



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ESTRESSE EXPERIMENTADO POR MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

GRACIELA FEIER FRÓES

**PORTO ALEGRE
2019**

GRACIELA FEIER FRÓES

**Estresse experimentado por mães de recém-nascidos pré-termo
em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde; linha de pesquisa: Cuidado de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família; eixo temático: Saúde do Recém-Nascido.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Luzia Chollopetz da Cunha

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Fróes, Graciela Feier

Estresse experimentado por mães de recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal / Graciela Feier Fróes. -- 2019.

67 f.

Orientadora: Maria Luzia Chollopetz da Cunha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. recém-nascido prematuro. 2. unidades de tratamento intensivo neonatal. 3. estresse emocional. 4. relação mãe-filho. 5. pais. I. Cunha, Maria Luzia Chollopetz da, orient. II. Título.

GRACIELA FEIER FRÓES

**ESTRESSE EXPERIMENTADO POR MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 15 de abril de 2019.

BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Maria Luzia Chollopetz da Cunha

Presidente da Banca – Orientadora

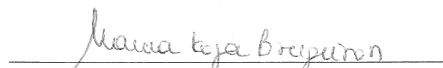
PPGENF/UFRGS



Profª. Dra. Helga Geremias Gouveia

Membro da banca

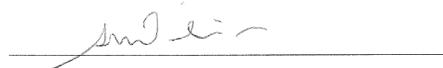
PPGENF/UFRGS



Profª. Dra. Márcia Koja Breigeiron

Membro da banca

EENF/UFRGS



Profª. Dra. Anne Marie Weissheimer

Membro da banca

EENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Com a consciência de que ninguém cresce sem auxílio e que sempre envolvemos muitas pessoas nessa caminhada evolutiva, venho aqui agradecer a cada um que de alguma forma auxiliou nesta construção.

A Deus, por ser sempre tão generoso comigo. Obrigada pelo término de mais uma etapa de sucesso, pelo Dom da vida e por ter colocado nela pessoas que me ensinaram a crescer.

Aos familiares e amigos que souberam compreender as ausências.

Ao meu esposo Fabiano dos Santos, pelo amor, compreensão e respeito aos meus ideais.

A Eliane Norma Wagner Mendes, por ter-me acolhido desde a graduação e incentivado na busca de conhecimento. Pela cumplicidade e por não me deixar desistir nos momentos difíceis.

À Prof.^a Dr.^a Maria Luzia pela disponibilidade em ser minha orientadora, pelo seu apoio científico, paciência e incentivo que sempre demonstrou em todos os momentos.

Aos colegas da equipe de enfermagem da Unidade de Neonatologia do HCPA, pelas trocas de plantão, ajustes na escala, paciência e apoio, de que mais uma vez tive o privilégio de desfrutar.

Às mães dos prematuros, pela receptividade e participação neste estudo, sem vocês nada seria possível.

Gratidão!

MENSAGEM

“Ser mãe de prematuro é ser pega pela surpresa e o despreparo.

É não segurar seu filho nos braços quando nasce. É olhar pela incubadora. É sentir sua cria pela ponta dos dedos esterilizados em álcool gel.

Ser mãe de prematuro é ser viciada no monitor. E ver seu filho respirando por aparelhos com sensores medindo o que há de vida na sua criança. São os benditos 88% de saturação.

É tirar leite na máquina. É ver o leite entrando pela sonda. E torcer para a quantidade aumentar todo dia.

É ter paranoia com o processo ganha/perde de peso diário. Num dia ganha 10 gramas e no seguinte perde 15g. Isso é um desespero.

É se incomodar com as aspirações e manobras, mas saber que é um mal necessário. É ver picadas e mais picadas para exames e não respirar enquanto o resultado não aparece. É chegar ao hospital com o estômago em cambalhotas com medo do que vai ouvir do pediatra.

Mãe de prematuro também tem rotina. UTI-casa-UTI de segunda a segunda. Sem descanso. E como é possível descansar?

Para ser mãe de prematuro é preciso muita fé. Porque na hora do desespero é você e Deus. É joelho no chão do banheiro da UTI para pedir milagre, ou pedir que acabe o sofrimento. Haja fé. E só com fé.

É ser a Rainha da Impotência, por ver o sofrimento e a dor do seu bebê e simplesmente não poder fazer nada. Só confiar.

É bater papo com seu filho através da incubadora. E ter lágrima escorrendo pelo rosto todo dia por não poder sentir seu cheirinho e beijar seus cabelos.

Mas, ser mãe de prematuro é superação, é ter história para contar. É entender de um monte de doenças que ninguém nem imagina que existe.

É contar o tempo de um jeito diferente. Idade cronológica e idade corrigida. É difícil de entender.

É sair da UTI com festa e palmas. E deixar por lá amigos eternos e preciosos.

Ser mãe de prematuro é ter medo do vento, da bronquiolite, do inverno e do hospital.

Toda mãe é um ser guerreiro por natureza. Mas a mãe de prematuro precisa ser guerreira em dobro. E isso nos difere e ao mesmo tempo nos iguala.

Lutadoras, perseverantes, resilientes, frágeis a ponto de desabar a qualquer momento, mas com uma força absurda. Uma força que talvez venha de um útero vazio antes do tempo.

Assim são as mães dos bebês que nascem antes...” (Autora desconhecida)

RESUMO

Introdução: O estresse materno diante do nascimento e internação do recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal pode ser intenso. A "Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit - PSS:NICU" é uma escala, validada no Brasil, indicada para avaliar o nível de estresse em pais e mães no contexto da terapia intensiva, norteando ações de enfermagem que auxiliem os pais no enfrentamento da hospitalização de seus filhos. Portanto, considera-se relevante investigar maneiras de identificar e de avaliar o nível de estresse materno na unidade de terapia intensiva neonatal. **Objetivo:** Avaliar o nível de estresse de mães de recém-nascidos pré-termo com idade gestacional ≤ 34 semanas, internados em terapia intensiva neonatal. **Método:** estudo transversal com mães de prematuros internados em terapia intensiva de novembro/2017 a agosto/2018, que responderam, uma única vez, a um questionário formulado para o estudo e ao instrumento PSS:NICU, do 5º ao 14º dia de internação do prematuro. Projeto aprovado pelo comitê de ética da Instituição de origem. **Resultados:** Foram incluídas 74 mães com seus 85 prematuros. Média de idade materna de 29 ± 7 anos, das quais: 81,08% não tinham companheiro; 33,8% tinham menos de 9 anos de estudo; 70,30% estavam empregadas. Quanto à gestação: 41,89% primigestas; 13,51% gestaram gemelares; 45,95% planejaram engravidar. Quanto à saúde materna, 68,92% adquiriram doenças gestacionais; 23% das mães possuíam experiência prévia com prematuridade e 12,2% com internação em unidade de terapia intensiva neonatal. Obteve-se média de nível de ocorrência de estresse $4,41 (\pm 0,77)$ e nível geral de estresse do ambiente $4,36 (\pm 0,76)$, com diferença significativa ($p < 0,001$) entre a subescala "Alteração no papel de pais" e demais subescalas. Significando que as mães se encontravam numa situação muito estressante. **Conclusão:** identificou-se todos os itens da subescala "Alteração do papel de pais" da PSS:NICU como a principal fonte de estresse experimentada pelas mães. Sugere-se a realização de estudos com outras metodologias para ampliar o conhecimento do estresse materno no contexto nacional, aplicando intervenções de cuidado envolvendo as mães.

DESCRITORES: recém-nascido prematuro; unidades de tratamento intensivo neonatal; estresse emocional.

ABSTRACT

Introduction: Maternal stress on the birth and hospitalization of the preterm newborn in a neonatal intensive care unit can be intense. The "Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit - PSS: NICU" is a scale, validated in Brazil, indicated to evaluate the level of stress in fathers and mothers in the context of intensive care, guiding nursing actions that assist parents in coping the hospitalization of their children. Therefore, it is considered relevant to investigate ways of identifying and evaluating the level of maternal stress in the neonatal intensive care unit. **Objective:** To evaluate the stress level of mothers of preterm infants with gestational age ≤ 34 weeks hospitalized in neonatal intensive care. **Method:** cross-sectional study with mothers of premature infants admitted to intensive care between November / 2017 and August / 2018, who answered a questionnaire formulated for the study and the PSS: NICU instrument, from the 5th to the 14th day of admission of the premature infant. Research approved by the ethics committee of the Institution of origin. **Results:** A total of 74 mothers were included with their 85 premature infants. Mean maternal age was 29 ± 7 years, of which: 81.08% had no partner; 33.8% had less than 9 years of schooling; 70.30% were employed. As for gestation: 41.89% primigravida; 13.51% had twin twins; 45.95% planned to become pregnant. Regarding maternal health, 68.92% had acquired gestational diseases; 23% of the mothers had previous experience with prematurity and 12.2% with hospitalization in a neonatal intensive care unit. The mean stress level was $4.41 (\pm 0.77)$ and the general stress level was $4.36 (\pm 0.76)$, with a significant difference ($p < 0.001$) between the subscale "Parental role alteration" and other subscales. It means that mothers were in a very stressful situation. **Conclusion:** all items in the subscale "Parental role alteration" of PSS: NICU were identified as the main source of stress experienced by mothers. It is suggested to carry out studies with other methodologies to increase the knowledge of maternal stress in national context, applying care interventions involving the mothers.

KEYWORDS: infant, premature; intensive care units, neonatal; emotional stress.

LISTA DE TABELAS DO ARTIGO

- TABELA 1** - Características das Mães de recém-nascidos pré-termo internados em uma Unidade Terapia Intensiva Neonatal (n=74). Porto Alegre/ RS, 2019 44
- TABELA 2** – Médias do nível de ocorrência de estresse (Métrica 1) e do Nível geral de estresse do ambiente (Métrica 2) com valores relativos das respostas maternas por item da escala, agrupadas em três categorias (1 - Sem e Pouco Estressante / 2 - Moderado, Muito e Extremamente Estressante/ 3 – Não passou pela experiência). Porto Alegre/RS, 2019..... 46
- TABELA 3** - Médias e desvios padrão dos Níveis de estresse de cada subescala e do total da escala. Porto Alegre/RS, 2019 48

LISTA DE FIGURAS DO ARTIGO

FIGURA 1 – Expressões matemáticas para cálculo das Métricas. Porto Alegre/RS, 2019.....42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- LILACS** - Literatura Científica da América Latina e Caribe
- MEDLINE** - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online da PUBMED
- PUBMED** - National Library of Medicine
- CINAHL** - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
- SCIELO** - Scientific Electronic Library Online
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- EPT** – Estresse Pós Traumático
- PSS:NICU** - Parental Stress Scale:Neonatal Intensive Care Unit
- PNHPN** - Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
- RN** - Recém-nascido
- RNs** - Recém-nascidos
- RNPT** - Recém-nascido pré-termo
- RNPTs** - Recém-nascidos pré-termo
- SSPS** - Statistical Package for Social Science
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UTI** - Unidade de Tratamento Intensivo
- UTIN** - Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal
- UTINs** - Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal
- IG** - Idade Gestacional
- IGO** - Idade Gestacional Obstétrica
- DMG** - Diabetes Mellitus Gestacional
- HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 O RNPT internado em UTIN	17
3.2 Estresse parental	18
3.3 Instrumento para avaliar estresse parental	20
4 METODOLOGIA	22
4.1 Tipo de estudo	22
4.2 Campo de estudo	22
4.3 População, amostra e amostragem do estudo	23
4.4 Variáveis do estudo	24
4.5 Coleta de dados	26
4.6 Análise dos dados	27
4.7 Aspectos éticos	28
5 REFERÊNCIAS	30
6 ARTIGO A SER APRESENTADO À <i>REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM</i>	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
ANEXO A- Escala para avaliar estresse de pais na unidade de terapia intensiva neonatal PSS:NICU	56
ANEXO B – E-mail de contato para permissão de uso da escala traduzida e Validada no Brasil	60
ANEXO C – Termo de compromisso para utilização de dados	62
ANEXO D - Carta de Aprovação CEP/ GPPG do HCPA	63
APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados em prontuário	64
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido	65

1 INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro é um evento traumático tanto para as mães como para os pais; entretanto, o nível de estresse das mães foi superior em relação ao apresentado pelos pais em um estudo sobre estresse de pais que tiveram um filho prematuro internado em terapia intensiva neonatal (MATRICARDI et al., 2013; WORMALD et al., 2015).

Em países de diferentes continentes, o número crescente de nascimentos prematuros tornou-se um problema a ser enfrentado. A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata a proporção de um recém-nascido pré-termo (RNPT) a cada dez nascimentos no mundo no ano de 2010. Esse relatório identifica uma taxa de partos prematuros oscilando de 5% a 18% em 184 países e o nascimento prematuro é destacado como a principal causa de mortalidade no primeiro mês de vida. Nele, alerta-se sobre a probabilidade elevada de pessoas que, em alguma etapa da sua existência, possam ser expostas ao “desafio” e à “tragédia” de conviver com o nascimento de um prematuro e sua internação em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), diretamente em suas famílias ou indiretamente no seu grupo social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

A UTIN é descrita como um local de cuidados especializados em que são necessárias repetidas avaliações e procedimentos, repleto de luzes fortes e de constantes mudanças de temperatura, que acarretam na interrupção do ciclo do sono, em desconforto e/ou dor para o recém-nascido (RN) e corroboram para um sentimento de irrealidade para os pais em relação ao ambiente de cuidado idealizado por eles (REICHERT; LINS; COLLET, 2009; STACEY; OSBORN; SALKOVSKIS, 2015; MUSABIREMA; BRYSIIEWICZ; CHIPPS, 2015). É nessa estrutura hospitalar altamente tecnológica e desconhecida que os pais e o prematuro se encontram numa relação de dependência com profissionais, cujas atitudes podem ferir a sua autonomia e tomada de decisões, o que desperta neles sentimentos conflitantes de ansiedade, tristeza, culpa, medo e negação (TAVARES; QUEIROZ; JORGE, 2006; OTTOSSON; LANTZ, 2017).

A realidade imposta na UTIN também é afetada pela preocupação da equipe de saúde em controlar a incidência de infecções cruzadas e as doenças iatrogênicas, o que pode estabelecer um ambiente restrito, tenso e agressivo no convívio entre a equipe de saúde, os pais e o recém-nascido. Acresce-se a esse fato a probabilidade de a internação interferir na relação mãe-filho, no estabelecimento do vínculo e na participação dos pais no cuidado do

premature (DUARTE; SENA; TAVARES, 2010; MUSABIREMA; BRYSEWICZ; CHIPPS, 2015).

