaptação e validação do instrumento de *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU) para a língua portuguesa está apresentado de forma esquemática na Figura 1.

RESULTADOS

A tradução da PSS: NICU da língua inglesa para a língua portuguesa foi feita por dois tradutores independentes, com conhecimento das duas línguas com precisão. Estes dois tradutores não participaram do restante da pesquisa. A versão final na língua portuguesa, obtida na etapa anterior, foi retraduzida da língua portuguesa para a língua inglesa por dois tradutores com fluência em ambas as línguas. Estes tradutores não participaram da primeira fase. A versão em português da PSS: NICU foi analisada, observando-se a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual pelo Comitê de Revisores até atingirem nível de concordância acima de 80%.

Em seguida a escala foi avaliada por 20 pais quanto à compreensão da versão na língua portuguesa. Os resultados foram satisfatórios, já que todos os sujeitos desta fase de adaptação cultural responderam ao questionário e referiram não ter dúvidas quanto os itens das três subescalas do instrumento PSS: NICU.

A subescala sons e imagens apresentou alfa de Cronbach de 0,84 na Métrica 1 e 0,8 na Métrica 2, evidenciando uma boa consistência interna e nas subescalas aparência e comportamento do bebê e alteração no papel de pais, tanto a Métrica 1 como a 2 foram acima de 0,89, o que

significa perfeita correlação demonstrando consistência interna, ou seja, adequada confiabilidade dos itens do instrumento. A consistência interna foi calculada para os escores de cada subescala do instrumento, variando de 0 a 1, sendo considerado como aceitável um Cronbach de, aproximadamente, 0,70^(12,13).

Verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre a primeira e a segunda aplicação da PSS: NICU. Os valores obtidos dos coeficientes de correlação intraclassa (ICC) para as Métricas 1 e 2 ficaram em torno de 0,70, mostrando uma boa estabilidade entre as duas avaliações.

Com a versão final da PSS: NICU em português, realizou-se a validação clínica da escala. Fizeram parte do processo de validação 121 mães (74,2%) e 42 pais (25,8%). A idade predominante dos participantes foi entre 20 e 29 anos. Quanto à escolaridade, parte dos pais, 56 (35,9%) tinham ensino fundamental incompleto; 10 (6,4%) tinham completado o ensino fundamental; 24 (15,4%), o ensino médio incompleto; 66 (42,3%), ensino médio completo e nenhum tinha o ensino superior completo.

A análise do estresse pela Métrica 1 mostrou que o maior nível de estresse foi a subescala “alteração no papel de pais”. O nível de estresse médio foi de 3,7, ou seja, muito estressante (Tabela 1).

Tabela 1. Estatísticas descritivas para a PSS: NICU. São Paulo. São Paulo, 2009.

	Sons e imagens	Aparência e comportamento	Papel de pais	Escore total
Métrica 1				
N	163	163	163	163
Média	2,3	2,9	3,7	3
Desvio-padrão	1	1,2	1,2	1
Mediana	2,2	3	4	3,1
1º quartile	1,5	1,8	2,8	2,2
3º quartile	3	3,8	4,7	3,7
Mínimo	1	1	1	1
Máximo	5	5	5	5
Métrica 2				
N	163	163	163	163
Média	2,2	2,6	3,4	2,7
Desvio-padrão	0,9	1,1	1,2	0,9
Mediana	2	2,7	3,6	2,8
1º quartile	1,3	1,5	2,5	1,9
3º quartile	2,7	3,5	4,4	3,4
Mínimo	1	1	1	1
Máximo	4,8	4,9	5	4,9

