UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS CASCAVEL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM BIOCIÊNCIAS E SAÚDE – NÍVEL MESTRADO

BRUNA MARIA BUGS

ATIVIDADES EDUCATIVAS E ESTRESSE DE MÃES DE PREMATUROS APÓS A ALTA HOSPITALAR: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

CASCAVEL-PR

Março/2016

BRUNA MARIA BUGS

ATIVIDADES EDUCATIVAS E ESTRESSE DE MÃES DE PREMATUROS APÓS A ALTA HOSPITALAR: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Linha de Pesquisa: Práticas e Políticas de Saúde

ORIENTADORA: Dra Cláudia Silveira Viera

COORIENTADORA: Dra Rosa Maria Rodrigues

CASCAVEL-PR

Março/2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

BRUNA MARIA BUGS

ATIVIDADES EDUCATIVAS E ESTRESSE DE MÃES DE PREMATUROS APÓS A ALTA HOSPITALAR: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Orientador: _____

Prof. Dra Cláudia Silveira Viera

UNIOESTE

Membro: _____

Prof. Dra Luciana Mara Monti Fonseca

EERP - USP

Membro: _____

Prof. Dra Ana Tereza Bittencourt Guimarães

UNIOESTE

CASCAVEL-PR

Março/2016

Aos meus pais, minha irmã
e meu esposo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, cuja luz ilumina todos os meus dias e me concede as graças que possibilitam alcançar sonhos como este.

Aos meus pais, que me incentivaram neste e em outros estudos. Vocês são exemplos de força e honestidade. À minha irmã, Thaís, que colaborou muito com os dados e com a amizade eterna. Ao meu esposo, Maurício, que nos braços traz amor.

À Cláudia Silveira Viera, orientadora dedicada. Seu conhecimento e experiência foram essenciais para a realização desta pesquisa.

Às mães dos bebês prematuros que mesmo vivenciando momentos tão tensos participaram do estudo.

À professora Ana Tereza Bittencourt Guimarães pelo aceite em participar na Banca de Defesa deste trabalho e pela ajuda preciosa com os temidos cálculos.

À professora Luciana Mara Monti Fonseca pelo aceite em participar na Banca de Defesa deste trabalho e pela elaboração da cartilha Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família que embasou as atividades educativas.

Ao Programa de Mestrado de Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Paraná que possibilitou a concretização deste trabalho.

RESUMO

A expectativa de vida de Recém-Nascidos Pré-Termo (RNPT) hospitalizados têm sido positivamente influenciada pelos avanços científicos e tecnológicos. Contudo, o nascimento prematuro rompe as expectativas construídas pela família sobre a chegada de um bebê perfeito e saudável. Desse modo, ter um filho prematuro é fator estressante para os pais na hospitalização e em casa, pois assumem as responsabilidades pelo cuidado de uma criança com muitas especificidades. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a influência de uma atividade educativa nos níveis de estresse de mães de RNPT após a alta hospitalar. Desenvolveu-se estudo de abordagem quantitativa, do tipo Ensaio Clínico Randomizado (ECR), registrado sob número RBR-9yz2pb no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (Rebec), em que as mães de RNPT hospitalizados Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou Unidade de Cuidado Intermediário (UCI) foram divididas em dois grupos: o de intervenção e o controle. O Grupo de Intervenção (GI) foi composto de 15 mães que participaram de atividade educativa com fim de preparo para alta hospitalar. O Grupo Controle (GC) foi constituído por 27 mães que receberam o preparo de alta padrão da unidade. O nível de estresse foi avaliado nos dois grupos, por meio de escalas de mensuração do estresse parental validadas no Brasil, aplicadas em dois momentos: entre a primeira e segunda semana de hospitalização, em que era utilizada a Escala de Estresse Parental – UTIN (EEP-UTIN) e, após a alta hospitalar, entre o terceiro e sexto mês após alta, durante o retorno no ambulatório de seguimento do prematuro, aplicando-se a escala Índice de Estresse Parental (IEP). O GI ao participar da atividade educativa já havia respondido a EEP-UTIN. A avaliação do conhecimento materno foi mensurada por instrumento que obteve confiabilidade pelo Alfa de Cronbach de 0,9257. Essa avaliação ocorreu por meio de pré-teste, aplicado ao GI e GC durante a hospitalização e pelo pós-teste, aplicado para o GI após a participação na atividade educativa e para o GC até três dias após a alta hospitalar. O escore geral de estresse pela EEP-UTIN do GI e GC apresentou diferença estatística (p=0,022). O percentil de escore geral de estresse pela IEP não apresentou diferença significativa nos grupos (p=0,115). A redução do estresse após a alta foi 2,68 vezes maior no GI que no GC. Na avaliação do conhecimento, as mães do GI acertaram 13% a mais de questões no pós-teste, enquanto que as mães do GC acertaram 3% a mais. A idade gestacional e o peso ao nascer do bebê influenciaram a apreensão do conhecimento das mães. Na avaliação da intervenção, todas as mães disseram que a atividade contribuiu para esclarecer dúvidas e aumentar a confiança para cuidar dos filhos no domicílio. A atividade educativa permitiu que as mães do GI não tivessem seus níveis de estresse elevados após a alta, considerando a maior gravidade dos bebês, possibilitando uma equivalência nos grupos GI e GC.

Palavras-chave: Estresse Psicológico. Mães. Prematuro. Educação em Saúde

ABSTRACT

Life expectancy premature newborns hospitalized have been positively influenced by scientific and technological advances. However, a premature birth breaks the expectations built by the family about a perfect and healthy baby. Thus, having a premature baby is a stress factor to the parents during the hospitalization and at home, because they have the responsibility for the care of a child with many specifics. This research aims to evaluate the influences of educative activities in stress levels of preterm mothers after the hospital discharge. A quantitative study was developed, as a randomized clinical trial, registered under RBR-9yz2pb on Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (Rebec) in which mothers of preterm babies hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit (NICU) or Intermediate Care Unit (ICU) were divided into two groups: intervention and control. The Intervention Group (IG) was composed by 15 mothers that participated in educative activities in order to prepare to the hospital discharge. The Control Group (CG) was composed by 27 mothers who received the standard discharge of the unit. Stress levels were assessed in both groups using stress measurement scales validated in Brazil and applied in two moments: between the first and second hospitalization week using Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit and between the third and sixth month after discharge, during the return in the premature follow-up ambulatory , applying the Parenting Stress Index (PSI). The IG answered the PSS-NICU before participating in educative activities. Maternal knowledge was assessed by instrument that obtained reliability by Cronbach's alpha 0.9257. This evaluation happened with a pre-test, applied to the IG and CG during hospitalization and a post-test, applied to the IG after participation in the educative activity and to the CG up to three days after hospital discharge. IG and CG overall stress score assessed by PPS-NICU showed a statistically significant difference ($p = 0.022$), giving the similarity of the groups in this aspect. The percentile overall score of stress assessed by IEP was not significantly different in the groups ($p = 0.115$). The reduction of stress after discharge was 2,68 times greater in IG than CG. In the assessment of knowledge, the mothers of the IG hit 13% more questions in the post-test, whereas CG mothers hit 3 % more. Gestational age and birth weight baby influenced the acquisition of knowledge. In the evaluation of the intervention, all mothers said the activity helped them to answer doubts and to increase confidence in taking care of children at home. The educative activity allowed IG mothers did not have increased levels of stress after discharge, considering the greater severity of the babies, providing a balance between the IG and CG.

Keywords: Psychological Stress. Mothers. Preterm. Health Education

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
2	**OBJETIVOS**	18
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	**REVISÃO DE LITERATURA**	19
3.1	PREMATURIDADE E BAIXO PESO AO NASCER	19
3.2	ESTRESSE MATERNO E PREMATURIDADE	23
3.3	AÇÕES PARA REDUÇÃO DO ESTRESSE DE PAIS DE RNPT	28
4	**METODOLOGIA**	35
4.1	TIPO DE ESTUDO	35
4.2	LOCAL DO ESTUDO	36
4.3	POPULAÇÃO, AMOSTRA E PERÍODO DO ESTUDO	37
4.4	RANDOMIZAÇÃO	39
4.5	INTERVENÇÃO	40
4.6	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	46
4.6.1	Escala de Estresse Parental na UTIN (EEP-UTIN)	46
4.6.2	Índice de Estresse Parental (IEP)	47
4.6.3	Instrumento de coleta de dados socioeconômicos	49
4.6.4	Análise de conhecimento das mães	49
4.6.5	Avaliação da atividade educativa	50
4.7	ANÁLISE DOS DADOS	50
4.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	54
5	**RESULTADOS**	56
5.1	FLUXO DOS PARTICIPANTES	56
5.2	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	57
5.3	ESTRESSE DE MÃES DE RNPT DA HOSPITALIZAÇÃO AOS SEIS MESES APÓS A ALTA HOSPITALAR	64
5.3.1	Artigo científico 1: Atividade educativa para mães de recém-nascidos prematuros como suporte para o cuidado	65

5.3.2	Artigo científico 2: Nível de estresse de mães de Recém-Nascidos Prematuros hospitalizados mensurado pela Escala de Estresse Parental	81
5.3.3	Artigo científico 3: Atividade educativa e estresse de mães de prematuros após a alta hospitalar: Ensaio Clínico Randomizado	93
6	**CONCLUSÕES**	125
7	**REFERÊNCIAS**	127
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	142
	APÊNDICE B - Dados socioeconômicos das mães e dados clínicos do RNPT	143
	APÊNDICE C - Análise de conhecimento materno	144
	APÊNDICE D - Avaliação da atividade educativa	146
	APÊNDICE E - Cronograma das atividades educativas	148
	ANEXO A - Termo de concessão	149
	ANEXO B - Escala de Estresse Parental na UTIN (EEP-UTIN)	153
	ANEXO C - Índice de Estresse Parental (IEP)	157
	ANEXO D - Parecer 385.370 em 17 de setembro de 2013	167
	ANEXO E - Cartão escore IEP	169
	ANEXO F - Normas para submissão de artigos da Revista Texto e Contexto Enfermagem	170
	ANEXO G - Normas para submissão de artigos da revista Acta Paulista de Enfermagem	174
	ANEXO H - Normas para submissão de artigos da revista Psicologia: Teoria e Pesquisa	179
	ANEXO I – Declaração de revisão do texto	184
	ANEXO J – Comprovante de submissão de artigo para a Revista Texto e Contexto Enfermagem	185

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Esboço geral da randomização no estudo quantitativo	40
Figura 2	Exemplo de material didático empregado nas atividades educativas.	42
Figura 3	Simulação do ambiente da UTIN/UCI para as atividades educativas.	42
Figura 4	Atividade prática com os manequins.	43
Figura 5	Atividade prática realizada pelas mães com os manequins.	44
Figura 6	Atividade prática realizada com os filhos.	44
Figura 7	Cartilha entregue às mães.	45
Figura 8	Fluxograma CONSORT, 2010.	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização das mães de RNPT hospitalizados na UTIN/UCI quanto aos dados sociodemográficos e tipo de parto. p-valor obtido pelo Método de Monte Carlo. Cascavel/PR, 2015.	57
Tabela 2	Caracterização das mães de RNPT hospitalizados quanto à experiência na UTIN/UCI. p-valor obtido pelo Método de Monte Carlo. Cascavel/PR, 2015.	60
Tabela 3	Caracterização dos bebês hospitalizados na UTIN/UCI quanto à idade pós-natal no momento da entrevista com as mães. p-valor obtido pelo Método de Monte Carlo. Cascavel/PR, 2015.	61
Tabela 4	Caracterização dos bebês hospitalizados na UTIN/UCI quanto aos dados clínicos. p-valor obtido pelo Método de Monte Carlo. Cascavel/PR, 2015.	61

LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA	Análise da Variância
BPN	Baixo Peso ao Nascer
COPE	Creating Opportunities for Parent Empowerment
CRIANES	Crianças com Necessidades Especiais em Saúde
EEP-UTIN	Escala de Estresse Parental – UTIN
ECR	Ensaio ou Estudo Clínico Randomizado
FIC	Family Integrated Care
GC	Grupo controle
GI	Grupo de intervenção
HUG	Help – Understanding – Guidance
HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
IEP	Índice de Estresse Parental
MI	Mortalidade Infantil
MITP	Mother - Infant Transaction Programme
NCATS	Nursing Child Assessment Teaching Scale
NIDCAP	Neonatal Individualised Developmental Care and Assessment Programme
NPST	Nurse Parental Support Tool
PSI	Parenting Stress Index
PSS-NICU	Parental Stressor Scale – Neonatal Intensive Care Unit
Rebec	Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UCI	Unidade de Cuidado Intermediário
OMS	Organização Mundial de Saúde

INTRODUÇÃO

Os indicadores de saúde revelam atributos e dimensões das condições de saúde de uma população e devem servir para a vigilância dos agravos à saúde. Dentre esses indicadores, a mortalidade infantil reflete o desenvolvimento socioeconômico, as condições de infraestrutura ambiental e de acesso aos serviços de qualidade para atenção à saúde materna e de crianças em um país (OPAS, 2008).

A Mortalidade Infantil (MI) apresenta taxas elevadas em todo mundo e foi estimada em 35 óbitos para cada 1000 nascidos vivos em 2012 (UN INTER-AGENCY GROUP FOR CHILD MORTALITY ESTIMATION, 2013). No Brasil, esses índices mostraram 14,9 óbitos a cada 1000 nascidos vivos no mesmo ano (UNICEF, 2014a). Dentre as principais causas de morte em menores de cinco anos encontram-se doenças que poderiam ser tratadas por meio de intervenções na atenção primária e, também, causas relacionadas a complicações do nascimento, como o parto prematuro, o qual soma 15% do total de óbitos (UN INTER-AGENCY GROUP FOR CHILD MORTALITY ESTIMATION, 2013).

Estima-se que a cada ano no mundo, cerca de 15 milhões de crianças nascem de parto prematuro e mais de um milhão de bebês morrem anualmente devido a complicações do nascimento prematuro (WHO, 2013). De acordo com os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 2013, no Brasil, ocorreram 333.452 nascimentos com idade gestacional menor que 37 semanas, o que corresponde a um percentual de 11,5% do total de partos realizados no país (BRASIL, 2015a). A Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou o Brasil como o décimo país do mundo com o maior número de nascimentos prematuros (WHO, 2013).

Muitas vezes a prematuridade está associada ao Baixo Peso ao Nascer (BPN), que também é identificado como importante causa de morte infantil (FRANÇA; LANSKY, 2009). Entre os anos de 2008 e 2012, 15% das crianças recém-nascidas no mundo apresentaram peso inferior a 2500 gramas no nascimento. No Brasil, a taxa foi de 8% de recém-nascidos com baixo peso no mesmo período (UNICEF, 2014b).

Diante desse quadro epidemiológico de prematuridade e BPN, observa-se que muito se tem evoluído em relação ao desenvolvimento de tecnologias e conhecimentos científicos que possibilitam aumento na expectativa e qualidade de vida dessas crianças. Consequentemente, nos últimos anos, a sobrevida dessas crianças vem aumentando e com ela muitos são os aspectos que devem ser considerados pelos serviços de saúde ambulatoriais e de atenção primária, para dar seguimento ao cuidado recebido durante a hospitalização nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e/ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN).

Dentre esses aspectos, tem-se que considerar no planejamento do cuidado, a repercussão familiar advinda do parto prematuro até a inserção do RNPT no cotidiano familiar após a alta hospitalar. Visto que os RNPT são considerados Crianças com Necessidades Especiais em Saúde (CRIANES), essas crianças têm ou estão em maior risco para desenvolver condições crônicas de comprometimento físico, de desenvolvimento, de comportamento ou emocional, que, em geral, exige um tipo e uma quantidade de serviços de saúde maior que as requeridas por outras crianças (NATIONAL CENTER ON FINANCING FOR CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS, 2004). Tais crianças podem ser classificadas de acordo com suas demandas: de desenvolvimento, de medicamentos, de tecnologia, de cuidados habituais modificados e mistos (CABRAL; RODRIGUES; CUNHA, 2000). As melhorias científicas e tecnológicas dos serviços de saúde e a grande demanda da população por atendimento culminam com a inserção de CRIANES precocemente no contexto familiar. Estudos mostram que famílias de CRIANES vivenciam situação de estresse, sentimentos de ansiedade e insegurança relacionados ao cuidado das crianças (OKIDO et al., 2012; PINTO, 2011; SILVEIRA; NEVES, 2011).

Para tanto, os prematuros representam um grupo que possui necessidades especiais de saúde e para receber o filho em casa, a família passa por um rearranjo em sua estrutura e funcionamento a fim de acolher tais crianças com todas as suas particularidades e que, muitas vezes, trazem consigo complicações decorrentes da prematuridade. Assim, estas crianças estão mais susceptíveis a prejuízos no seu crescimento, no desenvolvimento motor, na cognição e na socialização em longo prazo quando em comparação com recém-nascidos a termo (RODRIGUES;

BOLSONI-SILVA, 2011). E, por isso, têm maior probabilidade de reinternações quando em comparação com nascidos a termo saudáveis (SBP, 2012).

No entanto, como algumas complicações se desenvolvem em longo prazo, ações de orientação dos pais, acompanhamento de profissionais especializados e intervenção precoce podem prevenir ou minimizar tais efeitos (MOREIRA; MAGALHÃES; ALVES, 2014), as quais devem ser iniciadas ainda durante a hospitalização. Tais complicações produzem na família alterações das competências maternas e paternas, portanto, a prematuridade se configura em causador de tensões que têm início no momento em que a mãe e família recebem a notícia da possibilidade de parto prematuro.

Existem dois importantes eventos que causam tristeza nas mães, o primeiro é o anúncio de que a criança apresenta alguma anormalidade, seja por uma malformação, prematuridade ou enfermidade, e o segundo é a necessidade de internação na UTIN (CRUZ; ANGELO, 2012). Esta interrupção brusca nas expectativas construídas ao longo da gestação gera estresse e é importante conhecer o sentido de tal expressão. Sua compreensão deve se dar mediante uma abordagem interdisciplinar como um fenômeno psicossocial, que acarreta consequências biológicas e psicológicas quando uma ameaça real ou imaginária é percebida como capaz de afetar a integridade física ou mental de um indivíduo (SANTOS, 2010).

O nascimento de um pré-termo que necessita de internação na UTIN configura-se, portanto, em uma situação geradora de estresse e de crise na família, assim como, diante das características clínicas do bebê e do ambiente hospitalar, a família do RNPT passa a vivenciar uma situação tensa (WUST; VIERA, 2011). Entre os membros da família, a mãe, pelo fato de ser a principal cuidadora do bebê durante a hospitalização é frequentemente mais acometida pelo estresse.

O aumento dos níveis de estresse dessa mulher pode refletir-se na qualidade da competência materna e dificulta a solidificação do papel de mãe. Dessa forma, acarreta prejuízos no cuidado do RNPT e, por conseguinte no desenvolvimento e crescimento do bebê em longo prazo (FAVARO; PERES; SANTOS, 2012; PERRONE; OLIVEIRA, 2011; FORCADA-GUEX et al., 2010).

Faz-se necessária, para tanto, a identificação do nível do estresse desde o momento em que o RNPT nasce, a fim de que os profissionais de saúde possam desenvolver estratégias de lidar com tal condição e amenizar o sofrimento das mães,

promovendo a autoconfiança e competência materna desde o período de hospitalização para repercutir no cuidado materno após alta da UTIN ou UCI. Visto que com o desenvolvimento de tecnologias que possibilitam a sobrevida de RNPT, este esta sujeito a consequências da prematuridade e da própria hospitalização, sendo recebidas em casa com muitas necessidades específicas de cuidado e a família precisa estar preparada para cuidar do bebê no domicílio. Assim, a prematuridade, a hospitalização e o cuidar do recém-nascido prematuro em casa causam impacto nas rotinas da família que necessitam reorganizar-se e adaptar-se à nova situação de vida (WUST; VIERA, 2011), traduzindo-se em fator de apreensão e tristeza tanto no ambiente hospitalar como no momento da alta, pois a família precisa assumir as responsabilidades de cuidado da criança sem o aparato tecnológico e humano dos serviços de saúde.

Desse modo, a mensuração dos níveis de estresse deve ser realizada durante a hospitalização e após a alta hospitalar por meio de instrumentos padronizados e validados para tal fim, direcionados especificamente para os pais de crianças hospitalizadas ou que estiveram internadas. Identificando precocemente os níveis de estresse materno, poder-se-á auxiliar as mães a desenvolverem mecanismos de enfrentamento do estresse, faz-se necessário avaliar o nível de estresse de mães com filhos hospitalizados na UTIN ou UCI como parte do cotidiano da equipe de saúde dessas unidades. Contribuindo para reduzir as tensões em direção a um relacionamento eficaz entre mãe e filho, promovendo o desenvolvimento da competência materna e a oferta de opções que auxiliam a mãe e, por conseguinte possam contribuir com o crescimento e desenvolvimento saudável da criança por meio de cuidado adequado.

Diante do exposto, torna-se evidente que é preciso investir em cuidados voltados à mãe/pais de RNPT desde seu nascimento com vistas a reduzir ou minimizar os níveis de estresse no período de hospitalização e no domicílio. Estratégias como *Creating Opportunities for Parent Empowerment* (COPE); *Neonatal Individualised Developmental Care and Assessment Programme* (NIDCAP); *Mother - Infant Transaction Programme* (MITP); *Nursing Child Assessment Teaching Scale* (NCATS) foram demonstradas em estudo de revisão como eficazes no manejo do cuidado do RNPT, aumento do conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento e as características físicas do RNPT que, poderão implicar em maior interação mãe-filho e redução de níveis de estresse dos pais (BRETT et al., 2011).

Dentre os diferentes métodos existentes de atividades com os pais, apresentam-se as atividades educativas, as quais são compreendidas como o processo de ensino que envolve o compartilhamento de informações e experiências para auxiliar na apreensão de informações e desenvolver aprendizado e comportamentos relacionados à saúde (FERREIRA et al., 2013). Estas atividades mostram-se efetivas na redução de anseios e na melhora da interação entre a família e o RNPT. Corroborando com essa afirmação, um estudo do tipo ensaio clínico realizado na Noruega, com pais de RNPT que participaram de um programa de aperfeiçoamento de relacionamento entre mãe e filho, relatou que o conhecimento, aconselhamento, orientação e apoio emocional, recebidos durante a atividade fez com que os pais se sentissem menos estressados e mais confiantes no cuidado dos filhos (KYNO et al., 2013).

No Brasil, a produção científica de teses e dissertações da área de enfermagem neonatal envolve temas como os aspectos fisiológicos do recém-nascido, a família na UTIN e a equipe de saúde que atua no cuidado ofertado na UTIN (COSTA; PADILHA; MONTICELLI, 2010), além destas, as temáticas mais comuns dizem respeito à relação entre pais, RNPT e equipes de profissionais (CRUZ et al., 2011, KLOCK; ERDMANN, 2012). Ainda, a análise da produção de teses e dissertações nacionais mostra que as pesquisas englobam os fatores sociais, biológicos e multifatoriais causadores da prematuridade e também fazem referência a aspectos biológicos como gravidez, gestação, parto prematuro, retinopatia da prematuridade e gravidez na adolescência (PIZZANI et al., 2012) e temas como o seguimento do pré-termo são discutidos no âmbito nacional e internacional (BRAGA; SENA, 2012).

Percebe-se, desta forma, uma lacuna no que se refere à produção científica brasileira acerca da identificação dos níveis de estresse de mães de RNPT na UTIN e após a alta hospitalar e uma carência de estudos nacionais que empregam o uso de escalas para mensuração destes níveis de estresse. Ademais, se constitui como desafio para a enfermagem pediátrica, o desenvolvimento de ensaios clínicos que incrementem ao processo de investigação às transformações na prática (CASTRAL; DARÉ; SCOCHI, 2014).

Nesse contexto, este estudo pauta-se nas premissas enfatizadas até o momento e na compreensão de que as atividades educativas têm papel fundamental na redução dos níveis de estresse materno. Questiona-se então se a atividade

educativa desenvolvida durante a hospitalização do RNPT na UTIN/UCI pode influenciar na redução do estresse materno no domicílio? Desse modo, é essencial mensurar o nível de estresse das mães, já que este é fator determinante na qualidade da interação entre pais e filhos e no desenvolvimento psíquico e físico do recém-nascido em longo prazo. Ainda, é necessário verificar a eficácia da atividade educativa como ferramenta de trabalho da equipe na UTIN/UCI e ambulatorial para a redução dos níveis de estresse materno.

A partir do questionamento inicial e das afirmações apresentadas, postula-se como hipótese neste estudo que as mães que participarem da atividade educativa durante a internação do RNPT terão menor nível de estresse após a alta hospitalar do que o grupo de mães que não participou da atividade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a influência de uma atividade educativa nos níveis de estresse de mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados na UTIN/UCI após a alta hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contrastar os níveis de estresse materno do grupo controle durante a hospitalização por meio da escala EEP-UTIN com o nível de estresse após a alta hospitalar utilizando a escala IEP.
- Relacionar os níveis de estresse materno do grupo de intervenção durante a hospitalização por meio da escala EEP-UTIN com o nível de estresse após a alta hospitalar utilizando a escala IEP.
- Comparar os níveis de estresse materno do grupo controle e intervenção durante a hospitalização por meio da escala EEP-UTIN e após a alta hospitalar utilizando a escala IEP.
- Avaliar o grau de conhecimento materno acerca dos cuidados com o RNPT nas mães do grupo controle e intervenção por meio de pré e pós-teste.
- Correlacionar o grau de conhecimento materno com o nível de estresse materno na hospitalização e após a alta hospitalar entre os grupos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PREMATURIDADE E BAIXO PESO AO NASCER

A prematuridade é definida pelo nascimento de um bebê antes que sejam completadas 37 semanas de gestação. O RNPT pode ser classificado de acordo com a idade gestacional em prematuro extremo (idade gestacional menor que 28 semanas) que corresponde a 5,2% do total de nascimentos prematuros no mundo, muito prematuro (de 28 a 32 semanas de gestação), que somam 10,4%, e prematuro moderado (de 32 a 37 semanas incompletas) que corresponde a 84,3% do total de nascimentos prematuros (WHO, 2013; WHO, 2012).

No estado do Paraná, os nascimentos com idade gestacional inferior a 37 semanas completas corresponderam a 10,5% do total de partos ocorridos em 2013 (BRASIL, 2015a). Os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) revelam que dentre o total de partos ocorridos em 2014 no município de Cascavel, Oeste do Paraná,12,8% eram prematuros. Destes, 3,1% eram prematuros extremos, 7,6% consistiram de muito prematuros e 89% de prematuros moderados, o que vai ao encontro com os dados apresentados acima sobre a ocorrência da prematuridade ao nível mundial (SINAN, 2015).

De 2006 a 2013, foram analisados dados sobre crianças nascidas com peso inferior a 1500 gramas em um hospital público do município de Cascavel, destes nascimentos 29,5% corresponderam a prematuro extremo, 55% dos nascidos eram muito prematuros e 15,5% prematuros moderados (ROVER, 2015). Esta condição pode ser decorrente do fato de o hospital estudado ser referência para o alto risco e, por abranger população de cerca de 513 mil pessoas, que compreendem a área da 10ª Regional de Saúde do Oeste do Paraná, o que culmina com o encaminhamento de muitas gestantes de alto risco para a referida instituição (BRASIL, 2015b).

Frente aos nascimentos prematuros, tem-se que devido à imaturidade do organismo do RNPT muitas são as complicações a que estão sujeitos desde o nascimento, tais como, a dificuldade para regulação térmica, problemas respiratórios, gastrointestinais, neurológicos, persistência do canal arterial e retinopatias (BRASIL, 2011).

Estudo realizado com 71 prematuros de muito baixo peso em uma UTIN do Oeste do Paraná mostrou que dentre as patologias diagnosticadas durante a internação, a sepse tardia esteve presente em 69% dos bebês, doença da membrana hialina em 65%, displasia broncopulmonar em 55% das crianças, enterocolite necrosante 14%, doença metabólica óssea esteve presente em 14% e retinopatia da prematuridade em 25% dos RNPT estudados (ROVER, 2015). Os dados vão ao encontro de informações presentes em documentos oficiais do Ministério da Saúde, como citado acima.

No entanto, as complicações decorrentes da prematuridade e BPN persistem para além do período da hospitalização e podem perdurar ao longo da vida. A revisão proposta por Marlow (2004) revela consequências destas condições em diferentes fases da vida, evidenciando que até os dois anos de idade as principais desordens incluem paralisia cerebral, atrasos no desenvolvimento, dificuldades no desenvolvimento da linguagem, surdez, cegueira e doenças nutricionais. A revisão ainda traz que até a idade escolar, os principais problemas identificados abrangem comprometimentos cognitivos, prejuízos motores, dificuldades na percepção visual e espacial, transtorno/déficit de atenção e hiperatividade, transtorno bipolar do humor, alterações auditivas e visuais e necessidade de educação especial.

Estudo realizado na Inglaterra avaliou as consequências da prematuridade em crianças nascidas pré-termo quando estas estavam com três anos e aponta que os prejuízos cognitivos e os de desenvolvimento são os mais comuns na referida idade e, também, que quanto menor for a idade gestacional maiores são os riscos de comprometimentos graves. De modo que, 20% dos sobreviventes prematuros apresentam comprometimentos graves em uma gestação de 26 semanas e nos nascidos com 23 semanas a taxa de complicações foi de 45% (MOORE et al., 2012).

Em longo prazo, as implicações decorrentes do nascimento prematuro incluem déficits motores, comportamentais e prejuízos no desempenho escolar. Dessa forma, faz-se necessário o acompanhamento das crianças nascidas prematuramente por um longo período, o que inclui o período escolar (MOREIRA; MAGALHÃES; ALVES, 2014). As consequências da prematuridade também abrangem aspectos de relacionamento com os pais que, mais tarde, acarretam distúrbios de ajuste social na idade escolar (TESSIER; NADEAU, 2012).

Como visto as características do recém-nascido pré-termo contribuem para as altas taxas de mortalidade infantil e os prejuízos no desenvolvimento cognitivo, motor e comportamental, em longo prazo, causam necessidades especiais de saúde durante toda a vida da criança.

Além disso, associado à prematuridade, o BPN também configura aspecto agravante à qualidade e expectativa de bebês e, assim como a prematuridade, requer hospitalização na UTIN. Corroborando com essa afirmação, estudo realizado no Sul do Brasil relacionou fatores como o peso ao nascer à mortalidade neonatal em uma UTIN (GRANZOTTO; FONSECA; LINDEMANN, 2012).

O referido estudo indicou que o risco relativo de óbito de bebês com peso ao nascer menor que 1000 gramas é 19,8 vezes maior que o risco de óbito de recém-nascidos com mais de 2500 gramas e, em se tratando de bebês nascidos com peso entre 1000 e 1500 gramas, o risco de óbito é de 12,3 vezes maior quando comparados aos bebês nascidos com 2500 gramas (GRANZOTTO; FONSECA; LINDEMANN, 2012).

Assim, o BPN é definido por recém-nascidos com menos de 2500 gramas, a criança com muito baixo peso é aquela nascida com peso menor que 1500 gramas (entre 1000 e 1499 gramas) e o baixo peso extremo é aquela nascida com peso igual ou inferior a 999 gramas (WHO, 2010).

As consequências do nascimento com baixo peso podem repercutir nas condições de saúde da infância e na vida adulta. Na infância, o baixo peso pode dificultar o crescimento e originar danos no desenvolvimento neurológico e nos vínculos sociais (WOLKE; ERYIGIT-MADZWAMUSE; GUTBROD, 2013). Os efeitos nos adultos estão associados à maior incidência de doenças como o diabetes tipo 2, hipertensão e doença cardiovascular. Além disso, mulheres nascidas com baixo peso podem gerar crianças pequenas para idade gestacional (WHO; UNICEF, 2004).

Diante das características do RNPT e do bebê nascido com baixo peso, o seguimento da criança precisa acontecer por longos períodos, mesmo após a alta hospitalar, em decorrência das complicações e limitações vivenciadas. Visto que estas crianças se configuram em CRIANES e recebem alta hospitalar com uma diversidade de necessidades singulares à prematuridade.

Estudo publicado em 2012 objetivou caracterizar crianças dependentes de tecnologia, residentes em Ribeirão Preto/SP, e mostrou que das 102 crianças

participantes 92 (90,2%) necessitavam de cuidado medicamentoso, 74 (72,5%) demandavam cuidado de desenvolvimento, todas requeriam cuidados habituais modificados, além de necessitarem de cuidados tecnológicos o que configurou um dos critérios de inclusão na pesquisa. Do total de CRIANES que participaram do estudo, 29,3% nasceu prematuramente, o que comprova o fato de a prematuridade ser importante causa de comprometimentos biológicos, sociais e psicológicos nas crianças (OKIDO; HAYASHIDA; LIMA, 2012).

A caracterização de CRIANES também foi delineada em Santa Maria/RS, em estudo identificando a prematuridade como causa de necessidades especiais em 13,2% das crianças participantes do estudo. No que diz respeito aos diagnósticos atuais, a análise dos prontuários mostrou que as necessidades relacionadas ao sistema neurológico somam 30,1% dos casos e os acometimentos respiratórios, 28,8%. Ainda, o acompanhamento das crianças é realizado em serviços neuropediátricos (39,3%), fisioterapia (35,7%), neonatologia e pneumologia (28,6%), nefrologia e fonoaudiologia (21,4%). No que se refere ao uso de medicamentos, 92% usam entre duas e cinco medicações, sendo que 7,15% tomam entre cinco e dez medicações por dia (VERNIER; CABRAL, 2006).

As CRIANES que se encontram vulneráveis, tanto clinicamente quanto emocionalmente podem influenciar as condições emocionais da família, que precisa dedicar-se aos cuidados e angústias acerca do quadro da criança que emergem no cotidiano familiar. Além disso, as interações entre pais e filhos e a competência materna e paterna podem ser prejudicadas, quando estes não estiverem preparados para o enfrentamento relacionado às condições especiais que estas crianças necessitarão ao longo da vida.

Ações de promoção da saúde, para tanto, devem integrar o plano de cuidados da equipe da UTIN e envolver os pais na responsabilidade pelo cuidado, considerando que os problemas do bebê hospitalizado não cessam no momento da alta hospitalar (FROTA et al., 2013). Considera-se importante que exista uma integração entre os serviços de pré-natal, UTIN/UCI e os serviços que farão parte do seguimento do prematuro (as unidades básicas de saúde e os ambulatórios de seguimento). Para Azevedo e Cunha (2013), esta integração permitiria o aumento nos índices de amamentação exclusiva nessa população, além de outros cuidados relacionados ao seguimento do bebê egresso da UTIN.

O seguimento do RNPT, após a alta tem por objetivo avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança fora do ambiente hospitalar, as relações psicoafetivas entre a criança e a família, corrigir situações de risco como o ganho insuficiente de peso e possíveis infecções e orientar tratamentos especializados e imunizações (MORAIS; QUIRINO; CAMARGO, 2012).

Como visto, muitos são os comprometimentos biológicos, sociais e emocionais decorrentes da prematuridade e baixo peso. No entanto, a criança não é a única acometida por estes eventos, a família do bebê também apresenta efeitos decorrentes das condições do filho recém-nascido que necessita hospitalização na UTIN, evento causador de estresse e ansiedade devido à vulnerabilidade em que se encontra essa criança.

3.2 ESTRESSE MATERNO E PREMATURIDADE

As investigações científicas sobre a saúde dos humanos têm rompido com alguns dogmas que persistiram durante muitos anos como as explicações acerca da origem das doenças baseadas no trabalho de Louis Pasteur (um microrganismo, uma doença, um tratamento). Nos anos 1960 foram iniciadas as discussões sobre origens multifatoriais de doenças como o comportamento e estilo de vida dos indivíduos. Em 1973, Jonas Salk afirmou que a principal ameaça para a saúde humana não se encontrava nos microrganismos, mas residia no próprio ser humano. Hans Selye propôs o termo estresse pela primeira vez em 1926 como sendo uma resposta inespecífica do ser humano a qualquer demanda (EVERLY JUNIOR; LATING, 2013).

Estresse também é compreendido como um processo pelo qual o ser humano percebe e responde a eventos chamados estressores que geralmente são prejudiciais, representam uma ameaça ou um desafio. Quando a condição de estresse ultrapassa nossos mecanismos de enfrentamento a situação pode tornar-se prejudicial à saúde. Muitas condições podem representar situação de estresse como o trabalho, a escola, a família ou a perda de um familiar (STRAUB, 2012).

Associado a outras experiências de ruptura, nas quais o ser humano percebe-se frágil e em uma realidade dolorosa, o nascimento de um filho prematuro e a internação deste em uma UTIN mobiliza sentimentos de angústia e vivencia importante dor psíquica (PERGHER, 2010). Além desse sentimento, a ansiedade e o

medo também são vivenciados pelos pais que encontram ao nascimento do filho uma situação diferente daquela idealizada durante a gestação (OLIVEIRA et al., 2013).

O estresse vivido pelas famílias, principalmente nas primeiras semanas de internação pode gerar a síndrome do estresse pós-traumático e que possivelmente influenciará no desenvolvimento do vínculo entre pais e filhos (SCHMIDT et al., 2010). Para tanto, o nascimento de um filho pré-termo resulta em considerável carga emocional, psicológica, física e financeira sobre os pais, família e serviços de saúde. Neste sentido, pesquisa desenvolvida no Canadá descreveu as experiências dos pais, os resultados mostraram que a prematuridade é um evento traumático que rompe as expectativas da paternidade e um dos temas que mais causaram tensões diz respeito às alterações no papel de pai/mãe (LASIUK; COMEAU; NEWBURN-COOK, 2013).

Assim como o nascimento prematuro do filho é um evento traumático para os pais, a primeira visita à criança também representa condição preocupante à família. Pais relataram suas percepções durante a primeira visita ao filho hospitalizado na UTIN em um hospital de Maringá, Paraná, apontando que antes da visita o sentimento predominante entre as mães era o medo em relação às condições que encontrariam seus filhos. Durante a primeira visita os sentimentos relatados foram de insegurança, culpa, choque, medo e esperança, alguns pais referiram a necessidade de mais informações sobre as condições do filho (SCHMIDT et al., 2010). A equipe de profissionais da UTIN/UCI precisa levar em consideração os sentimentos vivenciados pelos pais durante a permanência do bebê no setor e após a alta, com objetivo de amenizar o sofrimento, aprimorar o apego dos pais para com o filho e desenvolver as habilidades relacionadas à maternidade/paternidade.

Estudo realizado em um hospital de Ohio, Estados Unidos, procurou referenciar 150 mães de bebês hospitalizados na UTIN para serviços psiquiátricos, quando estas apresentavam indícios de fragilidade na saúde mental. A maioria das referências se deu por conta da dificuldade para lidar com os problemas clínicos e hospitalização do filho (60%), ansiedade (44%) e depressão (43%). A promoção da saúde mental das mães contribui para fortalecimento das competências maternas e a melhoria da relação pai-filho (FRIEDMAM et al., 2013). Nesse contexto, a mãe que apresentar maior nível de estresse não conseguirá lidar de forma adequada com os elementos que formam a competência materna, quais sejam a rede de apoio,

satisfação marital, saúde materna e característica da criança, visto que esses elementos são interligados e fazem parte da complexa interação de fatores ambientais e biológicos na determinação do desenvolvimento infantil (PILZ; SCHERMANN, 2007). Os referidos autores apontam que dentre as variáveis que influenciam na competência materna, o apoio do pai nos cuidados da criança se configurou naquela que exerce influência no afeto da mãe, agindo como efeito protetor e conduzindo a melhor autoestima e maior sentimento de eficácia na função materna. Do contrário, quando o apoio paterno era ausente nos cuidados com a criança, estas evidenciaram 12,2 vezes mais probabilidade de ter suspeita de atraso no desenvolvimento.

Assim, apreende-se que aumentando a autoeficácia materna, ou seja, sua crença ou julgamento acerca de sua capacidade para organizar e executar um conjunto de tarefas ligadas a maternidade (MONTIGNY; LACHARITÉ, 2005), ter-se-á um reflexo positivo para que a mãe sinta-se competente em cuidar de seu filho. A literatura tem demonstrado que a ansiedade e depressão materna reduzem a percepção da mãe em relação a sua autoeficácia (THOMAS; FEELEY; GRIER, 2009; O'NEIL, et al., 2009; MURDOCK, 2013; SCHUENGEL, 2014). Nesse sentido, reconhecer precocemente os níveis de estresse materno contribuirá para reduzir sua ansiedade e possível depressão, fortalecendo sua autoeficácia e, por conseguinte, a competência materna. Mais uma vez, a equipe de saúde é fator chave na identificação precoce de pais que necessitam de maior apoio no enfrentamento das condições do prematuro e deve estar preparada para tal responsabilidade.

Diante dessa situação é possível compreender os motivos pelos quais ter um filho prematuro é evento estressante, tanto durante a hospitalização quanto após a alta, e faz-se necessário que os pais tenham suporte da equipe para reduzir os níveis de estresse e, consequentemente, melhorar a confiança e as habilidades no cuidado do bebê no domicílio.

Para planejar ações de redução de estresse para pais durante a hospitalização e após a alta hospitalar é relevante identificar e mensurar os níveis de estresse mediante ferramentas validadas para tal fim. Diversas publicações revelam a aplicação destes instrumentos fora do Brasil.

A Escala de Estresse Parental na UTIN (EEP-UTIN), em inglês *Parental Stressor Scale – Neonatal Intensive Care Unit* (PSS – NICU) e a *Parenting Stress Index* (PSI), validada no Brasil como Índice de Estresse Parental (IEP), são

exemplos de instrumentos específicos para avaliação do nível de estresse de pais, neste caso pais de RNPT. A EEP-UTIN é destinada à avaliação do estresse durante o período da hospitalização (SOUZA, 2009).

A IEP é destinada aos cuidadores fora do ambiente hospitalar e foi validada no Brasil por Pereira (2014). Esta ferramenta pode ser utilizada em pais de crianças de até 12 anos, na qual os pais respondem se concordam totalmente, concordam, não têm certeza, discordam ou discordam totalmente das informações presentes no instrumento (ABIDIN, 2012).

