

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

MARÍLIA MARTINS PRADO

**FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MÃES DE RECÉM-
NASCIDOS PRÉ-TERMOS DE MUITO BAIXO PESO**

UBERLÂNDIA

2013

MARÍLIA MARTINS PRADO

**FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MÃES DE RECÉM-
NASCIDOS PRÉ-TERMOS DE MUITO BAIXO PESO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Nívea de Macedo
Oliveira Morales

UBERLÂNDIA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

P896f Prado, Marília Martins, 1984-
2013 Fatores associados a sintomas depressivos em mães de recém-nascidos
pré-termos de muito baixo peso / Marília Martins Prado. -- 2013.
66 f.

Orientador: Nívea de Macedo Oliveira Morales.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas - Teses. 2. Depressão - Teses. 3. Recém- nasci-
dos - Teses I Morales, Nívea de Macedo Oliveira.II. Universidade Federal
de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III.
Título.

CDU: 61

MARÍLIA MARTINS PRADO

**FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS EM MÃES DE RECÉM-
NASCIDOS PRÉ-TERMOS DE MUITO BAIXO PESO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde

Uberlândia, 30 de agosto de 2013

Profa. Dra. Alessandra Carla de Almeida Ribeiro

Departamento de Pediatria – Faculdade de Medicina – UFU

Profa. Dra. Neusa Sica da Rocha

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Profa. Dra. Nívea de Macedo Oliveira Morales

Orientadora – Faculdade de Medicina - UFU

Dedico este trabalho ao meu marido, Leonardo, pela lealdade, companheirismo, amor e compreensão nos momentos de ausência e pelo apoio incondicional às minhas escolhas. Aos meus pais, Ricardo e Marisa, e ao meu irmão, Eduardo, pelo exemplo profissional e pessoal. Ao meu querido tio Carlos, por sua paciência e afeto desde sempre.

AGRADECIMENTOS

À Professora Nívea de Macedo Oliveira Morales, meu agradecimento especial pelo apoio e orientação.

À Professora Vânia Olivetti Steffen Abdallah, pelo acolhimento afetuoso e pelo constante estímulo intelectual.

Aos professores Rogério de Melo Costa Pinto e Morun Bernardino Neto, pelo tempo despendido para ajudar na realização da análise estatística deste trabalho, pela dedicação e compromisso.

À Celine Vieira, Lilian Abreu e Cristina Guimarães, pela ajuda importantíssima com a coleta dos dados, sem a qual este trabalho não seria possível.

À Helena Borges Martins da Silva Paro, pelas contribuições, ensinamentos e conselhos.

À Magda Regina Silva Moura, pela idealização desta pesquisa e valiosa ajuda na conclusão do trabalho. Obrigada por sua compreensão, paciência e amizade.

À minha querida amiga, Ana Beatriz de Abreu Severino pelo companheirismo e amizade que tanto me ajudaram nos momentos mais difíceis.

A todos os amigos do Serviço de Neonatologia do HC-UFU, pelo apoio e compreensão.

RESUMO

A sobrevivência de recém-nascidos pré-termo e de muito baixo peso (PTMBP) tem aumentado nas últimas décadas e o parto prematuro tem sido apontado como um fator estressor em relação ao equilíbrio emocional materno. Mães de PTMBP apresentam maior incidência de sintomas de ansiedade e depressão, bem como pior percepção de bem estar, do que mães de recém-nascidos a termo (RNT). O prejuízo emocional materno representa potencial risco ao desenvolvimento neuropsicológico da criança. No entanto, ainda é pouco conhecida a relação entre fatores sociodemográficos maternos e clínicos do PTMBP e intensidade de sintomas depressivos maternos. O objetivo deste estudo foi verificar a intensidade de sintomas depressivos em mães de PTMBP durante os primeiros doze meses após o parto e sua possível associação com características sociodemográficas e qualidade de vida maternas e com as características clínicas dos PTMBP. Mães de PTMBP (idade gestacional ≤ 34 semanas e peso de nascimento $< 1,500\text{g}$) internados na unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia foram convidadas a participar de um estudo longitudinal. Para avaliar a presença e intensidade de sintomas depressivos e a qualidade de vida, mães de PTMBP responderam ao Inventário de Depressão de Beck (IDB) e ao WHOQOL-BREF, respectivamente, em quatro momentos ao longo de doze meses. No momento da alta participaram 83 mães de PTMBP e, a seguir, 60, 56 e 40 mães aos três, seis e doze meses após o parto, respectivamente. Os escores (mediana; P25-P75) do BDI foram maiores no momento da alta hospitalar materna (9,0; 6-19) em comparação com os obtidos três (6,0; 3,0-12,0) ($p = 0,02$), seis (6,0; 2,0-10,0) ($p < 0,01$) e doze meses (5,0; 3,7-11,2) ($p < 0,01$) após o parto. Foi observada associação entre os escores do IDB e ausência de união marital estável, menor número de perdas fetais ou pós-natais anteriores, menor escore total do WHOQOL-BREF, maior tempo de internação hospitalar do PTMBP e presença de displasia broncopulmonar. Mães de RNPT, sobretudo as solteiras, apresentam maior intensidade de sintomas depressivos no momento da sua alta hospitalar, e são mais vulneráveis ao impacto negativo na sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Sintomas depressivos. Qualidade de Vida. Mães. Recém-nascidos pré-termo.

ABSTRACT

The survival of newborn preterm and very low birth weight (VLBW) infants has increased in recent decades and preterm delivery has been touted as a stressor in relation to maternal emotional balance. Mothers of VLBW have higher incidence of anxiety and depressive symptoms, as well as poorer perception of well-being than mothers of full-term newborns. This study examined the intensity of depressive symptoms in mothers of VLBW infants during the initial 12 months after childbirth and the association of these symptoms with socio-demographic characteristics, maternal quality of life and infants' clinical characteristics. Mothers of VLBW infants (gestational age ≤ 34 weeks; birth weight < 1.500 g) admitted to a neonatal intensive care unit (NICU) were invited to participate in a longitudinal study. Mothers responded to the Beck Depression Inventory (BDI) and WHOQOL-BREF four times over 12 months to assess the presence and intensity of depressive symptoms and quality of life, respectively. At mother's discharge, 83 mothers participated, and then, 60, 56 and 40 mothers were interviewed after three, six and 12 months post-delivery, respectively. The BDI (median; P25-P75) scores were higher at discharge (9.0; 6-19) compared to those obtained three (6.0; 3.0-12.0) ($p = 0.02$), six (6.0; 2.0-10.0) ($p < 0.01$) and 12 months (5.0; 3.7-11.2) ($p < 0.01$) post-delivery ($p < 0.05$). An association was observed between the BDI scores and the absence of a stable marital status, many previous fetal or postnatal losses, a lower total WHOQOL-BREF score, a longer infants' length of hospital stay and the presence of bronchopulmonary dysplasia (BPD). Mothers of VLBW infants, particularly single women, had more intense depressive symptoms at the time of their discharge and were more vulnerable to negative effects on their quality of life.

Key Words: Depressive Symptoms. Quality of Life. Mothers. Preterm infants.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Confiabilidade da consistência interna do Inventário de Depressão de Beck (coeficientes de alfa Cronbach) obtidos nos períodos do estudo.....	28
Tabela 2. Confiabilidade da consistência interna do WHOQOL-BREF (coeficientes de alfa Cronbach) obtidos nos períodos do estudo	28
Tabela 3. Características sociodemográficas das mães.....	30
Tabela 4. Características clínicas dos RNPT.....	31
Tabela 5. Medianas (P25 – P75) dos escores do Inventário de Depressão de Beck (IDB) no momento da alta hospitalar materna e 3, 6 e 12 meses após o parto	32
Tabela 6. Análise de regressão linear múltipla dos fatores associados aos escores do Inventário de Depressão de Beck (IDB)	33
Tabela 7. Comparação entre variáveis clínicas e qualidade de vida dos PTMBP e comorbidades.....	34
Tabela 8. Modelo de regressão linear múltipla Stepwise do tipo backward para a variável dependente IDB e as variáveis explicativas envolvidas no estudo.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DBP	Displasia Broncopulmonar
DP	Desvio Padrão
HC-UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
HPIV	Hemorragia Peri-intraventricular
IDB	Inventário de Depressão de Beck
IG	Idade Gestacional
PN	Peso ao nascimento
PTMBP	Pré-termo de Muito Baixo Peso
RNPT	Recém-nascidos Pré-termo
ROP	Retinopatia da Prematuridade
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life assessment instrument-short version

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	19
3 MÉTODOS	21
3.1 Participantes	22
3.2 Instituição	22
3.3 Instrumentos	23
3.3.1 Inventário de Depressão de Beck (IDB)	23
3.3.2 WHOQOL-BREF	23
3.4 Procedimentos	24
3.5 Análise Estatística	24
4 RESULTADOS	27
5 DISCUSSÃO	36
6 CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	46
ANEXO A – Parecer CEP – UFU	53
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	54
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responsável por menor	55
ANEXO D – Inventário de Depressão de Beck	56
ANEXO E – Questionário para avaliação da qualidade de vida – WHOQOL-BREF	61
ANEXO F – Formulário para dados sociodemográficos e clínicos	64
ANEXO G – Ficha de seguimento clínico dos PTMBP	66

A sobrevivência de recém-nascidos pré-termos e de muito baixo peso (PTMBP) tem aumentado ao longo das últimas décadas devido aos avanços no cuidado intensivo neonatal e a melhor assistência à gravidez de alto risco (KERSTING et al., 2004). Estima-se que, em 2010, a incidência mundial de nascimentos prematuros foi de 11,1%, sendo que 1,9% destes ocorreram no Brasil, onde a incidência média de prematuridade foi de 9,2% (BLENCOWE et al., 2012). Em relação à causa, 45% a 50% dos nascimentos prematuros são idiopáticos, 30% relacionados à rotura prematura de membranas e 15% a 20% atribuídos à indicação médica ou a parto cirúrgico eletivo (BECK et al., 2010). No Brasil, observou-se aumento no percentual de nascimentos com idade gestacional abaixo de 37 semanas, de 5% para 6,6% entre 1994 e 2005 (SILVEIRA, et al., 2009). As comorbidades associadas à prematuridade são responsáveis por 61,4% das causas perinatais de mortalidade infantil no país (SILVEIRA et al., 2008).

Além da idade gestacional, o peso ao nascimento associa-se fortemente à maior probabilidade de doenças na vida adulta e também contribui para problemas de desenvolvimento na infância, além da maior mortalidade no primeiro ano de vida. Crianças nascidas pré-termo com peso inferior a 1.500g constituem-se em um grupo de alto risco para apresentar problemas de desenvolvimento psicológico (LINHARES et al., 2000), além de maior risco para deficiência intelectual, surdez e paralisia cerebral (NOVELLO, et al., 1991).

O nascimento prematuro ocorre em um momento de rápido crescimento e maturação do feto, quando o desenvolvimento cerebral está ainda incompleto e sua velocidade de crescimento é máxima (IACOVIDOU; VARSAMI; SYGGELLOU, 2010). Assim, a prematuridade é associada ao aumento das taxas de mortalidade neonatal e de morbidades como problemas respiratórios, dificuldades de aprendizado, paralisia cerebral e alterações do comportamento, que são mais graves em crianças nascidas com idades gestacionais menores (COSTELOE et al., 2012).