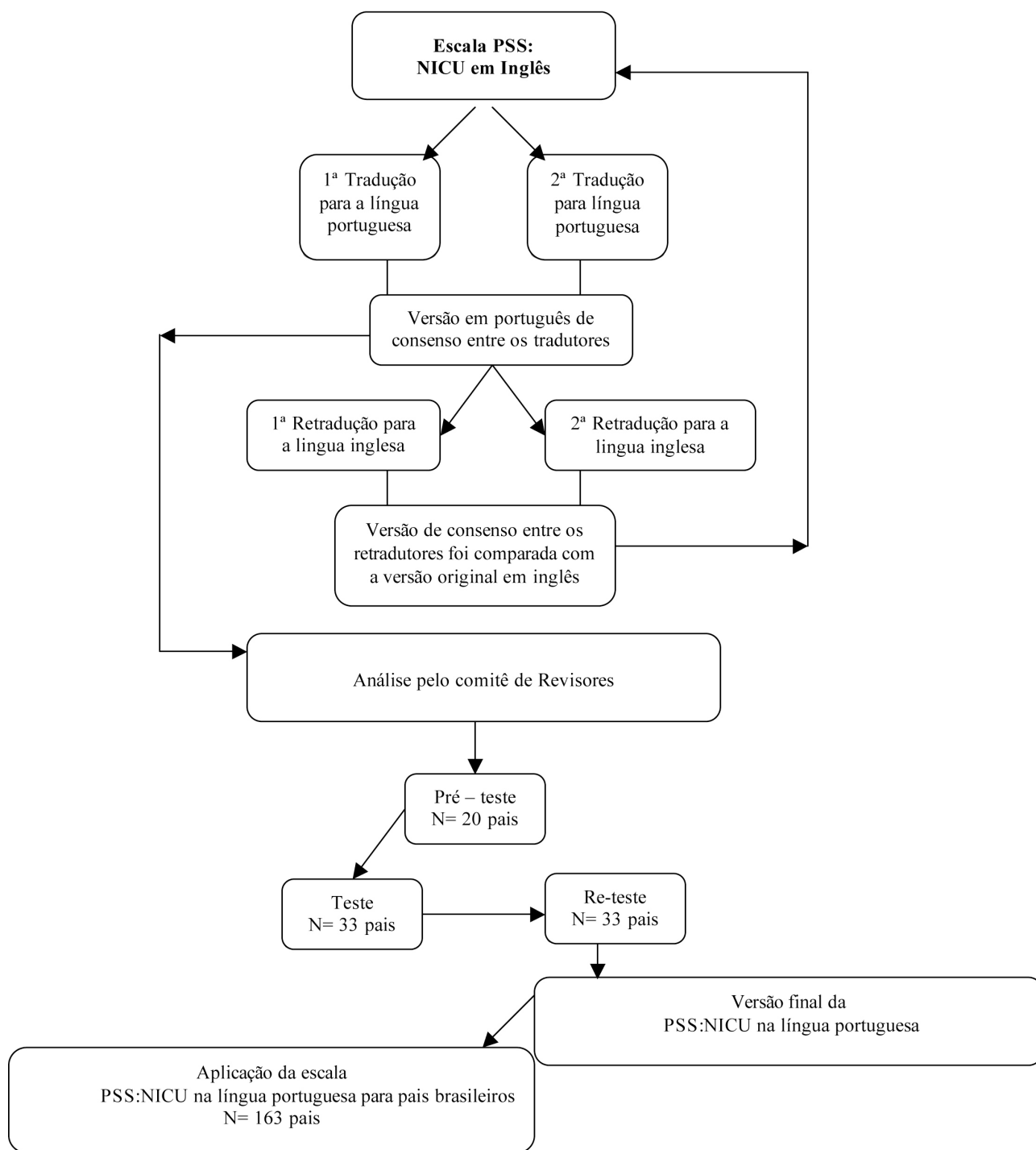


Figura1. Diagrama do processo de tradução, adaptação cultural e validação da PSS:NICU para a língua portuguesa

Os resultados deste estudo brasileiro demonstraram, ainda, que a subescala *sons e imagens* causou menor nível de estresse nos pais de bebês internados na UTIN. As respostas dos pais apresentaram médias entre 2,2 e 2,3, o que significa pouco estresse nesses pais.

Quanto à análise de constructo da escala em pais brasileiros, a análise inicial proveu três fatores que apre-

sentaram uma variância de 57,2%, valor considerado bom⁽¹⁴⁾ (Tabela2). Os itens da escala apresentaram um bom agrupamento dentro das três subescalas definidas *a priori* na PSS:NICU. No entanto, alguns itens da subescala *aparência e comportamento* tiveram cargas fatoriais altas à subescala papel de pais, em dois itens, e à subescala *sons e imagens* em um item.

Tabela 2. Análise fatorial, pelo método de principais componentes. São Paulo, 2009.