Estudo realizado em um hospital da Pensilvânia identificou quais fatores externos e internos eram causadores mais comuns de estresse, em 119 pais de bebês internados na UTIN. A avaliação dos fatores externos de estresse foi realizada por meio da escala *NICU External Stressors and Stress Reduction Scale* e os fatores internos foram verificados pela EEP-UTIN. Os mais altos escores de fatores de estresse internos relatados pelos pais foram os relacionados à situação de perigo vivenciada pelos filhos e a aparência de doença apresentada pelos bebês. O ambiente da UTIN, o barulho dos alarmes e máquinas também foi considerado fator importante na causa de estresse. Dentre os fatores externos de estresse, a separação do bebê no momento da alta da mãe e as responsabilidades dos pais com o cuidado com os outros filhos e com seus empregos foram os aspectos mais citados (GROSYK et al., 2013).

Pesquisa desenvolvida com 178 mães em 25 UTIN italianas teve por objetivo verificar a confiabilidade da EEP-UTIN e da *Nurse Parental Support Tool* (NPST). Esta última visa à avaliação do suporte recebido pelas mães a partir da equipe médica e de enfermagem durante a hospitalização na UTIN. Os resultados apontaram que as escalas são adequadas para a avaliação das variáveis pretendidas e que a característica geradora de estresse mais evidente entre as mães foi a alteração no papel parental, avaliada pela EEP-UTIN. Já a NPST identificou que o apoio materno recebido da equipe da UTIN atenua o estresse relativo ao comportamento e aparência da criança, mas não o estresse relacionado à alteração do papel parental que foi o domínio apontado pela EEP-UTIN como a principal fonte de estresse para os pais (MONTIROSSO et al., 2011).

Assim, os profissionais precisam reconhecer a família da criança hospitalizada, avaliar os níveis de estresse dos pais e planejar ações para amenizar as vivências negativas relacionadas à hospitalização, bem como o estresse advindo

após a alta hospitalar, quando os pais assumem a total responsabilidade pelo cuidado de uma criança com muitas necessidades especiais de saúde.

A avaliação do estresse dos pais deve ser continuada no acompanhamento após a alta hospitalar, assim a IEP se mostrou efetiva em diversos estudos, como por exemplo, o realizado na Austrália com o objetivo de comparar o nível de estresse entre mães de prematuros e mães de recém-nascidos a termo em crianças com um ano de idade. O escore de estresse nas mães de pré-termos foi significativamente maior que nas outras mães. No primeiro grupo 19% das participantes apresentaram níveis altos de estresse, enquanto que no segundo grupo a taxa foi de 9%. O fator que mais contribuiu para o estresse avaliado pela IEP foi a alteração na relação pai-filho, o que sugere que as conexões com o filho prematuro eram de qualidade inferior ao esperado (GRAY et al., 2013).

Estudo realizado em Taiwan apresentou dentre seus objetivos, a identificação do grau e tipo de estresse parental nas famílias de prematuros de muito baixo peso durante os primeiros dois anos de vida e a comparação com grupo controle de pais de crianças nascidas a termo, além disso, foi realizada comparação entre os níveis de estresse de pais e mães. Um dos instrumentos utilizados para coleta de dados foi a IEP. Os resultados indicaram discreta prevalência de estresse em pais de prematuros em relação a pais de crianças a termo, 13,1% das mães de prematuros apresentaram níveis totais de estresse que necessitavam intervenção clínica, pais de prematuros revelaram níveis gerais de estresse mais elevados que as mães. Ainda, com o passar do tempo, os pais de prematuros continuavam a apresentar níveis mais altos de estresse que pais do grupo controle (HOWE et al., 2014).

Como visto pais de crianças nascidas prematuramente ou com baixo peso tendem a apresentar níveis mais elevados de estresse quando comparados com pais de crianças a termo e o estresse é evidenciado, tanto no âmbito hospitalar quanto após a alta hospitalar. Assim, intervenções precisam ser elaboradas e desenvolvidas de modo a reduzir fatores que causam essas tensões para aprimorar a qualidade do cuidado ofertado às crianças e melhoria das interações entre pais e filhos contribuindo para o desenvolvimento físico, emocional e social da criança.

3.3 AÇÕES PARA REDUÇÃO DO ESTRESSE DE PAIS DE RNPT

A literatura aponta várias experiências voltadas à mãe ou família de RNPT, a maioria delas com origem fora do Brasil, realizadas com intuito de integrar os pais no cuidado dos filhos e, indiretamente diminuir o estresse dos pais. No Canadá foi desenvolvido um programa (*Family Integrated Care*-FIC), no qual 42 famílias participaram do cuidado dos filhos hospitalizados na UTIN e os enfermeiros realizavam atividades educativas com os pais. Após 21 dias de participação dos pais nos cuidados, as crianças apresentaram ganho de peso significativo em relação às crianças do grupo controle, houve aumento na taxa de amamentação no momento da alta no grupo que participou do FIC e o grau de estresse das mães também reduziu significativamente no momento da alta quando comparado com o momento anterior à participação nas atividades (O'BRIEN et al., 2013).

As atividades educativas e a inserção dos pais nas atividades de atenção ao filho trazem benefícios para o bebê e para a família, como pode ser observado no estudo de Oswalt, McClain e Melnyk (2013) que demonstrou a eficácia do programa *Creating Opportunities for Parent Empowerment* (COPE), o qual se baseava em atividades educativas e comportamentais com pais em duas UTIN em Nova Iorque. Os autores avaliaram dados de ansiedade das mães, das crianças e características socioeconômicas na admissão do bebê na UTIN e aos 24 meses de idade corrigida da criança, demonstrando que os níveis de ansiedade das mães e das crianças foram menores após a participação no programa COPE.

Estudos como esses evidenciam que os benefícios da atividade educativa não são visíveis apenas durante a hospitalização persistindo por longos períodos do desenvolvimento da criança. O planejamento e avaliação de uma atividade educativa para os pais de RNPT a fim de reduzir sintomas de estresse pós-traumático e aprimorar as interações mãe-filho foram realizados na Califórnia. Os resultados mostraram que mães que participaram das atividades e que foram orientadas sobre os sintomas do estresse pós-traumático e sentimentos mais comuns vivenciados pelos pais de crianças hospitalizadas na UTIN conseguiram equilibrar melhor suas respostas frente às condições do filho. Atividades de relaxamento e respiração também foram implantadas e apresentaram resultados positivos no que se refere à redução da ansiedade. As mães também foram orientadas sobre como responder aos sinais infantis, as melhores formas de lidar, e

fisicamente confortar seu bebê e informações sobre o desenvolvimento (SHAW et al., 2013).

A eficácia de atividades educativas, na melhora da confiança materna e no conhecimento das mães, no que se refere ao cuidado dos prematuros antes da alta hospitalar também foi confirmada em Taiwan pelo estudo de Shieh et al. (2010).

No estudo, as mães foram divididas em grupo controle, que recebeu apenas orientação padrão da unidade e grupo de intervenção, que recebeu atividade educativa programada para a alta hospitalar, na qual as mães eram orientadas e praticavam os cuidados com seus filhos sob supervisão do enfermeiro. Além da melhora percebida nas mães, a altura e o peso dos filhos das participantes do grupo de intervenção aumentaram significativamente quando em comparação com os filhos do grupo de mães que recebeu apenas a orientação padrão da unidade (SHIEH et al., 2010).

As atividades educativas, em sua maioria, são desenvolvidas por meio de exposição do conteúdo a ser discutido pelos profissionais de saúde. No entanto, outras maneiras de apreensão de conteúdo precisam ser exploradas. As intervenções lúdico-gráficas apresentaram resultado positivo frente à redução da ansiedade de mães de crianças pré-termo hospitalizadas na UTIN. As mães participaram de trabalhos sensório-motores, simbólicos e de regras ou de socialização. Estudo utilizou brinquedos de estimulação física como jogo de varetas, a representação materna de situações do dia-a-dia (bonecos, bebês, berços, utensílios de cozinha), e jogos de regras que estimulavam o contato social e o foco na atividade desenvolvida (jogo da memória, quebra-cabeça) e desenho livre. Para avaliação da ansiedade foram empregadas escalas e inventários. As atividades permitiram que as mães equilibrassem a ansiedade relacionada ao bebê esperado e o bebê real, ao sentimento de culpa, ao medo de lidar com um bebê frágil favorecendo o desenvolvimento das competências maternas no cuidado do recém-nascido (PERRONE; OLIVEIRA, 2011).

Outro estudo descreve a atividade educativa por meio de ações de outra natureza como o programa HUG (*Help – Understanding – Guidance*), em que tais atividades foram desenvolvidas com pais iranianos. Este programa educativo foi desenvolvido por Jan Tedder para auxiliar pais a compreenderem o comportamento e para prevenir e solucionar dificuldades relacionais ao cuidado do filho recém-nascido. Os homens receberam orientações expositivas e, ainda assistiram ao DVD

do programa HUG. Antes e após a atividade educativa, os pais foram avaliados quanto ao conhecimento que possuíam sobre as características do recém-nascido prematuro. Os pais apresentaram níveis de escores de conhecimento mais elevados após a atividade, o que pode melhorar a qualidade da paternidade, fortalecer o estabelecimento de vínculos entre os pais e filhos, além de aprimorar a confiança dos pais (KADIVAR; MOZAFARINIA, 2013).

Um programa de educação em saúde desenvolvido na Índia com 60 mães de crianças nascidas com BPN aplicou um pré-teste de avaliação de conhecimento e observações guiadas por *check-list* da prática de tarefas com as crianças. Esses instrumentos foram aplicados às mães do GI e do GC. No mesmo dia, as mães do GI participaram de atividades educativas relacionadas aos fatores de risco associados ao BPN, prevenção do BPN, diferenças entre a criança BPN e bebê nascido com peso adequado para a idade gestacional, cuidados às crianças com BPN, sinais de alerta e de seguimento destes recém-nascidos. Ao sétimo dia após a atividade, todas as mães realizaram pós-teste. Os dados mostraram que as mães que participaram do GI apresentaram escores de conhecimento e de prática significantemente maiores que os escores do GC (SHEORAN et al., 2011).

A literatura, portanto, mostra que integrar a família no cuidado da criança no ambiente hospitalar e fornecer orientações aos pais, tanto sobre as condições da criança, quanto sobre os sinais e sintomas de estresse que os pais podem vivenciar contribuem para melhora da confiança ao lidar com o filho e podem permitir que desenvolvam de maneira eficaz o papel de pais. Tal confiança reflete na qualidade da atenção ofertada pelos pais à criança após a alta hospitalar, o que revela a importância de instruir a família sobre questões importantes relacionadas ao cuidado, condições clínicas e sinais de alerta no período de seguimento do prematuro com objetivo de reduzir os níveis de estresse da família.

Apoiar o envolvimento da família no cuidado e fornecer orientações a partir do momento da admissão melhora a confiança dos pais e ameniza a ansiedade durante a transição do hospital para o domicílio. O envolvimento de todos os membros da equipe de saúde - especialmente enfermeiros e assistentes sociais – na preparação dos pais para a alta hospitalar da UTIN, no fornecimento de apoio emocional, na avaliação de riscos e na identificação do suporte da comunidade é fundamental para garantir a segurança da alta de recém-nascidos de alto risco (JEFFERIES, 2014).

Em Ribeirão Preto, 38 mães de crianças prematuras hospitalizadas na UTIN integraram um estudo em um hospital universitário, no qual participaram de uma atividade educativa cujos objetivos incluíam a construção de saberes sobre os cuidados com o prematuro, a fim de prepará-las para a alta hospitalar. Eram entregues às mães cartilhas e as discussões foram desenvolvidas a partir de metodologia problematizadora. As falas das mães apontaram benefícios da atividade educativa como o aumento na segurança ao cuidar do filho, também como um espaço de descontração e amenização das tensões (FERECINI et al., 2009).

As intervenções realizadas com pais de crianças hospitalizadas na UTIN que visam prepará-los para a alta hospitalar promovem maior interação dos pais nos cuidados e melhor identificação do papel de pai/mãe. O *NICU Discharge Path* promove informações sobre alimentação, cuidados da criança, medicações e equipamentos, equipe de saúde. Após receber as informações, os pais praticam as tarefas com os filhos sob supervisão de um membro da equipe (GOLDSTEIN, 2013). A preparação dos pais para a alta pode amenizar os sintomas de ansiedade relacionados à responsabilidade de cuidar do bebê no domicílio, o que contribui para o aumento da confiança materna e paterna e promove o desenvolvimento saudável da criança.

Outra pesquisa desenvolvida com o objetivo de preparar os pais para a alta da UTIN foi realizada na *Washington State University*. No estudo foi desenvolvido um DVD/vídeo com base nas necessidades de conhecimento dos pais relatados na literatura, o que incluiu assuntos como higiene, sinais e sintomas de doença, segurança, ambiente estressante da UTIN, sugestões para lidar com o estresse e sintomas de depressão pós-parto. O material era disponibilizado para visualização aos pais no ambiente hospitalar e de acordo com suas possibilidades. Resultados apontaram que mesmo os pais que apresentavam medo de tocar seus filhos começaram a ganhar confiança ao passar dos dias e semanas da atividade. O desenvolvimento de um DVD/vídeo de preparação para a alta se tornou uma solução para reduzir riscos à criança e melhorar o processo de alta ao assessorar os pais no provimento de um cuidado seguro no domicílio (SCHLITTENHART, 2011).

A partir da literatura, verifica-se que muitas são as intervenções desenvolvidas com pais de prematuros e crianças nascidas com baixo peso no intuito de melhorar o conhecimento dos pais, integrá-los no cuidado dos filhos no ambiente hospitalar, preparando-os para o cuidado no domicílio e no seguimento do

RNPT, reduzir níveis de ansiedade e estresse e melhora da competência parental. No entanto, porção significativa dos materiais lidos é de origem internacional. Poucos são os estudos realizados no Brasil que articulam o planejamento e desenvolvimento de atividades educativas junto a mães de RNPT e no período revisado não se encontrou a correlação entre atividade educativa e a mensuração dos níveis de estresse antes e após atividades por meio de escalas padronizadas como, por exemplo, a EEP-UTIN e a IEP.

A proposta deste estudo, além da articulação entre o emprego de escalas mensuradoras de estresse e o desenvolvimento de atividades educativas, pauta-se no desenvolvimento de atividades educativas como um processo dialógico que se opõe às práticas “bancárias” de educação. Na prática “bancária” e não comunicativa, o educador deposita no educando os assuntos e temas que deseja que o educando memorize e não considera o que o educando já conhece, tampouco considera suas experiências de vida. O diálogo com o educador transforma os educandos em indivíduos permanentemente críticos à realidade que os circunda (FREIRE, 1987).

O autor referenda ainda que o educador nas relações de ensino precisa saber ouvir e estar apropriado da realidade que o circunda e na qual o educando está inserido para possibilitar a interlocução entre ambos gerando troca de experiências. Assim, “aprender e construir, reconstruir, constatar para mudar” (FREIRE, 2003, p. 28), nessa relação o educando é encorajado por meio do diálogo a revelar suas dúvidas, assim como as contradições vivenciadas na vida em sociedade. Desse modo, as mães de RNPT que participam da atividade educativa podem construir e reconstruir seu saber e identificar a necessidade de transformar sua realidade.

Assim, o propósito da realização das atividades não se resume à transferência de saberes e a culpabilização das mães quando seus filhos adoecem, mas sim, a promoção de um papel crítico e reflexivo nas questões que permeiam a saúde de suas famílias para empoderar as participantes no sentido de potencializar a competência materna. Streck; Redin; Zitkoski (2010) citando comentários de Freire acerca do empoderamento, mostram que este é resultado das interações sociais nas quais os seres humanos são construídos em decorrência da problematização da realidade e da conscientização que dá “poder” para modificar as relações sociais de dominação, além disso, o poder leva à liberdade e à libertação.

Neste estudo, busca-se o empoderamento das participantes por meio de dois pressupostos freireanos, a problematização e a dialogicidade.

A problematização sugerida por Freire possibilita que o sujeito se modifique e transforme também a realidade que está acontecendo a sua volta, a problematização promove a humanização (MUHL, 2010). “A educação problematizadora se faz, assim, um esforço permanente através do qual os homens vão percebendo, criticamente, como *estão* sendo no mundo *com que* e *em que* se acham” (FREIRE, 1987, p. 72).

A dialogicidade, tratada por Freire, assim compreende-se:

> O diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de ideias a serem consumidas pelos permutantes (FREIRE, 1987, p. 79).

As atividades educativas propostas neste estudo buscam abranger estes dois pressupostos: a problematização e o diálogo, a fim de que sejam construídos sujeitos ativos e transformadores.

A educação em saúde permeada pelo diálogo almeja o despertar de indivíduos críticos frente às lutas de direitos à saúde e à qualidade de vida, de modo que a educação em saúde abranja dimensões biológicas, políticas, ambientais, culturais, entre outros (SOUSA et al., 2010).

Para Freire, é importante considerar que os sujeitos da relação pedagógica possuem saberes, práticas e expectativas que precisam ser ponderadas, como neste caso, no desenvolvimento da atividade educativa para as mães (FREIRE, 1987).

No contexto do estudo desenvolvido, o diálogo foi o fio condutor das atividades educativas, em que os sujeitos foram considerados como detentores da sua história e possuidores de conhecimento prévio durante as atividades.

A atividade educativa desenvolvida neste ECR é do tipo simulação. Trata-se de uma estratégia para aproximar os participantes, neste caso as mães, de uma situação que simula aquela vivenciada na realidade, possibilitando um *feedback* de seus comportamentos e decisões (GIL, 2005).

Dentre as diferentes modalidades de simulação, a demonstração é a estratégia mais antiga utilizada pelos homens, e para que esta atividade atinja os objetivos propostos deve seguir os seguintes passos: preparação, apresentação, aplicação e verificação da aprendizagem. A preparação consiste na organização prévia de todos os recursos necessários. A apresentação é a fase na qual o professor mostra e explica as etapas de execução da tarefa. Na aplicação os alunos demonstram as tarefas e os erros e dúvidas são sanadas. A verificação da aprendizagem permite que o professor deixe os alunos executarem as atividades por conta própria, para verificar se conseguem realizar a tarefa (GIL, 2005).

Portanto, almeja-se que as atividades educativas sejam capazes de aumentar a confiança das mães no cuidado dos filhos, ao mesmo tempo em que, ao considerar suas histórias de vida e seus conhecimentos prévios, sejam instrumentos de empoderamento e humanização.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa ora descrita foi conduzida com uma abordagem quantitativa e desenvolvida por meio de um Ensaio Clínico Randomizado (ECR), longitudinal e prospectivo. Constituindo-se em recorte de projeto de pesquisa intitulado “Repercussões da prematuridade: estresse materno e programação metabólica após a alta hospitalar”, o qual foi submetido ao Edital Universal CNPq 014 e aprovado pelo processo 457109/2014-9, conforme Termo de Concessão (ANEXO A). O ECR foi registrado sob número RBR-9yz2pb no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos – Rebec, disponível no endereço eletrônico: http://ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-9yz2pb.

A pesquisa quantitativa é aquela que considera o que pode ser quantificável, ou seja, este tipo de estudo traduz em números opiniões e informações para depois, classificá-las e analisá-las, requer o uso de técnicas estatísticas (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010). Neste estudo, a avaliação do nível de estresse é mensurada e a análise e interpretação dos dados obtidos são quantificados.

O ECR é aquele no qual ocorre um experimento com objetivo de estudar os efeitos de uma intervenção. Os indivíduos participantes do estudo são alocados para Grupo Controle (GC) e Grupo Intervenção (GI) e os resultados são analisados de acordo com os desfechos apresentados pelos integrantes de cada grupo (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010). Os ensaios clínicos são importantes ferramentas para verificar intervenções medicamentosas ou não na saúde (COUTINHO; CUNHA, 2005). Trata-se, portanto, de pesquisa intervencional, ou seja, o pesquisador não foi passivo frente à realidade observada. Nesta pesquisa foi proposta como intervenção, uma atividade educativa, analisando os efeitos desta atividade nos níveis de estresse dos sujeitos participantes, correlacionando os resultados entre o GC e GI.

> Os estudos experimentais ou de intervenção tem por objetivo tentar mudar uma variável em um ou mais grupos de pessoas. [...] Os efeitos de uma intervenção são medidos através da comparação do desfecho nos grupos experimental e controle (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010, p. 49).

O estudo se caracteriza como longitudinal, o qual permite que os mesmos indivíduos sejam acompanhados por determinado período de tempo e os dados possam ser coletados em diferentes momentos (NETO; FALCÃO, 2014). Portanto, tem uma abordagem prospectiva, em que a análise tem início no presente e os sujeitos são acompanhados por um período de tempo pré-estabelecido (GIL, 2002). Nesta pesquisa, as mães de recém-nascidos prematuros foram acompanhadas durante a hospitalização, nas atividades educativas e após receberem alta hospitalar. Na pesquisa prospectiva a intervenção é planejada precocemente e o pesquisador analisa os resultados da intervenção após sua aplicação.

Conhecer a metodologia a que se propõe a pesquisa é etapa fundamental na elaboração e desenvolvimento do estudo, a fim de garantir a confiabilidade e qualidade do material a ser elaborado.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O cenário do estudo foi a UTIN e a UCI de um hospital universitário da região Oeste do Paraná e o ambulatório de seguimento do recém-nascido de risco do referido hospital. Tal serviço de saúde consiste em um hospital que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no qual são abrangidas inúmeras especialidades. É o maior hospital público da região Oeste e Sudoeste do estado e atende uma população de aproximadamente dois milhões de habitantes. Nesta instituição existem 195 leitos, englobando leitos de internamentos, ambulatórios de especialidades, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, UTI Adulto, UTI Pediátrica, UTIN, UCI, Pronto Socorro, Diagnóstico por imagem (Hemodinâmica, tomografia computadorizada, mamografia, ecografia, endoscopia e eletrocardiograma), Serviço de radiologia e Banco de Leite Humano (HUOP, 2014).

O ambulatório do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) foi criado em 2006 e atende uma demanda mensal próxima de 1500 usuários. Neste setor são ofertados atendimentos de diferentes profissionais como médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e fonoaudiólogos. Os usuários do serviço são encaminhados pelo próprio hospital universitário ou referendados pela 10ª Regional de Saúde e constituem-se de indivíduos provenientes de Cascavel ou de municípios da região que fazem parte da área de abrangência da referida regional (CASCAVEL, 2013).

O ambulatório de pediatria realiza em torno de 255 atendimentos mensais, sendo que do total de atendimentos 30 são destinados para o seguimento do recém-nascido de risco encaminhados pela UTIN ou pela UCI do hospital universitário. A UTIN e UCIN do hospital estudado dispõe de 10 leitos cada uma e são atendidos recém-nascidos prematuros, ou com malformações, crianças que sofreram anoxia durante o parto, que desenvolvem pneumonia congênita ou comunitária. De 2006 a 2013 a média de internações da UTIN foi de 258 internações anuais (CASCAVEL, 2014).

Desde a inauguração do ambulatório de seguimento de alto risco em 2006 foram atendidas aproximadamente 300 crianças, sendo que destas, 240 eram prematuras (80%), 144 (48%) crianças com BPN e 96 (32%) crianças com muito baixo peso ao nascer. Além destes diagnósticos, foram atendidos bebês com sequelas de anoxia neonatal, malformações, patologias cirúrgicas e infecções congênitas (CASCAVEL, 2014; CASCAVEL, 2013).

4.3 POPULAÇÃO, AMOSTRA E PERÍODO DO ESTUDO

A população desta pesquisa constituiu-se por mães de RNPT que estiveram hospitalizados na UTIN e UCI em estudo, no período de outubro de 2014 a julho de 2015 e que foram acompanhadas no ambulatório de seguimento do recém-nascido de risco até dezembro de 2015. Como critérios de inclusão do estudo têm-se: mães de RNPT com menos de 37 semanas de idade gestacional e que não apresentassem anomalias congênitas. Os critérios de exclusão foram: RNPT deixados para adoção; mães que relatassem problemas psiquiátricos; mães que relatassem uso contínuo de medicamentos controlados (ansiedade ou depressão); mães com complicações clínicas ou que tenham ido a óbito durante o estudo ou mães cujos bebês tenham ido a óbito; mães analfabetas; mães adolescentes sem acompanhante responsável; mães que não compareceram nas consultas no ambulatório de seguimento entre o 3º e 6º mês após a alta da UTIN ou UCIN.

A amostra foi calculada pelo programa *Gpower* 3.1.5®, contemplando tamanho de efeito de 0.8. No que diz respeito ao poder de teste, caracterizou-se por 0.8 no primeiro teste realizado e 0.77 no segundo teste realizado. O intervalo de confiança para todos os cálculos realizados foi de 95%, ou seja, probabilidade de erro de 0.05. Assim, a fim de garantir tais características, o programa sugeriu que a

amostra fosse constituída por, no mínimo, 15 mães no GI e 31 mães no GC, 46 mulheres no total, com uma taxa de alocação de 2, ou seja, 2 mulheres do GC para cada componente do GI.

Inicialmente, foram coletados dados de 72 mães de RNPT, contudo, 14 foram excluídas por diferentes motivos que incluíram a desistência da participação no estudo, o não atendimento aos critérios de inclusão e o recebimento de alta hospitalar antes da aplicação do pós-teste do instrumento Análise do conhecimento materno, tais informações estão melhor esquematizadas na Figura 8 a frente.

As 58 participantes restantes foram alocadas aleatoriamente para o GI e GC. Trinta e sete mães foram alocadas para o GC, no entanto, 9 mulheres não fizeram o acompanhamento dos filhos no ambulatório e um bebê veio a óbito, restando 27 no GC.

Já no GI 21 mulheres foram alocadas, entretanto, três mães não fizeram o seguimento no ambulatório, uma foi excluída devido óbito do bebê e duas mães não completaram as práticas educativas, contabilizando 15 participantes.

O poder de amostra de 0.8 calculado inicialmente no estudo não foi prejudicado pelas perdas ocorridas no desenvolvimento da pesquisa. Assim, ao final do estudo a amostra constituiu-se por 15 mães no GI e 27 no GC, devido à perda de participantes no seguimento no ambulatório de alto risco. Assim, a taxa de alocação do estudo foi de 1,8 que significa a razão entre as componentes do GC e as componentes do GI.

Observados os critérios de inclusão e exclusão, as mulheres eram abordadas e as características do estudo e seus objetivos apresentados de modo a verificar o interesse das mães em participar da pesquisa. Caso existisse interesse na participação, ofertava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), de posse do aceite e do termo assinado, entregava-se a EEP-UTIN (ANEXO B), o questionário sobre as características demográficas da mãe (APÊNDICE B) e instrumento para avaliar o conhecimento materno (APÊNDICE C) prévio sobre os cuidados do recém-nascido. Após isso, as mães eram randomizadas para serem alocadas entre GI e GC.

4.4 RANDOMIZAÇÃO

Semanalmente os pesquisadores responsáveis identificavam os nascimentos prematuros ocorridos no hospital estudado por meio de contato via telefone com a UTIN e UCI ou pela verificação do sistema Tasy implantado no hospital. Listavam-se os nascimentos prematuros e coletavam-se informações como nome das mães e telefones para contato, também se aplicavam os critérios de inclusão e exclusão no estudo a partir das informações coletadas.

As mães de RNPT eram contatadas via telefone para convidá-las a participar da pesquisa e para averiguar o dia em que visitariam os filhos no hospital. Na data marcada, os objetivos e métodos da pesquisa eram explicados, ocorria assinatura do TCLE, caso aceitassem participar do estudo, e aplicavam-se os instrumentos de coleta de dados (EEP-UTIN, Dados socioeconômicos das mães e dados clínicos do RNPT, Análise de conhecimento materno - Pré-teste). Estas tarefas eram realizadas pelo mestrando ou por um dos dois alunos de graduação em Enfermagem componentes do grupo de pesquisa e previamente treinados para a coleta de dados.

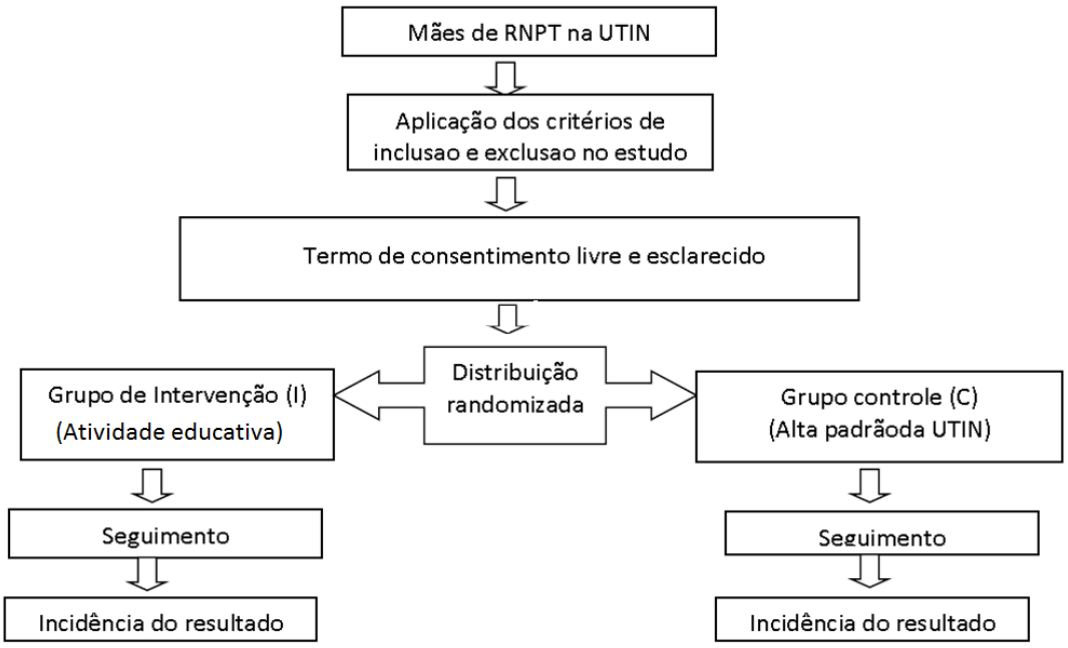
Trata-se de estudo unicego, de modo que os nomes das participantes entrevistadas eram repassados para o pesquisador responsável que não teve contato prévio com as mães. Os nomes eram escritos em tiras de papel e depositados em envelope para realização de sorteio, a fim de distribuir as mães de forma randomizada, arrolando-as para o GC ou GI. A Figura 1 esquematiza como ocorria a abordagem das participantes, a alocação nos grupos e o seguimento das mesmas.

As participantes foram alocadas ao acaso nos grupos (GC ou GI) a serem comparados, a fim de constituir grupos com características muito parecidas, com exceção da intervenção que será avaliada (COUTINHO; CUNHA, 2005).

Após a alocação, as mães pertencentes ao GI eram novamente contatadas via telefone a fim de escolher data e horário de acordo com sua disponibilidade para participar das atividades educativas. Esse contato era realizado pelo mestrando.

O mestrando agendava consultas no ambulatório de seguimento entre o terceiro e sexto mês após a alta hospitalar para verificar os níveis de estresse materno após a alta do serviço de saúde.

Figura 1 - Esboço geral da randomização no estudo quantitativo.



Fonte: POLIT; BECK, 2012, adaptado.

4.5 INTERVENÇÃO

As mães alocadas no GC pela randomização receberam as informações de rotina da unidade de internação do filho, assim como o preparo de alta padrão da UTIN ou UCI. As referidas unidades do HUOP realizam ações pontuais e individuais de educação em saúde direcionadas às mães de crianças hospitalizadas no setor. Na alta padrão da unidade as mães recebem informações sobre os cuidados do RNPT no domicílio que incluem orientações quanto ao aleitamento materno, higiene e troca de fraldas e acompanhamento no ambulatório de alto risco. Tais orientações são baseadas em cartilhas elaboradas pelos profissionais que trabalham nos setores e são repassadas de forma não sistemática pela equipe às mães ao longo da internação.

As mães do GI recebiam, além das orientações rotinas da unidade, a intervenção proposta neste ECR, cujo desfecho primário pré-estabelecido foi a redução dos níveis de estresse das referidas mães em relação às mães pertencentes ao GC, para tanto, foram empregadas escalas validadas para a mensuração desta variável. Os desfechos secundários esperados incluem a análise da influência do conhecimento materno nos níveis de estresse, a comparação do

grau de conhecimento das mães por meio do pré e pós-teste e a análise da influência de características clínicas do RNPT e sociodemográficas maternas nos níveis de estresse das mães.

Desse modo, a intervenção do ECR se constituiu de atividades educativas dirigidas às mães de RNPT, durante a hospitalização na UTIN ou UCI, sendo norteadas pelos pressupostos freireanos de problematização e dialogicidade. Dessa forma, as participantes podiam expor suas experiências, suas dúvidas e sugerir temas a serem discutidos. Por meio da interação entre o pesquisador (educador) e as mães é que ocorria a apresentação dos temas a serem discutidos e das experiências que as mães vivenciavam na nova situação de vida.

A atividade educativa visou preparar as mães de RNPT hospitalizados para o cuidado dos filhos, a partir do conhecimento do ambiente da UTIN/UCI, das características físicas e emocionais da criança e da realização de cuidados. As mães randomizadas no GI participaram de duas atividades educativas de duração de aproximadamente uma hora e 30 minutos cada (APÊNDICE E), em dias consecutivos. As atividades eram conduzidas por um enfermeiro e um aluno de graduação em Enfermagem, previamente treinados para a atividade.

Assim, a realização da intervenção deu-se de acordo com as seguintes etapas:

1. Revisão de literatura para levantamento dos temas mais comuns relatados por mães de RNPT referentes ao cuidado do filho no ambiente hospitalar e no domicílio, a fim de planejar e realizar as atividades com base em necessidades reais de conhecimento: amamentação, cuidados com as mamas, ordenha e armazenamento do leite, sinais de intercorrências (febre, choro, convulsões, mudança na frequência respiratória, etc.) e cuidados com a medicação, higiene do bebê, troca de fraldas e cuidados com as roupas do RNPT (SANTOS, 2014);
2. Elaboração de material didático de apoio às aulas teórico-práticas a partir do material obtido na revisão supracitada, como exemplo observado na Figura 2 a seguir;

Figura 2 - Exemplo de material didático empregado nas atividades educativas.

Fonte: Elaborado pela autora, 2015.

3. Criação de um ambiente simulando a UTIN/UCI no Laboratório de Habilidades do hospital. O referido ambiente foi estruturado a partir de figuras, vídeos, bonecos e recursos materiais como berços aquecidos, incubadoras, ventilador mecânico, monitores cardíacos, sondas, cateteres, entre outros materiais (Figura 3);

Figura 3 - Simulação do ambiente da UTIN/UCI para as atividades educativas.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2015.

4. Recepção das mães na UTIN/UCI por um dos pesquisadores, no dia agendado para a atividade educativa e condução ao Laboratório de

Habilidades. As datas e horários dos encontros eram estabelecidos a partir da preferência das participantes, a fim de garantir a presença das mesmas nas atividades;

5. Apresentação da unidade de simulação do ambiente da UTIN/UCI para as mães explicando sobre os materiais e equipamentos em contato com o bebê (manequim), e características do ambiente como ruídos e luminosidade;
6. Formação de uma roda de conversa, mediada pelo diálogo e interação entre pesquisadores e participantes, em que as mães eram convidadas a discutirem, em um primeiro momento, os temas propostos para atividade educativa com auxílio de recurso audiovisual (*slides* em Power Point), como exemplificado na Figura 2. A duração dessa atividade era em torno de 40 minutos;
7. Na sequência, iniciava-se a atividade prática no manequim. O mediador demonstrava o cuidado abordado na etapa de discussão, por exemplo, o banho do bebê, tendo a duração de 10 minutos (Figura 4);

Figura 4 - Atividade prática com os manequins.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2015.

8. Realização da prática junto ao manequim pelas mães, uma de cada vez, sendo auxiliadas pelo mediador durante 20 minutos (Figura 5). Todas as participantes poderiam ajudar a mãe que estava praticando, dando sugestões ou falando de suas experiências e anseios;

Figura 5 - Atividade prática realizada pelas mães com os manequins.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2015.

9. Acompanhamento das mães participantes até o local de internamento do RNPT (UTIN/UCI) onde, supervisionadas pelos pesquisadores e com autorização dos enfermeiros do setor, realizavam as práticas de cuidado com a criança por cerca de 20 minutos (Figura 6), considerando o estado de saúde dos RNPT;

Figura 6 - Atividade prática realizada com os filhos.

Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2015.

10. Finalizando o segundo dia de atividade educativa, as mães do GI eram fotografadas junto ao filho, após a prática do cuidado, com câmera instantânea Fujifilm Instax Mini 8, recebendo a foto e um kit presente (fraldas de recém-nascido, sabonete ou pequeno brinquedo);
11. Disponibilizado às mães uma cartilha contendo todo o conteúdo teórico discutido nas atividades educativas, denominada Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família – Figura 7 (FONSECA; SCOCHI, 2005). As participantes poderiam recorrer à leitura do material a fim de complementar as discussões realizadas durante as atividades educativas, pois foi elaborado com linguagem prática e de fácil compreensão;

Figura 7 - Cartilha entregue às mães.

Fonte: Fonseca LMM, Scochi CGS. Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família [cartilha]. Ribeirão Preto/SP: FIERP; 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Cartilha_cuidados_bebe_premat.pdf>.

12. Confirmava-se com a mãe o seu retorno após a alta hospitalar para acompanhamento do RNPT no ambulatório de alto risco, momento em que as participantes seriam avaliadas quanto aos níveis de estresse pela escala IEP (ANEXO C), enquanto aguardavam para consultar com a equipe do ambulatório.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.6.1 Escala de Estresse Parental na UTIN (EEP-UTIN)

Durante a hospitalização foi utilizada a EEP-UTIN (ANEXO B) que permite o autopreenchimento pelos participantes da pesquisa, possibilita a mensuração do nível de estresse de mães nesse período, considerando os aspectos ambientais e, psicológicos das mães e condições do recém-nascido. Assim, neste estudo, a forma de avaliar o estresse é como uma varável latente, pois é mensurado de forma indireta. A mensuração direta do estresse refere-se à avaliação de respostas como, por exemplo, as fisiológicas que incluem a avaliação das concentrações de cortisol (SILVA; ENUMO, 2014).

A EEP-UTIN foi desenvolvida por Miles et al. em 1993, especificamente para pais de crianças institucionalizadas em UTIN, e foi validado no Brasil por Souza (2009). É composto de 26 itens distribuídos em três subescalas: “sons e imagens”, “aparência e comportamento do bebê” e “alteração do papel de pai/mãe”. Os pais indicam em uma escala do tipo Likert que apresenta pontuação entre 1 e 5, se experimentaram estresse nos itens da escala. A pontuação “1” refere-se a não estressante, “2” um pouco estressante, “3” moderadamente estressante, “4” muito estressante e “5” extremamente estressante Quando as mães não vivenciam uma das experiências citadas elas devem circular a opção “NA” que significa “não se aplica” (SOUZA; DUPAS; BALIEIRO, 2012).

Segundo as autoras supracitadas, a primeira subescala do instrumento questiona as mães quanto aos “sons e imagens” percebidos no setor de hospitalização da criança. As mães classificam o estresse vivenciado frente à presença de monitores e equipamentos, ruídos que estes monitores e equipamentos emitem; a presença de outros bebês hospitalizados no ambiente, o número de pessoas trabalhando no setor e a necessidade de uso de ventilador mecânico durante o tratamento do bebê. O escore máximo que pode ser obtido nesta subescala é 30 e o escore mínimo que pode ser pontuado é 6.

A segunda subescala ou domínio questiona as mães quanto à “aparência e comportamento do filho”, são classificados itens como: presença de tubos e equipamentos próximos ou em contato com a criança; áreas machucadas ou lesões no bebê; sua cor; respiração; pele; e o tamanho anormal do bebê; sentimento e

fragilidade do filho. O escore máximo que pode ser obtido nesta subescala é 65 e o mínimo é 13.

A terceira subescala questiona às mães quanto ao seu “papel de mãe”. Neste item as participantes classificam o estresse em questões como a separação da mãe e do filho; não poder amamentar a criança; não poder realizar os cuidados do filho (por exemplo, trocar fraldas e banhar); não poder segurar no colo; incapacidade de proteger o bebê; e não poder ficar sozinha com o filho. O escore máximo que pode ser obtido nesta subescala é 35 e o mínimo é 7 (SOUZA; DUPAS; BALIEIRO, 2012).

4.6.2 Índice de Estresse Parental (IEP)

A escala IEP (ANEXO C) é aplicada na mensuração dos níveis de estresse materno após alta hospitalar e foi validada no Brasil por Pereira (2014). A primeira versão do instrumento foi elaborada por Abidin em 1983, esta ferramenta pode ser utilizada em pais de crianças de até 12 anos (ABIDIN, 2012).

A IEP também é um instrumento autoaplicável e foi desenvolvida para ser empregada fora do âmbito hospitalar. O referido instrumento encontrando-se em sua 4ª edição, sendo composto por 120 questões distribuídas em dois domínios: Domínio da Criança e Domínio dos Pais. Os pais das crianças indicam o grau de concordância frente às afirmações presentes na escala tipo Likert que têm uma variação de 1 a 5, optando por: concordo totalmente – CT (5), concordo – C (4), não tenho certeza – NC (3), discordo – D (2) e discordo totalmente – (1) (ABIDIN, 2012).

O nível de estresse geral dos pais pode ser obtido pela soma dos escores do Domínio dos Pais e do Domínio da Criança e seus níveis devem ser considerados pelos profissionais de saúde a fim de estabelecer intervenções adequadas. Quanto às categorizações do instrumento, a IEP indica a conversão do escore bruto em percentis, por meio de tabela da amostra normativa, que indica a distribuição dos escores brutos dentro da amostra padrão de acordo com a idade da criança (zero a doze anos). Assim, a média observada por Abidin (2012) para o escore de estresse normal encontra-se entre os percentis 16 e 84; escores entre os percentis 85 e 89 indicam escore de estresse elevado. Por fim, escore igual ou acima do percentil 90 representa nível de estresse clinicamente significativo, neste caso corresponderia ao escore bruto acima de 319 pontos, sendo que o percentil 99 equivale a 335 até o máximo de 505 pontos para o estresse total.