Afirma-se que mães de prematuros, quando expostas às questões envolvendo a sensação de luto pelo filho imaginado, ao medo da perda e à internação prolongada do filho em UTIN, apresentam algum nível de estresse. Nos modelos atuais de saúde, a avaliação do estresse é considerada um importante recurso para a identificação de riscos para o adoecimento físico e mental dos indivíduos, família e coletividade. O estresse é visto como um sofrimento humano multifacetado, vivenciado de maneiras diferentes pelas pessoas, que depende de como cada uma delas reage às experiências causadoras de desconforto; portanto, sua identificação requer a avaliação mediante marcadores biológicos, instrumentos/escalas que medem a autopercepção do estresse ou uma combinação desses dois métodos (FARO; PEREIRA, 2013). Considerando que o nascimento prematuro se relaciona com maiores índices de gravidade, permanência prolongada em UTIN e separação precoce do binômio mãe-filho, justificam-se os esforços da equipe de enfermagem neonatal em avaliar o nível de estresse gerado na mãe para envolvê-la mais rapidamente nos cuidados com seu filho. Neste sentido, o cuidado centrado na família é um modelo de saúde que reconhece a família como fator de proteção indispensável para o tratamento e manutenção da vida destes RNPTs. Os principais elementos deste modelo são: a comunicação, informação e apoio (FIGUERAS et al., 2016; ROUÉ et al., 2017).

Em meio a um contexto que envolve a mediação entre as condutas profissionais e o compartilhamento com o cuidado parental, observa-se a evolução da inserção dos pais como cuidadores do filho prematuro numa UTIN (BRODSGAARD; ZIMMERMANN; PETERSEN, 2015). As dificuldades dos pais, especialmente das mães, remetem à intensidade do quanto eles se deixam influenciar pelas circunstâncias que envolvem o nascimento prematuro e o ambiente onde estão inseridos (BUSSE et al., 2013).

Esta pesquisa explorou o comportamento de estresse materno, pois o estresse manifestado pela mãe, diante do nascimento prematuro e internação do seu filho em unidade de cuidados intensivos, é mais intenso e pode impactar na maneira como ela se relaciona com o seu bebê. Este nível mais elevado de estresse está relacionado com a permanência prolongada destas mães junto ao seu bebê na UTIN, bem como ao papel biológico e social que lhes está associado (MATRICARDI et al., 2013; SCHAPPIN et al., 2013).

Dessa forma, acredita-se que a identificação do nível de estresse das mães de RNPTs contribui, sobremaneira, para a avaliação da sua capacidade emocional para se integrarem às intervenções de cuidados das quais estão aptas a participar, individualizando e dando consistência às orientações fornecidas (TANDBERG et al., 2013).

Nas buscas por métodos de mensuração do estresse, não foram encontrados instrumentos brasileiros para avaliação do estresse parental. Entretanto, encontrou-se a validação para o Português do Brasil, realizada pela enfermeira Sandra Regina de Souza em 2009, da “Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit – PSS:NICU”, desenvolvida pela também enfermeira norte-americana Margaret Miles com a finalidade de nortear ações de enfermagem que auxiliassem os pais no enfrentamento da hospitalização de seus filhos prematuros. A escala apresenta experiências cotidianas da internação de um RN em UTIN, classificadas como potenciais geradoras de estresse, distribuídas em três subescalas: “Sons e imagens”, “Aparência e comportamento do bebê e “Alteração no papel de pais” (MILES; FUNK; CARLSON, 1993; SOUZA, 2009; SOUZA; DUPAS; BALIEIRO, 2012).

Em revisão de artigos publicados sobre o tema desta pesquisa, de agosto de 2006 até março de 2017, junto às bases de dados: MEDLINE, SCOPUS, CINAHL, SCIELO, LILACS; encontraram-se estudos realizados em outros países e um estudo realizado no Brasil, utilizando como instrumento a Escala para avaliar estresse de pais na unidade de terapia intensiva neonatal – PSS:NICU. Constatou-se a carência de estudos sobre o tema e aplicação desta escala no Brasil, justificando-se também a relevância deste estudo.

Em estudo que explorou as interações de 108 mães e seus filhos prematuros que estiveram internados em UTIN e acompanhados até 18 meses de idade corrigida, utilizando (entre outros instrumentos) escalas de autopercepção do estresse, constatou-se a importância da avaliação do bem-estar materno. Os níveis de estresse vivenciados durante o período de internação refletem no desenvolvimento futuro da criança e no desenvolvimento e manutenção do vínculo mãe-bebê (HOLDITCH-DAVIS et al., 2014).

Nesse contexto, recomenda-se avaliar as necessidades dos pais em relação ao RN para oferecer um cuidado efetivo, com o potencial de amenizar o sofrimento familiar causado pela hospitalização (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2012; STACEY; OSBORN; SALKOVSKIS, 2015).

Tendo em vista os aspectos apresentados acima, se construiu a seguinte indagação de pesquisa: Qual é o nível de estresse apresentado por mães de RNPTs internados em uma UTIN?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar o nível de estresse de mães de RNPTs com idade gestacional ≤ 34 semanas, internados em terapia intensiva neonatal.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as mães de acordo com os antecedentes demográficos, da gestação e do parto.
- Caracterizar os RNPTs com dados do nascimento e dados clínicos da internação.
- Identificar quais das experiências foram classificadas pelas mães como moderadamente, muito ou extremamente estressantes em cada subescala, pelas Métricas 1 e 2.
- Associar as variáveis maternas; idade gestacional obstétrica, peso e estado nutricional ao nascer dos RNPTs com as médias dos níveis de estresse oriundos da PSS:NICU.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O RNPT internado em UTIN

Embora nem sempre sejam encontrados elementos que expliquem a interrupção precoce da gestação, recomenda-se identificar fatores de risco para esse evento. A literatura descreve como prováveis causas do nascimento prematuro algumas características demográficas, doenças prévias e comprometimentos genéticos da mãe, além de citar alguns eventos adversos que indicam a interrupção precoce da gestação, de forma espontânea ou eletiva. Entre as características demográficas da mãe, são citadas: a cor negra, a idade precoce ou avançada na gestação, o exercício de profissão com carga horária excessiva em condições estressantes, atividades físicas exaustivas, baixo nível socioeconômico, pouca escolaridade, ser solteira, ausência de apoio/rede de segurança econômica e social e de seguro de saúde. Entre os antecedentes maternos são citados como fatores de risco: intervalo inferior a seis meses entre partos, baixo índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional, doença da tireoide, asma, *diabetes mellitus* (DM) prévio ou gestacional (DMG), hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, pré-eclâmpsia (PE), uso de drogas lícitas (álcool e tabaco) ou de drogas ilícitas (especialmente cocaína) e altos níveis de estresse psicológico ou social (GOLDENBERG et al., 2008). A relação de muitas destas características é estudada para determinar seu impacto nos níveis de estresse parental (WIDARSSON et al., 2013; BAÍA et al. 2016; KAWAFHA, 2018).

Os bebês nascidos prematuros ou com IG inferior a 37 semanas são denominados RNPTs. Por constituírem um grupo muito heterogêneo em relação às características ao nascimento, recomenda-se classificá-los em subgrupos, utilizando a IG estimada na gestação, preferencialmente pelo método apontado como “padrão ouro”: a ecografia realizada no primeiro trimestre da gestação. Embora ainda existam divergências quanto à terminologia, os RNPTs podem ser classificados como: RNPTs tardios ou limítrofes quando nascem com IG de 34 até 36 semanas e 6 dias; RNPTs moderadamente prematuros quando nascem com IG de 32 até 33 semanas e 6 dias; RNPTs muito prematuros quando nascem com IG de 28 até <32 semanas; e RNPTs extremamente prematuros quando nascem com IG <28 semanas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012; CHEONG; DOYLE, 2012; MACHADO; PASSINI JÚNIOR; ROSA, 2014).

A prematuridade está relacionada às condições de instabilidade orgânica do bebê e à necessidade de cuidados especializados e intensivos. A UTIN é, por definição, o local destinado à atenção aos recém-nascidos que, independentemente de sua IG, apresentam complicações clínicas ao nascer (HUTCHINSON; SPILLETT; CRONIN, 2012; NASCIMENTO, 2012).

Portaria publicada em 10 de maio de 2012, sob o número 930, do Ministério da Saúde do Brasil, determina que as UTINs do Sistema Único de Saúde (SUS) devam acolher todos os recém-nascidos que, independente da IG, necessitem de cuidados especializados em função de: insuficiência respiratória aguda; suporte respiratório; terapêuticas de maior complexidade, oxigenoterapia com fração inspiratória superior a 30%. Além desses critérios, a portaria afirma que as UTINs também seriam responsáveis pela atenção aos RNPTs com IG inferior a 30 semanas e peso ao nascimento inferior a 1000g, aos recém-nascidos que precisam de cirurgias de grande porte ou que estão no pós-operatório imediato de cirurgias de médio e de pequeno porte. Em relação às famílias desses recém-nascidos com indicativo de UTIN, a portaria impõe o cumprimento de uma “atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave”, onde se destacam o respeito aos direitos humanos e o “estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao filho” (BRASIL, 2012a).

3.2 Estresse parental

Pais que têm seus RNPTs internados em uma UTIN podem sofrer com modificações significativas na construção de seu papel parental porque, além de abrir mão da expectativa idealizada de convívio com o filho, precisam se adaptar a um ambiente tecnicista de cuidado e se submeter ao tempo necessário para a resolução das complicações que indicaram a internação do seu prematuro (HUTCHINSON; SPILLETT; CRONIN, 2012). A presença do filho em uma UTIN pode afetar o processo de interação com o pré-termo e, até, comprometer o seu desenvolvimento; constituindo uma fonte potencial de estresse para os pais pelo maior tempo de permanência em um ambiente desconhecido, pelas alterações decorrentes do nascimento prematuro sobre o papel parental e pela necessidade de comunicação com os profissionais de saúde (WEIS; ZOFFMANNAND; EGEROD, 2014).

Estudo que apresentou a influência dos fatores de estresse na rotina de pais da UTIN relatou a insegurança quanto à evolução clínica dos filhos, como principal fator de estresse durante o período de internação. Além disso, o nível de ruído dos monitores foi identificado como algo bastante estressante, citando ainda outras fontes estressantes experienciadas por eles: imaginar que as crianças estavam sentindo dor, voltar para casa à noite e deixá-los no hospital sem a certeza de que teriam amor e atenção suficientes, e não poder contar com o apoio de amigos e família, que tinham entrada limitada na UTIN (NASCIMENTO, 2012).

Assim, define-se estresse parental como uma experiência inevitável e normal que é sentida quando o indivíduo manifesta insegurança/dúvidas sobre sua capacidade de corresponder às expectativas/necessidades do seu novo papel (de ser pai ou mãe). O medo de não conseguir responder adequadamente a essa demanda gera reações psicológicas disfuncionais, com sentimentos negativos acerca da criança e/ou de si próprio. O estresse parental define o estresse que os pais vivenciam ao cuidarem de um filho, levando em consideração suas circunstâncias sociais, o meio onde vivem e suas responsabilidades da vida diária (CRONIN et al., 2015).

Uma revisão sistemática, publicada em 2014, estudou os sintomas de estresse pós-traumático (EPT) relacionados ao nascimento prematuro. Na análise, que incluiu 23 artigos, informou-se que as mães de RNPTs apresentaram ao menos um sintoma de EPT e tinham um nível de EPT superior ao de mães de RNs a termo saudáveis, embora seu nível de EPT não fosse significativamente diferente das mães de RNs a termo doentes. Como conclusão, os autores citam que o aconselhamento e a psicoeducação são práticas efetivas para a redução do EPT (HOLDITCH-DAVIS et al., 2014). Em outro artigo, publicado em 2016, foram estudadas 102 mães de RNPTs (IG <37sem) com o objetivo de avaliar a prevalência e os fatores de risco associados aos sintomas de EPT. A prevalência de EPT ocorreu em 25,5% das mães e o EPT foi associado a abortos anteriores, ruptura prematura de membranas, personalidade neurótica e depressão prévia. Os autores do estudo preconizam que as equipes das UTINs identifiquem, o mais precocemente possível, os sintomas preditores de estresse; recomendando que, a partir desses achados, as mães recebam informações e apoio social que as auxiliem a enfrentar tal angústia (CHANG et al., 2016).

Em estudos qualitativos sobre as vivências da parentalidade, à luz da teoria das transições, afirma-se que a transição para a parentalidade faz parte da vida das famílias, sendo vivenciada de forma única por cada mãe, e está diretamente ligada com o contexto onde ela está inserida. Porém é uma fase de mudanças que gera estresse e adaptações físicas,

psicológicas e financeiras na família como um todo. Nesse sentido, o enfermeiro é apontado como uma das principais fontes de apoio para as mães no desenvolvimento da sua parentalidade no período logo após o parto, na medida em que oferece suporte para que elas se ajustem à nova situação de cuidados ao seu recém-nascido durante a hospitalização. Espera-se que o enfermeiro antecipe-se, preparando-as para a mudança de papéis, valorizando as experiências anteriores das mães e favorecendo o desenvolvimento de autoconfiança (SILVA; CARNEIRO, 2014; MARTINS; ABREU; FIGUEIREDO, 2014).

3.3 Instrumento para avaliar estresse parental

Para avaliar o nível de estresse dos pais de recém-nascidos internados na UTIN, a enfermeira Margareth Miles desenvolveu uma escala denominada “Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit – PSS:NICU” para nortear as ações de enfermagem que auxiliem os pais no enfrentamento da crise relacionada à internação do filho em uma UTIN (MILES, 1987). Publicada em 1987, essa escala continha um total de 46 itens de avaliação divididos em quatro subescalas. Mais tarde, a escala PSS:NICU, depois de ser testada, foi adaptada e resultou em um instrumento com 26 itens divididos em três subescalas (MILES; FUNK; CARLSON, 1993).

A versão final da PSS:NICU foi validada para uso no Brasil, para a língua portuguesa, onde as três subescalas foram traduzidas como: “Sons e imagens”, com seis itens de avaliação; “Aparência e comportamento do bebê”, com treze itens; e “Alteração no papel de pais”, com sete itens (SOUZA, 2009; SOUZA; DUPAS; BALIEIRO, 2012). Em cada um dos itens a mãe encontrará, como opções de resposta, uma escala do tipo Likert com números de 1 até 5 e a alternativa NA, em que ela deverá assinalar com um círculo apenas uma dessas alternativas como resposta. Cada um dos números corresponde ao nível de estresse materno frente à situação questionada: o número 1 representa ausência de estresse, o número 2 representa um pouco de estresse, o número 3 representa estresse moderado, o número 4 representa muito estresse, o número 5 representa um evento extremamente estressante; já, a alternativa NA corresponde a uma situação que não se aplica, isso é, que não aconteceu com a mãe até esse momento.

A versão da Escala para avaliar estresse de pais na unidade de terapia intensiva neonatal PSS:NICU, que sofreu o processo de tradução transcultural para a língua portuguesa no Brasil, obteve um elevado grau de compreensão pelos pais, mostrando-se confiável e

válida para sua aplicação em pais brasileiros durante os testes e retestes realizados. A mesma foi analisada quanto à equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual, e a consistência interna da escala validada foi alta, obtendo um alfa de Cronbach de 0,84 e um coeficiente de correlação intraclasse em torno de 0,70 (SOUZA, 2009).