Os avanços tecnológicos e farmacológicos ocorridos nos últimos 30 anos, como administração de corticoide antenatal para maturação pulmonar, terapia de reposição de surfactante e melhora nas técnicas de ventilação mecânica, contribuíram para melhora no manejo neonatal e aumento substancial nas taxas de sobrevivência de recém-nascidos pré-termos (RNPT) (IACOVIDOU; VARSAMI; SYGGELLOU, 2010). Relatório publicado pela Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais mostrou aumento da sobrevida de RNPT com idade gestacional entre 27 e 29 semanas de 59,8% em 2010 para 67,6%, em 2011. No entanto, as

taxas de morbidade permaneceram estáveis (RBPN, 2011). Estudo realizado na Inglaterra verificou aumento na sobrevivência de recém-nascidos pré-termos extremos entre 1995 e 2006, porém não houve alteração nas taxas de morbidades ou duração das internações entre os dois períodos (COSTELOE et al., 2012).

Dentre as morbidades neonatais, as que mais provocam sequelas físicas e neurológicas são: lesão cerebral (como hemorragia peri-intraventricular), displasia broncopulmonar, retinopatia da prematuridade, enterocolite necrosante, complicações cirúrgicas e infecções (IACOVIDOU; VARSAMI; SYGGELLOU, 2010).

A hemorragia peri-intraventricular (HPIV) ocorre devido à ruptura de vasos frágeis da matriz germinativa subependimária cerebral. Quando isso ocorre, em cerca de 80% dos casos há hemorragia peri-intraventricular (HPIV). Embora tenha havido uma redução significativa da incidência durante os últimos anos, a HPIV continua a ser uma grande preocupação, principalmente devido ao aumento das taxas de sobrevivência de neonatos de muito baixo peso ao nascer, que estão sob maior risco (HILL, 2007). Nos Estados Unidos, 20% a 25% de todos os recém-nascidos de muito baixo peso apresentam algum grau de HPIV, sendo que 10% a 15% desenvolvem graus mais graves e destes, aproximadamente 75% irão desenvolver deficiência intelectual ou paralisia cerebral (MCCREA; MENT, 2008). No Brasil, verificou-se presença de HPIV em 45,8% de 70 recém-nascidos com peso ao nascer inferior a 2000g, 12,5% classificada como grau I, 43,7% grau II, 25% grau III e 18,7% grau IV. Nesse estudo o menor peso ao nascer foi associado à maior susceptibilidade à HPIV (ABREU et al., 2007).

A Displasia Broncopulmonar (DBP) é definida como dependência de oxigênio suplementar com 36 semanas de idade pós-menstrual ou 28 dias de idade cronológica. Acomete, em geral, os recém-nascidos pré-termos submetidos à oxigenoterapia e ventilação mecânica desde os primeiros dias de vida (IACOVIDOU; VARSAMI; SYGGELLOU, 2010). A patogênese da DBP é multifatorial. Acredita-se que diversos fatores atuem de forma aditiva ou sinérgica, gerando inflamação e lesão pulmonar. A agressão ao tecido pulmonar em desenvolvimento resulta em fibrose e desorganização do processo maturativo normal. Sua incidência é inversamente proporcional à idade gestacional e ao peso de nascimento (Monte et al., 2005). Vários estudos indicam que a DBP ocorre em 53% a 86% de pré-termos com idade gestacional de 23 semanas, 34% a 77% com 24 semanas e 33% a 70% com 25 semanas (IACOVIDOU; VARSAMI; SYGGELLOU, 2010). No Brasil, foi encontrada incidência de 26,6% na avaliação de 124 crianças com peso de nascimento abaixo de 1.500g que

sobreviveram aos 28 dias de vida entre os anos de 2000 e 2002 (CUNHA, et al., 2003). A doença é associada a déficit nutricional e de crescimento, além de maior morbidade respiratória durante a vida, principalmente nos primeiros dois anos, com aumento das re-hospitalizações devido a infecções pulmonares (IACOVIDOU; VARSAMI; SYGGELLOU, 2010).

A retinopatia da prematuridade (ROP) é uma doença ocular vasoproliferativa, de etiologia multifatorial, secundária à vascularização inadequada da retina (SMITH, 2004). Nos EUA, a ROP é a segunda causa mais comum de cegueira em crianças com menos de seis anos de idade. Na América Latina, estima-se que, de 100.000 crianças cegas, 24.000 sejam em decorrência da ROP (GILBERT, et al., 1997). Em estudo realizado em Porto Alegre, 27,2% dos PTMPB apresentaram algum grau de ROP (LERMANN; FORTES FILHO; PROCIANOY, 2006). Após a introdução de tratamentos como crioterapia e *laser*, houve redução da incidência de cegueira decorrente da ROP, mas problemas como miopia grave ainda são preocupantes (IACOVIDOU; VARSAMI; SYGGELLOU, 2010).

Devido ao aumento da sobrevivência de PTMBP, os pais passam a conviver com filhos cada vez mais imaturos, vulneráveis e clinicamente instáveis, com grande possibilidade de desenvolver comorbidades, como as descritas anteriormente. O nascimento e a hospitalização dos neonatos geram nos pais incertezas e medos em relação à sua sobrevivência e evolução. A alteração na relação entre pais e filhos e a aparência da criança, pequena e frágil, são importantes fatores que contribuem com o maior nível de estresse encontrado entre pais de RNPT internados em UTIN (MILES; FUNK; KASPER, 1991). Além disso, a separação do recém-nascido e a relutância de se apegar a um indivíduo que pode não sobreviver e a incapacidade do próprio RNPT de interagir com seus pais são importantes causas de prejuízo emocional para mães e pais (PEREHUDOFF, 1990). Estudo entre pais de neonatos internados em UTIN verificou que pais de RNPT com doenças pulmonares apresentaram maior risco de sintomas de estresse geral, o que também foi influenciado pelo tempo de internação dos recém-nascidos, mostrando que a vulnerabilidade clínica dos RNPT pode contribuir para o desequilíbrio emocional de seus pais (DUDEK-SHRIBER, 2004).

Tornar-se mãe é uma complexa aquisição de uma nova subjetividade ou identidade e o processo pode ser influenciado por diversos fatores pessoais e contextuais. A recente mãe precisa mudar o centro de sua identidade de filha ou profissional para mãe de família e, neste

período, ocorre aumento da sensibilidade que permite capacitar a mulher a se preocupar com o seu filho (FRIZZO; PICCININI, 2005). Nesse momento, é importante que a mãe desenvolva uma identificação com o seu filho e, assim, possa reconhecer o que ele precisa e renunciar aos seus próprios interesses para poder cuidar melhor dele (ESTEVES; ANTON; PICCININI, 2011). Além disso, ter um filho envolve mudanças na relação marital e com a família, e frequentemente é causa de dificuldades financeiras (YELLAND; SUTHERLAND; BROWN, 2010).

Assim, o puerpério é um período de grandes mudanças físicas e psicológicas, o que propicia o desenvolvimento de transtornos emocionais (STERN, 1997 apud FRIZZO; PICCININI, 2005). Estudo realizado na Austrália com mais de quatro mil mães seis meses após o parto verificou que 12,7% apresentavam sintomas de ansiedade e 17,4% apresentavam sintomas depressivos (YELLAND; SUTHERLAND; BROWN, 2010). Já nos Estados Unidos houve prevalência de 17,1% a 23,1% de sintomas depressivos moderados a graves entre mães seguidas por dois anos após o parto (MAYBERRY; HOROWITZ; DECLERCQ, 2007). Em Porto Alegre (RS) foi verificado que, em torno de sete semanas após o parto, 20,7% das mães apresentavam sintomas de depressão de acordo com a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo. Neste estudo, a renda familiar foi associada à presença de sintomas depressivos (TANNOUS, et al., 2008).

Dentre os fatores que podem influenciar o processo de transição ocorrido no puerpério, o parto prematuro tem sido identificado como importante fator estressor ao equilíbrio emocional das mães, que precisam lidar com a separação de seus filhos e a incerteza sobre sua evolução clínica e sobrevivência (PADOVANI, et al., 2004). A fase inicial de hospitalização dos neonatos de alto risco resulta em desequilíbrio significativo para as famílias. O resultado esperado da gravidez mudou de um recém-nascido a termo sadio para um prematuro com problemas clínicos ou cirúrgicos importantes (POWERS; LUND, 2007). As mães podem sentir-se culpadas por não poderem assumir de imediato os cuidados dos seus filhos, já que o papel de mãe é ofuscado por tecnologias avançadas para salvar a vida do recém-nascido (JUBINVILLE et al., 2012), ou por não terem conseguido manter a gestação até o tempo esperado (CARVALHO et al., 2009). Dar a luz a uma criança não saudável pode ser considerado pela mãe como uma falha (ARADINE; FERKETICH, 1990). Todos esses fatores são prejudiciais à formação do vínculo entre a mãe e seu filho.

Mães de RNPT apresentam maior incidência de transtornos emocionais como fadiga (GAREL; DARDENNES; BLONDEL, 2007), ansiedade (KERSTING et al., 2004), estresse (GRAY et al., 2012; JUBINVILLE et al., 2012), distúrbios do sono (LEE et al., 2012) e sintomas depressivos (PADOVANI et al., 2008).

Estudo realizado em Ribeirão Preto (SP) verificou que 44% das mães de RNPT de muito baixo peso apresentaram, durante a internação hospitalar de seus filhos, sinais indicativos de ansiedade e depressão (PADOVANI et al., 2008). Estudo prospectivo realizado no Canadá com mães de RNPT com menos de 33 semanas de idade gestacional demonstrou alta prevalência de estresse agudo e presença de sintomas depressivos em 43% das mães sete a dez dias após o parto (JUBINVILLE et al., 2012).

A percepção de bem-estar das mães também é influenciada pelo parto prematuro. Utilizando instrumento de qualidade de vida específico para o período pós-parto, Hill & Aldag (2007) verificaram que mães de RNPT apresentaram menor pontuação geral do que mães de RNT ou próximos ao termo, porém a diferença não foi estatisticamente significativa. Neste estudo, a percepção das mães em relação ao seu bem-estar psicológico e em relação ao bem-estar dos seus bebês foi significativamente pior em comparação às mães de RNT ou próximos ao termo. Moura (2011) encontrou pior percepção de bem-estar entre mães de PTMBP quando comparadas a mães de RNT nos primeiros dias após o parto e após 6 meses.

Utilizando instrumentos psicométricos, Kersting et al. (2004) demonstraram, em estudo longitudinal, que mães de RNPT apresentam maior frequência de sintomas traumáticos do que mães de RNT desde um a três dias até quatorze meses após o parto, além de maior incidência de sintomas de ansiedade e depressão entre quatorze dias e quatorze meses após o parto. Esses resultados parecem indicar, segundo os autores, que o impacto negativo do parto prematuro na saúde mental das mães pode perdurar ao longo do tempo. Corroborando com este achado, estudo realizado por meio de entrevistas mostrou que o estresse psicológico em mães de RNPT com idade gestacional até 33 semanas não melhorou entre dois meses e um ano após a alta hospitalar (GAREL et al., 2007).