O primeiro domínio (Domínio da Criança) subdivide-se em seis subdomínios e questiona as mães quanto aos aspectos que podem indicar déficit de atenção/hiperatividade (DHA), capacidade da criança adaptar-se a mudanças no seu ambiente físico ou social – Capacidade de Adaptabilidade (CA), exigências dos pais para com os filhos (E), reforço positivo dos pais (RPP), humor (HU) e equilíbrio entre as expectativas dos pais e características da criança – Aceitabilidade (AC) (ABIDIN, 2012).

O segundo domínio (Domínio dos Pais) subdivide-se em sete subdomínios e questiona às mães quanto à sensação de capacidade no papel de ser mãe - Competência (CO), grau de suporte social - Isolamento (IS), nível de proximidade com a criança e capacidade de satisfazer as necessidades do filho – Vínculo (VI), condições de saúde da mãe (SA), sensação de liberdade e restrições impostas pelo papel de ser mãe – Restrição de Papel (RP), afetividade entre os pais - Depressão (DE), suporte emocional e físico do parceiro - Relacionamento Companheiro (RC) (ABIDIN, 2012).

Conforme Abidin (2012), em relação ao DC o escore mínimo é de 47, referente ao percentil 1 e o escore máximo possível é de 235, correspondendo ao percentil 99. Esse escore é obtido fazendo a soma das pontuações máximas que se pode obter em cada subdomínio, sendo: Capacidade de Adaptabilidade (CA) = 11-55; Aceitabilidade (AC) = 7-35; Exigência (E) = 9-45; Humor (HU) = 5-25; Déficit de Atenção/Hiperatividade (DHA) = 9-45 e Reforço Positivo dos Pais (RPP) = 6-30.

Já referente ao DP a pontuação mínima é de 54 pontos e a máxima é de 270 pontos, correspondendo respectivamente percentil 1 e 99. Esse valor é obtido através da soma dos escores máximos de cada subdomínio: Depressão (DE) = 9-43; Vínculo (VI) = 7-35; Restrição de Papel (RP) = 7-35; Competência (CO) = 13-65; Isolamento (IS) =6-30; Relacionamento com esposo/Companheiro (a), pai/mãe da criança (RC) = 7-35 e Saúde (AS) = 5-25.

O estresse total é definido como o somatório do escore obtido no Domínio da Criança e o Domínio dos Pais. Assim, podem ser obtidos três diferentes escores: um por domínio, um por subdomínio e um resultado total.

O instrumento ainda avalia as respostas defensivas dadas pelas mães, em que a soma das questões 56, 69, 70,71, 77, 80, 81, 82, 85, 87,88, 91, 93, 94 e 95 da IEP, gera um valor de resposta defensiva, escores de até 24 pontos nestas questões são significativos de comportamento defensivo (ABIDIN, 2012).

Outra característica avaliada pela IEP é o Estresse de Vida. Neste item (correspondido pelas questões 102 a 120) são questionadas situações que não são passíveis de controle como, por exemplo, desemprego e óbito na família, que podem intensificar os níveis de estresse materno. Em relação ao escore de estresse de vida, pais que obtiverem um escore bruto acima de 28 e que na conversão desse escore bruto o percentil obtenha valor igual ou maior que o percentil 90 da tabela normativa da IEP para crianças menores de um ano, significa que a mãe/pai deve ser referendados a uma assistência profissional (ABIDIN, 2012).

As mães participantes do estudo receberam a escala IEP e um cartão resposta (ANEXO C), no qual deveriam assinalar as respostas, durante a consulta de retorno do RNPT no ambulatório de seguimento do hospital em estudo.

4.6.3 Instrumento de coleta de dados socioeconômicos

Além da utilização das escalas para mensuração do nível de estresse materno, foram coletados dados para caracterizar a amostra do estudo, os quais consistiram de dados clínicos dos RNPT obtidos nos prontuários da UTIN e UCI, tais como, idade gestacional; idade corrigida; diagnósticos; morbidades na internação, Apgar. Um questionário foi aplicado para obter dados sociodemográficos das mães: idade, estado civil, ocupação, escolaridade, renda familiar, número de filhos e experiências prévias na UTIN ou UCI (APÊNDICE B).

4.6.4 Análise de conhecimento das mães

O conhecimento das mães sobre amamentação, cuidados com a mama e ordenha, higiene do bebê e sinais de alerta foi avaliado por meio do instrumento Análise do conhecimento materno (APÊNDICE C) previamente elaborado e validado por um Comitê de Juízes composto por sete profissionais da área de saúde da criança, com *expertise* nesse tema. O referido comitê foi composto por duas enfermeiras docentes, mestre e especialista em obstetrícia; uma médica neonatologista; uma enfermeira docente e doutora em educação e atuante na área de formação e educação em saúde; uma pedagoga doutora em educação e docente na área de formação e educação em saúde; e duas enfermeiras. As opiniões do

Comitê foram analisadas e a confiabilidade do instrumento foi verificada mediante cálculo do alfa de Cronbach e o valor obtido foi de 0,9257.

Lee J. Cronbach desenvolveu o coeficiente alfa de Cronbach em 1951, com intuito de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em pesquisa. O coeficiente mede a correlação entre as respostas de um questionário analisando o perfil de respostas dadas pelos entrevistados (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010). O coeficiente é expresso como um número entre 0 e 1 (TAVAKOL; DENNICK, 2011). Embora a literatura não aponte um valor de referência, alguns autores consideram adequado quando o coeficiente calculado for superior a 0,50 (LOPES; FERRARO; KOCH, 2015).

O instrumento de Análise do conhecimento materno era entregue para toda a amostra (mães que compunham o GI e GC) com intuito de avaliar qual o conhecimento prévio que estas possuíam durante a hospitalização (pré-teste). Em um segundo momento, as mães de RNPT hospitalizados na UTIN/UCI responderam novamente este instrumento (pós-teste), sendo que as mães do GC responderam logo após a saída do hospital, a fim de verificar se houve aumento do grau de conhecimento mediante as informações recebidas pela rotina padrão da unidade. As mães do GI responderam o questionário ao término das atividades educativas, a fim de avaliar o grau de conhecimento após a atividade.

4.6.5 Avaliação da atividade educativa

Para analisar os aspectos positivos e negativos elencados pelas participantes sobre a suficiência do tempo dispensado para as atividades, a relevância dos conteúdos abordados e a importância que a atividade representou para as mulheres, ao término das atividades educativas, as mães do GI responderam o instrumento denominado Avaliação da atividade educativa (APÊNDICE D).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados e armazenados por digitação dupla, em um banco de dados do programa Microsoft Excel 2010.

O estresse materno durante a hospitalização, mensurado na EEP-UTIN, pode ser avaliado por meio de média estatística dos escores assinalados pelas mães

participantes de três modos diferentes: métrica 1, métrica 2 e métrica 3 (MILES; FUNK; CARLSON, 1993 apud FERNANDES, 2014).

A métrica 1 (Nível de ocorrência do estresse) atribui uma nota (de 1 a 5) para os itens que as participantes relataram terem vivenciado no setor de hospitalização do filho, aqueles itens nos quais as mães referiram não terem vivenciado são considerados ausentes. Assim, calcula-se a média das respostas nos itens com estresse, em cada subescala e na escala total. Deve-se considerar, para o cálculo da média nas subescalas, que o denominador é o número de itens que a mãe vivenciou na escala (SOUZA, 2009).

A fim de elucidar melhor a métrica 1, segue o exemplo:

> 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
>
> O total de escores resultantes das respostas obtidas desta subescala sons e imagens é 24. A média das respostas é 4. Então, o nível de estresse nesta subescala é 4, o que significa que é muito estressante (SOUZA, 2009, p. 18-9).

Supondo que a mãe participante do estudo tenha respondido “NA” na questão número 6, este item seria considerado como ausente, assim, a média seria calculada com os 5 itens da escala que receberam alguma nota. Dessa forma, o escore total seria 15, que divido pelos 5 itens, geraria um nível de estresse equivalente a 3, ou seja, moderadamente estressante (SOUZA, 2009).

Na métrica 2 (Nível geral de estresse) as mães recebem nota 1 naqueles itens que relataram não terem vivenciado, o que indica que não houve estresse naquela situação. As notas da escala são calculadas pela média das respostas para

cada subescala e para a escala total. Para cálculo da média utiliza-se como denominador o número de itens de cada escala (SOUZA, 2009).

> 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 (SOUZA, 2009, p. 20)

Portanto, pela métrica 2, cada item respondido como “NA” recebe o valor 1, e a média é calculada com os 6 itens da escala. Assim, o escore total seria 11 e a média seria calculada dividindo-se 11 por 6, o que geraria um nível de estresse de 1,83, com arredondamento estatístico seria 2, que significa pouco estressante (SOUZA, 2009).

Ainda, a métrica 3 (Número total de experiências) avalia o nível de estresse por meio da simples contagem de respostas positivas dadas pelas mães aos itens em cada uma das escalas. Esta contagem reflete o número de experiências que a participante viveu (SOUZA, 2009).

Por exemplo,

> - Se para a subescala sons e imagens o escore total foi de 24 a média é 4.
> - Se para a subescala aparência e comportamento do bebê foi 36 (sendo que dois itens obtiveram a resposta NA), o nível de estresse desta subescala é de 3,24, com arredondamento estatístico a média é 3, o que significa moderadamente estressante.
> - Se para a última subescala alteração do papel de mãe o escore total foi de 35 que dividido por 7 é igual a 5, significa extremamente estressante (SOUZA, 2009, p. 21).

Assim, a soma dos escores de todas as subescalas acima é 95 e o número de respostas foi 24, pois dois itens foram assinalados como “NA” na subescala

aparência e comportamento do bebê. O resultado geral de estresse deste participante foi de 3,95, que com o arredondamento estatístico, foi 4, que significa muito estressante (SOUZA, 2009).

Neste estudo, apresenta-se somente a análise realizada pela métrica 2, pois, segundo Souza (2009) é o cálculo mais utilizado, pois possibilita a mensuração do estresse globalmente, considerando o nível geral de estresse nas experiências vivenciadas.

Os dados referentes ao GC e GI são apresentados primeiramente por meio de estatística descritiva, para em segundo momento ser feita a análise estatística inferencial com objetivo de comparar os grupos com fim de avaliar os níveis de estresse em cada um durante a hospitalização.

O estresse materno após a alta hospitalar medido pela IEP foi avaliado por meio de estatística descritiva e, posteriormente por meio da inferência estatística, que identifica se houve diferenças entre o GC e GI em relação ao nível de estresse experienciado em casa. Foram avaliados os percentis no Domínio da Criança e Domínio dos Pais, Escore de Estresse de Vida, o Escore de Respostas Defensivas e os valores totais de cada domínio de acordo com o cartão escore da IEP (ANEXO E).

A fim de caracterizar a amostra foram avaliadas as frequências absoluta e relativa referentes à idade, ocupação, renda familiar, estado civil, escolaridade, número de filhos, outras experiências na UTIN/UCI e se a mãe entrevistada já havia recebido orientações sobre os cuidados do RNPT no domicílio. Para os instrumentos de Análise do conhecimento materno foram calculadas as frequências relativa e absoluta das respostas das participantes no referido instrumento, assim como para a avaliação das atividades educativas

As variáveis quantitativas foram avaliadas quanto à distribuição dos dados por meio do teste de normalidade Shapiro-Wilk e análises de homocedasticidade por intermédio do Teste de Levene. As variáveis que estavam em acordo com os pressupostos de normalidade e homocedasticidade foram comparadas entre os GC e GI por meio do teste t-Student para amostras independentes. Além disso, foi calculada a variável Delta, que é resultante da diferença de respostas corretas entre o pós e o pré-teste. A partir da variável resultante, foi realizada a comparação entre GC e GI por meio do Teste T para amostras independentes.

Ainda, o Método de Monte Carlo (método de permutação) foi empregado na análise de dados, pois o GC e o GI apresentaram diferenças em algumas variáveis, o que configura uma característica de heterogeneidade dos grupos. Assim, o referido método foi utilizado para avaliar se essas diferenças entre os grupos eram significativas e comparando GC e GI quanto aos dados clínicos do bebê (ventilação, morbidades, gênero, Apgar no 1º e 5º minuto, peso ao nascer, idade gestacional, idade pós-natal, tipo de parto) e nas questões socioeconômicas das mães (recebimento de orientações, outras experiências na UTIN/UCI, número de filhos, escolaridade, estado civil, renda, ocupação e idade materna) em relação à variável Delta. A escolha pelo Método de Monte Carlo deve-se às restrições impostas pelo método do qui-quadrado, ou seja, devido a algumas frequências absolutas terem se apresentado inferiores a 1.

Para a análise da variável Delta também foi empregada a Análise da Variância Fatorial. Além disso, cada variável independente foi testada pelo método de Stepwise, assim, para ser selecionada a variável deveria ter probabilidade de 5% de significância e para ser excluída a probabilidade era de 10% de significância. As variáveis independentes foram analisadas por meio da estatística t-Student.

Todos os testes de hipótese foram realizados no programa XLStat, versão 2015, assumindo um nível de significância de 0,05. Os dados são apresentados em tabelas e figuras.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em atendimento à Resolução 466 aprovada em 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a), a pesquisa desenvolvida foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná mediante Parecer 385.370 em 17 de setembro de 2013 (ANEXO D) (CEP/UNIOESTE, 2013). Além disso, os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), a fim de garantir os princípios éticos da pesquisa, quando se tratava de mães adolescentes, estas assentiram em participar do estudo, contudo, o TCLE era assinado pelo responsável legal.

Os objetivos da intervenção incluíram o empoderamento das mães em relação aos cuidados de seus filhos e famílias por meio de dois pressupostos freireanos, a problematização e a dialogicidade. No entanto, danos não intencionais podem ter ocorrido, em consequência da participação no estudo ou das atividades educativas, como, por exemplo, a mãe sentir-se pressionada a participar dos encontros, ou constrangida ao realizar as práticas junto de outras mães com medo de ser avaliada ou julgada por não conseguir realizar um cuidado adequadamente.

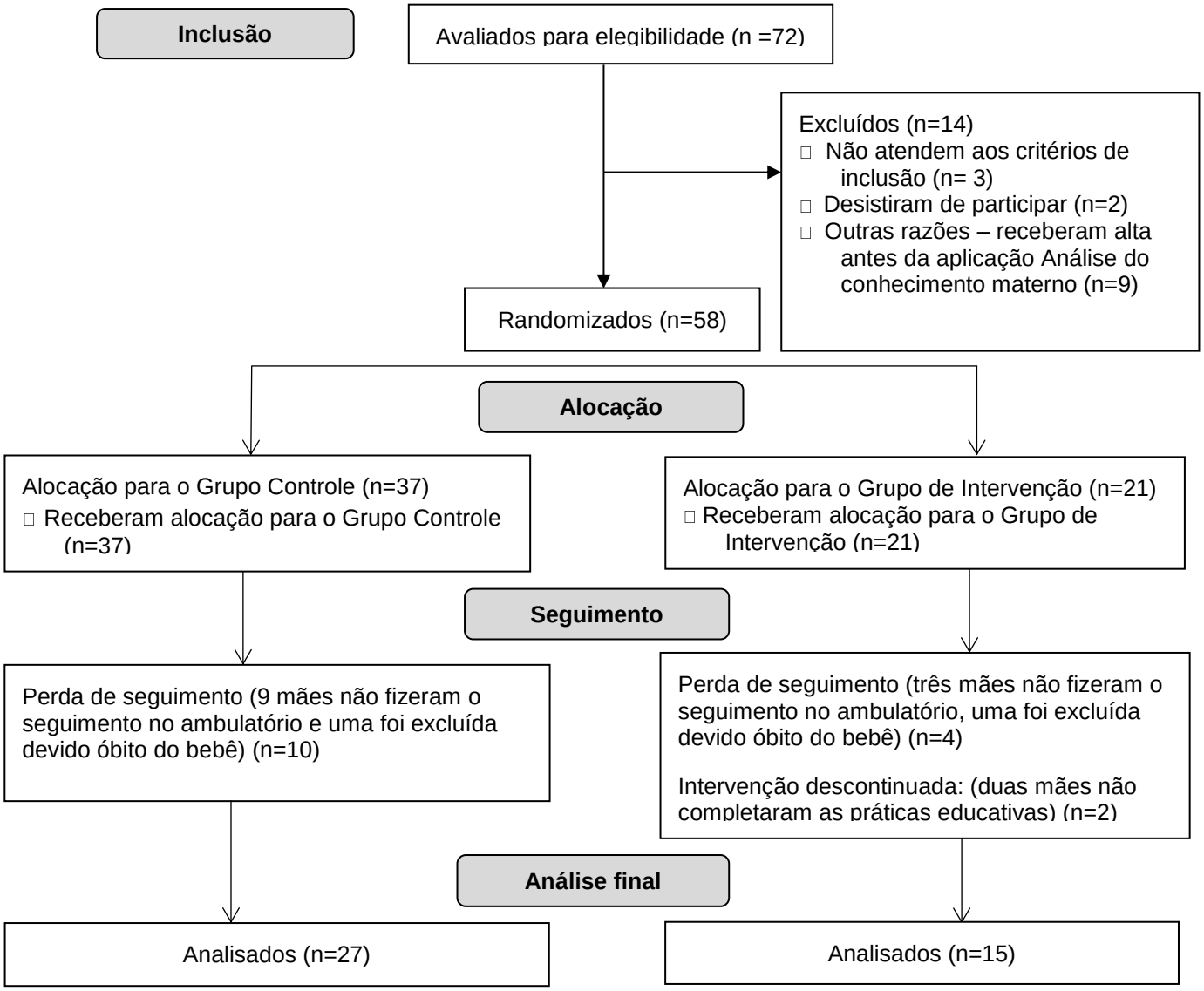
Tais danos não foram identificados pelos pesquisadores durante as etapas de realização do ECR, de modo que, se tais situações fossem percebidas, as mães seriam questionadas sobre o interesse na continuação da participação no estudo podendo desistir a qualquer momento.

5 RESULTADOS

5.1 FLUXO DOS PARTICIPANTES

Seguindo os *Guidelines* elaborados por *Consolidated Standards of Reporting Trials* (*CONSORT*) para estudos tipo ECR (CONSORT, 2010), o fluxograma a seguir apresenta a maneira como os participantes foram recrutados e tratados no desenvolvimento deste ECR.

Figura 8 - Fluxograma CONSORT 2010.



Fonte: http://www.consort-statement.org/consort-2010, adaptado.

O recrutamento de participantes teve início em outubro de 2014 até julho de 2015, quando foi entrevistado o número de mães definido em cálculo amostral.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A análise dos instrumentos utilizados para coleta de dados permitiu o delineamento das características das 51 mães de RNPT hospitalizados na UTIN ou UCIN que participaram do estudo. A Tabela 1 refere-se a aspectos como a idade materna, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar e número de filhos, além do RNPT.

Tabela 1 - Caracterização das mães de RNPT hospitalizados na UTIN/UCI quanto aos dados sociodemográficos e tipo de parto. P-valor obtido pelo Método de Monte Carlo. Cascavel/PR, 2015.

Variáveis	Controle		Intervenção		
	FA	FR	FA	FR	P
Idade materna					
até 14 anos	0	0	1	6%	0,787
De 15 a 19 anos	6	18%	3	18%	
De 20 a 24 anos	**13**	**38%**	4	24%	
De 25 a 29 anos	4	12%	1	6%	
De 30 a 34 anos	6	18%	**5**	**29%**	
35 anos ou mais	5	15%	3	18%	
Escolaridade					
Até 4 anos de estudo	1	3%	0	0	0,019
De 5 a 9 anos de estudo	7	21%	**9**	**53%**	
De 10 a 12 anos de estudo	**19**	**56%**	6	35%	
Mais de 12 anos de estudo	6	18%	2	12%	
Não informado	1	3%	0	0	
Estado civil					
Casada ou união estável	**23**	**68%**	**11**	**65%**	0,842
Solteira	8	24%	6	35%	
Divorciada	1	3%	0	0	
Não informado	2	6%	0	0	
Ocupação					
Autônoma	1	3%	0	0	1,000
Trabalhadora informal	1	3%	1	6%	
Trabalhadora formal	**17**	**50%**	**9**	**53%**	
Do lar	13	38%	7	41%	
Não informado	2	6%	0	0	

Continuação					
Renda familiar					
Menor que 1 salário mínimo	1	3%	1	6%	
De 1 a 3 salários mínimos	**21**	**62%**	**11**	**65%**	
De 4 a 6 salários mínimos	7	21%	3	18%	0,695
Maior que 6 salários mínimos	1	3%	2	12%	
Não informado	4	12%	0	0	
Número de filhos além do RNPT					
Um	8	24%	3	18%	
Dois	3	9%	3	18%	
Três	1	3%	1	6%	0,938
Quatro ou mais	2	6%	1	6%	
Não tem outros filhos	**20**	**59%**	**9**	**53%**	
Tipo de parto					
Normal	13	38%	5	29%	0,770
Cesárea	**21**	**62%**	**12**	**71%**	

Fonte: Banco de dados da autora, 2015.

O Ministério da Saúde considera gestação de alto risco e com risco para parto prematuro aquela em que a idade materna for menor que 15 anos ou maior que 40 anos (BRASIL, 2012b). Neste estudo, para o GC, a faixa etária mais comum encontrada foi de adultas jovens, fora da faixa etária considerada de risco pelo Ministério da Saúde, ou seja, 17 (50%) mulheres tinham de 20 a 29 anos. No GI, a faixa etária prevalente foi a de 30 a 34 anos para cinco (29%) participantes. A faixa etária materna de 21 a 29 anos também foi a principal para 47,1% dos nascidos prematuros no estado do Ceará em 2005 (SAMPAIO; PINTO; SAMPAIO, 2012).

Dezenove (56%) participantes do GC afirmaram ter de 10 a 12 anos de estudo, de modo que a maioria das mães de RNPT eram pessoas que ingressaram ou completaram o ensino médio. No entanto, a escolaridade prevalente do GI foi de 5 a 9 anos de estudo, ou seja, nove (53%) das mães tinham iniciado ou completado o ensino fundamental. Em estudo realizado em Fortaleza em 2005, o ensino fundamental (completo ou incompleto) também foi prevalente para 64% das mães de RNPT (SÁ; COSTA; SÁ, 2012). Neste estudo, comparando a escolaridade entre GC e GI observa-se que houve diferença estatística entre os grupos (p 0,019), demonstrando a não homogeneidade entre os grupos em relação à escolaridade, o que pode ser considerado um viés. O nível de escolaridade materna encontrado, não se constitui em fator de risco para saúde da maioria das crianças do GC, em especial as hospitalizações com maior frequência, visto que a maioria tem mais que

oito anos de estudo (CHALFUN et al., 2009). Contudo, a maioria das mães do GI tem até nove anos de estudo, o que pode se constituir em maior vulnerabilidade para os RNPT deste grupo, os quais além de tudo têm menor idade gestacional e menor peso.

A maioria das participantes, 23 (68%) mães do GC e 11 (65%) do GI, era casada ou vivia em união estável. Dado semelhante foi relatado em um estudo que avaliou os fatores de risco maternos para a prematuridade no Maranhão, no qual 78% das mães de prematuros eram casadas ou viviam em união estável (ALMEIDA et. al., 2012). A participação do pai da criança no ambiente da UTIN permite o desenvolvimento de uma nova figura paterna que se preocupa com a manutenção da integridade familiar, fornece apoio à esposa e preocupa-se com a continuidade ao cuidado do filho pré-termo (SANTOS et. al., 2012). Assim, ter um companheiro é muito importante para a mãe do RNPT, pois a carga emocional advinda do nascimento prematuro pode ser melhor enfrentada com o apoio da família.

No que diz respeito à ocupação, o trabalho formal foi prevalente nos dois grupos. Dezessete (50%) participantes eram trabalhadoras formais no GC e nove (53%) no GI. Diferentemente do encontrado nesta pesquisa, estudo realizado em Pernambuco desvelou que 80% das mães de prematuros que tiveram parto traumático não exerciam atividade remunerada (PONTES; CANTILLINO, 2014).

A renda familiar predominante foi de até três salários mínimos para 22 (65%) mulheres do GC e para 12 (71%) das participantes do GI. À época do estudo o salário mínimo do país era R$ 788,00, como as famílias relataram que recebiam até três salários mínimos, soma-se um montante de no máximo de R$ 2364,00.

Dentre as participantes, 20 (59%) mães do GC e nove (53%) do GI eram primíparas, ou seja, mesmo não tendo experiência com a maternidade, vivenciavam a prematuridade e a hospitalização do filho logo após o parto, como evidenciado na revisão de literatura, fato que se configura em situação de estresse. A primiparidade teve associação estatística significativa com a prematuridade em estudo realizado no Maranhão (ALMEIDA et. al, 2012).

O parto cesáreo foi o mais prevalente nas entrevistadas, sendo estatisticamente equivalente entre os grupos (χ^2=0,205; p=0,770), em que se configurou no procedimento realizado em 21 (62%) das mães do GC e em 12 (71%) das mães do GI. As cesarianas foram realizadas em 51,3% dos partos prematuros de estudo realizado em um hospital universitário do Rio Grande do Sul (MADI et al.,

2012). Salienta-se que esse tipo de parto é a primeira opção em caso de prematuros, pois o parto vaginal pode apresentar complicações como escoriações e equimoses, fratura de clavícula, lesão do plexo braquial, insuficiência respiratória, dificuldade de sucção, rotura de grandes seios venosos do cérebro e maior número de óbitos (SILVA et al., 2015a).

As participantes também foram questionadas quanto a experiências prévias na UTIN ou UCI com outros filhos e se a equipe do setor, no qual a criança estava hospitalizada, havia fornecido orientações sobre os cuidados com o filho prematuro (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização das mães de RNPT hospitalizados quanto à experiência na UTIN/UCI. P-valor obtido pelo Método de Monte Carlo. Cascavel/PR, 2015.

Variáveis	**Controle**		**Intervenção**		
	FA	FR	FA	FR	**P**
Outras experiências na UTIN/UCI					
Sim	2	6%	2	12%	
Não	13	38%	6	35%	0,821
Não, pois não possui outros filhos	**19**	**56%**	**9**	**53%**	
Recebimento de orientações sobre cuidados com o RNPT					
Sim	16	47%	7	41%	0,281
Não	**18**	**53%**	**10**	**59%**	

Fonte: Banco de dados da autora, 2015.

Dentre as participantes que possuíam outros filhos além do RNPT, no GC 13 (38%) mães não tinham experienciado a hospitalização dos filhos em UTIN ou UCI. Para o GI, seis (35%) mulheres não tinham experiência prévia com estes setores. Aproximadamente metade das entrevistadas afirmou não ter recebido orientações sobre como cuidar do RNPT, ou seja, 18 (53%) das mães que integraram o GC e 10 (59%) do GI. A educação em saúde para mães de prematuros se revela necessária, tanto para integrar a mãe nos cuidados de seu filho, bem como para participar das decisões terapêuticas direcionadas ao bebê, adotando um novo papel dentro do setor neonatal, exercendo seus direitos de cidadã numa posição mais assertiva em relação ao filho e possibilitando um cuidado mais adequado (ARAÚJO; RODRIGUES; PACHECO, 2015).

As Tabelas 3 e 4 trazem informações a respeito dos RNPT cujas mães constituíram a amostra do estudo. A Tabela 3 diz respeito à idade pós-natal dos

bebês no momento da entrevista das mães, ou seja, data na qual ocorreu mensuração dos níveis de estresse durante a hospitalização.

Tabela 3 – Caracterização dos bebês hospitalizados na UTIN/UCI quanto à idade pós-natal no momento da entrevista com as mães. P-valor obtido pelo Método de Monte Carlo. Cascavel/PR, 2015.

Variáveis	Controle		Intervenção		
	FA	FR	FA	FR	P
Idade pós-natal					
Até 7 dias	**25**	**64%**	**14**	**70%**	
De 8 a 14 dias	12	31%	4	20%	
De 15 a 21 dias	1	3%	1	5%	0,584
De 22 a 30 dias	0	0	1	5%	
Mais de 31 dias	1	3%	0	0	

Fonte: Banco de dados da autora, 2015.

A maioria das mães teve os níveis de estresse mensurados quando o bebê tinha até sete dias, assim, 25 (64%) mulheres do GC e 14 (70%) mães do GI foram entrevistadas em até uma semana após nascimento do filho.

A Tabela 4 demonstra dados clínicos dos bebês como tipo de parto, idade gestacional, peso ao nascer, Apgar no primeiro e quinto minuto de vida, gênero, morbidades e necessidade de ventilação mecânica.

Tabela 4 - Caracterização dos bebês hospitalizados na UTIN/UCI quanto aos dados clínicos. P-valor obtido pelo Método de Monte Carlo. Cascavel/PR, 2015.

Variáveis	Controle		Intervenção		p
	FA	FR	FA	FR	
Idade gestacional					
Menor ou igual a 28 semanas	3	8%	**10**	**50%**	
De 29 a 31 semanas	6	15%	6	30%	**<0,0001**
De 32 a 36 semanas	**30**	**77%**	4	20%	
Peso ao nascer					
Até 1000 gramas	0	0	**9**	**45%**	
De 1001 a 1500 gramas	10	26%	4	20%	
De 1501 a 2000 gramas	14	36%	6	30%	**<0,0001**
Maior que 2000 gramas	**15**	**38%**	1	5%	
Apgar no 1º minuto					
De 7 a 10	**23**	**59%**	**10**	**50%**	
De 4 a 6	13	33%	6	30%	
Menor que 4	3	8%	4	20%	0,409

Continuação

Apgar no 5º minuto					
Apgar no 5º minuto					
De 7 a 10	**34**	**87%**	**17**	**85%**	1,000
De 4 a 6	5	13%	3	15%	
Menor que 4	0	0	0	0	
Gênero					
Masculino	**24**	**62%**	9	45%	0,282
Feminino	15	38%	**11**	**55%**	
Morbidades					
Enterocolite necrotizante	1	3%	0	0	0,138
Sepse tardia	2	5%	1	5%	
Doença broncopulmonar	1	3%	0	0	
Doença de membrana hialina	0	0	3	15%	
Insuficiência/Desconforto respiratório	14	36%	5	25%	
Não se aplica	**21**	**54%**	**11**	**55%**	
Ventilação mecânica					
Sim	14	36%	**13**	**65%**	0,059
Não	**25**	**64%**	7	35%	

Fonte: Banco de dados da autora, 2015.

Trinta (77%) mulheres do GC afirmaram que os filhos nasceram entre 32 a 36 semanas de idade gestacional e 10 (50%) mães do GI referiram idade gestacional menor ou igual a 28 semanas. De modo contrário ao observado em outro estudo realizado no município de Cascavel, Paraná no qual a idade gestacional prevalente foi de 28 a 32 semanas em 55% dos nascidos prematuros com menos de 1500 gramas (ROVER, 2015).

O peso ao nascer prevalente no GC foi de crianças com mais de 2000 gramas para 15 (38%) bebês, e no GI a maior prevalência foi de crianças com até 1000 gramas em nove (45%) casos. Dentre os nascimentos prematuros ocorridos no ano de 2013, no Brasil, 4,3% corresponderam a bebês nascidos com até 999 gramas, 5,7% nasceram com peso entre 1000 a 1499 gramas, 32% nasceram com 1500 a 2499 gramas e 58% dos RNPT apresentaram mais que 2500 gramas ao nascer (BRASIL, 2015a).

O índice de Apgar prevalente no primeiro minuto foi de 7 a 10 em 23 (59%) dos RNPT do GC e em 10 (50%) dos bebês do GI. No quinto minuto, o mesmo índice, ocorreu em 34 (87%) bebês do GC e em 17 (85%) do GI. Estudo realizado com prematuros durante a primeira oferta de amamentação em Porto Alegre mostrou que o índice de Apgar prevalente no 1º minuto de vida foi de 9 em 46,7%

dos RNPT e de 8 no 5º minuto em 53,3% dos nascidos pré-termo (SILVA; ALMEIDA, 2015).

Os RNPT somaram 24 (62%) crianças do gênero masculino no GC e 11 (55%) do gênero feminino no GI. A realidade brasileira mostra que, no ano de 2013, 53% dos nascidos prematuros eram do gênero masculino e 47% do gênero feminino (BRASIL, 2015a).

Quanto às morbidades, a insuficiência ou desconforto respiratório foi a condição mais visível nos dois grupos, para 14 (36%) bebês do GC e cinco (25%) do GC. No entanto, a maior parte dos bebês não apresentou outras morbidades, além da prematuridade ou baixo peso, pois as entrevistas eram feitas nos primeiros dias de vida após o nascimento e as condições diagnosticadas até então eram decorrentes da idade precoce e pouco peso ao nascer. Um dado não observado nesta pesquisa, mas apresentado por estudo realizado no Paraná faz referência à morbidades do RNPT, a sepse tardia esteve presente em 69% dos prematuros com peso ao nascer de até 1500 gramas, a doença de membrana hialina em 65% dos RNPT, a displasia broncopulmonar em 55% dos bebês de um hospital universitário do Oeste do Paraná (ROVER, 2015).

Ainda, 25 (64%) dos RNPT do GC não necessitaram de ventilação mecânica, enquanto que o oposto ocorreu no GI, ou seja, a maior parte das crianças necessitou deste procedimento em 13 (65%) dos casos.

Os dados evidenciam que dentre as variáveis analisadas sobre o RNPT, a IG ($p < 0,0001$) e o peso ao nascer ($p < 0,0001$) foram estatisticamente significativos na comparação entre GC e GI, ou seja, os grupos não eram homogêneos nesse aspecto.

5.3 ESTRESSE DE MÃES DE RNPT DA HOSPITALIZAÇÃO AOS SEIS MESES APÓS A ALTA HOSPITALAR

Os resultados desta pesquisa referentes a atividade educativa como mediadora do cuidado, o estresse materno na hospitalização e a avaliação do conhecimento e o estresse após alta, serão apresentados a seguir no formato de artigos, conforme nominados abaixo:

- **Artigo 1 a ser enviado a revista Texto & Contexto de Enfermagem:** Atividade educativa para mães de recém-nascidos prematuros como suporte para o cuidado

- **Artigo 2 a ser enviado a revista Acta Paulista de Enfermagem:** Nível de estresse de mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados mensurado pela escala de estresse parental

- **Artigo 3 a ser enviado para Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa:** Atividade educativa e estresse de mães de prematuros após a alta hospitalar: ensaio clínico randomizado.

ARTIGO CIENTÍFICO 1

Atividade educativa para mães de bebês prematuros como suporte para o cuidado

5.3.1 Artigo científico 1 enviado a revista Texto & Contexto de Enfermagem: Atividade educativa para mães de recém-nascidos prematuros como suporte para o cuidado

ATIVIDADE EDUCATIVA PARA MÃES DE BEBÊS PREMATUROS COMO SUPORTE PARA O CUIDADO

EDUCATIVE ACTIVITY FOR MOTHERS OF PRETERM INFANT AS A SUPPORT TO THE CARE

ACTIVIDAD EDUCATIVA PARA MADRES DE NIÑOS PRETERMINOS COMO UM SUPORTE AL CUIDADO

Bruna Maria Bugs[1]
Cláudia Silveira Viera[2]
Rosa Maria Rodrigues[3]
Solange de Fátima Reis Conterno[4]
Núbia Toniazzo dos Santos[5]
Sarah da Silva de Souza[6]

Artigo original

Agradecimento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Autor(a) correspondente: Bruna Maria Bugs. Rua Universitária, 2069, Jardim Universitário, CEP 85819-110, Cascavel, Paraná, Brasil. (45) 9917 0788, brunabugs@yahoo.com.br

Contribuição dos autores:
Autores 1 e 2 realizaram a concepção da projeto e análise de dados.
Autores 3 e 4 contribuíram com a revisão crítica do conteúdo intelectual.
Autores 4 e 5 aprovaram a versão final a ser publicada.

[1] Enfermeira. Mestranda em Biociências e Saúde na Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: brunabugs@yahoo.com.br.
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunta do Colegiado de Enfermagem e do Mestrado de Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: clausviera@gmail.com.
[3] Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Associada do Colegiado de Enfermagem e do Mestrado de Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: rmrodri09@gmail.com.
[4] Pedagoga. Doutora em Educação. Professora Adjunta do Colegiado de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: solangeconterno@gmail.com
[5] Enfermeira. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: nubia.toniazzo@hotmail.com.br.
[6]Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, E-mail: so.uzi@hotmail.com

RESUMO

Atividades educativas têm sido desenvolvidas com pais de Recém-Nascidos Prematuros objetivando prepará-los para cuidar dos filhos após a alta hospitalar. **OBJETIVOS:** descrever o processo de elaboração e desenvolvimento metodológico de atividade educativa realizada junto às mães de prematuro hospitalizados e avaliar o grau de conhecimento materno sobre os cuidados com o prematuro antes e após a atividade educativa. **MÉTODOS:** estudo metodológico de proposta de atividade educativa realizada com mães de prematuros hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários. **RESULTADOS:** 17 mães participaram do estudo com idade prevalente de 30 a 35 anos. Em sua maioria possuíam de 5 a 9 anos de estudos e eram casadas ou viviam em união estável. No pré-teste as mães acertaram em média 80% das questões e ao término das atividades, acertaram em média 93% das questões. De modo geral, as participantes disseram que a atividade educativa foi importante para solucionar dúvidas e aumentar a confiança materna ao cuidar dos filhos prematuros. **CONCLUSÃO:** As atividades educativas realizadas com mães de recém-nascidos prematuros mostraram ser importante ferramenta para o cuidado na atenção a família e seus filhos pré-termo a fim de melhorar o conhecimento e o empoderamento materno.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Mães. Prematuro. Métodos. Treinamento por simulação.

ABSTRACT

Educative activities have been developed with parents of premature newborns aiming the participation in the care of their babies, reducing family stress levels and preparing the families to the care after hospital discharge. **AIMS:** to describe the process of preparing and developing educative activity conducted with mothers of preterm infants and to assess the degree of maternal knowledge about the care of premature babies before and after the educational activity. **METHODS:** methodological research about educative activity developed with mothers of premature newborns hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit and Intermediate Care Unit. **RESULTS:** 17 mothers participated in the study with prevalent age of 30 to 35 years old. Most of them had 5-9 years of study and were married or living in a stable union. In the test before the activity mothers got on average 80% of the questions and at the end of the activities, they got 93% of the questions on average. In general, the participants said educative activities were important to answer doubts and improve maternal confidence during the care of premature children. **CONCLUSIONS:** the educative activities developed with mothers of premature newborns proved to be an important tool to the care of families with preterm children in order to improve the knowledge and maternal empowerment.

Keywords: Health Education. Mothers. Premature. Methods. Simulation Training.

RESUMEN

Las actividades educativas se han desarrollado con los padres de los recién nacidos prematuros con el objetivo de participación en el cuidado infantil, la reducción de los niveles de estrés familiar preparándola para el cuidado de los niños después del alta hospitalaria. **OBJETIVO:** Describir el proceso de preparación y el desarrollo de la actividad educativa realizada con las madres de los recién nacidos prematuros y para evaluar el grado de conocimiento de la madre en el cuidado de los prematuros antes y después de la actividad educativa. **MÉTODOS:** estudio metodológico sobre las actividades educativas realizadas con madres de niños prematuros hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Unidad de Cuidados Intermedios **RESULTADOS:** 17 madres participaron en el estudio, la edad prevalente fue de 30-35 años. La mayoría tenían de 5-9 años de estudio y estaban

casados o vivían en unión estable. En el pre test las madres presentaran 80% de las preguntas correctas y al final de las actividades, llegaron a 93% de acertó en las preguntas. En general, los participantes consideraron que la actividad educativa fue importante para sanar dudas y aumentar la confianza de la madre para cuidar a los niños prematuros. **CONCLUSIÓN:** Las actividades educativas llevadas a cabo con las madres de los recién nacidos prematuros demostró ser una herramienta importante en el cuidado de las familias con niños prematuros con el fin de mejorar el conocimiento y el empoderamiento de la madre.
Palabras clave: Educación en Salud. Madres. Prematuro. Métodos. Entrenamiento Simulado.

INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança traz consigo a necessidade do exercício da parentalidade que significa em assumir as responsabilidades inerentes ao cuidado e educação dos filhos implicando em direitos e deveres para o desenvolvimento e auto realização da criança[1]. Os pais começam a exercer sua parentalidade mediante as interações com o filho, no entanto, quando ocorre após o nascimento a separação entre pais e filhos, por exemplo, devido à hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), o papel de pai e mãe é alterado. Dessa forma, o processo de parentalidade pode ser influenciado pela dificuldade no estabelecimento do vínculo, pois a criança é abruptamente retirada de perto de seus familiares devido à hospitalização.[2]

As alterações no processo de parentalidade podem prejudicar o fortalecimento da autoconfiança, autoeficácia e competência dos pais. A autoconfiança é a percepção materna de sua habilidade para cuidar e compreender o filho, enquanto que autoeficácia é compreendida como o julgamento que um indivíduo possui sobre sua capacidade de alcançar determinados objetivos.[3] No que se refere à competência materna, esta é influenciada por diversos fatores, como exemplo os níveis de estresse. Altos níveis de competência materna foram associados com baixo estresse parental e melhor adaptacão ao papel de mãe.[4]

Modificações na autoconfiança e competência materna, geradas pela hospitalização podem interferir no exercício da parentalidade, ainda na UTIN e se estender para o domicílio. O desenvolvimento de estratégias de empoderamento de pais na UTIN é eficaz para reduzir os sinais de depressão destes e aumentar sua autoeficácia parental, contribuindo ainda para redução do nível de estresse percebido em pais de recém-nascidos com muito baixo peso ao nascer.[5]

Nesse contexto, inúmeras experiências são desenvolvidas com mães e famílias de Recém-Nascidos Prematuros (RNPT), a fim de inserir os pais no cuidado dos filhos e, consequentemente, prepará-los para o cuidado após a alta hospitalar, estimulando, dessa

forma, a competência materna adequada. Tais experiências incluem atividades educativas que são compreendidas como o processo de ensino que envolve o compartilhamento de informações e experiências para desenvolver aprendizado e comportamentos relacionados à saúde.[6-9]

Ainda, as atividades educativas desenvolvidas com pais de RNPT demonstraram ser eficazes no aumento dos escores de conhecimento e de práticas realizadas pelas mães,[10] assim como a preparação dos pais para a alta da UTIN melhorou a confiança destes ao tocarem seus filhos e promoveu uma transição entre a alta hospitalar e os cuidados do filho no domicílio mais segura.[11] No Brasil, mães de RNPT participaram de atividades e receberam informações sobre os cuidados com os prematuros por meio de cartilhas e discussões cujo objetivo era a preparação para a alta hospitalar.[12]

A análise da literatura permite identificar aspectos positivos das atividades educativas com pais de RNPT como melhorar o conhecimento da família, inserir a família no cuidado dos bebês no ambiente hospitalar, preparar para a alta e reduzir os níveis de estresse.

