

AVALIAÇÃO DO NÍVEL ESTRESSE DE MÃES DE PRÉ-TERMO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO¹

Jaqueline Nunes Fernandes*

Cláudia Silveira Viera**

Ana Tereza Bitencourt Guimarães***

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso****

Gicelle Galvan Machineski*****

RESUMO

O estresse de mães de Recém-Nascidos Prematuros (RNPT) propicia maior insegurança no cuidado ao filho. Avaliar os níveis de estresse dessas mães frente à prematuridade contribui para propor intervenções de enfermagem adequadas que possibilitem o desenvolvimento da autoconfiança materna saudável e interação com o filho. Objetivou-se identificar o nível de estresse de mães de RNPT hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Estudo quantitativo, desenvolvido na UTIN de um hospital universitário, que aplicou a escala de mensuração de estresse - *Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS:NICU), validada no Brasil em 2009, à 20 mães de abril a julho de 2014. Análises foram realizadas no programa XLStat 2014, nível de significância assumido em todos os testes foi igual a 0,05. Este instrumento mede o estresse em três subescalas: sons e imagens; aparência e comportamento do bebê e alteração do papel dos pais. O nível de estresse encontrado foi muito estressante (3,8), principalmente na subescala alteração do papel dos pais (4,3). PSS:NICU é ferramenta válida para avaliar o estresse, demonstrando que mães mais jovens, primíparas e com RNPT extremos são mais vulneráveis. Deve-se ter um olhar distinto para suas necessidades ampliando a competência e segurança materna ao prover o cuidado ao filho.

Palavras-chave: Estresse Psicológico. Mães. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Recém-nascidos Prematuros.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a cada ano cerca de 15 milhões de bebês nascem prematuros⁽¹⁾. No Brasil são 279,3 mil partos de prematuros por ano, totalizando 9,2% entre os nascidos vivos⁽¹⁾. Esse índice reflete também na taxa de mortalidade infantil, a qual tem mostrado que a prematuridade é a maior causa de óbitos na primeira semana de vida do Recém-Nascido (RN), sendo responsável por 28,7% dessas mortes⁽²⁾.

Nos últimos anos têm-se observado um aumento da taxa de sobrevivência de Recém-Nascidos Pré-Termo (RNPT). Os fatores que promovem a maior sobrevida desses RN seriam a melhoria tecnológica das Unidades de Terapia

Intensiva Neonatal (UTIN), as descobertas da ciência para o tratamento dos problemas da prematuridade e a especialização dos recursos humanos que atuam nas UTIN⁽³⁾. Nesse contexto, encontram-se envolvidos a equipe de saúde e os pais do RN, mais particularmente as mães, que são comumente as principais cuidadoras.

A vivência da hospitalização do filho gera nos pais o sentimento de angústia, diante da incerteza quanto à sobrevivência do RNPT; das dúvidas quanto ao tratamento e rotinas da unidade; medos de não saber cuidar de um bebê frágil, entre outros sentimentos. Essa situação é geradora de estresse no período de hospitalização de seus filhos⁽⁴⁾. Contudo, cada pai/mãe reage de forma singular a esse estresse, sendo que alguns desenvolvem mecanismos de

¹Recorte do estudo – Repercussões da prematuridade: estresse materno e alteração metabólica após a alta hospitalar, financiado pelo CNPq, edital Universal 014/2014, processo 457109-2014-9

*Enfermeira. Residente em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente do Hospital Pequeno Príncipe. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: jaquelinenuesfernandes@hotmail.com

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Cascavel, PR, Brasil. E-mail: clausviera@gmail.com

***Bióloga. Doutora em Ciências. Professora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Cascavel, PR, Brasil. E-mail: anatbguimaraes@gmail.com

****Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Cascavel, PR, Brasil., UNIOESTE, Campus Cascavel. E-mail: lb.toso@certto.com.br

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE. Cascavel, PR, Brasil., Campus Cascavel. E-mail: gmachineski@gmail.com

enfrentamento positivos e outros têm mais dificuldade, podendo desencadear a síndrome do estresse pós-traumático. A equipe de saúde da UTIN muitas vezes tem dificuldade em compreender as diferentes reações dos pais diante da situação de estresse experienciada. Nesse sentido, "como parte desta regressão psicológica, uma mãe precisa se sentir segura, contida e cuidada. Quando essa necessidade não é satisfeita, uma mulher pode sentir-se abandonada, sozinha e insegura"^(5:106).