Itens PSS:NICU	Cargas fatoriais		
	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Aparência e comportamento			
Tubos e equipamentos no meu bebê ou perto dele	0,487	0,378	0,514
Áreas machucadas, cortes ou lesões no meu bebê	0,689	0,286	0,208
A cor anormal de meu bebê (por exemplo: pálido ou amarelado)	0,753	0,109	0,069
Respiração incomum ou anormal de meu bebê	0,611	0,438	0,218
O tamanho pequeno de meu bebê	0,459	0,195	0,276
A aparência enrugada de meu bebê	0,646	-0,022	0,194
Ver agulhas e tubos no meu bebê	0,485	0,476	0,303
Meu bebê ser alimentado pela veia ou por um tubo	0,658	0,359	0,293
Quando o meu bebê sentia dor	0,756	0,320	0,105
Quando meu bebê parecia triste	0,727	0,245	0,259
A aparência flácida e frágil de meu bebê	0,587	0,338	0,280
Movimentos agitados e inquietos de meu bebê	0,611	0,272	0,267
Meu bebê não ser capaz de chorar como os outros bebês	0,479	0,396	0,202
Papel de pais			
Estar separada (o) de meu bebê	0,184	0,734	0,198
Não alimentar eu mesma(o) o meu bebê	0,206	0,811	0,128
Não poder cuidar eu mesma(o) de meu bebê (por exemplo, trocar fraldas, dar banho)	0,130	0,796	0,180
Não poder segurar meu bebê quando quero	0,232	0,754	0,112
Sentir-se desamparada(o) e incapaz de proteger meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos	0,326	0,707	0,187
Sentir-se sem condições de ajudar meu bebê durante esse tempo	0,295	0,745	0,211
Não ter tempo para estar sozinha(o) como meu bebê	0,237	0,656	0,217
Sons e imagens			
A presença de monitores e equipamentos	0,215	0,212	0,746
O barulho constante de monitores e equipamentos	0,165	0,224	0,777
O barulho repentino do alarme dos monitores	0,156	0,374	0,735
Os outros bebês doentes na sala	0,257	0,044	0,590
O grande número de pessoas trabalhando na unidade	0,148	0,033	0,472
Ver uma máquina (respirador) respirar pelo meu bebê	0,251	0,416	0,607
O três fatores explicam 57,9% da variância.			

DISCUSSÃO

As etapas de adaptação cultural da escala PSS:NICU seguiram as recomendações feitas por Guilleman et al.⁽¹¹⁾, que têm sido utilizadas por vários pesquisadores internacionais e nacionais. O estudo de Bracher⁽¹⁴⁾, demonstrou que de 21 trabalhos publicados em 2007 sobre adaptação cultural de instrumento, 13 utilizaram o método proposto por Guillemin et al.⁽¹¹⁾.

A consistência interna da escala PSS:NICU para o uso em pais brasileiros é semelhante aos achados em estudos de validação original da escala em inglês no qual a subescala sons e imagens apresentou alfa de Cronbach de 0,80 na Métrica 1 e 0,73 na Métrica 2, evidenciando uma boa consistência interna, e nas subescalas aparência e comportamento do bebê e alteração no papel de pais tanto na Métrica 1 como na 2 foram acima de 0,83, o que significa ótima consistência interna, ou seja, adequada confiabilidade⁽⁵⁾.

Os resultados de validação clínica da escala PSS:NICU no Brasil estão de acordo com os resultados encontrados nos Estados Unidos da América^(5,6), na Inglaterra⁽⁸⁾ e Argentina⁽⁷⁾. Miles em outro estudo inicial, em 1987⁽⁴⁾, para desenvolvimento da escala PSS:NICU, observou que os pais estavam mais preocupados com a aparência frágil bebê do que com a alteração no papel de pais, porém em um estudo maior para validação desse instrumento, a pesquisadora identificou que a alteração do papel de pais é o maior causador de estresse de pais na UTIN⁽⁵⁾. A autora ainda mostrou que a aparência e o comportamento do bebê era o segundo fator mais estressante para os pais, também confirmado no estudo atual com pais brasileiros.

Os dados nacionais vão contra os resultados de uma pesquisa sobre estresse realizada com 83 mães no sul dos Estados Unidos da América, que demonstra um maior nível de estresse em relação a sons e imagens. Os itens dessa subescala referem-se à relação do estresse com

o ambiente da UTIN. À primeira vista, equipamentos que são usados para salvar a vida dos bebês, como por exemplo, o respirador, causa estresse para os pais por se tratar de algo desconhecido e assustador⁽¹⁵⁾.