Estudos que utilizaram esta escala em um período muito próximo da alta da UTIN e em períodos pós-alta hospitalar apontaram um possível viés de aferição, pois nestes momentos as mães já haviam superado grande parte do estresse vivenciado na UTIN, estavam muito felizes com a possibilidade de levar seus bebês para casa, ou já estavam em seus lares com a rotina retomada e com mais apoio da sua rede social e familiar. Por outro lado, estudos e pesquisas que utilizaram a escala nas primeiras 24 horas de vida do recém-nascido apontaram a limitação da falta de tempo para que as experiências estressoras contidas na escala pudessem ser vivenciadas (HOLDITCH-DAVIS et al., 2014; FIGUERAS et al., 2016; BALBINO; BALIEIRO; MANDETTA; 2016; ASHWANI; REKHA; KUMAR, 2017).

4 METODOLOGIA

A seguir serão apresentados os aspectos referentes ao método utilizado nesta pesquisa para realizar a investigação: tipo de estudo, local do estudo, população e amostra do estudo, variáveis coletadas, análise dos dados e aspectos éticos.

4.1 Tipo de estudo

Para alcançar o objetivo proposto optou-se por adotar as diretrizes de uma investigação quantitativa, transversal, analítica e descritiva, de caráter não experimental. Uma pesquisa quantitativa não experimental procura examinar as variáveis, mediante o uso de instrumentos que as convertem em dados numéricos, para possibilitar sua análise estatística (POLIT; BECK, 2011). Estudos com desenho transversal apresentam um grupo examinado em um determinado momento no tempo, sem período de acompanhamento. Os delineamentos transversais são úteis quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição (HULLEY et al., 2015).

4.2 Campo de estudo

O estudo foi desenvolvido na UTIN do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital de referência na atenção ao recém-nascido para o Município de Porto Alegre.

O HCPA, de acordo com a Lei n° 5.604, de 2 de setembro de 1970, é uma empresa pública de direito privado, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, sendo academicamente vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016).

A UTIN é o setor do HCPA responsável pelo cuidado integral aos recém-nascidos que necessitam de estrutura e assistência especializadas, oferecendo a eles: os recursos físicos, humanos e tecnológicos necessários para garantir sua sobrevivência (BRASIL, 2012a). Localizada no 11° andar do HCPA, a UTIN possui um total de 20 leitos e uma equipe multidisciplinar que compreende enfermeiros; técnicos de enfermagem; médicos contratados; fisioterapeutas; psicólogos; nutricionistas; assistentes sociais; fonoaudiólogos; farmacêuticos; médicos residentes de pediatria e neonatologia; residentes de enfermagem, nutrição, psicologia,

fisioterapia, fonoaudiologia e serviço social (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2016).

4.3 População, amostra e amostragem do estudo

A população estudada foi constituída por todas as mães de recém-nascidos que internaram na UTIN/HCPA, no período estimado para a coleta de dados, de novembro/2017 a agosto/2018. A amostra foi obtida a partir dessa população e formada por mães de RNPTs com IG \leq a 34 semanas. Considerando-se que no HCPA ocorrem cerca de 4 mil nascimentos por ano e possui uma taxa de PMT conforme dados epidemiológicos publicados no Brasil de 12,3%, (levantados através de um estudo multicêntrico realizado pela UNICAMP), estima-se que nasçam 492 RNPTs por ano, sendo factível a realização de um trabalho com uma amostra das mães destes RNs (SOUZA et al., 2016).

No cálculo do tamanho amostral, para estimar a média de estresse materno, utilizou-se como referência o escore médio de estresse geral do subitem “Baby look and Behaves” de 2,36 com um desvio padrão de 0,86, encontrado em artigo original sobre o estresse parental referente aos RNPTs entre 28 e 36 semanas de idade gestacional (DUDEK-SCHRIBER, 2004). Considerando um nível de confiança de 95%, assumindo um desvio padrão de 0,86 e um erro de 0,2, o tamanho amostral mínimo calculado foi de 74 mães de RNPTs; calculado com o auxílio do *software* WINPEPI v11.43[®].

As mães que participaram da amostra foram incluídas no estudo do quinto ao 14^o dia de internação do RNPT na UTIN, por meio de contato direto da pesquisadora; pois se considerou que neste período a mãe participou de experiências precoces em relação à internação do seu prematuro.

As participantes da amostra foram incluídas sequencialmente e selecionadas a partir de critérios de inclusão e de exclusão previamente estabelecidos. Foram consideradas aptas a serem incluídas no estudo as mães de RNPTs com IG \leq 34 semanas, que tivessem se internado na UTIN/HCPA antes de completar 72 horas de vida e que permanecessem internados na UTIN durante o período estipulado para a realização da entrevista.

Por outro lado, foram excluídas do estudo as mães que apresentaram os seguintes critérios:

- idade inferior a 18 anos completos;
- indisponibilidade para acompanhar o filho do nascimento até o 12º dia de vida;
- mãe de prematuro portador de malformações congênitas dismórficas de alta morbimortalidade;
- mães de RNPT com risco de morte iminente.

4.4 Variáveis do estudo

Variável é uma característica ou atributo de um indivíduo ou organização que pode ser analisada, medida ou observada e que varia entre duas ou mais categorias/pontos, podendo ser mensurada ou avaliada em uma escala. As variáveis são classificadas como dependentes ou independentes. Devido à natureza desta investigação e para atender aos objetivos da pesquisa, foi considerado como variável dependente (CALLEGARI-JACQUES, 2008; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2015; POLIT; BECK, 2011) deste estudo o estresse materno oriundo da aplicação da escala PSS:NICU, na versão validada no Brasil. As variáveis independentes, por sua vez, se referem aos dados demográficos e clínicos: das mães na gestação e parto; dos RNPTs ao nascimento e durante a internação até o momento da aplicação da escala. Os dados clínicos do nascimento e da internação dos RNPTs foram coletados para caracterizá-los, favorecendo a análise sobre sua gravidade e sobre a quais experiências de estresse contidas na escala a mãe estaria exposta durante o período de aplicação da escala.

Variável Dependente

A mensuração do estresse foi calculada, após a aplicação, mediante os três métodos recomendados pela escala PSS:NICU, onde a Métrica 1 se refere ao nível de ocorrência de estresse para cada subcategoria, a Métrica 2 se refere ao nível geral de estresse do ambiente para cada subcategoria e a Métrica 3 corresponde ao nível total de experiências de estresse medido na escala a partir das respostas afirmativas encontradas nas três subcategorias.

A autora da escala PSS:NICU orienta como realizar o cálculo das Métricas 1, 2 e 3 no artigo original (MILES; FUNK; CARLSON, 1993). As pesquisadoras, nesse estudo, optaram pelo uso da planilha Excel para obter os valores referentes aos níveis de estresse e suas médias, sendo então necessário elaborar expressões matemáticas compatíveis com a linguagem do *software* (Figura 1):

- **Métrica 1** = $\frac{(\sum \text{dos valores positivos de cada subescala} + \sum \text{das respostas NA})}{\text{N}^\circ \text{ de respostas positivas}}$; NA = 0.
- **Métrica 2** = $\frac{(\sum \text{dos valores positivos de cada subescala} + \sum \text{das respostas NA})}{\text{N}^\circ \text{ total de itens da subescala}}$; NA = 1.
- **Métrica 3** = $\frac{(\sum \text{de todos os valores positivos de todas as subescalas})}{\text{N}^\circ \text{ total de respostas positivas}}$.

Variáveis Independentes

Neste estudo consideram-se variáveis maternas independentes (POLIT; BECK, 2011):

Idade materna, variável quantitativa contínua avaliada em anos completos. Para fins de estudo, os dados foram organizados em duas categorias: idade materna <35 anos e idade materna ≥35 anos (WHO, 2012; OLIVEIRA et al., 2016).

Escolaridade, variável qualitativa ordinal, que neste estudo foi coletada tendo como referência o último ano de estudo concluído pela mãe e posteriormente dividida em três categorias: menos de 9 anos de estudo, de 9 a menos de 12 anos de estudo e mais de 12 anos de estudo (BRASIL, 1996; BRASIL, 2013).

Estado civil, variável qualitativa nominal, distribuída em duas categorias: sem companheiro (solteira, divorciada); com companheiro (casada/união estável) (BRASIL, 2002; IBGE, 2018).

Ocupação materna, variável qualitativa nominal, dividida em quatro categorias: do lar; desempregada; trabalha em emprego formal; trabalha em emprego informal (IBGE, 2018; BRASIL, 2017).

Procedência, variável qualitativa nominal, dividida em duas categorias: região metropolitana; interior do estado.

Gestações anteriores, variáveis quantitativas contínuas: número de gestações anteriores (nenhuma; 1 a 2; 3 ou mais); número de filhos vivos anteriores (nenhum; 1 ou mais filhos). **Variáveis qualitativas nominais dicotômicas (sim ou não):** se teve experiência prévia com prematuridade de outros filhos seus; se teve experiência prévia com internação em UTIN de outros filhos seus (BRASIL, 2012c).

Gestação atual, variáveis quantitativas contínuas: número de consultas de pré-natal (dividido em duas categorias: < 6 consultas e ≥ 6 consultas); tempo de bolsa rota coletado em horas completas (dividido em duas categorias: < 18 horas e ≥ 18 horas); **Variáveis qualitativas nominais:** tipo de gestação (única; múltipla), tipo de parto (vaginal; cesariana); **variáveis qualitativas nominais dicotômicas (sim ou não):** se a gravidez foi planejada; se a gravidez foi assistida; se realizou contato pele a pele (toque gentil) com o prematuro; se realizou posição canguru; se prestou algum cuidado de higiene e conforto. Quanto às doenças ocorridas na gravidez, primeiro fez-se uma pergunta dicotômica (sim ou não) e, após, aquelas mães que responderam positivamente indicaram, mediante pergunta aberta, qual(ais) doença(s) adquiriram na gestação atual. As respostas foram divididas em cinco categorias, possibilitando a mesma mãe estar em mais de uma delas (HAS na gestação, DMG, infecções na gestação, pré-eclâmpsia e adição a drogas). **Variável quantitativa categórica:** IGO no parto (dividida em três categorias: < 28 semanas; $28 - 32$ semanas e $32 - 34$ semanas) (BRASIL, 2012c).

Características dos Neonatos, variável qualitativa nominal: sexo (feminino; masculino), **Variável quantitativa contínua:** Apgar no 5º minuto (dividida em duas categorias: < 8 ou ≥ 8), tempo de internação na UTIN em dias; tempo de aplicação da escala (coletado em dias completos de vida do prematuro no momento da aplicação da escala PSS:NICU na mãe); **Variável qualitativa ordinal:** peso de nascimento (dividida em três categorias: < 1000 g – extremo baixo peso, 1000 g a 1499 g – muito baixo peso, 1500 g a 2500 g – baixo peso); classificação segundo IGO ao nascimento (dividida em três categorias: Prematuro moderado, Muito prematuro, Prematuro extremo); estado nutricional ao nascer (dividida em três categorias: Adequado para a IG – AIG, Pequeno para a IG – PIG, Grande para a IG – GIG); **Variáveis qualitativas nominais dicotômicas (sim ou não):** terapêuticas utilizadas do nascimento até a inclusão (nutrição parenteral total, acesso vascular periférico, acesso vascular central, incubadora umidificada, monitor multiparâmetros, intervenção cirúrgica, colostroterapia, dieta por sonda, dieta por via oral, ventilação mecânica (VM), pressão positiva contínua nas vias aéreas, óculos nasal de oxigênio, sedação contínua, drogas vasoativas e fototerapia); necessidade de manobras de reanimação em sala de parto; inclusão no Método Canguru (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2014).

Acompanhar o tempo médio de internação em UTIN dos recém-nascidos pré-termo das mães incluídas no estudo foi um dado adicionado para complementar a trajetória materna em terapia intensiva neonatal.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos. O primeiro deles, “Instrumento para coleta de dados” (APÊNDICE A), se refere aos dados que representam as variáveis independentes, em que foram registrados os dados de identificação, demográficos e clínicos, coletados mediante questionário realizado com a mãe e consulta aos prontuários dos RNPTs. No questionário, foram coletados os dados sobre a trajetória da mãe junto ao RNPT, existência de experiência prévia com prematuridade, experiência prévia com internação de outros filhos seus em UTIN, participação nos cuidados de higiene e conforto do bebê, participação nos cuidados com o Método Canguru e também foram perguntados os dados constantes no instrumento que não foram encontrados nos prontuários, por preenchimento incompleto na hora da admissão. Já o segundo instrumento se refere aos dados provenientes da escala PSS:NICU (SOUZA, 2009) (ANEXO A). Para a utilização da escala neste estudo, foi solicitada autorização via *e-mail* para a tradutora transcultural da escala validada no Brasil, a qual retornou afirmativamente e enviou materiais que pudessem contribuir para este projeto (ANEXO B).

A coleta de dados iniciou-se após a inclusão das mães mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela pesquisadora (APÊNDICE B). Nesse momento, a pesquisadora realizou o questionário sobre os dados demográficos contida no Apêndice A e, logo depois, forneceu orientações à participante de como responder, de próprio punho, ao questionário sobre estresse do Anexo A.

A pesquisadora permaneceu próxima à mãe para auxiliá-la em caso de dúvidas acerca do significado dos itens da escala. Àquelas mães que referiram ter muita dificuldade em preencher o formulário, a pesquisadora ofereceu a alternativa de realizar a leitura dos itens da escala, ouvir a resposta materna e assinalar na escala a alternativa correspondente, após conferir a resposta com a mãe.

Cada mãe utilizou cerca de 30 minutos para responder as perguntas do questionário e responder à Escala para avaliar estresse de pais na unidade de terapia intensiva neonatal PSS:NICU.

4.6 Análise dos dados

Os dados referentes às variáveis do estudo foram organizados em uma planilha eletrônica, no programa Excel[®] (OFFICE, 2010), para formar um banco de dados, onde foram distribuídas todas as variáveis coletadas no estudo. O banco de dados, após sua organização, foi transferido para o programa SPSS versão 22.0[®] para ser analisado.

A análise descritiva das variáveis contínuas foi realizada por meio da média e do desvio padrão para as variáveis com distribuição simétrica ou mediana e amplitude interquartil para as com distribuição assimétrica. Os dados nominais e ordinais foram descritos por frequência absoluta e relativa.

Para comparar os níveis de estresse entre as subescalas, a Análise de Variância (ANOVA) para medidas repetidas com ajuste por Bonferroni foi aplicada.

As médias de ocorrência de estresse materno de cada item da escala foram calculadas de acordo com as recomendações da Métrica 1, onde as respostas assinaladas pelas mães como não vivenciadas receberam valor igual a zero. Para fins de análise do estresse materno, optou-se por agrupar esses valores em três categorias: 1- Sem estresse e Pouco Estressante; 2- Moderado, Muito e Extremamente Estressante; e 3- Não passou pela experiência. Em relação aos dados apresentados na Tabela 2, destaca-se que, nas respostas maternas agrupadas na categoria 2 (Moderado, Muito e Extremamente Estressante), foram considerados pelas autoras os valores acima de 75% como os mais expressivos na análise das Métricas 1 e 2.

Utilizou-se a estatística inferencial para avaliar as associações dos dados demográficos e clínicos das mães na gestação e parto; idade gestacional, peso e estado nutricional ao nascer dos RNPTs com as médias dos níveis de estresse oriundos das Métricas 2 e 3. Para comparar médias, o teste t-Student ou Análise de Variância (ANOVA) complementada por Tukey foram aplicados.