Utilizando a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos, Miles et al. (2007) realizaram seguimento de mães de RNPT até 27 meses após o parto e encontraram prevalência de 67% de risco para depressão durante a internação dos seus filhos, com declínio até seis meses e posterior estabilização. Dentre as variáveis estudadas, o estado marital, a re-

hospitalização do bebê, o estresse relacionado ao papel de mãe e a preocupação com a saúde da criança foram preditores dos sintomas depressivos maternos.

A presença de transtornos emocionais maternos pode prejudicar a interação entre a mãe e o seu filho. Korja et al. (2008) aplicaram a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo em mães de RNPT com idade gestacional inferior a 32 semanas ou peso de nascimento inferior a 1500g e verificaram que 12,6% apresentavam sintomas depressivos seis meses após o parto. Esse grupo de mães com sintomas depressivos obtiveram menores escores de envolvimento afetivo e comunicação positiva com seus filhos seis e doze meses após o parto, por meio de uma análise qualitativa. A mãe com sintomas depressivos frequentemente tem um pior padrão de cuidado com a criança, principalmente quando esses sintomas persistem por vários meses (MOTTA; LUCION; MANFRO, 2005), além de apresentar tendência a ser menos responsiva ao seu filho, pois apresenta menor disponibilidade cognitiva e emocional (FRIZZO; PICCININI, 2005).

Os RNPT apresentam maior risco de problemas neurológicos e de desenvolvimento, e o cuidado exercido por suas mães é essencial para reduzir os danos causados pela prematuridade. Assim, a boa saúde mental materna é de extrema importância para o desenvolvimento neuropsicomotor adequado da criança. Vale ressaltar que a depressão materna pós-natal é associada com problemas de comportamento na infância (AVAN et al., 2010).

Os transtornos emocionais decorridos do nascimento prematuro podem influenciar persistentemente o modo como os pais interagem com seus filhos, podendo ser muito protetores e criar poucas oportunidades na vida diária para que a criança se desenvolva. Mães de RNPT que apresentam sintomas de ansiedade no momento da alta hospitalar de seus filhos demonstram maior percepção de vulnerabilidade da criança com um ano de vida, o que foi correlacionado com pior percepção de desenvolvimento adaptativo da criança pela mãe (ALLEN et al., 2004).

Com efeito, estudar a intensidade de sintomas depressivos das mães de RNPT é de extrema importância, já que ela é a principal cuidadora e o seu estado emocional influencia diretamente a sua interação com a criança (CARVALHO; MARTINEZ; LINHARES, 2008). Como já foi citado, a prematuridade expõe o recém-nascido a vários riscos imediatos e a longo prazo. Esta condição vulnerável requer maiores cuidados tanto pela equipe de assistência à saúde quanto pelo cuidador (LACOVIDOU; VARSAMI; SYGGELOU, 2010).

Assim, é importante também conhecer a saúde materna para garantir o estímulo e o cuidado necessário para o melhor desenvolvimento da criança.

Estudos prévios, como já citados, verificaram a prevalência de sintomas depressivos em mães de RNPT. No entanto, poucos investigaram sua relação com características clínicas do recém-nascido, e os que o fizeram, avaliaram apenas idade gestacional, peso ao nascimento e tempo de permanência no hospital (CARVALHO et al., 2008; FAVARO; PERES; SANTOS, 2012). Entretanto, é importante saber também se as comorbidades relacionadas à prematuridade (ROP, DBP, HPIV) influenciam o estado emocional materno, ou seja, se essas mães são mais vulneráveis e precisam de maior apoio. Ainda, resta verificar a possível correlação entre a intensidade de sintomas depressivos de mães de PTMBP e a sua percepção de bem-estar.

Além disso, embora reconheça-se que os sintomas depressivos maternos podem ocorrer durante o primeiro ano após o parto, a realização de um estudo longitudinal que possa avaliar o possível comprometimento da saúde mental das mães de RNPT durante a internação e aos três, seis e doze meses após o parto permitirá conhecer os períodos de maior vulnerabilidade materna, o que ajudará a melhor direcionar as políticas de intervenções de saúde.

2.1 Objetivo geral:

2.1.1 Avaliar a intensidade de sintomas depressivos em mães de PTMBP durante a internação hospitalar e aos três, seis e doze meses após o parto.

2.2 Objetivos específicos:

2.2.1 Verificar a associação entre a intensidade dos sintomas depressivos e a qualidade de vida de mães de PTMBP;

2.2.2 Verificar a associação entre a intensidade de sintomas depressivos de mães de PTMBP e as suas características sociodemográficas;

2.2.3 Verificar a associação entre a intensidade de sintomas depressivos em mães de PTMBP e as variáveis clínicas dos PTMBP e comorbidades relacionadas à prematuridade (Displasia Broncopulmonar (DBP), Retinopatia da Prematuridade (ROP) e Hemorragia Periventricular (HPIV)).

Este é um estudo longitudinal realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) entre novembro de 2009 e junho de 2012, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (parecer número 249/09) (ANEXO A).

3.1 Participantes

Foram convidadas a participar do estudo mães de PTMBP (idade gestacional ≤ 34 semanas; peso ao nascer $\leq 1500\text{g}$), nascidos e internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Foram excluídas mães com: doenças crônicas graves; gestação múltipla; filho com malformação congênita ou que evoluíram para óbito no período do estudo.

Oitenta e nove mães foram consideradas potencialmente elegíveis. Destas, seis foram excluídas por: doença crônica materna grave (1); malformação congênita do PTMBP (1); e óbito do PTMBP (4). Assim, a população inicial do estudo foi composta por 83 mães de PTMBP.

3.2 Instituição

O HCU-UFU é um hospital público de ensino conveniado com a rede do Sistema Único de Saúde. É a única referência em alta complexidade para a macrorregião Triângulo Norte de Minas Gerais e desenvolve também ações de média complexidade e atenção básica. O serviço de Ginecologia e Obstetrícia é referência para gestações de alto risco.

O Serviço de Neonatologia do HCU-UFU possui 41 leitos. Destes, quinze são destinados a UTIN e 26 para cuidados intermediários. As mães são estimuladas a permanecerem com seus filhos internados, têm acesso livre à unidade e contam com o Banco de Leite Humano para orientação e incentivo ao aleitamento, além da ordenha sistemática do leite materno. O serviço dispõe de equipe multidisciplinar composta por assistente social, fonoaudióloga e psicóloga durante a internação e seguimento ambulatorial especializado.

3.3 Instrumentos

3.3.1 Inventário de Depressão de Beck (IDB)

O IDB é uma das mais reconhecidas escalas de autoavaliação de sintomas depressivos em função dos seus altos níveis de fidedignidade e validade (DUNN; SHAM; HAND, 1993). A escala foi originalmente utilizada em pacientes com distúrbios psiquiátricos e, posteriormente, seu uso foi ampliado para a prática e pesquisa clínica. O IDB pode ser também aplicado em pacientes com doenças não psiquiátricas, bem como na população geral (GORENSTEIN, et al., 1999). O IDB foi traduzido, adaptado e validado (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996) para a língua portuguesa. A escala consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3 em escala tipo *Likert*. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido (BECK et al., 1961). O escore total é obtido através da soma das pontuações de cada item e escores maiores são indicativos de maior intensidade de sintomas depressivos. A escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Em pacientes clínicos sem diagnóstico de depressão, recomenda-se que escores acima de quinze e de vinte devem ser utilizados como pontos de corte para o diagnóstico de disforia e depressão, respectivamente (GORENSTEIN & ANDRADE, 1998). A confiabilidade da consistência interna do IDB no presente estudo, medida pelo coeficiente alfa de *Cronbach*, variou entre 0,85 a 0,90.

3.3.2 WHOQOL-BREF

O *World Health Organization Quality of Life assessment instrument – short version* (WHOQOL-BREF) foi desenvolvido a partir do WHOQOL 100, um instrumento original de avaliação de qualidade de vida elaborado pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) (THE WHOQOL GROUP, 1995). É um dos instrumentos

genéricos mais utilizado para avaliação da qualidade de vida. Apresenta consistência interna e validade discriminante adequadas para populações saudáveis e não saudáveis e foi validado para a população normativa brasileira (FLECK et al., 1999). O instrumento é composto por 26 questões, duas questões isoladas e 24 distribuídas em quatro domínios: *físico* (sete questões); *psicológico* (seis questões); *relações sociais* (três questões) e *meio ambiente* (oito questões). As duas questões isoladas referem-se à percepção geral de qualidade de vida e saúde. Os escores obtidos são avaliados em função de cada domínio. O instrumento é pontuado em uma escala tipo *Likert*, de 0 a 100, e quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida (FLECK et al., 2000). No presente estudo, a confiabilidade da consistência interna, medida pelo coeficiente alfa de *Cronbach*, variou de 0,44 a 0,77. O coeficiente alfa de *Cronbach* foi maior que 0,5 em todos os domínios, exceto no domínio *físico* aos seis e doze meses após o parto e no domínio *psicológico* aos doze meses após o parto.

3.4 Procedimentos

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXOS B e C) e responderam a um questionário sociodemográfico (ANEXO F), ao Inventário de Depressão de Beck (IDB) (ANEXO D) e ao instrumento de qualidade de vida (WHOQOL-BREF) (ANEXO E), aplicados por pesquisadores treinados. A coleta de dados foi conduzida no momento da alta hospitalar da mãe (T0; n = 83) e três (T1; n = 61), seis (T2; n = 56) e doze meses (T3; n = 40) após o parto. O WHOQOL-BREF foi administrado por meio de entrevista e o IDB, autoaplicado. As entrevistas foram realizadas durante a internação do PTMBP na UTIN ou nas unidades de cuidado intermediário e, após a alta hospitalar, no ambulatório de Neonatologia. As informações do PTMBP durante a internação hospitalar e seguimento ambulatorial foram coletadas dos registros hospitalares (ANEXOS F e G).

3.5 Análise Estatística

Foi realizada análise descritiva para caracterização sociodemográfica das mães e variáveis clínicas dos PTMBP.

O teste de *Kruskal Wallis* foi utilizado para comparação entre os escores do IDB obtidos nos períodos do estudo.

O teste *T de Student* e o teste de *Mann-Whitney* foram utilizados para comparar características dos PTMBP com e sem comorbidades (displasia broncopulmonar, hemorragia peri-intraventricular e retinopatia da prematuridade).

Na busca de correlações entre os escores de IDB normalizados e variáveis clínicas ou sócio-demográficas, as observações obtidas pelo IDB ao longo do tempo foram agrupadas e as variáveis organizadas em três grupos: sociodemográficas maternas (idade da mãe, situação conjugal, religião, vínculo empregatício, escolaridade, renda familiar), clínicas maternas (perdas perinatais, número de filhos, número de consultas de pré-natal, tipo de parto, escore total do WHOQOL-BREF) e clínicas do PTMBP (idade gestacional, peso ao nascimento, classificação em pequeno ou adequado para idade gestacional, escore APGAR de quinto minuto, tempo de internação hospitalar, displasia broncopulmonar, hemorragia peri-intraventricular, retinopatia da prematuridade). (Tabela 2).