Nesse sentido, buscou-se neste estudo elaborar protocolo de atividades educativas aplicado com mães de RNPT respaldando-se nos pressupostos freireanos de problematização e dialogicidade.

A problematização discutida por Freire entende que um indivíduo tem a possibilidade de transformar a realidade que está acontecendo a sua volta, ao mesmo tempo que se modifica também.[13] A educação problematizadora acontece quando os homens percebem criticamente o mundo e como eles estão sendo neste mundo.[14] A problematização foi empregada durante as atividades educativas no sentido de as participantes compreenderem o contexto que as envolve de forma crítica e, a partir disto, levantarem os temas para discussão nas atividades.

Outro pressuposto freireano respeitado durante as atividades foi o diálogo, o qual pode ser compreendido como o encontro entre o refletir e o agir em um mundo a ser transformado e não pode ser resumido a um simples fato de depositar ideias de um indivíduo no outro.[14] O pressuposto da dialogicidade foi empregado para permear as discussões, de modo que os mediadores das atividades educativas e as participantes pudessem interagir considerando a história de vida e o conhecimento prévio das mães participantes do estudo.

Tendo como base os pressupostos freirianos para o desenvolvimento das atividades educativas, este estudo tem por objetivo descrever o processo de elaboração e desenvolvimento metodológico de atividade educativa realizada junto às mães de RNPT

hospitalizados, bem como avaliar o conhecimento materno referente aos cuidados com o RNPT antes e após das referidas atividades educativas.

MÉTODOS

Trata-se de estudo metodológico, que tem por característica desenvolver ou delinear um método de coleta, organização ou interpretação dos dados e também apresenta como objetivo o desenvolvimento de um instrumento eficaz para uso na clínica e em pesquisas aplicadas.[15] É um recorte do projeto de pesquisa "Repercussões da prematuridade: estresse materno e programação metabólica após a alta hospitalar", o qual foi submetido ao Edital Universal CNPq 014 e aprovado pelo processo 457109/2014-9. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa segundo o Parecer 385.370 em 17 de setembro de 2013.

O presente estudo consiste na descrição da abordagem teórico-metodológica, empregada no planejamento e realização das atividades educativas que, norteadas pelos pressupostos freireanos de problematização e dialogicidade, foram direcionadas às mães de RNPT hospitalizados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Unidade de Cuidado Intermediário (UCI) de um hospital universitário da região Oeste do Paraná, no período de novembro 2014 a junho de 2015.

A atividade educativa foi dividida em dois dias consecutivos, com duração de uma hora e trinta minutos cada. As atividades eram desenvolvidas por um enfermeiro e um aluno de graduação em Enfermagem, considerados com mediadores das atividades educativas e foram realizadas de acordo com as seguintes etapas:

1) **Revisão de literatura** a fim de identificar os temas relacionados aos cuidados com o RNPT no âmbito hospitalar e domiciliar que, frequentemente são relatados pelas mães como geradores de dúvida. Os temas que emergiram foram: amamentação, cuidados com as mamas, ordenha e armazenamento do leite, sinais de intercorrências (febre, choro, convulsões, mudança na frequência respiratória, etc.) e cuidados com a medicação, higiene do bebê, troca de fraldas e cuidados com as roupas do RNPT;
2) **Elaboração de material didático** de apoio às aulas teórico-práticas a partir do conteúdo obtido na revisão supracitada;
3) **Simulação do ambiente da UTIN/UCI** no Laboratório de Habilidades do hospital local do estudo utilizando recursos materiais como berços aquecidos, incubadoras, ventilador mecânico, monitores cardíacos, sondas, cateteres, bonecos, maquetes e imagens;
4) **Seleção das mães participantes** as mães presentes na UTIN/UCI no período de seleção dos sujeitos do estudo, eram convidadas a participarem do ensaio clínico randomizado

desenvolvido na pesquisa maior, da qual este estudo é parte, sendo alocadas por randomização em grupo controle e grupo intervenção. Neste manuscrito descreve-se a atividade educativa desenvolvida junto às mães do grupo intervenção (GI). Assim, por meio de sorteio dentre todos os RNPT contemplados pelos critérios de inclusão no estudo, três a quatro mães eram selecionadas para participarem da atividade. Após essa seleção, durante a visita materna ao RNPT na unidade, os pesquisadores convidavam a mãe para participar da proposta e explicavam sobre a pesquisa. Com aceite, estas assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e eram agendados os dias das atividades.

5) **Recepção das mães na UTIN/UCI,** no dia agendado, um dos pesquisadores recepcionava as mães na unidade e as conduzia ao Laboratório de Habilidades.
6) **Apresentação do ambiente simulando a UTIN/UCI**, na chegada das mães no laboratório de simulação era esclarecida a função dos materiais e equipamentos em contato com o bebê (manequim) e características do ambiente como sons, luzes, entre outras.
7) **Formação de uma roda de conversa** entre os mediadores da atividade educativa e participantes com auxílio de recurso audiovisual (*slides* em Power Point) para apresentação do tema proposto para a atividade. A duração dessa atividade era em torno de 40 minutos, sendo mediada pelo diálogo e interação entre os sujeitos.
8) **Atividade prática no manequim**. Após a discussão do tema, iniciava-se a atividade prática, demonstrada e realizada pelo mediador primeiramente, por exemplo, o banho do bebê, tendo a duração de cerca de 10 minutos;
9) **Realização da prática pelas mães com os manequins**, uma de cada vez, sendo auxiliadas pelo mediador da atividade educativa durante 20 minutos. Todas as participantes poderiam ajudar a mãe que estava praticando, dando sugestões ou falando de suas experiências e anseios;
10) **Realização da prática pelas mães com os filhos.** Ao término da atividade educativa no laboratório as mães participantes eram acompanhadas até o local de internamento do RNPT (UTIN/UCI) e realizavam a atividade prática com seus filhos, considerando o estado de saúde dos RNPT, sendo auxiliadas pelos mediadores e com autorização dos enfermeiros do setor. Esta etapa levava em torno 20 minutos;
11) **Fotografia.** Ao término do segundo dia de atividade educativa e das práticas, as mães eram fotografadas com o filho utilizando câmera instantânea Fujifilm Instax Mini 8, recebendo a foto e um kit lembrancinha (fraldas de recém-nascido, sabonete ou pequeno brinquedo);
12) **Cartilha Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família**.[16] Esta cartilha além de embasar a construção do referencial teórico da atividade educativa, era entregue às

mães ao término do segundo dia da atividade como recurso a ser acessado por estas no domicílio como um complemento às informações recebidas durante a atividade.

Além da participação nas atividades educativas, as mães responderam a um questionário denominado Análise do Conhecimento Materno, contendo 13 questões de múltipla escolha acerca dos cuidados básicos com o bebê prematuro como intercorrências e sinais de alerta, amamentação e ordenha, higiene e troca de fraldas, prevenção de assaduras e cuidados com medicações. O instrumento foi respondido no momento em que a mãe aceitava participar da pesquisa, ou seja, antes da participação nas atividades (pré-teste) e novamente ao término da atividade educativa (pós-teste), com intuito de verificar a variação de conhecimento apreendido pelos sujeitos do estudo. Ainda, as participantes responderam ao término da atividade educativa, um instrumento de avaliação da atividade realizada.

A utilização da análise do conhecimento materno foi precedida pela avaliação do instrumento por um Comitê de Juízes composto por sete profissionais da área de saúde da criança, com *expertise* nesse tema: duas enfermeiras docentes, mestre e especialista em obstetrícia; uma médica neonatologista; uma enfermeira docente e doutora em educação e atuante na área de formação e educação em saúde; uma pedagoga doutora em educação e docente na área de formação e educação em saúde; e duas enfermeiras atuantes na neonatologia. As opiniões do Comitê foram analisadas e a confiabilidade do instrumento foi verificada mediante cálculo do alfa de Cronbach, tendo obtido valor de 0,9257. Os dados obtidos na avaliação do conhecimento materno foram analisados por estatística descritiva, apresentados em tabelas e discutidos a luz de outros estudos sobre a temática.

RESULTADOS

Participaram das atividades educativas 17 mães de RNPT que, em sua maioria tinham peso ao nascer menor que 1000 gramas e idade gestacional inferior a 28 semanas. A Tabela 1 mostra informações relacionadas à caracterização da amostra.

Tabela 1 - Caracterização das mães de RNPT hospitalizados na UTIN/UCI quanto aos dados sociodemográficos e tipo de parto. Cascavel, PR, Brasil, 2015 (n=17).

Variáveis	**FA**	**FR(%)**
Idade materna		
Até 14 anos	1	6
De 15 a 19 anos	3	18
De 20 a 24 anos	4	24

Continua

Conclusão

Variáveis	**FA**	**FR(%)**
De 25 a 29 anos	1	6
De 30 a 34 anos	5	29
35 anos ou mais	3	18
Escolaridade		
Até 4 anos de estudo	0	0
De 5 a 9 anos de estudo	9	53
De 10 a 12 anos de estudo	6	35
Mais de 12 anos de estudo	2	12
Não informado	0	0
Estado civil		
Casada ou união estável	11	65
Solteira	6	35
Divorciada	0	0
Não informado	0	0
Ocupação		
Autônoma	0	0
Trabalhadora informal	1	6
Trabalhadora formal	9	53
Do lar	7	41
Renda Familiar		
Menor que 1 salário mínimo	1	6
De 1 a 3 salários mínimos	11	65
De 4 a 6 salários mínimos	3	18
Maior que 6 salários mínimos	2	12
Não informado	0	0
Número de filhos além do RNPT		
Um	3	18
Dois	3	18
Três	1	6
Quatro ou mais	1	6
Não tem outros filhos	9	53
Tipo de parto		
Normal	5	29
Cesárea	12	71

No que diz respeito à idade, a faixa etária mais frequente foi a de 30 a 34 anos para cinco (29%) participantes. A escolaridade prevalente foi de 5 a 9 anos de estudo, ou seja, nove (53%) mães relataram ter iniciado ou completado o ensino fundamental.

A maioria das participantes 11 (65%) mães, era casada ou vivia em união estável; o trabalho formal foi prevalente e a renda familiar predominante foi de até três salários mínimos

para 12 (71%) das participantes. Nove (53%) das mães eram primíparas; o parto cesáreo foi o prevalente em 12 (71%) das mães.

As mães foram questionadas quanto às experiências prévias em setores de internação como UTIN e UCI com outros filhos e quanto ao recebimento de informações relacionadas aos cuidados com o bebê prematuro proveniente dos profissionais dos setores de internação (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização das mães de RNPT hospitalizados quanto à experiência na UTIN/UCI. Cascavel, PR, Brasil, 2015 (n=17).

Variáveis	**FA**	**FR(%)**
Outras experiências na UTIN/UCI		
Sim	2	12
Não	6	35
Não, pois não possui outros filhos	9	53
Recebimento de orientações sobre cuidados com o RNPT		
Sim	7	41
Não	10	59

Considerando as participantes que tinham outros filhos além do RNPT, seis (35%) mulheres não tinham experiência prévia com os setores de UTIN ou UCI e a maioria das mães, 10 (59%), afirmou não ter recebido orientações acerca dos cuidados com o bebê prematuro proveniente dos profissionais atuantes no setor de internação do filho.

No que diz respeito ao conhecimento das participantes sobre os cuidados com o filho prematuro, na análise do conhecimento materno no período prévio a atividade educativa, as mães acertaram em média 80% das questões, o que corresponde a 10 questões presentes no questionário. Enquanto que após o término das atividades, as participantes acertaram em média 93% das questões, correspondente a 12 questões. Identifica-se que houve um aumento nas respostas corretas após a atividade educativa de modo que houve diferença estatística significativa entre o pré e o pós-teste ($p<0,0001$).

As questões presentes na avaliação do conhecimento materno foram subdivididas em diferentes temas e a Tabela 3 apresenta o número de acertos das mães participantes do estudo de acordo com os temas das questões.

Tabela 3 - Número de acertos apresentados pelas mães de bebês hospitalizados em UTIN/UCI na Análise do conhecimento materno por assuntos. Cascavel, PR, Brasil, 2015 (n=17).

Variáveis	**Pré-teste**		**Pós-teste**		**p**
	FA	**FR (%)**	**FA**	**FR(%)**	
Amamentação					
Questão 1	11	65	15	88	
Questão 2	15	88	17	100	
Questão 3	11	65	5	29	0,565
Questão 4	16	94	17	100	
Questão 5	16	94	17	100	
Higiene e conforto					
Questão 6	8	47	17	100	0,279
Questão 7	16	94	17	100	
Medicações e saúde da criança					
Questão 8	15	88	17	100	
Questão 9	14	82	17	100	0,958
Questão 10	15	88	16	94	
Questão 11	12	71	17	100	
Intercorrências e sinais de alerta					
Questão 12	12	71	16	94	0,781
Questão 13	16	94	17	100	

P- valor calculado pelo Método de Monte Carlo.

No pré-teste oito mães acertaram a Questão 6 relacionada à dermatite de fraldas e cuidados com a higiene na região de fraldas. No pós-teste a Questão 3, que dizia respeito à qual a melhor maneira de amamentar o bebê, caso ele não aceitasse o seio materno, foi a que as mães mais erraram ao término das atividade educativas, de modo que cinco mulheres acertaram a questão. Mesmo apresentando dificuldades nas questões descritas acima, os acertos das participantes não apresentaram diferença estatística significativa entre o pré e pós-teste ($p>0,05$).

As participantes ainda responderam um questionário para avaliar as atividades das quais participaram. A totalidade das participantes avaliou que a atividade educativa contribuiu para esclarecer dúvidas relacionadas aos cuidados com o bebê e que a forma de exposição do conteúdo foi satisfatória. Quanto à atividade prática, 17 (100%) das participantes referiram ser muito bom simular o cuidado com seu filho nos bonecos, assim como, quando realizaram o cuidado com o RNPT na UCI e UTIN. Quanto ao tempo disponibilizado para a atividade,

todas as participantes afirmaram que foi adequado. Todas as participantes disseram que a atividade educativa ajudou no aumento da confiança para cuidar do filho em casa.

DISCUSSÃO

As mães participantes deste estudo apresentaram características semelhantes a outros estudos brasileiros. Estudo realizado em Fortaleza constatou prevalência do ensino fundamental (completo ou incompleto).[17] Estudo[18] publicado no Maranhão, avaliou os fatores de risco maternos para a prematuridade e evidenciou que 78% das mães de RNPT eram casadas ou viviam em união estável, dado em comum com o estudo ora em tela.

A maioria das mães era primípara, fator este que teve associação estatística significativa com a prematuridade em estudo realizado no Maranhão.[18] A prevalência de partos cesáreos nas mães deste estudo se relaciona ao nascimento prematuro, uma vez que no parto normal há maior risco de hemorragia intracraniana. Fato semelhante aconteceu em estudo realizado em um hospital universitário do Rio Grande do Sul, no qual 51,3% dos bebês prematuros eram nascidos de partos cesáreos.[19]

A maioria das mães relatou não ter recebido orientações sobre os cuidados com o bebê prematuro durante a hospitalização do filho. No entanto, a educação em saúde direcionada para mães de prematuros se desvela importante para integrar a mãe nos cuidados do filho e participar das decisões relacionadas ao tratamento do bebê.[20]

A porcentagem de acertos nas questões do pré-teste pode ser considerada elevada, avaliando que mais da metade das pesquisadas não recebeu orientações. Tal conhecimento pode ter sido adquirido pela influência midiática (televisiva, rádio e *Internet*) ou por orientações recebidas durante o pré-natal. A literatura[21,22] discute a influência da melhoria das condições de saúde de uma população a partir das orientações recebidas no pré-natal e as informações disponíveis na mídia.

Identifica-se que houve um aumento nas respostas corretas após a atividade educativa ($p<0,0001$), tal como observado em programa educativo[10] direcionado à mães de bebês com baixo peso ao nascer, o qual apresentou importante incremento no conhecimento e nos testes práticos relacionados aos fatores de risco e cuidados com bebês de baixo peso, quando comparadas às mães que não participaram de atividades educativas.

Como visto, as atividades educativas realizadas neste estudo permeadas pelo diálogo e pela interação entre mediador e participante possibilitou melhorar o conhecimento e a autoconfiança das mães com bebês hospitalizados em UTIN e UCI. A atividade educativa

pautada na problematização e conduzida pela dialogicidade entre os envolvidos no processo de ensino aprendizagem pode ser utilizada como uma das metodologias dispensadas no cuidado à saúde, pois considerando a classificação proposta por Merhy[23], a educação em saúde pode ser considerada uma tecnologia leve, que se dá a partir das relações e vínculos desenvolvidos pelos sujeitos e contrasta com a quantidade de tecnologia dura envolvida no cuidado das crianças que ficam hospitalizadas em setores como a UTIN e a UCI.

Atuar de forma dialógica permite a construção de relações interpessoais necessárias à troca de experiências relacionadas a vida e ao adoecer, de forma que as mães possam relacioná-las com sua experiência vivida na internação do RNPT na UTIN e o cuidado posterior no domicílio. O trabalho educativo com as mães é um espaço de valorização de suas experiências e saberes práticos que podem ser "menosprezados pelo saber médico-científico e na prática educativa tradicional".[24]

A atuação da equipe pautada no diálogo e na problematização reconhecendo os saberes advindos da experiência dos sujeitos é fundamental para a superação das atividades educativas coercitivas e autoritárias. É preciso construir conjuntamente as condutas que os tornem autores de suas vivências posteriores à internação.

CONCLUSÃO

O processo de elaboração e desenvolvimento de uma metodologia de atividade educativa que servisse de suporte ao cuidado do RNPT como descrito neste estudo mostrou-se ferramenta positiva para o estabelecimento de um método coerente de educação em saúde, articulando prática e teoria, e embasada nos princípios freireanos de dialogicidade e problematização.

O método descrito pode ser adotado pelos profissionais de saúde no planejamento e atenção à saúde de famílias com bebês prematuros, pois permitiu que o conhecimento das mães participantes aumentasse.

Além disso, as mães relataram que a participação na atividade educativa permitiu que elas se sentissem mais confiantes para cuidar dos filhos no domicílio, que foi muito bom participar das atividades e solucionar dúvidas, e que os encontros auxiliaram na redução das ansiedades e medos relacionados ao cuidado de um bebê prematuro o que pode empoderá-las para o cuidado cotidiano.

Os princípios freireanos de dialogicidade e problematização possibilitaram uma maior aproximação das reais necessidades das participantes e famílias de prematuros, permitindo a

compreensão dos sujeitos como indivíduos ativos e críticos frente à realidade que os circunda, empoderando as mães, no sentido de construírem autonomia, sem deixarem de entender que o acesso a serviços de saúde de qualidade, conjugado a práticas acolhedoras são fundamentais para o cuidado de seus filhos prematuros.

REFERÊNCIAS

1. Council of Europe. Recommendation of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting *(Adopted by the Committee of Ministers on 13 December 2006 at the 983rd meeting of the Ministers' Deputies). 2006. Disponível em:* <https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID= 09000016805d6dda>. Acesso em: 25 abr. 2016.

2. Cypriano LM, Pinto EEP. Chegada inesperada: a construção da parentalidade e os bebês prematuros extremos. Psicol. hosp. 2011 jul. [citado em 26 abr. 2016]; 9(2):2-25. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v9n2/v9n2a02.pdf>.

3. Tristão RM, Neiva ER, Barnes CR, Adamson-Macedo E. Validation of the scale of perceived self-efficacy of maternal parenting in brazilian sample. Journal of Human Growth and Development. 2015. [citado em 21 jan 2016]; 25(3), 277-286. Disponível em: http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96759.

4. Liu CC, Chen YC, Yeh YP, Hsieh YS. Effects of maternal confidence and competence on maternal parenting stress in newborn care. Journal of Advanced Nursing. 2011. [citado em 31 jan 2016]; 68(4), 908-18. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21790741 doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05796.x.

5. Liu CH, Chao YH, Huang CM, Wei FC, Chien LY. Effectiveness of applying empowerment strategies when establishing a support group for parents of preterm infants. J Clin Nurs. 2010. [citado em 13 mai 2016]; Jun;19(11-12):1729-37.

6. Ferreira AGN, Costa AGM, Lima FET, Damasceno MM. C, Araújo TL, Pinheiro PNC. Métodos e materiais educativos utilizados por enfermeiros para prevenção das doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: revisão integrativa. J Nurs UFPE [online]. 2013 jun. [citado em 01 jul 2015]; 7(5):4554-62. Disponível em:< http://www.revista.ufpe.br/ revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3583/pdf_2820>.

7. O'brien K, Bracht M, Macdonell K, Mcbride T, Robson K, O'leary l, et al. A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. BMC Pregnancy Childbirth [online]. 2013 jan. [citado em 11 mar 2014]; 13(Suppl 1):S12. Disponível em: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-S1-S12>.

8. Shieh SJ, Chen HL, Liu FC, Liou CC, Lin YI, Tseng HI, et al. The effectiveness of structured discharge education on maternal confidence, caring knowledge and growth of premature newborns. J. clin. nurs. [online]. 2010 dez. [citado em 16 jul 2014]; 19(23):3307-13. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ 20946444>.

9. Kadivar M, Mozafarinia SM. Supporting Fathers in a NICU: Effects of the HUG Your Baby Program on Fathers' Understanding of Preterm Infant Behavior. J. Perinat. Educ. [online]. 2013. [citado em 05 ago 2014]; 22(2):113-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647735/>.

10. Sheoran P, Babu M, Mandal K, Rai K. Effectiveness of Planned Health Education Programme regarding risk factors and care of low birth weight babies in terms of knowledge and practice among Mothers. Nursing & Midwifery Research Journal [online]. 2011 out. [citado em 10 ago 2014]; 7(4):161-74. Disponível em: <http://medind.nic.in/nad/t11/i4/nadt11i4p161.pdf>.

11. Schlittenhart JM. Preparing parents to care for their NICU infant: an evidence based discharge teaching tool [dissertação]. Washington. Mestrado em Enfermagem. College of Nursing - Washington State University, 2011.

12. Ferecini GM, Fonseca LMM, Leite AM, Daré MF, Assis CS, Scochi CGS. Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo. Acta paul. enferm. [online]. 2009 mai/jun. [citado em 10 ago 2014]; 22(3):250-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300003>.

13. Muhl EH. Problematização. In: Streck DR, Redin E, Zitkoski JJ. (Orgs). Dicionário Paulo Freire. 2 ed, rev. amp. 1. reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2010. p. 328-30.

14. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

15. POLIT DF; BECK CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. New York: Wolters Kluwer, Lippincott Willians & Wilkins, 2012.

16. Fonseca LMM, Scochi CGS. Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família [cartilha]. Ribeirão Preto/SP: FIERP; 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Cartilha_cuidados_bebe_premat.pdf>.

17. Sá RC, Costa LMFP, Sá FP. Vivência materna com filhos prematuros em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. Rev Bras Promoç Saúde [online]. 2012 abr/jun. [citado em 12 ago 2015]; 25(2):83-89. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2248/2475>.

18. Almeida AC, Jesus ACP, Lima PFT, Araújo MFM, Araújo TM. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. Rev. gaúch. enferm. [online]. 2012 jun. [citado em 08 ago 2015]; 33(2):86-94. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/21656/19497>.

19. Madi JM, Araújo BF, Zatti H, Rombaldi RL, Lorencetti J, Pinson G, et al. Avaliação dos fatores associados à ocorrência de prematuridade em um hospital terciário de ensino. Rev. AMRIGS. [online] 2012 abr/jun. [citado em 12 ago 2015]; 56(2):111-118. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/56-02/original2.pdf>.

20. Araújo BBM, Rodrigues BMRD, Pacheco STA. A promoção do cuidado materno ao neonato prematuro: a perspectiva da educação problematizadora em saúde. Rev. enferm. UERJ. [online] 2015 jan/fev. [citado em 12 ago 2015]; 23(1):128-31. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a21.pdf >.

21. Fonseca-Machado MO, Paula MSR, Parreira BDM, Stefanello J, Gomes-Sponholz F. Comparação do conhecimento sobre aleitamento materno entre mulheres no período pós-parto. Rev. enferm. UERJ. [online] 2013 jan/mar. [citado em 05 nov 2015]; 21(1):66-72. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a11.pdf >.

22. Silva MJ, Linhares RN, Chagas AM, Santos MGM. Reflexões sobre a produção acadêmica em mídias, saúde e educação no Brasil. In: Atas do 6° Simpósio Internacional em Educação e Comunicação/Simpósio Internacional de Educación y Comunicación; 2015 ago 05-07; Aracajú (SE). Aracajú: Universidade Tiradentes; 2015. 5:99-104.

23. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

24. Franco TAV, Silva JLL, Daher DV. Educação em saúde e a pedagogia dialógica: uma reflexão sobre grupos educativos na atenção básica. Informe-se em promoção da saúde. 2011; 7(2):19-22. Disponível em: < http://www.uff.br/promocaodasaude/grpos%20ed.pdf>.

ARTIGO CIENTÍFICO 2

Estresse de mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados: escala de estresse parental

5.3.2 Artigo científico 2 a ser enviado a revista Acta Paulista de Enfermagem: Estresse de mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados: Escala de Estresse Parental

Estresse de mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados: Escala de Estresse Parental

Bruna Maria Bugs[1]
Cláudia Silveira Viera[2]
Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso[3]
Sofia Regina Morello Gongora[4]
Gicelle Galvan Machineski[5]

Contribuição dos autores:
Autores 1 e 2 realizaram a concepção da projeto e análise de dados.
Autor 3 contribuiu com a revisão crítica do conteúdo intelectual.
Autores 4 e 5 aprovaram versão final a ser publicada.

Submetido em: 15 de junho de 2016.

Autor(a) correspondente: Bruna Maria Bugs. Rua Universitária, 2069, Jardim Universitário, Cascavel (PR), Brasil, CEP 85819-110. (45) 9917 0788, brunabugs@yahoo.com.br

[1] Enfermeira. Mestranda em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Rua Universitária, 2069, Bairro: Jardim Universitário, CEP 85819-110. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: brunabugs@yahoo.com.br. Telefone: (45) 9917-0788
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Publica. Professora Adjunta do Colegiado de Enfermagem e do Mestrado de Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: clausviera@gmail.com
[3]Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta do Colegiado de Enfermagem e do Mestrado de Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: lb.toso@certto.com.br.
4 Enfermeira. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: sol-morello@hotmail.com.
5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Colegiado de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail:gmachineski@gmail.com

Resumo
Objetivo: descrever o nível de estresse das mães de bebês prematuros hospitalizados.
Métodos: estudo quantitativo, transversal e observacional que empregou a Escala de Estresse Parental (EEP) autoaplicada em 51 participantes subdivididas aleatoriamente em mães de prematuros extremos e mães de prematuros moderados e tardios. A análise foi estatística descritiva e inferencial.
Resultados: Alteração no papel parental foi o que apresentou maior escore de estresse nos dois grupos caracterizando-se como estresse elevado. Na avaliação pela EEP, pelo Escore Geral de Estresse a hospitalização do filho se caracterizou como moderadamente estressante independente do grau de prematuridade.
Conclusão: devem-se considerar os níveis de estresse maternos durante a atenção na hospitalização para que os pais desenvolvam autoconfiança e parentalidade saudável após a alta hospitalar.
Descritores: Enfermagem materno-infantil; Educação em enfermagem; Pesquisa em Enfermagem; Estresse psicológico; Mães.

Introdução

O Recém-Nascido Prematuro (RNPT) é o bebê nascido com menos de 37 semanas de gestação, em que 5,2% do total de nascimentos prematuros no mundo correspondem ao prematuro extremo (idade gestacional menor que 28 semanas), 10,4% compreendem os muito prematuros (de 28 a 32 semanas de gestação) e 84,3% somam os prematuros moderados (de 32 a 37 semanas incompletas).[1,2] No Brasil, dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) revelam que as taxas de prematuridade vêm aumentando anualmente, cuja taxa em 2010 era 7,14% e em 2013 alcançou 11,5% do total de partos realizados no país.[3]

Desses nascimentos, tem-se observado que a sobrevivência dos RNPT, vem crescendo e com isso muitos recebem alta hospitalar, sendo portadores de necessidades especiais de saúde. Assim, o prematuro passa a integrar o grupo das Crianças com Necessidades Especiais de Saúde – CRIANES,[4] em que devido a imaturidade do organismo, essa criança está sujeita a muitas complicações, tanto durante o período de hospitalização como após a alta hospitalar.[5]

Além das consequências para os bebês, a prematuridade acarreta danos às famílias destas crianças, como mudança da rotina familiar, alterações emocionais, principalmente nas mães que são as principais cuidadoras. Visto que, os sentimentos de esperança e alegria da família cedem lugar a uma realidade de angústias, insegurança e medo.[6]

O ambiente das Unidades Neonatais também representa estresse para os pais, sendo que esta condição pode gerar a síndrome do estresse pós-traumático e que possivelmente

afetará o desenvolvimento do vínculo entre pais e filhos,[7] comprometendo o desenvolvimento de sua parentalidade saudável.

Os profissionais atuantes em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) devem preocupar-se em promover ações que amenizem o estresse e o sofrimento, bem como promovam o apego dos pais em relação aos filhos e as habilidades relacionadas à maternidade/paternidade.

A fim de planejar ações de redução nos níveis de estresse dos pais é necessário conhecer esses níveis e, para tanto, deve-se mensurar o estresse mediante uso de instrumentos validados para tal fim. A Escala de Estresse Parental na UTIN (EEP-UTIN)[8], em inglês *Parental Stressor Scale – Neonatal Intensive Care Unit* (PSS – NICU)[9] é destinada a verificação do estresse de pais na hospitalização do filho. O emprego dessa escala tem demonstrado que a situação de perigo vivenciada pelos filhos, a aparência do bebê, o ambiente da UTIN, o barulho dos alarmes e máquinas são considerados pelos pais importantes fontes estressoras, como mostrou o estudo[10] desenvolvido na Pensilvânia com 119 pais de RNPT. Ainda, em estudo[11] desenvolvido com 178 mães em 25 UTIN italianas para verificar a confiabilidade da escala EEP-UTIN, os autores concluíram que o instrumento é adequado para a avaliação do estresse e que a Alteração no papel parental foi a característica geradora de estresse mais evidente.

No Brasil a EEP-UTIN foi validada no estado de São Paulo[8] e recentemente, essa escala foi aplicada à mães de RNPT no Estado do Paraná, em que os autores identificaram uma média de escore de estresse total de 3,8 e na subescala alteração do papel dos pais, o escore foi o mais elevado (4,3) considerado como muito estressante[12]. Para tanto, faz-se pertinente que o nível de estresse de pais de prematuros seja avaliado durante a hospitalização, a fim de amenizar o sofrimento da família nesse período e no período de alta hospitalar. Dessa forma, o objetivo deste estudo é descrever o nível de estresse das mães de bebês prematuros hospitalizados em uma UTIN do Oeste do Paraná.

Métodos

Trata-se de estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal para mensurar os níveis de estresse de mães de bebês prematuros mediante uso da escala EEP-UTIN. Este estudo integra o projeto financiado pelo CNPq, processo nº 457109/2014-9, intitulado "Repercussões da prematuridade: estresse materno e programação metabólica após a alta hospitalar".

A EEP-UTIN destina-se a avaliação do estresse durante a hospitalização do filho, considera a influência dos aspectos ambientais e psicológicos do local e pode ser autopreenchida pelas participantes. A escala foi desenvolvida por Miles et al. em 1993, e validada no Brasil em 2009. É composta por 26 itens distribuídos em três subescalas: "Sons e imagens", "Aparência e comportamento do bebê" e "Alteração no papel parental". Os participantes, ao lerem as afirmativas presentes no instrumento devem assinalar o nível de estresse que tais situações representam para eles em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos. A pontuação "1" refere-se a não estressante, "2" um pouco estressante, "3" moderadamente estressante, "4" muito estressante e "5" extremamente estressante. Quando as mães não vivenciaram uma das experiências citadas elas circulam a opção "NA" que significa "não se aplica".[8]

Para caracterizar a amostra foi empregado um questionário socioeconômico contemplando variáveis acerca das mães e dados clínicos do RNPT.

A amostra deste estudo foi do tipo aleatória, calculada pelo programa Gpower 3.1.5®, com tamanho de efeito grande de 0.8. O intervalo de confiança para todos os cálculos realizados foi de 95%, ou seja, probabilidade de erro de 0.05. Compuseram a amostra do estudo, 51 mães de RNPT hospitalizados em um hospital universitário de outubro de 2014 a julho de 2015. A amostra foi subdividida aleatoriamente em dois grupos, grupo de mães de prematuros extremos (menor de 32 semanas de idade gestacional) e mães de prematuros moderados e tardios (de 32 a 37 semanas incompletas de idade gestacional) para avaliar o nível de estresse das mães em relação ao grau de prematuridade.

Como critérios de inclusão, os prematuros deveriam ter menos de 37 semanas de idade gestacional e não apresentar anomalias congênitas. Os critérios de exclusão foram: mães que relatassem uso contínuo de medicamentos controlados (ansiedade ou depressão); mães com complicações clínicas ou que tenham ido a óbito durante o estudo; mães analfabetas; mães adolescentes sem acompanhante responsável.

A análise dos dados compreendeu a identificação do nível de estresse obtido na EEP-UTIN, calculado pela Métrica 2. Optou-se pela segunda métrica, que de acordo com os autores da validação no Brasil[8] é a mais utilizada, visto que permite avaliação global do estresse vivenciado pelas mães nas experiências. Consiste na atribuição de nota 1 para aqueles itens que a mãe não vivenciou durante a hospitalização do filho, os demais itens recebem a nota que a participante assinalou na escala *Likert* que varia de 1 a 5. Assim, somam-se as notas atribuídas para cada item e divide-se pelo número de itens de cada subescala. É possível calcular a média do nível de estresse por subescala e na escala total.[8]

A análise foi conduzida por meio da estatística descritiva para caracterização dos sujeitos do estudo e utilizado o Método de Monte Carlo para avaliar as diferenças entre os grupos, no que diz respeito às características socioeconômicas das mães e clínicas dos RNPT. O Teste t para amostras independentes e o Teste Mann-Whitney-U foram empregados na análise das diferenças entre os grupos no que diz respeito aos níveis de estresse.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa mediante Parecer 385.370 em 17 de setembro de 2013, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram respeitadas as exigências éticas.

Resultados

Os dados sociodemográficos caracterizados foram a idade materna, a escolaridade, o estado civil, a ocupação, a renda familiar, o número de filhos além do RNPT e o tipo de parto, os quais não mostraram significância estatística entre os dois grupos, demonstrando homogeneidade entre os dados ($p>0,05$).

Quanto a idade materna, obteve-se, no grupo de mães de RNPT com menos de 32 semanas de idade gestacional (RNPT extremos), faixa etária prevalente de mulheres com 30 a 34 anos (7/32%) e no grupo de mães de RNPT com idade gestacional igual ou maior a 32 semanas (RNPT moderados ou tardios) de adultas jovens de 20 a 24 anos (12/41%). Nos dois grupos, a escolaridade prevalente foi de 10 a 12 anos de estudo (9/41% para as mães de prematuros extremos e 16/55% mães dos prematuros moderados ou tardios).

Em relação ao estado civil, obteve-se as categorias casadas ou que viviam em união estável (16/73% - mães de prematuros extremos; quanto 18/62% - mães dos prematuros moderados ou tardios). As entrevistas ocorreram quando os RNPT tinham até sete dias de vida (14/56% - mães dos prematuros extremos; 25/74% - mães de prematuros moderados ou tardios), o que não representou diferença estatística entre os grupos ($p>0,05$).

A tabela 1 demonstra as características clínicas dos RNPT cujas mães participaram do estudo.

Tabela 1. Caracterização dos bebês hospitalizados na UTIN/UCI quanto aos dados clínicos. Cascavel/PR, 2015

Variáveis	prematuros com <32 semanas de idade gestacional		prematuros com ≥32 semanas de idade gestacional		p
	FA	FR	FA	FR	
Idade gestacional					
≤ a 28 semanas	13	52	0	0	
29 a 31 semanas	12	48	0	0	<0,0001
32 a 36 semanas	0	0	34	100	
Peso ao nascer					
Até 1000 g	9	36	0	0	
1001 a 1500 g	10	40	4	12	<0,0001
1501 a 2000 g	6	24	14	41	
> 2000 g	0	0	16	47	
Gênero					
Masculino	12	48	21	62	0,427
Feminino	13	52	13	38	
Morbidades					
Enterocolite necrotizante	0	0	0	0	
Sepse tardia	2	8	1	3	
Doença broncopulmonar	0	0	1	3	
Doença de membrana hialina	4	16	0	0	0,030
Insuficiência/Desconforto respiratório	5	20	14	41	
Não se aplica	14	56	18	53	
Ventilação mecânica					
Sim	20	80	7	21	<0,0001
Não	5	20	27	79	

Legenda: A FR - frequência relativa está representada em porcentagem; P-valor obtido pelo Método de Monte Carlo.

Em relação ao gênero não houve diferença estatística significativa entre os grupos, no entanto, quanto ao grau de prematuridade em que os RNPT foram divididos conforme a idade gestacional houve diferença estatística entre os grupos ($p<0,0001$). No que diz respeito ao peso ao nascer, no grupo de prematuros extremos, para 10 (45%) dos RNPT, a prevalência foi de 1001 a 1500 gramas. No segundo grupo, 16(47%) das crianças tinha peso maior de 2000 gramas ao nascer. Evidenciando diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p<0,0001$).

Quanto às morbidades, os grupos apresentaram diferença estatística (p=0,030), sendo que a prevalência foi de crianças que não apresentavam outros acometimentos além da prematuridade e do baixo peso ao nascer.

No primeiro grupo, 20 (80%) dos bebês necessitaram de ventilação mecânica. No grupo de prematuros moderados e tardios, 27 (79%) dos RNPT não necessitaram de ventilação mecânica, demonstrando diferença estatística entre os grupos (p<0,0001).

No que diz respeito aos níveis de estresse materno mensurados durante a hospitalização dos filhos na UTIN ou UCI pela EEP:UTIN, os dados estão representados na tabela 2.

Tabela 2. Nível de estresse nas subescalas da Escala EEP-UTIN aplicada às mães dos prematuros com <32 semanas de idade gestacional e prematuros com≥ 32 semanas de idade gestacional durante a hospitalização do RNPT. Cascavel/PR, 2015

Variáveis	prematuros com <32 semanas de idade gestacional	prematuros com ≥32 semanas de idade gestacional	p
Sons e imagens	2,8 ± 1,11	2,21± 0,79	0,016*
Aparência e comportamento do bebê	2,95 ± 1,03	2,68± 1,14	0,35*
Alteração no papel parental	4,10 ± 1,22	4,20± 1,01	0,78†
Escore geral de estresse	3,28 ± 1,1	3,09± 0,75	0,247†

Legenda: Média e desvio-padrão; *Teste t para amostras independentes; † Mann-Whitney

De acordo com a tabela 3, a subescala Sons e imagens apresentou diferença estatística (p=0,016) entre mães de RNPT com menos de 32 semanas de idade gestacional e de RNPT com idade gestacional maior ou igual a 32 semanas, constituindo-se pela escala em um pouco estressante para as mães de prematuros moderados e tardios e em moderadamente estressante para as dos RNPT extremos (2,8 pela escala arredonda para 3).

A subescala Alteração no papel parental apesar de não demonstrar diferença estatística significativa (p=0,78) foi a subescala que apresentou níveis mais elevados de estresse entre as mães dos dois grupos, 4,10 ±1,22 para o grupo de RNPT extremos e 4,20 ±1,01 no grupo de mães de RNPT moderados e tardios, considerado pela EEP:UTIN como muito estressante.

O Escore geral de estresse não apresentou diferença estatística entre os grupos (p=0,247) e caracterizou o estresse entre mães de prematuros como moderadamente estressante para ambos os grupos.

Discussão

Os resultados revelam que independentemente do grau de prematuridade, ter um filho hospitalizado na UTIN ou UCI constitui-se para as mães em situação estressante, evidenciado pelo escore geral de estresse como moderadamente estressante.

O estudo evidenciou que em ambos os grupos a prevalência foi de mães que vivem em união estável ou estão casadas, este aspecto constitui-se em fator protetor, pois, além de o companheiro fornecer apoio à esposa, ele se preocupa com a continuidade do cuidado do filho, o que auxilia na melhor auto eficácia materna e, por conseguinte, a mãe percebe-se mais competente para o cuidado com o filho.[13]

No que diz respeito às características dos RNPT, a idade gestacional prevalente, que consistiu no fator de classificação dos bebês para a constituição dos grupos, foi de bebês com 28 ou menos semanas de idade gestacional no grupo de RNPT extremos. Corroborando com o estudo, estudo realizado no município de Cascavel-Paraná também apontou que a idade gestacional média foi de 29,4 ± 2,8 semanas em 51% dos nascidos prematuros com menos de 1500 gramas.[15] Esta característica se deve ao fato de que o hospital em estudo é referência para gestação de alto risco no município, por conseguinte, o número de partos prematuros de menor idade gestacional é maior.

Diferentemente do encontrado neste estudo, quando comparados a dados em nível nacional, observa-se que a maioria dos prematuros apresentou peso superior a 1500 gramas ao nascer, sendo que 32% apresentaram de 1500 a 2499 gramas e 58% dos RNPT apresentaram mais que 2500 gramas ao nascer.[3]

Os dados evidenciam que as variáveis maternas não apresentaram diferenças estatísticas entre os dois grupos. No entanto, as variáveis relacionadas ao RNPT, como a idade gestacional ($p < 0,0001$) e o peso ao nascer ($p < 0,0001$) foram estatisticamente significativos na comparação entre os bebês prematuros extremos e os prematuros moderados e tardios.

No que se refere aos níveis de estresse, a subescala Sons e imagens apresentou diferença estatística entre as mães do grupo o que pode ser explicado pelo fato dos RNPT do primeiro grupo apresentarem, além de menor idade gestacional, menor peso ao nascer, o que os leva a serem submetidos a tratamentos mais complexos, estar sujeitos ao uso de mais equipamentos tecnológicos e ainda, são submetidos a um maior número de procedimentos que os RNPT moderados ou tardios.