Considerando que o estresse materno é apontado como fator de risco para o crescimento e desenvolvimento da criança, podendo levar ao inadequado ganho de peso e déficit no progresso motor e comportamental⁽⁶⁾, auxiliar a mãe a compreender o que se passa com seu filho e a identificar suas necessidades diante da situação vivida contribuirá tanto para suprir suas demandas quanto às do bebê⁽⁷⁾. Consequentemente, reduzir o nível de estresse materno, oportuniza a segurança e a autoconfiança da mãe para o cuidado com o filho na UTIN e Unidade de Cuidado Intermediário (UCI) e após a alta desta unidade.

Torna-se fundamental, então, avaliar o nível de estresse materno nas UTIN/UCI utilizando ferramentas estruturadas. Desse modo, esta pesquisa propõe a utilização da escala de mensuração do nível de estresse parental desenvolvida por enfermeiras americanas, denominada *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS:NICU) e validada recentemente no Brasil⁽⁸⁾, sendo denominada Escala de Estresse de Pais na UTI Neonatal (EEP-UTIN) mas, esta ainda é pouco conhecida no país.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo identificar o nível de estresse de mães de RNPT hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais em um hospital universitário do Paraná, Brasil.

METODOLOGIA

Estudo observacional, de abordagem quantitativa, em que se avalia se existe associação entre um determinado fator e um desfecho sem, entretanto, intervir diretamente na relação analisada⁽⁹⁾. Neste estudo, a variável

independente em análise é a prematuridade, tendo como variável dependente o estresse materno frente à prematuridade.

O local de estudo foi a Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Cuidados Intermediários do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). Na UTIN do HU a média de internamento/ano é de 350 crianças, destas cerca de 80% são de RNPT, os quais permanecem na unidade, em média, 68 dias⁽¹⁰⁾.

A população do estudo compreendeu todas as mães que tinham RNPT hospitalizados na UTIN/UCI, no período de Abril a Julho de 2014, sendo a amostra do estudo constituída por 20 mães de RNPT de acordo com cálculo do programa *Gpower* 3.1. Para essa amostra o nível de significância foi de 0,05, tamanho de efeito grande (0,8) e poder estatístico da amostra de 0,95.

Foram consideradas aptas ao estudo todas as mães que se encontravam com filhos RNPT hospitalizados nas unidades de internação (UTIN e UCI) e que se enquadravam nos seguintes critérios: terem filhos prematuros, com 36 semanas de idade gestacional (IG) ou menos; mãe adolescente com responsável legal e ser residente da área urbana do município de Cascavel. Foram excluídas mães portadoras de doença psiquiátrica ou física; mães que relatassem uso contínuo de medicamentos para ansiedade ou depressão; mães que relataram uso de drogas; prematuros que fossem a óbito durante o período de hospitalização e mães analfabetas, visto que o instrumento de coleta de dados é autopreenchido.

O instrumento de coleta de dados foi composto primeiramente com dados para a caracterização da amostra do estudo, contendo variáveis sobre os dados clínicos do RNPT e sóciodemográficos dos pais. Os dados para caracterização dos RNPT foram coletados do prontuário do bebê: idade gestacional, peso, sexo, APGAR, complicações na hospitalização (sepse, enterocolite necrosante neonatal, doença da membrana hialina, hemorragia intraventricular e outros) e tratamentos durante o período de hospitalização (ventilação mecânica, oxigênio não invasivo, fototerapia, exossanguineotransfusão, procedimentos cirúrgicos e outros). Em relação aos pais, as variáveis foram: idade e escolaridade materna,

situação conjugal, ocupação atual da mãe, número de filhos além do RNPT, idade dos filhos, renda familiar, idade e escolaridade do pai e sua ocupação atual. A segunda parte do instrumento de coleta de dados foi a escala EEP-UTIN (PSS:NICU), a qual foi desenvolvida por Miles; Funk e Carlson em 1993, nos Estados Unidos e mensura o estresse no ambiente de cuidados intensivos neonatais mediante a análise de 26 itens distribuídos em três subescalas, a saber: sons e imagens; aparência e comportamento do bebê e alteração do papel de mãe e pai. Esta escala pode ser aplicada por meio de entrevista ou na forma autoaplicável. A classificação do estresse é dada por uma escala tipo Likert, em que a pontuação está entre 1 e 5, sendo que “1” indica não estressante; “2” um pouco estressante; “3” moderadamente estressante; “4” muito estressante e “5” extremamente estressante⁽⁸⁾.

As variáveis sociodemográficas foram analisadas em relação às frequências absolutas e relativas de cada categoria, para caracterização da amostra. Os escores dos domínios do instrumento EEP-UTIN (PSS:NICU) foram avaliados por meio de estatística descritiva (mínimo, máximo, média e desvio padrão).