Nesta subescala, o baixo nível de estresse de pais brasileiros pode ser explicado pelo fato de que nos primeiros dias os pais nem sempre percebem o ambiente em razão da preocupação com o filho⁽¹⁶⁾. Quando os pais têm a oportunidade de verem seus filhos pela primeira vez, identificam em sua aparência e comportamento muitos agentes estressores. Assim, percebem a fragilidade do filho e ficam apreensivos quanto à sua possibilidade de morte. Muitos pais não estão preparados para verem bebês tão pequenos e frágeis, pois haviam desenvolvido na gravidez a imagem do bebê “ideal”, sadio, grande e bonito.⁽¹⁵⁾

Em uma pesquisa realizada na Austrália utilizando a escala PSS:NICU, a subescala “*aparência e comportamento do bebê*” obteve o maior nível de estresse seguido pelo “*papel de pais*”⁽¹⁰⁾. Os maiores agentes estressores encontrados nos pais brasileiros foram os referentes à subescala “*alteração no papel de pais*”. Este achado está presente nos resultados de outros estudos⁽⁵⁻⁸⁾ sobre a experiência de pais na UTIN que afirmam que os maiores geradores de estresse para pais de bebês internados na UTIN são os relacionados ao papel de mãe-pai. O sentimento de alteração do papel é mais acentuado nas mães, pois não podem desenvolver

suas “ações de maternagem”, como amamentar, pegar o bebê e participar dos cuidados do filho. Outros pais permanecem passivos ao lado de seus filhos pela falta de encorajamento da equipe na participação, e isto dificulta o estreitamento da relação pais e filhos^(7,10,15, 17-18).

CONCLUSÃO

Ao ser submetida à adaptação cultural, a versão da PSS:NICU na língua portuguesa obteve alto grau de entendimento de pais brasileiros, indicando que as alterações semânticas e conceituais resultaram em uma escala redigida de maneira clara sem sofrer alterações psicométricas. Com os resultados da análise da versão na língua portuguesa da PSS:NICU, concluiu-se que esta escala é confiável e válida para aplicação a pais brasileiros.

Limitações do estudo

Embora este estudo tenha fornecido dados referentes ao estresse de pais, é preciso que outros estudos em diferentes populações no Brasil sejam realizados para ampliar os dados de confiabilidade e validade da escala. Estudos de abrangências distintas necessitam ser realizados em unidades de alto e médio risco (semi-intensivo), para que sejam fornecidos dados mais específicos, a fim de direcionar as intervenções.

REFERÊNCIAS

1. Cunha ML. Recém-nascidos hospitalizados. A vivência de pais e mães. Rev Gaúch Enferm. 2000; 21 (No.Espec):70-83.
2. Padovani FH, Linhares MB, Carvalho AE, Duarte G, Martinez FE. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. Rev Bras. Psiquiatr. 2004; 26(4):251-4.
3. Shaw RJ, Deblois T, Ikuta L, Ginzburg K, Fleisher B, Koopman C. Acute stress disorder among parents of infants in the neonatal intensive care nursery. Psychosomatics [Internet]. 2005 [cited 2006 Jun 6]. Available from: www.psy.psychiatryonline.org
4. Miles MS. Parental stress scale: neonatal intensive care unit. Self reported format. Carrington Hall: University of North Carolina; 1987.
5. Miles MS, Funk SG, Carlson J. Parental Stressor Scale: neonatal Intensive care unit. Nurs Res. 1993; 42(3):148-52.
6. Dudek-Shriber L. Parent stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. Am J Occup Ther. 2004; 58(5):509-20.
7. Ruiz AL, Ceriani Cernadas JM, Cravedi V, Rodríguez D. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención. Arch Argent Pediatr. 2005;103(1):36-45.
8. Franck LS, Cox S, Allen A, Winter I. Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. J Adv Nurs. 2005; 49(6):608-15.
9. Kussano CA, Machara S. Japanese and Brazilian maternal bonding behaviour toward preterm infants: a comparative study. J Neonatal Nurs. 1998; 4(1):23-28.
10. Lau RG. Stress experiences of parents with premature infants in a special care nursery [master's thesis]. Victoria: Victoria University; 2001 [cited 2009 Mar 28. Available from: <http://vuir.vu.edu.au/228/1/02whole.pdf>
11. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature Review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol. 1993; 46(12):1417-32.
12. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
13. Fayers PM, Machin D. Quality of life: assessment, analysis, and interpretation. New York : John Wiley; 2000.
14. Bracher ES. Adaptação e validação da versão em português da escala graduada de dor crônica para o contexto cultural brasileiro [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2008. p.190.
15. Griffin T, Wishba C, Kavanaugh K. Nursing interventions to reduce stress in parents of hospitalized preterm infants. J Pediatr Nurs. 1998; 13(5): 290-5.
16. VandenBerg KA. Supporting parents in the NICU: guidelines for promoting parent confidence and competence. Neonatal Netw. 2000; 19(8):63-4.
17. Brazy JE, Anderson BM, Becker PT, Becker M. How parents of premature infants gather information and obtain support. Neonatal Netw. 2001; 20(2), 41-8.
18. Miles MS. Support for parents during a child's hospitalization. Am J Nurs. 2003; 103(2), 62-4.