No entanto, o escore geral de estresse não apresentou diferença estatística entre os dois grupos, em que o escore de estresse obtido classifica-se em estresse moderado,[8] valor

arredondado para 3 em ambos grupos. Portanto, indiferente ao grau de prematuridade, ter um filho hospitalizado na UTIN constitui-se para as mães em situação estressante.

A subescala Alteração no papel parental apresentou os escores de estresse mais elevados sendo classificados como muito estressante,[8] A literatura científica também aponta essa subescala como a principal causa de estresse como no estudo realizado em Washington, no qual o valor obtido para a referida subescala foi de 3,25.[17]

Considerando o nível de estresse geral apresentado pelas entrevistadas classificado como "moderadamente estressante", o planejamento e intervenção profissional devem ser pautados nas questões que podem ser fontes de estresse nos pais de RNPT.

Sendo assim, fazem-se necessárias ações planejadas e sistematizadas pela equipe para essas mães, como por exemplo, recebê-las ou aos pais na primeira visita ao filho na UTIN, explicando os motivos pelos quais o RNPT se encontra com uma aparência distinta da imaginada por eles; o que significam os aparatos tecnológicos acoplados a criança e; inserir os pais no cuidado ao RNPT o mais precocemente, de acordo com a sua vontade e aceitação das mães em participar.

Dessa forma, a equipe contribuirá para amenizar os fatores que poderão influenciar o nível de estresse dos pais durante a hospitalização, promovendo interação e maior vínculo com o RNPT, o que trará repercussões positivas no desenvolvimento e crescimento saudável dessas crianças, e contribuirá para o desenvolvimento da parentalidade saudável. E assim, as mães sentir-se-ão empoderadas em suas habilidades maternas para o cuidado em domicílio.

Conclusão

O nascimento prematuro de um filho rompe as expectativas de um bebê perfeito criadas ao longo da gestação, o que ocasiona aumento nos níveis de estresse da família e da mãe, que é a principal cuidadora. Sentimentos como estresse e insegurança podem influenciar na formação do vínculo entre mães e filhos. Como demonstrado neste estudo as mães de RNPT vivenciam um nível de estresse moderado durante a hospitalização do filho. Para tanto, os profissionais de saúde devem considerar o sofrimento das mães na UTIN para empregar instrumentos validados que mensurem os níveis de estresse a fim de planejar e propor ações que amenizem o estresse e promovam o vínculo entre prematuro-mãe e família, assim como a competência materna e, por conseguinte, contribua para o desenvolvimento adequado do RNPT e do papel parental.

Conclui-se que a aplicação da EEP:UTIN se configura em instrumento prático e viável de ser empregado como ferramenta de trabalho da equipe de enfermagem durante o cotidiano de cuidar de RNPT e suas mães na UTIN.

Agradecimentos

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que aprovou, por meio do processo 457109/2014-9 o projeto intitulado "Repercussões da prematuridade: estresse materno e programação metabólica após a alta hospitalar".

Referências

1.WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Born too Soon: The global action report on preterm birth. WHO: Geneva, 2012. [Acesso 2016 Jan 19]. Disponível em: http://whqlibdoc. who.int/publications/2012/9789241503433_eng.pdf

2.WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preterm birth. Fact sheet N°363. WHO: 2013. [Acesso 2016 Jan 19]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/ factsheets/fs363/en/

3.Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em *Saúde,* SINASC. Nascimentos por ocorrência e segundo duração da gestação em 2010 e 2013 segundo Unidades da Federação do Brasil, peso ao nascer e sexo. 2015 [Acesso 2016 Jan 20]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def

4.Silveira A da, Neves ET. Crianças com necessidades especiais de saúde: tendências das pesquisas em enfermagem. Rev Enferm UFSM**.** 2011[Acesso 2016 Jan 18]; Mai-Ago; 1(2):254-60. Disponível em: http://cascavel. ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2500/ 1637

5.Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. v 4. Brasília (DF): MS, 2011.

6.Oliveira K de, Veronez M, Higarashi IH, Corrêa DAM. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. Esc Anna Nery. 2013 [Acesso 2016 Jan 15]; Jan-Mar; 17(1):46-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo. php?pid= S1414-81452013000100007&script=sci_arttext

7.Schmidt KT, *Mello FT de, Rosseto EG, Souza SNDH de.* Avaliação da assistência de enfermagem em unidade neonatal na perspectiva dos pais. Cogitare enferm. 2010 [Acesso 2016 Jan 15]; Jul-Set; 15(3):460-6. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/ cogitare/article/view/ 18888/12197

8. Souza SR de, 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 [Acesso 2016 Jan 20]; 25(2):171-76. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script =sci_arttext& pid=S0103-21002012000200003&lng=en&nrm=iso

9.Miles MS, Funk SG, Carlson. Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit. Nurs Res. 1993; Mai-Jun;42(3):148-52.

10.Grosyk C, Snyder D, Cleary GM, Breckenridge DM, Tidwell B. Identification of internal and external stressors in parents of newborns in intensive care. Perm. J. [online]. 2013 [Acesso 2016 Jan 16]; 17(13):36-41. Disponível em: http://dx.doi.org/10.7812/TPP/12-105

11.Montirosso R, Provenzi L, Calciolari G, Borgatti R. Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs. Acta Paediatr. 2011 [Acesso 2016 Jan 18]; Fev; 112(2);136-42. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2011.02440.x/abstract

12.Fernandes JN, Viera CS, Guimarães ATB, Toso BRGO, Machineski, GG. Avaliação do nível estresse de mães de Pré-Termo em Hospital Universitário. Cienc Cuidado e Saude. 2015; Out-Nov; 14(4):1471-79.

13.Santos LM, Silva CL de S, Santana RCB de, Santos VEP. Vivências paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Bras Enferm. 2012 [Acesso 2016 Jan 20]; Set-Out; 65(5):788-94. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/ v65n5/ 11.pdf

14.Sá R.C de, Costa LM da FP, Sá F de P. Vivência materna com filhos prematuros em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. Rev Bras Promoç Saúde. 2012 [Acesso 2016 Jan 19]; Abr-Jun; 25(2):83-9. Disponível em: http://ojs.unifor.br /index.php/RBPS/article/view/2248/2475

15.Rover M de MS, Viera CS, Toso BRG de O, Grassioli S, Bugs BM. Crescimento de Prematuros de Muito Baixo Peso do nascimento até doze meses de idade corrigida. J. Hum. Growth Dev. 2015 [Acesso 2016 Jan 21]; 25(3): 351-6. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/90228

16.Menezes MA da S, Garcia, DC, Melo, EV de, Cipolotti R. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. Rev. paul. pediatr. [Online]. 2014 [Acesso 2016 Jan 21]; 32(2):171-177. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822014000200171&lng=en&nrm=iso

17.Busse M, Stromgren K, Thorngate L, Thomas KA. Parents' Responses to Stress in the Neonatal Intensive Care Unit**.** Critical Care Nurse. 2013 [Acesso 2016 Jan 20]; Ago; 33(4):52-9. Disponível em: http://ccn.aacnjournals.org/

ARTIGO CIENTÍFICO 3

Atividade educativa e estresse de mães de prematuros após a alta hospitalar: ensaio clínico randomizado

5.3.3 Artigo científico 3 a ser enviado para Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa: Atividade educativa e estresse de mães de prematuros após a alta hospitalar: ensaio clínico randomizado

Atividade educativa e estresse de mães de prematuros após a alta hospitalar: ensaio clínico randomizado

Educative activity and stress of premature mothers after hospital discharge: randomized controlled trial

Bruna Maria Bugs[1]
Cláudia Silveira Viera[2]
Ana Tereza Guimarães Bittencourt[3]
Luciana Mara Monti Fonseca[4]

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

[1] Enfermeira. Mestranda em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Rua Universitária, 2069, Bairro: Jardim Universitário, CEP 85819-110. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: brunabugs@yahoo.com.br. Telefone: (45) 9917-0788
[2] Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunta do Colegiado de Enfermagem e do Mestrado de Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil.
[3] Bióloga. Doutora em Ciências. Professora adjunta do Mestrado de Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil.
[4] Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Estudo desenvolvido com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq Edital Universal 014/2014.

Autor(a) correspondente: Bruna Maria Bugs. Rua Universitária, 2069, Jardim Universitário, CEP 85819-110, Cascavel, Paraná, Brasil. (45) 9917 0788, brunabugs@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivos: comparar estresse de mães de prematuros na hospitalização e após a alta, correlacionando-os aos níveis de conhecimento materno sobre os cuidados com o filho.
Métodos: ensaio clínico randomizado. Mães de recém-nascidos prematuros hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal foram divididas em: Grupo de Intervenção (atividades educativas) e Grupo Controle (rotina). O estresse materno foi mensurado por escalas na hospitalização e após a alta hospitalar, assim como o conhecimento materno pré e pós intervenção.
Resultados: níveis de estresse do GI diminuíram 2,68 vezes em relação ao GC após a alta, contudo não houve significância quanto ao conhecimento entre os grupos.
Conclusões: atividades educativas podem prevenir estresse após a alta, reduzindo os níveis em mães de prematuros.
Palavras-chave: Estresse psicológico. Mães. Prematuros. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objectives: to compare stress level of premature newborn's mother during hospitalization and after discharge and correlate these levels with the degree of knowledge of mothers.
Methods: randomized clinical trial. Mothers of premature infants hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit were divided in: Intervention Group (educative activities) and Control Group (routine). The stress levels were measured by scales during hospitalization and after hospital discharge, as knowledge before and after intervention.
Results: stress levels of mothers that participated in Intervention Group decreased 2,68 times compared to Control Group after discharge, however there was no significance in the knowledge between the groups.
Conclusions: educative activities were effective to prevent stress after discharge reducing levels in preterm mothers.
Keywords: Psychological Stress. Mothers. Premature. Health Education

Introdução

Diante do quadro epidemiológico da prematuridade na atualidade, em que há maior sobrevivência de Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) cada vez de maior grau de prematuridade e menor peso ao nascer, muitos são os aspectos que devem ser considerados pelos serviços de saúde na atenção ao RNPT e à sua família, tais como, as sequelas biológicas da prematuridade em longo prazo, os aspectos sociais envolvidos desde a hospitalização como após alta hospitalar (Rodrigues & Bolsoni-Silva 2011), os aspectos emocionais que envolvem as relações entre RNPT, pais e família (Barroso et al. 2015), mudança no funcionamento familiar (Sassá & Marcon 2013) e alteração na autoconfiança e competência dos pais (Tristão et al. 2015).

A família do RNPT vivencia momentos de estresse, pois as expectativas de um bebê saudável, desenvolvidas ao longo da gestação são rompidas com a chegada do filho pré-termo, o qual apresenta características físicas distintas e condições clínicas preocupantes (Wust & Viera 2011). Somado ao choque pelo nascimento prematuro, as famílias deparam-se com a necessidade da hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), constituindo-se este fato em uma das importantes causas de tristeza materna (Cruz & Angelo 2012).

Além de considerar o ambiente hospitalar como fonte de estresse, principalmente para as mães por serem as principais cuidadoras, é igualmente importante entender que mães e famílias sofrem a experiência do estresse durante a transição do hospital para o ambiente domiciliar. A inserção de bebês prematuros no contexto da família promove um rearranjo da estrutura e rotina familiar a fim de acolher crianças que, muitas vezes, apresentam complicações da prematuridade. Assim, é possível compreender os motivos pelos quais as

famílias de RNPT vivenciam o estresse, ansiedade e insegurança relacionados aos cuidados dos filhos (Okido et al. 2012, Silveira & Neves 2011).

Para tanto, a preocupação dos níveis de estresse materno se faz pertinente nos distintos contextos que envolvem o cuidado do RNPT, visto que níveis elevados de estresse prejudicam a competência materna, dificultando o processo de cuidar dos filhos. Dessa forma, influencia o desenvolvimento e crescimento do bebê em longo prazo (Favaro et al. 2012, Perrone & Oliveira 2011, Forcada-Guex et al. 2010).

Com intuito de reduzir os níveis de estresse de pais de RNPT algumas alternativas têm sido evidenciadas como apontado por Brett et al. (2011), em uma revisão sistemática referente ao tema. Neste estudo, os autores demonstraram quais métodos podem ser eficazes na redução dos níveis de estresse por meio da melhora no manejo dos cuidados com os filhos e no aprimoramento do conhecimento dos pais acerca do desenvolvimento e características físicas dos bebês. Dentre essas alternativas tem-se o programa de intervenção educacional-comportamental que visa a mudança de atitude das mães, a partir da aquisição de conhecimento sobre o filho prematuro (Melnyck et al. 2007), denominado *Creating Opportunities for Parent Empowerment* (COPE); o *Neonatal Individualised Developmental Care and Assessment Programme* (NIDCAP), entre outros.

A identificação do nível do estresse serve como ferramenta para balizar o planejamento de intervenções pela equipe de saúde, a fim de empoderar as mães para lidarem com a prematuridade e suas repercussões. Contribuindo para amenizar seu sofrimento, promovendo autoconfiança e competência materna, desde o período de hospitalização até o período após alta da UTIN. Contudo, percebe-se uma lacuna no que se refere à produção científica brasileira acerca da identificação dos níveis de estresse de mães de RNPT na UTIN e após a alta hospitalar por meio de escalas validadas, bem como há uma carência de estudos

do tipo ensaios clínicos relativos à educação em saúde na enfermagem que venham a incrementar o processo de investigação às transformações na prática (Castral et al. 2014).

Embasando-se nas premissas enfatizadas até o momento e na compreensão de que intervenções junto às mães, como as atividades educativas exercem papel importante na redução dos níveis de estresse materno, questiona-se se a atividade educativa desenvolvida durante a hospitalização do RNPT na UTIN pode influenciar na redução do estresse materno no domicílio. É essencial mensurar o nível de estresse das mães, fator determinante na qualidade da interação entre pais e filhos e no desenvolvimento psíquico e físico do recém-nascido em longo prazo. Ainda, é necessário verificar a eficácia da atividade educativa de simulação como ferramenta de trabalho da equipe na UTIN e ambulatorial como auxilio para preparo da mãe para o cuidado ao filho em casa.

Nesse sentido, este estudo objetiva comparar o nível de estresse de mães de RNPT na hospitalização e após a alta hospitalar por meio de escalas validadas na realidade brasileira correlacionando-os aos níveis de conhecimento materno sobre os cuidados com os bebês prematuros.

Metodologia

Desenho do estudo

Trata-se de Ensaio Clínico Randomizado (ECR), longitudinal, prospectivo e unicego, integrante do projeto de pesquisa intitulado “Repercussões da prematuridade: estresse materno e programação metabólica após a alta hospitalar”, o qual foi submetido ao Edital Universal CNPq 014/2014 e aprovado pelo processo 457109/2014-9. O ECR foi registrado sob número RBR-9yz2pb no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos – Rebec, disponível no endereço eletrônico: http://ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-9yz2pb.

Coleta de dados

O cenário do estudo foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e o ambulatório de seguimento do recém-nascido de risco de um hospital universitário do Oeste do Paraná. A população da pesquisa constituiu-se de mães de RNPT que estiveram hospitalizados na UTIN e UCI de outubro de 2014 a julho de 2015. O cálculo amostral foi realizado por meio do programa GPower 3.1.9®, assumindo um tamanho de efeito de 0,8, erro tipo I igual a 0,05, alocação da amostra na razão Controle: Intervenção de 1,8 e poder de análise em testes com distribuição T igual a 0,8. Dessa forma, a amostra constitui-se de 15 mães no Grupo de Intervenção (GI) e 27 mães no Grupo Controle (GC).

Os critérios de inclusão do estudo foram: mães de RNPT com menos de 37 semanas de idade gestacional sem anomalias congênitas. Os critérios de exclusão foram: RNPT deixados para adoção; mães que relatassem problemas psiquiátricos; mães que relatassem uso contínuo de medicamentos controlados (ansiedade ou depressão); mães com complicações clínicas ou que tenham ido a óbito durante o estudo ou mães cujos bebês tenham ido a óbito; mães sem escolaridade; mães adolescentes sem acompanhante responsável; mães que não compareceram nas consultas no ambulatório de seguimento entre o 3º e 6º mês após a alta da UTIN ou UCI.

As mulheres eram abordadas durante a visita ao filho para explicar sobre os objetivos e metodologia do estudo e, caso existisse interesse em participar, ofertava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a fim de respeitar os aspectos éticos da Resolução 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil 2012). Quando as mães possuíam menos de 18 anos e assentiam em participar do estudo, o Termo era assinado pelos responsáveis legais por essas mães. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná mediante Parecer 1.134.712 de 01 de julho de 2015.

A partir do aceite, aplicavam-se os seguintes instrumentos de coleta de dados: Escala de Estresse Parental na UTIN (EEP-UTIN); Dados socioeconômicos das mães e dados clínicos do RNPT; Análise de conhecimento materno (Pré-teste composto de 13 questões). Após a alta hospitalar as mães eram agendadas para retorno com o RNPT no ambulatório de seguimento entre o terceiro e sexto mês de vida, momento em que o estresse era mensurado pela escala de Índice de Estresse Parental (IEP).

Instrumentos de coletas de dados

A EEP-UTIN mensura os níveis de estresse considerando aspectos ambientais e psicológicos do setor de internação, autopreenchida pelas participantes. Validada no Brasil por Souza (2009), compõe-se por 26 itens distribuídos em três subescalas: "sons e imagens", "aparência e comportamento do bebê" e "alteração do papel de pai/mãe". Utiliza-se de escala tipo *Likert* com a seguinte pontuação: "1" refere-se a não estressante, "2" um pouco estressante, "3" moderadamente estressante, "4" muito estressante e "5" extremamente estressante. Quando as mães não vivenciaram uma das experiências citadas elas deveriam circular a opção "NA" que significa "não se aplica" (Souza et al. 2012).

Para a Análise do conhecimento materno, foi elaborado um instrumento aplicado em dois momentos (Pré e Pós-teste), contendo questões a cerca dos cuidados com o prematuro, em que foi verificada a confiabilidade por meio do cálculo do alfa de Cronbach e o valor obtido foi de 0,9257.

A escala Índice de Estresse Parental (IEP) é um instrumento que pode ser autopreenchido e destina-se a mensuração dos níveis de estresse após a alta hospitalar, validada no Brasil por Pereira (2014). Esta ferramenta pode ser utilizada junto a pais de crianças de até 12 anos, sendo composta por 120 questões distribuídas em dois domínios: Domínio da Criança e Domínio dos Pais. A soma destes dois domínios resulta no estresse

total dos pais. Os pais das crianças indicam o grau de concordância frente às afirmações da escala tipo *Likert* de 5 pontos, optando por: concordo totalmente (5), concordo (4), não tenho certeza (3), discordo (2) e discordo totalmente (1). Além dos domínios, a escala IEP avalia o Estresse de Vida e as Respostas Defensivas dadas pelas mães (Abidin 2012).

Intervenção

Finalizado o preenchimento dos instrumentos EEP-UTIN, Dados socioeconômicos das mães e dados clínicos do RNPT, Análise de conhecimento materno (Pré-teste), as participantes eram randomizadas aleatoriamente para o GI ou GC, conforme Figura 1.

As componentes do GI participavam de duas atividades educativas de simulação em dias consecutivos com duração de uma hora e meia cada, acerca dos cuidados com o RNPT (intercorrências e sinais de alerta do RNPT, amamentação e ordenha, higiene e troca de fraldas), planejadas de acordo com a Teoria Freiriana que tem como eixo principal o diálogo, estabelecendo uma relação horizontal entre mediador e educando. Postura que conduz ao compartilhamento do conhecimento que irá produzir o significado desse conhecimento para o outro (problematização), propiciando a reconstrução do mundo lido (Freire 2007). Estes pressupostos estimulavam a participação das mães expondo suas experiências e anseios e sugerindo temas a serem discutidos. A atividade educativa de simulação visou preparar as mães de RNPT hospitalizados para o cuidado dos filhos, a partir do conhecimento do ambiente da UTIN/UCI, das características físicas e emocionais da criança e da realização de cuidados.

As atividades consistiam de exposição e discussão dos temas, atividade prática realizada pelo mediador com os bonecos, atividade prática realizada pelas mães com os bonecos e, por fim, as mães realizavam as atividades com estes sob supervisão dos pesquisadores, respeitando as condições clínicas dos bebês. Ao término das atividades as

mães respondiam novamente a Análise do conhecimento materno – Pós-teste (Pós-teste, que consiste no mesmo instrumento Pré-teste) e recebiam uma cartilha denominada Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família (Fonseca & Scochi 2012). Todas as etapas eram conduzidas por um enfermeiro e um aluno de graduação em Enfermagem, previamente treinados para a atividade.

As participantes do GC não participavam das atividades educativas, recebendo as orientações de rotina da UTIN ou UCI, que consistiam em informações pontuais sobre aleitamento materno, higiene, troca de fraldas e acompanhamento no ambulatório, baseadas em cartilhas elaboradas pelos profissionais atuantes nos setores. A Avaliação do Conhecimento dessas mães era aplicada durante a primeira semana após alta hospitalar. O retorno dos RNPT no ambulatório de seguimento do hospital universitário era agendado para o período entre o 3º ao 6º mês após a saída do hospital, a fim de avaliar o estresse das participantes mediante aplicação da escala IEP.

Análise de dados

Na análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva (média, desvio padrão, frequências absolutas e relativas) para caracterização dos sujeitos e para avaliação do conhecimento Pré e Pós-teste. Para interpretação da EEP-UTIN conforme indicado pelos autores (Souza et al. 2012) foi empregada a Métrica 2 para mensuração dos níveis de estresse. Este método permite a verificação do nível geral de estresse mediante soma das notas que as mães assinalaram nas afirmações da escala e atribuição de nota 1 quando as mães afirmavam que não vivenciaram alguma das afirmações. Após a soma, o valor era dividido pelo número de itens da escala.

Na IEP foram avaliados os percentis no Domínio da Criança e Domínio dos Pais, Escore de Estresse de Vida, e o valor total de estresse de acordo com o próprio cartão escore

da IEP. Conforme Abidin (2012), um nível de estresse normal é considerado aquele em que os percentis se encontram entre 16 e 84, percentis entre 85 e 89 indicam escore de estresse elevado e, percentis iguais ou acima de 90 representam estresse clínico.

Para as variáveis quantitativas foram avaliados os pressupostos estatísticos de normalidade (teste de Shapiro-Wilk) e homogeneidade das variâncias (teste de Levene). Uma vez que os pressupostos foram atendidos, foram aplicados testes paramétricos para avaliação dos dados. Para avaliar a diferença de conhecimento materno no Pré e Pós-teste foi criada uma variável Delta, que significa a diferença de acertos no Pós-teste em relação ao número de acertos no Pré-teste, em cada um dos grupos. Para esta variável Delta, foi aplicado o Teste t para amostras independentes para identificar uma possível diferença estatística entre os grupos em avaliação.

Empregou-se a Análise de Variância Fatorial, utilizando o método de *Stepwise* foram aplicados na análise do Delta, sendo esta considerada uma variável resposta, e as demais variáveis (características sociodemográficas maternas e clínicas dos RNPT) como variáveis explicativas da variação de Delta. O intuito desta análise foi avaliar quais variáveis influenciaram no padrão de conhecimento adquirido ao longo da intervenção.

O teste de Qui Quadrado utilizando o método permutacional de Monte Carlo foi empregado na análise de dados clínicos do bebê e nas questões socioeconômicas das mães em relação à variável Delta, pois estas variáveis apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos GI e GC. Para correlacionar os níveis de estresse antes e após a alta da UTIN e o grau de conhecimento materno, utilizou-se a análise multivariada por meio da técnica de extração de componentes principais (Análise Componentes Principais). Todos os testes de hipótese foram realizados no programa XLStat, versão 2015, assumindo um nível de significância de 0,05.

Resultados

Inicialmente foram caracterizadas 51 mulheres que integraram a pesquisa nas etapas iniciais, correspondente ao período de hospitalização de modo que 17 integraram o GI e 34 compuseram o GC. Ao término do estudo o GI foi composto por 15 e o GC por 27 mães, devido às perdas no seguimento do ambulatório de alto risco ou óbito dos bebês. A figura 1 demonstra o fluxograma das participantes no estudo.

Dentre as variáveis analisadas, a idade, o estado civil, a ocupação, o número de filhos além do RNPT e o tipo de parto não mostraram diferença estatística entre os dois grupos (GC e GI) ($p>0,05$). No entanto, a escolaridade materna não foi similar entre os grupos ($p=0,019$). Nove (53%) das mães do GI tinham até nove anos de estudo, enquanto que 19 (56%) participantes do GC disseram ter entre 9 e 12 anos de escolaridade.

A maior parte das mulheres do GC relatou não ter vivenciado experiência prévia em setores de internação, pois eram primíparas (19/56%). O mesmo foi observado no GI (9/53%). Quando questionadas sobre o recebimento de informações sobre os cuidados com o RNPT pelos profissionais dos setores de internação dos filhos, as mães do GC e GI relataram não terem recebido (18/53% e 10/59%, respectivamente) ($p=0,281$).

Quanto às características clínicas dos RNPT, a idade gestacional ($p<0,0001$) e o peso ao nascer ($p<0,0001$) foram estatisticamente diferentes entre os grupos. No GC foram prevalentes os RNPT nascidos entre 32 e 36 semanas (30/77%), considerados prematuros moderados e tardios e no GI, a prevalência foi para bebês nascidos com até 28 semanas (10/50%), correspondendo a prematuridade extrema. O peso ao nascer maior que 2000 gramas esteve presente em 15 (38%) dos RNPT do GC e o peso de até 1000 gramas foi verificado em 9 (45%) dos bebês do GI (Tabela 1).

Tabela 1
Caracterização dos bebês hospitalizados na UTIN/UCI quanto aos dados clínicos. P-valor obtido pelo Método de Monte Carlo. Cascavel/PR, 2015.

Variáveis	**Controle**		**Intervenção**		**p**
	FA	FR	FA	FR	
Idade gestacional					
Menor ou igual a 28 semanas	3	8%	**10**	**50%**	
De 29 a 31 semanas	6	15%	6	30%	**<0,0001**
De 32 a 36 semanas	**30**	**77%**	4	20%	
Peso ao nascer					
Até 1000 gramas	0	0	**9**	**45%**	
De 1001 a 1500 gramas	10	26%	4	20%	**<0,0001**
De 1501 a 2000 gramas	14	36%	6	30%	
Maior que 2000 gramas	**15**	**38%**	1	5%	
Gênero					
Masculino	**24**	**62%**	9	45%	0,282
Feminino	15	38%	**11**	**55%**	
Morbidades					
Enterocolite necrotizante	1	3%	0	0	
Sepse tardia	2	5%	1	5%	
Doença broncopulmonar	1	3%	0	0	0,138
Doença de membrana hialina	0	0	3	15%	
Insuficiência/Desconforto respiratório	14	36%	5	25%	
Não se aplica	**21**	**54%**	**11**	**55%**	
Ventilação mecânica					
Sim	14	36%	**13**	**65%**	0,059
Não	**25**	**64%**	7	35%	

Conhecimento materno

Referente ao conhecimento materno, a Tabela 2 mostra a média de acertos em relação ao total (13) de questões do Pré e Pós-teste nos grupos GI e GC. Analisando o grupo controle que não participou da atividade educativa e recebeu orientações de rotina dos profissionais do setor de internação do filho, observa-se que acertou 3% a mais de questões no período Pós-teste em relação ao seu Pré-teste. As mães (GI) que participaram da intervenção proposta acertaram 13% a mais de questões no Pós-teste quando comparadas ao Pré-teste delas.

Analisando a diferença entre o Pré e Pós-teste dos grupos GI e GC o valor de p revela que não houve diferença estatística entre os grupos (p=1,000).

Tabela 2
Média e Desvios Padrão de acertos no instrumento "Análise do conhecimento materno" no Pré e Pós-teste aplicados às mães do Grupo Controle (GC) e Grupo de Intervenção (GI), Cascavel/PR, 2015.

Variáveis	**Pré-teste**	**Pós-teste**	***p***
GC	10±1,24	11±1,54	1,000
GI	10±1,54	12±0,66	

Buscando-se identificar se houve influência das características maternas e clínicas do bebê no nível de conhecimento materno, pode-se dizer que dentre as variáveis analisadas somente a IG e o peso ao nascer exerceram influência (Tabela 3).

Tabela 3
Parâmetros do método de ANOVA fatorial. Estatísticas t para as variáveis independentes consideradas significativas (p<0,05) para o grau de conhecimento materno, Cascavel/PR, 2015.

Variável	**Coeficiente**	**Erro padrão**	**T**	***p***
Intercepto	-0,488	0,585	-0,835	0,407
IG ao nascer ≤31	1,486	0,573	2,592	0,012*
IG ao nascer ≥ 31	0,000	0,000		
Peso ao nascer ≤1500 g	1,844	0,580	3,180	0,002*
Peso ao nascer ≥1500g	0,000	0,000		

Nota: * Valores de p significativos ao nível de 5%

Assim, as participantes com filhos que nasceram com peso inferior a 1500g (t=1,844; p=0,002) e com idade gestacional menor que 31 semanas (t=2,592; p=0,012) acertam três questões a mais no Pós-teste, independente de terem participado da atividade educativa. As participantes com filhos com peso ao nascer inferior a 1500g, porém com idade gestacional maior que 31 semanas acertam uma questão a mais no Pós-teste. No que diz respeito às mães, cujos bebês nasceram com mais de 1500 gramas e com idade gestacional menor que 31 semanas acertam uma questão a mais no Pós-teste. Para as participantes cujos bebês nasceram com mais de 1500 gramas, a idade gestacional superior a 31 semanas não influencia no

número de acertos no Pós-teste. Ou seja, mães de RNPT com maior grau de prematuridade tendem a prestar mais atenção e, consequentemente, apresentarem maior acerto no Pós-teste.

Estresse durante a hospitalização

Os níveis de estresse maternos foram avaliados durante a hospitalização do prematuro mediante uso da escala EEP-UTIN. Dentre as subescalas que compõem o instrumento, o item Sons e imagens apresentou diferença estatística significativa entre os grupos (GC: 2,3±0,128; GI: 2,8 ±0,272, p=0,036). Devido ao fato de GI ser composto por mães com RNPT com maior grau de prematuridade e menor peso ao nascer, há necessidade de maior suporte tecnológico como monitores, sondas e cateteres acoplados a criança, influenciando na percepção materna acerca do ambiente da UTIN.

A subescala Aparência e comportamento do bebê não apresentou diferença estatística significativa entre os grupos (GC:2,6±0,174; GI:3,1±0,237; p>0,05). A subescala que apresentou os níveis mais elevados de estresse foi o item Alteração no papel parental, 4,2+0,148 no GC e 4,0+0,311 no GI, contudo, não apresentando diferença estatística entre os grupos (GC: 4,2+0,148; GI: 4,0+0,311; p>0,05). O escore geral de estresse obtido pela aplicação do instrumento EEP:UTIN mostrou diferenças estatisticamente significativa entre os grupos (GC: 3,026±0,113; GI: 3,350±0,254; p=0,022).

Estresse após a alta hospitalar

Entre o terceiro e sexto mês após a alta hospitalar, os níveis de estresse foram mensurados com a escala IEP. Os subdomínios do Domínio da Criança não demonstraram diferença estatística entre os grupos no que diz respeito aos níveis de estresse após a alta hospitalar (p>0,05) (Tabela 4).

Tabela 4
Média e erro padrão da média dos subdomínios do Domínio da Criança da IEP aplicada aos grupos controle e intervenção após a alta, Cascavel/PR, 2015.

Variável	GC	GI	p
Déficit de atenção/hiperatividade	53,857±4,50	64,143±5,73	0,090[a]
Reforço positivo dos pais	47,889±4,598	44,286±5,877	0,657[b]
Humor	50,750±3,62	47,071±5,51	0,715[a]
Aceitabilidade	57,143±3,382	58,571±5,062	0,354[b]
Capacidade de adaptabilidade	63,464±4,02	58,857±5,36	0,748[a]
Exigência	47,852±4,48	56,692±4,73	0,121[a]
Total	55,393±3,39	57,071±4,28	0,384[a]

Nota: [a] Teste t para amostras independentes
[b] Teste Mann-Whitney-U

Quanto ao Domínio dos pais (Tabela 5), o estresse apresentou diferença significativa para os subdomínios Relacionamento com esposo (a)/companheiro (a) pai da criança (0,037) e Saúde dos pais (p=0,038), os RNPT do GI exigem mais dos pais que os do GC, evidenciando um maior nível de estresse. O nível de estresse total do Domínio dos pais não evidenciou diferença estatística significativa (p=0,071).

Tabela 5
Média e erro padrão da média dos subdomínios do Domínio dos Pais da IEP aplicada aos grupos controle e intervenção após a alta, Cascavel/PR, 2015.

Variável	GC	GI	p
Competência	46,571±4,245	50,00±4,425	0,305[a]
Vínculo	15,464±1,557	16,200±1,139	0,375[a]
Restrição de papel	14,464±0,851	14,467±1,454	0,499[a]
Depressão	48,607±4,074	53,200±6,648	0,269[a]
Isolamento	40,250±5,905	51,533±6,125	0,115[a]
Relacionamento com o esposo(a),/ companheiro(a), pai da criança	13,741±0,810	16,200±1,006	0,037[a]
Saúde	38,643±4,752	50,067±6,078	0,038[b]
Total	41,536±4,314	51,933±4,966	0,071[a]

Nota: [a] Teste t para amostras independentes
[b] Teste Mann-Whitney-U

O item Estresse de vida, composto de questões relativas ao cotidiano familiar como divórcio, casamento, gravidez, emprego, óbitos de amigos ou parentes, mudança de casa, problemas judiciais, não apresentou diferenças entre os grupos (p=0,233). Os resultados dos percentis totais do estresse na IEP mostram igualdade entre as mães do GC (46,893±4,111) e

GI (54,800±4,410) ($p>0,05$), revelando níveis de estresse considerados normais, sem necessidade de intervenção profissional (ABIDIN 2012).

Comparação do nível de estresse durante e após a hospitalização intergrupos

Pode-se afirmar que 25% das participantes do GC encontrava-se na condição de estresse elevado ou muito estressante durante a hospitalização, enquanto que, no GI 67% das mães possuíam o mesmo nível de estresse. Todas as participantes apresentaram níveis leves a moderados após a alta ($\chi^2=7,094$; $p=0,008$), havendo redução de estresse 2,68 vezes maior no GI que no GC (Figura 3).

Relação entre os níveis de estresse e o conhecimento materno

Na relação entre o conhecimento materno sobre os cuidados com o RNPT e os níveis de estresse antes e após a alta hospitalar, evidenciou-se que a diferença entre o conhecimento do GI e GC no Pré-teste e no Pós-teste não interferiu no estresse durante a hospitalização. No entanto, influenciou o estresse após a alta hospitalar (Figura 3).

Foi possível observar que os dois componentes principais apresentaram explicabilidade de 72,2%, sendo que o primeiro componente principal foi composto principalmente pelos domínios e o valor total do instrumento IEP (PSI) (Autovalor=3,08; %=38,48%), e o segundo componente principal foi composto pelos domínios e valor total do instrumento EEP:UTI (PSS) (Autovalor=2,70; %=33,75%), indicando a não correlação entre as escalas.

O primeiro componente principal tem os escores positivos indicando os valores mais altos dos domínios do instrumento IEP (PSI), estando associado com as mães que apresentaram aumento do conhecimento após a intervenção educativa. Os escores negativos

deste componente, indicam os menores valores do IEP (PSI), estando associados às mães que apresentaram igualdade ou diminuição de conhecimento após a intervenção educativa.

Em outras palavras, as mães que acertaram maior número de questões no Pós-teste apresentaram níveis mais elevados de estresse na escala IEP e em alguns itens que a compõem, como no domínio dos pais e domínio da criança. Enquanto que as mães que não apresentaram diferença no número de acertos das questões da Análise do conhecimento materno ou que erraram mais questões no Pós-teste são as que tiveram os menores níveis de estresse.

No segundo componente principal, observa-se que os escores positivos indicam os maiores valores nas subescalas da EEP:UTIN (PSS-NICU), e os escores negativos indicam os menores valores deste instrumento. Nenhum dos grupos classificados pelo gradiente de conhecimento (aumento, diminuição ou igualdade) apresentaram associação com a variação deste instrumento, ou seja, o estresse avaliado pela EEP-UTIN durante a hospitalização não apresentou associação com o conhecimento materno.

Discussão

A Análise do conhecimento materno no Pré-teste mostrou que as mães já apresentavam algum conhecimento acerca dos cuidados com o bebê nos dois grupos. Este conhecimento prévio pode ter sido adquirido por meio de mídias como televisão e internet (Silva et al. 2015) e por outras fontes como parentes, amigos, médicos e enfermeiros (Boykova 2008). Este último autor ainda traz que mesmo que as mães considerem seu conhecimento adequado para cuidar do bebê prematuro, a necessidade de informações permanece elevada, principalmente sobre cuidado diário do bebê, alimentação, comportamento, dentição, segurança e sono.

A Análise do conhecimento Pós-teste revelou que as diferenças apresentadas pelas mães participantes do GC e do GI não foram estatisticamente significativas. Estes resultados são diferentes dos achados de estudo realizado na Índia, que comprovou que mães do GI melhoraram o conhecimento sobre fatores de risco e cuidado de bebês de baixo peso no Pós-teste comparadas às mães do grupo controle (Sheoran et al. 2011). Ainda, observou-se que apesar do GI apresentar níveis mais elevados de estresse, ambos grupos se classificaram em estresse moderado (Souza et al. 2012).

As variáveis sociodemográficas e clínicas do RNPT coletadas no estudo foram analisadas quanto à influência sobre o conhecimento materno, contudo, somente a idade gestacional e o peso ao nascer apresentaram valor estatístico significativo. No entanto, resultados diferentes foram encontrados na literatura que aponta que o aumento no conhecimento materno no Pós-teste de mães que participaram de uma intervenção esteve relacionado com a idade materna e a renda familiar, de modo que mães de 21 a 30 anos e com menor renda tendem a acertar mais no pós-teste (Sheoran et al. 2011). O conhecimento de pais de prematuros também foi correlacionado com a idade parental em estudo realizado no Irã, mostrando que pais com mais idade apresentam maior conhecimento e experiência relacionados aos cuidados com o bebê prematuro na UTIN (Khalesi et al. 2015).

Na avaliação da EEP:UTIN, a subescala Alteração no papel parental foi a que apresentou os escores mais elevados no GI e no GC, assim como nos estudos de Chourasia et al. (2012) e Montirosso et al. (2011). Em se tratando do escore geral de estresse da EEP:UTIN, as participantes dos dois grupos apresentaram níveis moderados, no entanto, a diferença intragrupo no escore de estresse foi significativamente maior no GI que no GC. Esse resultado também foi obtido em outros dois estudos brasileiros que utilizaram essa escala (Souza et al. 2012, Fernandes et al. 2015).

Embora a alta hospitalar amenize os escores de estresse relacionados à hospitalização, a chegada no domicílio instiga o enfrentamento de novas situações que geram insegurança e preocupações relacionadas aos cuidados do bebê prematuro, ainda mais, se não for ofertado aos pais informações que possam melhorar a competência materna e paterna (Souza et al. 2010).

O estresse mensurado entre o terceiro e sexto mês após a alta hospitalar pela IEP, mostrou que as mães, tanto do GC quanto do GI apresentaram níveis de estresse considerados normais para a situação (Abidin, 2012). Ao avaliar o nível de estresse nos domínios da IEP, evidenciou-se que no Domínio da Criança, o subdomínio Déficit de atenção/hiperatividade apresentou níveis mais elevados no GI que no GC, contudo, essa diferença não mostrou-se estatisticamente significativa. Na subescala denominada Exigência, apesar de não ser estatisticamente significativa, ao analisarem-se os valores dos percentis desse subdomínio, identifica-se maior valor no nível de estresse entre as mães do GI.

Estudos (Lindström et al. 2011, Chu et al. 2012, Bora et al. 2014) demonstram que o Déficit de Atenção e hiperatividade é uma complicação mais comum entre prematuros extremos, o que requer dos pais maior habilidade no manejo dessas crianças, havendo maior exigência de sua parentalidade.

No Domínio dos Pais da escala IEP, itens como Relacionamento com esposo (a)/companheiro (a) pai da criança e Saúde dos pais apresentaram níveis mais elevados no GI, assim como no nível de estresse geral deste domínio, houve diferença estatística entre os grupos. Estes subdomínios avaliam, respectivamente, a percepção dos pais quanto ao suporte emocional e físico recebido do companheiro e o modo que a saúde dos pais contribui para o estresse global. Os dados evidenciam que as mães do GI que têm os RNPT com maior complexidade, percebem menor apoio por parte do companheiro e sentem-se mais doentes. Esses recém-nascidos exigem mais dos pais e podem ser consideradas Crianças com

Necessidades Especiais em Saúde (CRIANES), que são aquelas que apresentam ou possuem riscos para condições crônicas de comprometimento físico, de desenvolvimento, de comportamento, ou emocional, e que necessitam de atenção à saúde mais frequentemente que outras crianças (National Center on Financing for Children With Special Health Care Needs, 2004). Estas CRIANES muitas vezes vão para casa com dependências de saúde como demandas de desenvolvimento, de medicamentos, de tecnologia, de cuidados habituais modificados e mistos (Cabral et al. 2000). Tal condição pode gerar problemas de saúde nos pais, bem como pode contribuir para um relacionamento mais conflitivo entre o casal. Nesse sentido, Welch et al. (2015) apontam que o nascimento prematuro precipita nas mães maiores morbidades psicológicas e descrevem um programa de atenção familiar desenvolvido para minimizar essas morbidades e facilitar a conexão emocional entre mãe e RNPT.

Considerando que os RNPT desse grupo eram na maioria prematuros extremos e de extremo baixo peso, portanto, crianças com maior vulnerabilidade, sujeitas a sequelas e complicações da prematuridade, as mães do GI poderiam apresentar maior estresse no domicílio. Porém, o estresse mensurado após a alta hospitalar evidenciou que o GI apresentou maior redução nos níveis em comparação ao GC. Assim, a atividade educativa pode ter influenciado na redução do estresse das mães do grupo intervenção, visto que essas mães apresentavam escores mais elevados durante a hospitalização.