Para realizar os testes de associação, foram escolhidas as variáveis mais frequentemente citadas na literatura como influenciadoras dos níveis de estresse parental (WIDARSSON et al., 2013; TURNER et al., 2015; BAÍA et al. 2016; CRONIN et al. 2015). Quanto ao nível geral de estresse, optou-se por utilizar os resultados da Métrica 2 e da Métrica 3, para análise e associação dos dados, por ambas levarem em consideração todas as experiências potencialmente geradoras de estresse no ambiente da UTIN contidas na escala; embora essa abordagem não estivesse prevista nos objetivos específicos iniciais do estudo.

Das variáveis testadas na análise bivariada, aquelas que apresentaram um valor $p < 0,20$ foram analisadas pelo teste de Regressão Linear Multivariada para controle de fatores confundidores (ALTMAN, 1995). As variáveis que entraram no modelo multivariado em associação com os níveis gerais de estresse da Métrica 2 foram: experiência prévia da mãe com prematuridade, idade gestacional, início da posição canguru na UTIN e ocupação materna. As variáveis que entraram no modelo multivariado em associação com os níveis gerais de estresse da Métrica 3 foram: gemelaridade, experiência prévia da mãe com prematuridade e peso ao nascer do RN. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa observou os procedimentos que constam da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012b).

Considerando que a participação de seres humanos em pesquisa é completamente voluntária, os potenciais sujeitos de estudo foram convidados à participação e esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, ao caráter confidencial e anônimo das informações, assim como acerca da autonomia de decidir pela não participação. Nesse sentido, foi solicitada primeiramente a concordância verbal. Em seguida ao aceite, foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi acordado que as informações obtidas fossem mantidas em arquivos, sob a responsabilidade do pesquisador responsável por cinco anos. Após este período, as informações serão devidamente destruídas. Ao pesquisado, também foi informado que poderia desistir de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isto lhe causasse qualquer tipo de constrangimento. O TCLE foi elaborado em duas vias, de igual teor, e entregue a cada participante, antes do início das entrevistas, sendo assinado tanto pelo pesquisado como pelo pesquisador.

Os procedimentos relativos à preservação da identidade e da segurança dos sujeitos foram os seguintes: nomear cada um pela palavra Mãe, seguida do algarismo que representa o número sequencial de sua entrada na pesquisa (Mãe1, Mãe2, Mãe3,...); realizar o convite para participar do estudo em ambiente privativo; agendar com antecedência e realizar a entrevista com a mãe em local afastado dos demais pacientes, em uma sala privada cedida pela UTIN/HCPA (sala 1122).

As participantes foram orientadas de que os riscos pela participação neste estudo seriam mínimos, como a possível ocorrência de desconforto devido ao tempo de preenchimento dos instrumentos, por relatarem situações envolvendo questões pessoais e risco de quebra de confidencialidade. Foi-lhes assegurado o direito de sair do estudo a qualquer momento e sem prejuízo algum.

Depois de aprovado em banca de qualificação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS (PPGEEN/UFRGS), foi submetido à Plataforma Brasil (Sistema Nacional de Ética em Pesquisa – SISNEP) para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa/GPPG do HCPA, registrado sob o CAEE número 77449317.0.0000.5327. A pesquisa iniciou após aprovação do CEP/GPPG (ANEXO D).

5 REFERÊNCIAS

ALTMAN, D. G. Practical statistic for medical research. 3^a ed, p. 403-407. London: Chapman and Hall; 1995. Cap. 14.

ASHWANI, Neetika; REKHA, Neela Aruna; KUMAR, C. Suresh. Parental Stress Experiences with NICU Admission in a Tertiary Care Centre. **International Journal Of Psychology And Behavioral Sciences**, [s.l.], v. 7, n. 1, p.27-31, 2017.

BAÍA, Inês et al. Parenting very preterm infants and stress in Neonatal Intensive Care Units. *Early Human Development*, [s.l.], v. 101, p.3-9, out. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378215300803?via%3Dihub>. Acesso em: 11 jan. 2019.

BALBINO, Flávia Simphronio; BALIEIRO, Maria Magda Ferreira Gomes; MANDETTA, Myriam Aparecida. Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 2753, p.1-9, jan. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02753.pdf. Acesso em: 3 jul. 2017.

BRODSGAARD, Anne; ZIMMERMANN, Renathe; PETERSEN, Mette. A preterm lifeline: Early discharge programme based on family-centred care. **Journal For Specialists In Pediatric Nursing**. [s.l.], v. 20, n. 4, p. 232-243. jul. 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jspn.12120>. Acesso em: 13 jul. 2017.

BRASIL. Lei nº 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm. Acesso em: 04 mar. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acesso em: 24 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 1 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução 466/2012. A prova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres Humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 32 – Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília, 2012c. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 14 de Jan de 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/julho-2013-pdf/13677-diretrizes-educacao-basica-2013-pdf/file>. Acesso em: 04 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 09 Jan. 2019.

BRASIL. Lei n. 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm. Acesso em: 24 jan. 2019.

BUSSE, Morgan et al. Parents' Responses to Stress in the Neonatal Intensive Care Unit. **Critical Care Nurse**, [s.l.], v. 33, n. 4, p.52-59, 1 ago. 2013. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org.ez45.periodicos.capes.gov.br/content/33/4/52.short>. Acesso em: 29 set. 2018.

CALLEGARI-JACQUES, Sidia M.. Regressão linear simples. In: CALLEGARI-JACQUES, Sidia M.. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2008. Cap. 11.

CHANG, Hua-pin et al. Factors Associated with Post-Traumatic Symptoms in Mothers of Preterm Infants. **Archives Of Psychiatric Nursing**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.96-101, fev. 2016. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez45.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0883941715001855>. Acesso em: 3 out. 2016.

CHEONG, Jeanie Ly; DOYLE, Lex W. Increasing rates of prematurity and epidemiology of late preterm birth. **Journal Of Paediatrics And Child Health**, [s.l.], v. 48, n. 9, p.784-788, set. 2012. Disponível em: <https://onlinelibrary-wiley.ez45.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1111/j.1440-1754.2012.02536.x>. Acesso em: 20 set. 2018.

CRONIN, Sarah et al. **Parents and Stress: Understanding Experiences, Context and Responses**. Minnesota: Children, Youth & Family Consortium, 2015. 16 p. Disponível em: <https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/172384/parental-stress-2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 fev. 2019.

DUARTE, Elyangela Dittz; SENA, Roseni Rosângela de; TAVARES, Tatiana Silva. Práticas cuidadoras que favorecem a integralidade do cuidado ao recém-nascido de alto risco: revisão sistemática. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 12, n. 3, p.539-546, 30 set. 2010. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7509/7874>. Acesso em: 20 jan. 2019.

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

FARO, André; PEREIRA, Marcos Emanuel. Medidas do estresse: uma revisão narrativa. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 14, n. 1, p.101-124, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v14n1/v14n1a07.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2017.

FAVERO, Luciane; MAZZA, Verônica de Azevedo; LACERDA, Maria Ribeiro. Vivência de enfermeira no cuidado transpessoal às famílias de neonatos egressos da unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p.490-496, jan. 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/3070/307023889002/>. Acesso em: 20 jan. 2019.

FIGUERAS, Aloy J. et al. Evolución de la atención a domicilio para niños prematuros y de bajo peso de nacimiento desde 2002 hasta 2014. **Anales de Pediatría**, Barcelona, v. 85, p.134-141, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.01.022>. Acesso em: 04 jun. 2017.

FUNDAÇÃO Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais - Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

FUNDAÇÃO Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Normas de apresentação tabular. 3. ed. - Rio de Janeiro : IBGE, 1993. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

GOLDENBERG, Robert L et al. Epidemiology and causes of preterm birth. **The Lancet**, [s.l.], v. 371, n. 9606, p.75-84, jan. 2008. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673608600744>. Acesso em: 28 fev. 2019.

HOLDITCH-DAVIS, Diane et al. Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU: Effects on maternal psychological distress and mother–infant relationship. **Infant Behavior And Development**, [s.l.], v. 37, n. 4, p.695-710, nov. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638314000800>. Acesso em: 28 fev. 2019.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Principais Números. In: [Portal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre]. Porto Alegre: HCPA, 2016. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao/institucional-apresentacao-principais-numeros>. Acesso em: 03out. 2016.

HULLEY, Stephen B.; CUMMINGS, Steven R.; NEWMAN, Thomas B. Delineando estudos transversais e de coorte. In: HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2015. Cap. 7. p. 123-129.

HUTCHINSON, Sharon W.; SPILLET, Marydee A.; CRONIN, Mary. Parents' Experiences during their Infant's Transition from Neonatal Intensive Care Unit to Home: A Qualitative Study. **The Qualitative Report**, [s.l.], v. 17, n. 23, p.1-20, jan. 2012. Disponível em:

https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1010&context=crq_pubs. Acesso em: 20 fev. 2019.

KAWAFHA, Mariam Mofleh. Parental stress in the neonate intensive care unit and its association with parental and infant characteristics. **Journal Of Neonatal Nursing**, [s.l.], v. 24, n. 5, p.266-272, out. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184118300383>. Acesso em: 01 mar. 2019.

MACHADO, Luís Carlos; PASSINI JÚNIOR, Renato; ROSA, Izilda Rodrigues Machado. Late prematurity: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 90, n. 3, p.221-231, maio 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/3997/399734017003/>. Acesso em: 20 fev. 2019.

MARTINS, Cristina Araújo; ABREU, Wilson Jorge Correia Pinto de; FIGUEIREDO, Maria do Céu Aguiar Barbieri de. Becoming a father and a mother: a socially constructed role. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 4, n. 2, p.121-131, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000200013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 fev. 2019.

MATRICARDI, S et al. Mothers are not fathers: differences between parents in the reduction of stress levels after a parental intervention in a NICU. **Acta Paediatrica**, [s.l.], v. 102, n. 1, p.8-14, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.12058>. Acesso em: 15 fev. 2019.

MILES, Margaret Shandor.; FUNK, Sandra G. Parental stressor scale: Neonatal intensive care unit. School of Nursing, University of North Carolina at Chapel Hill, 1987.

MILES, Margaret Shandor; FUNK, Sandra G.; CARLSON, John. Parental Stressor Scale. **Nursing Research**, [s.l.], v. 42, n. 3, p.148-152, maio 1993. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1993-43778-001>. Acesso em: 15 fev. 2019.

MUSABIREMA, Priscille; BRYSEWICZ, Petra; CHIPPS, Jennifer. Parents perceptions of stress in a neonatal intensive care unit in Rwanda. **Curationis**, [s.l.], v. 38, n. 2, p.1-8, 23 jul. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.za/scielo.php?pid=S2223-62792015000200018&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 1 mar. 2019.

NASCIMENTO, Mariana Matos. UTI Neonatal: Ambiente de Expectativas ou de Estresse? **Psicologado**. Edição 11/2012. Disponível em: <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-hospitalar/uti-neonatal-ambiente-de-expectativas-ou-de-estresse>. Acesso em 28 Fev 2019.

OLIVEIRA, Laura Leismann de et al. Maternal and neonatal factors related to prematurity. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 50, n. 3, p.382-389, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342016000300382&script=sci_arttext. Acesso em: 10 jan. 2019.

OTTOSSON, Cornelia; LANTZ, Björn. Parental participation in neonatal care. **Journal Of Neonatal Nursing**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.112-118, jun. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184116301259?via%3Dihub>. Acesso em: 1 mar. 2019.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. Visão Geral do Processo de Pesquisa. In: POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 2, p. 391.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva; LINS, Rilávia Nayara Paiva; COLLET, Neusa. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 9, n. 1, p.200-213, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>. Acesso em: 28 fev. 2019.

ROUÉ, Jean-michel et al. Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. **Archives Of Disease In Childhood - Fetal And Neonatal Edition**, [s.l.], v. 102, n. 4, p.F364-F368, 18 abr. 2017. Disponível em: <https://fn.bmj.com/content/102/4/F364.abstract>. Acesso em: 28 fev. 2019.

SCHAPPIN, Renske et al. Rethinking Stress in Parents of Preterm Infants: A Meta-Analysis. **Plos One**, [s.l.], v. 8, n. 2, p.1-19, 6 fev. 2013. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0054992>. Acesso em: 01 mar. 2019.

SAMPIERI, Roberto Hernandez; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed., 2015. 624 p.

SILVA, Catarina; CARNEIRO, Marinha. Adaptation to parenthood: the birth of the first child. **Revista de Enfermagem Referência**, [s.l.], v. , n. 3, p.17-26, 12 dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832014000300003&script=sci_arttext&lng=en. Acesso em: 11 fev. 2019.

SOUZA, Renato T. et al. The Burden of Provider-Initiated Preterm Birth and Associated Factors: Evidence from the Brazilian Multicenter Study on Preterm Birth (EMIP). **Plos One**, [s.l.], v. 11, n. 2, p.1-20, 5 fev. 2016. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0148244>. Acesso em: 03 jul. 2017.

SOUZA, S. de. Tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU). 2009. 125f. Dissertação (Mestrado em ciências) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.

SOUZA, Sandra Regina de; DUPAS, Giselle; BALIEIRO, Maria Magda Ferreira Gomes. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU). **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.171-176, 2012. Disponível em: <https://www2.unifesp.br/acta/pdf/v25/n2/v25n2a3.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2019.

STACEY, Sarah; OSBORN, Mike; SALKOVSKIS, Paul. Life is a rollercoaster... What helps parents cope with the Neonatal Intensive Care Unit (NICU)? **Journal Of Neonatal Nursing**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.136-141, ago. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S135518411500054X>. Acesso em: 15 fev. 2019.

TANDBERG, Bente Silnes et al. Parents of preterm evaluation of stress and nursing support. **Journal Of Neonatal Nursing**, [s.l.], v. 19, n. 6, p.317-326, dez. 2013. Disponível em: <https://www->

sciencedirect.ez45.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S1355184113000094. Acesso em: 1 fev. 2019.

TAVARES, Aurileide de Sousa; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. ATENÇÃO E CUIDADO À FAMÍLIA DO RECÉM-NASCIDO EM UNIDADE NEONATAL: PERSPECTIVAS DA EQUIPE DE SAÚDE. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 5, n. 2, p.193-203, ago. 2006. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5075/3294>. Acesso em: 1 fev. 2019.

TURNER, Melanie et al. The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the Parent Stress Scale – Neonatal Intensive Care Unit. *Women And Birth*, [s.l.], v. 28, n. 3, p.252-258, set. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187151921500044X?via%3Dihub>. Acesso em: 11 jan. 2019.

WEIS, Janne; ZOFFMANN, Vibeke; EGEROD, Ingrid. Improved nurse-parent communication in neonatal intensive care unit: evaluation and adjustment of an implementation strategy. **Journal Of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 23, n. 23-24, p.3478-3489, 3 abr. 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary-wiley.ez45.periodicos.capes.gov.br/doi/epdf/10.1111/jocn.12599>. Acesso em: 1 mar. 2019.