Os dados das variáveis foram normalizados e, posteriormente, analisados por meio da análise de componentes principais (ACP), após verificação da qualidade dos dados pelo método Kaiser-Meyer-Olkin (KMO test). A avaliação da correlação entre as matrizes de variáveis foi avaliada por meio do teste de esferecidade de Bartlett. Com a ACP foi possível determinar as variáveis explicativas para cada mãe avaliada, sendo estas definidas *a priori* em função da renda, a qual foi calculada em Salário Mínimo (SM) nacional (>1 SM; 1 a 3 SM; mais de 3 SM).

Os escores dos domínios do instrumento EEP-UTIN foram comparados em relação à idade materna (mãe <19 anos, mãe entre 20 a 29 anos, mãe >=30 anos), idade gestacional do bebê (IG = >28s, IG- 29 a 31s, IG = <32) e tratamento na UTI Neonatal (Ventilação Mecânica – VM; VM+Oxigenioterapia - O2) por meio da Análise da Variância Fator Único, após a conferência dos padrões de distribuição de dados (Teste de Normalidade de Shapiro-Wilk) e de homogeneidade da variância (Teste de Levene).

Em casos de significância estatística da Análise da Variância ($p<0,05$), foi realizado o teste de acompanhamento de Tukey. Todas as análises foram realizadas no programa XLStat versão 2014.

O referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (CEP – UNIOESTE), com aprovação sob o parecer n. 385.370 obedecendo à resolução 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maior parte das mães participantes (8 - 40%) da pesquisa tinha idade entre 20 a 29 anos, caracterizando-as como adultas jovens, 5 (25%) eram adolescentes. Relativo à escolaridade, 11 (55%) mães estudaram de 5 a 9 anos, sendo que 8 (40%) eram trabalhadoras formais e 7 (35%) eram do Lar. Esses dados são semelhantes ao perfil das parturientes e de seus recém-nascidos prematuros atendidos em hospital escola no noroeste do Paraná⁽¹¹⁾. Estudos nacionais e internacionais constataram que a maioria das mães de RNPT encontram-se na faixa etária de 20 a 34 anos^(12, 13).

A maioria das mães era primípara ($n=8$; 40%) e aquelas que estavam na segunda ou mais gestações tinham filhos em sua maioria com idade maior de cinco anos. Em relação à idade dos pais, 8 (40%) tinham idade entre 20 e 24 anos; a maioria dos pais (14; 70%) havia estudado mais que 10 anos. Grande parte da amostra de pais eram trabalhadores formais (13; 65%). Quanto à união, 17 casais (85%) possuíam união estável, com renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos (13; 65%). Esses dados mostraram que as mães de RNPT tinham suporte social de seu cônjuge, assim como uma estabilidade financeira visto que a maioria tinha empregos formais e maiores níveis de escolaridade paterna.

Contudo, a renda familiar para 5 (25%) das mães é abaixo de um salário mínimo, podendo-se considerar que estas mães têm baixo poder aquisitivo e estão em maior vulnerabilidade social, o que pode predispor-las a situações potencialmente de risco, assim como seus recém-nascidos. O perfil das mães dos prematuros e a caracterização dos nascidos vivos são influenciados pelas condições sociais e

econômicas em que estão inseridos, assim como essas mesmas condições, certamente, influenciarão na qualidade de vida futura do RN, sendo um fator contribuinte para os altos índices de mortalidade infantil⁽¹²⁾. Nessa perspectiva, mesmo que este percentual com menor poder socioeconômico não represente a maioria da amostra estudada, este dado deve ser considerado no planejamento das ações à saúde do RNPT desde a internação e se prolongar após a alta hospitalar.

Em relação à idade gestacional, 15 (75%) RNPT nasceram entre 29 a 36 semanas, destes 8 (40%) são muito prematuros, ou seja, aqueles que nascem entre 28 e 32 semanas incompletas de IG e 7 (35%) são prematuros moderados e tardios, considerados aqueles entre 32 a 36 semanas de IG⁽¹⁴⁾. Encontram-se dados semelhantes em pesquisa brasileira, em que 68,4% de 163 RN hospitalizados na UTIN tinham idade gestacional até 36 semanas e 7 dias⁽¹⁵⁾, assim como em estudo americano em que 67% dos RNPT hospitalizados eram muito prematuros⁽¹⁶⁾.

Em relação às complicações clínicas, 7 (35%) RNPT apresentaram septicemia, indicando que este é o principal fator que coloca o prematuro em risco durante a hospitalização na UTIN. Ainda, referente ao suporte ventilatório, invasivo e não invasivo 100% dos participantes da pesquisa necessitaram de algum ou ambos os tratamentos ao longo de sua internação. Os dados encontrados vão ao encontro da literatura, em que são observados que em torno de 50 a 60% da amostra de RNPT hospitalizados necessitam de suporte ventilatório^(13,17).