A literatura aponta que dentre as várias ferramentas utilizadas para redução dos níveis de estresse e aprimoramento do conhecimento de pais de bebês hospitalizados, a atividade educativa se mostra relevante para reduzir o estresse contribuindo para o desenvolvimento da autoeficácia e competência materna (Brett et al. 2011). A autoeficácia pode ser compreendida como a crença que uma pessoa possui sobre a capacidade de alcançar os resultados que almeja, a autoeficácia em relação aos filhos condiz com uma parentalidade positiva (Tristão et al. 2015). Também pode ser definido como o julgamento acerca de sua capacidade para

realizar tarefas ligadas a maternidade (Montigny & Lacharité 2005). A competência materna é influenciada por fatores como estresse, assim, altos níveis de competência materna foram associados com baixo estresse parental (Liu et al. 2011). Desse modo, as mães sendo preparadas no período de hospitalização na UTIN por meio da atividade educativa podem aumentar sua autoconfiança e favorecer o desenvovlimento de sua parentalidade saudável.

No contexto da prematuridade e das mães que vivenciam essa situação, a equipe de saúde é fundamental na identificação precoce de níveis de estresse dessas mães a fim de amenizar esse sofrimento para fortalecer a autoeficácia e competência materna necessárias ao desenvolvimento da parentalidade saudável no manejo de filhos prematuros.

Conclusões

No âmbito hospitalar, os níveis de estresse das mães pertencentes ao GI foram mais elevados que o GC. No que diz respeito ao conhecimento materno acerca dos cuidados com o RNPT no domicílio, as mães de ambos os grupos não apresentaram diferença estatística no grau de conhecimento entre o Pré e Pós-teste. O conhecimento materno sobre os cuidados com o RNPT foi influenciado pela idade gestacional e peso ao nascer dos bebês. As mães que participaram das atividades educativas tiveram seus níveis de estresse diminuídos 2,68 vezes mais que o grupo de mulheres que não participou das atividades.

Quanto aos níveis de estresse após a alta, os dois grupos não apresentaram diferenças estatísticas significantes. Contudo, considerando o nível de estresse elevado do GI durante a hospitalização; as características dos bebês desse grupo e o conhecimento materno é possível inferir que as atividades educativas podem ter contribuído para que os níveis de estresse das mães do GI não aumentassem consideravelmente no domicílio, mesmo que não tenham possibilitado o aumento no conhecimento das mães do GI quando comparadas às mães do

GC, mas devido às experiências que as mães do GI vivenciaram com seus filhos ao participarem das atividades. As atividades educativas podem ter colaborado para que os grupos se mantivessem equilibrados após a alta, ou seja, mesmo que os grupos apresentassem diferenças na internação em relação ao peso e idade gestacional dos RNPT, o nível de estresse no âmbito extra-hospitalar foi de leve a moderado para ambos os grupos.

Conclui-se ainda, que o uso das escalas EEP:UTIN e a IEP são instrumentos eficazes para verificação do nível de estresse de mães de prematuros e que possibilitam o reconhecimento precoce de alterações, contribuindo para o planejamento de ações adequadas e individualizadas à mães e seus RNPT, a equipe de atenção à saúde hospitalar e do seguimento do RNPT devem incorporar em sua prática o uso de ferramentas padronizadas para medir os níveis de estresse materno e utilizar-se de estratégias como a atividade educativa sistematizada para o preparo da mãe para o convívio com o filho prematuro em casa após a alta da UTIN.

Referências

Abidin RR (2012) *Parenting Stress Index: Professional Manual – P4*. Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.

Barroso ML, Pontes AL de, Rolim KMC (2015) Consequences of prematurity in the establishment of the affective bond between teenage mothers and newborns. *Northeast Network Nursing Journal* 16(2), 168-175. Available at: DOI: 10.15253/2175-6783.2015000200005 (accessed 08 February 2016).

Bora S, Pritchard VE, Chen Z, Inder TE & Woodward LJ (2014) Neonatal cerebral morphometry and later risk of persistent inattention/hyperactivity in children born very preterm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 55(7), 828-838.

Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4065623/ doi: 10.1111/jcpp.12200 (accessed 01 February 2016).

Boykova M (2008) Follow-up care of premature babies in Russia: evaluating parental experiences and associated services. *Infant* 4(4), 126-130. Available at: http://www.infantgrapevine.co.uk/pdf/inf_022_xss.pdf (accessed 30 January 2016)

Brazil. National Health Council (2012) *Resolution n_o 466 December 12.* Available at: http://conselho.saude.gov.br/ resolucoes/2012/ Reso466.pdf (accessed 20 January 2016)

Brett J, Staniszewska S, Newburn M, Jones N & Taylor L (2011) A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open* 1(1), 1-11. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pmc/articles/PMC3191395/ doi: 10.1136/bmjopen-2010-000023. (accessed 21 January 2016).

Cabral IE, Rodrigues EC & Cunha SR (2000) *The nurse educator and the alliance of knowledge in child care discharged from the intensive care unit.* Research Report CNPq. Rio de Janeiro.

Castral TC, Daré MF, Scochi CGS (2014) Research priorities in neonatal and pediatric nursing. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 16(1), 12-4. Available at: http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/ view/29266 (accessed 31 January 2016).

Chourasia N, Surianarayanan P, Adhisivam B & B Vishnu Bhat (2012) NICU Admissions and Maternal Stress Levels. *Indian Journal of Pediatrics* 80(5), 380-384. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23180413 doi: 10.1007/s12098-012-0921-7 (accessed 28 January 2016).

Chu S-M, Tsai M-H, Hwang F-M, Hsu J-F, Huang HR & Huang Y-S (2012) The relationship between attention deficit hyperactivity disorder and premature infants in Taiwanese: a case control study. *BMC Psychiatry* 12(85). Available at: http://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-85 doi: 10.1186/1471-244x-12-85 (accessed 28 January 2016).

CONSORT - Consolidated Standards of Reporting Trials CONSORT (2010) *Consort 2010 Flow diagram*. Available at: http://www.consort-statement.org/ 2010. (accessed 26 January 2016).

Cruz AC & Angelo M (2012) Stomas in neonatology: recovering the mother's memory. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 46(6), 1306-12. Available at: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600004 (accessed 20 January 2016).

Favaro M de SF, Peres RS & Santos MA dos (2012) Evaluation of the impact of prematurity in mental health in puerperium. *PsicoUSF* 17(3), 457-65. Available at: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712012000300012 (accessed 31 January 2016).

Fernandes JN et al (2015). Avaliação do nível estresse de mães de Pré-Termo em Hospital Universitário. *Cienc Cuidado e Saude* 14(4),1471-79, out./nov. 2015.

Forcada-Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F & Muller-Nix C (2010) Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. *Early Human Development* 87(1), 21-26. Available at: http://www.earlyhuman development.com/article/S0378-3782(10)00241-0/abstract doi: 10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006.

Freire P (2007) *Educação como prática da liberdade*. 3 ed Rio de Janeiro, Paz e Terra.

Khalesi N, Anjom FS, Rezaeiezadeh G & Farahani Z (2015) Evaluation of Parents' Awareness and Knowledge about Problems and Issues Related to Their Premature Infants in an Iranian Hospital. *Open Journal of Nursing* 5(5), 465-469. Available at: http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2015.55049 (accessed 24 January 2016).

Lindström K, Lindblad F & Hjern A (2011) Preterm Birth and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Schoolchildren. *Pediatrics* 127(5) , 858-865. Available at: http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/127/5/858.full.pdf (accessed 28 January 2016).

Liu CC, Chen YC, Yeh YP & Hsieh YS (2011) Effects of maternal confidence and competence on maternal parenting stress in newborn care. *Journal of Advanced Nursing* 68(4), 908-18. Available at:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21790741 doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05796.x (accessed 31 January 2016).

Melnyk BM, Crean HF, Fischbeck-Feinstein N & Fairbanks E (2007) Maternal anxiety and depression following a premature infants' discharge from the NICU: An integrative model of the COPE program. *Nursing Research* **7**, 383–394.

Montigny F & Lacharité C (2005) Perceived parental efficacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 49(4), 387–396. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15701153 doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03302.x (accessed 31 January 2016).

Montirosso R, Provenzi L, Calciolari G & Borgatti R (2011) Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs. *Acta Paediatrica* 112(2), 136-142. Available at: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.16512227.2011.02440.x/abstract doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02440.x (accessed 28 January 2016).

National Center on Financing for Children with Special Health Care Needs (2004) *Chart Book: Identification, Service Use, and Expenditure Profiles of CSHCN in Medicaid,* SCHIP. USA: University of Florida.

Okido ACC, Pizzignacco TP, Furtado MC de C & Lima RAG (2012) Technology-dependent children: the maternal care experience. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 46(5), 1066-1073. Available at: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500005 (accessed 31 January 2016).

Pereira LM (2014) Validation of the Parental Stress Index instrument- full form for premature parents. Final Paper (Nursing Degree). State University of Western Paraná. Cascavel/PR.

Perrone RAP & Oliveira VB de (2011) Control of maternal anxiety in respect of pre-term babies using drawing game intervention. *Psychological Studies* 28(2), 269-277. Available at: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000200014 (accessed 17 January 2016).

Rodrigues OMPR & Bolsoni-Silva AT (2011) Effects of the prmaturity on the development of lactentes. *Journal of Human Growth and Development* 21(1),111-121. Available at: http://pepsic.bvsalud.org/ scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-128220110001 00011&lng=pt&nrm=iso (accessed 8 February 2016).

Sassá AH & Marcon SS (2013) Evaluation of families of infants with very low birth weight in home care. *Text and Context Nursing* 22(2), 442-451. Available at: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200021 (accessed 8 February 2016).

Silva MJ, Linhares RN, Chagas AM & Santos MGM (2015*) Reflections about the academic production in media , health and education in Brazil.* In: 6th International

Symposium on Education and Communication. 5:99-104. Aracajú (Brazil): Universidade Tiradentes

Silveira A da & Neves ET (2011) Children with Special Health Care Needs: research trends in nursing. *Revista de Enfermagem da UFSM* 1(2), 254-60. Available at: http://cascavel. ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2500/1637 (accessed 17 January 2016).

Sheoran P, Babu M, Mandal K & Rai K (2011) Effectiveness of Planned Health Education Programme regarding risk factors and care of low birth weight babies in terms of knowledge and practice among Mothers. *Nursing & Midwifery Research Journal* 7(4), 161-74. Available at: http://medind.nic.in/nad/t11/i4/nadt11i4p161.pdf (accessed 31 January 2016).

Souza NL de, Araujo ACPF, Costa I do CC, Junior AM & Junior HA (2010) Maternal experience with a premature child: thinking about the difficulties of ths care. *Nursing Journal of Minas Gerais* 14(2),159-165. Available at: http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=19532&indexSearch=ID (accessed 29 January 2016).

Souza SR de, Dupas G & Balieiro MMFG (2012) Cultural adaptation and validation for the portuguese language of the Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU). *Acta Paulista de Enfermagem* 25(2), 171-76. Available at: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200003 (accessed 20 January 2016).

Tristão RM, Neiva ER, Barnes CR & Adamson-Macedo E (2015) Validation of the scale of perceived self-efficacy of maternal parenting in brazilian sample. *Journal of*

Human Growth and Development 25(3), 277-286. Available at: http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96759 (accessed 21 January 2016).

Welch MG, Halperin MS, Austin J, Stark RI, Hofer MA, Hane AA & Myers MM. (2015) Depression and anxiety symptoms of mothers of preterm infants are decreased at 4 months corrected age with Family Nurture Intervention in the NICU. *Archives of Women's Mental Health* 19(1), 51-61. Available at: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25724391 doi: 10.1007/s00737-015-0502-7 (accessed 28 January 2016).

Wust GG & Viera CS (2011) The relationship between mother and premature baby after admission to hospital. *Cogitare Enfermagem* 16(2), 311-318. Available at: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/19874/14216 (accessed 20 January 2016).

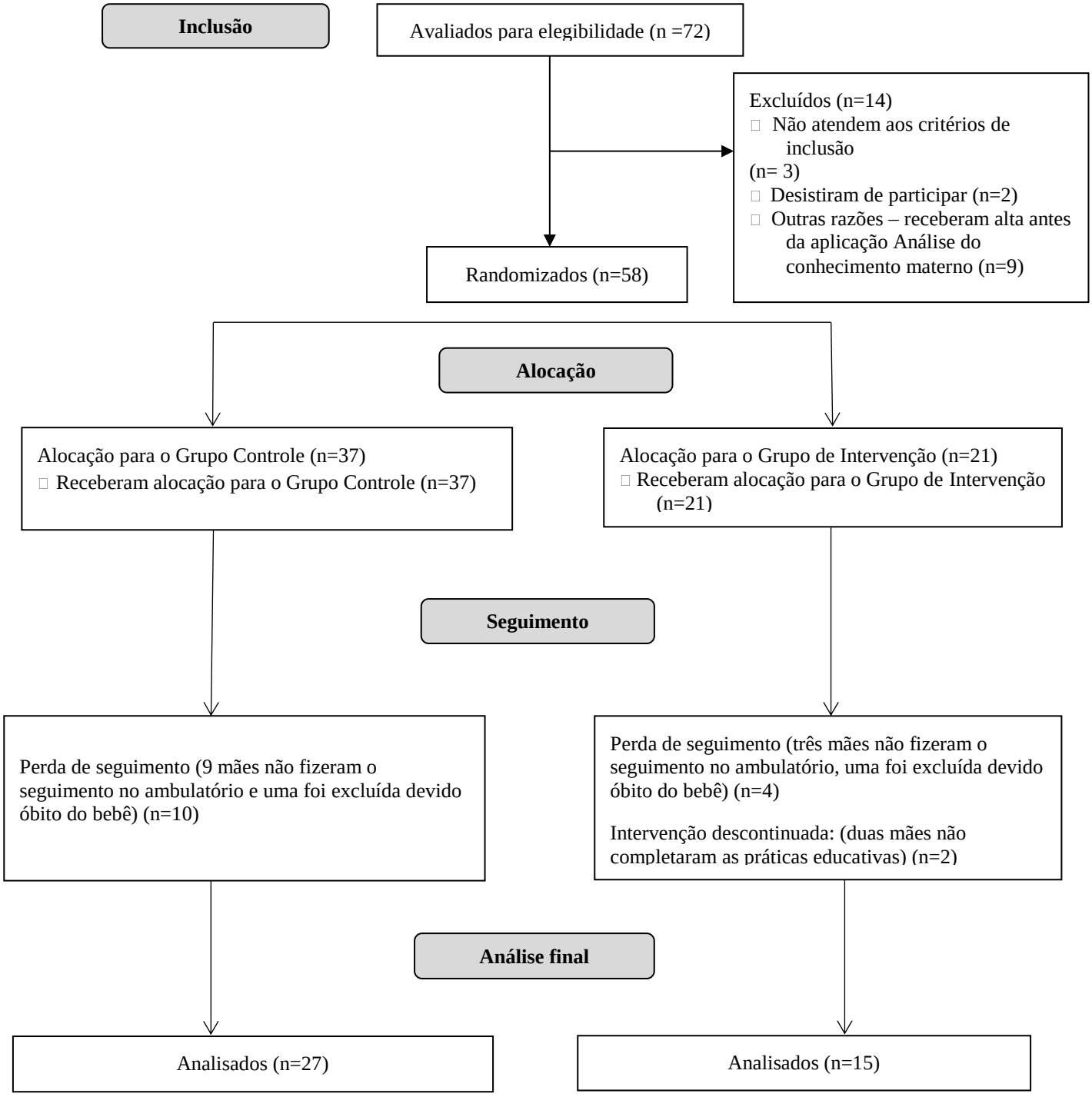


Figura 1

Fluxograma CONSORT 2010.

Fonte: Banco de dados da autora, 2015.

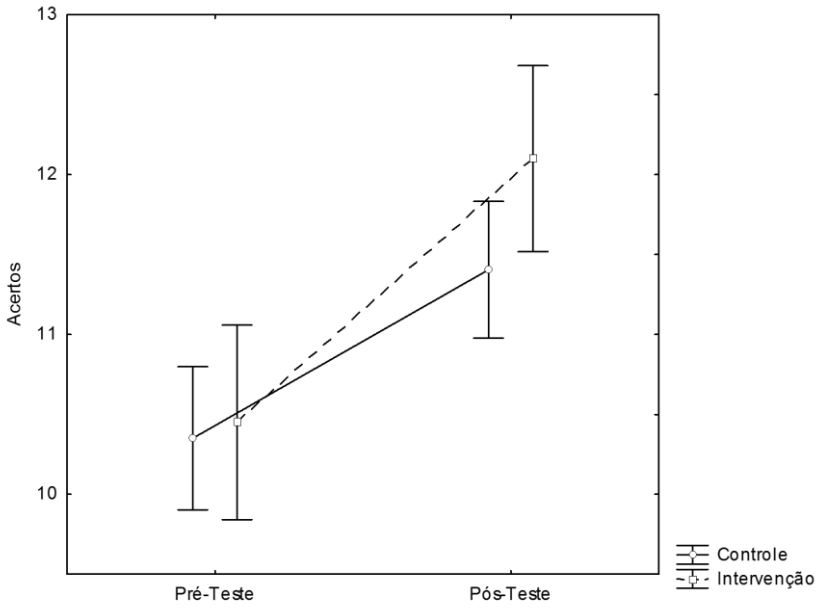


Figura 2
Tendência de acertos no Pré e Pós-teste do instrumento "Avaliação do conhecimento materno" para os grupos controle e de intervenção.

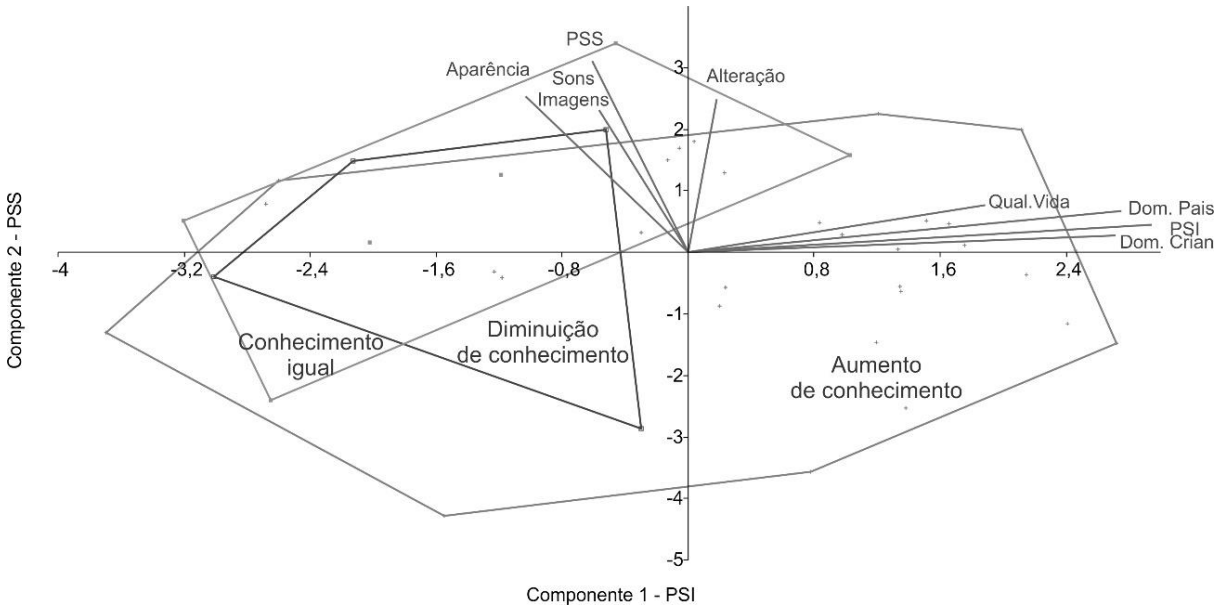


Figura 3

Diagrama de ordenação representando os dois primeiros eixos da análise de componentes principais para as variáveis relativas aos níveis de estresse de mães de prematuros hospitalizados em UTIN/UCI mostrando os descritores (vetores) e diferentes níveis de conhecimento após a intervenção educativa (Aumento de conhecimento; Diminuição de conhecimento; Conhecimento igual).

6 CONCLUSÕES

A pesquisa buscou avaliar a influência da atividade educativa nos níveis de estresse de mães de RNPT hospitalizados em UTIN/UCI e após a alta hospitalar. Para tanto, foi necessária a mensuração do estresse materno durante a internação dos RNPT, que apresentou diferença estatística significativa entre os grupos. O GI obteve níveis mais elevados de estresse total, relacionadas na EEP:UTIN ao subdomínio sons e imagens do ambiente de internação do filho. De modo geral, os dois grupos consideraram “moderadamente estressante” ter um bebê hospitalizado em UTIN/UCI.

No período após a alta hospitalar os níveis de estresse de ambos os grupos foram considerados normais pela IEP. Assim, pode-se dizer que as mães mostraram uma redução de estresse de 2,68 vezes maior no GI que no GC, considerando as características dos grupos durante a hospitalização.

O estudo verificou que apesar das mães que participaram das atividades educativas acertarem mais questões no pós-teste que as mães que não participaram das atividades, a diferença entre o conhecimento no pré-teste e no pós-teste não foi significativa e não interferiu no nível de estresse durante a hospitalização.

No que diz respeito ao momento após a alta hospitalar, a variação no conhecimento materno influenciou o estresse de modo que as mães do GI que possuíam bebês mais prematuros e com menor peso, ou seja, bebês com maior risco de complicações e que permanecem hospitalizados por períodos de tempo maiores na UTIN/UCI e que apresentavam níveis elevados de estresse durante a hospitalização tenderiam a manter o nível de estresse elevado após alta hospitalar. Contudo, elas apresentaram o mesmo nível de estresse que as mães do GC e que não estavam submetidas às condições das mães relatadas no primeiro grupo.

Refuta-se a hipótese do estudo, pois as mães que participaram das atividades educativas apresentaram níveis de estresse semelhantes às mães do grupo controle após a alta hospitalar. No entanto, como as mães do GI apresentavam níveis maiores que as do GC, e ao final do estudo os dois grupos apresentaram níveis classificados como normal pela IEP, pode-se inferir que ter participado da

intervenção impediu que os níveis de estresse após a alta se elevassem, atingindo um equilíbro nos dois grupos de mães.

A realização de ensaios clínicos randomizados fornece evidências para a prática profissional e possibilita adoção de estratégias novas frente aos desafios encontrados no trabalho em saúde. Os desafios desta modalidade de estudo incluem a formação de grupos homogêneos e, uma das principais dificuldades vivenciadas nesta pesquisa foi no seguimento dos sujeitos da pesquisa, pois muitas mães não realizaram o acompanhamento dos seus filhos no ambulatório de seguimento do bebê de alto risco, incorrendo em uma maior perda de sujeitos nessa fase da pesquisa.

É relevante que novos estudos sejam realizados com a temática de estresse e atividades educativas, a fim de validar os resultados aqui apresentados e para propor novas ações que possam contribuir para a qualidade da atenção ofertada às famílias de RNPT, assim como melhorar o empoderamento das mães, reduzindo o estresse e aumentando a competência materna para os cuidados dos bebês prematuros em diferentes contextos do país.

7 REFERÊNCIAS

ABIDIN, R. R. **Parenting Stress Index:** Professional Manual. 4 ed. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 2012.

ALMEIDA, A. C. et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 86-94, jun. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/13.pdf. Acesso em: 08 ago. 2015.

ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S. T. A. A promoção do cuidado materno ao neonato prematuro: a perspectiva da educação problematizadora em saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 128-31, jan./fev. 2015. Disponível em: < http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index. php/enfermagemuerj/article/view /14779/12367>. Acesso em: 12 ago. 2015.

AZEVEDO, M. de; CUNHA, M. L. C. da. Fatores associados aos aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. **Revista HCPA:** Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 40-9, jan./mar., 2013. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/37653>. Acesso em: 05 jul. 2014.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T**. Epidemiologia básica** [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. 2. ed. São Paulo: Santos. 2010.

BRAGA, P. P.; SENA, R. R. de. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 6, p. 975-980, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S0103-21002012000600023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012a.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ resolucoes/2012/ Reso466.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Tabnet - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. **Nascimentos por ocorrência e segundo duração da gestação em 2013 segundo Unidades da Federação do Brasil, peso ao nascer e sexo.** 2015a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def >. Acesso em: 01 jul. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Data SUS. Tabnet - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **População residente segundo Região de Saúde no Paraná em 2012.** 2015b. Disponível em:< http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/ poppr.def >. Acesso em: 01jul. 2015.

BRETT, J. et al. A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. **BMJ Open** [online], Londres, v. 1, n. 1, p. 1-11, jun. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pmc/articles/PMC3191395/>. Acesso em: 05 jul. 2014.

BUSSE, M. et al. Parents' Responses to Stress in the Neonatal Intensive Care Unit**. Critical Care Nurse**, Columbia, v. 33, n. 4, p. 52-9, ago. 2013. Disponível em: < http://ccn. aacnjournals.org/>. Acesso em: 13 ago. 2015.

CABRAL, I. E.; RODRIGUES, E.C.; CUNHA, S.R. A enfermeira educadora e a aliança de saberes no cuidado à criança egressa da terapia intensiva. **Relatório de Pesquisa CNPq**. Rio de Janeiro: 2000. 58 p.

CASCAVEL. **Estatística do ambulatório de Medicina 2012/2013.** Hospital Universitário do Oeste do Paraná, 2013.

CASCAVEL. **Estatística da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal 2006/2013.** Hospital Universitário do Oeste do Paraná, 2014.

CASTRAL, T. C.; DARÉ, M. F.; SCOCHI, C. G. S. Prioridades de pesquisa em enfermagem neonatal e pediátrica. **Rev. Eletr. Enf.** [online], v. 16, n. 1. p. 12-4, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/ view/29266>. Acesso em: 05 jul. 2014.

CEP/UNIOESTE – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. **Parecer 385.370 em 17 de setembro de 2013**. 2013.

CHALFUN, G. et al. Fatores associados à morbidade respiratória entre 12 e 36 meses de vida de crianças nascidas de muito baixo peso oriundas de uma UTI neonatal pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1399-1408, jun. 2009. Disponível em: <http://www. scielo.br/scielo.php?script=sci_ arttext&pid =S0102-311X2009000600022&lng= en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2015.

CONSORT - Consolidated Standards of Reporting Trials CONSORT. **Consort 2010 Flow diagram**. Disponível em:<http://www.consort-statement.org/>. Acesso: 25 jan. 2016.

COUTINHO, E. S. F.; CUNHA, G. M. da. Conceitos básicos de epidemiologia e estatística para a leitura de ensaios clínicos controlados. **Rev. Bras. Psiquiatr,** São Paulo, v. 27, n. 2, p. 146-51, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S1516-44462005000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 dez. 2014.

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; MONTICELLI, M. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da enfermagem brasileira. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, São Paulo, v. 44, n. 1, p.199-204, mar. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100028>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Estomas em neonatologia: um resgate da memória materna. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1306-12, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S0080-62342012000600004 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2014.

CRUZ, A. T. de C. T. et al. Enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal: perfil da produção científica brasileira. **Cogitare Enferm.,** Curitiba, v. 16, n. 1, p. 141-7, jan./mar., 2011. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/ index.php/cogitare/ article/viewFile/ 21125/13951>. Acesso em: 14 jun. 2014.

EVERLY JUNIOR, G. S.; LATING, J. M. **A clinical guide to the treatment of the human stress response.** 3 ed. New York: Springer, 2013.

FAVARO, M. de S. F.; PERES, R. S.; SANTOS, M. A. dos. Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. **Psico-USF**, Itatiba, v. 17, n. 3, p. 457-65, set./dez. 2012. Disponível em: <http:// www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S1413-82712012000300012 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2014.

FERECINI, G. M. **Aprendendo e ensinando sobre os cuidados com o filho prematuro: a vivência de mães em um programa de educação em Saúde.** 178f. Dissertação (Mestrado). Programa de pós-graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto /USP, 2008

FERECINI, G. M. et al. Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 250-6, mai./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S0103-21002009000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2014.

FERNANDES, J. N. **Avaliação do nível de estresse de mulheres com filhos Recém-Nascidos Pré-Termo hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários.** 63 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Colegiado de Enfermagem. Cascavel/PR, 2014.

FERNANDES, J.N. et al. Avaliação do nível estresse de mães de Pré-Termo em Hospital Universitário. **Cienc Cuidado e Saude.** v. 14, n. 4, p. 1471-79, out./nov. 2015.

FERREIRA, A. G. N. et al. Métodos e materiais educativos utilizados por enfermeiros para prevenção das doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: revisão integrativa. **J Nurs UFPE** [online], v. 7, n. 5, p. 4554-62, jun. 2013. Disponível em:< http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index. php/revista/article/view/3583/ pdf_2820>. Acesso em: 01 jul. 2015.

FONSECA-MACHADO, M. de O. et al. Comparação do conhecimento sobre aleitamento materno entre mulheres no período pós-parto. **Rev.Enferm.UERJ** Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 66-72, jan./mar., 2013. Disponível em: < http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a11.pdf>. Acesso em 05 nov. 2015.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S**. Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família**. Ribeirão Preto/SP: FIERP, 2005. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Cartilha_cuidados_bebe_premat.pdf>. Acesso em: 29 out. 2015.

FORCADA-GUEX, M. et al. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. **Early Human Development**, v. 87,

Issue. 1, p. 21 – 26, jan. 2010. Disponível em: <http://www.earlyhuman development.com/article/S0378-3782(10)00241-0/abstract>.Acesso em: 12 jun. 2014.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: **Informe de situação e tendências:** demografia e saúde. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FRIEDMAM, S. H. et al. Delivering perinatal psychiatric services in the neonatal intensive care unit. **Acta Paediatr.** [online], v. 102, n. 9, p. 392-7, set. 2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.12323/abstract>. Acesso em: 05 jul. 2014.

FROTA, M. A. et al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 277-83, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S1414-81452013000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2014.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. Metodologia do ensino superior. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

GOLDSTEIN, L. A. Family Support and Education. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**, Londres, v. 33, n. 1, p.139–61, fev. 2013. Disponível em: <http://informahealthcare.com/doi/full/10.3109/01942638.2012.754393//. Acesso em: 10 ago. 2014.

GRANZOTTO, J. A.; FONSECA, S. S. da; LINDEMANN, F. L. Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal na região Sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 57-62, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/56-1/0000095683-11_935.pdf.> Acesso em: 04 set. 2009.

GRAY, P. H. et al. Parenting stress in mothers of very preterm infants — Influence of development, temperament and maternal depression. **Early Hum Dev**., Irlanda, v. 89, n. 9, p. 625-9, set. 2013. Disponível em: http://www. earlyhumandevelopment. com/article/S0378-3782(13)00091-1/abstract>. Acesso em: 05 jul. 2014.

GROSYK, C. et al. Identification of internal and external stressors in parents of newborns in intensive care. **Perm. J.** [online], v. 17, n. 13, p. 36-41, summer, 2013. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.7812/TPP/12-105>. Acesso em: 05 jul. 2014.

HORA, H. R. M. da; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 85 – 103, jun. 2010. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/ProdutoProducao/article/view/9321>. Acesso em: 08 ago. 2015.

HOWE, T. H. et al. **Parenting stress in families with very low birth weight preterm infants in early infancy**. Research in Developmental Disabilities, v. 35, n.7, p. 1448-56, jul. 2014.

HUOP. Hospital Universitário do Oeste do Paraná. Seja bem-vindo ao nosso site! 2014. Disponível em:< http://www.unioeste.br/HUOP/index.html>. Acesso em: 02 jun. 2014.

IBGE. Instituo Brasileiro de Geografia e estatística. **IBGE divulga renda domiciliar per capita 2014**. Brasil: 2015. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_ e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_do miciliar_per_capita_2014/Renda_domiciliar_per_capita_2014.pdf>.

JEFFERIES, A. L. Going home: facilitating discharge of the preterm infant. **Paediatr Child Health**, Canadá, v. 19, n. 1, p. 31-6, jan. 2014. Disponível em: <http://www. cps.ca/documents/position/facilitating-discharge-of-the-preterm-infant>. Acesso em: 5 jul. 2014.

KADIVAR, M.; MOZAFARINIA, S. M. Supporting fathers in a NICU: effects of the HUG your baby program on fathers'understanding of preterm infant behavior. **J. Perinat. Educ.**, v. 22, n. 2, p. 113-9, spring, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi. nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3647735/.> Acesso em: 05 ago. 2014.

KAUARK, F.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: guia prático.** Itabuna: Via Litterarum, 2010.

KYNO, N. M. et al. Parents of preterm-born children; sources of stress and worry and experiences with an early intervention programme – a qualitative study. **BMC Nursing [online],** v. 12, n. 28. dez. 2013. Disponível em: < http://link.springer.com/article/10.1186%2F1472-6955-12-28>. Acesso em: 26 mai. 2014.

KUNSELER, A.M.; WILLEMEN, M.O.; SCHUENGEL, C. Changes in parenting self-efficacy and mood symptoms in the transition to parenthood: a bidirectional association. **Parenting: Science and Practice,** v. 14, n. 3-4, p. 215-234. 2014.

LASIUK, G. C.; COMEAU, T.; NEWBURN-COOK, C. Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. **BMC Pregnancy and Childbirth** [online], v. 13, n. 1, jan. 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/S1/S13>. Acesso em: 14 jul. 2014.

LOPES, M. T.; FERRARO, A. A.; KOCH, V. H. K. Confiabilidade da tradução da versão brasileira do questionário PedsQL-DREA para avaliação da qualidade de vida de crianças e adolescents. **J. Bras. Nefrol**, São Paulo, v. 37, n. 2, p.158-65, abr./mai./jun. 2015. Disponível em: <http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1746>. Acesso em: 08 ago. 2015.

MADI, J. M. et. al. Avaliação dos fatores associados à ocorrência de prematuridade em um hospital terciário de ensino. **Revista da AMRIGS**. Porto Alegre, v. 56, n. 2, p. 111-118, abr./jun. 2012. Disponível em:< http://www.amrigs.com.br/revista/56-02/original2.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

MARLOW, N. Neurocognitive outcome after very preterm birth. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**. v. 89, n. 3, p. 224-8, mai. 2004. Disponível em: < http://www. ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1721665/pdf/v089p0F224.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2014.

MENEZES, M.A. da S.; GARCIA, D.C.; MELO, E.V. de, CIPOLOTTI, R. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. **Rev. paul. pediatr.** [Online]. v. 32, n. 2, p.171-7, jun. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822014000200171&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2016.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONTIGNY, F.; LACHARITÉ, C. Perceived parental efficacy: concept analysis. **J Adv Nurs.** v. 49, n. 4, p. 387-96, fev. 2005**.**

MONTIROSSO, R. et al. Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs. **Acta Paediatr**. v. 112, n. 2, p. 136-42, fev. 2011. Disponível em: < http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2011.02440. x/abstract>. Acesso em: 16 jul. 2014.

MOORE, T. et al. Neurological and developmental outcome in extremely preterm children born in England in 1995 and 2006: the EPICure studies. **BMJ** [online], v. 345, n. 7961, dez. 2012. Disponível em: < http://www.bmj.com/ content/345/bmj.e7961>. Acesso em: 16 jul. 2014.

MOREIRA, M. A.; NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S. Representações sociais de mulheres de três gerações sobre práticas de amamentação. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 432-41, abr./jun. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a20.pdf>. Acesso em 10 set. 2015.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; CAMARGO, C. L. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.** [online]. v. 14, n. 3, p. 654-62, jul./set, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14 /n3/ v14n3a23. htm.>. Acesso em: 16 jul. 2014.

MOREIRA, R. S.; MAGALHÃES, L. C.; ALVES, C. R. L. Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children: a systematic review. **J Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 90, n. 2, p. 119−34, mar./abr., 2014. Disponível em: < http://jped.elsevier.es/pt/efeito-do-nascimento-prematuro-no/articulo/90283496/>. Acesso em: 23 mai. 2014.

MUHL, E.H. Problematização. In: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Orgs). **Dicionário Paulo Freire.** 2. ed, rev. amp. 1. reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2010. p. 328-30.

MURDOCK, K.W. An examination of parental self-efficacy among mothers and fathers. **Psychology of Men & Masculinity [online]**. v. 14, n. 3, p. 314-23, jul. 2013.

National Center on Financing for Children with Special Health Care Needs. Chart Book: **Identification, Service Use, and Expenditure Profiles of CSHCN in Medicaid, SCHIP, and Title V.** USA: University of Florida, 2004.

NETO, P. G. F.; FALCÃO, M. C. Cronologia de erupção dos primeiros dentes decíduos em crianças nascidas prematuras com peso inferior a 1500g. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 32, n. 1, p. 17-23, mar., 2014. Disponível em: <http://www.

scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-0582201400 0100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2014.

O'BRIEN, K. et al. A pilot cohort analytic study of family integrated care in a canadian neonatal intensive care unit. **BMC Pregnancy and Childbirth** [online]. 2013, v. 13 (Suppl 1):S12, jan. 2013. Disponível em: <htttp://www.biomedcentral.com/ 1471-2393/13/ S1/S12. Acesso em: 11 mar. 2014.

OKIDO, A. C. C. et al. Criança dependente de tecnologia: a experiência do cuidado materno. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1066-73, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ arttext &pid=S0080-62342012000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun 2014.

OKIDO, A. C. C.; HAYASHIDA, M.; LIMA, R. A. G. Perfil de crianças dependentes de tecnologia no município de Ribeirão Preto-SP. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 22, n.3, p. 291-6. 2012. Disponível em:< http://www. journals.usp.br/jhgd/article/view/46356>. Acesso em: 24 jul. 2014.

OLIVEIRA, K. de, et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 46-53, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo. php?pid= S1414-81452013000100007&script=sci_arttext>.Acesso em: 04 ago. 2014.

O'NEIL, J.; WILSON, M.; SHAW, D.; DISHION, T.J. The relationship between parental efficacy and depressive symptoms in a diverse sample of low income mothers. **Journal of child and family studies.** v. 18, p. 643-652, 2009. Dispopnível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10826-009-9265-y#/page-1>. Acesso em: 25 jan 2016.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

OSWALT, K. L.; McCLAIN, D. B.; MELNYK, B. Reducing anxiety among children born preterm and their young mothers. **MCN Am J Matern Child Nurs**, Nova Iorque, v. 38, n. 3, p. 144–9, mai. 2013. Disponível em: < http://www. ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23625101>. Acesso em: 16 jul. 2014.

PEREIRA, L. M. **Validação do instrumento Índice de Estresse Parental *(Parental Stress Index – full form)* para pais de prematuros.** 67 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Colegiado de Enfermagem. Cascavel/PR, 2014.

PERGHER, D. N. Q. **Nascimento e internação do bebê prematuro na vivência dos pais.** 124 f. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Mestrado em Ciências. Ribeirão Preto, 2010.

PERRONE, R. A. P; OLIVEIRA, V. B. de. Controle da ansiedade materna de bebê pré-termo via contato lúdico-gráfico. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 28, n. 2, p.269-77, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S0103-166X2011000200014&lng= en&nrm =iso>. Acesso em: 12 jun. 2014.

PINTO, J. M. da S. **Cuidados habituais modificados no cotidiano dos cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde interfaces com o saber de enfermagem.** 112 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery. Mestrado em Enfermagem. Rio de Janeiro, 2011.

PILZ, E. M. L.; SCHERMANN, L.B. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas/RS. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. v.12, n.1, p.181-19, jan./mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/17.pdf.> Acesso em: 25 jan. 2016.

PIZZANI, L. et al. Análise bibliométrica de teses e dissertações sobre prematuridade no Banco de Teses da Capes. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 88, n. 6, p.479-82, nov./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S0021-7557201200060000 6&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice.** 9 ed. Walters Kluwer/ Lippincott Willians & Wilkins, 2012.

PONTES, G. A. R.; CANTILLINO, A. A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 290-298, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S0047-20852014000400290&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2015.

RODRIGUES, O. M. P. R.; BOLSONI-SILVA, A. T. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo , v. 21, n. 1, p.111-21, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/

scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-128220110001 00011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2014.

ROVER, M. de M. S. **Seguimento longitudinal do crescimento de prematuros com peso de nascimento menor de 1500 gramas.** 141 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Biociências e Saúde. Cascavel, 2015.
ROVER, M. de M.S. et al. Crescimento de Prematuros de Muito Baixo Peso do nascimento até doze meses de idade corrigida**. J. Hum. Growth Dev.,** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 351-6, 2015. Disponível em:< http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/90228>. Acesso em 21 jan. 2016.

SÁ, R. C. de; COSTA, L. M. da F. P.; SÁ, F. de P. Vivência materna com filhos prematuros em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 25, 2 Supl, p. 83-89, abr./jun. 2012. Disponível em: < http://ojs.unifor.br /index.php/RBPS/article/view/2248/2475>. Acesso em: 12 ago. 2015.

SAMPAIO, R. M. M.; PINTO, F. J. M.; SAMPAIO, J. do C. Fatores de risco associados à prematuridade em nascidos vivos no estado do Ceará, **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 36, n. 4, p. 969-78, out./dez. 2012. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/ rnsp/article/viewFile/791/390> . Acesso em: 08 ago. 2015.

SANTOS, A. F. **Determinantes psicossociais da capacidade adaptativa:** um modelo teórico para o estresse. 318 f. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Doutorado em Psicologia Social. Salvador, 2010.

SANTOS, L. M. et. al. Vivências paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 788-94, set./out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/ v65n5/ 11.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

SANTOS, N.T. Elaboração de material didático pedagógico para suporte à prática educativa com mães de recém-nascido prematuro na unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Relatório final de Iniciação Científica.** VIERA, C.S. (Orientador). Bolsa CNPp. 2014/2015.

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria. **Seguimento ambulatorial do prematuro de risco.** São Paulo: SBP, 2012.

SCHLITTENHART, J. M. **Preparing parents to care for their NICU infant: an evidence based discharge teaching tool**. 24 f. Dissertação (Mestrado). Washington State University. College of Nursing. Mestrado em Enfermagem. Washington, 2011.

SCHMIDT, K. T. et al. Avaliação da assistência de enfermagem em unidade neonatal na perspectiva dos pais. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 460-6, jul./set., 2010. Disponível em: < http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/ cogitare/article/view/ 18888/12197>. Acesso em: 04 ago. 2014.