A análise de regressão linear múltipla *Stepwise* foi realizada para determinar a contribuição de cada uma das variáveis independentes na capacidade preditiva da variável dependente (IDB).

Para todas as análises o nível de significância escolhido foi de 0,05 e os cálculos foram executados por meio dos aplicativos *SPSS 17.0* e *BioStat 5.0*.

Tabela 1. Grupos de variáveis para Análise de Regressão Linear Múltipla

Grupos	Variáveis
<i>Sociodemográficas maternas</i>	Idade Estado marital Religião Vínculo empregatício Escolaridade Renda
<i>Clínicas maternas</i>	Número de perdas fetais ou pós-natais Número de filhos Número de consultas de pré-natal Tipo de parto Escore total do WHOQOL-BREF
<i>Clínicas do PTMBP</i>	Classificação do peso para idade gestacional (PIG ou AIG) Peso ao nascer Idade gestacional APGAR (quinto minuto) Tempo de internação hospitalar Displasia broncopulmonar Retinopatia da prematuridade Hemorragia peri-intraventricular

O estudo longitudinal foi composto de 60 mães no T1, 56 mães no T2 e 40 mães no T3. Quarenta e três mães deixaram de responder à pesquisa em algum momento do estudo devido ao não comparecimento nas consultas ambulatoriais, sendo que treze participaram apenas no momento inicial.

No presente estudo, a confiabilidade da consistência interna do Inventário de Depressão de Beck (Coeficiente alfa de *Cronbach*) foi de 0,90 no momento da alta hospitalar materna (T0), 0,89 três meses após o parto (T1), 0,85 seis meses após o parto (T2) e 0,87 doze meses após o parto (Tabela 1). A confiabilidade da consistência interna do WHOQOL-BREF está descrita na tabela 2.

Tabela 1. Confiabilidade da consistência interna do Inventário de Depressão de Beck (coeficientes de alfa *Cronbach*) obtidos nos períodos do estudo

Períodos	Coeficiente alfa de <i>Cronbach</i>
Alta hospitalar materna	0,90
3 meses	0,89
6 meses	0,85
12 meses	0,87

Tabela 2. Confiabilidade da consistência interna dos domínios do WHOQOL-BREF (coeficientes de alfa *Cronbach*) obtidos nos períodos do estudo

Períodos	Domínios			
	<i>Físico</i>	<i>Psicológico</i>	<i>Relações sociais</i>	<i>Meio ambiente</i>
Alta hospitalar materna	0,55	0,64	0,57	0,66
3 meses	0,63	0,58	0,64	0,72
6 meses	0,44	0,55	0,64	0,70
12 meses	0,48	0,36	0,77	0,77

As características sócio-demográficas das mães são apresentadas na Tabela 3. Em relação às características maternas, a média da idade foi de 25,3 anos (DP = 6,4), a maioria tinha apenas um filho vivo (53%), renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos (79,5%), união marital estável (54,2%), realizou entre 4 e 6 consultas de pré-natal (59%) e foi submetida a parto cesáreo (80,7%); houve predominância de ensino médio completo (40,2%) e algum vínculo empregatício (44%).

As características clínicas dos recém-nascidos são apresentadas na Tabela 4. Entre os recém-nascidos do grupo de estudo, predominou o sexo masculino (52,4%), a idade gestacional variou entre 26 e 34 semanas (mediana = 31 semanas) (P25-P75 = 30 - 32), o peso de nascimento variou de 585 a 1500g (mediana = 1230g) (P25-P75 = 980 - 1380), e a maioria dos PTMBP foi classificada como adequada para a idade gestacional (59%). Apenas 23 (27,7%) PTMBP nasceram com extremo baixo peso (menor do que 1000g) e houve predomínio de idade gestacional maior do que 32 semanas (47%). O tempo mediano de internação foi de 50 dias (P25-P75 = 38 - 65,5), com média de 56,6 dias (DP = 26,9). Quarenta e oito (39,8%) PTMBP apresentaram alguma comorbidade (displasia broncopulmonar = 31,3%, retinopatia da prematuridade = 13,2% ou hemorragia peri e intraventricular = 42,1%). (Tabela 4)

Tabela 3. Características sociodemográficas das mães

Características	n (%)
Idade; Média (DP)	25,3 (6,4)
Cor; n (%)	
Branca	34 (40,9)
Negra	10 (12,0)
Parda	39 (46,9)
Número de filhos; n (%)	
1	44 (53,0)
2	20 (24,0)
> 3	19 (23,0)
União estável; n (%)	70 (84,3)
Consultas de pré-natal; n (%)	
Nenhuma	5 (6,0)
1 a 3	9 (10,8)
≥ 4	69 (83,1)
Perdas fetais ou pós-natais; n (%)	
Nenhuma	60 (72,3)
1	19 (22,9)
≥ 2	4 (4,8)
Parto Cesárea; n (%)	67 (80,7)
Vínculo empregatício; n (%)	44 (53,1)
Renda familiar (salários mínimos); n (%)	
< 1	4 (4,8)
1 – 3	66 (79,5)
> 5	11 (13,2)
Ensino médio completo; n (%)	33 (39,8)
Total	83 (100)

Tabela 4. Características clínicas dos RNPT

Características	n (%)
Sexo Masculino; n (%)	44 (53)
IG (semanas); n (%)	
≤ 28	6 (7,2)
28 1/7 – 31 6/7	38 (45,8)
≥ 32	39 (47,0)
Mediana (P25-P75)	31 (30 – 32)
Peso ao nascer (g); n(%)	
< 1000	23 (27,7)
1000 – 1500	60 (72,3)
Mediana (P25-P75)	1230 (980 – 1380)
AIG ; n (%)	49 (59,0)
Dias de internação (mediana; P25-P75)	50,0 (38 – 65,5)
Displasia Broncopulmonar; n (%)	26 (31,3)
Hemorragia Peri e intraventricular; n (%)	35 (42,1)
Retinopatia da Prematuridade; n (%)	11 (13,2)
Total	83 (100)

DP = desvio padrão

As medianas dos escores do IDB foram maiores no momento da alta (9,0; P25 – P75 = 6-19) em comparação com os obtidos três meses (6,0; P25-P75 = 3,0-12,0) ($p = 0,02$), seis meses (6,0; P25-P75 = 2,0 – 10,0) ($p < 0,01$) e doze meses (5,0; P25-P75 = 3,7 – 11,2) ($p < 0,01$) após o parto.

Não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre as medianas dos escores obtidos do IDB entre os períodos 3, 6 e 12 meses após o parto. (Tabela 5)

Tabela 5. Medianas (P25 – P75) dos escores do Inventário de Depressão de Beck (IDB) no momento da alta hospitalar materna e 3, 6 e 12 meses após o parto

Período (n)	IDB Mediana (P25 – P75)
Alta hospitalar (83)	9,0 (6-19) ^a
3 meses (60)	6,0 (3-12) ^b
6 meses (56)	6,0 (2-10) ^b
12 meses (40)	5,0 (3,7-11,2) ^b
P valor*	< 0,01

* Teste de Kuskal-Wallis. Medianas seguidas por letras diferentes são estatisticamente diferentes entre si de acordo com o pós-teste de Dunn.

A análise de regressão linear múltipla identificou associação significativa entre os escores do IDB e a ausência de união estável (mães solteiras) ($c = 0,64$; $t = 2,39$; $p = 0,01$), menor número de perdas fetais ou pós-natais ($c = -2,79$; $t = -2,15$; $p = 0,03$), menores escores do WHOQOL-BREF ($c = -0,08$; $t = -9,65$; $p < 0,01$), maior tempo de internação hospitalar ($c = 0,02$; $t = 4,12$; $p < 0,01$), maior peso de nascimento do RNPT ($c = 0,001$; $t = 2,14$; $p = 0,03$) e presença de displasia broncopulmonar ($c = -0,57$; $t = -2,38$; $p = 0,01$). (Tabela 6).

Os RNPT com displasia broncopulmonar, retinopatia da prematuridade e hemorragia peri e intraventricular tinham menor peso de nascimento e maior tempo de internação em relação aos RNPT sem essas comorbidades ($p < 0,01$). Os RNPT com displasia broncopulmonar e hemorragia peri e intraventricular tinham menor idade gestacional em relação aos RNPT sem essas comorbidades ($p < 0,01$). Não houve diferença significativa entre as médias do escore total do WHOQOL-BREF e a presença de comorbidades. (Tabela 7)

O poder preditivo do estudo foi de 37,6%, e o coeficiente de determinação (R^2) dos escores do WHOQOL-BREF de 29,2%. O modelo de regressão utilizado mostrou que 29,2% da variação dos escores do IDB é explicada pela variação nos escores de qualidade de vida e 8,4%, pela variação nas demais variáveis incluídas no modelo estatístico. (Tabela 8).

Tabela 6. Análise de regressão linear múltipla dos fatores associados aos escores do Inventário de Depressão de Beck (IDB)

<i>Grupo</i>	<i>R² ajustado</i>	<i>c</i>	<i>t</i>	<i>Valor p</i>
<i>Variáveis sociodemográficas maternas</i>	0,02			0,02
Idade		0,01	1,10	0,27
União marital		0,64	2,39	0,01
Religião		0,38	1,03	0,30
Vínculo empregatício		-0,03	-0,16	0,87
Escolaridade		0,04	0,53	0,59
Renda		-0,28	-1,72	0,08
<i>Variáveis clínicas maternas</i>	0,29			< 0,01
Perdas fetais ou pós-natais		-0,27	-2,15	0,03
Nº filhos		0,05	0,63	0,52
Nº consultas de pré-natal		-0,01	-0,13	0,89
Tipo de parto		0,02	0,12	0,90
Escore total WHOQOL-brief		-0,08	-9,65	< 0,01
<i>Variáveis clínicas do RNPT</i>	0,09			< 0,01
Classificação		-0,36	-1,62	0,10
Idade gestacional		-0,09	-1,41	0,15
Peso de nascimento		0,00	2,14	0,03
APGAR		-0,10	-1,29	0,19
TIH		0,02	4,12	< 0,01
DBP		-0,57	-2,38	0,01
HPIV		0,08	0,42	0,67
ROP		-0,11	-0,34	0,72

TIH = tempo de internação hospitalar; DBP = displasia broncopulmonar; HPIV = Hemorragia Peri-intraventricular; ROP = retinopatia da prematuridade

Tabela 7. Comparação entre variáveis clínicas e qualidade de vida dos PTMBP e comorbidades

		PN	IG	TIH	APGAR 5° min	WHOQOL-BREF
		Média (DP)	Média (DP)	Mediana (P25-P75)	Média (DP)	Média (DP)
DBP	Com	1001,1 (219,5) ^a	31,6 (1,7) ^a	70 (63-104) ^a	8,2 (1,0) ^a	71,2 (9,0) ^a
	Sem	1256,6 (178,6) ^b	30,4 (1,9) ^b	43 (36-51) ^b	8,4 (1,3) ^a	72,8 (9,5) ^a
HPIV	Com	1099,5 (252,8) ^a	30,6 (1,9) ^a	59 (44,7-78,7) ^a	8,0 (1,7) ^a	70,7 (9,0) ^a
	Sem	1232,5 (186,6) ^b	31,7 (1,7) ^b	45 (36-56) ^b	8,6 (0,7) ^a	73,7 (9,7) ^a
ROP	Com	999,7 (251,6) ^a	30,4 (2,4) ^a	70 (53-76,5) ^a	8,4 (0,9) ^a	71,2 (7,9) ^a
	Sem	1203,3 (210,2) ^b	31,4 (1,7) ^a	46,5 (36,7-59,2) ^b	8,4 (1,3) ^a	71,5 (9,7) ^a

*Teste T de Student; **Teste de Mann-Whitney; variáveis seguidas por letras diferentes são estatisticamente diferentes ($p < 0,05$)

DBP= Displasia Broncopulmonar; HPIV = Hemorragia Peri-intraventricular; ROP = Retinopatia da Prematuridade; PN = Peso ao nascer; IG= idade gestacional; TIH = tempo de internação hospitalar.