Na avaliação do nível de estresse materno durante a hospitalização de acordo com os domínios sons e imagens, aparência e comportamento do RNPT e alteração do papel dos pais, observou-se que as mães apresentaram nível de estresse classificado como muito estressante, uma vez que a média do escore total foi de 3,6 ou 4 (valor arredondado estatisticamente). Esse escore diverge do observado em estudo nacional⁽⁸⁾ e em outro internacional⁽¹⁸⁾, nos quais encontraram um escore total de 3, considerado moderadamente estressante (Tabela 1).

Tabela 1. Nível de estresse materno durante a hospitalização de acordo com os domínios sons e imagens, aparência e comportamento do RNPT e alteração do papel da mãe, 2014.

Amostra	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão (n-1)
Sons e Imagens	20	1,0	4,7	2,8	1,1
Aparência e Comportamento do RN	20	1,0	4,8	3,6	1,2
Alteração do Papel de Pais	20	1,5	5,0	4,3	1,0
Escore Geral	20	1,2	4,8	3,6	1,0

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

A análise das subescalas deste instrumento demonstrou que o estresse é aumentado na subescala 'Alteração do papel dos pais' com uma média de 4,3. Em relação a estudos envolvendo a escala EEP:UTIN (PSS:NICU), pesquisadores⁽¹⁸⁾ verificaram que mães americanas encontravam-se mais preocupadas com a aparência de seu bebê do que ao fato de alterar o seu papel de mãe. Contudo, em estudo brasileiro⁽¹⁵⁾ em que foram entrevistados 163 pais e mães, também se identificou a alteração do papel dos pais como o maior causador de estresse nas UTIN, com uma média de 3,7. Outros estudos internacionais^(19,20), mostraram que o escore mais elevado de estresse também foi

relacionado à alteração do papel dos pais, sendo as principais alterações relacionadas às experiências como ansiedade, depressão e fadiga.

Para avaliar a relação múltipla das variáveis sobre os níveis de estresse nos domínios da EEP:UTIN (PSS:NICU), foi realizada a análise multivariada de componentes principais (ACP). Para tal, verificou-se que as variáveis: idade, escolaridade materna, número de filhos, Idade Gestacional ao nascimento e as subescalas encontravam-se de acordo com os pressupostos da aplicação da ACP, uma vez que o valor de KMO teste foi superior a 0,5 (KMO=0,535) (Tabela 2). A correlação entre as matrizes de variáveis foi considerada significativa (teste de Bartlett $\chi^2=53,03$, $p<0,0001$).

Tabela 2. Índice de KMO em relação a idade e escolaridade materna, número de filhos e IG do RNPT e os níveis de estresse nos domínios da PSS:NICU, 2014.

Variáveis	KMO
Idade materna	0,505
Escolaridade materna	0,346
Nº de filhos além do RNPT	0,466
Sons e Imagens	0,657
Aparência e Comportamento do RN	0,554
Alteração do Papel de Pais	0,600
Idade Gestacional	0,438
KMO	0,535

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2014.

Pelo critério de Broken-Stick, foi possível assumir dois componentes principais considerados como significativos na análise. Na

Tabela 3, observa-se a carga fatorial dos principais componentes da escala em relação aos níveis de estresse materno.

Tabela 3. Cargas fatoriais da análise de componentes principais das variáveis relativas, estudo de níveis de estresse em mães que tiveram seus filhos internados na UTIN/UCIN, 2014.

Variáveis	EM	GCM
Idade da mãe	-0,6904	0,3929
Sons e Imagens	0,7907	0,2507
Aparência e Comportamento do RN	0,9479	0,1403
Alteração do Papel de Pais	0,7517	0,4318
IG	-0,1783	0,2276
Escolaridade materna	0,1243	-0,7314
Nº de filhos além do RNPT	-0,2891	0,8758

Fonte: Banco de dados pesquisa.

Os dois primeiros fatores da Análise de Componentes Principais (ACP) apresentaram uma variabilidade acumulada de 63,906% (Autovalores $F_1=2,696$; $F_2=1,777$). O primeiro eixo canônico (F_1) aplicado às variáveis (38,5 % da variabilidade) foi denominado como Experiência Materna (EM) e denota a relação entre a idade da mãe e os escores dos domínios Sons e Imagens, Aparência e Comportamento do RN e Alteração do papel da mãe da escala EEP:UTIN (PSS:NICU). Estas variáveis apresentaram uma correlação inversa, ou seja, quanto maior a idade da mãe, menor o nível de estresse nos respectivos domínios. Verificou-se também a relação direta entre Idade da Mãe e Idade Gestacional do RN, sendo possível analisar que as mães com maior idade apresentaram RN com maior idade gestacional, e, portanto, menores níveis de estresse nos domínios analisados.