SHAW, R. J. et al. Prevention of postpartum traumatic stress in mothers with preterm infants: manual development and evaluation. **Issues Ment Health Nurs**. v. 34, n. 8, p. 578-86, ago. 2013.

SHIEH, S. J. et al. The effectiveness of structured discharge education on maternal confidence, caring knowledge and growth of premature newborns. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, n. 23, p.3307-13, dez., 2010. Disponível em: <http://www. ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ 20946444>. Acesso em: 16 jul. 2014.

SHEORAN, P. et al. Effectiveness of Planned Health Education Programme regarding risk factors and care of low birth weight babies in terms of knowledge and practice among mothers. **Nursing and Midwifery Research Journal**, India, v. 7, n. 4, p.161-74, out., 2011. Disponível em: <http://medind.nic.in/ nad/t11/i4/nadt11i4 p161.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SILVA, P. K.; ALMEIDA, S. T. Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma UTI neonatal. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 3, p. 927-35, mai./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n3/1982-0216-rcefac-17-03-00927.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2015.

SILVA, L. R. da. et al. Aspectos perinatais relacionados à hemorragia intracraniana em recém-nascidos de muito baixo peso no Sul do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.** Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 159-63, abr. 2015a. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n4/0100-7203-rbgo-37-04-00159.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2015.

SILVA, M. J. S. et al. **Reflexões sobre a produção acadêmica em mídias, saúde e educação no Brasil.** In: Simpósio Internacional em Educação e Comunicação/Simpósio Internacional de Educación y Comunicación. 2015. Aracaju. Atas do 6º Simpósio Internacional de Educação e Comunicação, Aracaju, 2015b, v. 5, p. 99-104. ISBN // 978-972-8914-55-4. Disponível em:< http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/issue/view/7>.Acesso em 10 set. 2015.

SILVA, A. M. B. da; ENUMO, S. R. F. Estresse em um fio de cabelo: revisão sistemática sobre cortisol capilar. Aval. Psicol. [online], v.13, n. 2, p. 203-211, ago., 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v13n2a08.pdf.> Acesso em: 21 abr. 2016.

SILVEIRA, A. da; NEVES, E. T. Crianças com necessidades especiais de saúde: tendências das pesquisas em enfermagem. **R. Enferm. UFSM,** Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 254-60, mai./ago., 2011. Disponível em: http://cascavel. ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2500/ 1637>. Acesso em: 14 jun. 2014.

SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Nascimentos prematuros por ocorrência e peso ao nascer no município de Cascavel/Paraná**, 2015.

SOUZA, S. R. **Tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU).** Dissertação (Mestrado). 133f. Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem. Mestrado em Ciências. São Paulo, 2009.

SOUSA, L. B. et al. Práticas de educação em saúde no brasil: a atuação da enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 55-60, jan/mar; 2010. Disponível em:< http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>. Acesso em: 19 set. 2015.

SOUZA, S. R. de; DUPAS, G.; BALIEIRO, M. M. F. G. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU). **Acta paul. Enferm [online].** São Paulo, v. 25, n. 2, p. 171-76, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script =sci_arttext& pid=S0103-21002012000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mai. 2014.

STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**: uma abordagem biopsicossocial. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J.(Orgs). **Dicionário Paulo Freire.** 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

TAVAKOL, M.; DENNICK, R. Making sense of Cronbach's alpha**. Int J Med Edc. [online]**, v. 2, p. 53-55, 2011. Disponível em: <http:www.nbci.nlm.nih.gov/pmc/ articles/PMC4205511>. Acesso em: 08 ago. 2015.

TESSIER, R.; NADEAU, L. A situação atual das pesquisas sobre prematuridade extrema e vulnerabilidades associadas: comentários sobre McCormick, Saigal, e Zelkowitz. In: Tremblay, R.E.; Boivin, M.; Peters, R.D. eV. **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância** [*on-line*]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development, 2012, p.1-5. Disponível em: < http://www.enciclopedia-crianca.com/documents/Tessier-NadeauPRTxp1.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2014.

THOMAS, J.; FEELEY, N. GRIER, P. The perceived parenting self efficacy of first time fathers caring very low birth weight infants. **Pediatric Nursing**. Nova Jérsia. v. 32, n. 4, p. 180-99. 2009.
TOOTEN, A. et al. The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: a multicenter randomised controlled trial. **BMC Pediatrics [online]**, v. 12, n. 76, p. 2-9, 2012. Disponível em: < http://www.biomedcentral. com/1471-2431/12/76>. Acesso em: 23 ago. 2015.

UNICEF. **Agenda pela infância 2015 – 2018:** Desafios e propostas, eleições 2014. Brasília, 2014a.

UNICEF. **The State of the world's children 2014 in numbers** – Every Child Counts: revealing disparities, advancing children's rights, 2014b.

UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. **Levels & Trends in ChildMortality**, 2013.

VERNIER, E. T. N.; CABRAL, I. E. Caracterização de crianças com necessidades especiais de saúde e seus familiares cuidadores. Santa Maria (RS). 2004-2005. Subsídios para intervenções de enfermagem. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v. 6, n. 1, p. 37-45, jul. 2006. Disponível em: < http://www. sobep.org.br/revista/2006-volume-6/numero-1.html>. Acesso em: 24 jul. 2014.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF-The United Nations Children's Fund. **Low birthweight: country, regional and global estimates**. UNICEF: New York, 2004.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Statistical Classification of Diseases and related health problems.** 10th revision. 2010.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Born too Soon: The global action report on preterm birth**. WHO: Geneva, 2012. Disponível em: <http://whqlibdoc. who.int/publications/2012/9789241503433_eng.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2014.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preterm birth. Fact sheet N°363** updated November, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Acesso em: 01 mai. 2014.

WOLKE, D.; ERYIGIT-MADZWAMUSE, S.; GUTBROD, T. Very preterm/very low birthweight infants' attachment: infant and maternal characteristics. **Arch Dis Child Fetal Neonatal** [online], v. 99, n. 1, p.70-5, 2013. Disponível em: <http://fn.bmj.com/content/99/1/F70.full.pdf+html>. Acesso em: 17 jun. 2014.

WUST, G. G.; VIERA, C. S. O relacionamento mãe-bebê pré-termo após a alta hospitalar. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 16, n. 2, p. 311-8, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/19874/14216>. Acesso em: 04 mar. 2014.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: ATIVIDADES EDUCATIVAS E ESTRESSE DE MÃES DE PREMATUROS APÓS A ALTA HOSPITALAR: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Pesquisadores: Profª Drª Cláudia Silveira Viera
Bruna Maria Bugs

Convidamos a participar de nosso projeto que tem como objetivo geral avaliar a influência de uma intervenção educativa nos níveis de estresse de mães de recém-nascidos prematuros durante a hospitalização na UTIN e após a alta hospitalar. Para isso solicitamos que responda às escalas apresentadas que visam a mensuração do nível de estresse das mães de crianças hospitalizadas na UTIN e, também, o nível de estresse após a alta hospitalar. Além destas, serão realizadas algumas perguntas sobre condições socioeconômicas como idade, cor, nível de instrução, número de filhos e renda familiar.

Durante a execução da pesquisa se a senhora sentir-se constrangida ou que está sendo prejudicada em qualquer aspecto poderá recusar-se a responder aos instrumentos de coletas de dados ou retirar seu consentimento a participação no estudo.

A pesquisa será importante, pois pode contribuir com a melhoria da atenção ofertada às mães e aos bebês internados na UTIN, assim como melhorias no período após a alta hospitalar.

As participantes da pesquisa terão alguns direitos assegurados como: o recebimento de respostas sobre os riscos, benefícios e dúvidas relacionadas à pesquisa; retirada do consentimento de participação na pesquisa a qualquer momento; ter garantia de anonimato e confidencialidade das respostas cuja utilização se dará apenas para fins científicos; ser esclarecido em caso de dúvidas ou intercorrências pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIOESTE – CEP/UNIOESTE, por meio do telefone (45) 3220-3272.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa tendo ciência de que não pagarei e não receberei valor algum em decorrência da participação. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias e uma destas permanecerá comigo.

Cascavel, _____ de _____ de 201_.

Nome do participante: _____

Assinatura:_____

Eu, _____ , declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.

APÊNDICE B- Dados socioeconômicos das mães e dados clínicos do RNPT

Nº da participante: _____

1. Dados socioeconômicos das mães de bebês hospitalizados na UTIN	Idade: _____ Ocupação: _____ Renda familiar: _____ Estado civil:_____ Escolaridade: _____ Outros filhos? ( ) Sim. Quantos?____ ( ) Não. Outras experiências na UTIN? ( ) Sim ( ) Não Já foi orientada pelos profissionais sobre os cuidados com o RN? ( ) Sim ( ) Não
2. Dados relacionados à criança	Data de nascimento: __ / __ / __ Tipo de parto: ( ) Normal ( ) Cesárea Idade gestacional ao nascer: _____ Idade pós-natal: _____ Peso ao nascer: _____ Apgar: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____ Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino Morbidades: ( ) ECN ( ) DMH ( )Sepse tardia ( ) DBP ( ) Outras__ Ventilação mecânica: ( ) Sim ( ) Não Retinopatia: ( ) Sim ( ) Não

APÊNDICE C - Análise de conhecimento materno

Responda as questões abaixo assinalando a resposta que você acredita ser a MAIS ADEQUADA.

1. A maneira correta de tirar o leite materno enquanto seu filho está na UTIN ou UCI é por meio de:

( ) Bomba tira-leite
( ) Ordenha manual

2. Se o bebê depois da alta da UTIN/UCI, quando estiver em casa, não acorda sozinho para mamar, de quantas em quantas horas você deve acordá-lo?

( ) De 2 em 2 horas
( ) De 4 em 4 horas
( ) De 6 em 6 horas

3. Se o bebê não quiser mamar no peito, quando estiver em casa, qual melhor maneira de amamentá-lo?

( ) No copinho
( ) Insistir em colocar o bebê no peito e procurar serviço de saúde para ajudar.
( ) Na mamadeira

4. Como saber se o bebê está satisfeito ao mamar?

( ) O bebê deve ficar no peito por 30 minutos para estar satisfeito, não importa se ele dormir durante a metade desse tempo.
( ) O bebê deve abrir bem a boca, pegar a maior arte da aréola e sugar o seio. Você sente que o leite está descendo. As bochechas do bebê se enchem e você escuta o barulho quando o leite é engolido. A criança solta o peito sozinho quando estiver saciado.

5. Qual o cuidado após a mamada?

( ) Colocar o bebê para arrotar.
( ) Colocar o bebê deitado para fazer a digestão.

6. Caso o bebê fique com “assadura” na região das fraldas, após chegar em casa, o que você deverá fazer?

( ) Trocar as fraldas com maior frequência, lavar o “bumbum” com água e sabão neutro (se fezes) a cada troca de fraldas, expor a região com assadura ao sol para deixar a pele mais forte por 10 a 15 minutos por dia.
( ) Trocar as fraldas apenas quando elas estiverem com fezes ajuda a diminuir a “assadura”.
( ) Trocar as fraldas com maior frequência, lavar o “bumbum” com água e sabão neutro (se fezes) a cada troca de fraldas e utilizar talco para melhorar a assadura.

7. Quais os cuidados com as roupas do bebê em casa?

( ) Usar sabão neutro, não usar amaciantes, alvejantes, sabão em pó. Secar ao sol e passar o ferro. Lavar separadamente.
( ) Lavar as roupas do bebê junto com a roupa dos adultos.

8. O recém-nascido, por estar no início de seu desenvolvimento, pode ter dificuldades para ouvir, por isso, não adianta conversar com ele, tocá-lo, fazer carinhos enquanto ele estiver no hospital.
( ) Verdadeiro
( ) Falso

9. O bebê pode receber visitas em casa?

( ) Sim, desde que as pessoas não estejam gripadas ou doentes e a casa esteja bem arejada.
( ) Não, visitas podem causar infecção na criança.

10. O banho de sol é essencial para que o bebê produza vitamina D para ajudar no crescimento adequado dos ossos. Sendo assim, qual o horário mais adequado para o bebê tomar sol quando chegar em casa depois da alta da UTIN/UCI?

( ) Qualquer horário
( ) Até as 9 horas da manhã e após as 16 horas

11. Qual melhor horário para oferecer o sulfato ferroso para a criança?

( ) Durante a mamada.
( ) No intervalo entre as mamadas.

12. O que significa quando o bebê fica azul ou roxo, principalmente, ao redor da boca?

( ) Ele está com frio.
( ) Ele pode estar com falta de ar e deve ser levado ao serviço de saúde.

13. Qual das opções abaixo indica um sinal de que o bebê pode não estar passando bem (sinal de alerta) e que você precisa procurar uma unidade de saúde o mais rápido possível?

( ) Vômito, tremores, respiração rápida, está muito molinho, choro forte.
( ) Regurgitação (leite tipo queijo), assadura nas fraldas.

APÊNDICE D - Avaliação da atividade educativa

Avaliação da exposição sobre os temas:

1) O que você achou da atividade desenvolvida:
A ( ) Contribui para esclarecer minhas dúvidas quanto aos cuidados com o bebe
B ( ) Não achei válido porque já sabia muitas das informações que foram dadas
C ( ) Tive dificuldade de entender o que foi falado
D ( ) Outra opinião:
_____
_____

2) Quanto à forma de exposição dos assuntos:
A ( ) Satisfatório;
B ( ) Regular;
C ( ) Insatisfatório.
Sugestões:
_____
_____

Avaliação quanto atividade prática:

3) O que você achou de simular o cuidado com seu filho nos bonecos:
A ( ) Não fez diferença naquilo que já sabia
B ( ) Achei muito bom, porque pude praticar o cuidado
C ( ) Não precisava simular nos bonecos, somente com o bebe na UTIN ou UCI.
D ( ) Outra opinião:
_____
_____

4) O que você achou de fazer o cuidado com seu filho na UTIN/UCI depois de ter ouvido a explicação e simulado nos bonecos:
A ( ) Não fez diferença naquilo que já sabia
B ( ) Achei muito bom, porque pude praticar o cuidado e tirar dúvidas
C ( ) Não precisava dessa etapa.
D ( ) Outra opinião:
_____
_____

5) Quanto ao tempo disponibilizado para a realização de cada atividade:
A ( ) Bem adequado
B ( ) Pouco adequado
C ( ) Insuficiente.
Sugestões:
_____
_____

Avaliação quanto à atividade educativa:

6) A atividade educativa ajudou para:
A ( ) que eu me sentisse mais confiante para cuidar de meu filho em casa
B ( ) não colaborou muito para eu me sentir mais confiante
C ( ) não colaborou para que eu me sentisse mais confiante em cuidar de meu filho em casa
Sugestões:
_____
_____

APÊNDICE E – Cronograma das atividades educativas

Projeto: ATIVIDADES EDUCATIVAS E ESTRESSE DE MÃES DE PREMATUROS APÓS A ALTA HOSPITALAR: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Carga horária: 1,5 hora para cada atividade educativa.

Local: UTIN e UCI do HUOP e Laboratório de Habilidades.

Data:			
Horário	**Conteúdo teórico**	**Prática**	**Ministrantes**
9:00 às 9:40	Cuidados com a higiene do bebê		Sofia/Cláudia
9:40 às 9:50		Realizada pelo instrutor com manequins	Sofia/Cláudia
9:50 às 10:10		Realizada pelas mães com manequins	Sofia/Cláudia
10:10 às 10:30		Realizada pelas mães com os filhos na UTIN	Sofia/Cláudia
Data:			
Horário	**Conteúdo teórico**	**Prática**	**Ministrantes**
9:00 às 9:40	Retirada de dúvidas da atividade anterior Sinais de alerta Cuidados com a mama e ordenha		Bruna/Núbia
9:40 às 9:50		Realizada pelo instrutor com manequins	Bruna/Núbia
9:50 às 10:10		Realizada pelas mães com manequins	Bruna/Núbia
10:10 às 10:30		Realizada pelas mães com os filhos na UTIN e preenchimento da avaliação da atividade educativa	Bruna/Núbia

ANEXO A – Termo de concessão

93184270966987

TERMO DE ACEITAÇÃO DE APOIO FINANCEIRO A PROPOSTA DE NATUREZA CIENTÍFICA, TECNOLÓGICA E/OU DE INOVAÇÃO

Processo: 457109/2014-9
Titulo do Projeto: REPERCUSSÕES DA PREMATURIDADE: ESTRESSE MATERNO E PROGRAMAÇÃO METABÓLICA APÓS A ALTA HOSPITALAR
Instituição de Vínculo: Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE-PR
CNPJ: 78680337000184
Instituição de Execução: Universidade Estadual do Oeste do Paraná
CNPJ: 78680337000184
Chamada: MCTI/CNPQ/Universal 14/2014 - Faixa B - até R$ 60.000,00
Eu, Cláudia Silveira Viera , 602.285.120-34, declaro conhecer, concordar e atender integralmente às exigências Nº CPF (ou PASSAPORTE, se estrangeiro) da Chamada acima especificada e às Condições Gerais para Apoio Financeiro que regem a concessão dos recursos especificados abaixo:

AUXÍLIO FINANCEIRO

Custeio: R$ 14.940,00

Capital: R$ 15.660,00

Valor Global: R$ 30.600,00

Tenho ciência:

a) de que o prazo para utilização dos recursos financeiros começa a vigorar a partir da data da assinatura deste Termo de Aceitação, pelo período constante na Chamada correspondente; e

b) das disposições legais e procedimentos para a adequada utilização de recursos financeiros e a correta prestação de contas (Manual de Utilização de Recursos Financeiros e Prestação de Contas).

1. DA CONCESSÃO:

1.1. Ao aceitar o apoio financeiro, o BENEFICIÁRIO declara formalmente:

a) dedicar-se às atividades pertinentes à proposta aprovada;

b) observar o disposto nas Leis nº 8.666/93 e nº 10.973/04, nos Decretos nº 93.872/86 e nº 5.563/05 e na Lei nº 8.112/90, no que couber, bem como os demais instrumentos legais pertinentes;

c) conhecer o Protocolo de Cooperação Técnica firmado entre a instituição de execução do projeto/plano de trabalho e o CNPq, publicado no Diário Oficial da União;

d) conhecer e cumprir as exigências da Chamada à qual a proposta está relacionada, como também as normas do CNPq, ora em validade, relativas à modalidade de apoio financeiro aprovado, ciente que a eventual mudança dessas normas não afeta, altera ou incide sobre o presente documento, exceto quando proposta pelo CNPq e formalmente aceita pelo BENEFICIÁRIO;

e) possuir anuência formal da instituição de execução do projeto/plano de trabalho, seja sob a forma de vínculo empregatício ou funcional ou, na ausência deste, sob a forma de declaração de autoridade institucional competente, segundo modelo disponível na página do CNPq na Internet;

f) dispor das autorizações legais cabíveis de instituições como Instituto Brasileiro de Meio Ambiente - IBAMA, Fundação do Nacional do Índio - FUNAI, Comitê de Ética na Pesquisa - CEP, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, das Comissões de Ética em pesquisa com animais, Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN e outras, no caso em que a natureza do projeto, as exigir;

g) manter os documentos referidos nas alíneas "e" e "f" em seu poder até cinco anos após a aprovação final das contas do CNPq pelo Tribunal de Contas da União, não sendo necessária sua remessa ao CNPq;

h) ter ciência de que esta declaração é feita sob pena da incidência nos artigos 297-299 do Código Penal Brasileiro sobre a

falsificação de documento público e falsidade ideológica, respectivamente; e

i) estar ciente que o prazo para utilização dos recursos financeiros começa a vigorar a partir da data da assinatura do Termo de Aceitação, pelo período constante na Chamada correspondente, devendo ser aplicados exclusivamente para a proposta aprovada.

1.2. O BENEFICIÁRIO compromete-se, ainda, a:

a) responsabilizar-se pela adequada implementação e aplicação dos recursos financeiros aprovados, atendendo aos aspectos normativos definidos para a(s) modalidade(s) concedida(s), podendo estar previsto apenas recursos de capital e custeio, como também recursos para bolsas;

b) utilizar os recursos financeiros em acordo com os critérios e procedimentos estabelecidos no Manual de Utilização de Recursos Financeiros e Prestação de Contas ;

c) assumir todas as obrigações legais decorrentes de contratações eventuais necessárias à consecução do objeto, não tendo tais contratações qualquer vínculo com o CNPq;

d) apresentar, nos prazos que lhe forem determinados, informações ou documentos referentes tanto ao desenvolvimento quanto à conclusão do projeto ou plano de trabalho aprovado;

e) se necessárias, propor alterações ao projeto/plano de trabalho, sujeitas à prévia análise e autorização do CNPq, e de entidade co-financiadora quando for o caso, desde que não se altere o objeto do projeto/plano de trabalho, e não implique remanejamento de despesas entre rubricas (capital para custeio e vice-versa);

f) permitir e facilitar ao CNPq o acesso aos locais de execução do projeto/plano de trabalho, o exame da documentação produzida e a vistoria dos bens adquiridos;

g) apresentar o relatório técnico final das atividades desenvolvidas em até 60 (sessenta) dias após o término da vigência do projeto/plano de trabalho, via Plataforma Carlos Chagas;

h) apresentar a prestação de contas financeira em até 60 (sessenta) dias após o término da vigência do projeto/plano de trabalho, em conformidade com o disposto no Manual de Utilização de Recursos Financeiros e Prestação de Contas, via Plataforma Carlos Chagas; e

i) se necessário, solicitar prorrogação de prazo de execução do projeto/plano de trabalho, via Plataforma Carlos Chagas, no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término da vigência.

1.3. É vedado

a) utilizar o recurso financeiro para fins distintos dos aprovados originalmente na proposta, sendo permitidas despesas exclusivamente com itens financiáveis estabelecidos nas normas de bolsas e auxílios individuais do CNPq, convênios e/ou Chamadas;

b) transferir a terceiros as obrigações assumidas sem prévia autorização do CNPq;

c) executar despesas em data anterior à vigência do benefício; e

d) efetuar pagamento em data posterior à vigência do benefício, salvo se expressamente autorizado pela autoridade competente do CNPq e desde que o fato gerador da despesa tenha ocorrido durante a vigência do Termo de Aceitação. Despesas realizadas fora do prazo de aplicação dos recursos serão glosadas.

2. DA GUARDA E DOAÇÃO DOS BENS

2.1. O BENEFICIÁRIO e a instituição de execução do projeto responderão pela manutenção do bem em perfeito estado de conservação e funcionamento.

2.2. Em caso de roubo, furto ou outro sinistro envolvendo o bem, o BENEFICIÁRIO ou a instituição de execução do projeto, após a adoção das medidas cabíveis, deverá comunicar imediatamente o fato ao CNPq, por escrito, juntamente com a justificativa e a prova de suas causas, anexando cópia autenticada da Ocorrência Policial, se for o caso.

2.3. É vedada a transferência dos bens para outro local ou estabelecimento, sem prévia e expressa autorização do CNPq. Todas as despesas decorrentes da transferência dos bens e os eventuais danos causados correrão por conta e risco do BENEFICIÁRIO e da instituição de execução do projeto.

2.4. A doação dos bens patrimoniais adquiridos com apoio financeiro do CNPq deverá ser efetuada conforme estabelecido em norma específica e com o disposto no Protocolo de Cooperação Técnica.

3. DA PROPRIEDADE INTELECTUAL / CRIAÇÃO PROTEGIDA

Caso os resultados do projeto ou o relatório em si venham a ter valor comercial ou possam levar ao desenvolvimento de um produto ou método envolvendo o estabelecimento de uma patente, a troca de informações e a reserva dos direitos, em cada caso, dar-se-ão de acordo com o estabelecido na Lei de Inovação, nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 5.563, de 11 de outubro de 2005 e pela RN-013/2008.

4. DAS PUBLICAÇÕES E DIVULGAÇÃO

4.1. Trabalhos publicados e sua divulgação, sob qualquer forma de comunicação ou por qualquer veículo, de resultados obtidos com recursos do projeto, deverão, obrigatoriamente, no idioma da divulgação, fazer menção expressa ao apoio recebido do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq - Brasil, bem como mencionar quaisquer outras entidades/órgãos financiadores, especialmente aqueles que participaram no apoio do projeto em conjunto com o CNPq.

4.2. Material de divulgação de eventos, impressos em geral, publicações e a publicidade relativa a eles, de trabalhos e atividades apoiadas ou financiadas pelo CNPq, deverão trazer a logomarca deste em lugar visível, de fácil identificação em escala e tamanho proporcionais à área de leitura. Esclarecimentos a respeito e os padrões a observar devem ser objeto de consulta prévia junto à área de comunicação social do CNPq (comunicacao@cnpq.br).

4.2.1. Os mesmos materiais de divulgação de eventos, impressos em geral, publicações e a publicidade relativa a eles deverão trazer a logomarca de outras entidades/órgãos financiadores, em lugar visível, de fácil identificação, e em escala e tamanho proporcionais à área de leitura. (NR)

4.3. As ações publicitárias atinentes a propostas financiadas com recursos da União deverão observar rigorosamente as disposições contidas no § 1º do art. 37 da Constituição Federal, como também aquelas consignadas em Instrução Normativa da Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica da Presidência da República.

5. DA DESISTÊNCIA E SUSPENSÃO

5.1. Quando o BENEFICIÁRIO desistir da execução do projeto/plano de trabalho, antes do seu início, os recursos serão devolvidos ao CNPq, com justificativa plausível da desistência, no prazo de 30 (trinta) dias de seu recebimento. A não observância desse prazo implicará a correção do valor originalmente concedido, na forma da legislação aplicável aos débitos da Fazenda Nacional.

5.2. O BENEFICIÁRIO deverá comunicar formalmente ao CNPq qualquer descontinuidade do plano de trabalho ou do projeto de pesquisa, acompanhada da devida justificativa. No prazo de 30 (trinta) dias da comunicação da descontinuidade, deverão ser apresentados o relatório técnico e a prestação de contas, como também deverá ser devolvido ao CNPq eventual saldo financeiro. A não observância desse prazo implicará a correção do valor originalmente concedido, na forma da legislação aplicável aos débitos da Fazenda Nacional.

5.3. A liberação dos recursos do apoio financeiro ao projeto/plano de trabalho, bem como de quaisquer outros benefícios aprovados pelo CNPq, será suspensa quando ocorrer uma das seguintes impropriedades, constatada, inclusive, por procedimentos de fiscalização realizados pelo CNPq, Ministério da Ciência e Tecnologia - MCT, Secretaria Federal de Controle Interno - SFCI ou Tribunal de Contas da União - TCU:

a) não comprovação da utilização adequada da parcela anteriormente recebida, na forma da legislação pertinente, quando solicitada;

b) verificação de desvio de finalidade na utilização dos recursos ou dos bens patrimoniais adquiridos no projeto;

c) atrasos não justificados no cumprimento das etapas ou fases programadas no projeto/plano de trabalho; e

d) quando for descumprida qualquer condição deste instrumento.

5.3.1. A suspensão dos benefícios persistirá até a correção da causa verificada.

5.4. O BENEFICIÁRIO, cuja prestação de contas e relatório técnico final do projeto/plano de trabalho, com vigência expirada não forem aprovados, será considerado inadimplente e terá suspenso o pagamento de projetos/planos de trabalho, vigentes, bem como a concessão de novas modalidades de apoio, sem prejuízo de outras medidas julgadas necessárias pelo CNPq e previstas na lei.

6. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

6.1. As presentes condições gerais referem-se a proposta a ser financiada com recursos do CNPq. Se financiada com recursos de outras fontes, poderão prevalecer disposições específicas constantes em Chamadas, Convênios e outros regulamentos pertinentes.

6.2. O Termo de Aceitação só será válido na vigência do Protocolo de Cooperação Técnica firmado entre o CNPq e a instituição de execução do projeto/plano de trabalho, indicada pelo proponente na solicitação.

6.3. O apoio financeiro aprovado pelo CNPq não gera vínculo de qualquer natureza ou relação de trabalho, constituindo doação com encargos feita ao BENEFICIÁRIO.

6.4. O pessoal envolvido na execução do projeto/plano de trabalho, não possuirá vínculo de qualquer natureza com o CNPq e deste não poderá demandar quaisquer pagamentos, sendo estes de inteira responsabilidade do BENEFICIÁRIO/Instituição de execução do projeto/plano de trabalho, que o tiver empregado na sua execução.

6.4.1. Se eventualmente o CNPq for demandado pelo pessoal utilizado nos trabalhos, o BENEFICIÁRIO e a instituição de execução do projeto/plano de trabalho, o ressarcirão das despesas que em decorrência realizar, atualizadas monetariamente.

6.5. O processo somente será encerrado após as aprovações do relatório técnico final e da prestação de contas e desde que

cumpridas todas as condições previstas neste instrumento e nas normas aplicáveis.

6.6. O descumprimento de qualquer condição constante deste instrumento e a inobservância de dispositivos legais aplicáveis implicará o encerramento imediato do apoio financeiro aprovado e obrigará o BENEFICIÁRIO a ressarcir integralmente o CNPq de todas as despesas realizadas, atualizadas nos termos da legislação, sem prejuízo da aplicação de penalidades cabíveis.

6.6.1. A recusa ou omissão do BENEFICIÁRIO, quanto ao ressarcimento de que trata este item, ensejará a consequente abertura de tomada de contas especial e a decorrente inscrição do BENEFICIÁRIO e do débito no Cadastro de Inadimplência Institucional - CADIN e do Tesouro Nacional.

6.7. O BENEFICIÁRIO reconhece que ao CNPq compete exercer a autoridade normativa de controle e fiscalização sobre a execução do projeto/plano de trabalho, bem como assumir ou transferir a responsabilidade pela mesma, no caso da paralisação ou de fato relevante que venha a ocorrer, de modo a evitar a descontinuidade das atividades.

7. ACEITE

Declaro ainda que li e aceitei integralmente os termos deste documento, comprometendo-me a cumpri-los fielmente, não podendo, em nenhuma hipótese, deles alegar desconhecimento.

Termo de aceitação registrado eletronicamente por meio da internet junto ao CNPq, pelo agente receptor 10.0.2.20(srv256.cnpq.br) , mediante uso de senha pessoal do Beneficiário em 24/11/2014, originário do número IP 200.130.33.73(200.130.33.73) e número de controle 2303966823039668:4175023592-1345495674.

Para visualizar este documento novamente ou o PDF assinado digitalmente, acesse: http://efomento.cnpq.br/efomento/termo?numeroAcesso=9318427096698727.

ANEXO B - Escala de Estresse Parental na UTIN (EEP-UTIN)

Versão final da escala PSS:NICU em Português

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 circulo 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
2- um pouco estressante
3- moderadamente estressante
4 -muito estressante
5- extremamente 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 veia 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**

ANEXO C – Índice de Estresse Parental (IEP)

Instruções

Na folha de resposta do IEP-4, escreva seu nome, sexo, data de nascimento, grupo étnico, estado civil, data de hoje, e o nome, sexo e a data de nascimento de seu filho. Por favor, marque todas as suas respostas na folha de resposta. **Não escreva nesta folha.**

Este questionário contém 120 afirmações. Leia cada uma delas cuidadosamente. Para cada questão, por favor, concentre-se na criança que mais preocupa você neste momento e circule a resposta que melhor representa a sua opinião.

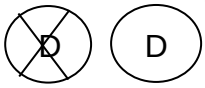
Circule as letras CT se você Concorda Totalmente com a afirmação.
Circule a letra C se você Concorda com a afirmação.
Circule as letras NC se você Não tem Certeza.
Circule a letra D se você Discorda da afirmação.
Circule as letras DT se você Discorda Totalmente da afirmação.

Por exemplo, se você algumas vezes gosta de ir ao cinema, você circularia a letra C para responder a seguinte afirmação:

Eu gosto de ir ao cinema. CT (C) NC D DT

Quando você não puder encontrar a resposta que corresponde com os seus sentimentos, por favor, circule a resposta que mais se aproxima para descrever como você se sente. **Sua primeira reação para cada questão deverá ser sua resposta**.

Circule somente uma resposta para cada afirmação e responda todas as afirmações. **Não apague as respostas**! Se você precisar mudar uma resposta, faça um “X” sobre a resposta incorreta e circule a resposta correta. Por exemplo:

Eu gosto de ir ao cinema. CT C NC  D

"Adaptado e reproduzido com permissão especial do Editor, Recursos de Avaliação Psicológica Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, a partir do Parental Stress Indez Fourth Edition (PSI-4) por Richard R. Abidin, Ed. D., Direitos Autorais 1990, 1995, 2012 por PAR, Inc. Além disso, é proibida a reprodução sem autorização do PAR, Inc."

1. Quando meu filho quer alguma coisa, ele frequentemente insiste até conseguir.
2. Meu filho é tão ativo que me deixa exausta.
3. Meu filho parece desorganizado e facilmente se distrai.
4. Comparado com a maioria, meu filho tem mais dificuldade de concentração e de prestar atenção.
5. Meu filho muitas vezes fica ocupado com um brinquedo por mais que 10 minutos.
6. Meu filho se afasta mais de mim do que eu esperava.
7. Meu filho é muito mais ativo do que eu esperava.
8. Meu filho se contorce e chuta muito ao ser vestido ou banhado.
9. Meu filho é facilmente distraído, e isso é um problema para mim.
10. Meu filho raramente faz coisas para mim que me façam sentir bem.
11. Na maioria das vezes sinto que meu filho gosta de mim e deseja estar perto de mim.
12. Quando eu faço as coisas para meu filho, tenho a sensação de que meus esforços não são muito apreciados.
13. Meu filho sorri para mim muito menos do que eu esperava.
14. Algumas vezes sinto que meu filho não gosta de mim e não deseja estar perto de mim.
15. Qual das afirmações melhor descreve seu filho? (Escolha a resposta dentre as opções abaixo.)
    1. quase sempre gosta de brincar comigo.
    2. algumas vezes gosta de brincar comigo.
    3. geralmente não gosta de brincar comigo.
    4. quase nunca gosta de brincar comigo
16. Meu filho chora e faz birra: (Escolha a resposta dentre as opções abaixo.)
    1. muito menos do que eu esperava
    2. menos do que eu esperava

"Adaptado e reproduzido com permissão especial do Editor, Recursos de Avaliação Psicológica Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, a partir do Parental Stress Indez Fourth Edition (PSI-4) por Richard R. Abidin, Ed. D., Direitos Autorais 1990, 1995, 2012 por PAR, Inc. Além disso, é proibida a reprodução sem autorização do PAR, Inc."

3. tanto quanto eu esperava
4. muito mais do que eu esperava
5. quase que constantemente

17. Meu filho parece chorar ou fazer birra mais frequentemente do que a maioria das crianças.
18. Meu filho é muito emotivo e facilmente fica triste.
19. Meu filho geralmente acorda mal-humorado.
20. Eu sinto que meu filho é muito mal-humorado e facilmente se chateia.
21. Meu filho parece um pouco diferente do que eu esperava e isso às vezes me incomoda.
22. Em algumas situações, meu filho parece ter esquecido o que já aprendeu e volta a fazer coisas características de crianças mais novas.
23. Parece que meu filho não aprende tão rápido como a maioria das crianças.
24. Parece que meu filho não sorri tanto quanto a maioria das crianças.
25. Comparado com a média das crianças, meu filho tem uma grande dificuldade em adaptar-se com mudanças de horário ou mudanças na rotina da casa.
26. Meu filho não é capaz de fazer coisas tanto quanto eu esperava.
27. Fico aborrecida porque meu filho não gosta muito de ser abraçado ou tocado.
28. Frequentemente tenho dúvidas sobre minha capacidade de ser pai/mãe.
29. Ser pai/mãe é mais difícil do que eu pensava.
30. Eu me sinto capaz e faço as coisas muito bem quando eu estou cuidando do meu filho.
31. Meu filho está sempre grudado em mim.
32. Meu filho reage fortemente quando alguma coisa acontece que ele não gosta.
33. Deixar meu filho com uma babá é geralmente um problema.

"Adaptado e reproduzido com permissão especial do Editor, Recursos de Avaliação Psicológica Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, a partir do Parental Stress Indez Fourth Edition (PSI-4) por Richard R. Abidin, Ed. D., Direitos Autorais 1990, 1995, 2012 por PAR, Inc. Além disso, é proibida a reprodução sem autorização do PAR, Inc."

34. Quando está brincando, meu filho frequentemente não sorri ou dá gargalhadas.

35. Meu filho percebe facilmente e reage exageradamente a sons altos e luzes fortes.

36. Foi mais difícil estabelecer o horário de sono e alimentação de meu filho do que eu esperava.

37. Meu filho geralmente rejeita um novo brinquedo por um tempo antes de iniciar a brincar com ele.

38. Leva um longo tempo e é muito difícil para meu filho se acostumar com coisas novas.

39. Meu filho não parece à vontade quando encontra estranhos.

40. Quando está chateado, meu filho é: (Escolha a resposta dentre as opções abaixo.)

1. fácil de acalmar
2. mais difícil de acalmar do que eu esperava
3. muito difícil de acalmar
4. nada que eu faça ajuda a acalmar meu filho

41. Descobri que para levar meu filho a fazer alguma coisa ou deixar de fazer alguma coisa é: (Escolha a resposta dentre as opções abaixo.)

1. muito mais difícil do que eu esperava
2. um pouco mais difícil do que eu esperava
3. quase tão difícil quanto eu esperava
4. um pouco mais fácil do que eu esperava
5. muito mais fácil do que eu esperava

42. Pense cuidadosamente e conte o número de coisas que seu filho faz que aborrece você. Por exemplo, faz as coisas muito devagar, recusa-se a ouvir, é hiperativo, chora, interrompe, briga, reclama, etc. (Escolha a resposta dentre as opções abaixo.)

"Adaptado e reproduzido com permissão especial do Editor, Recursos de Avaliação Psicológica Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, a partir do Parental Stress Indez Fourth Edition (PSI-4) por Richard R. Abidin, Ed. D., Direitos Autorais 1990, 1995, 2012 por PAR, Inc. Além disso, é proibida a reprodução sem autorização do PAR, Inc."

1. 1-3
2. 4-5
3. 6-7
4. 8-9
5. 10+

43. Frequentemente meu filho chora e isso me aborrece.

44. Existem algumas coisas que meu filho faz que realmente me aborrecem bastante.

45. Meu filho tem mais problemas de saúde do que eu esperava.

46. Como meu filho tem crescido e se tornado mais independente, eu fico mais preocupada com a possibilidade dele se machucar ou ter problemas.

47. O comportamento do meu filho é um problema a mais do que eu esperava.

48. Meu filho parece ser muito mais difícil de cuidar do que a maioria das crianças.

49. Meu filho faz algumas coisas que me incomodam muito.

50. Meu filho exige mais de mim do que a maioria das crianças.

51. Eu não consigo tomar decisões sem ajuda.

52. Tenho tido muito mais problemas com a criação do meu filho do que eu esperava.

53. É fácil para você entender o que seu filho quer ou precisa? (Escolha a resposta dentre as opções abaixo.)

1. muito fácil
2. fácil
3. um pouco difícil
4. muito difícil
5. geralmente não consigo descobrir qual é o problema

54. Eu sinto que sou bem sucedida na maioria das vezes, quando eu tento fazer com que meu filho faça ou não alguma coisa.

55. Desde que cheguei em casa com meu último filho vindo do hospital, acho que não sou capaz de cuidá-lo tão bem como eu esperava. Eu preciso de ajuda.

"Adaptado e reproduzido com permissão especial do Editor, Recursos de Avaliação Psicológica Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, a partir do Parental Stress Indez Fourth Edition (PSI-4) por Richard R. Abidin, Ed. D., Direitos Autorais 1990, 1995, 2012 por PAR, Inc. Além disso, é proibida a reprodução sem autorização do PAR, Inc."

56. Eu frequentemente tenho a sensação que não consigo lidar muito bem com as coisas.

57. Quando eu me avalio como um (a) pai/mãe, eu acredito que: (Escolha a resposta dentre as opções abaixo.)

1. Eu posso lidar com qualquer coisa que aconteça.
2. Eu posso lidar com a maioria das coisas muito bem.
3. Algumas vezes eu tenho dúvidas, mas acho que eu lido com a maioria das coisas sem nenhum problema.
4. Eu tenho algumas dúvidas em ser capaz de lidar com as coisas.
5. Eu acho que não sei lidar muito bem com as coisas em geral.

58. Eu sinto que eu sou: (Escolha a resposta dentre as opções abaixo.)

1. um (a) ótimo (a) pai/mãe
2. um(a) pai/mãe melhor do que a média
3. um (a) pai/mãe na média
4. uma pessoa que tem alguma dificuldade em ser pai/mãe
5. não muito bom (boa) em ser pai/mãe

Qual o maior nível escolar que você e o pai do seu filho completaram? (Escolha a resposta dentre as opções abaixo.)

59. Mãe:

1. ensino fundamental (1º ao 9ºano)
2. ensino médio
3. curso profissionalizante
4. curso superior completo
5. pós-graduação

60. Pai:

1. ensino fundamental (1º ao 9ºano)
2. ensino médio
3. curso profissionalizante
4. curso superior completo
5. pós-graduação

"Adaptado e reproduzido com permissão especial do Editor, Recursos de Avaliação Psicológica Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, a partir do Parental Stress Indez Fourth Edition (PSI-4) por Richard R. Abidin, Ed. D., Direitos Autorais 1990, 1995, 2012 por PAR, Inc. Além disso, é proibida a reprodução sem autorização do PAR, Inc."

61. Eu gosto de ser pai/mãe.

62. Leva muito tempo para que os pais desenvolvam proximidade e sentimentos afetuosos pelo filho.

63. Esperava ter mais proximidade e sentimentos afetuosos pelo meu filho do que eu tenho e isso me aborrece.

64. Às vezes meu filho faz coisas que me aborrece só para me provocar.

65. Frequentemente me sinto culpado (a) pela forma como me sinto com relação ao meu filho.

66. Meu filho e eu não somos tão próximos como eu gostaria.

67. O número de filhos que eu tenho agora é demais.

68. Gasto a maior parte de minha vida fazendo coisas para meu filho.

69. Eu acho que deixo minhas coisas de lado mais do que eu esperava, para atender às necessidades dos meus filhos.

70. Sinto-me preso (a) pelas minhas responsabilidades como pai/mãe.

71. Frequentemente sinto que as necessidades de meu filho controlam minha vida.

72. Desde que tive este filho, sinto-me incapaz de fazer coisas novas e diferentes.

73. Desde que tive um filho, sinto que eu quase nunca consigo fazer coisas que eu gosto de fazer.

74. É difícil encontrar um lugar em nossa casa, onde eu possa ficar sozinho (a).