WIDARSSON, Margareta et al. Parental stress and dyadic consensus in early parenthood among mothers and fathers in Sweden. **Scandinavian Journal Of Caring Sciences**, [s.l.], v. 28, n. 4, p.689-699, 11 nov. 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary-wiley.ez45.periodicos.capes.gov.br/doi/epdf/10.1111/scs.12096>. Acesso em: 01 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Born too soon: the global action report on preterm birth. Genova, 2012. Disponível em: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf.

WORMALD, Francisca et al. Stress in parents of very low birth weight preterm infants hospitalized in neonatal intensive care units. A multicenter study. *Archivos Argentinos de Pediatría*, [s.l.], v. 113, n. 04, p.303-308, 1 ago. 2015. Disponível em: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n4a04e.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2019.

Artigo para ser Submetido à
Revista Gaúcha de Enfermagem

6 ARTIGO PARA SER SUBMETIDO À REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM

ESTRESSE EXPERIMENTADO POR MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Graciela F Fróes¹, Eliane W Mendes², Gêssica de Almeida Pedroza³, Maria Luzia Chollopetz da Cunha⁴

¹ Pesquisadora, Mestranda, Escola de Enfermagem/UFRGS; ² Pesquisadora, Professora, Escola de Enfermagem/UFRGS; ³ Acadêmica de Enfermagem/UFRGS; ⁴ Pesquisadora, Professora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem/UFRGS
Contato: gfroes@hcpa.edu.br

RESUMO

Objetivo: Avaliar o nível de estresse de mães de recém-nascidos pré-termo com idade gestacional ≤ 34 semanas, internados em terapia intensiva neonatal. **Método:** Estudo transversal com 74 mães de recém-nascidos pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal, que responderam ao instrumento “Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit”, validado no Brasil. **Resultados:** Obteve-se média de nível de ocorrência de estresse 4,41 ($\pm 0,77$) e nível geral de estresse do ambiente 4,36 ($\pm 0,76$), com diferença significativa ($p < 0,001$) entre a subescala “Alteração no papel de pais” e demais subescalas. Significando que as mães se encontravam numa situação muito estressante. **Conclusão:** Identificaram-se todos os itens da subescala “Alteração do papel de pais” da “Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit” como a principal fonte de estresse experimentada pelas mães. Sugere-se a realização de estudos com outras metodologias para ampliar o conhecimento do estresse materno no contexto nacional, aplicando intervenções de cuidado envolvendo os pais.

Descritores: Recém-nascido prematuro. Unidades de terapia intensiva neonatal. Estresse emocional.

STRESS EXPERIENCES MOTHERS OF PREMATURE INFANTS IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT

Objective: to evaluate the mothers stress level of preterm infants with gestational age ≤ 34 weeks, hospitalized in neonatal intensive care. **Method:** a cross-sectional study with 74 mothers of premature in neonatal intensive care, who answered the “Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit” instrument validated in Brazil. **Results:** The mean stress level was 4.41 (± 0.77) and the general stress level was 4.36 (± 0.76), with a significant difference ($p < 0.001$) between the subscale "Parental role alteration" and other subscales. It means that

mothers were in a very stressful situation. **Conclusion:** all items in the subscale "Parental role alteration" of "Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit" were identified as the main source of stress experienced by mothers. It is suggested to carry out studies with other methodologies to increase the knowledge of maternal stress in national context, applying care interventions involving the parents.

Keywords: Infant, premature. Intensive care units, neonatal. Emotional stress.

ESTRÉS EXPERIMENTADO POR MANOS DE RECIÉN NACIDOS PRE-TERMO EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

RESUMEN

Objetivo: evaluar el nivel de estrés de madres de recién nacidos prematuros con edad gestacional ≤ 34 semanas, internados en terapia intensiva neonatal. **Metódo:** estudio transversal con 74 madres de recién nacidos prematuros en unidad de terapia intensiva neonatal, que respondieron al instrumento "Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit" validado en Brasil. **Resultados:** Se obtuvo un promedio de nivel de ocurrencia de estrés 4,41 ($\pm 0,77$) y nivel general de estrés del ambiente 4,36 ($\pm 0,76$), con diferencia significativa ($p < 0,001$) entre la subescala "Cambio en el papel de padres" y demás subescalas. Significando que las madres se encontraban en una situación muy estresante. **Conclusión:** se identificaron todos los elementos de la subescala "Cambio del papel de padres" de "Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit" como la principal fuente de estrés experimentada por las madres. Se sugiere la realización de estudios con otras metodologías para ampliar el conocimiento del estrés materno en el contexto nacional, aplicando intervenciones de cuidado involucrando a los padres.

Palabras clave: Recien nacido prematuro. Unidades de cuidado intensivo neonatal. Estrés emocional.

INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro constitui um evento traumático para os progenitores. Estudo realizado para avaliar o estresse de pais de recém-nascidos pré-termo (RNPTs) internados em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) concluiu que as mães apresentavam níveis mais elevados de estresse que os pais⁽¹⁾.

Apesar de encontrar na UTIN os cuidados especializados necessários para o RNPT, essa condição inesperada faz com que os pais se afastem da realidade de convívio por eles idealizada e passem a vivenciar a parentalidade em um ambiente com luzes fortes, ruídos

constantes e repetidas intervenções que interrompem o ciclo de sono do prematuro (PMT) e muitas vezes resultam em desconforto ou dor⁽²⁾.

A prematuridade moderada a extrema do recém-nascido (RN), isoladamente, já implica em permanência na UTIN, compromete a interação familiar, podendo potencializar as sensações relacionadas ao estresse parental. Assim, emerge a necessidade de identificar essas manifestações e relacioná-las aos potenciais elementos estressores que agem sobre o emocional dos pais que, em relação a esta experiência, são prematuros na mesma proporção. A importância de avaliar o bem-estar materno pode ser explicada por um estudo que acompanhou mães e RNPTs até os 18 meses de idade corrigida, onde os níveis de estresse materno vivenciados durante o período de internação refletiram negativamente sobre desenvolvimento da criança e no vínculo mãe-bebê⁽³⁾. Afirma-se, também, que o estresse manifestado pelas mães diante do nascimento e da internação do seu PMT em UTIN é mais intenso e pode impactar na maneira como ela se relaciona com ele. Além disso, o nível mais elevado de estresse está relacionado com a necessidade de mediação entre as condutas profissionais e o compartilhamento com o cuidado parental, à permanência prolongada destas mães junto ao seu RNPT na UTIN, bem como ao papel biológico e social que lhes está associado⁽⁴⁾.

Ao reconhecer que o nascimento prematuro se relaciona com maiores índices de gravidade, com permanência prolongada em UTIN e com separação precoce do binômio mãe-filho, observou-se a inclinação de alguns estudiosos para investigar maneiras de identificar e de avaliar o nível de estresse parental gerado em função de tal conjuntura para, assim, atender a mãe em suas reais necessidades⁽⁵⁾.

Como método de mensuração do estresse parental, a escala “Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit – PSS:NICU”⁽⁶⁾ foi desenvolvida para nortear ações do enfermeiro destinadas para auxiliar os pais a suportar a hospitalização em UTIN. A versão reduzida dessa escala foi traduzida e validada para o português do Brasil, com elevado grau de compreensão pelos pais, mostrando-se confiável e válida para sua aplicação no país; obtendo alfa de Cronbach de 0,84 em consistência interna e coeficiente de correlação intraclasse em torno de 0,70⁽⁷⁾. Apesar de reconhecida e validada em diferentes países, a escala PSS:NICU tem sido pouco aproveitada para estudar, exclusivamente, o estresse de pais e mães de PMTs com menor idade gestacional (IG), inclusive no Brasil.

Tendo em vista as considerações apresentadas acima, formulou-se a seguinte indagação de pesquisa: “Qual é o nível de estresse apresentado por mães de RNPTs internados em uma UTIN?”. Este estudo foi, portanto, elaborado com o objetivo avaliar o nível de estresse experimentado por mães de RNPTs com idade gestacional (IG) \leq 34 semanas, internados em terapia intensiva neonatal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, cujas participantes foram mães de RNPTs que responderam ao instrumento PSS:NICU, validado no Brasil. O estudo foi desenvolvido na UTIN de um hospital universitário de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, Brasil. A UTIN estudada possui 20 leitos de nível III, sendo referência para alto risco em neonatologia. Nessa UTIN, os pais dos RNs possuem livre acesso, podendo permanecer ao lado dos neonatos por tempo ilimitado, durante as 24 horas do dia nos sete dias da semana.

A amostra foi constituída por mães de RNPTs com IG \leq 34 semanas que internaram na UTIN de novembro/2017 a agosto/2018. Foram incluídas as mães de pré-termos nascidos no Centro Obstétrico e internados na UTIN dentro das primeiras 72 horas de vida. A aplicação dos instrumentos ocorreu em uma única vez, do quinto ao décimo quarto dia de internação do PMT na UTIN. A escolha deste período foi baseada em médias anteriores de internação dos RNPTs na unidade onde se realizou o estudo e na recomendação de estudos prévios quanto ao fato de que momentos próximos à internação e à alta dos RNPTs podem alterar os níveis de estresse materno de formas antagônicas e apontar um possível viés de aferição^(3, 8). Foram excluídas as mães com idade inferior a 18 anos; com indisponibilidade para acompanhar o filho durante a internação; e cujo PMT era portador de malformações congênitas dismórficas de alta morbimortalidade. No cálculo do tamanho amostral, para estimar a média de estresse materno, utilizou-se como referência o escore médio de estresse geral do subitem “Baby look and Behaves” de 2,36 com um desvio padrão de 0,86, baseado em estudo sobre o estresse parental referente aos RNPTs entre 28 e 36 semanas de idade gestacional⁽⁹⁾. Considerando um nível de confiança de 95%, assumindo um desvio padrão de 0,86 e um erro de 0,2, o tamanho amostral mínimo calculado foi de 74 mães de RNPTs; calculado com o auxílio do *software* WINPEPI v11.43. A coleta de dados iniciou após aprovação da pesquisa no Comitê de Ética da Instituição, sob o CAEE número 77449317.0.0000.5327. As mães participantes da amostra foram convidadas a participar do estudo e, após assinarem o TCLE, foi realizada a coleta dos dados.

A variável dependente do estudo foi o estresse materno mensurado pela escala PSS:NICU, que aborda experiências cotidianas potencialmente geradoras de estresse parental durante a internação do RNPT na UTIN, em 26 itens agrupados em três subescalas: “Sons e imagens”, “Aparência e comportamento do bebê” e “Alteração no papel de pais”. Para respondê-la as mães foram orientadas a utilizar a escala psicométrica de Likert da PSS:NICU para dimensionar sua percepção quanto às experiências contidas em cada item, na qual o valor 1 representa ausência de estresse; 2, um pouco de estresse; 3, estresse moderado; 4, muito estresse; 5, extremamente estressante; e NA corresponde a uma situação que não aconteceu com a mãe até esse momento⁽⁷⁾.

A autora da escala PSS:NICU orienta como realizar o cálculo das Métricas 1, 2 e 3 no artigo original⁽⁶⁾. As pesquisadoras, nesse estudo, optaram pelo uso da planilha Excel para obter os valores referentes aos níveis de estresse e suas médias, sendo então necessário elaborar expressões matemáticas compatíveis com a linguagem do *software* (Figura 1).

<p>- Métrica 1 = $\frac{(\sum^* \text{dos valores positivos de cada subescala} + \sum^* \text{das respostas NA})}{\text{Número de respostas positivas}}$; NA = 0.</p> <p>- Métrica 2 = $\frac{(\sum^* \text{dos valores positivos de cada subescala} + \sum^* \text{das respostas NA})}{\text{Número total de itens da subescala}}$; NA = 1.</p> <p>- Métrica 3 = $\frac{(\sum^* \text{de todos os valores positivos de todas as subescalas})}{\text{Número total de respostas positivas}}$.</p>

*somatório

FIGURA 1 – Expressões matemáticas para cálculo das Métricas. Porto Alegre/RS, 2019

Para fins de análise do estresse materno optou-se por agrupar esses valores em três categorias: 1- Sem estresse e Pouco Estressante; 2- Moderado, Muito e Extremamente Estressante; e 3- Não passou pela experiência. Em relação aos dados apresentados na Tabela 2, destaca-se que as respostas maternas agrupadas na categoria 2 (Moderado, Muito e Extremamente Estressante) foram considerados pelas autoras os valores acima de 75% como os mais expressivos na análise das Métricas 1 e 2. As variáveis independentes foram os dados demográficos e clínicos maternos e dos RNPTs ao nascimento, obtidos por consulta aos prontuários da internação até a aplicação da escala; além dos dados coletados por questionário realizado com as mães. Cada mãe utilizou cerca de 30 minutos para responder os instrumentos.

Para a análise dos dados utilizou-se o *software* estatístico SPSS versão 22.0. A análise descritiva das variáveis contínuas foi realizada através da média e do desvio padrão para as

variáveis com distribuição simétrica ou mediana e amplitude interquartil para as com distribuição assimétrica. Os dados nominais e ordinais foram descritos por frequência absoluta e relativa. A Análise de Variância (ANOVA) para medidas repetidas com ajuste por Bonferroni foi aplicada para comparar os níveis de estresse entre as subescalas. As médias de ocorrência de estresse materno de cada item da escala foram calculadas de acordo com as recomendações da Métrica 1, onde as respostas assinaladas pelas mães como não vivenciadas receberam valor igual a zero.

Utilizou-se a estatística inferencial para avaliar as associações dos dados demográficos e clínicos das mães na gestação e parto; idade gestacional, peso e estado nutricional ao nascer dos RNPTs com as médias dos níveis de estresse oriundos das Métricas 2 e 3, porque ambas levam em consideração todas as experiências potencialmente geradoras de estresse no ambiente da UTIN. Para comparar médias foi aplicado o teste t-Student ou a Análise de Variância (ANOVA) complementada por Tukey. Para realizar os testes de associação, foram escolhidas as variáveis frequentemente apontadas como influenciadoras dos níveis de estresse parental. Das variáveis testadas na análise bivariada, aquelas que apresentaram um valor $p < 0,20$ foram analisadas pelo teste de Regressão Linear Multivariada para controle de fatores confundidores. As variáveis que entraram no modelo multivariado em associação com os níveis gerais de estresse da Métrica 2 foram: experiência prévia da mãe com PMT, IG, início da posição canguru na UTIN e ocupação materna. As variáveis que entraram no modelo multivariado em associação com os níveis gerais de estresse da Métrica 3 foram: gemelaridade, experiência prévia da mãe com PMT e peso ao nascer do RN. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Um total de 91 mães teve seus 102 RNs com IG ≤ 34 semanas internados na UTIN no período de 7 de novembro/2017 a 23 de agosto/2018. Dentre as 91 mães, 17 e seus respectivos neonatos não atenderam aos critérios de elegibilidade: uma delas porque o RNPT foi a óbito antes do 5º dia de vida; quatro eram menores de 18 anos; duas permaneceram também em cuidados intensivos durante o período estipulado para coleta; quatro eram mães de RNPTs com malformações congênicas graves; e seis se recusaram a participar do estudo. A amostra totalizou 74 mães de 85 RNPTs; das quais nove tiveram gêmeos e uma, trigêmeos.