O segundo eixo foi denominado de Grau de Conhecimento Materno (GCM) e explica a variação da Escolaridade Materna, Número de filhos além do RNPT e Idade Gestacional (25,4% da variabilidade). É possível notar que as mulheres com maior escolaridade apresentaram um menor número de filhos, assim como bebês com menores idades gestacionais.

O número de filhos além do RNPT também foi outra variável considerada, ou seja, quanto menor o número de filhos, maior é o estresse vivenciado pelas entrevistadas. Dados semelhantes foram encontrados em estudo⁽²¹⁾ em que o nível de estresse esteve relacionado com a idade dos pais, sendo encontrado o maior nível de estresse no grupo de pais mais novos.

Em relação à renda familiar, não houve correlação entre as categorias analisadas (rendas equivalentes a >3SM e 1 a 3 SM) e a variação de estresse entre as subescalas. Na Figura 2,

visualiza-se a correlação entre os níveis de estresse por subescala EEP:UTIN (PSS:NICU) e

as variáveis idade e escolaridade materna, número de filhos e renda familiar.

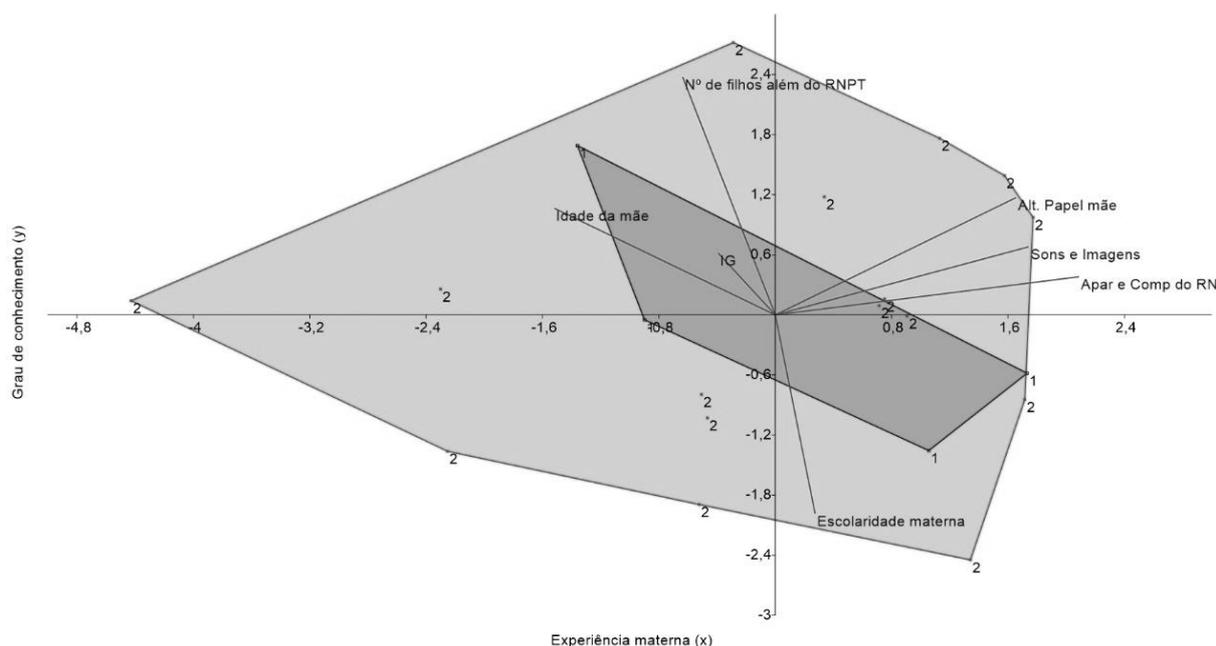


Figura 2. Diagrama de ordenação representando os dois primeiros eixos da ACP para as variáveis relativas aos níveis de estresse materno, mostrando os descritores (vetores) e diferentes faixas de renda (cinza claro: >3SM; cinza escuro: 1 a 3 SM).

Para avaliar a significância da análise apresentada anteriormente, foi realizada a comparação dos valores de estresse das subescalas em relação às classe etárias das mães avaliadas. Na Tabela 4, no subdomínio Sons e Imagens, as mulheres com menos de 19 anos ou com idade maior/igual a 30 anos foram consideradas com valores de estresse semelhantes entre si, mas menores do que os valores observados entre as mães adultas jovens com idade entre 20 a 29 anos. Esses dados podem ser explicados devido as mães menores de 19 anos apresentarem uma resposta defensiva e as de maior idade terem uma maior experiência com a maternidade e se sentirem mais seguras diante do manejo do RNPT no ambiente da UTI.