Tabela 8. Modelo de regressão linear múltipla *Stepwise* do tipo *backward* para a variável dependente IDB e as variáveis explicativas envolvidas no estudo

Variáveis Independentes	R	R ²	Variação R ²	p-valor	QM Erro	Variável Retirada
(01), (02), (03), (04), (05), (06), (07), (08), (09), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19)	0,6136	37,65%	37,65%	<0,001	1,3352	
(02), (03), (04), (05), (06), (07), (08), (09), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19)	0,5935	35,22%	-2,43%	<0,001	1,381	DBP
(03), (04), (05), (06), (07), (08), (09), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19)	0,5928	35,14%	-0,09%	<0,001	1,3765	ROP
(04), (05), (06), (07), (08), (09), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19)	0,5924	35,10%	-0,04%	<0,001	1,3711	Emprego
(05), (06), (07), (08), (09), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19)	0,5916	35,00%	-0,09%	<0,001	1,3669	Tipo de parto
(06), (07), (08), (09), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19)	0,5914	34,97%	-0,03%	<0,001	1,3615	Religião
(07), (08), (09), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19)	0,591	34,93%	-0,04%	<0,001	1,3564	Idade da mãe
(08), (09), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19)	0,5894	34,74%	-0,18%	<0,001	1,3542	Escolaridade
(09), (10), (11), (12), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19)	0,5876	34,52%	-0,22%	<0,001	1,3528	Consultas de Pré-Natal
(10), (11), (12), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19)	0,5828	33,96%	-0,56%	<0,001	1,3584	Classificação
(11), (12), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19)	0,5824	33,92%	-0,04%	<0,001	1,3534	Peso
(12), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19)	0,5717	32,69%	-1,23%	<0,001	1,3726	Perdas de Filhos
(13), (14), (15), (16), (17), (18), (19)	0,5713	32,64%	-0,05%	<0,001	1,3677	Renda
(14), (15), (16), (17), (18), (19)	0,5688	32,35%	-0,29%	<0,001	1,3676	Número de Filhos
(15), (16), (17), (18), (19)	0,5685	32,32%	-0,03%	<0,001	1,3624	HPIV
(16), (17), (18), (19)	0,5651	31,93%	-0,39%	<0,001	1,3643	Idade Gestacional
(17), (18), (19)	0,5587	31,22%	-0,71%	<0,001	1,3726	Apgar
(18), (19)	0,5542	30,72%	-0,50%	<0,001	1,3768	Estado civil
(19)	0,5402	29,18%	-1,53%	<0,001	1,4014	THI

(01)Displasia Broncopulmonar (DBP); (02)Retinopatia da Prematuridade (ROP); (03)Emprego; (04)Tipo de Parto; (05)Religião; (06)Idade da Mãe; (07)Escolaridade; (08)Consultas de Pré-Natal; (09)Classificação; (10)Peso; (11)Perdas de Filhos; (12)Renda; (13)Número de Filhos; (14)Hemorragia Intracraniana (HIC); (15)Idade Gestacional; (16)Apgar; (17)Estado Civil; (18)Tempo de Internação Hospitalar (THI); (19)WHOQOL-BREF

Os resultados do presente estudo indicam, assim como outros estudos longitudinais (HOLDITCH-DAVIS et al., 2009; KERSTING et al., 2004; MILES et al., 2007), que mães de RNPT apresentam sintomas depressivos, sobretudo durante o período de hospitalização dos seus filhos. Além disso, fatores maternos (ausência de união marital estável, menor número de perdas fetais/pós-natais e pior qualidade de vida) e do PTMBP (maior tempo de internação hospitalar e ausência de DBP) associaram-se com maiores escores do IDB. Mães de recém-nascidos pré-termos apresentaram maior vulnerabilidade emocional no momento inicial da internação dos seus filhos e, após o período de três meses, houve melhora da intensidade dos sintomas depressivos, o que foi mantido ao longo do tempo (seis e doze meses após o parto).

É interessante notar que a mediana dos escores do IDB em todos os períodos foi menor do que quinze, ou seja, não indicativo de disforia ou depressão. Estudos anteriores demonstraram alta prevalência de sintomas depressivos em mães de PTMBP (MILES et al., 2007; PADOVANI et al., 2008). A presença de escores não indicativos de depressão em mães de PTMBP no presente estudo pode ser explicada pelo atendimento psicológico sistemático realizado na instituição em que a pesquisa foi desenvolvida. Além disso, a livre permanência das mães na unidade e a presença do banco de leite humano para ordenha e estímulo ao aleitamento materno também podem influenciar a saúde emocional das mães de PTMBP.

Em relação à evolução dos sintomas depressivos ao longo do tempo, a literatura é divergente. Miles et al (2007) também verificaram alta prevalência de risco para depressão em mães de RNPT durante os primeiros meses após a alta hospitalar dos seus filhos, com declínio dos sintomas depressivos até o sexto mês após o parto e estabilização até 27 meses. Estudo brasileiro, realizado em Ribeirão Preto (SP), observou redução dos sintomas depressivos em mães de RNPT entre uma e duas semanas após a alta do RN em relação ao período de internação hospitalar (CORREIA; CARVALHO; LINHARES, 2008). Outro estudo brasileiro verificou que mães com indicadores emocionais apresentam redução dos sintomas depressivos um ano após o parto (FRAGA et al., 2008). Além disso, Brooten et al. (1988) notaram declínio dos sintomas de ansiedade e depressão em 47 mães de RNPT entre a alta hospitalar e nove meses após o parto e Holditch-Davis et al. (2009) observou declínio de sintomas depressivos em mães de RNPT ao longo de dois anos.

Entretanto, um estudo francês não identificou redução dos sintomas depressivos maternos até um ano após o parto (GAREL et al., 2007). Esse estudo, qualitativo, contou com a participação de apenas 20 mães de RNPT e sua análise iniciou-se apenas dois meses após o

parto, o que pode explicar a divergência com o presente estudo. Outros estudos quantitativos também não verificaram redução significativa dos sintomas depressivos até 14 meses (KERSTING et al., 2004) e dois anos (MAYBERRY et al., 2007) após o parto. No primeiro, os RNPT nasceram com idade gestacional média de 28 semanas, o que pode ser considerado uma importante diferença em relação ao presente estudo, em que a mediana da idade gestacional foi 31 semanas. Menor idade gestacional está associada à maior frequência de comorbidades e pode ser um fator contribuinte para a persistência de sintomas depressivos nas mães ao longo do tempo (KERSTING et al., 2004). O segundo foi um estudo transversal e incluiu mães de recém-nascidos a termo, o que dificulta a comparação dos resultados com os do presente estudo (MAYBERRY et al., 2007).

Diversos fatores parecem comprometer precocemente a saúde mental das mães de RNPT. O parto prematuro é considerado um evento traumático, já que interrompe o processo psicológico normal de se tornar mãe (HUHTALA et al., 2012). Além disso, ela tem que lidar com a perda e com sentimento de luto pela criança que foi idealizada durante a gestação e ajustar suas expectativas para seu filho prematuro. Com efeito, o ambiente da UTIN costuma ser assustador para as mães, e as barreiras físicas impedem o contato da mãe com seu filho, o que leva ao afastamento da mãe com prejuízo para o vínculo mãe-filho (JUBINVILLE et al., 2012).

Estudo qualitativo realizado no Brasil mostrou que o parto prematuro e a internação do recém-nascido na UTIN comprometem o equilíbrio emocional das mães e as verbalizações negativas ocorrem com mais frequência em mães com indicadores emocionais (CORREIA et al., 2008). Diante da interrupção precoce da gestação as mães relatam sentimentos de tristeza, desgosto, angústia e sofrimento. Durante a internação ocorrem também sentimentos de impotência e incapacidade relacionados à impossibilidade de cuidar do filho prematuro na UTIN, além do sentimento de culpa e medo em relação aos cuidados com a criança (ANJOS et al., 2012; PADOVANI et al., 2008).

Em geral, a maioria dos RNPT recebe alta hospitalar até três meses de vida. No presente estudo, a mediana do tempo de internação hospitalar dos PTMBP foi de 50 dias. A mudança do ambiente hospitalar hostil para o acolhedor meio familiar e social parece colaborar para maior segurança em relação à saúde e ao cuidado dos seus filhos. Embora outros estudos sejam necessários para confirmar esta hipótese, esses fatores poderiam explicar a redução dos sintomas depressivos a partir de três meses após o parto.

Entre as variáveis maternas estudadas, mães solteiras, mães que não tiveram perdas fetais ou pós-natais ou com pior percepção de seu bem estar apresentaram maior intensidade de sintomas depressivos.

Estudos prévios demonstraram que mães solteiras apresentam maior intensidade de sintomas depressivos durante a internação hospitalar de seus filhos (BALLANTYNE; BENZIES; TRUTE, 2013) e ao longo de dois anos após o parto (MILES et al., 2007). Esta associação também foi verificada em mães de recém-nascidos a termo (DARCY et al., 2011; MAYBERRY et al., 2007). Fato semelhante foi observado no estudo de Dudek-Shriber (2004), em que pais de RNPT casados ou com união marital estável tiveram menor pontuação em uma escala de estresse do que os pais sem situação conjugal estável. União marital estável pode ser percebida pelas mães como uma forma de apoio frente às dificuldades enfrentadas após o parto, e é provável que o fato de poder dividir sentimentos, expectativas e responsabilidades com o parceiro atenuem o impacto negativo do nascimento de um filho prematuro no equilíbrio emocional materno.