TABELA 1 – Características das Mães de recém-nascidos pré-termo internados em uma Unidade Terapia Intensiva Neonatal (n=74). Porto Alegre/ RS, 2019

Características	n* (%)
Idade	
<35 anos	53 (71,62)
Escolaridade materna	
Menos de 9 anos	25 (33,80)
9 —12 anos	28 (37,80)
12 ou mais anos	21 (28,40)
Situação Marital	
Com companheiro	14 (18,92)
Sem companheiro	60 (81,08)
Ocupação materna	
Empregadas	52 (70,30)
Desempregadas/ Do lar	22 (29,70)
Gestações anteriores	
1—3 filhos	29 (39,19)
3 ou mais filhos	14 (18,92)
Sem filhos vivos	38 (51,40)
Gestação atual	
Primigesta	31 (41,89)
Gestação planejada	34 (45,95)
Gemelaridade	10 (13,51)
IG no parto	
Menor de 28 semanas	15 (20,27)
28 —32 semanas	24 (32,43)
32 — 34 semanas	35 (47,30)
Parto Cesáreo	50(67,57)
Doenças gestacionais	51(68,92)
HAS na gestação	23(31,08)
DMG	14(18,92)
Infecções na gestação	15(20,27)
Pré-eclâmpsia	16(21,62)

*número de indivíduos

Fonte: Dados da pesquisa, 2019

A média de idade materna foi de 29 ± 7 anos. Do total da amostra, 17 (23%) mães tiveram experiência prévia com prematuridade e nove (12,2%) tiveram experiência prévia com terapia intensiva neonatal. Em relação à gestação atual, 64 (86,49%) tiveram um filho, nove (12,16%) tiveram dois filhos e 1 (1,35%) teve três filhos sem recorrer à reprodução assistida. Quando incluídas no estudo, todas as mães estavam com seus RNPTs incluídos no Método Canguru no primeiro dia de vida e no momento da aplicação da PSS:NICU e do questionário, 71 (95,90%) delas haviam iniciado o toque gentil, 43 (58,10%) haviam colocado o pré-termo na posição canguru e 14 (18,90%) prestaram cuidados de higiene ou conforto.

Quanto às características dos 85 pré-termos: 45 (52,90%) eram do sexo masculino; 16 (18,82%) tinham menos de 28 semanas de IG; 30 (35,30%) de 28 a menos de 32 semanas de IG e 39 (45,88%) de 32 a 34 semanas de IG. Quanto ao peso ao nascer: 22 (25,90%) menores de 1000g; 26 (30,60%) de 1000g a 1499g e 37 (43,50%) de 1500g a 2500g. No que se refere às terapêuticas utilizadas pelos RNPTs do nascimento até o momento da aplicação da escala PSS:NICU: 70 (82,35%) fizeram uso de nutrição parenteral total; 68 (80,0%) com acesso venoso central; 61 (71,76%) em incubadora umidificada; 77 (90,58%) com monitor multiparâmetros; 79 (92,94%) receberam dieta por sonda e 62 (72,94%) fizeram fototerapia. Além disso, 70 (82,35%) precisaram de algum tipo de manobra de reanimação em sala de parto, 77 (90,59%) necessitaram de suporte ventilatório em respirador por pelo menos 24 horas. Quanto ao tempo de internação dos RNPTs, encontrou-se uma mediana de 20 dias (intervalo interquartil = 10 - 42) de internação em UTIN.

As médias de ocorrência de estresse materno (Métrica 1) e do nível geral de estresse do ambiente (Métrica 2) e seus respectivos valores absoluto e relativo por item da escala, avaliando cada experiência potencialmente estressante, são apresentados na Tabela 2.

TABELA 2 – Médias do nível de ocorrência de estresse (Métrica 1) e do Nível geral de estresse do ambiente (Métrica 2) com valores relativos das respostas maternas por item da escala, agrupadas em três categorias (1 - Sem e Pouco Estressante / 2 - Moderado, Muito e Extremamente Estressante/ 3 – Não passou pela experiência). Porto Alegre/RS, 2019

(Continua)

SUBESCALA	MÉTRICA 1*			MÉTRICA 2†			
	Categoria 1	Categoria 2	Nível geral de estresse	Categoria 1	Categoria 2	Categoria 3	
	Nível de ocorrência de estresse	Sem/pouco estresse		Moderado/Muito/Extremo estresse	Sem/pouco estresse	Moderado/Muito/Extremo estresse	Não passou pela experiência
Média (DP)	n [‡] (%)	n [‡] (%)	Média (DP)	n [‡] (%)	n [‡] (%)	n [‡] (%)	
SONS E IMAGENS							
A presença de monitores e equipamentos	2,97 (±1,43)	31 (41,9)	43 (58,1)	2,97 (±1,42)	31 (41,9)	43 (58,1)	0 (00,0)
O barulho constante de monitores e equipamentos	2,78 (±1,42)	33 (45,2)	40 (54,8)	2,76 (±1,41)	33 (44,6)	40 (54,0)	1 (01,4)
O barulho repentino do alarme dos monitores	3,42 (±1,39)	21 (28,8)	52 (71,2)	3,39 (±1,40)	21 (28,4)	52 (70,2)	1 (01,4)
Os outros bebês doentes na sala	2,32 (±1,28)	43 (58,1)	31 (41,9)	2,32 (±1,27)	43 (58,1)	31 (41,9)	0 (0,0)
O grande nº de pessoas trabalhando na unidade	1,70 (±1,28)	58 (79,5)	15 (20,5)	1,69 (±1,26)	58 (78,3)	15 (20,3)	1 (01,4)
Ver uma máquina (respirador) respirar pelo meu bebê	4,00 (±1,36)	12 (18,2)	54 (81,8)	3,68 (±1,58)	12 (16,2)	54 (73,0)	8 (10,8)
APARÊNCIA E COMPORTAMENTO DO BEBÊ							
Tubos e equipamentos no meu bebê ou perto dele	3,81 (±1,27)	13 (17,8)	60 (82,2)	3,77 (±1,29)	13 (17,6)	60 (81,0)	1 (01,4)
Áreas machucadas, cortes ou lesões no meu bebê	3,73 (±1,51)	16 (25,8)	46 (74,2)	3,28 (±1,70)	16 (21,6)	46 (62,2)	12 (16,2)
A cor anormal do meu bebê (por exemplo: pálido ou amarelado)	3,02 (±1,48)	24 (39,3)	37 (60,7)	2,66 (±1,54)	24 (32,4)	37 (50,0)	13 (17,6)
Respiração incomum ou anormal do meu bebê	4,05 (±1,25)	11 (16,7)	55 (83,3)	3,72 (±1,50)	11 (14,9)	55 (74,3)	8 (10,8)
O tamanho pequeno do meu bebê	3,25 (±1,45)	24 (32,9)	49 (67,1)	3,22 (±1,45)	24 (32,4)	49 (66,2)	1 (01,4)
A aparência enrugada do meu bebê	2,17 (±1,22)	40 (61,5)	25 (38,5)	2,03 (±1,20)	40 (54,0)	25 (33,8)	9 (12,2)
Ver agulhas e tubos no meu bebê	4,06 (±1,23)	10 (14,3)	60 (85,7)	3,89 (±1,37)	10 (13,6)	60 (81,0)	4 (05,4)
Meu bebê ser alimentado pela veia ou por um tubo	3,99 (±1,19)	8 (11,1)	64 (88,9)	3,91 (±1,26)	8 (10,8)	64 (86,5)	2 (02,7)
Quando o meu bebê parecia estar sentindo dor	4,23 (±1,32)	8 (12,3)	57 (87,7)	3,84 (±1,62)	8 (10,8)	57 (77,0)	9 (12,2)

TABELA 2 – Médias do nível de ocorrência de estresse (Métrica 1) e do Nível geral de estresse do ambiente (Métrica 2) com valores relativos das respostas maternas por item da escala, agrupadas em três categorias (1 - Sem e Pouco Estressante / 2 - Moderado, Muito e Extremamente Estressante/ 3 – Não passou pela experiência). Porto Alegre/RS, 2019

(Continuação)

SUBESCALA	MÉTRICA 1*			MÉTRICA 2†			
	Categoria 1		Categoria 2	Categoria 1		Categoria 2	Categoria 3
	Nível de ocorrência de estresse	Sem/Pouco estresse	Moderado/Muito/Extremo estresse	Nível geral de estresse	Sem/pouco estresse	Moderado/Muito/Extremo estresse	Não passou pela experiência
	Média (DP)	n‡ (%)	n‡ (%)	Média (DP)	n‡ (%)	n‡ (%)	n‡ (%)
APARÊNCIA E COMPORTAMENTO DO BEBÊ							
Quando meu bebê parecia triste	4,07 (±1,36)	10 (16,9)	49 (83,1)	3,45 (±1,73)	10 (13,6)	49 (66,1)	15 (20,3)
A aparência flácida e frágil do meu bebê	3,64 (±1,42)	16 (23,2)	53 (76,8)	3,46 (±1,52)	16 (21,6)	53 (71,6)	5 (06,8)
Movimentos agitados e inquietos do meu bebê	3,25 (±1,55)	26 (36,6)	45 (63,4)	3,16 (±1,57)	26 (35,1)	45 (60,8)	3 (04,1)
Meu bebê não ser capaz de chorar como os outros bebês	3,15 (±1,67)	24 (39,3)	37 (60,7)	2,77 (±1,71)	24 (32,4)	37 (50,0)	13 (17,6)
ALTERAÇÃO PAPEL PAI/ MÃE							
Estar separada do meu bebê	4,66 (±0,86)	4 (5,4)	70 (94,6)	4,66 (±0,86)	4 (5,4)	70 (94,6)	0 (00,0)
Não alimentar eu mesma o meu bebê	4,56 (±0,80)	2 (2,7)	71 (97,3)	4,51 (±0,89)	2 (2,7)	71 (95,9)	1 (01,4)
Não poder cuidar eu mesma do meu bebê (por exemplo trocar fraldas, dar banho)	4,27 (±1,01)	5 (7,1)	65 (92,9)	4,09 (±1,22)	5 (6,8)	65 (87,8)	4 (05,4)
Não poder segurar meu bebê quando quero	4,53 (±1,01)	5 (6,9)	67 (93,1)	4,43 (±1,14)	5 (6,8)	67 (90,5)	2 (02,7)
Sentir-se desamparada e incapaz de proteger o meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos	4,61 (±0,91)	3 (4,2)	69 (95,8)	4,51 (±1,07)	3 (4,1)	69 (93,2)	2 (02,7)
Sentir-se sem condições de ajudar o meu bebê durante esse tempo	4,57 (±0,96)	5 (6,9)	67 (93,1)	4,47 (±1,11)	5 (6,8)	67 (90,5)	2 (02,7)
Não ter tempo para estar sozinha com o meu bebê	3,90 (±1,48)	15 (20,8)	57 (79,2)	3,82 (±1,53)	15 (20,3)	57 (77,0)	2 (02,7)

* Métrica 1 corresponde ao nível de ocorrência de estresse para cada subcategoria, não atribui valor para as experiências não vivenciadas pela mãe, o n varia em cada item da escala

† Métrica 2 corresponde ao nível geral de estresse do ambiente para cada subcategoria, atribui valor =1 para as experiências não vivenciadas pela mãe, n= 74 em todos os itens da escala.

‡ número de indivíduos

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O estresse que as mães experimentaram de acordo com suas pontuações na escala PSS:NICU foi representado pelas médias das três Métricas (Tabela 3).

TABELA 3 – Médias e desvios padrão dos Níveis de estresse de cada subescala e do total da escala. Porto Alegre/RS, 2019

	Métrica 1* Nível de ocorrência de Estresse	p [§]	Métrica 2† Nível Geral de Estresse do ambiente	p [§]	Métrica 3‡ Número total de experiências de estresse
SUBESCALAS	M(DP)		M(DP)		M(DP)
Sons e Imagem	2,84 (±0,90) ^{a**}		2,80 (±0,90) ^{a**}		..
Aparência e Comportamento do Bebê	3,55 (±0,92) ^{b**}	<0,001	3,32 (±0,93) ^{b**}	<0,001	..
Alteração no Papel de Pais	4,41 (±0,77) ^{c**}		4,36 (±0,76) ^{c**}		..
NÍVEL TOTAL DE ESTRESSE DA ESCALA					3,62(±0,88)

* Métrica 1 corresponde ao nível de ocorrência de estresse para cada subcategoria, não atribui valor para as experiências assinaladas como não vivenciadas pela mãe.

† Métrica 2 corresponde ao nível geral de estresse do ambiente para cada subcategoria, atribui valor =1 para as experiências assinaladas como não vivenciadas pela mãe.

‡ Métrica 3 corresponde ao nível total de experiências de estresse medido pela escala a partir das respostas afirmativas encontradas nas três subcategorias.

§ teste ANOVA para medidas repetidas.

** a,b,c – letras iguais não diferem pelo teste de Bonferroni a 5% de significância.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Realizou-se a associação entre a variável dependente (níveis gerais de estresse materno para cada subescala – Métrica 2) com as variáveis independentes. Evidenciou-se que, na subescala “Aparência e Comportamento do Bebê”, as mães que não possuíam experiência prévia com prematuridade obtiveram escores de estresse significativamente ($p=0,030$) mais altos em relação às mães que já haviam passado pela experiência de ter um filho prematuro. As demais associações não foram significativas.

Na associação entre a variável dependente (nível geral de estresse materno para o total da escala – Métrica 3) e as variáveis independentes, e o resultado não foi significativo nas variáveis testadas. Porém, na análise multivariada, com os escores de estresse da Métrica 3,

quando ajustado para gemelaridade, mães com experiência prévia com prematuridade tiveram menor nível geral de estresse do que as sem experiência prévia ($b=-0,54$; IC 95%: -1,0 a -0,04; $p=0,036$).

Da mesma forma, na realização da análise multivariada após o ajuste por experiência prévia em prematuridade, experiência prévia em UTI e idade gestacional, as mães de prematuros extremos com peso ao nascer < 1000 g apresentaram um escore significativamente menor no nível geral de estresse pela Métrica 3 ($b=-0,49$; IC 95%: -0,93 a -0,04; $p=0,034$). Ao associar IG com início da posição canguru, constatou-se que, quanto menor a idade gestacional, menor o contato da mãe com o RNPT na posição canguru (87,2% dos prematuros moderados, 43,3% dos muito prematuros e 12,5% dos extremamente prematuros; $p<0,001$).