Mães com idade em torno de 30 anos têm uma rede social mais estabelecida, e podem, portanto, ter menor nível de estresse durante a internação do filho na UTIN⁽²¹⁾.

Em relação ao subescala Aparência e Comportamento, tanto mães adultas jovens de 20 a 29 anos como as adolescentes, sofrem maior impacto diante da aparência e comportamento do bebê, enquanto que as mães com idade igual ou superior a 30 anos tem valor distinto mostrando um menor nível de estresse. Ao analisar alteração do papel materno, independentemente da idade, todas apresentaram alterações e maior estresse nesse subdomínio. Os achados deste estudo vão ao encontro de outros estudos^(15,19,21).

Tabela 4. Escores do nível de estresse em cada domínio e a idade materna, 2014.

Variáveis	n	Sons e Imagens		Aparência e Comportamento do RN		Alteração do papel materno	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade da mãe-<19	5	15,6 ^b	3,8	48,0 ^a	10,9	28,0 ^a	8,2
Idade da mãe-20 a 29	8	20,4 ^a	6,0	52,5 ^a	13,4	34,1 ^a	1,5
Idade da mãe->=30	7	11,1 ^b	7,2	27,4 ^b	14,4	24,0 ^a	10,9
P		0,029		0,005		0,060	

Fonte: Banco de dados da pesquisa. A simbologia representada pelas letras a e b, indica que os valores encontrados são equivalentes ou diferentes.

Pode-se dizer que o estresse materno está vinculado à experiência da mãe durante a hospitalização do filho em unidades de cuidado neonatal, no entanto, após um parto prematuro outros aspectos influenciam no nível de estresse que não somente as preocupações maternas sobre a saúde da criança, mas também, preocupações com sua própria saúde, suas condições de vida e o papel na família, assim como a falta de apoio social ou a distância da casa ao hospital e mães solteiras⁽²²⁾. Estas difíceis situações podem levar a sofrimento psicológico materno que pode ser manifestado como depressão, ansiedade e/ou estresse pós-traumático⁽²²⁾. Salienta-se, no entanto, que estes aspectos não foram mensurados neste estudo, indicando a necessidade de associar o uso da escala EEP:UTIN (PSS:NICU) à análise de associação entre os níveis de estresse materno e os referidos aspectos.

Diante da identificação dos níveis de estresse materno neste estudo, ressalta-se que, sendo a equipe de enfermagem que permanece 24 horas junto aos RN hospitalizados na UTIN, cabe ao enfermeiro e sua equipe dispensar atenção à família e ser capaz de ajuda-la a enfrentar os medos e inseguranças, dúvidas, anseios e obstáculos que venham a prejudicar na maneira de lidar com a internação do filho⁽²³⁾, contribuindo dessa forma para a redução dos níveis de estresse materno.

Levando em consideração que a depressão e a ansiedade materna têm uma correlação negativa com os resultados do desenvolvimento e crescimento do RNPT⁽⁶⁾ e frente a essa situação, os pais apresentam maior procura pelos serviços de saúde após a alta hospitalar⁽²⁴⁾, a equipe de saúde da UTIN deve promover durante a hospitalização a interação mãe-filho-família, proporcionando maior segurança a mãe no cuidado com o bebê, para além de cuidados técnicos. Para tanto, contemplando um cuidado voltado às necessidades emocionais e psicológicas, tanto do RNPT como de sua mãe/família. Nesse contexto, avaliar o estresse dos pais deve ser uma preocupação durante a

hospitalização na UTIN, bem como após alta dessa unidade, momento em que o RNPT deverá ser inserido nos serviços de Atenção Primária à Saúde⁽²⁴⁾.

CONCLUSÕES

As mães deste estudo apresentaram um nível de estresse classificado como muito estressante, principalmente na subescala 'Alteração do papel de mãe'. Além disso, foi possível verificar que o aumento do estresse foi relacionado à menor idade da mãe, as mães com o menor número de filhos e, ainda, a relação entre a idade da mãe e a idade gestacional do RN (mães com menos idade e com RN com menor idade gestacional), sendo os principais fatores que promoveram a elevação dos níveis de estresse.