O maior número de perdas fetais ou pós-natais associou-se com menor intensidade de sintomas depressivos. Resultado diferente foi encontrado em estudo realizado por Blackmore et al. (2011), em que o número de abortos ou natimortos prévios foi fator preditor de sintomas depressivos até 33 meses após o parto de recém-nascidos saudáveis. Estudo transversal também demonstrou que pais com história de perda perinatal apresentavam maior intensidade de sintomas depressivos e ansiedade durante a gestação subsequente do que pais sem perdas anteriores (ARMSTRONG, 2002). Já Jenewein et al. (2008), ao comparar pais de RNPT sobreviventes e não sobreviventes não encontraram diferença estatisticamente significativa em relação a sintomas de ansiedade e depressão entre três e quatro anos após o parto, porém os que não tinham filhos vivos apresentaram mais sintomas depressivos. É possível que mães de PTMBP que já vivenciaram a experiência de perda podem estar melhor preparadas para o luto que se segue ao nascimento prematuro e a sobrevivência do RNPT pode ter maior impacto psicológico positivo devido à vivência anterior da perda. Sabe-se que a gravidez subsequente à perda perinatal pode contribuir para a resolução do luto materno (CUISINIER et al., 1996; THEUT et al., 1988). Além disso, mulheres que sofrem perdas perinatais tendem a apresentar redução de sintomas depressivos na presença de gestação subsequente, bem como maior facilidade em lidar com o luto (FRANCHE; BULOW, 1999).

Observou-se, no presente estudo, associação estatisticamente significativa entre peso

ao nascer dos PTMBP e intensidade de sintomas depressivos maternos. No entanto, a contribuição desta variável na variação dos escores do IDB foi desprezível ($c = 0,001$). Essa associação foi verificada por um estudo nigeriano (UKPONG, 2011), no qual o peso ao nascer e a idade gestacional foram fatores preditores de sintomas depressivos e outros transtornos psicológicos, mas não confirmada por outros (DAVIS et al., 2003; MILES et al., 2007). Com efeito, quanto menor o peso dos RNPT, maior vulnerabilidade em relação à morbidade e mortalidade (BALLOT; CHIRWA; COOPER, 2010; ONWUANAKU et al., 2011; WILCOX, 2001). Além disso, a aparência mais frágil do RNPT pode levar a sentimentos de insegurança e medo em suas mães. Estudo qualitativo brasileiro identificou que quanto melhores as condições clínicas do recém-nascido (inclusive peso de nascimento) maior o número de verbalizações maternas positivas (PADOVANI et al., 2008). Outro estudo observou redução dos sintomas de ansiedade materna com a diminuição da preocupação quanto à sobrevivência do recém-nascido (PADOVANI et al., 2004).

Das características clínicas do RNPT, apenas o tempo de internação hospitalar e a DBP foram fatores associados a sintomas depressivos maternos.

O tempo de internação do RNPT, identificado como variável associada a sintomas depressivos maternos no presente estudo, não foi verificado em outros estudos (KORJA et al., 2008; PADOVANI et al., 2004). Apenas um estudo associou o estresse parental com o tempo de permanência do recém-nascido no hospital (DUDEK-SHRIBER, 2004). É esperado que internações prolongadas possam contribuir para transtornos emocionais nas mães, sobretudo em UTI neonatais de referência regional, pois muitas mães residem em outras cidades e permanecem durante longos períodos fora do seu núcleo familiar. Além disso, quanto pior a percepção de apoio social (avaliado através de escala com as dimensões de apoio emocional, afetivo, interação social, de informação e material), maiores os escores em uma escala de depressão pós-parto entre mães de RNPT durante a internação dos seus filhos (Dantas et al., 2012).

Não foi verificada associação entre sintomas depressivos maternos e a maioria das características clínicas do RNPT (HPIV, ROP, APGAR 5º minuto, idade gestacional, classificação do peso para idade gestacional), assim como em outros estudos (Brandon et al., 2011; Miles et al., 2007). Cabe ressaltar que Holdtch-Davis et al. (2009) identificaram o maior tempo de ventilação mecânica como fator preditor para distúrbios emocionais maternos.

Surpreendentemente, a presença de DBP associou-se, no presente estudo, com menor intensidade de sintomas depressivos, pois é esperado que comorbidades associadas à prematuridade tenham impacto negativo nos indicadores emocionais maternos. Por exemplo, mães de RNPT com DBP apresentam maiores escores de ansiedade do que as mães de RNPT sem DBP (SINGER et al., 1996). Vale salientar que, entretanto, no presente estudo, PTMBP com DBP, quando comparados aos sem DBP, apresentaram menor peso ao nascer, menor idade gestacional e maior tempo de internação. Portanto, a sobrevivência dos PTMBP nestas condições pode resultar em sentimentos maternos positivos após longo período de incertezas. Além disso, pretermos que evoluem com DBP tem possibilidade de melhora clínica ao longo do tempo, embora complicações pulmonares e re-hospitalizações sejam frequentes (CHYE; GRAY, 1995; SMITH et al., 2004). Já as outras morbidades estudadas (ROP e HPIV) são de difícil resolução e mais frequentemente deixam sequelas a longo prazo, como distúrbios visuais e atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (KLEBERMASS-SCHREHOF et al., 2012; SCHMALISCH ET AL., 2012; SPENCER, 2006).

Os resultados do presente estudo contribuem de forma inédita para a compreensão da relação entre sintomas depressivos maternos e qualidade de vida. Mães de PTMBP com sintomas depressivos apresentaram impacto negativo na sua percepção de bem estar. A presença de sintomas depressivos parece potencializar o impacto negativo na qualidade de vida das mães que convivem com crianças prematuras. É interessante registrar o estudo de Hill e Aldag (2007) que, ao analisar a qualidade de vida específica no período de uma a três semanas pós-parto, observou maior impacto na qualidade de vida de mães de RNPT em comparação a mães de recém-nascidos a termo, especialmente na subescala de avaliação psicológica e percepções sobre o recém-nascido. A associação entre sintomas depressivos e pior qualidade de vida foi também verificada em mães de recém-nascidos a termo que voltaram a trabalhar em tempo integral quatro meses após o parto (DARCY et al., 2011).

O poder preditivo do conjunto das variáveis estudadas no modelo de regressão linear múltipla *stepwise* foi de 37,6%, sendo que a percepção de bem estar foi responsável por 29,2%. Esse resultado é esperado, uma vez que o construto qualidade de vida engloba a dimensão psicossocial. Vários estudos indicam forte associação entre qualidade de vida e sintomas depressivos. Estudo realizado em pacientes com dor crônica demonstrou forte correlação negativa entre sintomas depressivos e qualidade de vida, principalmente o domínio psicológico (Aigner et al., 2006). Heinonen et al. (2004), a partir de análise multivariada para verificar fatores preditores para qualidade de vida, verificaram que a adição de escores de

bem-estar psicológico aumenta substancialmente o poder preditivo do modelo estatístico (Heinonen et al., 2004). Ay-Woan et al. (2006) notaram que, em pacientes com diagnóstico clínico de depressão, a presença de sintomas depressivos foi o principal fator preditor para pior percepção de bem-estar em todos domínios do WHOQOL-BREF. No entanto, é importante ressaltar que o WHOQOL-BREF é um instrumento genérico construído a partir de um amplo conceito de qualidade de vida e a maioria dos seus itens não é influenciada pela presença de episódio depressivo grave (DA ROCHA et al., 2009).

Por outro lado, o poder preditivo das demais variáveis foi apenas de 8,4%. Inúmeros fatores anteriormente estudados podem contribuir para o estado emocional de mães de RNPT, como fatores genéticos (MO; NOOR, 2009), nutricionais (RECHENBERG; HUMPHRIES, 2013), antecedentes de distúrbios mentais (KORJA et al., 2008), bem como a percepção de apoio dado pela equipe de enfermagem (DAVIS et al., 2003) e apoio social (DANTAS et al., 2012). Portanto, além das morbidades relacionadas com o RNPT e com questões familiares ou sociais, a forma como a mãe do RNPT é acolhida na UTIN pode ter influência em sua saúde mental. Com efeito, mães de RNPT internados na UTIN participantes de uma estratégia de apoio relataram menores índices de sintomas de ansiedade e depressão do que as mães não participantes (MELNYK et al., 2006).

A ocorrência de maior intensidade de sintomas depressivos em mães de RNPT durante os primeiros dias após o parto com redução destes sintomas ao longo do primeiro ano mostra que estas mães estão especialmente vulneráveis logo após o parto prematuro e internação dos seus filhos. Assim, a abordagem da equipe multidisciplinar na maternidade e UTIN deve ter início precoce para evitar o agravamento de possíveis transtornos emocionais, já que a persistência de sintomas depressivos maternos pode prejudicar a formação do vínculo da mãe-filho, além de acarretar prejuízos no desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Estudo longitudinal verificou que a presença de depressão materna quatro meses após o parto foi associada à pior função cognitiva da criança aos 16 meses (MCMANUS; POEHLMANN, 2012). Outro estudo verificou associação entre a pior percepção de bem-estar psicológico dos pais de RNPT e problemas emocionais e de comportamento dos filhos aos três anos de vida (HUHTALA et al., 2012). A presença sintomas maternos de ansiedade e depressão também já foi associada ao atraso no desenvolvimento da linguagem de RNPT com nove a onze meses de vida (FRAGA et al., 2008).

Estas alterações neurocognitivas verificadas em RNPT filhos de mães com indicadores

emocionais podem ser devidas, em parte, ao prejuízo na interação entre a mãe e a criança. Estudo indiano verificou associação entre sintomas depressivos em mães de RNT e pior formação de vínculo emocional com seus filhos três meses após o parto (EDHBORG; NASREEN; KABIR, 2011). Estudo brasileiro envolvendo mães de crianças nascidas a termo verificou que a presença de sintomas depressivos maternos um ano após o parto associou-se à maior incidência de comportamentos maternos não facilitadores (pior engajamento da criança na exploração de brinquedos), afeto infantil negativo, vocalizações negativas e menor incidência demonstração de ternura e afeição pelo lactente. Além disso, os filhos de mães com sintomas depressivos tendem a sorrir menos (SCHWENGBER; PICCININI, 2004). Outro estudo também encontrou piores escores em uma escala de comunicação positiva e envolvimento afetivo positivo em mães de RNPT com sintomas depressivos (KORJA et al., 2008). Mães de RNPT, especialmente as com maior ansiedade no momento da alta hospitalar da criança, apresentam maior percepção de vulnerabilidade dos seus filhos um ano após o parto e esta percepção está relacionada ao pior desenvolvimento motor da criança (ALLEN et al., 2004).

A presença de indicadores emocionais também pode prejudicar o aleitamento materno, que além dos benefícios extensamente demonstrados, especialmente para crianças prematuras, também é importante na formação do vínculo entre mãe e filho. Estudo realizado na Itália mostrou que a falência precoce do aleitamento materno entre mães de pré-termos tardios foi associada a sintomas de ansiedade, estresse e depressão (ZANARDO et al., 2011).

Uma das limitações do estudo foi a perda de participantes ao longo do tempo. Entretanto, apenas treze mães de PTMBP não participaram em pelo menos um dos períodos estudados. Uma segunda limitação corresponde ao número reduzido de mães de RNPT extremos ou com idade gestacional abaixo de 28 semanas do estudo, ou seja, mães de RNPT mais vulneráveis a desenvolver comorbidades clínicas graves. Nossos resultados não podem ser, portanto, estendidos a esse grupo. Outros estudos devem ser realizados para analisar a presença de sintomas depressivos e possíveis fatores a eles associados em mães de RNPT com idade gestacional abaixo de 28 semanas.