DISCUSSÃO

Ao realizar-se a avaliação do estresse experimentado pelas 74 mães de RNPTs com IGO ≤ 34 semanas internados em UTIN por meio da aplicação da escala PSS:NICU, obteve-se um nível geral de estresse global percebido como muito estressante (Métrica 3). Nesse sentido, um estudo transversal que avaliou o nível de estresse em 91 pais e 120 mães de prematuros encontrou como mediana do nível geral de estresse materno um valor conceituado como muito estressante⁽⁵⁾. Autores afirmam que as mães podem ter a saúde emocional comprometida quando o desenvolvimento da parentalidade é modificado pela internação inesperada do prematuro em UTIN, pois impacta negativamente na organização da família, gera mudanças na rotina diária e requer adaptação ao novo papel, que exige dela outras responsabilidades, competências e saberes específicos. Atualmente preconiza-se que a permanência da mãe por mais tempo à beira do leito auxilia no desenvolvimento saudável da sua relação parental e melhora sua percepção do estresse na UTIN⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Em nosso estudo, na subescala “Alteração do papel de pais”, os percentuais de nível de ocorrência de estresse moderado/muito/extremamente estressante (Categoria 2, Métrica 1) e o nível geral de estresse (Categoria 2, Métrica 2) foram superiores a 75% nos sete itens desta subescala. Estudo de coorte corrobora com estes achados, por ter evidenciado que os pais envolvidos no cuidado convencional ao RNPT na UTIN mostraram níveis de insatisfação e de estresse mais elevados na subescala “Alteração do papel de pais” do que os incluídos num programa de assistência centrada na família⁽¹²⁾.

Na subescala “Aparência e comportamento do bebê”, o nível de ocorrência de estresse (Categoria 2, Métrica 1) foi superior a 75% em sete itens: “Tubos e equipamentos no meu bebê ou perto dele”, “Respiração incomum ou anormal do meu bebê”, “Ver agulhas e tubos

no meu bebê”, “Meu bebê ser alimentado pela veia ou por um tubo”, “Quando o meu bebê parecia estar sentindo dor”, “Quando meu bebê parecia triste” e “A aparência flácida e frágil do meu bebê”. Ao analisar essa subescala com vistas ao nível geral de estresse (Métrica 2, Categoria 2) quatro itens foram superiores a 75%: “Tubos e equipamentos no meu bebê ou perto dele”, “Ver agulhas e tubos no meu bebê”, “Meu bebê ser alimentado pela veia ou por um tubo” e “Quando o meu bebê parecia estar sentindo dor”. Estudo prospectivo identificou os elementos mais estressantes para pais de RNPTs com <36 semanas em UTIN, nele os autores relatam que os fatores mais estressantes nessa subescala quanto ao comportamento foram “sentir dor e o bebê estar triste”, e na aparência dos prematuros foram “hematomas e cortes no bebê e o bebê mudando de cor”, tomando como referência os níveis gerais de estresse muito a extremos⁽¹³⁾.

Na subescala Sons e imagens, quanto ao nível de ocorrência de estresse (Categoria 2, Métrica 1), o item “Ver uma máquina (respirador) respirar pelo meu bebê” foi o único a atingir mais de 75% das mães referindo essa experiência como moderada a extremamente estressante. Nenhum dos itens atingiu a marca de 75% de mães referindo nível geral de estresse (Métrica 2) como moderado a extremamente estressante. Sobre este resultado, um estudo sobre os principais componentes do processo de atenção neonatal na ótica dos pais explica que as mães sentem-se excluídas do cuidado especialmente quando o bebê é muito prematuro e necessita de suporte tecnológico avançado; recomendando aos profissionais de saúde que se concentrem em facilitar as interações maternas com os cuidadores⁽¹⁴⁾.

Diferenças estatisticamente significativa foram verificadas entre os escores de estresse encontrados nas três subescalas (Métrica 1 e Métrica 2). Observa-se que a subescala “Alteração do papel de pais” apresentou um nível geral de estresse moderado. Pesquisa que investigou os níveis de estresse de 57 pais e mães de RNs prematuros abaixo de 37 semanas, na internação e na alta hospitalar, encontrou uma tendência semelhante quanto ao estresse materno em seus resultados da Métrica 2 no que tange à subescala “Alteração no papel de pais”, com nível geral de estresse moderado⁽⁸⁾.

Quanto às características maternas, os resultados evidenciaram uma prevalência de mulheres com menos de 35 anos, na maioria solteiras e sem filhos anteriormente. Em estudo anterior a este, as mulheres também eram jovens, porém na sua maioria casadas e com um filho⁽⁸⁾. Estudo transversal que identificou fontes de estresse em mães e pais de RNPTs associadas a características sociodemográficas, obstétricas e infantis relatou que a idade materna não está associada aos seus níveis de estresse⁽⁵⁾. Ressalta-se a importância do relacionamento conjugal estável e do apoio mútuo como influências positivas na redução do

estresse parental⁽¹⁵⁾. Em relação à existência prévia de outros filhos, ocorre maior experiência de estresse naqueles pais que estão vivenciando a parentalidade pela primeira vez, quando comparados aos pais com mais de um filho⁽¹⁶⁾.

No que tange às características dos RNPTs, prevaleceu o sexo masculino; com peso ao nascer <1500 g e com IG < 32 semanas. Na sua maioria apresentaram alto grau de gravidade, a julgar pela quantidade de suporte tecnológico necessário para dar suporte à sua vida. O uso de suporte ventilatório, em respirador por pelo menos 24 horas, foi necessário em 90,59% desses prematuros. Estudo transversal multicêntrico que determinou o nível de estresse em pais de recém-nascidos de muito baixo peso em UTIN encontrou características semelhantes quanto ao sexo masculino (52,4%), idade gestacional ($29 \pm 2,6$ semanas) e peso ao nascer (1135 ± 268 g)⁽¹⁾. Além disso, relatam-se níveis de estresse mais elevados das mães na subescala “Sons e imagem” relacionados ao uso de ventilador e menor idade gestacional. Sendo estes fatores também associados com a dificuldade das mães em se relacionarem com seus prematuros, segurá-los no colo e exercerem seu papel parental^(1, 13-14).

Ao associar o nível geral de estresse no total da escala (Métrica 3) com peso de nascimento, encontramos que as mães de prematuros de extremo baixo peso obtiveram níveis de estresse mais baixos do que as mães de prematuros de baixo peso e de muito baixo peso ao nascer ($p=0,024$). Contraditoriamente, uma pesquisa que associou características parentais e infantis com estresse relatou que o baixo peso ao nascer associado à prematuridade extrema e seus elevados riscos médicos podem elevar o nível de estresse parental⁽¹⁵⁾. Atribuímos essa diferença ao menor tempo gestacional dessas mães, dificuldades em assumir seu novo papel e estabelecer vínculo mais próximo com seu prematuro em função da barreira física imposta pela incubadora e demais tecnologias de suporte de vida, bem como à gravidade do RNPT, que pode impedi-los de se beneficiar de um contato mais próximo através da posição canguru.

Ao se realizar a associação da idade gestacional (IG) do RNPT com o início da posição canguru, detectou-se que, quanto menor a IG, menor o contato da mãe com o RNPT na posição canguru (87,2% dos prematuros moderados, 43,3% dos muito prematuros e 12,5% dos extremamente prematuros; $p < 0,001$). No que se refere ao Método Canguru, não houve diferença significativa (Sons e imagem $p=0,519$; Aparência e comportamento do bebê $p=0,415$ e Alteração no papel de pais $p=0,648$) quanto ao início da posição canguru. Porém, nota-se que os níveis de estresse, nas três subescalas, foram maiores nas mães que ainda não haviam realizado a posição canguru com o seu prematuro. Estudo aponta que o contato pele a pele na posição canguru tem efeito positivo na interação mãe-bebê e no humor materno⁽¹⁷⁾. Além disso, em estudo observacional introduzindo um posicionamento canguru inovador, os

escores de estresse obtidos pela PSS:NICU foram menores no grupo que praticou o novo método de posicionamento canguru, no que se refere às subescalas “Sons e imagem” e “Aparência e comportamento do bebê”. No entanto, essas diferenças não alcançaram significância⁽¹⁸⁾.

Em relação à subescala “Aparência e Comportamento do Bebê”, as mães que não possuíam experiência prévia com prematuridade obtiveram escores de estresse significativamente ($p=0,030$) mais altos em relação às mães que já haviam passado pela experiência de ter um filho prematuro. Resultado semelhante foi relatado em estudo transversal, no qual as mães sem experiência prévia com internação em UTIN obtiveram escores mais altos de estresse em todas as subescalas da PSS:NICU⁽⁵⁾. Estudo que investigou o efeito de técnicas de relaxamento aliadas a uma intervenção baseada em informações sobre o estresse e a ansiedade de pais com bebês prematuros hospitalizados demonstrou redução significativa na variável ansiedade das mães e dos pais⁽¹⁹⁾. Autores recomendaram que os sintomas provocados pelo estresse nas mães, com ou sem experiência prévia de ter um prematuro internado em UTIN, podem ser aliviados por: aplicação de técnicas de relaxamento; metodologias de trabalho que proporcionem maior participação da família; participação das mães em grupos de apoio entre pais que estejam passando por situações similares; suporte psicológico; e uma comunicação mais efetiva entre mãe e enfermeiros^(12-14, 19-20).

Quanto às limitações, encontrou-se dificuldade em estabelecer comparações dos resultados do presente estudo com a literatura nacional; uma vez que ainda existe pouca investigação na área do estresse parental utilizando a escala PSS:NICU validada no Brasil. O fato de a investigação ter acontecido em uma única instituição de saúde também se torna uma limitação do estudo, uma vez que a amostra, apesar de ser representativa, ficou restrita a um grupo de mães e profissionais provenientes da mesma região, com hábitos e dinâmicas de trabalho peculiares.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados, identificou-se ser a subescala “Alteração do papel de pais” da PSS:NICU representativa da principal fonte de estresse experimentada pelas mães deste estudo.

Sabe-se que a utilização das melhores práticas relativas ao cuidado centrado na família resulta em ações que cooperam no desenvolvimento da autonomia e segurança no desempenho do papel parental, das quais: a garantia do acesso livre da mãe, do pai e de familiares por eles indicados à UTIN; diálogo aberto com eles, ouvindo suas opiniões sobre o

tratamento dispensado; flexibilizando o acesso às informações sobre o seu RNPT. Apesar disso, percebe-se que o alto nível de estresse apontado pelas mães na subescala “Alteração do papel de pais”, poderia ser amenizado se as equipes das UTINs estreitassem parcerias com os pais e a família para que as metodologias de cuidado centrado na família sejam mais eficazes, fortalecendo a participação dos pais nos cuidados ao RNPT.

Conclui-se ser fundamental que o enfermeiro, além de avaliar o estresse parental, recorra a um conjunto de atitudes e práticas para empoderar as mães, de modo que elas se percebam essenciais aos seus prematuros. Auxiliar a mãe a experienciar a maternidade prematura com segurança, desenvolver habilidades para cuidar do prematuro na UTIN, estabelecer um relacionamento diário que dê continuidade à formação do apego do neonato e fortaleça seu vínculo com o RNPT são atitudes que irão preencher a lacuna entre os cuidados hospitalares possíveis e os cuidados no domicílio idealizados por ela.

Recomenda-se estudar o comportamento de estresse das mães de prematuros extremos, cada vez mais presentes nas UTINs. Estas mães, pela fragilidade desses prematuros e por todo o suporte que eles necessitam para sobreviver a uma internação prolongada, ficam mais expostas aos estressores da terapia intensiva, levando mais tempo para serem incluídas na rotina de cuidados e tendendo a iniciar a posição canguru tardiamente.

REFERÊNCIAS

- 1 Wormald F, Tapia JL, Torres G, Cánepa P, González MA, Rodríguez D. Stress in parents of very low birth weight preterm infants hospitalized in neonatal intensive care units. A multicenter study. *Arch Argent Pediatr.* 2015 aug 1; 113(4): 303-308. doi: 10.5546/aap.2015.eng.303.
- 2 Stacey S, Osborn M ; Salkovskis P. Life is a rollercoaster...What helps parents cope with the Neonatal Intensive Care Unit (NICU)? *J Neonatal Nurs.* 2015 Aug; 21(4):136-141. doi: 10.1016/j.jnn.2015.04.006.
- 3 Holditch-Davis D, White-Traut R, Levy JA, O’Shea TM, Geraldo V, David RJ. Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU: Effects on maternal psychological distress and mother–infant relationship. *Infant Behav Dev.* 2014 Nov; 37(4):695-710. doi: 10.1016/j.infbeh.2014.08.005.
- 4 Brodsgaard A, Zimmermann R, Petersen M. A preterm lifeline: Early discharge programme based on family-centred care. *J Spec Pediatr Nurs.* 2015 Jul; 20(4):232-243. doi: 10.1111/jspn.12120.

- 5** Baía I, Amorim M, Silva S, Kelly-Irving M, Freitas C, Alves E. Parenting very preterm infants and stress in Neonatal Intensive Care Units. *Early Hum Dev.* 2016 Oct; 101:3-9. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2016.04.001.
- 6** Miles MS, Funk SG, Carlson J. Parental Stressor Scale. *Nurs Res.* 1993 May; 42(3):148-152. doi: 10.1097/00006199-199305000-00005.
- 7** Souza S. Tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU) [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2009.
- 8** Stübe M , Rosa MBC , Pretto CR , Cruz CT , Morin PV , Stumm EMF. Stress levels of newborns' parents in Neonatal Intensive Care Unit. *Rev Rene.* 2018; 19:1-7. doi: 10.15253/2175-6783.20192039497.
- 9** Dudek-schriber L. Parent stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. *Am J Occup Ther.* 2004; 58(5):509-520.
- 10** Ahlqvist-Björkroth S, Boukydis Z, Axelin AM, Lehtonen L. Close Collaboration with Parents™ intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol. *Beh Brain Res.* 2017 May; 325:303-310. doi: 10.1016/j.bbr.2016.10.020.
- 11** Pineda R, Bender J, Hall B, Shabosky L, Annecca A, Smith J. Parent participation in the neonatal intensive care unit: Predictors and relationships to neurobehavior and developmental outcomes. *Early Hum Dev.* 2018 Feb; 117:32-38. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2017.12.008.
- 12** Bernardo G, Maria S, Giordano M, Sordino D, Riccitelli M. Supporting parents in taking care of their infants admitted to a neonatal intensive care unit: a prospective cohort pilot study. *Ital J Pediatr.* 2017 april 17; 43(36):1-11. doi: 10.1186/s13052-017-0352-1.
- 13** Turner M, Chur-Hansen A, Winefiles H, Stanners M. The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the Parent Stress Scale – Neonatal Intensive Care Unit. *Women Birth.* 2015 Sep; 28(3):252-258. doi: 10.1016/j.wombi.2015.04.001.
- 14** Ottosson C, Lantz B. Parental participation in neonatal care. *J Neonatal Nurs.* 2017 Jun; 23(3):112-118. doi: 10.1016/j.jnn.2016.11.001.