Conclui-se que a aplicação da Escala de Estresse Parental – EEP:UTIN (PSS:NICU) é possível de ser aplicada, e pode ser utilizada como um instrumento para identificação do nível de estresse em mães de RNPT em unidades de cuidados neonatais brasileiras. O uso desta ferramenta oportuniza o desenvolvimento de intervenções direcionadas e eficazes, visando diminuir o estresse dos pais nestas unidades, auxiliando no enfrentamento da situação estressora, bem como possibilitando maior segurança materna e conseqüentemente, promovendo um impacto positivo sobre a qualidade de vida do RNPT após a alta hospitalar. Utilizando-se de ferramentas como esta deste estudo os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros, podem contribuir para a diminuição do estresse vivenciado durante a hospitalização desses recém-nascidos pré-termo e de sua mãe. Contudo, a EEP:UTIN deve ser testada em outras regiões do país para aumentar sua confiabilidade, ampliando e diversificando a amostra para confirmar a validação feita pelos autores brasileiros e sua eficácia na mensuração do estresse materno.

EVALUATION OF THE STRESS LEVEL OF PRETERM MOTHERS IN A UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT

The stress of mothers of Preterm Newborns (PTNB) provides great insecurity concerning the care towards their infant. Assessing the stress level of these mothers facing the prematurity contributes to propose appropriate nursing interventions that help to improve the maternal self-confidence and also the interaction with the infant. The objective was to identify the stress level of mothers of PTNB hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit

(NICU). This is a quantitative research, developed in the NICU of a University Hospital, that used the Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU), validated in Brazil in 2009, with 20 mothers from April to July, 2014. Some analyses were carried in the program XLStat 2014, the level of significance for all the tests were 0,05. This tool measures the stress in three subscales: sounds and images; infant's behavior and appearance, and alteration in the parental role. The stress level found was very stressful (3,8), mainly in the subscale alteration of the parental role (4,3). PSS:NICU is an effective tool to evaluate the stress, demonstrating that younger, primípara and with extreme PTNB mothers are more vulnerable. They must receive a special look at their needs enlarging the competency and maternal security when providing care towards the infant.

Keywords: Psychological Stress. Mother. Neonatal Intensive Care Unit. Preterm Newborn.

EVALUACIÓN DEL NIVEL DEL ESTRÉS EN MADRES DE PRETÉRMINO EN HOSPITAL UNIVERSITARIO

RESUMEN

El estrés de madres de Recién Nacidos Prematuros (RNPT) propicia mayor inseguridad en el cuidado al hijo. Evaluar los niveles de estrés de estas madres delante de la prematuridad contribuye para proponer intervenciones de enfermería adecuadas que colaboren para aumentar la autoconfianza materna y la interacción con el hijo. El objetivo fue identificar el nivel de estrés de madres de RNPT hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN). Estudio cuantitativo desarrollado en la UCIN de un hospital universitario, que aplicó la escala de evaluación de estrés - *Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS:NICU), validada en Brasil en 2009, con 20 madres, de abril a julio de 2014. Los análisis fueron realizados en el programa XLStat 2014, el nivel de significación asumido en todas las pruebas fue igual a 0,05. Este instrumento mide el estrés en tres subescalas: sonidos e imágenes; apariencia y comportamiento del bebé y alteración del papel de los padres. El nivel de estrés encontrado fue muy estressante (3,8), principalmente en la subescala alteración del papel de los padres (4,3). PSS:NICU es una herramienta válida para evaluar el estrés, demostrando que madres más jóvenes, primíparas y con RNPT extremos son más vulnerables. Se debe tener otra visión para sus necesidades, ampliando la competencia y la seguridad materna al proveer el cuidado al hijo.

Palabras clave: Estrés Psicológico. Madres. Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. Recién Nacido Pre termino.

REFERÊNCIAS

1. Maranhão AGK, Vasconcelos AMN, Porto DL, França E. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília (DF); 2012; 1:163-182. [citado em 2014 out 25]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap6.pdf.
2. Victora C, Barros F, Silveira AMM. Consultoria: pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no brasil e explorar possíveis causas. UNICEF-BR. [online]. 2013. [citado em 2014 jul 10]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf.
3. Duffy D, Reynolds P. Babies born at the threshold of viability: attitudes of pediatric consultants and trainees in South East England. *Acta Paediatr.* 2011;100(1):42-6.
4. Shaw RJ, John NS, Lilo EA, Jo B, Benitz W, Stevenson dk, et al. Prevention of Traumatic Stress in Mothers With Preterm Infants: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics.* [online]. 2013; 132(4):684-9. [citado em 2015 Aug 12]. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/08/28/peds.2013-1331.full.pdf>
5. Klaus HM, Kennell H. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
6. Ribeiro DG, Perosa, GB, Padovani FHP. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. *Ciênc saúde colet.* [online]. 2014;19(1):215-226. [citado 2015 ago 11]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00215.pdf>
7. dos Anjos LS, Lemos DM, Antunes LA, Andrade JMO, Nascimento WDM, Caldeira AP. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(4):571-577.
8. Souza, SR, Dupas G, Balieiro MMFG. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da parental stress scale: neonatal intensive care unit (PSS:NICU). *Acta Paul. Enferm* [online]. 2012; 25(2):171-76. [citado em 2014 jun 02]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200003&lng=en&nrm=iso.
9. Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia Científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2011.
10. Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP. Registro interno da Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Cuidados intermediários do Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Cascavel; 2014.
11. Melo WG, Carvalho MDB. Análise multivariada dos fatores de riscos para prematuridade no sul do Brasil. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde.* [online]. 2013; 43(1):95-102. [citado em 2015 ago 8]. Disponível em: <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/artic le/viewFile/719/pdf>.

12. Almeida TSO, Lins RP, Camelo AM, Mello DCCL. Investigação sobre os Fatores de Risco da Prematuridade: uma revisão sistemática. *R bras ci Saúde*. [online]. 2013; 17(3):301-308. [citado em 2015 ago 10]. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/13674/9814>.
13. Alkozei A, McMahon E, Lahav L. Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. *J Matern Fetal Neonatal Med* [online]. 2014 Nov.; 27(17):1738-43. [citado em 2015 Aug 12]. Disponível em: http://www.littlegiraffefoundation.org/images/files/file/Alkozei,%20McMahon%20Lahav_2014_Stress%20levels%20and%20depressive%20symptoms%20in%20NICU%20mothers.pdf.
14. Who. World Health Organization. March of Dimes, PMNCH, Save the Children. *Born too Soon: The global action report on preterm birth*. WHO, Geneva [online]. 2012. [citado em 2015 Aug 13]. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/yd.20044>.
15. Souza SR. Tradução, adaptação cultural e validação para língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU). 123p. 2009. [dissertação]. São Paulo (SP). Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP; 2009.
16. Sandal G, Erdeve O, Oguz SS, Uras N, Akar M, Dilmen U. The admission rate in neonatal intensive care units of newborns born to adolescent mothers. *J Matern Fetal Neonatal Med* [online]. 2011 Aug; 24(8):1019-21. [citado em 2014 Set 16]. Disponível em: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/14767058.2010.545905>.
17. Duarte PECR, Coutinho SB. Fatores associados à displasia bronco pulmonar em prematuros sob ventilação mecânica precoce. *Rev Bras Saude Mater Infant*. [online]. 2012; 12(2):135-144. [citado em 2015 Aug 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n2/04.pdf>.
18. Busse, M, Stromgren K, Thorngate L, Thomas KA. Parents' Responses to Stress in the Neonatal Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse* [online]. 2013; 33(4):52-60. [citado em 2015 Feb 15]. Disponível em: <http://www.aacn.org/wd/Cetests/media/C1343.pdf>.
19. Wormald F, Tapia JL, Torres G, Cánepa P, González MA, Rodríguez D, et al. Stress in parents of very low birth weight preterm infants hospitalized in neonatal intensive care units. A multicenter study. *Arch Argent Pediatr* [online]. 2015; 113(4):303-309. [citado em 2015 Aug 12]. Disponível em: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n4a04e.pdf>
20. Raines DA. Mothers' stressor as the day of discharge from the NICU approaches. *Advances in Neonatal Care* [online]. 2013; 13(3):181-187. [citado em 2015 Aug 10]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
21. Roger, CE, Kidokoro H, Wallendorf M, Inder TE. Identifying mothers of very preterm infants at-risk for postpartum depression and anxiety before discharge. *J Perinatol* [online]. 2013 Mar; (33):171-76. [citado em 2014 Out 05]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3584234/pdf/nihms430519.pdf>
22. Schappin R, Wijnroks L, Venema MMATU, Jongmans MJ. Rethinking stress in parents of preterm infants: a meta-analysis. *Ploone* [online]. 2013 Feb. [acesso em 2014 Nov 06]; 8(2):e54992-e54992. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0054992&representation=PDF>
23. Morais AC, Araújo WC, Miranda JFO, Camargo CL. O que pensam os pais sobre assistência de enfermagem aos prematuros em UTI neonatal? *Cienc cuid saude* [online]. 2013 jan/mar; 12(1):96-103. [citado em 2015 abr 10]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16319/pdf>
24. Boykova M, Kenner C. Transition from hospital to home for parents of preterm infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. [online]. 2012; 26(1):81-7. [citado em 2015 Aug 10]. Disponível em: http://www.nursingcenter.com/Inc/pdf?AID=1297902&an=00005237-201201000-00014&Journal_ID=54008&Issue_ID=1297343.

Endereço para correspondência: Cláudia Silveira Viera, Rua Universitária 1619, Jd. Universitário, CEP: 85819-110. Cascavel – PR. E-mail: clausviera@gmail.com

Data de recebimento: 13/04/2015

Data de aprovação: 19/08/2015