Concluindo, nossos resultados confirmam que mães de PTMBP apresentam maior intensidade de sintomas depressivos durante o período inicial da internação dos seus filhos em relação aos demais períodos do estudo longitudinal e são mais vulneráveis ao impacto negativo na sua qualidade de vida. Mães solteiras e cujos filhos permaneceram maior tempo internados apresentaram maior intensidade de sintomas depressivos. A presença de displasia broncopulmonar no PTMBP e história materna de perdas fetais ou pós-natais anteriores foram associados à menor intensidade de sintomas depressivos. Intervenções com apoio psicoemocional devem ser instituídas precocemente, especialmente para mães solteiras.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L. C. et al. Incidência de hemorragia peri-intraventricular em recém-nascidos pré-termo e a relação com o peso ao nascer. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.17, p. 24-30, 2007.
- AIGNER, M. et al. What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. **Social Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v.41 n.1, 2006
- ALLEN, E. C. et al. Perception of child vulnerability among mothers of former premature infants. **Pediatrics**, v. 113 n.2, p. 267-273, 2004.
- ANJOS, L. S. et al. Maternal perceptions about the birth of a premature child and care after discharge. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.4, 2012.
- ARADINE, C. R.; FERKETICH, S. The psychological impact of premature birth on mothers and fathers. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v.8 n.2, p. 75-86, 1990.
- ARMSTRONG, D. S. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. **Journal of Nursing Scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau**, v. 34 n.4, p.339-345, 2002.
- AVAN, B. et al. Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. **Archives of Disease in Childhood**, v.9 n.9, p. 690-695, 2010.
- AY-WOAN, P. et al. Quality of life in depression: predictive models. **Quality Life Research**, v.15 n.1, p. 39-48, 2006.
- BALLANTYNE, M.; BENZIES, K. M.; TRUTE, B.. Depressive symptoms among immigrant and Canadian born mothers of preterm infants at neonatal intensive care discharge: a cross sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**, vol. 13, 2013. Suplemento 1
- BALLOT, D. E.; CHIRWA, T. F.; COOPER, P. A. Determinants of survival in very low birth weight neonates in a public sector hospital in Johannesburg. **BMC Pediatrics**, v. 10, 2010.
- BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 4, p. 561-571, 1961.
- BECK, S. et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, p. 31-38, 2010.
- BLACKMORE, E. R. et al. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. **The British Journal of Psychiatry : the journal of mental science**, v. 198 n.5, p. 373-378, 2011.

BLENCOWE, H. et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. **Lancet**, v. 379 n.9832 p. 2162-2172, 2012.

BRANDON, D. H. et al. Emotional responses of mothers of late-preterm and term infants. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 40 n.6, p. 719-731, 2011.

BROOTEN, D. et al. Anxiety, depression, and hostility in mothers of preterm infants. **Nursing Research**, v. 37, n.4, p. 213-216, 1988.

CARVALHO, A. E. et al. Anxiety and depression in mothers of preterm infants and psychological intervention during hospitalization in neonatal ICU. **Spanish Journal of Psychology**, v. 12 n. 1, p. 161-170. 2009.

CARVALHO, A. E.; MARTINEZ, F. E.; LINHARES, M. B. Maternal anxiety and depression and development of prematurely born infants in the first year of life. **Spanish Journal of Psychology**, v. 11 n. 2, p. 600-608, 2008

CHYE, J. K.; GRAY, P. H. Rehospitalization and growth of infants with bronchopulmonary dysplasia: a matched control study. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 31 n. 2, p. 105-111, 1995.

CORREIA, L. L.; CARVALHO, A. E.; LINHARES, M. B. Verbal contents expressed by mothers of preterm infants with clinical emotional symptoms. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 16, n.1, p. 64-70, 2008.

COSTELOE, K. L. et al. Short term outcomes after extreme preterm birth in England: comparison of two birth cohorts in 1995 and 2006 (the EPICure studies). **BMJ**, v. 345, 2012.

CUISINIER, M. et al. Pregnancy following miscarriage: course of grief and some determining factors. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology**, v. 17 n. 3, p. 168-174, 1996.

CUNHA, G. S.; MEZZACAPPA FILHO, F.; RIBEIRO, J. D. Fatores maternos e neonatais na incidência de displasia broncopulmonar em recém-nascidos de muito baixo peso. **Jornal de Pediatria**, v. 79 p. 550-556, 2003.

DA ROCHA, N. S. et al. Is there a measurement overlap between depressive symptoms and quality of life? **Comprehensive Psychiatry**, v. 50, n.6, p. 549-555, 2009.

DANTAS, M. C. et al. Evaluation of social support and depressive symptoms in mothers of hospitalized premature infants. **Psicologia em Revista**, v. 18, p. 90-106, 2012.

DARCY, J. M. et al. Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 24, n. 3, p. 249-257, 2011.

DAVIS, L. et al. The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. **Early Human Development**, v. 73 v. 1/2, p. 61-70, 2003.

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

DUNN, G.; SHAM, P.; HAND, D. Statistics and the nature of depression. **Psychological Medicine**, v. 23, n.4, p. 871-889, 1993.

EDHBORG, M; NASREEN, H. E.; KABIR, Z. N. Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2-3 months postpartum: a population-based study from rural Bangladesh. **Archives of Womens Mental Health**, v. 14, n. 4 p. 307-316, 2011.

ESTEVEES, C. M.; ANTON, M. C.; PICCININI, C. A. Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. **Psicologia Clínica**, v.23, p. 75-99, 2011.

FLECK, M. P. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 178-183, 2000.

FRAGA, D. A. et al. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, p. 33-41, 2008.

FRANCHE, R. L.; BULOW, C. The impact of a subsequent pregnancy on grief and emotional adjustment following a perinatal loss. **Infant Mental Health Journal**, v. 20 n. 2, p. 175-187, 1999.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, v. 10, p. 47-55, 2005.

GAREL, M.; DARDENNES, M.; BLONDEL, B. Mothers' psychological distress 1 year after very preterm childbirth. Results of the EPIPAGE qualitative study. **Child: care, health and development**, v. 33, n. 2, p. 137-143, 2007.

GILBERT, C. et al. Retinopathy of prematurity in middle-income countries. **Lancet**, v. 350, n. 9070, p. 12-14, 1997.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 29, n. 4, p. 453-457, 1996.

GORENSTEIN, C. et al. Psychometric properties of the Portuguese version of the Beck Depression Inventory on Brazilian college students. **Journal of Clinical Psychology**, v. 55, n. 5, p. 553-562, 1999.

GRAY, P. H. et al. Parenting stress in mothers of preterm infants during early infancy. **Early Human Development**, v. 88, n. 1, p. 45-49, 2012.

HEINONEN, H. et al. Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? **Quality of Life Research**, v. 13, n. 8, p. 1347-1356, 2004.

HILL, Alan. Distúrbios Neurológicos e Neuromusculares. In: AVERY G. B. **Neonatologia: fiosiopatologia e tratamento do recém-nascido**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007; p. 1273-1295.

HILL, P. D.; ALDAG, J. C. Maternal perceived quality of life following childbirth. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 36, n. 4, p. 328-334, 2007.

HOLDITCH-DAVIS, D. et al. Patterns of distress in African-American mothers of preterm infants. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, v. 30, n. 3, p. 193-205, 2009.

HUHTALA, M. et al. Parental psychological well-being and behavioral outcome of very low birth weight infants at 3 years. **Pediatrics**, v. 129, n. 4, p. e937-944, 2012.

IACOVIDOU, N.; VARSAMI, M.; SYGGELLOU, A. Neonatal outcome of preterm delivery. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1205, p. 130-134, 2010.

JENEWEIN, J. et al. Parents' mental health after the birth of an extremely preterm child: a comparison between bereaved and non-bereaved parents. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology**, v. 29, n. 1, p. 53-60, 2008.

JUBINVILLE, J. et al. Symptoms of acute stress disorder in mothers of premature infants. **Advances in Neonatal Care**, v. 12, n.4, p. 246-253, 2012.

KERSTING, A. et al. Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 57, n. 5, p. 473-476, 2004.

KLEBERMASS-SCHREHOF, K. et al. Impact of low-grade intraventricular hemorrhage on long-term neurodevelopmental outcome in preterm infants. **Child's Nervous System**, v. 28, n. 12, p. 2085-2092, 2012.

KORJA, R. et al. Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. **Acta Paediatrica**, v. 97, n. 6, p. 724-730, 2008.

LEE, S. Y. et al. Does activity matter: an exploratory study among mothers with preterm infants? **Archives of Womens Mental Health**, v. 15, n. 3, p. 185-192, 2012.

LERMANN, V. L.; FORTES FILHO, J. B.; PROCIANOY, R. S. Prevalência de retinopatia da prematuridade em recém-nascidos de muito baixo peso. **Jornal de Pediatria**, v. 82, p. 27-32, 2006.

LINHARES, M. B. M. et al. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 10, p. 60-69, 2000.

MAYBERRY, L. J.; HOROWITZ, J. A.; DECLERCQ, E. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 36, n. 6, p. 542-549, 2007.

MCCREA, H. J.; MENT, L. R. The diagnosis, management, and postnatal prevention of intraventricular hemorrhage in the preterm neonate. **Clinics in Perinatology**, v. 35, n. 4, p. 777-792, 2008.

MCMANUS, B. M.; POEHLMANN, J. Parent-child interaction, maternal depressive symptoms and preterm infant cognitive function. **Infant behavior and development**, v. 35, n. 3, p. 489-498, 2012.

MELNYK, B. M. et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. **Pediatrics**, v. 118 n. 5, p. 1414-1427.

MILES, M. S.; FUNK, S. G.; & KASPER, M. A. The neonatal intensive care unit environment: sources of stress for parents. **AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing**, v. 2, n. 2, p. 346-354, 1991.

MILES, M. S. et al. Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, v. 28 n. 1, p. 36-44, 2007.

MONTE, L. F. V. et al. Displasia broncopulmonar. **Jornal de Pediatria**, v. 81, p. 99-110, 2005

MOTTA, M. D. G.; LUCION, A. B.; MANFRO, G. G. Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 27, p. 165-176, 2005.

MOURA, M. R. S. **Qualidade de Vida de Mães de Recém-Nascidos Pré-termos de Muito Baixo Peso**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2011.

NOVELLO, A. C.; DEGRAW, C.; KLEINMAN, D. V. Healthy children ready to learn: an essential collaboration between health and education. **Public Health Reports**, v. 107, n. 1, p. 3-15, 1992.

ONWUANAKU, C. A. et al. The effects of birth weight and gender on neonatal mortality in north central Nigeria. **BMC Research Notes**, v. 4, n. 562, 2011.

PADOVANI, F. H. et al. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 4, p. 251-254, 2004.

PADOVANI, F. H. et al. Maternal concepts and expectations regarding a preterm infant. **Spanish Journal of Psychology**, v. 11, n. 2, p. 581-592, 2008.

PEREHUDOFF, B. B. Parents' perceptions of environmental stressors in the special care nursery. **Neonatal Network**, v. 9, n. 2, p. 39-44, 1990.