75. Quando eu penso no tipo de pai/mãe que sou muitas vezes me sinto mal ou culpado (a).

76. Estou infeliz com a última compra de roupa que fiz para mim

77. Quando meu filho se comporta mal ou faz birra, me sinto responsável, como se eu não tivesse feito a coisa certa.

78. Sinto-me culpado (a) toda vez que meu filho faz algo errado.

79. Frequentemente sinto-me depressivo (a) e não tenho energia para lidar com minhas responsabilidades de pai/mãe.

80. Algumas poucas coisas que me incomodam sobre minha vida.

"Adaptado e reproduzido com permissão especial do Editor, Recursos de Avaliação Psicológica Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, a partir do Parental Stress Indez Fourth Edition (PSI-4) por Richard R. Abidin, Ed. D., Direitos Autorais 1990, 1995, 2012 por PAR, Inc. Além disso, é proibida a reprodução sem autorização do PAR, Inc."

81. Eu me senti mais triste e depressivo (a) do que eu esperava depois de ter saído do hospital com meu filho.
82. Sinto-me culpado (a) por ficar zangado (a) com meu filho e isso me aborrece.
83. Depois que meu filho chegou em casa do hospital, há cerca de um mês, percebi que eu estava me sentindo mais triste e deprimido (a) do que eu esperava.
84. Desde que tive o meu filho, minha (meu) esposa (o)/o (a) pai/mãe de meu filho não me deu tanta ajuda e apoio como eu esperava.
85. Ter um filho tem causado mais problemas do que eu esperava no meu relacionamento com minha (meu) esposa (o)/o (a) pai/mãe de meu filho.
86. Desde que tive meu filho, minha (meu) esposa (o)/o (a) pai/mãe de meu filho e eu não fazemos tantas coisas juntos.
87. Desde que tive meu filho, minha (meu) esposa (o)/o (a) pai/mãe de meu filho e eu não passamos muito tempo juntos como uma família, como eu esperava.
88. Desde que tive meu último filho, tenho tido menos interesse em sexo com minha (meu) esposa (o)/o (a) pai/mãe de meu filho.
89. Meu (minha) esposo (a)/o (a) pai/mãe de meu filho e eu temos muitos conflitos acerca de como criar nosso filho
90. Os gastos financeiros de ter nosso filho geraram problemas entre mim e minha (meu) esposa (o)/o (a) pai/mãe de meu filho.
91. Sinto-me sozinho (a) e sem amigos.
92. Quando vou a uma festa, eu acredito que não vou me divertir.
93. Eu não estou tão interessado (a) em relacionar-me com as pessoas como antes.
94. Com frequência tenho a sensação de que as outras pessoas da minha idade não gostam da minha companhia.
95. Quando tenho problemas para cuidar dos meus filhos, eu tenho várias pessoas com quem eu posso falar para obter ajuda ou conselhos.
96. Desde que tive meus filhos, eu tenho menos oportunidades de ver meus amigos e fazer novos amigos.

"Adaptado e reproduzido com permissão especial do Editor, Recursos de Avaliação Psicológica Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, a partir do Parental Stress Indez Fourth Edition (PSI-4) por Richard R. Abidin, Ed. D., Direitos Autorais 1990, 1995, 2012 por PAR, Inc. Além disso, é proibida a reprodução sem autorização do PAR, Inc."

97. Durante os últimos seis meses, eu tenho estado mais doente do que de costume ou tido mais dores e sofrimentos do que tinha antes.
98. Fisicamente, eu me sinto bem a maior parte do tempo.
99. Tenho problemas para dormir e frequentemente sinto-me cansado (a) durante o dia.
100. Eu não gosto mais das coisas como eu costumava gostar.
101. Desde que eu tive meu filho, tenho frequentemente ficado doente.

Durante os últimos 12 meses, ocorreu qualquer um dos seguintes eventos em sua família imediata (companheiro (a) e seus filhos)? Escolha S para “Sim” e N para “Não”.

102. Divórcio
103. Reconciliação conjugal
104. Casamento
105. Separação
106. Gravidez
107. Outro parente mudou-se para sua casa
108. A renda familiar aumentou substancialmente (20% ou mais)
109. Endividaram-se profundamente
110. Mudou-se para um novo local
111. Alguém foi promovido no trabalho
112. Renda familiar diminuiu substancialmente
113. Problemas com álcool ou drogas
114. Morte de um amigo próximo da família
115. Alguém começou em um novo emprego
116. Alguém entrou em uma nova escola
117. Alguém teve problemas com seu chefe no trabalho
118. Alguém perdeu emprego
119. Alguém teve problemas com a justiça
120. Morte de um membro da sua família imediata

"Adaptado e reproduzido com permissão especial do Editor, Recursos de Avaliação Psicológica Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, a partir do Parental Stress Indez Fourth Edition (PSI-4) por Richard R. Abidin, Ed. D., Direitos Autorais 1990, 1995, 2012 por PAR, Inc. Além disso, é proibida a reprodução sem autorização do PAR, Inc."

IEP - CARTÃO DE RESPOSTA

Nome: _____ Gênero: _____ Data de Nasc: ____/____/___

Grupo Étnico: _____ Estado Civil: _____ Data de Hoje: ____/____/___

Nome da Criança: _____ Gênero: _____ Data de Nasc: ____/____/___

IG ao Nascimento: _____ Idade Corrigida: _____

CT = Concordo Totalmente **C =** Concordo **NC =** Não Tenho Certeza **D =** Discordo **DT =** Discordo Totalmente

1.	CT	C	NC	D	DT	**31.**	CT	C	NC	D	DT	**61.**	CT	C	NC	D	DT	**91.**	CT	C	NC	D	DT
2.	CT	C	NC	D	DT	**32.**	CT	C	NC	D	DT	**62.**	CT	C	NC	D	DT	**92.**	CT	C	NC	D	DT
3.	CT	C	NC	D	DT	**33.**	CT	C	NC	D	DT	**63.**	CT	C	NC	D	DT	**93.**	CT	C	NC	D	DT
4.	CT	C	NC	D	DT	**34.**	CT	C	NC	D	DT	**64.**	CT	C	NC	D	DT	**94.**	CT	C	NC	D	DT
5.	CT	C	NC	D	DT	**35.**	CT	C	NC	D	DT	**65.**	CT	C	NC	D	DT	**95.**	CT	C	NC	D	DT
6.	CT	C	NC	D	DT	**36.**	CT	C	NC	D	DT	**66.**	CT	C	NC	D	DT	**96.**	CT	C	NC	D	DT
7.	CT	C	NC	D	DT	**37.**	CT	C	NC	D	DT	**67.**	CT	C	NC	D	DT	**97.**	CT	C	NC	D	DT
8.	CT	C	NC	D	DT	**38.**	CT	C	NC	D	DT	**68.**	CT	C	NC	D	DT	**98.**	CT	C	NC	D	DT
9.	CT	C	NC	D	DT	**39.**	CT	C	NC	D	DT	**69.**	CT	C	NC	D	DT	**99.**	CT	C	NC	D	DT
10.	CT	C	NC	D	DT	**40.**	1	2	3	4		**70.**	CT	C	NC	D	DT	**100.**	CT	C	NC	D	DT
11.	CT	C	NC	D	DT	**41.**	1	2	3	4	5	**71.**	CT	C	NC	D	DT	**101.**	CT	C	NC	D	DT
12.	CT	C	NC	D	DT	**42.**	1	2	3	4	5	**72.**	CT	C	NC	D	DT	**102.**	S	N			
13.	CT	C	NC	D	DT	**43.**	CT	C	NC	D	DT	**73.**	CT	C	NC	D	DT	**103.**	S	N			
14.	CT	C	NC	D	DT	**44.**	CT	C	NC	D	DT	**74.**	CT	C	NC	D	DT	**104.**	S	N			
15.	1	2	3	4		**45.**	CT	C	NC	D	DT	**75.**	CT	C	NC	D	DT	**105.**	S	N			
16.	1	2	3	4	5	**46.**	CT	C	NC	D	DT	**76.**	CT	C	NC	D	DT	**106.**	S	N			
17.	CT	C	NC	D	DT	**47.**	CT	C	NC	D	DT	**77.**	CT	C	NC	D	DT	**107.**	S	N			
18.	CT	C	NC	D	DT	**48.**	CT	C	NC	D	DT	**78.**	CT	C	NC	D	DT	**108.**	S	N			
19.	CT	C	NC	D	DT	**49.**	CT	C	NC	D	DT	**79.**	CT	C	NC	D	DT	**109.**	S	N			
20.	CT	C	NC	D	DT	**50.**	CT	C	NC	D	DT	**80.**	CT	C	NC	D	DT	**110.**	S	N			
21.	CT	C	NC	D	DT	**51.**	CT	C	NC	D	DT	**81.**	CT	C	NC	D	DT	**111.**	S	N			
22.	CT	C	NC	D	DT	**52.**	CT	C	NC	D	DT	**82.**	CT	C	NC	D	DT	**112.**	S	N			
23.	CT	C	NC	D	DT	**53.**	1	2	3	4	5	**83.**	CT	C	NC	D	DT	**113.**	S	N			
24.	CT	C	NC	D	DT	**54.**	CT	C	NC	D	DT	**84.**	CT	C	NC	D	DT	**114.**	S	N			
25.	CT	C	NC	D	DT	**55.**	CT	C	NC	D	DT	**85.**	CT	C	NC	D	DT	**115.**	S	N			
26.	CT	C	NC	D	DT	**56.**	CT	C	NC	D	DT	**86.**	CT	C	NC	D	DT	**116.**	S	N			
27.	CT	C	NC	D	DT	**57.**	1	2	3	4	5	**87.**	CT	C	NC	D	DT	**117.**	S	N			
28.	CT	C	NC	D	DT	**58.**	1	2	3	4	5	**88.**	CT	C	NC	D	DT	**118.**	S	N			
29.	CT	C	NC	D	DT	**59.**	1	2	3	4	5	**89.**	CT	C	NC	D	DT	**119.**	S	N			
30.	CT	C	NC	D	DT	**60.**	1	2	3	4	5	**90.**	CT	C	NC	D	DT	**120.**	S	N			

"Adaptado e reproduzido com permissão especial do Editor, Recursos de Avaliação Psicológica Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, a partir do Parental Stress Indez Fourth Edition (PSI-4) por Richard R. Abidin, Ed. D., Direitos Autorais 1990, 1995, 2012 por PAR, Inc. Além disso, é proibida a reprodução sem autorização do PAR, Inc."

ANEXO D - Parecer 385.370 em 17 de setembro de 2013

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ/

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estresse e papel materno apos uma intervençao educativa
Pesquisador: cláudia silveira viera
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 16348813.7.1001.0107
Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 385.370
Data da Relatoria: 17/09/2013

Apresentação do Projeto:
Projeto bem apresentado com fundamentação teórico-metodológica e ética.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivos claros e adequados ao tipo de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Os sujeitos participarão de um momento educativo e não sofrerão riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Relevante para a área materna e infantil em especial aos sujeitos atuantes e familiares de pacientes internados em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Todos apresentados.

Recomendações:
Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Não há pendências. As duas pendências constante no parecer anterior foram atendidas.

Situação do Parecer:
Aprovado

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO **CEP:** 85.819-110
UF: PR **Município:** CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3272 **E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ/

Continuação do Parecer: 385.370

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

As solicitações feitas foram atendidas pelo pesquisador

CASCAVEL, 05 de Setembro de 2013

Assinador por:
João Fernando Christofoletti
(Coordenador)

ANEXO E – Cartão escore IEP

(IEP) Índice de Estresse Parental - Cartão Escore

Nome: _____ Gênero: _____ Data de Nasc: ____ /____ /_____

Grupo étnico: _____ Estado Civil: _____ Data de Hoje: ____ /____ /_____

Nome da Criança: _____ Gênero da Criança: _____ Data de Nasc: ____ /____ /_____

IG ao Nascimento: _____ Idade Corrigida: _____

Resposta Defensiva

Soma das respostas sombreadas;

(Significativa se o resultado for 24 ou menos)

	1.	5	4	3	2	1	**31.**	5	4	3	2	1	61.	1	2	3	4	5	91.	5	4	3	2	1
	2.	5	4	3	2	1	**32.**	5	4	3	2	1	62.	5	4	3	2	1	92.	5	4	3	2	1
	3.	5	4	3	2	1	**33.**	5	4	3	2	1	63.	5	4	3	2	1	93.	5	4	3	2	1
	4.	5	4	3	2	1	**34.**	5	4	3	2	1	64.	5	4	3	2	1	94.	5	4	3	2	1
DH	**5.**	1	2	3	4	5	**35.**	5	4	3	2	1	65.	5	4	3	2	1	95.	1	2	3	4	5
	6.	5	4	3	2	1	**36.**	5	4	3	2	1	66.	5	4	3	2	1	96.	5	4	3	2	1
	7.	5	4	3	2	1	**37.**	5	4	3	2	1	67.	5	4	3	2	1	97.	5	4	3	2	1
	8.	5	4	3	2	1	**38.**	5	4	3	2	1	68.	5	4	3	2	1	98.	1	2	3	4	5
	9.	5	4	3	2	1	**39.**	5	4	3	2	1	69.	5	4	3	2	1	99.	5	4	3	2	1
	10.	5	4	3	2	1	**40.**	1	2	4	5		70.	5	4	3	2	1	100.	5	4	3	2	1
CA	**11.**	1	2	3	4	5	**41.**	5	4	3	2	1	71.	5	4	3	2	1	101.	5	4	3	2	1
	12.	5	4	3	2	1	**42.**	1	2	3	4	5	72.	5	4	3	2	1	102.	7	0			
	13.	5	4	3	2	1	**43.**	5	4	3	2	1	73.	5	4	3	2	1	103.	4	0			
RPP	**14.**	5	4	3	2	1	**44.**	5	4	3	2	1	74.	5	4	3	2	1	104.	5	0			
	15.	1	2	4	5		**45.**	5	4	3	2	1	75.	5	4	3	2	1	105.	8	0			
	16.	1	2	3	4	5	**46.**	5	4	3	2	1	76.	5	4	3	2	1	106.	4	0			
E	**17.**	5	4	3	2	1	**47.**	5	4	3	2	1	77.	5	4	3	2	1	107.	4	0			
	18.	5	4	3	2	1	**48.**	5	4	3	2	1	78.	5	4	3	2	1	108.	4	0			
	19.	5	4	3	2	1	**49.**	5	4	3	2	1	79.	5	4	3	2	1	109.	4	0			
HU	**20.**	5	4	3	2	1	**50.**	5	4	3	2	1	80.	5	4	3	2	1	110.	2	0			
	21.	5	4	3	2	1	51.	5	4	3	2	1	81.	5	4	3	2	1	111.	3	0			
	22.	5	4	3	2	1	52.	5	4	3	2	1	82.	5	4	3	2	1	112.	4	0			
	23.	5	4	3	2	1	53.	1	2	3	4	5	83.	5	4	3	2	1	113.	7	0			
	24.	5	4	3	2	1	54.	1	2	3	4	5	84.	5	4	3	2	1	114.	4	0			
AC	**25.**	5	4	3	2	1	55.	5	4	3	2	1	85.	5	4	3	2	1	115.	4	0			
	26.	5	4	3	2	1	56.	5	4	3	2	1	86.	5	4	3	2	1	116.	3	0			
	27.	5	4	3	2	1	57.	1	2	3	4	5	87.	5	4	3	2	1	117.	2	0			
	28.	5	4	3	2	1	58.	1	2	3	4	5	88.	5	4	3	2	1	118.	2	0			
CO	29.	5	4	3	2	1	59.	5	4	3	2	1	89.	5	4	3	2	1	119.	2	0			
	30.	1	2	3	4	5	60.	5	4	3	2	1	90.	5	4	3	2	1	120.	6	0			

IS

VI

AS

RP

DE

RP

Domínio da Criança Escore Bruto	(+)	Domínio do Pais Escore Bruto	(=)	Estresse Total Escore Bruto	Estresse na vida Escore Bruto

Deficit de atenção/hiperatividade (DH)			Restrição de papel (RP)
Capacidade de adaptabilidade (CA)	Humor (HU)	Isolamento (IS)	Depressão (DE)
Reforço positivo dos pais (RPP)	Aceitabilidade (AC)	Vínculo (VI)	Relacionamento com esposo (a),
Exigências (E)	Competência (CO)	Saúde (AS)	companheiro (a), pai da crinça (RC)

ANEXO F – Normas para submissão de artigos da Revista Texto e Contexto Enfermagem

Texto & Contexto Enfermagem

Text & Context Nursing | Texto & Contexto Enfermería – ISSN 0104-0707

Preparo dos Manuscritos

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis. Página de identificação: a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com limite de 150 palavras, em espaço simples. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-las consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: http://decs.bvs.br ou o *Medical Subject Headings* (MeSH) do *Index Medicus*. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = ***A cura pela prece***

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As tabelas devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ‖, ¶, **, ††, ‡‡. Os quadros devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. As fotos coloridas serão publicadas a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na seqüência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23×16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

Citações no texto: as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.[7]

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.[1-5]

As citações diretas (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".[1:30-31]

As citações de pesquisa qualitativa (verbatins) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* [...] (e7);

Citações no texto para artigos na categoria Revisão da Literatura. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Oliveira et al[9] ou Segundo Oliveira et al[9] (2004), entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.[9]

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors* – ICMJE). Exemplos:

Livro padrão

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2004.

Capítulo de livro

Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul (SP): Yends; 2005. p.47-72.

Livro com organizador, editor ou compilador

Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá (PR): EDUEM; 2002.

Livro com edição

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2001.

Trabalho apresentado em congresso

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15-18; Curitiba, Brasil. Curitiba (PR): Rede Unida; 2006. Oficina 26.

Entidade coletiva

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): MS; 2005.

Documentos legais

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Tese/Dissertação

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

Artigo de jornal

Zavarise E. Servidores da UFSC fazem movimento em defesa do HU. Diário Catarinense, 2007 Jun 28; Geral 36.

Artigo de periódico com até 6 autores

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15(1):89-97.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan-Mar; 16(1):71-9.

Material audiovisual

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. GEHCE; 2006 jul 23.

Mapa

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis (SC): DCL; 2002.

Dicionários e referências similares

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Florianópolis (SC): Ed. Positivo; 2004.

Homepage/web site

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília (DF): MS; 2007 [atualizado 2007 Maio 04; acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: www.saude.gov.br

Material eletrônico

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Pós-graduação em Enfermagem; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. Rev Eletr Enferm [online]. 2004 [acesso 2006 Out 01]; 6(1). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html

Corona MBEF. O significado do "Ensino do Processo de Enfermagem" para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto (SP): Universidade Federal de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/

Texto & Contexto Enfermagem

Text & Context Nursing | Texto & Contexto Enfermería – ISSN 0104-0707

Procedimentos para o Envio dos Manuscritos

Os autores interessados em enviar manuscritos para a Texto & Contexto Enfermagem, poderão fazê-lo sem custo algum. Após o recebimento do mesmo, a equipe editorial da Texto & Contexto Enfermagem fará uma **pré-análise** do manuscrito para verificar se o mesmo adequa-se a política editorial da Texto & Contexto Enfermagem.
Caso o mesmo seja recusado, os autores serão comunicados o mais breve possível.
Caso o manuscrito seja aprovado para iniciar o processo de avaliação, os autores deverão pagar a taxa de **R$200,00** referente a chamada **taxa de avaliação** do manuscrito.
Os manuscritos devem ser submetidos online pelo ScholarOne Manuscripts (http://mc04.manuscriptcentral.com/tce-scielo). Caso o autor não esteja cadastrado no sistema, este deve acessar a página do ScholarOne, e na barra lateral direita, em **Register Here,** fazer sua inscrição.
Itens exigidos para submissão dos manuscritos:

1. Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade assinada por todos os autores (Modelo).

3. Cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em manuscritos resultantes de pesquisa que envolve seres humanos.

Itens exigidos para envio dos manuscritos

1. Manuscrito digitado em letra Times New Roman 12, com espaço entre linhas 1,5 cm, configurado em papel A4, com margem esquerda/superior de 3cm e direita/inferior de 2cm, com numeração nas páginas. Utilização de Editor Word for Windows 2000 ou editores compatíveis.

2. Página de identificação.

3. Título (conciso e informativo), resumo (máximo de 150 palavras) e descritores (3 a 5 palavras) nos 3 idiomas.

4. Apresentação das seções do manuscrito de acordo com as normas.

5. Ilustrações (tabelas, quadros e figuras) conforme as normas da Revista e no máximo de 5 no conjunto. As figuras devem ser gravadas em separado, no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23X16 cm. Estas devem ser anexadas na submissão.

6. Citações diretas e indiretas, assim como os verbatins de acordo com as normas.

7. Manuscrito contendo no máximo 3 notas de rodapé.

8. Referências redigidas de acordo com as normas.

9. Manuscrito com número de páginas limite.

ANEXO G - Normas para submissão de artigos da revista Acta Paulista de Enfermagem

1. Documentos para a submissão *on-line*

a) Carta de Apresentação *(cover letter)* - nesta carta o autor deve explicar ao Editor porque o seu artigo deve ser publicado na Acta Paul Enferm. e qual a contribuição ao conhecimento dos resultados apresentados no artigo e a sua aplicabilidade prática;

b) Autorização para publicação e transferência dos direitos autorais à revista, assinada por todos autores e endereçada ao editor-chefe, conforme Modelo;

c) Pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvidas no Brasil, conforme o capítulo XII.2 da Res. CNS 466/2012, devem apresentar a documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e/ou CONEP, quando for o caso. Pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvidas em outros países devem apresentar a documentação ética local;

d) Comprovante do pagamento da taxa de submissão (*payment voucher*);

e) Manuscrito (vide abaixo Documento Principal);

f) Página de Título (veja no item 2 o que deve conter a página de título).

2. Página de Título (Title Page) deve conter:

- O título do manuscrito com, no máximo, 12 palavras e apresentado em português ou inglês. Não usar caixa-alta no título;
- Os nomes completos e sem abreviações dos, no máximo, cinco autores e as Instituições às quais pertencem (obrigatório);
- As especificações sobre quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo conforme os critérios de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas;
- Agradecimentos: os autores devem agradecer todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com

descontos, também podem ser agradecidos, incluindo a origem (cidade, estado e país). No caso das agências de fomento, pode-se discriminar qual dos autores recebeu, por exemplo, bolsa de produtividade em pesquisa ou bolsa de mestrado, etc. da seguinte forma: ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq; bolsa de produtividade em pesquisa nível 1A para AB Exemplo); à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; bolsa de mestrado para AB Exemplo2). No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

- Conflitos de interesse: os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes;
- Ensaios clínicos: artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos desenvolvidos no Brasil, devem apresentar comprovante de registro da pesquisa clínica ou comprovante de submissão na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), http://www.ensaiosclinicos.gov.br/. Para casos anteriores &acrase; data de publicação; a seguir, da RDC 36, de 27 de junho de 2012 da Agência de Vigilância Sanitária, ou para estudos desenvolvidos em outros países, serão aceitos comprovantes de registro em outras plataformas da *International Clinical Trials Registration Platform*(ICTRP/OMS);
- Indicação do nome completo do Autor correspondente, seu endereço institucional e *e-mail*.

3. Documento Principal (*Main Document*)

Deve conter o título, o resumo com descritores e o corpo do manuscrito (não coloque qualquer identificação dos autores).

3.1 Título

O título do manuscrito com, no máximo, 12 palavras e apresentado em português ou inglês. Não usar caixa-alta no título.

O título é a parte mais lida e divulgada de um texto e tem como objetivo informar o conteúdo do artigo. Deve ser claro, exato e atraente. Os autores devem incluir no título as informações que permitirão a recuperação eletrônica sensível e específica do artigo. Por isso, utilize o principal descritor como núcleo frasal.

O título não deve conter: abreviações, fórmulas, adjetivos excessivos, cidades, símbolos, datas, gírias, imprecisões e palavras dúbias, significado obscuro e

palavras supérfluas (considerações sobre, contribuição ao estudo de, contribuição para o conhecimento de, estudo da, investigação de, subsídios para e etc..).

3.2 Resumo

O resumo, segundo o dicionário Houaiss, é uma apresentação abreviada de um texto. Deve fornecer o contexto ou a base para o estudo, procedimentos básicos, principais resultados, conclusões, de forma a enfatizar aspectos novos e importantes do estudo. É a parte mais lida do artigo científico depois do título. O intuito do resumo é facilitar a comunicação com o leitor.

Prepare o resumo no mesmo idioma do seu manuscrito com, no máximo, 150 palavras e estruturado da seguinte forma:

- **Objetivo:** estabelecer a questão principal e/ou hipóteses a serem testadas;
- **Métodos:** descrever o desenho do estudo, população e procedimentos básicos;
- **Resultados:** descrever o resultado principal em uma frase concisa. Deve ser o mais descritivo possível. Níveis de significância estatística e intervalo de confiança somente quando apropriado;
- **Conclusão:** frase simples e direta em resposta ao objetivo estabelecido e baseada exclusivamente nos resultados apontados no resumo.
- Cinco **descritores** em Ciências da Saúde que representem o trabalho sendo três deles selecionados na listagem de descritores da Acta Paulista de Enfermagem e dois escolhidos pelo autor conforme o DECS (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) e o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderão ser consultados, como lista suplementar, quando necessário ou MeSH Keywordshttp://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html.

3.3 Corpo do manuscrito

A Acta aderiu à iniciativa do ICMJE e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisas, visando não só aumentar o potencial de publicação como também a divulgação internacional dos artigos e, portanto, devem ser utilizadas as seguintes guias internacionais:

Estudos/Ensaios	**Guias Internacionais**
Ensaio clínico randomizado	CONSORT
Revisões sistemáticas e metanálises	PRISMA
Estudos observacionais em epidemiologia	STROBE

Estudos qualitativos*	COREQ*

**Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups (published in the Int. Journal for Quality in Health Care, 2007).*

O corpo do texto do manuscrito deverá conter parágrafos distintos com **Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.** Siga os padrões de editoração da Acta.

- A **introdução** deve apresentar a fundamentação teórica sobre o objeto de estudo. A finalidade da introdução é enunciar com as devidas justificativas e explicações, a originalidade e validade, finalidade e aplicabilidade da contribuição ao conhecimento pretendida. Não mais do que quatro citações devem ser utilizadas para apoiar uma única idéia. Evite a citação de comunicações pessoais ou materiais inéditos. O objetivo deve ser colocado no último parágrafo da introdução. Lembre-se para cada objetivo deverá haver uma conclusão.
- **Métodos –** descreve como a pesquisa foi realizada, a lógica do raciocínio do autor na ordenação dos procedimentos e técnicas utilizadas para a obtenção dos resultados. O método estatístico e o critério matemático de significância dos dados também devem estar declarados. Estruture Métodos da seguinte forma: tipo de desenho de pesquisa, local, população (explicitando os critérios de seleção), cálculo do tamanho da amostra, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), coleta e análise de dados.
- **Resultados –** descrição do que foi obtido na pesquisa, sendo exclusivo do pesquisador, sem citações ou comentários ou interpretações pessoais (subjetivas).
    - As Tabelas, Gráficos e Figuras, no **máximo** de três, **obrigatoriamente**, devem estar inseridas no corpo do texto do artigo, sempre em formato original. Use esses recursos quando eles expressarem mais do que pode ser feito por palavras na mesma quantidade de espaço. Consulte os padrões de editoração da Acta.
- **Discussão –** apresenta a apreciação crítica do autor, os novos e importantes aspectos do estudo e a explicação sobre o significado dos resultados obtidos e as suas limitações, relacionando-as com outros estudos. A linguagem obedece a estilo crítico e o verbo aparece no passado. A essência da discussão é a interpretação dos resultados obtidos e a sua relação com o conhecimento existente, de forma a chegar-se a uma conclusão. Comece a discussão explicitando os limites dos resultados, lembrando que o limite é dado pelo método escolhido. No

segundo parágrafo explicite a contribuição dos resultados deste estudo e a aplicabilidade prática.

- **Conclusão –** escrita em frase clara, simples e direta demonstrando o cumprimento do objetivo proposto. No caso de mais de um objetivo, deve haver uma conclusão para cada um. Nenhum outro comentário deve ser incluído na conclusão.
- **Referências** – As referências dos documentos impressos e/ou eletrônicos deverão seguir o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, disponíveis no endereço eletrônico www.icmje.org. O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index*. Considere que as referências concorrem para convencer o leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados. Quando adequadamente escolhidas, dão credibilidade ao relato. Só devem ser citadas as referencias de periódicos científicos indexados em bases de dados internacionais, que foram consultadas na íntegra pelo autor e que tenham relação direta, relevante, com o assunto abordado. Não incluir na lista referências que não possam ser recuperadas no original pelo leitor como teses e dissertações, trabalhos de conclusão de curso e outras fontes inacessíveis (apostilas, anais, etc.) ou obras de reduzida expressão científica. Considere sempre a atualidade da referência, pois a citação de obras recentes, isto é, com menos de cinco anos, é essencial em artigos originais.
    - No texto, as citações devem ser numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos, entre parênteses, sobrescritos e sem menção do nome dos autores;
    - As Referências devem vir numeradas, na ordem da citação no texto, e aquelas que se referem a artigos com o texto completo em português ou outra língua, que não o inglês, as referências deverão ter o título em inglês, entre colchetes, com a indicação da língua do texto no final da referência, conforme exemplos abaixo. Todas as referências devem ser apresentadas sem negrito, itálico ou grifo;
    - Confira cuidadosamente as referências, é obrigatório que os leitores consigam consultar o material referenciado no original, por isso, não use publicações isoladas (livros, teses, anais) nem materiais de suporte (dicionários, estatística, e outros). Por favor, não inclua mais de 30 referências primárias e atualizadas (menos de cinco anos).

ANEXO H - Normas para submissão de artigos da revista Psicologia: Teoria e Pesquisa

DIRETRIZES PARA AUTORES

A Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa publica artigos originais relacionados às diversas áreas da psicologia e adota as normas de publicação da Sexta Edição do Manual de Publicação da American Psychological Association (APA, 2010). Os autores interessados em submeter manuscritos a Psicologia: Teoria e Pesquisa devem seguir rigorosamente as normas descritas no manual da APA.
No concernente aos tipos de contribuição, conforme as normas da APA, a Psicologia: Teoria e Pesquisa aceita manuscritos que se enquadrem nas seguintes categorias:

1. Estudos Empíricos: Trata-se de relatos de pesquisa original com fontes de dados primários ou secundários. Sua estrutura típica consiste em diferentes seções que refletem os estágios do processo de investigação e que aparecem na seguinte ordem: introdução (desenvolvimento do problema com revisão da literatura empírica concernente ao problema e apresentação dos propósitos de investigação); método (descrição dos participantes/sujeitos, instrumentos, materiais/equipamentos e procedimentos utilizados para condução da pesquisa); resultados (relato dos achados e análises); e discussão (sumário, interpretação e implicações dos resultados). Este tipo de contribuição está limitado a 30 páginas, incluindo resumo, abstract, figuras, tabelas e referências. O resumo e o abstract devem ter, cada um, no máximo 120 palavras.

2. Revisão da Literatura: Trata-se de sínteses de pesquisa ou meta-análises e consistem em avaliação crítica de material já publicado. O propósito deste tipo de contribuição é que os autores integrem e avaliem material previamente publicado, considerando o progresso da pesquisa e buscando clarificar um problema específico. É esperado que os autores: (a) definam claramente um problema; (b) sumarizem investigações prévias para informar o leitor sobre o estado da pesquisa; (c) identifiquem relações, contradições, lacunas e/ou inconsistências na literatura; e (d) sugiram próximos passos de investigação para a resolução dos problemas identificados. Não há uma estrutura de seções pré-definida para este tipo de contribuição, de forma que os autores devem buscar um formato coerente para o texto. É fundamental que haja um argumento organizador e não somente uma compilação de pesquisas já realizadas. Este tipo de contribuição está limitado a 30 páginas incluindo resumo, abstract, figuras, tabelas e referências. O resumo e o abstract devem ter, cada um, no máximo 120 palavras.

3. Artigos Teóricos: Trata-se de trabalhos baseados na literatura empírica vigente para propor avanços teóricos. Espera-se que os autores apresentem o desenvolvimento de uma teoria para expandir ou refinar construtos teóricos, apresentem uma nova teoria ou analisem uma teoria existente, apresentando suas fraquezas ou demonstrando a vantagem de uma teoria sobre outra. Usualmente os autores de contribuições desta natureza analisam a consistência interna de uma teoria, bem como sua validade externa. As seções podem variar como forma de busca de consistência. É fundamental que haja um elemento propositivo no texto. Este tipo de contribuição está limitado a 30 páginas, incluindo

resumo, abstract, figuras, tabelas e referências. O resumo e o abstract devem ter, cada um, no máximo 120 palavras.

4. Artigos Metodológicos: Trata-se da apresentação de novas abordagens metodológicas, modificação de métodos existentes ou discussões sobre abordagens analíticas de dados para a comunidade científica. O uso de dados empíricos, neste caso, serve unicamente como ilustração da técnica de análise de dados. Este tipo de contribuição está limitado a 21 páginas, incluindo resumo, abstract, figuras, tabelas e referências. O resumo e o abstract devem ter, cada um, no máximo 120 palavras.
A critério do editor também serão apreciadas para publicação as seguintes categorias de contribuições:

5. Relato de Experiência Profissional: estudo de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção, contendo evidência metodologicamente apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de psicólogos em diferentes áreas. Este tipo de contribuição está limitado a 21 páginas incluindo resumo, abstract, figuras, tabelas e referências. O resumo e o abstract devem ter, cada um, no máximo 80 palavras.

6. Comunicação Breve: relato de pesquisa sucinto, mas completo, de uma investigação específica (ver modelo geral definido para estudos empíricos). Este tipo de contribuição está limitado a 12 páginas incluindo resumo, abstract, figuras, tabelas e referências. O resumo e o abstract devem ter, cada um, no máximo 80 palavras.

7. Carta ao Editor: avaliação crítica de artigo publicado em Psicologia: Teoria e Pesquisa ou resposta de autores a crítica formulada a artigo de sua autoria. Este tipo de contribuição está limitado a 6 páginas incluindo todos os seus elementos. Não há Resumo.

8. Nota Técnica: descrição de instrumentos e técnicas originais de pesquisa. Este tipo de contribuição está limitado a 9 páginas, incluindo resumo, abstract, figuras, tabelas e referências. O resumo e o abstract devem ter, cada um, no máximo 60 palavras.

9. Resenha: revisão crítica de obra recém publicada, orientando o leitor quanto a suas características e usos potenciais. É fundamental que não se trate apenas de um sumário ou revisão dos capítulos da obra, mas efetivamente uma crítica. Este tipo de contribuição está limitado a 6 páginas incluindo todos os seus elementos. Não há Resumo.

10. Notícia: divulgação de fato ou evento de conteúdo relacionado à psicologia, não sendo exigidas originalidade e exclusividade na publicação. Este tipo de contribuição está limitado a 3 páginas incluindo todos os seus elementos. Não há Resumo.

II. Apreciação pelo Conselho Editorial

O manuscrito que se enquadra nas categorias 1 a 10 acima descritas é aceito para análise pressupondo-se que: (a) o mesmo trabalho não foi publicado e nem está sendo submetido para publicação em outro periódico; (b) todas as pessoas listadas como autores aprovaram o seu encaminhamento com vistas à publicação na revista Psicologia: Teoria e Pesquisa; (c) qualquer pessoa citada como fonte de comunicação pessoal aprovou a citação; (d) os autores seguiram todos os procedimentos éticos recomendados pelos padrões adotados pela Revista.
A primeira avaliação do trabalho é realizada pela Direção de Psicologia: Teoria e Pesquisa e consiste na análise rigorosa da adequação do manuscrito às normas da Revista, considerando, especialmente, dois aspectos: tipo de contribuição (suas características principais, definidas neste documento e no manual da APA) e as normas de redação e formatação do manual da APA. Os manuscritos que forem considerados como não aderentes às normas terão sua tramitação interrompida e os autores informados da decisão.
Os trabalhos que atenderem às normas serão enviados e apreciados pelo Conselho Editorial, que poderá fazer uso de consultores ad hoc a seu critério. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus manuscritos. Pequenas modificações no texto poderão ser feitas pela Direção ou pelo Conselho Editorial da Revista. Quando este julgar necessárias modificações substanciais, o autor será notificado e encarregado de fazê-las, devolvendo o trabalho reformulado no prazo estipulado.

III. Forma de Apresentação dos Manuscritos

Psicologia: Teoria e Pesquisa adota integralmente as normas de publicação do Publication Manual of the American Psychological Association (6a edição, 2010). Os manuscritos devem ser redigidos em português, inglês ou espanhol ou, ainda, em outra língua a critério do conselho editorial.
A submissão dos manuscritos deve ser feita unicamente de forma eletrônica por meio da plataforma SEER de Psicologia: Teoria e Pesquisa no seguinte endereço: www.revistaptp.unb.br.
No momento da submissão os autores deverão realizar o upload no sistema da revista de dois arquivos no formato do processador de texto WORD 2003 ou posterior. O primeiro é o manuscrito propriamente dito, sem nenhum tipo de identificação dos autores e contendo todos os seus elementos, a saber: título, título abreviado para cabeçalho, resumo (se redigido em português. Resumo e résumen se redigido em espanhol), abstract, texto propriamente dito, referências, tabelas (uma por página) e figuras (uma por página). O segundo arquivo é uma carta de encaminhamento (cover letter) que deverá conter todos os elementos pertinentes indicados no manual da APA, assinada por todos os autores do manuscrito. Apenas devem ser enviados arquivos suplementares se estritamente essenciais para a avaliação do manuscrito.

A apresentação de informações numéricas e estatísticas deverá seguir o preconizado no manual da APA. Para os manuscritos redigidos em língua portuguesa solicita-se a normalização das informações numéricas e estatísticas conforme recomendações de Carzola, Silva e Vendramini (2009), que pode ser acessado gratuitamente no seguinte endereço eletrônico: http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/biblioteca/Publicar-em-Psicologia.pdf

Ressalva-se que, no caso de artigos redigidos em língua portuguesa, eventuais inconsistências entre os padrões do manual da APA e a redação em língua portuguesa devem ser resolvidas pelos autores considerando-se as regras gerais de redação desta língua.
A formatação do arquivo do manuscrito bem como a elaboração de tabelas, figuras e demais elementos deverão seguir rigorosamente o que está preconizado no manual da APA. Recomenda-se que os autores, antes da submissão, avaliem se o manuscrito está em acordo com check-list apresentado nas páginas 241-243 do manual da APA. Ressalta-se que esses elementos podem constituir motivo de rejeição sumária do manuscrito pela Direção da Revista caso não sejam cumpridos conforme as normas especificadas.
Como fonte complementar aos autores recomenda-se a consulta à informação on-line sobre o manual de publicação da APA nos seguintes endereços:
http://www.apastyle.org/
http://owl.english.purdue.edu/owl/section/2/10/

IV. Direitos Autorais

Os direitos autorais dos artigos publicados pertencem à Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa. A reprodução total dos artigos desta Revista em outras publicações, ou para qualquer outra utilidade, está condicionada à autorização escrita do Editor de Psicologia: Teoria e Pesquisa. Pessoas interessadas em reproduzir parcialmente os artigos desta Revista (partes do texto que excederem 500 palavras, tabelas, figuras e outras ilustrações) deverão ter permissão escrita do(s) autor(es).
No caso de aceite para publicação de um manuscrito a Revista enviará aos autores carta de cessão de direitos de publicação que deverá ser devolvida assinada em formato digital.
Manuscritos submetidos que contiverem partes de texto extraídas de outras publicações deverão obedecer aos limites especificados para garantir originalidade do trabalho submetido. O manuscrito que contiver reprodução de uma ou mais figuras, tabelas, desenhos e instrumentos extraídos de outras publicações só será encaminhado para análise se vier acompanhado de permissão escrita do detentor do direito autoral do trabalho original para a reprodução especificada em Psicologia: Teoria e Pesquisa. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Em nenhuma circunstância Psicologia: Teoria e Pesquisa e os autores dos trabalhos publicados nesta Revista repassarão direitos assim obtidos.

Referências

APA. (2010). Publication manual of the American Psychological Association. Washington, DC: APA.
Carzola, I. M., Silva, C. B. da, & Vendramini, C. M. M. (2009). Normas para a apresentação de informações estatísticas no estilo editorial APA. In A. A. Z. P. Sabadini, M. I. C. Sampaio, & S. H. Koller (Eds.), Publicar em psicologia: Um enfoque para a revista científica (pp. 171-188). São Paulo: Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia; Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Retirado de http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/biblioteca/Publicar-em-Psicologia.pdf

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. Vide checklist da Sexta Edição do Manual de Publicação da American Psychological Association (APA, 2010).

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

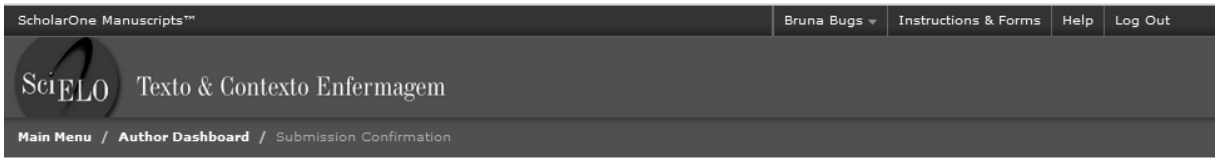
Os direitos autorais dos artigos publicados pertencem à revista Psicologia: Teoria e Pesquisa. A reprodução total dos artigos desta revista em outras publicações, ou para qualquer outra utilidade, está condicionada a autorização escrita do Editor da revista.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ANEXO I – Declaração de revisão do texto

ANEXO J – Comprovante de submissão do artigo 1 para a Revista Texto e Contexto Enfermagem



Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to	Texto & Contexto Enfermagem
Manuscript ID	TCE-2016-0265
Title	ATIVIDADE EDUCATIVA PARA MÃES DE BEBÊS PREMATUROS COMO SUPORTE PARA O CUIDADO
Authors	Bugs, Bruna Viera, Claudia Rodrigues, Rosa Conterno, Solange Santos, Núbia Souza, Sarah
Date Submitted	13-Jun-2016