- 15** Mahon P, Albersheim S, Holsti L. The Fathers' Support Scale: Neonatal Intensive Care Unit (FSS:NICU): Development and initial content validation. *J Neonatal Nurs.* 2015 Apr; 21(2):63-71, abr. 2015. doi: 10.1016/j.jnn.2014.09.007.
- 16** Kawafha MM. Parental stress in the neonate intensive care unit and its association with parental and infant characteristics. *J Neonatal Nurs.* 2018 oct; 24(5):266-272. doi: 10.1016/j.jnn.2018.05.005.
- 17** Herizchi S, Hosseini MB, Ghoreishizadeh M. The Impact of Kangaroo-Mother Care on Postpartum Depression in Mothers of Premature Infants. *Int J Women's Health Reprod Sciences.* 2018 aug 1; 5(4):312-317. doi: 10.15296/ijwhr.2017.53.
- 18** Buil A, Caeymaex L, Mero S, Sankey C, Apter G, Devouche E. Kangaroo supported diagonal flexion positioning: Positive impact on maternal stress and postpartum depression risk and on skin-to-skin practice with very preterm infants. *J Neonatal Nurs.* 2019 Apr; 25(2):86-92. doi: 10.1016/j.jnn.2018.10.006.
- 19** Fotiou C, Vlastarakos PV, Bakoula C, Papagaroufalis K, Bakoyannis G, Darviri C, Chrousos G. Parental stress management using relaxation techniques in a neonatal intensive care unit: A randomised controlled trial. *Intensive Crit Care Nurs.* 2016 Feb; 32:20-28. doi: 10.1016/j.iccn.2015.08.006.
- 20** Musabirema P, Brysiewicz P, Chipps J. Parents perceptions of stress in a neonatal intensive care unit in Rwanda. *Curationis.* 2018 Jul; 38(2):1-8. doi: 10.4102/curationis.v38i2.1499.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados encontrados, identificou-se ser a subescala “Alteração do papel de pais” da PSS:NICU representativa da principal fonte de estresse experimentada pelas mães deste estudo.

Relacionado ao nível de estresse experimentado pelas mães em cada subescala, percebeu-se que o nível geral de estresse (Métrica 2) expressa melhor esse resultado, por considerar todos os itens da escala. Constatamos que as experiências classificadas como moderadamente, muito e extremamente estressante por mais de 75% das mães predominaram na subescala “Alteração do papel de pais”, na qual todos os itens atingiram essa porcentagem de respostas. Na subescala “Aparência e Comportamento do bebê”, os itens que atingiram 75% de nível geral de estresse classificado como moderadamente, muito e extremamente foram: “Tubos e equipamentos no meu bebê ou perto dele”, “Ver agulhas e tubos no meu bebê”, “Meu bebê ser alimentado pela veia ou por um tubo” e “Quando o meu bebê parecia estar sentindo dor”. Enquanto que, na subescala “Sons e Imagem”, nenhum dos itens atingiu a marca de 75% de mães referindo nível geral de estresse (Métrica 2) como moderado/muito/extremamente estressante.

Recomenda-se que o enfermeiro, como membro da equipe profissional da UTIN, inclua a escala PSS:NICU como ferramenta em sua prática assistencial e a utilize, também, para identificar o quanto seus procedimentos específicos possam estar colaborando para reduzir ou elevar o nível de estresse parental. No que tange às mães ditas inexperientes com a internação de um prematuro em UTIN, a aplicação da escala possivelmente terá o poder de mediar o desenvolvimento da parentalidade, na medida em que contribui para a percepção do desconforto/estresse que determinadas características da terapia intensiva neonatal causam.

A partir dos resultados e do exposto acima, considera-se fundamental que o enfermeiro além de avaliar o estresse parental, recorra a um conjunto de atitudes e práticas para empoderar as mães, de modo que elas se percebam essenciais aos seus prematuros. Auxiliar a mãe a experienciar a maternidade prematura com segurança, desenvolver habilidades para cuidar do prematuro na UTIN, estabelecer um relacionamento diário que dê continuidade à formação do apego do neonato e fortaleça seu vínculo com o RNPT são atitudes que irão preencher a lacuna entre os cuidados hospitalares possíveis e os cuidados no domicílio idealizados por ela.

**ANEXO A - Escala para avaliar estresse de pais na unidade de terapia intensiva neonatal
PSS:NICU**

**Escala para avaliar estresse de pais na unidade de terapia intensiva neonatal
PSS:NICU**

Estresse significa experiências que causam ansiedade, tristeza e tensão. Nós gostaríamos de saber quais são os aspectos que causam estresses nos pais que tem um bebê internado nesta unidade e o quanto a U.T.I. Neonatal é estressante para você.

Instruções de preenchimento

Por favor faça um círculo no número que represente o quanto estressante cada item listado foi para você. Os números representam:

- 1 = Não foi estressante: a experiência de ter meu bebê na UTI neonatal não me perturbou, não me fez ficar tensa(o) nem ansiosa(o).
- 2 = Um pouco estressante.
- 3 = Moderadamente estressante.
- 4 = Muito estressante.
- 5 = Extremamente estressante: a experiência de ter meu bebê na UTI neonatal me perturbou e causou muita ansiedade e tensão.

Atenção: Se você não passou por alguma situação abaixo, apenas circule **NA** (não se aplica) que significa que esta situação não aconteceu ou não esta acontecendo com você neste momento.

Exemplo:

Se você acha que a presença de monitores é extremamente estressante para você, circule o número 5:

1.....2.....3.....4.... **5**NA

Se a presença de monitores não causam nenhum estresse em você, circule o número 1:

1.....2.....3.....4.....5.....NA

Se o seu filho não esta com nenhum monitor ou equipamento, circule NA:

1.....2.....3.....4.....5..... **NA**

Comece agora:

Veja abaixo uma lista de vários sons e imagens comuns a uma UTI neonatal. Gostaríamos de saber quanto eles lhe afetam. Circule o número que melhor representa seu nível de estresse.

SONS E IMAGENS

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. A presença de monitores e equipamentos | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 2.O barulho constante de monitores e equipamentos | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 3.O barulho repentino do alarme dos monitores | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 4. Os outros bebês doentes na sala. | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 5.O grande número de pessoas trabalhando na unidade | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 6.Ver uma máquina (respirador) respirar pelo meu bebê | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |

Nível de estresse

1-não estressante
4 -muito estressante

2- um pouco estressante
5- extremamente estressante

3- moderadamente estressante
NA - não se aplica

Abaixo há uma lista de itens que podem descrever a APARÊNCIA E O COMPORTAMENTO do seu bebê enquanto você visita a UTI e alguns TRATAMENTOS que você observou serem aplicados a ele. Nem todos os bebês passaram por essas experiências ou têm essa aparência. Circule **NA** se você não passou pela experiência ou observou o item em questão. Se o item reflete algo por que você já passou, indique quanto isso lhe afetou circulando o número apropriado.

APARÊNCIA E O COMPORTAMENTO DO BEBÊ

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. Tubos e equipamentos no meu bebê ou perto dele | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 2. Áreas machucadas, cortes ou lesões no meu bebê. | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 3. A cor anormal do meu bebê (por exemplo: pálido ou amarelado) | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 4. Respiração incomum ou anormal do meu bebê | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 5. O tamanho pequeno do meu bebê | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 6. A aparência enrugada do meu bebê | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 7. Ver agulhas e tubos no meu bebê | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 8. Meu bebê ser alimentado pela vela ou por um tubo | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 9. Quando o meu bebê parecia estar sentindo dor | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 10. Quando meu bebê parecia triste | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 11. A aparência flácida e frágil do meu bebê | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 12. Movimentos agitados e inquietos do meu bebê | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 13. Meu bebê não ser capaz de chorar como os outros bebês | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |

A última área sobre a qual desejamos fazer perguntas diz respeito a como você se sente quanto à sua **RELAÇÃO** com o bebê e seu **PAPEL DE MÃE/PAI**. Se você já passou pelas situações ou experimentou os sentimentos listados abaixo, indique o nível de estresse circulando um número. Se não, circule NA.

ALTERAÇÃO NO PAPEL DE MÃE/PAI

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. Estar separada(o) do meu bebê. | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 2. Não alimentar eu mesma(o) o meu bebê | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 3. Não poder cuidar eu mesma(o) do meu bebê (por exemplo trocar fraldas, dar banho) | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 4. Não poder segurar meu bebê quando quero | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 5. Sentir-se desamparada(o) e incapaz de proteger o meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 6. Sentir-se sem condições de ajudar o meu bebê durante esse tempo | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |
| 7. Não ter tempo para estar sozinha(o) com o meu bebê | 1.....2.....3.....4.....5.....NA |

Nível de estresse

1- não estressante
4 - muito estressante

2- um pouco estressante
5- extremamente estressante

3- moderadamente estressante
NA - não se aplica

FONTE: SOUZA, S. de. Tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU). 2009. 125f. Dissertação (Mestrado em ciências) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.

ANEXO B – E-mail de contato para permissão de uso da escala traduzida e validada no Brasil

The screenshot shows an email client window with the following elements:

- Browser Address Bar:** Shows the URL `https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/15e2924070d0211`.
- Navigation:** Back, forward, and search icons are visible.
- Sender Information:** Graciela Feier Froes, `graciefes@yahoo.com.br`, 21 de 1726.
- Subject:** Enc: Re: ESCALA PSS-NICU
- Date:** 28 de ago (Há 3 dias)
- Body Text:**

Ola Graciela, tudo bem?
 Foi muito feliz por seu interesse na escala.
 Estou a sua inteira disposição.
 Mudando pra a validação da escala no Brasil, fui pra os Estados Unidos para conhecer e tirar dúvidas com a autora.
 Muita gente utiliza a escala e os irmãos essa foi a versão inicial e não a versão validada. A versão de 28 itens que passou pelo processo completo de validação e os demais itens foram retirados (não fazem parte da escala oficial).
 Quem utiliza a escala de 40 itens não esta usando a escala validada, de certa forma esta aplicando a escala errada.
 A Dra Margaret Mises foi bem categorica quando perguntei se [deveria](#) fazer a tradução dos demais itens. Ela disse que se eu fizesse isso eu não estaria usando a escala correta.
 Vou enviar minha tese e a versão acesso a escala e poderla tirar dúvidas.
 Como não estou em casa agora, estou sem acesso ao computador, por favor me envie outro e-mail na proxima semana me lembrando, ok?
 Grande abraço e sucesso na sua jornada
 Sandra

Sent from my iPhone
 On Sep 24, 2018, at 11:38 AM, Graciela Feier Froes <graciefes@yahoo.com.br> wrote:

Bom dia!

Meu nome é Graciela Feier Froes, sou enfermeira, atuo há 16 anos em terapia intensiva neonatal, atualmente sou enfermeira do Hospital de Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e estou fazendo a seleção para Mestrado na UFRGS, minha dissertação de mestrado sera direcionada a avaliação do estresse e coping de mães de RN, pre-temo internados em terapia intensiva neonatal.

Durante minha busca de dados encontrei seu artigo de validação de uma escala Parental Stressor Scale- Neonatal Intensive Care Unit (PSS-NICU), publicado em periódico, em 2012 e estou com dificuldades de encontrar a escala modificada e validada original para aplicabilidade em minha pesquisa.

E de interesse meu e de minha orientadora estar aplicando esta escala, por isso gostaria de sua autorização para uso da escala que você validou no Brasil e que nos ajudasse a esclarecer a dúvida em relação a aferição da escala validada com 20 itens e a escala original de 40 itens que encontramos na internet. Foi uma modificação realizada no Brasil ou pela autora da escala?

Desde já agradeço a disponibilidade de nos auxiliar e parabenizo pelo trabalho pioneiro no Brasil que servira para auxiliar na implementação de como ajudar os pais dos nossos bebês a enfrentarem o estresse causado pela internação de seus pequenos em UTI-NEO.

Aguardo retorno.
 Att, Graciela Froes.
- Footer:** "Clique aqui para Responder ou Encaminhar"
- Taskbar:** Shows system tray with time 22:40, date 31/08/2017, and various application icons.

Enc: dissertação Sandra

Entrada (6)
Com estrelas
Enviados
Rascunhos (1)
Categorias
Mais -

Graciela Feier Froes <gracifroes@yahoo.com.br>
para mim, ellarevagneme...
Enviado do Yahoo Mail no Android
Em 22:20 Qui, 20 de Set de 2016, Sandra Souza <SANDRA_NURSE@ig.com.br> escreveu:

Ola Graciela, tudo bem?
Desculpe a demora em responder.
Seguem os arquivos solicitados.
Coloco-me a disposição para esclarecimentos.
Grande abraço
Sandra

Dr. RN Sandra Regina de Souza
Visiting International Research Student at University of British Columbia - Vancouver - Canada
PhD Student - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing - EERP/USP - Brazil
Phone Number : 1- 778-792-7434 or 604-7331011

Enra, Ms. Sandra Regina de Souza
Fagundes-Akara Visiting International at University of British Columbia - Vancouver - Canada
Discente do Programa Enfermagem em Saúde Pública - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP
Ms RN, PhD Student - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing
Consultora do Ministério da Saúde para o Método Canguru
Phone Number (55) 19-962440412 (tím) 19- 981897417 (whatsapp)

4 anexos

ANEXO C – Termo de compromisso para utilização de dados



Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

Estresse Experimentado por Mães de Recém-Nascidos Pré-Termo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Cadastro no GPPG
---	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, setembro de 2017(.)

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Maria Luzia Chollopetz da Cunha	
Graciela Feier Fróes	
Eliane Norma Wagner Mendes	

ANEXO D - Carta de Aprovação CEP/ GPPG do HCPA

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 170507

Data da Versão do Projeto: 19/09/2017

Pesquisadores:

MARIA LUZIA CHOLLOPETZ DA CUNHA

GRACIELA FEIER FROES

ELIANE NORMA WAGNER MENDES

Título: Estresse experimentado por mães de recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 18 de novembro de 2017,


Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/HCPA

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº do projeto GPPG ou CAAE _____

Título do Projeto: Estresse experimentado por mães de recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Você e o seu bebê estão sendo convidados a participar de uma pesquisa cujo objetivo é estudar o grau de estresse experimentado por mães de recém-nascidos (RNs) pré-termo com idade gestacional inferior ou igual a 34 semanas. Esta pesquisa está sendo realizada no Serviço de Enfermagem de Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: responder a uma entrevista com dados demográficos e clínicos relacionados com a gestação, parto e nascimento do bebê; responder a uma escala de estresse e autorizar a consulta de informações clínicas no prontuário do seu bebê. A sua participação para responder a entrevista e escala deverá durar em média 30 minutos.

Os riscos pela participação neste estudo são mínimos, como a possível ocorrência de desconforto devido ao tempo de preenchimento dos instrumentos, ao relatar situações envolvendo questões pessoais e risco de quebra de confidencialidade dos participantes. Caso você sinta algum desconforto, poderá interromper a participação a qualquer momento, bem como poderá ser acolhida por um profissional capacitado.

A participação na pesquisa não trará benefícios diretos para você e o seu bebê, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o quanto estressante é ter um filho prematuro internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e quais as experiências vivenciadas e características clínicas que estão mais associadas com níveis de estresse mais altos. Desta forma, o resultado desta pesquisa poderá beneficiar futuras mães de prematuros que internarem em UTIN, por meio de possíveis ações dos profissionais que ajudem a diminuir os níveis de estresse durante este período crítico.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou, ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Prof.^a Dr.^a Maria Luzia Chollopetz da Cunha, pelo telefone 3308-5226, com a pesquisadora Enf.^a Graciela Feier Fróes, pelo telefone 3359-8142 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8 h às 17 h. Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e a outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa – mãe

Nome do participante da pesquisa – RN

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Local e Data:

Assinatura

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre (MR 05/11/2015)