POWERS, R.; LUND, C. H. Organização da Assistência e Qualidade da UTIN. In: AVERY G. B. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007; p. 69-80.

RBPN (REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS). Relatórios anuais, 2011.

Disponível em:

<<http://www.redeneonatal.fiocruz.br/images/stories/relatorios/rbpnrelatorio2011.pdf>>. Acesso em 20 de Jun, 2013.

SAIGAL, S. et al. Cognitive abilities and school performance of extremely low birth weight children and matched term control children at age 8 years: a regional study. **The Journal of Pediatrics**, v. 118, n. 5, p. 751-760, 1991.

SCHMALISCH, G. et al. Development of lung function in very low birth weight infants with or without bronchopulmonary dysplasia: longitudinal assessment during the first 15 months of corrected age. **BMC Pediatrics**, v.12, n. 37, 2012.

SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, p. 233-240. 2004.

SILVEIRA, M. F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 957-964, 2008.

SILVEIRA, M. F. et al. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1267-1275, 2009.

SINGER, L. T. et al. Feeding interactions in infants with very low birth weight and bronchopulmonary dysplasia. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, v. 17, n. 2, p. 69-76, 1996.

SMITH, L. E. Pathogenesis of retinopathy of prematurity. **Journal of developmental and behavioral pediatrics**, v. 14, p. S140 -144, 2004. Suplemento A

SMITH, V. C. et al. Rehospitalization in the first year of life among infants with bronchopulmonary dysplasia. **The Journal of Pediatrics**, v. 144, n. 6, p. 799-803, 2004.

SPENCER, R. Long-term visual outcomes in extremely low-birth-weight children (an American Ophthalmological Society thesis). **Transactions of the American Ophthalmological Society**, v. 104, p. 493-516, 2006.

TANNOUS, L. et al. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. **BMC Psychiatry**, v.8, n. 1, 2008.

THEUT, S. K. et al. Pregnancy Subsequent to Perinatal Loss: Parental Anxiety and Depression. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 27, n. 3, p. 289-292, 1988.

UKPONG, D. I. (2011). Factors associated with psychological morbidity in mothers of pre-term infants: a study from Wesley Guild Hospital, Nigeria. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 31, n. 2, p. 146-148, 2011.

WILCOX, A. J. On the importance--and the unimportance--of birthweight. **International Journal of Epidemiology**, v. 30, n. 6, p. 1233-1241, 2001.

YELLAND, J.; SUTHERLAND, G.; BROWN, S. J. Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. **BMC Public Health**, v. 10, n. 771, 2010.

ZANARDO, V. et al. Psychological distress and early lactation performance in mothers of late preterm infants. **Early Human Development**, v. 87, n. 4, p. 321-323, 2011.

ANEXO A – Parecer CEP – UFU



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131; e-mail: cep@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 174/10 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU
249/09

Projeto Pesquisa: Qualidade de vida de mães de recém nascidos prematuros de muito baixo peso.

Pesquisador Responsável: Vânia Olivetti Steffen Abdallah

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do adendo proposto.

A mudança no local de realização da pesquisa e na metodologia do projeto não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do adendo pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

SITUAÇÃO: ADENDO APROVADO.

OBS: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 09 de abril de 2010

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma.

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “*Qualidade de vida de mães de prematuro de muito baixo peso ao nascer*”, que será realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof^ª Dr^ª Vânia Olivetti Steffen Abdallah e Magda Regina Silva Moura, médica do Serviço de Neonatologia desta instituição.

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender a Qualidade de Vida das mães de prematuros de muito baixo peso ao nascer e as influências que o parto prematuro e o cuidar de um filho prematuro possa ter na Qualidade de Vida destas mães.

Quem está entrando em contato com você é um dos pesquisadores responsáveis ou membro da equipe para esclarecer dúvidas sobre a pesquisa e obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na sua participação você deverá fornecer dados sobre sua condição de vida atual e preencher dois questionários sobre como você está se sentindo, nos retornos habituais de consultas de seu filho que estarão previamente agendados. Não há necessidade de coleta de materiais orgânicos (tais como fezes, urina, sangue, etc.).

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos inexistem para você e para seu filho. Os benefícios serão o conhecimento das dificuldades que estas mães enfrentam e o planejamento de uma ação em favor deste grupo de mães, tanto no Hospital de Clínicas quanto na rede pública.

Você é livre para parar de participar a qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora ou seu filho (a).

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com a senhora.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa a senhora poderá entrar em contato com:

Pesquisadores: Magda Regina Silva Moura ou Prof^ª Dr^ª Vânia Olivetti Steffen Abdallah
Av. Pará 1720 Bairro Umuarama - Hospital de Clínicas, Serviço de Neonatologia
Telefones: 32182112 e 32182454
CEP/UFU: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia – MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394531

Uberlândia, ... de de 20.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido

Participante da pesquisa

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responsável por menor

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Pais ou responsável legal por menor)

Sr (a) _____ estamos convidando mães para participar da pesquisa “*Qualidade de vida de mães de prematuro de muito baixo peso ao nascer*”, que será realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof^a Dr^a Vânia Olivetti Steffen Abdallah e Magda Regina Silva Moura, médicas do Serviço de Neonatologia desta instituição.

Nesta pesquisa estamos buscando entender a Qualidade de Vida das mães de prematuros de muito baixo peso ao nascer e as influências que o parto prematuro e o cuidar de um filho prematuro possa ter na Qualidade de Vida destas mães.

Quem está entrando em contato com vocês é um dos pesquisadores responsáveis ou membro da equipe para esclarecer dúvidas sobre a pesquisa e obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pais ou responsáveis, para que a mãe menor de idade não emancipada possa participar do estudo.

Na participação da mãe, ela deverá fornecer dados sobre sua condição de vida atual e preencher dois questionários sobre como ela está se sentindo, nos retornos habituais de consultas de seu filho que estarão previamente agendados. Não há necessidade de coleta de materiais orgânicos (tais como fezes, urina, sangue, etc.).

Em nenhum momento a mãe ou seu filho serão identificados. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim as identidades serão preservadas. Vocês não terão nenhum gasto ou ganho financeiro pela participação da mãe na pesquisa.

Os riscos inexistem para a mãe e para seu filho. O benefício será o conhecimento das dificuldades que estas mães enfrentam e o planejamento de uma ação em favor deste grupo de mães, tanto no Hospital de Clínicas quanto na rede pública.

Você ou a mãe são livres para desistirem de participar a qualquer momento sem nenhum prejuízo para a mãe ou seu filho (a).

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com a mãe.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa vocês poderão entrar em contato com:

Pesquisadores: Magda Regina Silva Moura ou Prof^a Dr^a Vânia Olivetti Steffen Abdallah

Av. Pará 1720 Bairro Umuarama - Hospital de Clínicas, Serviço de Neonatologia

Telefones: 32182112 e 32182454

CEP/UFU: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco J, Campus Santa Mônica – Uberlândia – MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394531

Uberlândia, ... de de 20.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido

Participante da pesquisa

Pai(s) ou Responsável legal

ANEXO D – Inventário de Depressão de Beck
INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Data da aplicação: _____ Grupo/Nº _____

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0 Não me sinto triste.

1 Sinto-me triste.

2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.

1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.

2 Sinto que não tenho nada a esperar.

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3.

0 Não me sinto fracassado(a).

1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.

2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.

3 Sinto que sou um completo fracasso.

4.

0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.

1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.

2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.

3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5.

0 Não me sinto particularmente culpado(a).

1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.

2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.

3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.

6.

0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).

1 Sinto que posso ser punido(a).

2 Sinto que mereço ser punido(a).

3 Sinto que estou a ser punido(a).

7.

0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).

1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).

2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).

3 Eu odeio-me.

8.

0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.

1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.

2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.

3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.

9.

0 Não tenho qualquer idéia de me matar.

1 Tenho idéias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.

2 Gostaria de me matar.

3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

10.

0 Não costumo chorar mais do que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava fazer.

2 Atualmente, choro o tempo todo.

3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11.

0 Não me irrita mais do que costumava.

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).

3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

0 Tomo decisões como antes.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.

0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.

3 Considero-me feio(a).

15.

0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

0 Durmo tão bem como habitualmente.

1 Não durmo tão bem como costumava.

2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.

3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

17.

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.

1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

3 Perdi completamente o apetite.

19.

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim _____ Não _____

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Total: _____

ANEXO E – Questionário para avaliação da qualidade de vida – WHOQOL-BREF

WHOQOL - ABREVIADO

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	↓	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim/nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida ?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito/nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5

7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim/ nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito/ nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.						
		nunca	Algumas vezes	frequentemente	Muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO F – Formulário para dados sociodemográficos e clínicos

DADOS MATERNOS

Nº: _____ GRUPO: C ()
E ()

DATA: _____ Prontuário: _____

Endereço: _____

Fones: _____

Idade: _____ (anos) Estado civil: () casada () solteira () viúva () amasiada

Nº Gesta: _____ Religião: _____

Cor: () branca () negra () parda () amarelo ()

Data do parto: _____ Tipo de parto: () vaginal () cesariana () fórceps

Escolaridade: () analfabeto/Infantil
() Fundamental incompleto () Ensino médio completo
() Fundamental completo () Superior incompleto
() Ensino médio incompleto () Superior completo

Antecedentes patológicos: _____

Pré natal: () não () sim Local: _____ Nº consultas: _____

Intercorrências no pré natal: _____

Renda da família: () menos de 1 salário mínimo
() 1-3 salários mínimos
() 3-5 salários mínimos
() 5-10 salários mínimos
() > 10 salários mínimos

Filhos vivos: _____

Medicações em uso: _____

DADOS DO RN

Nº:

GRUPO: C (....)

E (....)

DATA:**Data de Nascimento:****Pront: Mãe:****Pront: RN:****SEXO:** () Masculino

() Feminino

Peso ao nascer:

(g)

Comp:

(cm)

PC:

(cm)

Idade gestacional (IG):

(semanas)

Apgar (1 e 5min):**Cor:****Idade cronológica na alta:****IG corrigida na alta:****Peso de alta:****Intercorrências clínicas durante a internação:****Comorbidades associadas:**

() Retinopatia da prematuridade

() Broncodisplasia pulmonar

() Hemorragia intracraniana

() I () II () III () IV () Hidrocefalia

() Outros.....

Medicações em uso:

ANEXO G – Ficha de seguimento clínico dos PTMBP

FICHA SEGUIMENTO

Nº

GRUPO: C (....)

DATA:

E (....)

MUDANÇA ENDEREÇO:

FONE:

IDADE:

COR :

RELIGIÃO:

MUDANÇA NA RENDA FAMILIAR: () SIM () NÃO

ESTADO CIVIL:

MUDANÇA DE PARCEIRO: () SIM () NÃO

OCUPAÇÃO:

MEDICAÇÕES EM USO:

INTERCORRÊNCIAS:

IDADE FILHO(a):

SEXO:

PESO:

ALT:

PC:

MEDICAÇÕES EM USO:

O2: () SIM () NÃO

CORREÇÃO VISUAL: () Sim () Não

DENVER II:

DIAGNOSTICOS ATUAIS: