



Programa aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA – Resolução 2545/98. Reconhecido nos termos das Portarias N°. 84 de 22.12.94 da Presidente da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e No. 694 de 13.06.95 do Ministério da Educação e do Desporto. Doutorado autorizado em 1999.

Saúde mental materna e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras no contexto da COVID-19

Luísa Sousa Monteiro Oliveira

Belém – Pará

2024

**Saúde mental materna e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas
prematuras no contexto da COVID-19**

Luísa Sousa Monteiro Oliveira

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutora em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Área de concentração: Ecoetologia

Orientador(a): Prof^a Dr^a Simone Souza da Costa Silva

Belém – Pará

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- O48s Oliveira, Luísa Sousa Monteiro.
Saúde mental materna e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras no contexto da COVID-19 / Luísa Sousa Monteiro Oliveira. — 2024.
143 f. : il. color.
- Orientador(a): Profª. Dra. Simone Souza da Costa Silva Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2024.
1. COVID-19. 2. Desenvolvimento infantil. 3. Lactentes prematuros. 4. Saúde mental. 5. Stress . I. Título.

CDD 155



Programa aprovado pelo Conselho Superior de Ensino e Pesquisa da UFPA – Resolução 2545/98. Reconhecido nos termos das Portarias N°. 84 de 22.12.94 da Presidente da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e No. 694 de 13.06.95 do Ministério da Educação e do

Desporto. Doutorado autorizado em 1999.

Defesa de Doutorado

“Saúde mental materna e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras no contexto da Covid-19.”

Aluna: Luísa Sousa Monteiro Oliveira.

Data da Defesa: 25 de janeiro de 2024.

Resultado: Aprovada.

Banca Examinadora:

 Documento assinado digitalmente
SIMONE SOUZA DA COSTA SILVA
Data: 05/02/2024 17:25:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª Drª Simone Souza da Costa Silva (orientadora – UFPA).

Profª Drª Maria de Fátima Joaquim Minetto (membro 1 – UFPR)

 Documento assinado digitalmente
MARIA DE FATIMA JOAQUIM MINETTO
Data: 05/02/2024 15:46:57-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª Drª Miria Benincasa Gomes (membro 2 – UMEP).

 Documento assinado digitalmente
MIRIA BENINCASA GOMES
Data: 02/02/2024 08:02:12-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª Drª Cláudia Regina Lindgren Alves (membro 3 – UFMG)

 Documento assinado digitalmente
CLAUDIA REGINA LINDGREN ALVES
Data: 29/01/2024 15:19:42-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª Drª Ivete Furtado Ribeiro Caldas (membro 4 – UEPA).

 Documento assinado digitalmente
IVETE FURTADO RIBEIRO CALDAS
Data: 29/01/2024 19:51:27-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Termo de Autorização e Declaração de Distribuição não exclusiva para Publicação Digital
no Repositório Institucional da UFPA**

IDENTIFICAÇÃO DO AUTOR E DA OBRA

Autor*: Luísa Sousa Monteiro Oliveira

Vínculo com a UFPA: () Servidor; (x) Discente Unidade: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Sub Unidade: Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

Tipo do documento: (x) Tese; () Dissertação; () Livro; () Capítulo de Livro; () Artigo de Periódico;
() Trabalho de Evento; () Outro. Especifique: _____

Título do Trabalho: Saúde mental materna e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras no contexto da COVID-19

Data da Defesa: 25/01/ 2024

Área do Conhecimento: Ecoetologia

Agência de Fomento: _____

*Para cada autor, uma autorização preenchida e assinada.

DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO EXCLUSIVA

O referido autor:

- a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.
- b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Universidade Federal do Pará os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros, está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal do Pará, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a UFPA a disponibilizar de acordo com a licença pública *Creative Commons* Licença 3.0 *Unported*, e de acordo com a Lei nº 9610/98, o texto integral da obra citada, conforme permissões abaixo por mim assinaladas, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a partir desta data.

Permitir o uso comercial da obra?

(x) Sim

() Não

Permitir modificações em sua obra?

() Sim, contanto que compartilhem pela mesma licença

(x) Não

O documento está sujeito ao registro de patente?

() Sim

(x) Não

A obra continua protegida conforme a Lei Direito Autoral.

Belém(PA), 05 / 02 / 2024

Luísa S. Monteiro Oliveira

Assinatura do Autor e/ou Detentor dos Direitos do Autor

Dedico esta tese a todas as mães,
que ofertam afeto, tempo e os recursos
disponíveis para o bem-estar de seus filhos.
Em especial à minha mãe, Suely Monteiro,
por todo o amor, apoio e por acreditar no
meu potencial.

Agradecimentos

À Deus e Nossa Senhora de Nazaré, pela proteção, saúde e por serem a força espiritual que inspira e conduz a minha vida.

À minha mãe, Suely Monteiro, por proporcionar todas as condições afetivas, econômicas e, sobretudo, emocionais, para que eu prosseguisse os meus estudos. Obrigada por tudo, por cuidar de mim e dos meus filhos, mamãe.

À minha irmã, Amanda Monteiro, pela amizade, amor, parceria, pelo incentivo e pelas trocas acadêmicas. Você me inspira com sua inteligência, determinação e criatividade.

Ao meu esposo, Nayron Oliveira, grande parceiro e incentivador, por sempre acreditar no meu potencial e por apoiar as minhas escolhas. Obrigada por tudo, meu amor!

Aos meus filhos amados, Gustavo e Marina, que com sua espontaneidade, risadas, brincadeiras e amor incondicional deixam a vida mais leve e feliz. Tudo por vocês e para vocês, meus pequeninos.

Aos meus amados papai (Adilson Monteiro), minha irmã (Bianca Monteiro) e minha avó (Maria Helena Monteiro), que já não estão fisicamente presentes, mas para sempre em nossos corações, por todo o amor que nos une, por intercederem pela nossa felicidade, proteção e por nossas conquistas.

Às famílias Sousa e Monteiro, minhas raízes maternas e paternas respectivamente, pelo amor e incentivo.

Ao amigo e parceiro acadêmico, profissional que eu admiro e me inspiro, Elson Costa, por todas as suas valiosas contribuições nesta tese, pela dedicação e paciência, amizade sincera e leal, por sempre me incentivar a evoluir enquanto profissional e pesquisadora. Obrigada por tudo, meu amigo!

Aos amigos Edilson Sampaio, Dalízia Amaral, Tainan Quaresma, Jully Kelly Paraense, Cristina Lima, Keynnes Lobo e Yuri Rafael pela amizade, momentos de descontração, apoio e suporte.

À minha orientadora, profa Simone Silva, por todo o aprendizado compartilhado durante a trajetória no doutorado, por me instigar a evoluir como profissional e pesquisadora, pelo olhar crítico, sensível e por todo o empenho na construção desta tese. Muito obrigada pelo

investimento e por acreditar em meu potencial, profa Simone. Espero que nossa parceria acadêmica se estenda por muitos e muitos anos.

Aos professores do Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento (LED), Simone Silva, Celina Magalhães, Fernando Pontes, Lilia Cavalcante e Daniela Reis, por toda a contribuição na minha formação acadêmica e profissional.

À Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, pelo incentivo ao servidor para o progresso acadêmico, pelo suporte e apoio recebido.

Aos servidores do Ambulatório do Prematuro da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, em especial enfermeira Alba, servidoras Bernadete, Nazaré e Conceição. Agradeço a terapeuta ocupacional, Carla Magalhães, pela parceria e cooperação para que a coleta de dados fosse realizada.

Aos servidores do Centro Saúde Escola do Marco pela cooperação para que a coleta de dados fosse realizada.

Aos voluntários e bolsistas que participaram da equipe que coletou os dados desta tese, em especial ao Tallyson Nascimento, Erick Cardoso, João Pedro Pantoja, Nathalia Mello, Layane Cordeiro pela parceria, tempo e dedicação a esta pesquisa.

Aos pais de bebês prematuros, em especial as mães, que confiaram suas histórias, disponibilizaram tempo mesmo com tantas atribuições, e colaboraram para que esta pesquisa fosse realizada.

Sumário

Lista de Siglas.....	11
Lista de Apêndices.....	12
Lista de Tabelas.....	13
Lista de Figuras.....	14
Resumo.....	15
Abstract.....	17
Apresentação.....	19
CAPÍTULO I	
Aspectos Gerais da Prematuridade.....	22
Seguimento ambulatorial da criança nascida prematura.....	24
Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras	27
Estresse, depressão, ansiedade e desesperança de genitores de prematuros.....	29
Modelo Duplo ABC-X.....	32
Saúde mental de genitores de prematuros durante a pandemia Covid-19.....	34
Hipóteses.....	36
Objetivos geral e específicos.....	37
CAPÍTULO II	
Estudo I.....	38
Objetivo.....	40
Método.....	40
Resultados.....	42
Discussão.....	48
Conclusão.....	51
CAPÍTULO III	

Estudo II.....	60
Objetivo.....	64
Método.....	65
Delineamento.....	65
Contexto de Pesquisa.....	65
Participantes.....	66
Instrumentos.....	67
Procedimento de Coleta de Dados.....	69
Procedimento de Análise de Dados.....	69
Resultados.....	70
Discussão.....	78
CAPÍTULO IV	
Estudo III.....	86
Objetivo.....	90
Método.....	90
Delineamento	90
Contexto de Pesquisa.....	90
Participantes.....	90
Instrumentos.....	90
Procedimento de Coleta de Dados.....	91
Procedimento de Análise de Dados.....	91
Resultados e Discussão.....	91
Considerações Finais da Tese.....	105
Referências.....	109
Apêndices.....	120

Lista de Siglas

ADNPM	Atraso do Desenvolvimento Neuropsicomotor
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
BHS	<i>Beck Hopelessness Scale</i>
DNPM	Desenvolvimento Neuropsicomotor
FSCMPA	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
IC	Idade Corrigida
LED	Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento
PPGTPC	Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento
PSI (SF)	<i>Parental Stress Index (Short-form)</i>
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido prematuro
SUS	Sistema Único de Saúde
SWYC	<i>Survey of Well Being of Young Children</i>
RSL	Revisão Sistemática da Literatura
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais
UCIN-Ca	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru
UCIN-Co	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional
UFPA	Universidade Federal do Pará
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Lista de Apêndices

Apêndice A	Aprovação Comitê de Ética e Pesquisa
Apêndice B	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudo II)
Apêndice C	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudo III)
Apêndice D	Termo de Consentimento de Utilização de Dados (TCUD)
Apêndice E	Formulário de Caracterização Sociodemográfica
Apêndice F	<i>Survey of Well Being of Young Children (SWYC)</i> - 2 meses
Apêndice G	<i>Survey of Well Being of Young Children (SWYC)</i> - 12 meses
Apêndice H	<i>Stress Parental Index (Short-form)- PSI (SF)</i>
Apêndice I	Inventário de Ansiedade de Beck
Apêndice J	Inventário de Depressão de Beck
Apêndice K	Escala de Desesperança de Beck
Apêndice L	Roteiro de entrevista

Lista de Tabelas

Estudo I

Tabela 1. Síntese da Caracterização dos Artigos da Revisão Sistemática de Literatura

Estudo II

Tabela 1. Características sociodemográficas das famílias de crianças nascidas prematuros e a termo

Tabela 2. Teste t SWYC- domínio Marcos do desenvolvimento Tempo 1 e 2

Tabela. 3 Teste t Estresse parental, Ansiedade, Depressão e Desesperança no T1

Tabela 4. Teste t Estresse parental, Ansiedade, Depressão e Desesperança no T2

Tabela 5. Saúde mental de mães de crianças nascidas prematuras ao longo do tempo

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo Duplo ABC-X de Ajustamento e Adaptação (McCubbin & Patterson, 1982)

Estudo I

Figura 1. Fluxograma de Inclusão e Exclusão dos Dados

Figura 2. Multigafo das Variáveis dos Artigos

Estudo III

Figura. 1 Dendograma ou Classificação Hierárquica Descendente sobre as percepções de genitores de crianças nascidas prematuras

Oliveira, L. S. M. (2024). *Saúde mental materna e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras no contexto da COVID-19*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém-PA, 143 p.

Resumo

Esta tese de doutorado teve como objetivo geral investigar a associação entre variáveis psicológicas parentais como estresse, ansiedade, depressão, desesperança e relacioná-las ao desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras nos primeiros 24 meses de idade corrigida. Para tal, foi estruturada em três estudos. O estudo I intitulado “Estresse parental e sintomas associados em genitores de prematuros: uma revisão sistemática”, teve o objetivo de identificar na produção científica as variáveis associadas ao estresse parental de genitores de bebês prematuros através da técnica de análise de grafos. Foram consultadas as bases de dados CINAHL, Cochrane library, Medline, PsycInfo e Web of Science. As buscas resultaram em 12 artigos, submetidos à técnica de análise e visualização de dados em grafos por meio do Programa NodeXL. Dentre as variáveis analisadas, destacam-se: sofrimento psicológico dos pais, fatores de risco, características maternas, características da criança, características ambientais, relação pais-bebê, e intervenção. Os principais sintomas associados ao estresse parental foram os de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático. Concluiu-se que a implementação de intervenções voltadas ao bem-estar do bebê e da família podem minimizar as dificuldades enfrentadas. O estudo II “Saúde mental materna e desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida de crianças nascidas prematuras”, objetivou investigar a associação entre estresse parental, ansiedade, depressão, desesperança e o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras aos 3 e 12 meses de idade corrigida. Trata-se de um estudo longitudinal, analítico, quantitativo, realizado em ambulatório. Participaram 91 díades, distribuídas em dois grupos: (G1) mães de crianças nascidas prematuras e (G2) mães de crianças nascidas a termo. Utilizou-se formulário sociodemográfico, SWYC, PSI-SF, escalas Beck: BAI, BDI e BHS. O Teste t de Student foi utilizado para a comparação de amostras independentes e pareadas. Os resultados indicaram que aos 3 meses de idade corrigida, mães de crianças nascidas prematuras apresentaram alto estresse na dimensão “Sofrimento parental”, depressão leve e desesperança moderada. Aos 12 meses de idade corrigida, o G1 apresentou diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Criança difícil” do PSI-SF e desesperança moderada. A comparação entre as variáveis psicológicas ao

longo do tempo, demonstrou que aos 12 meses de idade corrigida, mães de crianças nascidas prematuras apresentaram alto estresse na dimensão “Sofrimento parental”, depressão leve e desesperança moderada. O estudo III “Prematuridade e Covid-19: um estudo das percepções dos genitores”, objetivou explorar a percepção de genitores sobre a prematuridade no contexto da pandemia Covid-19. Trata-se de um estudo retrospectivo, exploratório e qualitativo, realizado em um ambulatório do prematuro. Participaram 20 genitores de crianças nascidas prematuras (14 mães e 6 pais), que estavam com 24 meses de idade corrigida. As percepções dos genitores foram analisadas com o auxílio do software Iramuteq e a luz do modelo Duplo ABC-X. Os resultados originaram três classes, Prematuridade no contexto da Pandemia Covid-19, Saúde mental de pais de crianças nascidas prematuras durante a Covid-19 e Desenvolvimento motor, da linguagem e social da criança nascida prematura. A saúde mental de pais de crianças nascidas prematuras deve ser avaliada de forma sistemática e seus resultados devem estar na base do planejamento de intervenções promotoras do bem-estar parental. Essa pesquisa confirmou a natureza complexa que envolve o fenômeno da prematuridade, constituindo-se em uma experiência multideterminada e multifacetada que sofre influência de vários fatores. A experiência de ter um filho prematuro durante a emergência da pandemia da Covid-19 potencializou angústias, tensões, medo e preocupação dos pais, sobretudo, das mães. Ademais, a rede de apoio ficou reduzida ou inexistente, o que aumentou a sobrecarga de cuidados. Esses dados reforçam a premissa de que a prematuridade não pode ser investigada fora do contexto, é preciso considerar o conjunto de estressores aos quais as famílias estão expostas, as características individuais de cada membro e a sua percepção dos eventos que podem gerar crise no sistema familiar.

Palavras-chave: COVID-19, Desenvolvimento infantil, Lactentes prematuros, Saúde mental, Stress

Oliveira, L. S. M. (2024). Maternal mental health and neuropsychomotor development of children born prematurely in the context of COVID-19. Doctoral thesis. Postgraduate Program in Behavior Theory and Research. Belém-PA, 143 p.

Abstract

This doctoral thesis had the general objective of investigating the association between parental psychological variables such as stress, anxiety, depression, hopelessness and relating them to the neuropsychomotor development of children born prematurely in the first 24 months of corrected age. To this end, it was structured into three studies. Study I entitled “Parental stress and associated symptoms in parents of premature babies: a systematic review”, aimed to identify in scientific production the variables associated with parental stress in parents of premature babies through the graph analysis technique. The CINAHL, Cochrane library, Medline, PsycInfo and Web of Science databases were consulted. The searches resulted in 12 articles, submitted to the data analysis and visualization technique in graphs using the NodeXL Program. Among the variables analyzed, the following stand out: parental psychological distress, risk factors, maternal characteristics, child characteristics, environmental characteristics, parent-baby relationship, and intervention. The main symptoms associated with parental stress were depression, anxiety and post-traumatic stress. It was concluded that the implementation of interventions aimed at the well-being of the baby and family can minimize the difficulties faced. Study II “Maternal mental health and neuropsychomotor development in the first year of life of children born prematurely”, aimed to investigate the association between parental stress, anxiety, depression, hopelessness and the neuropsychomotor development of children born prematurely at 3 and 12 months of corrected age. . This is a longitudinal, analytical, quantitative study, carried out in an outpatient clinic. 91 dyads participated, divided into two groups: (G1) mothers of children born prematurely and (G2) mothers of children born at term. A sociodemographic form, SWYC, PSI-SF, Beck scales: BAI, BDI and BHS were used. Student's t-test was used to compare independent and paired samples. The results indicated that at 3 months of corrected age, mothers of children born prematurely showed high stress in the “Parental Suffering” dimension, mild depression and moderate hopelessness. At 12 months of corrected age, G1 showed statistically significant differences in the “Difficult child” dimension of the PSI-SF and moderate hopelessness. The comparison between psychological variables over time demonstrated that at 12 months of corrected age, mothers of

children born prematurely showed high stress in the “Parental Suffering” dimension, mild depression and moderate hopelessness. Study III “Prematurity and Covid-19: a study of parents' perceptions”, aimed to explore parents' perceptions of prematurity in the context of the Covid-19 pandemic. This is a retrospective, exploratory and qualitative study, carried out in a premature outpatient clinic. 20 parents of children born prematurely (14 mothers and 6 fathers), who were 24 months of corrected age, participated. The parents' perceptions were analyzed with the help of the Iramuteq software and the light of the Duplo ABC-X model. The results gave rise to three classes, Prematurity in the context of the Covid-19 Pandemic, Mental health of parents of children born prematurely during Covid-19 and Motor, language and social development of children born prematurely. The mental health of parents of children born prematurely must be systematically assessed and its results must be the basis for planning interventions that promote parental well-being. This research confirmed the complex nature surrounding the phenomenon of prematurity, constituting a multi-determined and multifaceted experience that is influenced by several factors. The experience of having a premature child during the Covid-19 pandemic emergency heightened anxieties, tensions, fear and concern for parents, especially mothers. Furthermore, the support network was reduced or non-existent, which increased the burden of care. These data reinforce the premise that prematurity cannot be investigated out of context, it is necessary to consider the set of stressors to which families are exposed, the individual characteristics of each member and their perception of events that can generate crisis in the family system.

Keywords: COVID-19, Child development, Infant premature, Mental health, Stress

Apresentação

A tese intitulada “Saúde mental materna e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras no contexto da Covid-19” está vinculada ao Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento (LED), que integra o Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento (PPGTPC) da Universidade Federal do Pará (UFPA). O PPGTPC é constituído por duas áreas de concentração, sendo uma dessas a área de concentração Ecoetologia, a linha de pesquisa “Ecologia do Desenvolvimento Humano” realiza investigações nos âmbitos familiares e institucionais no contexto Amazônico, sobre variáveis de caráter relacional e ambiental com o intuito de entender processos de desenvolvimento em ação.

Neste sentido, esta tese tem como objetivo geral investigar a associação entre as variáveis psicológicas parentais como estresse, ansiedade, depressão, desesperança e relacioná-las ao desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras nos primeiros 24 meses de idade corrigida. Entende-se o nascimento prematuro como um evento inesperado e com repercussões clínicas e psicoemocionais não só para o recém-nascido como também para os seus pais, sendo necessárias pesquisas que busquem compreender o sofrimento parental.

Neste estudo, entende-se que o desenvolvimento humano se constitui em um fenômeno complexo, multideterminado e multifacetado. Pode ser influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos, os primeiros são aqueles responsáveis pelas características geneticamente determinadas, que definem o alvo genético. Porém, é importante salientar que este alvo genético pode ser influenciado por fatores extrínsecos, que frequentemente são diferenciados em biológicos e ambientais ou psicossociais (Eickmann & Lima, 2007).

Entre as causas que estão relacionadas aos potenciais riscos de atraso no desenvolvimento destaca-se, nesta pesquisa, a prematuridade, caracterizada pelo nascimento com idade gestacional inferior a 37 semanas (WHO, 2022). A prematuridade constitui-se em um problema de saúde pública que atinge diversos países, inclusive o Brasil, é apontada como a principal determinante de morbimortalidade neonatal, além de representar consequências a longo prazo na saúde e desenvolvimento desta população (Beck et al., 2010; Capelli et al. 2022)

A maior parte dos óbitos na infância ocorre no primeiro ano de vida, sobretudo no primeiro mês. Há uma elevada participação das causas perinatais como a prematuridade, o que evidencia a importância dos fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto, em geral preveníveis por meio de assistência à saúde de qualidade (Abebaw et al., 2023; Lansky et al.,

2014). Em 2012, novas estimativas globais colocaram o nascimento prematuro como a segunda causa de mortalidade infantil, perdendo apenas para a pneumonia, com mais de um milhão de óbitos por ano (Liu et al., 2012). Dados coletados em 184 países, referentes ainda ao ano de 2012, estimam que 11% dos bebês do mundo nascem prematuramente, resultando em 15 milhões de bebês pré-termo (Kinney et al., 2012).

Dados dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde (SUS) informam que, em 2019, 11% dos nascidos vivos no Brasil foram prematuros; em 2020, 11,31%; e, em 2021, 12,19% (Ministério da Saúde, 2021). O parto prematuro e a subsequente hospitalização do recém-nascido pré-termo (RNPT) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) repercute na dinâmica familiar, configura-se como um evento potencialmente traumático e angustiante para os pais (Russell et al., 2014). Durante o período de internação, os familiares irão vivenciar problemas como: separação do bebê, medo do prognóstico e intercorrências clínicas do neonato prematuro, além da incerteza de sua sobrevivência, vivem ainda o luto do filho idealizado, as mães podem experimentar a sensação de privação de sua função materna e consequente dificuldades no estabelecimento de vínculo com o filho (Almeida & Goldstein, 2022).

Segundo de Souza et al (2010) o longo período de hospitalização do RNPT interfere de forma negativa no desenvolvimento das habilidades maternas na prestação de cuidados ao prematuro e na formação de vínculo mãe-bebê. Além disso, alguns autores afirmam que o sofrimento psicológico materno no pós-parto pode ser nocivo ao desenvolvimento subsequente da criança, potencializando dificuldades comportamentais e emocionais no futuro (Morrell & Murray, 2003; Pontes & Cantinillo, 2014).

Portanto, é importante salientar que as repercussões do nascimento prematuro não se encerram após a alta hospitalar do RNPT, pelo contrário podem estender-se por períodos prolongados. Estas mudanças podem alterar a rotina familiar, gerar atrasos no desenvolvimento da criança, idas constantes ao ambulatório para acompanhamento e maiores intercorrências na saúde do bebê no primeiro ano de vida (Karnati et al., 2020)

Neste panorama, diversas pesquisas têm sido conduzidas com o intuito de investigar os atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM) de recém-nascidos pré-termo (RNPT). Alguns estudos centram-se na identificação de atrasos na motricidade, cognição, linguagem (Formiga et al., 2017; Soares et al., 2017; Valentini et al., 2021); outros em aspectos socioemocionais (Montagna & Nosarti, 2016; Zelkowitz, 2017); alguns fazem a relação entre todos esses domínios (Fernandes et al., 2012; Goés et al., 2015). Além destes, existem, ainda, na literatura estudos que buscam analisar o estresse parental de pais de prematuros (Brummelte

et al., 2011; Coletti et al., 2015; Mughal et al., 2017). Outras pesquisas centram-se na investigação da ansiedade e depressão em especial nas mães de prematuros (Dantas et al., 2012; Padovani et al., 2004; Perrone & Oliveira, 2011). Porém, ainda são insuficientes estudos que busquem investigar as possíveis relações entre ansiedade, depressão, desesperança, estresse parental e a trajetória desenvolvimental de prematuros no primeiro ano de vida.

Para a compreensão do fenômeno que será estudado, esta tese foi dividida em quatro capítulos. O Capítulo I apresenta o referencial teórico que irá embasar os estudos, sendo explorado os seguintes tópicos: Aspectos gerais da prematuridade; Seguimento ambulatorial da b prematuro; Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor do prematuro; Estresse, ansiedade, depressão e desesperança de genitores de prematuros; Saúde mental de genitores de prematuros durante a pandemia Covid-19.

O Capítulo II apresenta o estudo I, artigo de revisão sistemática intitulado “Estresse parental e sintomas associados em genitores de prematuros: uma revisão sistemática”, que teve o objetivo de identificar na produção científica as variáveis associadas ao estresse parental de genitores de bebês prematuros através da técnica de análise de grafos.

O Capítulo III apresenta o estudo II “Saúde mental materna e desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida de bebês prematuros”, empírico, com delineamento longitudinal que objetivou investigar o estresse parental, ansiedade, depressão, desesperança e o desenvolvimento neuropsicomotor de bebês prematuros aos 3 e 12 meses de idade corrigida.

O Capítulo IV consiste na descrição do estudo III “Prematuridade e Covid-19: um estudo das percepções dos genitores”, retrospectivo, de natureza descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa dos dados, que objetivou explorar a percepção de genitores sobre a prematuridade no contexto da pandemia Covid-19. Por fim, as considerações finais da tese, que busca discutir e integrar os resultados do estudo II, quantitativo, e do estudo III, qualitativo a partir do Modelo duplo ABC-X (McCubbin & Paterson, 1982, 1983).

CAPÍTULO I

Aspectos Gerais da Prematuridade

Segundo dados do Ministério da Saúde (2021), no Brasil, 340 mil bebês nascem prematuros todo ano, o equivalente a 931 por dia ou 6 prematuros a cada 10 minutos. Mais de 12% dos nascimentos no país acontecem antes da gestação completar 37 semanas, o dobro do índice de países europeus. Quanto mais precoce o nascimento, ou seja, quanto menor a idade gestacional ao nascimento maior será a imaturidade do recém-nascido pré-termo (RNPT) que, por sua vez, se associa a complicações clínicas no período neonatal e de potenciais riscos ao seu desenvolvimento (WHO, 2022).

Os fatores de risco para o parto prematuro espontâneo são relacionados a aspectos sociodemográficos como gravidez na adolescência, baixa escolaridade materna, cuidados pré-natais inadequados. Outros fatores associados são: histórico de partos prematuros, gravidez múltipla, descolamento prematuro de placenta, além de quadros infecciosos. Por outro lado, os partos prematuros eletivos são relacionados com serviços maternos de saúde privados, gravidez em idade avançada, histórico de dois ou mais partos cesarianos, gravidez múltipla e variadas patologias maternas ou fetais (Leal et al., 2016; Unicef, 2013).

O nascimento pré-termo demanda um conjunto de cuidados e assistência diferenciadas do nascimento a termo. Em geral, o RNPT necessitará ficar internado por um período prologando na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Na sequência será transferido para a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) e deverá ser acompanhado no serviço de seguimento ambulatorial (Klossowski et al., 2016). É essencial o entendimento de cada uma dessas etapas, como são caracterizadas e as repercussões para o RNPT e para sua família.

A inquietação de diferentes profissionais e do Ministério da Saúde diante da necessidade de garantir a assistência hospitalar de qualidade ao recém-nascido prematuro, gerou a proposta de construir norteadores para os cuidados perinatais no Brasil, o que deu origem a Normas e Portarias que ao longo das décadas foram revisadas e atualizadas (Brasil, 2017). Entre estas, destaca-se a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, publicada pelo Diário Oficial como Portaria GM nº 693, em 5 de julho de 2000, posteriormente revisada com a Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Em 2012 esta portaria foi atualizada, de modo que a Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012 estabelece normas para a organização da atenção

integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Manual da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru, 3ª edição (Brasil, 2017).

Segundo a Portaria 930, o recém-nascido pré-termo (RNPT) necessita de assistência especializada, para tal foram definidas diretrizes e objetivos incluídos no art. 5º, que define a Unidade Neonatal como um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (Brasil, 2017).

O art. 6º da mesma portaria divide as unidades neonatais de acordo com as necessidades de cuidado, em: 1) Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); 2) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), que se divide em duas tipologias: a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

O nascimento prematuro de um bebê constitui-se em um evento inesperado para a família que associado ao afastamento devido as condições clínicas do lactente e a necessidade de hospitalização mais prolongada do que o de lactentes nascidos a termo, ocasiona aos familiares da criança a ocorrência de sentimentos de angústia, tristeza e medo (Dadalto & Rosa, 2015). Para as mães, as UTINs são descritas como ambientes de cuidado e atenção necessários para garantir a sobrevivência de seus filhos, porém a vivência neste espaço é tida inicialmente como dolorosa e cansativa. Em geral, o RN prematuro ao receber alta da UTIN vai para a Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal Convencional (UCINCo). Estas também são conhecidas como Unidades Semi-Intensivas, são serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandam assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN (Brasil, 2017).

São preconizados alguns critérios de elegibilidade para que o bebê e sua mãe sejam transferidos para a Unidade de Cuidado Intermediário Canguru (UCINCa). O RN precisa estar estabilizado clinicamente, estar em nutrição enteral plena; peso mínimo de 1.250 kg; além disso a mãe também precisa manifestar desejo e disponibilidade para ficar na UCINCa, apoio familiar para sua permanência no hospital em período integral; consenso entre mãe, familiares e profissionais de saúde; reconhecimento materno dos sinais de comunicação do filho relativos a conforto, estresse, respiração, etc e conhecimento e habilidade para manejar o recém-nascido

em posição canguru.

Silveira (2012) afirma que a preparação para a alta hospitalar do pré-termo deve ser iniciada a partir do momento em que o RN começa a coordenar a sucção e deglutição, quando consegue alimentar-se via oral sem sonda e controlar bem sua temperatura corporal. Este é um momento muito aguardado pelos familiares, e os profissionais que prestam assistência a população prematura defendem a importância de a alta do pré-termo ser planejada e orientada o mais precocemente possível, ocorrendo de forma gradativa.

A equipe multiprofissional deve fornecer informações para que os pais compreendam as necessidades e preparem-se para receber o novo membro da família. Atendida essa prerrogativa, os familiares da criança prematura ficarão mais bem esclarecidos e aptos a prestar os cuidados necessários em ambiente domiciliar (Gaíva et al., 2006).

Neste sentido, é comum as mães relatarem dúvidas quanto à forma correta de prestar cuidados ao bebê pré-termo, como em relação a administração de medicações, esquema de vacinação, além dos cuidados diários com o bebê. De modo a minimizar as dúvidas e facilitar que a família se sinta mais segura na prestação de cuidados, é essencial que a equipe que acompanha o RNPT durante a internação hospitalar forneça orientações que devem abarcar não só as necessidades da criança, mas também levar em consideração a subjetividade da família, isto é, suas crenças, valores, dificuldades, maneiras de prestar cuidados pelos membros da família, entre outros (Gaíva et al., 2006; Schmidt & Higarashi, 2012).

Após a alta hospitalar, ocorrem sentimentos ambivalentes pelos pais da criança prematura, alegria pela estabilização do bebê e pela ida para casa, e ao mesmo tempo receio de ter que cuidar de um bebê que exige cuidados diferenciados (Moraes et al., 2009). Assim, a equipe de profissionais deve realizar orientações adequadas ao longo de toda internação, sensibilizar a família quanto a importância do seguimento da criança em serviços de acompanhamento/ vigilância do desenvolvimento e programas de *follow up*, para garantir que a criança seja assistida de forma integral.

Seguimento Ambulatorial da criança nascida prematura

O desenvolvimento do recém-nascido prematuro deve ser acompanhado de forma sistemática, além disso uma investigação minuciosa das repercussões de suas condições clínicas em seu processo desenvolvimental ajudará a equipe a atuar de forma preventiva por meio da detecção precoce de alguma anormalidade e no adequado manejo para minimizar os prejuízos que podem ser ou não transitórios (Formiga et al., 2004; Linhares et al., 2003). Para isso é fundamental que o bebê pré-termo seja acompanhado por equipe multidisciplinar no

ambulatório, em rotinas de consultas diferenciadas do bebê a termo.

Silveira (2012) defende, ainda, que o acompanhamento do prematuro de forma supervisionada e interdisciplinar, está estritamente relacionado a menores taxas de re-hospitalizações e menor índice de infecções nos primeiros anos de vida. Ademais, o acompanhamento dessas crianças está associado com melhores taxas de crescimento e neurodesenvolvimento, adequada inclusão escolar, aumento do potencial de aprendizado e inserção na sociedade na vida adulta.

Para que o acompanhamento do prematuro seja realizado de forma eficaz é necessário que os diferentes profissionais realizem avaliações minuciosas, em que cada um a partir de sua especificidade poderá verificar se a criança está com o desenvolvimento esperado para a faixa etária, levando em consideração a idade corrigida do bebê pré-termo para não ter como parâmetro expectativas irreais.

A idade corrigida (IC) corresponde ao ajuste da idade cronológica em função do grau de prematuridade ao nascimento do RNPT. O cálculo da IC deve ser realizado por meio da subtração da idade cronológica das semanas que faltaram para a idade gestacional atingir 40 semanas. Embora não haja consenso sobre quanto tempo deve ser corrigida a idade do prematuro, a maioria dos autores utiliza a IC nos primeiros 2 anos de vida (Rugolo, 2012).

Um acompanhamento sistemático em ambulatório de seguimento constitui-se em um recurso para suprir a necessidade do atendimento dessa população, favorecendo a detecção precoce de desvios do desenvolvimento e encaminhamento para a intervenção, minimizando possíveis sequelas (Méio et al., 2005). Para que seja oferecida uma assistência integral ao RNPT e sua família, é necessário a compreensão sistêmica do desenvolvimento humano e neuropsicomotor na infância.

O desenvolvimento pode ser definido como a capacidade progressiva do ser humano em realizar funções cada vez mais complexas (Bronfenbrenner, 1996). Este processo é o resultado da interação entre os fatores biológicos, inerentes a espécie e ao indivíduo, e os fatores culturais, que constituem o meio social em que o indivíduo está inserido. Dessa forma, a aquisição de novas habilidades está diretamente relacionada, não apenas à faixa etária da criança, mas também às interações vividas com os outros seres humanos do seu grupo social (Pedraza & Queiroz, 2011).

Os primeiros anos de vida são especialmente importantes para o desenvolvimento de todo ser humano. O cérebro da criança sofre o desenvolvimento mais intensivo nesse período. As experiências na infância têm um enorme impacto sobre o desenvolvimento do cérebro e,

portanto, sobre suas habilidades e chances mais tarde na vida (Unicef, 2013). Zamberlan (2002) afirma que o crescimento cerebral é intenso e extremamente rápido até os 18 meses, bem como que o cérebro, neste período, é dotado de maior plasticidade. Isto sugere que a interação inicial com diferentes tipos de padrões de estímulos é muito relevante.

Dessa forma, se a criança cresce em um ambiente com afeto, segurança e cuidados parentais inadequados, muitas sinapses em seu cérebro se deteriorarão e seu cérebro será significativamente diferente do cérebro de uma criança que cresce em um ambiente emocionalmente rico. Já aos três anos de idade, podem ser observadas diferenças visíveis no desenvolvimento social e intelectual da criança, que estão relacionadas a aspectos multifatoriais como renda, educação dos pais, ao tempo que os pais passam com os filhos em casa e como eles apoiam sua curiosidade e aprendizado (Unicef, 2013).

O microsistema familiar é o primeiro e mais abrangente contexto que a criança participa (Bronfenbrenner, 1996). Este pode apresentar fatores de proteção, à medida que oferece segurança, estímulos adequados, oferta de cuidados as necessidades da criança, suporte e afeto. Por outro lado, a família pode apresentar fatores de risco, onde estão incluídas algumas características, que podem colocar o desenvolvimento infantil saudável em risco. As evidências da literatura revelam que baixa renda, baixa escolaridade dos pais, altos níveis de estresse familiar, baixos níveis de suporte social, depressão e doença psiquiátrica dos pais constituem importantes fatores de risco ao desenvolvimento do bebê prematuro (Cid et al., 2012).

De fato, o nascimento prematuro de um bebê e todas as suas repercussões podem trazer prejuízos a saúde mental de seus pais, como altos níveis de ansiedade, depressão, estresse parental e estresse pós-traumático. Estudos revelam a associação da depressão materna com a prematuridade principalmente durante o primeiro ano de vida. A presença da depressão nas mães pode representar risco de os bebês pré-termo desenvolverem desordens emocionais, comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais a longo prazo (Glover, 2014).

Algumas características dos recém-nascidos prematuros como vulnerabilidade de seu estado de saúde, choro persistente, podem ativar ainda mais os mecanismos que levam ao sofrimento psíquico parental. Esta situação é delicada e desafiadora, pois de um lado têm-se o bebê prematuro que por sua maior imaturidade quando comparado a um bebê nascido a termo precisa de um ambiente mais estimulador, por outro lado têm-se seus pais, muitas vezes exaustos, perdidos e com dificuldades de ofertar um contexto familiar saudável e que seja marcado por fatores de proteção ao desenvolvimento (Carvalho & Silva, 2014; Murray et al., 2010).

Por esta razão, esforços devem ser empreendidos de forma precoce com o objetivo de maximizar o desenvolvimento global da criança em todos os domínios: motor, cognitivo, linguagem, socioemocional. Para crianças que nascem com riscos biológicos, como as prematuras, é necessário acompanhamento sistemático por equipe especializada, ambiente adequado e que estimule suas competências, além de cuidadores que ofereçam afeto, suporte e cuidado. Ademais, a literatura tem evidenciado que este acompanhamento deve estender-se a seus pais através de avaliações e intervenções que visem proporcionar maior segurança, bem-estar, e que busquem minimizar possíveis prejuízos a sua saúde mental (Fotiou et al., 2016; Holditch-Davis et al., 2014).

Nesta perspectiva, a relação que a criança estabelece com o meio exterior, em particular com seus cuidadores, irão permitir-lhe definir um modelo relacional interno. Esse modelo será de confiança e segurança, no caso dessa figura ter uma ação contingente e constante às necessidades da criança, ou insegura, se essas ações forem inadequadas ou se tornarem imprevisíveis (Ainsworth et al., 1974; Bowlby, 1940).

Segundo Zamberlan (2002) desde a concepção, mães e bebês participam de um sistema muito complexo de relações, que emerge, se organiza e se modifica através do curso da evolução e de eventos culturais interpostos ao desenvolvimento subsequente de ambos. Em geral, ocorrem mudanças significativas nos primeiros anos de vida, tanto nas condições do bebê como nas maternas, afetando-os mutuamente dentro de um padrão interacional singular. A qualidade da interação inicial é considerada um importante fator mediador entre os eventos perinatais e o seu posterior desenvolvimento, particularmente no que se referem à comunicação, socialização e cognição.

Com base na noção que o desenvolvimento infantil e a saúde mental de seus cuidadores constituem uma unidade, em que um influencia o outro, entende-se que é fundamental o acompanhamento sistemático com vistas a identificar possíveis atrasos desenvolvimentais no bebê assim como prevenir danos à saúde mental de seus cuidadores. Neste sentido, é primordial o uso de instrumentos que forneçam dados qualitativos e quantitativos sobre o desenvolvimento, gerando informações que poderão nortear a intervenção junto à criança e aos seus cuidadores.

Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras

A literatura afirma que os primeiros anos de vida são críticos para o desenvolvimento neuropsicomotor humano, pois durante esse período as crianças sofrem maiores influências de fatores que podem acarretar prejuízos ou que podem ser promotores de seu desenvolvimento

global (Hensch, 2004). Estas evidências são mais críticas quando se trata de crianças que nascem com riscos biológicos, como as prematuras, sendo necessário o acompanhamento e avaliação constante do desenvolvimento infantil.

A utilização de instrumentos de avaliação confiáveis, adaptados culturalmente e validados ainda constitui um desafio e que apresenta lacunas nos níveis de atenção primária e secundária em diversos países, inclusive no Brasil (Alves, 2021). Os testes *Bayley Scales of Infant and Toddler Development-III* (Bayley-III), *Denver Developmental Screening Test-II* (Denver-II) e o *Ages on Stages Questionnaire* (ASQ-3 e ASQ-SE) apresentam limitações importantes, como custo elevado do material, a necessidade de treinamento específico e a demora no tempo de aplicação o que dificulta sua utilização (Alves, 2021).

Nesta perspectiva, Silva et al. (2011) identificaram os principais instrumentos para avaliar o desenvolvimento de prematuros, que totalizaram 11: Teste de Gesell; Escala de Desenvolvimento Infantil de Bayley (BSID); Teste Denver; Teste de triagem sobre o desenvolvimento de Milani- Comparetti; Gráfico do desenvolvimento motor de Zdanska – Brincken; Escala de avaliação do comportamento do neonato (NBAS); Avaliação dos movimentos da criança (MAI); Avaliação neurológica de recém-nascidos prematuros e a termo; *Peabody Developmental Motor Scale* (ESCALA PDMS); *TIMP - Test Of Infant Motor Performance*; e *Alberta Infant Motor Scale* (AIMS).

Uma alternativa frente as limitações identificadas na literatura é o instrumento *Survey of Well Being of Young Children* (SWYC), desenvolvido em 2011 e validado para a população norte-americana em 2013, e adaptado transculturalmente para o contexto brasileiro por Moreira et al (2019). O SWYC-BR consiste em um instrumento abrangente e de acesso livre, usado para triagem de alterações do desenvolvimento e do comportamento em crianças com menos de 65 meses de idade. Este teste foi projetado para ser aplicado com os pais ou cuidadores, inclui a avaliação do desenvolvimento motor, cognitivo e da linguagem, aspectos comportamentais, emocionais, preocupação dos pais com o desenvolvimento e estresse no ambiente familiar.

O SWYC-BR avalia múltiplos domínios do bem-estar das crianças através de 40 perguntas divididas em 3 subseções: 1) desenvolvimento, que abrange o questionário “Marcos do Desenvolvimento (MD)” e o questionário de “Observações dos Pais sobre a Interação Social (POSI)”; 2) emocional/social (comportamento), que inclui a “Lista de Sintomas do Bebê (BPSC)” e a “Lista de sintomas Pediátricos (PPSC)” que avaliam os sintomas comportamentais e emocionais em crianças menores de 18 meses e entre 18 e 65 meses e 31 dias, respectivamente; e 3) fatores de risco familiares, que inclui “Perguntas sobre a Família”

(Sheldrick et al., 2013; Sheldrick et al., 2012). Além disso, constam nos formulários de todas as faixas etárias perguntas sobre Preocupações dos Pais com o comportamento, aprendizado ou desenvolvimento da criança.

Apesar de ainda incipiente, vem crescendo os estudos que utilizam o SWYC para avaliar crianças pequenas. Com o objetivo de identificar o perfil de desenvolvimento de crianças assistidas em consultas de puericultura de uma Estratégia de Saúde da Família e os fatores que influenciam o desenvolvimento, Bombarda Muller e Consi (2021) aplicaram o SWYC em crianças com idades entre dois e 19 meses. Na avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil, observaram comportamento motor adequado para a faixa etária, porém identificaram resultados abaixo da média na área da linguagem.

Com o objetivo de realizar a triagem para o desenvolvimento neuropsicomotor e socioemocional em crianças menores de 24 meses, Sousa et al. (2022) aplicaram a escala SWYC em 287 participantes, em um município da região do semiárido brasileiro. Os resultados mostraram a prevalência de 12,7% de casos suspeitos de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e 42,2% de alterações socioemocionais. Os autores recomendam a adoção da triagem para desenvolvimento infantil como rotina nos serviços de saúde, com a implantação de programas de intervenção apropriados.

Além da necessidade de se avaliar o desenvolvimento da criança prematura, é preciso atentar ao impacto que a prematuridade exerce sobre a saúde mental daqueles que estão junto a este bebê. A chegada de um filho prematuro pode fazer emergir medos, angústia e estresse naqueles que se preocupam com a sobrevivência da criança, o que justifica a necessidade de estudos que tenham por objetivo acessar a saúde mental dos cuidadores de bebês nascidos prematuramente.

Estresse, depressão, ansiedade, e desesperança de genitores de prematuros

O nascimento de um bebê prematuro é permeado por sentimentos ambivalentes dos pais, sentem alegria pela nova vida, mas ao mesmo tempo emergem sentimentos de tristeza pela necessidade de hospitalização e cuidados intensivos de seu filho. A internação comumente é descrita como um momento de estresse, angústia, ansiedade e que também pode ser acompanhado por quadros de depressão (Contim et al., 2017).

O estresse parental pode ser definido como “uma reação psicológica adversa, perante as exigências de ser mãe ou pai, que é experienciada com sentimentos negativos, acerca de si próprio e da criança” (Deater-Deckard, 1998). A parentalidade está associada a vivências antagônicas, pode envolver satisfação e recompensas, e por outro lado demandas e sobrecargas,

que podem causar danos físicos, sociais e emocionais aos pais (Skreden et al., 2012).

Após o período neonatal, as incertezas sobre o futuro podem continuar, pois à medida que a criança pré-termo cresce novos problemas podem vir à tona, como potenciais riscos e atrasos ao desenvolvimento. Embora haja um pequeno número de estudos sobre desfechos parentais de crianças prematuras além do pós-parto imediato, há pouca informação sobre o estresse parental ao longo do tempo (Howe et al., 2014; Kersting et al., 2004).

A pesquisa de Schuetz Haemmerli et al. (2020) teve como objetivo comparar o estresse parental entre mães e pais de bebês nascidos prematuros e nascidos a termo dois a três anos após o nascimento e explorar suas memórias sobre sua experiência de estresse, especialmente após o trabalho de parto prematuro. Os resultados revelaram que as mães, principais cuidadoras, apresentaram níveis mais altos de estresse do que os pais. Adicionalmente observaram que o estresse gerado no parto prematuro está relacionado com a incerteza sobre o estado de saúde do filho, mas que essa experiência tende a equalizar dentro de 2 a 3 anos.

Com o objetivo de comparar experiências de estresse em mães e pais de bebês prematuros durante o primeiro ano de vida, além de avaliar mudanças no estresse parental e explorar potenciais preditores de estresse parental, Schmöker et al. (2020) conduziram uma pesquisa longitudinal que avaliou o estresse dos pais em três períodos: 8 semanas após a alta, 6 e 12 meses após o parto. Os resultados demonstraram que nos três intervalos de tempo, as mães perceberam mais restrições de papéis e os pais maior isolamento social. O estresse diminuiu entre as mães no primeiro ano de vida do bebê, mas aumentou nos pais entre 6 e 12 meses.

Contrariando estudos que afirmam que com o tempo, ou seja, em idades mais avançadas da criança, o estresse materno tende a diminuir, a pesquisa de Howe et al. (2014) revelou que a idade da criança não era um preditor significativo de estresse, e que os níveis de estresse de mães com bebês prematuros não mudaram significativamente ao longo do tempo. Além disso, o estresse parental percebido permaneceu maior do que o de mães com bebês a termo, mesmo quando seus filhos atingiram dois anos de idade.

Ao examinar os fatores que predizem o estresse parental e sintomas associados a depressão e ansiedade em uma coorte longitudinal de crianças nascidas muito prematuras (idade gestacional ≤ 32 semanas) aos 7 anos de idade e um grupo de bebês nascidos à termo, Linden et al. (2015) observaram que mesmo após sete anos do nascimento, persistem as diferenças nos níveis de estresse de pais de bebês prematuros comparado aos pais de bebês nascidos à termo.

Além do estresse parental associado a prematuridade, as evidências na literatura revelam a presença de quadros depressivos em pais de bebês prematuros. Os transtornos depressivos

têm como característica comum a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam de forma significativa a capacidade de funcionamento do indivíduo (DSM V). Além da depressão, os transtornos de ansiedade podem ser acionados diante da chegada de um filho prematuro. Estes transtornos envolvem sentimentos de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. É importante distinguir medo de ansiedade, apesar de os dois estados se sobreporem, mas que também se diferenciam. O medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Além disso, a ansiedade está associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamento de cautela ou esquiva (DSM V).

Além dos vários prejuízos na saúde mental que podem ser associados a prematuridade, a desesperança é uma percepção que pode marcar a cognição de pais de bebês prematuros (Cunha et al., 2011). A desesperança consiste em uma crença de um futuro sem perspectivas, e está intimamente relacionada à ideação suicida (Marback & Pelisoli, 2014). A desesperança pode ser compreendida como uma crença pertinente a um esquema de suicídio que, quando ativada, recorre a recursos cognitivos que o reforçam (Wenzel et al., 2010). Dessa forma, a pessoa que apresenta crença de desesperança tende a prever o futuro sem expectativas, perde a motivação pela vida e seu desejo de viver é arruinado.

Com o objetivo de explorar e descrever a experiência de pais de bebês internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a revisão sistemática conduzida por Obeidat et al. (2009) revelou que a experiência de ter um filho internado em UTIN está relacionada a sentimentos de estresse, tensão, separação, depressão, desespero, falta de controle da situação e ambivalência entre esperança e desesperança.

Favaro et al. (2012) conduziram um estudo que teve como objetivo comparar a ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão em mães de bebês prematuros e mães de bebês a termo. Os resultados constataram que, entre as mães de bebês prematuros, 75% apresentavam sintomas clinicamente significativos de ansiedade e 50% apresentavam sintomas clinicamente significativos de depressão. Já entre as mães de bebês a termo, 65% não apresentavam sintomas clinicamente significativos de ansiedade e tampouco depressão. Os sintomas prevalentes de ansiedade em mães de bebês prematuros foram incapacidade de relaxamento, preocupações difusas e expectativas apreensivas; já os sintomas de depressão foram anedonia (perda da satisfação e interesse em realizar as atividades do dia a dia) e incapacidade de engajamento em atividades de lazer.

Com o objetivo de acessar a associação do estresse parental a outras comorbidades, Holditch-Davis et al (2015) investigaram os padrões de sofrimento psicológico materno durante a internação do neonato prematuro em UTIN e examinaram os efeitos desses padrões de sofrimento psicológico nas medidas de ansiedade, depressão, estresse. Os resultados sugerem que mães categorizadas como extremamente angustiadas, mães com sintomas elevados de depressão e ansiedade permaneceram em risco de sofrimento psicológico significativo por um ano após a alta e tiveram percepções menos positivas do filho (maior preocupação e maior percepções de vulnerabilidade infantil).

De fato, são muitas as evidências que mostram o impacto da prematuridade na saúde mental de seus cuidadores. Todavia, não há consenso na literatura no tocante a força do tempo sob esse fenômeno, alguns autores defendem que em idades mais avançadas do bebê prematuro, isto é, à medida que esses bebês se desenvolvem, seus pais tendem a apresentar menores prejuízos em sua saúde mental (Schmöker et al., 2020; Schuetz et al., 2020). Por outro lado, outros estudos revelam que os prejuízos psicológicos continuam altos nos primeiros anos de vida da criança (Garel et al., 2006; Howe et al., 2014), o que mostra que os dados são inconclusivos.

Em suma, é notório que o impacto da prematuridade sob a saúde mental dos cuidadores é complexo. Neste sentido, torna-se necessário analisá-lo a partir de arcabouços teóricos que compreendam os fenômenos tendo em vista a complexidade que possuem. Modelos teóricos que foram pensados para discutir o impacto da deficiência sobre a adaptação familiar podem ser úteis para investigar a saúde mental dos pais de bebês prematuros, como o Modelo Duplo ABC-X que parece atender a estas prerrogativas.

Modelo Duplo ABC-X

Para a compreensão do impacto da deficiência no sistema familiar, McCubbin e Paterson (1982, 1983) construíram o modelo duplo ABC-X, em que consideraram que o processo de adaptação (X) diante da deficiência envolve o empilhamento de estressores (fator aA), recursos familiares (bB) e a percepção que a família tem sobre o impacto do estressor sobre o sistema como um todo (cC).

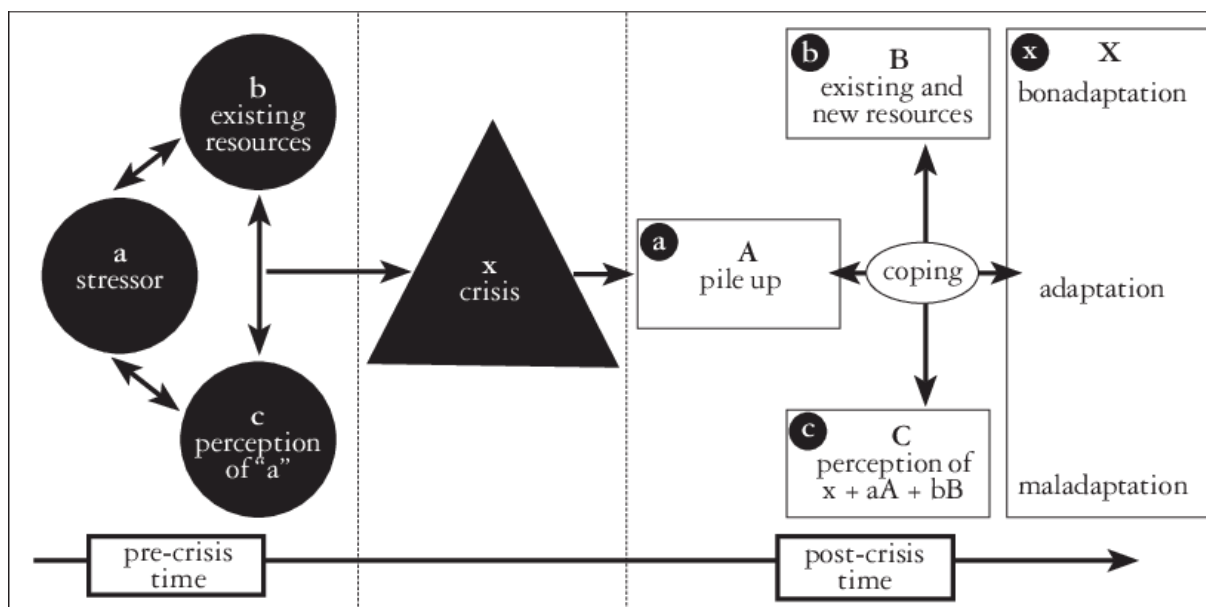
O empilhamento de demandas (fator aA) refere-se à ao efeito cumulativo, ao longo do tempo, dos estressores pré e pós-crise que coexistem com um evento de vida ou transição que impacta o funcionamento familiar. O nascimento inesperado de um filho prematuro pode impactar de modo distinto famílias que já possuem outras tensões e estressores como: privações econômicas, dificuldade de acesso a bens e serviços essenciais, relações fragilizadas etc.

Os recursos familiares (o fator bB) referem-se tanto aos recursos existentes quanto aos recursos expandidos que são desenvolvidos e fortalecidos em resposta às demandas colocadas pelo evento estressor. Estes recursos fazem a mediação entre o acúmulo de demandas e adaptação. Como tal, eles podem reduzir o impacto das demandas na família e / ou ajudar a família a se adaptar às mudanças necessárias.

Percepção e coerência (o fator cC) refere-se à orientação geral da família em relação às circunstâncias gerais. Quando aplicado à unidade familiar (McCubbin e Patterson, 1983), a coerência é dinamicamente influenciada pelas experiências da família – tanto seu ambiente interno (como a percepção de pontos fortes) e o efeito cumulativo de experiências (positivas e negativas) com o meio ambiente externo. Por sua vez, modela o significado que a família dá à situação de crise total, incluindo evento estressor, adicionais fontes de tensão e os recursos que a família possui para atender as demandas.

Adaptação da família (o fator xX) é o resultado de processos da família em resposta à crise e acúmulo de demandas, constitui-se em uma variável contínua, variando de má adaptação a boa adaptação (McCubbin e Patterson, 1983). A figura 1 ilustra o modelo Duplo ABC-X:

Figura 1. Modelo Duplo ABC-X de Ajustamento e Adaptação (McCubbin & Patterson, 1982)



Com base no modelo duplo ABC-X, Singer et al. (2007) consideraram o nascimento de bebês com muito baixo peso como um evento de vida estressante que pode impactar negativamente as famílias em múltiplos domínios biopsicossociais, e reconhece que o estresse e os recursos podem mudar ao longo tempo. Realizaram uma pesquisa com o objetivo de

comparar a gravidade e os determinantes do estresse e do enfrentamento em mães de crianças com muito baixo peso ao nascer aos 8 anos de idade e crianças a termo com riscos médicos e de desenvolvimento variados. Os resultados indicaram que nascimentos múltiplos, baixo nível socioeconômico e menor QI infantil contribuíram para o estresse materno. Os autores concluíram que o nascimento de bebês com muito baixo peso tem impactos negativos e positivos a longo prazo nos resultados maternos/familiares.

O modelo Duplo ABC-X se sustenta no reconhecimento da complexidade que envolve o processo de adaptação das famílias diante das adversidades. A noção de complexidade está na base do pensamento sistêmico que compreende a impossibilidade de se adotar um raciocínio de causa e efeito quando se pretende investigar um dado fenômeno. O pensamento sistêmico sugere que mais do que as partes, o que importa é a relação entre elas, por esta razão a compreensão do fenômeno implica em entender como as partes associadas a esse fenômeno se conectam (Esteves de Vasconcellos, 2002). Por esta razão, torna-se essencial a proposta de pesquisas que levem em consideração a complexidade que marca os processos, como a parentalidade de um recém-nascido prematuro combinada a outras fontes de estresse, como a experiência da prematuridade durante a pandemia da Covid-19.

Saúde mental de genitores prematuros durante a pandemia Covid-19

A pandemia da Covid-19 impôs uma pressão sem precedentes na vida das pessoas, incluindo as famílias que possuem crianças pequenas. Van den Heuvel et al. (2022) investigaram as associações entre estresse relacionado ao Covid-19, saúde mental e práticas parentais insensíveis em mães e pais com bebês pequenos durante o primeiro bloqueio holandês do Covid-19. Os resultados revelaram que os pais de crianças pequenas relataram altas taxas de estresse relacionado ao Covid-19, com maior estresse apresentado por mães em relação aos pais. Ademais, as porcentagens de mães e pais com prejuízos na saúde mental durante a pandemia foram relativamente altas (mães: 39,7% de ansiedade, 14,5% de depressão; pais: 37,6% ansiedade, 6,4% depressão). Mais estresse relacionado ao Covid-19 foi associado a mais sintomas de saúde mental nos pais e aumento de práticas parentais insensíveis nas mães.

Com o objetivo de revisar sistematicamente estudos que investigaram os impactos da pandemia de Covid-19 na parentalidade e na saúde mental de pais e mães, Vescovi et al. (2021) sugerem que a pandemia Covid-19 tem um impacto importante na saúde mental dos pais. Os fatores que prejudicam a saúde mental estão relacionados as preocupações de risco de contágio do vírus, preocupação acentuada com filhos pequenos, a perda de suporte social causada pelas medidas de distanciamento, interrupções na rotina familiar.

Davenport et al. (2020) avaliaram a influência da pandemia de Covid-19 e das medidas de distanciamento/isolamento físico na saúde mental e na atividade física de mulheres grávidas e puérperas. Os resultados indicaram um aumento substancial na probabilidade de depressão e ansiedade materna durante a pandemia de Covid-19. Dessa forma, os autores destacam necessidade de maior avaliação e tratamento da saúde mental materna. Adicionalmente, os dados confirmaram que de fato a atividade física pode reduzir a depressão e os sintomas depressivos na gravidez.

Com o objetivo de descrever as experiências de pais de crianças prematuras hospitalizadas em relação às restrições implementadas na unidade de terapia intensiva neonatal -UTIN- durante a pandemia de Covid-19, Osorio Galeano e Salazar Maya (2021) em seu estudo qualitativo sugerem que a experiência esteve relacionada a: 1) necessidade de informações claras e próximas para compensar a distância física do RNPT, 2) limitação da interação com os filhos; 3) ter um bebê prematuro em meio a uma pandemia acentuou o medo e preocupação dos pais com a saúde de seus filhos; e 4) limitação do apoio social após a alta.

Pode-se inferir a partir das evidências empíricas que a pandemia Covid-19 acentuou os medos, angústias, preocupações e o sofrimento psicológico de pais de prematuros. O alto risco de contágio do vírus, a gravidade da doença, o número exorbitante de óbitos, o isolamento social imposto pelas medidas de segurança afetaram de maneira substancial a saúde mental de pais de prematuros. Os serviços de acompanhamento do desenvolvimento de prematuros também foram afetados, à medida que foram parcialmente fechados, diminuindo o número de consultas habituais. Ademais, alguns pais levaram menos seus filhos aos serviços de saúde para os atendimentos de rotina devido ao receio de contágio e adoecimento pela Covid-19.

O acompanhamento do bebê prematuro por equipe multidisciplinar especializada promove a saúde e previne agravos, somado a estes fatores parece também atuar como fator de proteção a saúde mental dos pais. De fato, a segurança e cuidado integral ofertado ao recém-nascido se coloca para além do recém-nascido na medida em que o desenvolvimento saudável do bebê alivia o estresse parental e outros sintomas associados, assim como a interrupção desse acompanhamento pode acentuar o estresse nos pais e outras comorbidades. Neste sentido, as evidências empíricas chamam a atenção e alertam para a necessidade de um acompanhamento direcionado a saúde mental dos pais, que podem continuar a apresentar elevados níveis de sofrimento psicológico mesmo após um ano do nascimento prematuro de seu filho (Garel et al., 2006; Howe et al., 2014).

Considerando a necessidade de se produzir conhecimento que contemple o maior

número de variáveis quando se investiga a prematuridade, neste estudo busca-se investigar variáveis psicológicas parentais como estresse, ansiedade, depressão, desesperança e relacioná-las ao desenvolvimento neuropsicomotor de bebês prematuros ao longo do tempo. Neste sentido, algumas hipóteses norteiam este trabalho:

HÍPOTESES

- 1) Pais de bebês prematuros apresentam níveis mais elevados de ansiedade, depressão, estresse e desesperança do que pais de bebês a termo;
- 2) Pais de bebês prematuros continuam a apresentar níveis mais elevados de ansiedade, depressão, desesperança e estresse parental após o bebê completar doze meses de idade corrigida do que pais de bebês a termo;
- 3) Os níveis de ansiedade, depressão, desesperança e estresse parental são maiores em pais dos bebês prematuros que apresentam baixos escores motores, cognitivos e de linguagem no primeiro ano de idade corrigida.
- 4) Os cuidados ofertados pelos pais aos seus bebês prematuros foram modificados em decorrência da pandemia Covid-19 o que gerou estresse adicional aos pais.

Objetivo geral

O presente projeto de tese tem como objetivo geral investigar a associação entre as variáveis psicológicas parentais como estresse, ansiedade, depressão, desesperança e relacioná-las ao desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras nos primeiros 24 meses de idade corrigida.

Objetivos Específicos

- Identificar na produção científica as variáveis associadas ao estresse parental de genitores de bebês prematuros através da técnica de análise de grafos.
- Investigar o estresse parental, ansiedade, depressão, desesperança e o desenvolvimento neuropsicomotor de bebês prematuros aos 3 e 12 meses de idade corrigida.
- Explorar a percepção de genitores sobre a prematuridade no contexto da pandemia Covid-19.

CAPÍTULO II

Estudo I

Parental stress and associated symptoms in premature parents: a systematic review
*Estresse parental e sintomas associados em genitores de prematuros: uma revisão
 sistemática*

ESTRESSE PARENTAL E PREMATURIDADE

Luísa Sousa Monteiro **OLIVEIRA**¹  0000-0002-3120-1839

Elson Ferreira **COSTA**²  0000-0003-4115-9029

Sidney Fernando de Souza **BRITO**³  0000-0002-2966-608X

Fernando Augusto Ramos **PONTES**²  0000-0001-9569-943X

Simone Souza da Costa **SILVA**²  0000-0003-0795-2998

Abstract

Parental stress and associated symptoms in premature parents: a systematic review

¹ Doutoranda em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Professora da Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFPA. R. Augusto Corrêa, 01 - Guamá, Belém - PA, 66075-110. Belém, PA, Brasil. Correspondence to: L. OLIVEIRA <(091) 981133176>. E-mail: <luisatomonteiro@gmail.com>.

² Doutor em Teoria e Pesquisa do Comportamento, UFPA, Professor da Universidade do Estado do Pará, Departamento de Terapia Ocupacional. Belém, Pará, Brasil. Correspondence to: E. COSTA <(091)981927195>.elsonfcosta@gmail.com.

²Pós-doutorado em Ciências da Reabilitação pela Technische Universität Dortmund- Alemanha, Professor titular da UFPA, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém, Pará, Brasil. Correspondence to F PONTES <(91) 3201-8542>. far1304@gmail.com.

² Pós-doutorado em Ciências da Reabilitação pela Technische Universität Dortmund - Alemanha, Professora Associada IV da UFPA, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém, Pará, Brasil. Corresponde to S SILVA: <(91) 3201-8542>. symonufpa@gmail.com

³Pesquisador Autônomo. Belém,PA, Brasil. Correspondence to F BRITO: <(091)980327435>.fernandobrito.psicologo@gmail.com.[ORCID](https://orcid.org/0000-0002-3120-1839)

How to cite this article([Preenchimento da Revista](#))

Autor. (ano). Título. *Estudos de Psicologia* (Campinas), XX, eXXXX. <https://doi.org/10.1590/1982-027520XXXXX>

The objective was to identify in the scientific production the variables associated with parental stress of parents of premature babies through the graph analysis technique. This is a Systematic Literature Review in the CINAHL, Cochrane library, Medline, PsycInfo and Web of Science data bases. The searches resulted in 12 articles, submitted to the technique of analysis and visualization of data in graphs through the NodeXL Program. Among the analyzed variables, the following stand out: parental psychological distress, risk factors, maternal characteristics, child characteristics, environmental characteristics, parent-infant relationship, and intervention. The main symptoms associated with parental stress were depression, anxiety and post-traumatic stress. The implementation of interventions aimed at the well-being of the baby and the family can minimize the difficulties faced.

Keywords: Anxiety; Depression; Parents; Preterm; Stress.

Resumo

Estresse parental e sintomas associados em genitores de prematuros: uma revisão sistemática

Objetivou-se identificar na produção científica as variáveis associadas ao estresse parental de genitores de bebês prematuros através da técnica de análise de grafos. Trata-se de uma Revisão Sistemática da Literatura nas bases de dados CINAHL, Cochrane library, Medline, PsycInfo e Web of Science. As buscas resultaram em 12 artigos, submetidos à técnica de análise e visualização de dados em grafos por meio do Programa NodeXL. Dentre as variáveis analisadas, destacam-se: sofrimento psicológico dos pais, fatores de risco, características maternas, características da criança, características ambientais, relação pais-bebê, e intervenção. Os principais sintomas associados ao estresse parental foram os de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático. A implementação de intervenções voltadas ao bem-estar do bebê e da família podem minimizar as dificuldades enfrentadas.

Palavras-chave: Ansiedade; Depressão; Pais; Prematuro.

A prematuridade é caracterizada pelo nascimento com idade gestacional inferior a 37 semanas (WHO, 2015), a subsequente hospitalização do neonato pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) repercute na dinâmica familiar, e pode ser acompanhada pela ocorrência de sintomas de estresse, angústia, ansiedade e depressão em seus pais (Contim et al., 2017; Ong et al., 2019). Vários fatores e eventos ao longo da vida podem gerar estresse, entre estes, os experimentados por pais em relação aos filhos que causam o estresse parental. Este pode ser definido como uma reação psicológica adversa frente às demandas relativas ao

papel parental experienciada com sentimentos negativos, que são diretamente atribuídos às exigências da parentalidade em torno de si e da criança (Deater-Deckard, 1998).

Em uma meta-análise realizada com 38 estudos que investigaram o estresse parental experimentado por genitores de bebês prematuros do nascimento à adolescência, Schappin, et al. (2013) revelaram que pais e mães de prematuros experimentam níveis de estresse ligeiramente mais elevados do que os genitores de crianças nascidas a termo, sendo o estresse parental maior nas mães do que nos pais. Este aumento está relacionado à menor idade gestacional (IG) e baixo peso ao nascimento. Não foi foco desta meta-análise descrever e analisar outros sintomas psicológicos que podem estar combinados ao estresse parental e ocasionar maior sofrimento nos genitores, o que justifica a realização do presente estudo.

Esta revisão sistemática pretende organizar os dados oriundos dos artigos por meio de alguns princípios da Ciência de Redes. Nesta perspectiva, uma rede pode ser conceituada como um conjunto de pontos, denominados nós ou vértices, interligados por conexões, as arestas (Newman, 2003). Pode-se representar matematicamente uma rede através de um grafo $G = (V, E)$, formado por Vértices (V) e Arestas (E). Cada vértice ou nó representa um ator e cada aresta representa a relação existente entre dois atores integrantes da rede (Bordin et al., 2014).

O arcabouço teórico fornecido pela teoria de redes (redes sociais e complexas), de modo particular as redes de conhecimento, servem de base para se analisar as variáveis investigadas nos artigos que compõe a presente revisão sistemática. As redes de conhecimento podem ser consideradas uma derivação ou subcategoria do conceito de redes sociais no fazer científico. Dessa forma, o conceito de rede de conhecimento pode ser descrito pelas relações entre as variáveis investigadas nos artigos assim como as redes de colaboração científica entre pesquisadores de determinada área, também denominadas redes de coautoria de artigos científicos entre autores (Hayashi et al., 2015).

Assim, esta revisão sistemática teve o objetivo de identificar na produção científica as variáveis associadas ao estresse parental de genitores de bebês prematuros através da técnica de análise de grafos.

Método

Trata-se de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL). Para a sua operacionalização, seguiu-se as recomendações dos sete passos do Instituto *Cochrane* para a realização de RSL, a saber: (1) Formulação da pergunta, (2) Localização e seleção dos estudos (3) Avaliação crítica dos estudos (4) Coleta de dados, (5) Análise e apresentação dos dados, (6) Interpretação dos dados e (7) Aprimoramento e atualização da revisão (Higgins & Green, 2011). Inspirou-se,

ainda, nos critérios adotados pela recomendação PRISMA, que consiste em um *checklist* com 27 itens, não foram utilizados os critérios PRISMA direcionados a meta-análises.

A primeira etapa consistiu na formulação da pergunta, para tal utilizou-se a técnica PVO, que consiste em uma adaptação do modelo PICO, voltado a pesquisas que tratam de questões relacionadas à psicologia ou áreas afins (Biruel & Pinto, 2011). Com base na aplicação desta técnica, considera-se: a) P (pergunta): Quais variáveis são associadas ao estresse parental de genitores de bebês prematuros?; b) V (variáveis): aquelas associadas ao estresse parental de genitores de prematuros; c) O (resultados): identificar, descrever e analisar as variáveis associadas ao estresse parental de genitores de prematuros.

Quanto a segunda etapa, localização e seleção dos estudos, a estratégia de busca consistiu no uso dos seguintes descritores e operadores *booleanos*: (*Parental stress* OR *Maternal stress* OR *Paternal stress*) AND (*Preterm* OR *Preterm infant* OR *Premature infant*). Os critérios de inclusão foram: a) artigos empíricos disponíveis na íntegra e de forma gratuita; b) nos idiomas inglês e português; c) ter sido publicado no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2020 d) ter como público-alvo genitores de bebês prematuros (mãe, pai ou ambos); e) utilizar instrumentos específicos para avaliar o estresse parental; f) ser revisado por pares. Foram excluídos artigos de revisão sistemática da literatura, ensaios, resenhas, não disponíveis na íntegra de forma gratuita, publicados em outros idiomas, que não avaliaram o estresse parental e aqueles publicados em períodos anteriores ou posteriores ao indicado nos critérios de inclusão. Foram consultadas as bases de dados: CINAHL, *Cochrane Library*, *Medline*, *PsycInfo* e *Web of Science* que contêm diferentes tipos de informação em saúde e outras áreas com evidências independentes e de alta qualidade para a tomada de decisão.

A terceira e quarta etapas consistiram na avaliação crítica dos estudos e coleta de dados. Os artigos selecionados foram submetidos a testes para verificar a qualidade metodológica. O teste de relevância I, aplicado nos títulos e resumos pela pesquisadora principal, foi constituído por duas perguntas objetivas. Posteriormente, aplicou-se o teste de relevância II por dois juízes independentes, que leram os artigos na íntegra, sendo composto por cinco questões objetivas. Quando houve discordância entre os revisores, um terceiro juiz foi consultado.

A coleta de dados seguiu as seguintes etapas: mineração dos dados para caracterização dos artigos, que foram organizados em planilha do *software Microsoft Excel* 2015. Após a coleta de dados, selecionou-se para compor a presente revisão os estudos que além de investigarem o estresse parental, também avaliaram outros sintomas psicológicos, como por exemplo, ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, entre outros. Para tanto analisou-se o

objetivo e o método dos artigos selecionados. Na sequência, os objetivos dos estudos que atenderam a esta prerrogativa foram transcritos e recortadas as principais variáveis investigadas.

Na quinta etapa ocorreu a análise e apresentação dos dados. De posse dos objetivos que compõem o banco de dados, organizou-se os termos com o mesmo valor semântico e que representavam a mesma ideia. Posteriormente, ocorreu a análise por meio do Programa *NodeXL* versão 1.0.1.251, que permite calcular métricas para identificar as interações dinâmicas, regras de intermediação e graus de centralidade entre os elementos que compõem o conjunto de variáveis de interesse dos pesquisadores (Hansen et al., 2010; Ramos et al., 2020).

Dentre as métricas, merecem destaque, neste estudo, as seguintes: 1) Centralidade de intermediação (*Eigenvector Centrality*), que mede as ligações entre vértices vizinhos, para verificar quais ligações passam por um determinado vértice. Deste modo, quanto mais arestas um par de vértices receber, mais forte será a conexão entre eles (Pinheiro, 2013; Ramos et al., 2020); 2) Coeficiente de Agrupamento $C(G)$ (*Clustering Coefficient*), que mede a tendência que os vértices em uma rede possuem para se agrupar, formando *clusters*, tomando como partida as triades existentes na rede, ou seja, é uma métrica gerada pela medida de valor relativo de triângulos existentes no grafo. Considera-se que quanto maior for o $C(G)$ de um grafo, mais curtos serão os caminhos entre os seus vértices (Pinheiro, 2013; Ramos et al., 2020). Por fim, na sexta e sétima etapa realizou-se a interpretação dos dados e aprimoramento e atualização da revisão.

Resultados

Foram identificados 655 artigos nas bases de dados, sendo CINAHL (113), *Cochrane Library* (161), *Medline* (180), *PsycInfo* (67) e *Web of Science* (134). Aplicou-se o teste de relevância I em 180 artigos, de modo que a aplicação do teste de relevância II se deu em 58 artigos que foram lidos na íntegra por dois juízes independentes. Além de avaliar o estresse parental, foram selecionados os estudos que investigaram outros sintomas psicológicos (como por exemplo ansiedade, depressão, estresse pós-traumático) associados ao estresse parental. Apenas 12 artigos atenderam a esse critério e são os que compõem a amostra desta RSL. As quatro etapas que compõem o fluxograma PRISMA e que foram seguidas na coleta dos dados podem ser observadas na figura 1.

Quanto aos dados de caracterização, observou-se que 50% dos artigos analisados são dos Estados Unidos (6), 17% dos artigos são da Itália (2), os demais artigos são provenientes da Austrália (1), Grécia (1), Canadá (1) e Nova Zelândia (1), cada um destes quatro países

representa 8% da amostra, totalizando 24%. Sobre o ano das publicações, em 2014 foram publicados cinco artigos, sendo o ano com o maior número de artigos (41,67%), seguido dos anos de 2015 e 2016, em que foram publicados dois artigos em cada ano, o que representa (33.34 %). Com relação aos participantes, 58,33%, contou com a participação somente das mães, a figura paterna e materna participou em 41,67% das pesquisas (Tabela 1).

Análise das variáveis dos artigos da RSL

A partir da métrica Centralidade de Intermediação (*Eigenvector Centrality*), foi possível organizar as variáveis identificadas no banco de dados. Assim, considerando a importância das variáveis encontradas foi estabelecido sua hierarquia, a saber: Sofrimento Psicológico dos Pais (1,167), Relação pais-bebê (1,164), Características Ambientais (0,583), Fatores de Risco (0,583), Intervenção (0,285), Características da Criança (0,250) e Características Maternas (0,250).

A aplicação da métrica Coeficiente de Agrupamento gerou dois *clusters*, representados por diferentes cores e denominados *Aspectos pessoais* (Grupo 1), que envolveu as variáveis sofrimento psicológico dos pais, características maternas, características da criança e relação pais-bebê; e *Aspectos contextuais* (Grupo 2), que englobou as variáveis fatores de risco, características ambientais e intervenção, representada pela cor azul claro, conforme podem ser visualizados na figura 2.

A Figura 2 apresenta o multigráfo das variáveis investigadas nos artigos. Cada ponto (vértice) representa uma variável e cada linha (aresta) as ligações entre estes vértices, ou seja, indica a frequência entre um par de variáveis nos artigos. Este multigráfo representa uma rede não ponderada dirigida em que as variáveis estão conectadas, porém não há um valor, um peso ou coeficiente, que seja indicativo da magnitude de tal conexão entre os nós. Nas redes dirigidas é possível identificar a direção entre as arestas que conectam pares de vértices, representadas por arestas com pontas de flechas em uma de suas extremidades, indicando a direção da previsão, e talvez causalidade (Fonseca-Pedrero, 2017). Dessa forma, considerando os clusters “Aspectos pessoais” e “Aspectos contextuais”, serão descritos os principais resultados dos artigos que compõe esta RS.

Aspectos pessoais

Sofrimento Psicológico dos Pais

O sofrimento psicológico dos pais foi o vértice que ocupou a posição mais central no multigráfo (figura 2), sendo considerado o mais influente na rede por apresentar o maior número de arestas. Tal resultado era esperado e pode ser justificado pelo fato de ter se usado nas buscas

o termo “estresse parental” e ainda como critérios de inclusão os artigos que abordassem o estresse parental associado a outros sintomas psicológicos. É possível notar, ainda, que quatro vértices apontaram as setas em sua direção, o que demonstra a estreita relação que estabelecem, estes foram: características maternas, relação pais-bebê, características ambientais e intervenção. O vértice “sofrimento parental” apontou para todas as seis variáveis que compõem o grafo: características da criança, fatores de risco, características maternas, relação pais-bebê, características ambientais e intervenção, o que demonstra sua relevância na rede.

Nesta categoria foram incluídos estudos que avaliaram o estresse parental associado a outros sintomas psicológicos, como ansiedade (Busse et al., 2013; Fotiou et al., 2016; Gondwe et al., 2017; Holditch-Davis et al., 2014; Holditch-Davis et al., 2015; Ionio et al., 2019; Linden et al., 2015, & Treyvaud et al., 2014), depressão (Alkozei et al., 2014; Busse et al., 2013; Gondwe et al., 2017; Holditch-Davis et al., 2014; Holditch-Davis et al., 2015; Ionio et al., 2019; Linden et al., 2015; Montirosso et al., 2014; Park et al., 2016; Treyvaud et al., 2014, & Woodward et al., 2014) e estresse pós- traumático (Gondwe et al., 2017; Holditch-Davis et al., 2014, & Holditch-Davis et al., 2015).

Ao examinar a relação entre estresse e ansiedade, depressão, fadiga e perturbações do sono entre pais de bebês internados na UTIN, Busse et al. (2013) observaram que estas variáveis foram significativamente correlacionadas ao estresse parental. Este dado foi corroborado pela pesquisa de Ionio et al. (2019), que ao analisar os níveis de estresse e sentimentos negativos em pais de bebês prematuros após o nascimento, observaram que pais e mães experimentaram formas distintas de sofrimento psicológico logo após o nascimento do filho prematuro. Além disso, as mães obtiveram escores mais altos do que os pais nas subescalas tensão, ansiedade, depressão e desânimo, avaliadas pelo POMS (*Profile of Mood States*- Perfil dos estados de humor).

Ao avaliar a influência a longo prazo do nascimento de bebês muito prematuros na saúde mental dos pais, funcionamento familiar e estresse parental aos dois e sete anos, Treyvaud et al. (2014) revelou que pais de crianças muito prematuras relataram sintomas de ansiedade moderada a grave ($p = 0,03$), níveis mais altos de sintomas de depressão ($p = 0,03$), pior funcionamento familiar ($p < 0,05$) e níveis mais elevados de estresse parental ($p < 0,001$) sete anos após o nascimento de seus filhos. Os pesquisadores consideraram que o sofrimento parental pareceu não diminuir com o tempo, pois os resultados sugerem que altos níveis de estresse parental em genitores de prematuros continuam elevados mesmo após os primeiros anos de vida do bebê.

Relação pais-bebê

Este foi o segundo vértice com maior grau de importância na rede, quatro vértices apontaram em sua direção, o que o fez também ocupar uma posição de centralidade. Foram incluídos estudos que abordaram como a prematuridade do bebê pode influenciar na relação pais-filhos e alterar o papel parental, ocasionando mudanças na saúde mental dos genitores. A relação dos genitores com o bebê prematuro é influenciada por uma multiplicidade de variáveis, como demonstrado na presente RS: características da criança, sofrimento psicológico dos pais, fatores de risco e intervenção. Achados nos resultados dos artigos analisados sugerem que a alteração no papel parental foi a maior fonte de estresse medido pelo PSS:NICU (Alkozei et al., 2014; Busse et al., 2013; Woodward et al., 2014) e foi significativamente relacionado a fadiga (Busse et al., 2013).

Com o objetivo de examinar fontes, preditores e resultados infantis associados ao estresse experienciado na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) por mães de bebês nascidos muito prematuros, Woodward et al. (2014) aplicou o PSS: NICU (Escala de Estressor Parental: UTIN) a 133 participantes. Os resultados revelaram que o aspecto mais estressante da experiência da UTIN foi a perda percebida do papel parental, em especial a experiência de estar separado de seu filho, sentindo-se impotente e incapaz de proteger o seu lactente da dor e de procedimentos dolorosos.

Características da criança

Foram incluídos estudos que abordaram a relação entre as características da criança, como sexo, intercorrências clínicas e comportamento social, com o estresse parental. Este vértice ocupou uma posição periférica na rede, realizando menos conexões quando comparado aos vértices mais relevantes. Apenas duas setas, sofrimento psicológico dos pais e fatores de risco, apontaram em sua direção. Por outro lado, “Características da criança” apontou para os vértices relação pais-bebê e fatores de risco, o que demonstra as relações mais estreitas estabelecidas entre estas variáveis.

Observou-se que a relação entre o comportamento social do bebê, como choro, humor irritado, além de variáveis sociodemográficas como sexo foram correlacionadas com sintomas associados ao estresse parental (Gondwe et al., 2017; Holditch-Davis et al., 2015). Além disso, bebês que necessitaram de um número maior de dias de ventilação mecânica, com risco neurológico mais altos, com peso menor ao nascer, mostraram mais problemas nos comportamentos sociais do que os bebês de baixo risco (Gondwe et al., 2017), o que por sua vez repercute em sintomas associados ao estresse parental.

Características maternas

Foram incluídos artigos que discutiram a relação entre os dados de caracterização como idade materna, escolaridade, condição socioeconômica, entre outros com o estresse parental. Este vértice também ocupou uma posição periférica na rede, duas setas apontaram em sua direção: sofrimento psicológico dos pais e características ambientais; por sua vez, o vértice características maternas apontou apenas para sofrimento psicológico dos pais.

Neste sentido, Holditch-Davis et al. (2015) estimou as relações entre sintomas depressivos, estado de ansiedade, sintomas de estresse pós-traumático, estresse devido à aparência e comportamento do bebê e estresse devido à alteração do papel parental em uma amostra multiétnica de mães de bebês prematuros durante a internação do filho em UTIN. Os resultados do estudo identificaram que as classes de sofrimento psíquico de mães de prematuros (baixo sofrimento, moderado sofrimento, alto sofrimento) não diferiram estatisticamente quanto à idade, estado civil, primeira gestação ou assistência pública recebida. Observaram que mães consideradas com alto nível de depressão e ansiedade eram predominantemente de origem hispânica. A incidência de extrema angústia foi menor entre as mães afro-americanas (Holditch-Davis et al., 2015).

Ao relacionar o estresse materno e outras medidas de sofrimento psíquico com variáveis sociodemográficas maternas e infantis após o nascimento, até os 12 meses de idade corrigida para prematuridade, Gondwe et al. (2017) observaram maiores escores de sintomas depressivos, de estresse parental e de preocupação em mães com maiores faixas etárias, com menos anos de escolaridade, solteiras, de bebês pequenos para idade gestacional, com filhos do sexo masculino. Esta correlação pode ser explicada pelo fato das mães com idades mais elevadas serem mais propensas a ter se submetido a tratamentos para infertilidade e estavam preocupadas em ter um desfecho positivo na gravidez.

Aspectos contextuais

Fatores de Risco

A categoria fatores de risco ocupou uma posição de centralidade no multigráfo, e envolveu artigos que avaliaram a relação entre fatores de risco neonatais, estresse parental e outras medidas psicológicas. Os vértices dirigidos, ou seja, aqueles em que as flechas apontaram conexões em sua direção foram: características da criança, sofrimento psicológico dos pais, características ambientais e intervenção. Ademais, “fatores de risco” apontou para os vértices características da criança e relação pais-bebê. Os estudos (Gondwe et al., 2017; Holditch-Davis et al., 2015; Linden et al., 2015) revelaram que pais de crianças muito prematuras e que

apresentam mais fatores de risco, como menor peso e idade gestacional, maiores taxas de infecções e cirurgias neonatais, maior tempo de internação em UTIN, continuaram a sofrer estresse muito além dos primeiros anos de vida do filho.

Características ambientais

O vértice “características ambientais”, ocupou uma posição de centralidade na rede, três setas apontaram em sua direção: relação pais-bebê, sofrimento psicológico dos pais e intervenção, ademais este vértice apontou para fatores de risco e características maternas. Esta variável discute estudos que avaliaram tanto o ambiente hospitalar, em especial o de UTIN, como o ambiente doméstico em que o bebê prematuro passa os seus primeiros anos de vida e a relação com o estresse parental.

Neste sentido, Montiroso et al. (2014) investigaram como a qualidade dos cuidados realizados em 25 unidades terciárias de UTIN afeta o estresse materno e a depressão. Os resultados apontaram que mães de neonatos nascidos a termo (idade gestacional a partir de 37 semanas e peso ao nascer > 2500 g), que não necessitaram de internação em UTIN, relataram menor nível de depressão do que as mães de prematuros internados em unidades de baixa assistência e de alta assistência.

O instrumento HOME (versão 0-3), que mede as características socioemocionais e de estimulação do ambiente doméstico, foi utilizado por Gondwe et al. (2017) e Holditch-Davis et al. (2014). Os dados das subescalas do HOME foram combinados com cinco dimensões de interação e os resultados revelaram que as mães de bebês prematuros que participaram de intervenções de estimulação auditivo- tátil- visual- vestibular e cuidado canguru, que tinham como propósito diminuir o sofrimento materno, tiveram pontuações HOME mais altas do que mães que não realizaram nenhuma intervenção (Holditch-Davis et al., 2014).

Intervenção

Nesta categoria foram incluídos estudos que propuseram uma intervenção a genitores de bebês prematuros com o objetivo de minimizar o estresse parental e sintomas associados. Este vértice ocupou uma posição periférica na rede, não teve setas dirigidas em sua direção, entretanto apontou setas em direção a outros vértices como: fatores de risco, sofrimento psicológico dos pais, relação pais- bebê e características ambientais.

No estudo de Fotiou et al. (2016) os pais de prematuros foram convidados a participar de intervenções, como cursos interativos com duração de 90 minutos. Nestes foram abordados os tópicos: prematuridade, estresse em UTIN, aleitamento materno, preparação para a alta e cuidados domiciliares ao lactente. Estes cursos ofereceram insights sobre pensamento positivo,

estilo de vida saudável e autoconhecimento. Os genitores foram orientados a praticar, duas vezes ao dia, exercícios de técnicas de relaxamento (respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo e imaginação guiada). Após a alta, os pais receberam um CD de áudio com as técnicas de relaxamento gravadas, além disso os pesquisadores enviaram lembretes aos pais sobre o gerenciamento do estresse por meio de mensagens SMS ou ligações telefônicas. Os resultados mostraram que essas intervenções se associaram a redução da ansiedade parental ($p = 0,02$) após a alta do filho. Os autores indicaram que as intervenções direcionadas aos pais de bebês prematuros diminuíram o sofrimento psíquico, incluindo os sintomas ansiosos, depressivos e de estresse parental.

O estudo de Holditch-Davis et al. (2014) examinou os efeitos da intervenção auditivo-tátil-visual-vestibular e o cuidado canguru sobre o sofrimento materno e na relação mãe-bebê. Foram observados efeitos significativos das intervenções durante o período que o RN prematuro esteve na UTIN, e que se prolongaram ao longo do tempo. Os pais que realizaram uma forma de intervenção, como massagem ou cuidado canguru, tiveram declínio mais rápido nos sintomas depressivos ($p < 0,05$) que se estabilizou mais cedo do que as mães que não se envolveram em qualquer intervenção ($p < 0,05$).

Discussão

Por meio da análise do múltigrafo (figura 2) observou-se que nem todos os vértices tiveram a mesma importância na rede. Um vértice é considerado central se tem muitas conexões (Fonseca-Pedrero, 2017). Neste sentido, sobre o vértice sofrimento psicológico dos pais, o mais influente no multigrafo, a literatura tem demonstrado que, além de elevados níveis de estresse, pais de bebês prematuros / baixo peso ao nascer apresentam altos níveis de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático quando comparados com pais de bebês nascidos a termo (Bener, 2013; Ong et al., 2019; Gangi et al., 2013). Nessa direção, o estudo de Coletti et al. (2015) indicou que as mães de bebês muito prematuros (idade gestacional ≤ 32 semanas) obtiveram, significativamente, níveis mais altos de estresse do que mães de bebês prematuros tardios (idade gestacional 33-36 semanas), estas provavelmente terão de enfrentar mais dificuldades no manejo diário da criança e de suas demandas.

Sobre o vértice relação pais-bebê, que também ocupou uma posição de centralidade, a literatura tem demonstrado que a relação dos pais com o bebê prematuro é influenciada por variáveis como características da criança, sofrimento psicológico dos pais, fatores de risco e intervenção. O estudo de Gangi et al., (2013) revelou que o envolvimento precoce dos pais, e especialmente das mães, nos cuidados neonatais (em particular se a avaliação inicial indicar

risco alto de ansiedade), além da familiarização com o ambiente de UTIN, deve ser considerado um objetivo primário para prevenir a ocorrência de um transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Tais achados demonstram a relação entre os vértices relação pais-bebê e sofrimento psicológico dos pais. A longa permanência do RN em UTIN altera o papel dos pais, pois o cuidado é realizado, sobretudo, pela equipe multiprofissional, o que pode gerar nos pais sensação de incapacidade, e estar associado ao aumento do sofrimento psíquico (Contim et al., 2017; Ong et al., 2019).

Quanto aos fatores de risco, o terceiro vértice mais importante no multígrafo, estudos apontam que as mães de bebês com muito baixo peso ao nascer, de alto risco e que estavam em condições de baixo suporte social apresentaram níveis mais elevados de estresse pessoal, familiar e relacionado a criança quando comparadas a mães de bebês nascidos a termo (Singer et al., 2010). Bebês nascidos prematuros, que apresentam mais fatores de risco e comorbidades clínicas são aqueles que poderão gerar mais angústia em seus pais, o que ocorre em decorrência do medo e preocupação de desfechos desfavoráveis (Contim et al., 2017; Ong et al., 2019).

Sobre a relação entre o vértice características ambientais e sofrimento psicológico dos pais, os resultados do estudo de Pisoni et al. (2019) chamam atenção, pois as mães de bebês prematuros internados em UTIN relataram sintomas elevados de depressão pós-parto e alto nível de estresse, mesmo que os filhos apresentassem baixo risco perinatal e exame neurológico normal.

Os vértices características maternas e características da criança são vértices periféricos, ou seja, encontram-se na extremidade da rede e realizam poucas conexões. Foram observados dados divergentes na literatura, como por exemplo sobre a relação entre a idade dos genitores de prematuros e os níveis de estresse parental e outros sintomas psicológicos. No estudo de Gondwe et al. (2017) os escores de estresse parental, depressão e preocupação foram mais altos nas mães com maiores faixas etárias. Por outro lado, Bener (2013) identificou que as mães de bebês prematuros e que apresentavam maiores escores de depressão e ansiedade eram as mais jovens, menos escolarizadas, além do bebê apresentar menor peso corporal e renda familiar mais baixa. Tais dados são corroborados por outras pesquisas que afirmam que tanto mães quanto pais jovens, em especial os adolescentes, experimentam maiores níveis de sofrimento psicológico ao ter um filho prematuro. É possível que este dado seja decorrente das figuras parentais não saberem como agir e o que esperar da situação (Dudek-Shriber, 2004).

Apesar de 41,67% da amostra de participantes dos artigos desta RSL ser composta por mães e pais de bebês prematuros chama atenção que o vértice originado se refere apenas as

“Características maternas”, ou seja, não foram encontrados vértices referentes às características paternas. Em que pese os esforços dos autores de incluir a figura paterna nas pesquisas, os dados e discussões são voltados majoritariamente as mães, que são as principais figuras parentais que prestam cuidados ao filho. Esta realidade progressivamente vem passando por transformações, a portaria 930, de 10 de maio de 2012, do Ministério da Saúde que define as diretrizes sobre a atenção integral e humanizada ao RN grave e potencialmente grave, determina que mães e pais possuem livre acesso às UTIN, além disso deve ser estimulada a participação e protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao RN (Brasil, 2012).

Para que ocorra a diminuição de estresse parental, é necessário que haja um suporte social adequado. Deste modo, a literatura aponta que níveis mais altos de estresse parental estariam negativamente relacionados à qualidade da paternidade e da coparentalidade, ou seja, com o menor apoio da figura paterna nos cuidados com os filhos (Lucassen et al., 2021; Stevenson et al., 2019).

Os autores ressaltam o aumento da participação masculina nas atividades domésticas. No entanto, as tarefas de cuidado com os filhos continuam sendo realizadas majoritariamente pelas mães. Como hipóteses explicativas é apontado que a paternidade seria culturalmente mais sensível às influências contextuais, como estresse e demandas do ambiente de trabalho, o que pode resultar no uso de estratégias parentais mais coercitivas e estratégias de coparentalidade menos eficazes. Em contrapartida, os padrões culturais e a potência da díade mãe-filho, podem fazer com que as mães sejam mais propensas a permanecer em seus papéis parentais, independentemente das demandas do ambiente (Lucassen et al., 2021; Stevenson et al., 2019).

Nessa perspectiva, considera-se a suscetibilidade que as famílias monoparentais têm ao estresse parental. O estudo de Stack e Meredith (2018), explorou o impacto das dificuldades financeiras sobre o bem-estar de mães solteiras. Os resultados apontaram altos níveis de estresse, sofrimento psíquico e ansiedade, incluindo ruminação de pensamentos, insônia e ideação suicida. os quais estavam relacionados a sobrecarga no papel parental, e a diminuição de suporte social ou coparentalidade. Assim, altos níveis de estresse e falta de suporte podem levar a estratégias de enfrentamento não eficazes, o que ressalta a necessidade de compartilhamento de funções parentais e os benefícios que as mães solas podem ter com intervenções, uma vez que há uma maior tendência desse grupo de vivenciar sentimentos de sobrecarga.

Sobre o vértice características da criança, a idade do bebê parece não ser um preditor significativo de estresse, uma vez que mesmo após a alta hospitalar, os níveis de estresse de

suas mães não mudaram significativamente ao longo do tempo, permanecendo elevados nos primeiros anos de vida da criança. Além disso, estes bebês apresentam algumas características mais prevalentes, como: choro mais frequente, diminuição da interação parental, bebês que não atendem às expectativas (como características físicas ou emocionais) em comparação com bebês nascidos a termo, e tendem a ser percebidos pelas mães como mais vulneráveis e com maior risco para desenvolver comorbidades (Mughal et al., 2017), o que poderia ocasionar uma situação de estresse contínuo para as mães (Spinelli et al., 2013).

Quanto ao vértice intervenção, a literatura tem demonstrado que a implementação de programas a família, através de apoio educacional e emocional precoce direcionado aos pais de bebês prematuros, além da identificação das fontes exatas de estresse parental de forma individual parece diminuir o estresse em ambiente de UTIN (Schappin et al., 2013; Ong et al., 2019).

Conclusão

Por meio da análise de rede foi possível extrair o padrão da rede de conhecimento envolvendo a temática prematuridade e estresse parental. Neste sentido, a presente revisão contribui com a literatura ao identificar os vértices mais centrais nas pesquisas revisadas, a saber: sofrimento psicológico dos pais, relação pais-bebê, fatores de risco e características ambientais.

A despeito de sua contribuição, esta RS possui algumas limitações como a não inclusão de artigos publicados em outros idiomas. Neste sentido, recomenda-se que estudos futuros sejam mais abrangentes, que incluam termos de busca como “anxiety” (ansiedade), “depression” (depressão) e “posttraumatic stress” (estresse pós-traumático). Sugere-se o desenvolvimento de estudos de RSL que utilizem a técnica de análise e visualização de dados em grafos, identificando as variáveis mais fortemente conectadas e as lacunas existentes na literatura.

Os avanços na assistência ao neonato prematuro são incontestáveis, pois diminuíram de forma considerável sua morbimortalidade. Porém, apesar da implementação de intervenções direcionadas à família em ambiente de UTIN, torna-se essencial que essa assistência seja ampliada e ocorra um acompanhamento multiprofissional não apenas no período neonatal, mas que se estenda durante a infância. As evidências empíricas encontradas apoiam a noção de que estas ações minimizarão o sofrimento parental.

Contribuição

Luísa Sousa Monteiro Oliveira: concepção, coleta, análise e interpretação dos dados, revisão.

Elson Ferreira Costa e Fernando Brito auxiliaram na análise, discussão e revisão. Fernando Augusto Ramos Pontes e Simone Souza Costa e Silva: análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação da versão final do artigo.

Referências

- Alkozei, A., McMahon, E., & Lahav, A. (2014). Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 27(17), 1738–1743. <https://doi.org/10.3109/14767058.2014.942626>
- Bener, A. (2013). Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(3), 231–236. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0821>
- Biruel, E., P., & Pinto, R., R., (Agosto, 2011). Bibliotecário: um profissional a serviço da pesquisa. In *Anais do XXIV Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, documentação e Ciência da Informação*, 330-333, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL.
- Bordin, A.S, Gonçalves, A.L., & Todesco, J.L. (2014). Análise da colaboração científica departamental através de redes de coautoria. *Perspectivas em Ciência da Informação*, 19(2), 37-52. Recuperado de: index.php/pci/article/view/1796.
- Busse, M, Stromgren, K, Thorngate, L., & Thomas K. A. (2013). Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 33(4), 52–59. <https://doi.org/10.4037/ccn2013715>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. *Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário oficial da União 2012; 12 maio.
- Coletti, M. F., Caravale, B., Gasparini, C., Franco, F., Campi, F., & Dotta A. (2015). One-year neurodevelopmental outcome of very and late preterm infants: Risk factors and correlation with maternal stress. *Infant Behavior and Development*, 39, 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.01.003>
- Contim, D., Ranuzi, C., Gonçalves, J. R. L., Bracarense, C. F., Amaral, J. B. D., & Costa, N. D. S..(2017). Dificuldade vivenciadas por mães de recém-nascidos prematuros durante a

- permanência prolongada em ambiente hospitalar. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 6(1). <https://doi.org/10.18554/reas.v6i1.1684>
- Couto, A., Ramos, M., Ferreira, E., Furtado, M., & Silva, J. (2019). Teacher illness: a semantic network analysis based on graph theory. *Psicologia, Saúde&Doença*, 20(3), 682–697. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200311>
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314–332. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x>
- Dudek-Shriber, L. (2004). Parent Stress in the Neonatal Intensive Care Unit and the Influence of Parent and Infant Characteristics. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 509–520. <https://doi.org/10.5014/ajot.58.5.509>
- Fonseca-Pedrero, E., (2017). Análisis de redes: ¿una nueva forma de comprender la psicopatología?. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(4), 206-215. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.06.004>
- Fotiou, C., Vlastarakos, P. V., Bakoula, C., Papagaroufalos, K., Bakoyannis, G., Darviri, C., & Chrousos, G., (2016). Parental stress management using relaxation techniques in a neonatal intensive care unit: A randomised controlled trial. *Intensive Crit Care Nurs*, 32, 20-8. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.08.006>
- Gangi, S., Dente, D., Bacchio, E., Giampietro, S., Terrin, G., & De Curtis, M. (2013). Posttraumatic Stress Disorder in Parents of Premature Birth Neonates. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 82, 882–885. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.365>
- Gondwe, K. W., White-Traut, R., Brandon, D., Pan, W., & Holditch-Davis, D., (2017). The role of sociodemographic factors in maternal psychological distress and mother-preterm infant interactions. *Research in Nursing & Health*, 40(6), 528–540. <https://doi.org/10.1002/nur.21816>
- Hansen, D., Shneiderman, B., & Smith, M. A. (2010). *Analyzing social media networks with NodeXL: Insights from a connected world*. Morgan Kaufmann.
- Hayashi, M. C., Hayashi, C. R. M., & Young de Lima, M. (2015). Análise de redes de co-autoria de artigos científicos em educação especial. *Liinc Em Revista*, 4(1).

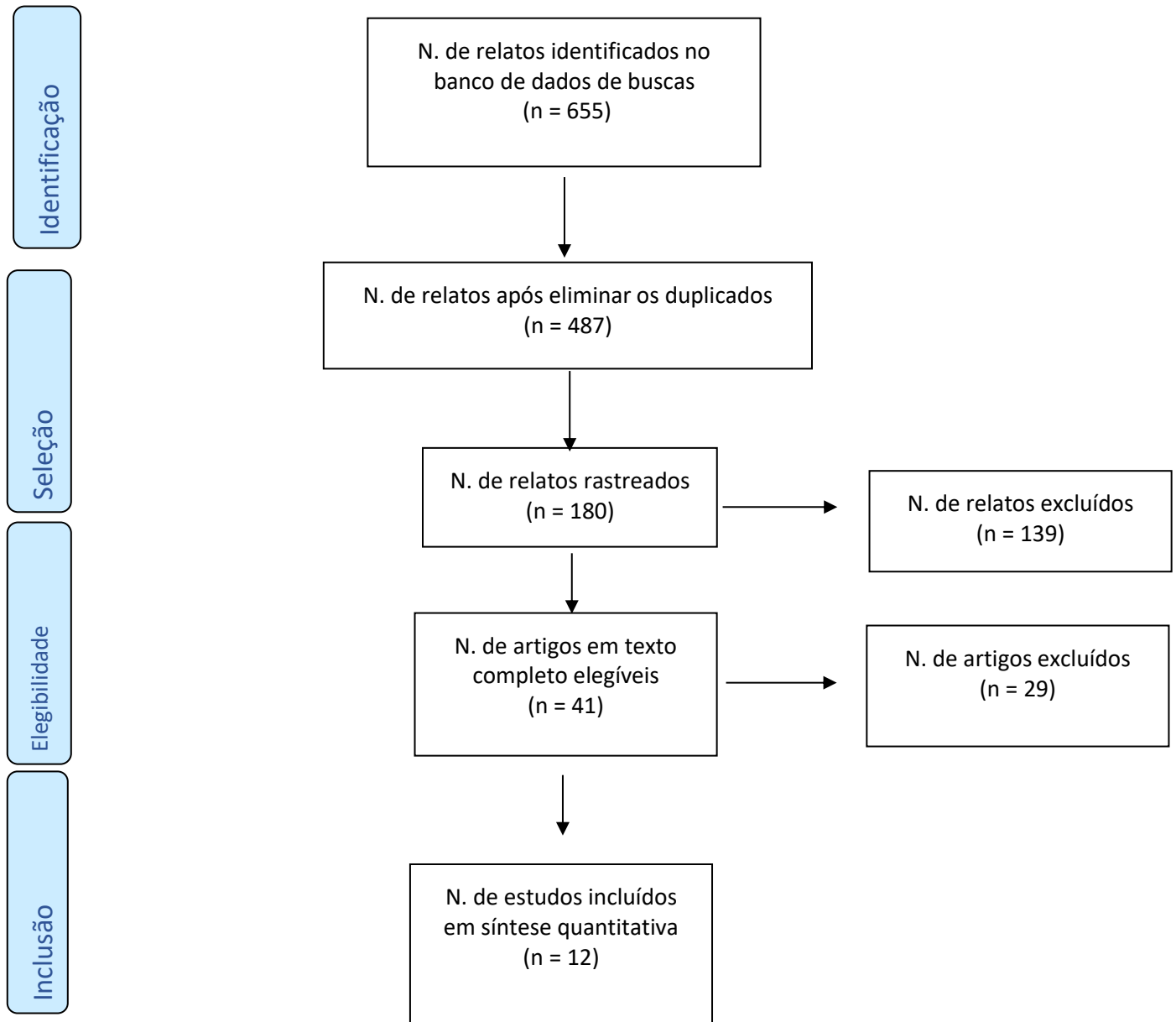
<https://doi.org/10.18617/liinc.v4i1.255>

- Higgins, J., P., T., & Green, S., (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, Version 5.1.0*. [updated March 2011]. Recuperado de: handbook-5-1.cochrane.org/.
- Holditch-Davis, D., Santos, H., Levy, J., White-Traut, R., O'Shea, T. M., Geraldo, V., & David, R. (2015). Patterns of psychological distress in mothers of preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 41, 154–163. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.10.004>
- Holditch-Davis, D., White-Traut, R. C., Levy, J. A., O'Shea, T. M., Geraldo, V., & David, R. J. (2014). Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU: Effects on maternal psychological distress and mother–infant relationship. *Infant Behavior and Development*, 37(4), 695–710. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.infbeh.2014.08.005>
- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and fathers in NICU: The impact of preterm birth on parental distress. *Europe's Journal of Psychology*, 12(4), 604–621. <https://dx.doi.org/10.5964%2Fejop.v12i4.1093>
- Linden, M. A., Cepeda, I. L., Synnes, A., & Grunau, R. E. (2015). Stress in parents of children born very preterm is predicted by child externalizing behaviour and parent coping at age 7 years. *Archives of Disease in Childhood*, 100(6), 554–558. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307390>
- Lucassen, N., de Haan, A. D., Helmerhorst, K. O. W., & Keizer, R. (2021). Interrelated changes in parental stress, parenting, and coparenting across the onset of the COVID-19 pandemic. *Journal of Family Psychology*, 35(8), 1065-1076. <https://doi.org/10.1037/fam0000908>
- Montirosso, R., Fedeli, C., Del Prete, A., Calciolari, G., & Borgatti, R. (2014). Maternal stress and depressive symptoms associated with quality of developmental care in 25 Italian Neonatal Intensive Care Units: A cross sectional observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 994–1002. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.11.001>
- Mughal, M. K., Ginn, C. S., Magill-Evans, J., & Benzies, K. M. (2017). Parenting stress and development of late preterm infants at 4 months corrected age. *Research in Nursing & Health*, 40(5), 414–423. <https://doi.org/10.1002/nur.21809>

- Newman, M. E. (2003). The structure and function of complex networks. *SIAM review*, 45(2), 167-256. <https://doi.org/10.1137/S003614450342480>
- Ong, S. L., Abdullah, K. L., Danaee, M., Soh, K. L., Soh, K. G., & Japar, S. (2018). Stress and anxiety among mothers of premature infants in a Malaysian neonatal intensive care unit. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 193–205. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1540861>
- Park, J., Thoyre, S., Estrem, H., Pados, B. F., Knafl, G. J., & Brandon, D., (2016). Mothers' Psychological Distress and Feeding of Their Preterm Infants. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(4), 221-229. <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000248>
- Pinheiro, J., M., V., (2013). *A investigação e as redes de conhecimento na European Network for HousingResearch* (Dissertação de mestrado). Recuperado de Repositório Aberto da Universidade de Porto. (<hdl.handle.net/10216/72175>).
- Pisoni, C., Spairani, S., Manzoni, F., Ariaudo, G., Naboni, C., Moncecchi, M., ... Orcesi, S. (2019). Depressive symptoms and maternal psychological distress during early infancy: A pilot study in preterm as compared with term mother–infant dyads. *Journal of Affective Disorders*, 257, 470–476. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.039>
- Ramos, M. F. H., Pontes, F. A. R., Silva, S. S. da C., & Pereira, E. C. de C. S. (2020). Técnicas de análise e visualização com grafos na Psicologia: utilização do NodeXL. *Research, Society and Development*, 9(8). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5759>
- Schappin, R., Wijnroks, L., UnikenVenema, M. M. A. T., & Jongmans, M. J. (2013). Rethinking Stress in Parents of Preterm Infants: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 8(2), e54992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054992>
- Singer, L. T., Fulton, S., Kirchner, H. L., Eisengart, S., Lewis, B., Short, E., ... Baley, J. E. (2010). Longitudinal Predictors of Maternal Stress and Coping After Very Low-Birth-Weight Birth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(6). <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.81>
- Spinelli, M., Poehlmann, J., & Bolt, D. (2013). Predictors of parenting stress trajectories in premature infant–mother dyads. *Journal of Family Psychology*, 27(6), 873–883. <https://doi.org/10.1037/a0034652>

- Stack, R. J., Meredith, A. (2018). The Impact of Financial Hardship on Single Parents: An Exploration of the Journey From Social Distress to Seeking Help. *Journal of Family and Economic Issues*, 39, 233–242. <https://doi.org/10.1007/s10834-017-9551-6>
- Stevenson, M. M., Volling, B. L., & Gonzalez, R. (2019). An examination of father vulnerability and coercive family process after the birth of a sibling: A spillover cascade model. *Development and psychopathology*, 31(2), 573–586. <https://doi.org/10.1017/S095457941800010X>
- Treyvaud, K., Lee, K. J., Doyle, L. W., & Anderson, P. J. (2014). Very Preterm Birth Influences Parental Mental Health and Family Outcomes Seven Years after Birth. *The Journal of Pediatrics*, 164(3), 515–521. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.11.001>
- Woodward, L. J., Bora, S., Clark, C. A. C., Montgomery-Hönger, A., Pritchard, V. E., Spencer, C., & Austin, N. C. (2014). Very preterm birth: maternal experiences of the neonatal intensive care environment. *Journal of Perinatology*, 34(7), 555–561. <https://doi.org/10.1038/jp.2014.43>
- World Health Organization. (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Recuperado de: 10665/183037/9789241508988_eng.pdf

Figura 1. Fluxograma de Inclusão e Exclusão dos Dados



Fonte: Elaborada pelos autores (2022)

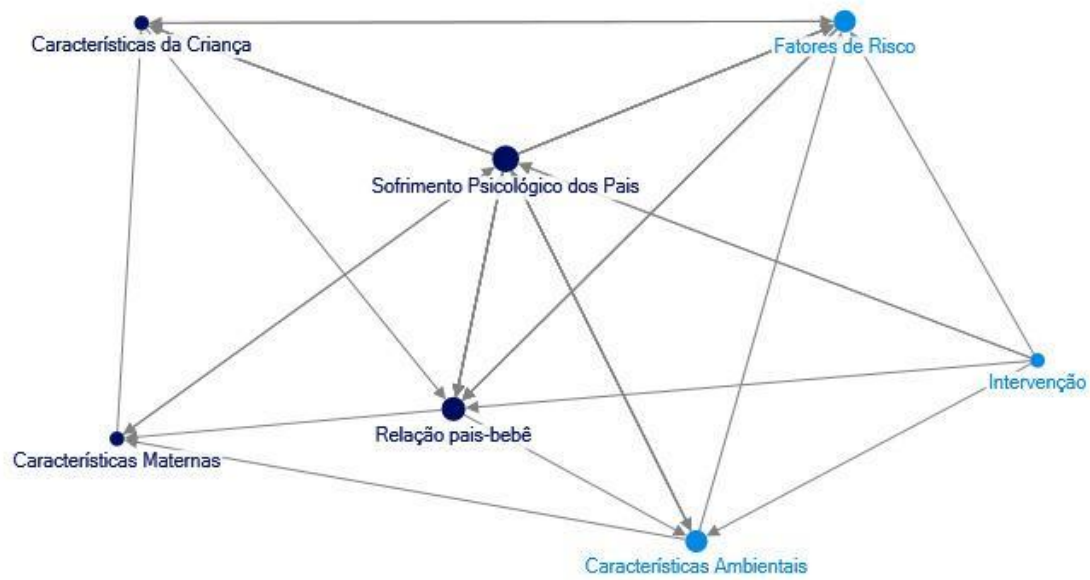
Tabela 1

Síntese da Caracterização dos Artigos da Revisão Sistemática de Literatura

<i>Ano</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Origem</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Participantes</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
2013	1	8,33%	Austrália	01	8%	Mãe	7	58,33%
2014	5	41,67%	Canadá	01	8%	Mãe/Pai	5	41,67%
2015	2	16,67%	Estados Unidos	06	50%	Pai	0	0%
2016	2	16,67%	Grécia	01	8%			
2017	1	8,33%	Itália	02	17%			
2018	0	0%	Nova Zelândia	01	8%			
2019	1	8,33%						

Fonte: Elaborada pelos autores (2022)

Figura 2. Multigráfo das variáveis dos artigos



Fonte: Elaborada pelos autores (2022)

CAPÍTULO III

Estudo II

Saúde mental materna e desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida de crianças nascidas prematuras

Resumo: Objetivou-se investigar o estresse parental, ansiedade, depressão, desesperança e o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras aos 3 e 12 meses de idade corrigida. Trata-se de um estudo longitudinal, analítico, quantitativo, realizado em ambulatório, no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2023. Participaram 91 díades, distribuídas em dois grupos: (G1) mães de crianças nascidas prematuras e (G2) mães de crianças nascidas a termo. Utilizou-se formulário sociodemográfico, SWYC, PSI-SF, escalas Beck: BAI, BDI e BHS. O Teste *t* de *Student* foi utilizado para a comparação de amostras independentes e pareadas. Os resultados indicaram que aos 3 meses de idade corrigida, mães de crianças nascidas prematuras apresentaram alto estresse na dimensão “Sofrimento parental”, depressão leve, desesperança moderada quando comparadas a mães de crianças nascidas a termo. Aos 12 meses de idade corrigida, o G1 apresentou diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Criança difícil” do PSI-SF e desesperança moderada. Em ambas as avaliações do desenvolvimento neuropsicomotor tanto as crianças do G1 como do G2 apresentaram desenvolvimento que “parece atender as expectativas para a idade”, a partir da percepção de suas mães. Recomenda-se que os serviços de seguimento a crianças nascidas prematuras avaliem de forma periódica não apenas o desenvolvimento infantil, mas a saúde mental materna, oportunizando apoio e cuidado as díades.

Palavras-chave: Ansiedade, Depressão, Nascimento prematuro, Stress

Maternal mental health and neuropsychomotor development in the first year of life of children born prematurely

Abstract: The objective was to investigate parental stress, anxiety, depression, hopelessness and neuropsychomotor development of children born prematurely at 3 and 12 months of corrected age. This is a longitudinal, analytical, quantitative study, carried out in an outpatient clinic, from January 2020 to January 2023. Participants participated for 91 days, divided into two groups: (G1) mothers of children born prematurely and (G2) mothers of children born at term. A sociodemographic form, SWYC, PSI-SF, Beck scales: BAI, BDI and BHS were used. Student's t-test was used to compare independent and paired samples. The results indicated that at 3 months of corrected age, mothers of children born prematurely showed high stress in the “Parental Suffering” dimension, mild depression, and moderate hopelessness when compared to mothers of children born at term. At 12 months of corrected age, G1 showed statistically significant differences in the “Child” dimension of the PSI-SF and moderate hopelessness. In both assessments of neuropsychomotor development, both G1 and G2 children showed development that “seems to meet expectations for their age”, based on their mothers’ perception. It is recommended that monitoring services for children born prematurely be periodically evaluated, not only child development, but maternal mental health, providing support and care for the dyads.

Keywords: Anxiety, Depression, Parents, Premature birth, Stress

Salud mental materna y desarrollo neuropsicomotor en el primer año de vida de niños nacidos prematuramente

Resumen: El objetivo fue investigar el estrés, la ansiedad, la depresión, la desesperanza y el desarrollo neuropsicomotor de los padres en niños nacidos prematuramente a los 3 y 12 meses de edad corregida. Se trata de un estudio longitudinal, analítico, cuantitativo, realizado en un consultorio ambulatorio, de enero de 2020 a enero de 2023. Las participantes participaron durante 91 días, divididas en dos grupos: (G1) madres de niños nacidos prematuros y (G2) madres de niños nacido a término. Se utilizó una forma sociodemográfica, SWYC, PSI-SF, escalas de Beck: BAI, BDI y BHS. Se utilizó la prueba t de Student para comparar muestras independientes y pareadas. Los resultados indicaron que a los 3 meses de edad corregida, las madres de niños nacidos prematuramente mostraron alto estrés en la dimensión “Sufrimiento parental”, depresión leve y desesperanza moderada en comparación con las madres de niños nacidos a término. A los 12 meses de edad corregida, el G1 mostró diferencias estadísticamente significativas en la dimensión “Niño” del PSI-SF y desesperanza moderada. En ambas evaluaciones del desarrollo neuropsicomotor, tanto los niños G1 como los G2 mostraron un desarrollo que “parece cumplir con las expectativas para su edad”, según la percepción de sus madres. Se recomienda que los servicios de seguimiento de niños nacidos prematuros evalúen periódicamente, no sólo el desarrollo infantil, sino la salud mental materna, brindando apoyo y cuidado a las diadas.

Palabras-clave: Ansiedad, Depresión, Estrés, Nacimiento prematuro, Padres.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde todo recém-nascido antes de 37 semanas de gestação é considerado recém-nascido pré-termo (RNPT). Quanto menor a idade gestacional ao nascimento maior será sua imaturidade, que por sua vez se associa às maiores complicações clínicas no período neonatal e de potenciais riscos e atrasos ao seu desenvolvimento (WHO, 2022).

O acompanhamento da evolução do RNPT é fundamental uma vez que se trata de um grupo de risco cujas complicações clínicas podem acarretar prejuízos ao desenvolvimento infantil. Neste sentido, a avaliação do desenvolvimento de lactentes prematuros, sobretudo nos primeiros anos de vida, por tratar-se de um período de intensas modificações e aquisições de habilidades nas diversas áreas (motora, cognitiva, linguagem e pessoal-social), pode contribuir com o planejamento de intervenções compatíveis com as fragilidades da criança (Rodrigues et al., 2022).

Os prejuízos no desenvolvimento de crianças nascidas prematuras podem ser fonte de estresse na sua família, particularmente em seus pais (Gondwe et al., 2017). O estresse parental pode ser definido como “uma reação psicológica adversa perante as exigências de ser mãe ou pai, que é experienciada com sentimentos negativos, acerca de si próprio e da criança, estes sentimentos são diretamente associados às exigências da parentalidade” (Deater-Deckard, 1998). Segundo Abidin (1995) o estresse parental é um construto bem estabelecido, definido como a discrepância percebida entre as exigências dos pais e os recursos disponíveis para atendê-las.

Durante a internação do RNPT em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), os pais precisam lidar com vários estressores, como com a incerteza da sobrevivência de seu filho, com o isolamento físico e emocional do recém-nascido, além das tensões normais da parentalidade. Nesta perspectiva, alguns estudos buscaram investigar o estresse parental durante o período em que o neonato está internado em UTIN, momento crítico e de muita expectativa pela melhora do quadro clínico e alta hospitalar do filho (Holditch-Davis et al., 2015; Malliarou et al., 2021).

A alta hospitalar do RNPT da UTIN, tão aguardada pelos cuidadores, pode ser acompanhada por insegurança e dúvidas com relação aos cuidados oferecidos ao lactente prematuro. Busatto et al. (2021) sinalizam a importância das orientações aos pais, e que estas devem ser realizadas durante todo o período de internação, uma vez que no momento da alta a ansiedade dos pais parece estar direcionada para a volta ao lar.

Após o período neonatal, as incertezas sobre o futuro podem continuar, pois à medida que a criança pré-termo cresce novos problemas podem vir à tona, como potenciais riscos e atrasos ao desenvolvimento. Além de haver um pequeno número de estudos sobre desfechos parentais de lactentes prematuros após o pós-parto imediato, há pouca informação sobre o estresse parental ao longo do tempo (Brummelte et al., 2011; Howe et al., 2014), sendo observado dissonância nas evidências empíricas relatadas.

Schuetz et al. (2020) e Schmöker et al. (2020) consideram que com o tempo, ou seja, em idades mais avançadas da criança, o estresse materno tende a diminuir. Por outro lado, outros estudos (Garel et al., 2006; Howe et al., 2014) tem demonstrado que mães de crianças nascidas prematuras continuam a apresentar elevados níveis de sofrimento psicológico após um ano de nascimento do filho.

Segundo Holditch-Davis et al. (2015) mães de lactentes prematuros continuam sofrendo de depressão e ansiedade após o primeiro ano de vida da criança. Em contrapartida, outras

pesquisas revelaram que sintomas clínicos de depressão e ansiedade, apesar de ocorrerem nos períodos durante a internação, tendem a diminuir após a alta hospitalar do RN e em seu primeiro ano de vida (Perrone, 2019).

Os transtornos depressivos têm como característica comum a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam de forma significativa a capacidade de funcionamento do indivíduo (DSM V). Os transtornos de ansiedade, por sua vez, incluem desordens que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais. Apesar das semelhanças, medo e ansiedade se referem a estados distintos. O medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação de ameaça futura (DSM V).

O estudo de Perrone (2019) investigou a autopercepção de ansiedade em mães de lactentes prematuros ao nascer e seis meses após o parto e as correlações entre a ansiedade materna e os comportamentos das crianças durante o primeiro ano de vida. Os resultados indicaram níveis mais altos de ansiedade no parto do que seis meses após o nascimento do bebê. Em termos gerais, o estudo revelou que a ansiedade materna após o parto se associa com prejuízos na relação mãe-filho e na manifestação de comportamentos problema externalizantes do bebê, o que pode sugerir prejuízos no desenvolvimento infantil.

Uma outra variável ainda pouco investigada é a desesperança experimentada por pais de prematuros. A desesperança pode ser definida como a crença de futuro sem perspectivas, pessimista e está associada a ideação suicida (Marback & Pelisoli, 2014). O estudo de Cunha et al. (2011) investigou aspectos emocionais de mães de lactentes nascidos prematuros. Os resultados indicaram que o nascimento prematuro gerou sentimentos negativos e ambivalentes nas mães, como ansiedade e desesperança face à fragilidade e à instabilidade do bebê, mas sentiam também um estado de esperança e segurança pela melhora clínica e possibilidade de alta do RNPT.

Compreende-se, nesta perspectiva, que são múltiplos os fatores que influenciam o curso de desenvolvimento de crianças prematuras e que seus pais podem apresentar comorbidades como estresse, ansiedade, depressão e desesperança que podem trazer repercussões a família como um todo (Gondwe et al., 2017; Holditch-Davis et al., 2015, & Treyvaud & Brown, 2022). Considerando as evidências empíricas que apontam a relação entre prematuridade e prejuízos na saúde mental dos pais e que as características dos filhos e o funcionamento mental de seus cuidadores constituem uma unidade, sendo impossível dissociar estas variáveis, o presente estudo tem por objetivo investigar a associação entre estresse parental, ansiedade, depressão,

desesperança e o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras aos 3 e 12 meses de idade corrigida.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo com delineamento longitudinal, analítico e com abordagem quantitativa dos dados.

Contexto de Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em dois contextos: no Ambulatório do Prematuro da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) e no Programa de Vigilância do Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce de um Centro Saúde Escola.

A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) é considerada a instituição de saúde mais antiga do Norte do Brasil, e dispõe de 511 leitos. Destes, 341 são destinados ao atendimento infantil, distribuídos em: UTI Neonatal, UCI Neonatal, Maternidade, Pediatria e UTI Pediátrica. O complexo Santa Casa, que totaliza 48.312 m², é dividido em dois hospitais: Centenário e Nova Santa Casa. A Unidade Materno Infantil “Dr. Almir Gabriel”, dotada de uma moderna estrutura, foi inaugurada em 2013.

A FSCMPA foi certificada como Hospital de Ensino, conforme Portaria Interministerial MS/MEC nº 2378 de 26 de outubro de 2004 e efetivado seu processo de contratualização junto ao SUS por meio da Portaria 2.859/MS, de 10 de novembro de 2006. A FSCMPA tem como finalidades essenciais: a Assistência, o Ensino e a Pesquisa, em consonância com o Perfil Assistencial na Atenção à Saúde da Criança, Atenção à Saúde da Mulher, e Atenção à Saúde do Adulto, prestando serviços ambulatoriais e de internação.

O ambulatório do prematuro destina-se ao acompanhamento do desenvolvimento de lactentes prematuros nascidos na FSCMPA, a assistência é realizada por equipe multiprofissional composta por pediatras, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais. O programa é voltado para crianças de zero a quatro anos de idade.

Neste ambulatório recebem atendimento os recém-nascidos oriundos da 3ª. etapa do Método Canguru, que corresponde ao momento em que os RNPT e/ou de baixo peso receberão alta hospitalar e serão acompanhados de forma compartilhada pela equipe do hospital e da atenção básica do método canguru. O seguimento do bebê prematuro tem a finalidade de acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento, bem como sua reabilitação quando há

comprometimento leve a moderado do desenvolvimento. O trabalho em saúde está distribuído conforme as seguintes especificações: ambulatório de Neuropediatria; ambulatório de Fonoaudiologia; ambulatório de Fisioterapia; ambulatório de Terapia Ocupacional; ambulatório de Psicologia; ambulatório de Nutrição e ambulatório de Enfermagem.

No Centro de Saúde Escola (CSE) foram recrutados os pais de crianças nascidas a termo, trata-se de uma unidade de assistência e ensino, o CSE oferece serviços de atenção básica e de especialidades médicas. Conta com uma equipe multiprofissional, com cardiologistas, endocrinologistas, urologistas, neurologistas, gastroenterologistas, nefrologistas, geriatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentistas, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas, além de ser um espaço de integração entre ensino, pesquisa e serviço.

O CSE ainda oferta os projetos de atenção básica a Diabetes, Hipertensão e teste rápido de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), além dos programas de atendimento a públicos específicos como o Saúde da Criança, Saúde Mental e Saúde da Mulher, que funciona no Espaço Maternar, vinculado à unidade.

O espaço Maternar é composto por um conjunto de ações que visam a saúde e desenvolvimento da criança, oferta serviços de: Pediatria, Nutrição, Fonoaudiologia Peso e Medida e Programa de Vigilância do Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce. O convite para a participação na pesquisa ocorreu na sala de espera do espaço Maternar.

Participantes

Fizeram parte do estudo 91 díades compostas por mães - crianças nascidas prematuras (G1) e mães- crianças nascidas a termo (G2). Quanto aos critérios de inclusão, no G1 foram incluídos RNPT com idade gestacional entre 28 semanas a ≤ 36 semanas, peso ao nascer (PN) ≤ 2.500 gramas, em acompanhamento no Ambulatório do Prematuro de uma instituição de referência, que oferece atendimento aos recém-nascidos oriundos da 3ª. Etapa do Método Canguru, com a finalidade de acompanhar o crescimento e desenvolvimento destes recém-nascidos, bem como sua reabilitação quando há comprometimento leve a moderado do desenvolvimento. No G2 foram recrutadas crianças nascidas a termo, com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas, que realizavam acompanhamento em um Centro Saúde Escola. Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos todos os lactentes que apresentavam malformações congênitas, síndromes genéticas detectadas no período neonatal. As mães com idade > 18 anos, que apresentavam comprometimento cognitivo que inviabilizasse a coleta de dados e aquelas que não aceitaram assinar o TCLE foram excluídas.

Instrumentos

Formulário de Caracterização Sociodemográfica

Composto por perguntas abertas, fechadas e de múltipla escolha referentes a dados sociodemográficos como faixa etária dos pais, nível de escolaridade, renda familiar, dentre outros. Para atender aos propósitos da pesquisa, este instrumento é constituído por questões referentes ao histórico materno e perinatal.

Survey of Well-Being of Young Children (SWYC)

O SWYC é um instrumento voltado para a triagem de alterações de desenvolvimento e do comportamento em crianças com menos de 65 meses de idade, projetado para ser respondido por pais ou cuidadores. Com relação a pontuação e interpretação dos resultados, deve-se calcular a idade da criança em meses e escolher o formulário adequado para a idade. Cada formulário possui 10 itens, e três opções de resposta: “ainda não” corresponde a 0, “um pouco” equivale a 1, “muito” corresponde a 2 pontos. Os resultados do questionário podem ser interpretados da seguinte maneira: se a pontuação total da criança é menor do que a pontuação mínima para a idade, indica “Necessidade de revisão”, ou se está acima da pontuação mínima para a idade, indica que o desenvolvimento “Parece atender às expectativas para a idade”. Neste estudo, foi utilizado o questionário Marcos do Desenvolvimento (MD), que avalia o desenvolvimento motor, cognitivo e da linguagem, foram utilizados os formulários SWYC 2 meses (voltado para a avaliação de bebês com 1 mês, 0 dias até 3 meses, 31 dias) e SWYC 12 meses (12 meses, 0 dias até 14 meses, 31 dias), o ponto de corte para a população brasileira é 13 pontos em ambas as idades avaliadas nesta pesquisa (Alves et al., 2021).

Índice de Estresse Parental- versão reduzida (PSI-SF)

A Parental Stress Index (PSI) ou na tradução para o português Índice de Estresse Parental (IEP) visa a identificação precoce do estresse parental, que pode influenciar o desenvolvimento e o funcionamento das crianças, destina-se a avaliar pais de crianças de um mês a 12 anos de idade. A versão reduzida (PSI-SF) é composta por 36 afirmações, divididas em três subescalas: 1) Sofrimento Parental (SP) (itens 01 a 12), que avalia o sofrimento e a angústia vivenciados no papel de pai/mãe, 2) Interações Disfuncionais entre Pai e Criança (IDPC) (itens 13 a 24), que avalia as percepções de insatisfação do pai/mãe, a partir das interações com seu filho e que não reforçam seu papel de pai/mãe e 3) Criança Difícil (CD) (itens 25 a 36), que avalia a percepção do pai/mãe de características comportamentais básicas da criança associadas à capacidade de autorregulação da mesma (Abidin, 1995). Nesta pesquisa

utilizou-se a versão validada por (Santos, 1997) para a população portuguesa. Para obter o valor de cada item, as respostas são dadas através de uma escala Likert, com variação de 1 (Discordo Totalmente) a 5 (Concordo Totalmente). Acerca da interpretação, os escores totais que estiverem acima do percentil 90 são considerados altos. Na subescala sofrimento parental o ponto de corte é acima de 33, já na subescala interações disfuncionais pai-criança o ponto de corte é acima de 28 e 37 na subescala criança difícil. Ao realizar *Back-Translation* e adaptação semântica da versão portuguesa desenvolvida por Santos (1997), Minetto (2010) verificou que os índices de alpha de *Cronbach* do instrumento a partir de uma amostra de 120 participantes variaram entre 0,85 a 0,86.

Escalas Beck

As escalas Beck são indicadas para pessoas na faixa etária entre 17 e 80 anos, fornecem muitas informações sobre a situação atual e sobre o funcionamento cognitivo-comportamental do sujeito e apontam direcionamentos para a intervenção terapêutica. Neste estudo foram utilizados o Inventário de Ansiedade (BAI), Inventário de Depressão (BDI) e a Escala de Desesperança (BHS).

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) é composto por 21 itens pontuados de 0 a 3, quanto mais alta a pontuação, mais severos os sintomas de ansiedade. A classificação da ansiedade é realizada através de níveis Mínimo (escores de 0-7), Leve (de 8-15), Moderado (de 16-25) e Grave (de 26-63). Segundo Quintao et al. (2013) os escores do BAI apresentam alta consistência interna, com α de *Cronbach* de 0,92 e confiabilidade no teste-reteste moderada por uma semana com $r = 0,75$.

O Inventário de depressão de Beck (BDI) é uma escala de autorrelato, contém 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão, com escores de 0 a 3. A interpretação do escore total foi realizada de acordo com a seguinte padronização: escores de zero a 9 (sem depressão ou depressão mínima); escores de 10 a 16, (depressão leve); escores de 17 a 29 (depressão moderada); escores de 30 a 63 (depressão grave). Nos estudos com a versão em português do BDI, conduzida por Cunha (2001), com relação as amostras não clínicas, especificamente universitários ($N = 1.746$), o alfa de *Cronbach* foi de 0,82.

A Escala de Desesperança (BHS) contém 20 itens que podem pontuar 0 ou 1, quanto mais alto o escore, maior o nível de desesperança, classificando os níveis em: Mínimo (0-3)-esperança normal, Leve (4-8)- desesperança leve, Moderado (9- 14)- desesperança moderada,

Grave (15-20)- desesperança grave (Cunha, 2001). Quanto aos índices de precisão por alfa de Cronbach o instrumento apresentou índices que variaram entre 0,51 a 0,86 em amostras não-clínicas (Cunha, 2001).

Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2023. Após a triagem que ocorreu na sala de espera do Ambulatório do prematuro e do Centro Saúde Escola das díades mãe-bebê elegíveis para o estudo, foi realizado agendamento prévio para as avaliações. Posteriormente, as díades mães-bebês foram avaliadas em dois momentos: Tempo 1 (quando os bebês estavam com 3 meses, idade corrigida para os prematuros), em que foram utilizados os instrumentos: formulário sociodemográfico, SWYC 2 meses (voltado para a avaliação de bebês com 1 mês, 0 dias até 3 meses, 31 dias), PSI-SF, BAI, BDI, BHS. No Tempo 2 os mesmos instrumentos foram reaplicados, exceto o formulário sociodemográfico, sendo utilizado o SWYC 12 meses (12 meses, 0 dias até 14 meses, 31 dias).

Procedimento de Análise dos Dados

Os dados oriundos dos instrumentos foram tabulados em planilhas do software SPSS Statistics versão 20.0 for Windows. Foram realizadas análises descritivas, que tiveram por objetivo descrever o perfil da população, segundo as principais variáveis dos instrumentos. Foram apresentadas tabelas de frequência, com valores de frequência absoluta (n) e relativa (%). Além de medidas de tendência central e de variabilidade, como as médias e os desvios-padrão das pontuações dos instrumentos. Quanto as análises inferenciais, inicialmente foi realizado análise da normalidade e homogeneidade da amostra para a escolha dos testes, sendo que o resultado recomendou que os mais indicados eram testes paramétricos. Dessa maneira, a análise realizada foi a seguinte:

Para as comparações entre os grupos G1 (díades mães- bebês prematuros) e G2 (díades mães- bebês a termo) foi utilizado o Teste *t* de *Student* para amostras independentes e pareadas. Foi realizada comparações entre a primeira e a segunda avaliação intragrupos por meio de amostras pareadas para verificar a evolução das variáveis ao longo de 12 meses. O nível de significância adotado foi $p \leq 0,05$.

Para calcular o tamanho do efeito, utilizou-se o *d* de Cohen. O tamanho do efeito é uma medida descritiva que permite a discussão dos resultados em termos de magnitude do efeito da intervenção ou do fator de estudo, a inclusão deste fator nas análises tem sido recomendada nos artigos científicos. Neste estudo foram utilizados os níveis da magnitude ou tamanho do efeito do *d* de Cohen, sendo $d= 0,20$ (efeito pequeno); $d=0,50$ (efeito médio) e $d= 0,80$ (efeito forte)

(Florio et al., 2023).

Considerações Éticas

A pesquisa respeitou as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/2012) do Conselho Nacional de Saúde e só foi iniciada após a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa, expressa no parecer de número 3.423.811.

Resultados

Caracterização dos participantes

Os participantes foram 91 díades, sendo divididas em dois grupos, G1, composta por 61 mães de crianças nascidas prematuras (estas tinham idade gestacional entre 28 e 36 semanas), e G2, composto por 30 mães de crianças nascidas a termo (estas tinham idade gestacional maior ou igual a 37 semanas). A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos das famílias de crianças nascidas prematuras e a termo.

Tabela 1

Características sociodemográficas das famílias de bebês prematuros e à termo

Características	Categorias	<u>G1</u> N (%)	<u>G2</u> N (%)
Idade da mãe	18- 19	3 (3,3)	0 (0,0)
	20-30	37 (40,7)	22(24,2)
	31-40	18 (19,8)	7 (7,7)
	>40	3 (3,3)	1 (1,1)
Idade do pai	18- 19	0 (0,0)	1 (1,1)
	20-30	35 (38,5)	12(13,2)
	31-40	21 (23,1)	14 (15,4)
	>40	5 (5,5)	3 (3,3)
Escolaridade materna	E. Fundamental	2 (3,3)	0 (0,0)
	E. Médio	41 (67,2)	10 (34,5)
	E. Superior	18 (19,5)	19 (65,5)

Escolaridade paterna	E. Fundamental	12 (19,7)	3 (10,3)
	E. Médio	33 (54,1)	12 (41,4)
	E. Superior	9 (14,8)	13 (44,8)
	Não Informado	7 (11,1)	1 (3,4)
Renda Mensal	N. renda	1 (1,1)	0 (0,0)
	Até 1 S.M	29 (31,9)	6 (6,6)
	1 a 3 S.M	23 (25,3)	15 (16,5)
	3 a 6 S.M	8 (8,8)	6 (6,6)
	6 a 9 S.M	0 (0,0)	3 (3,3)
Nº de gestações anteriores	Nenhuma	26 (28,6)	12 (13,2)
	Uma	20 (22,0)	12 (13,2)
	Duas	6 (6,6)	4 (4,4)
	Três	3 (3,3)	2 (2,2)
	Quatro	2 (2,2)	0 (0,0)
	Cinco	3 (3,3)	0 (0,0)
	Seis ou mais	1 (1,1)	0 (0,0)
Nº de filhos		3 (4,9)	0 (0,0)
	Nenhum	27 (44,3)	21 (70,0)
	Um	23 (37,7)	7 (23,3)
	Dois	6 (9,8)	2 (6,7)
	Três	2 (3,3)	0 (0,0)
	Quatro		

Nº de consultas pré-natal	Nenhuma	4 (6,6)	0 (0,0)
	Duas	2 (3,3)	0 (0,0)
	Três	3 (4,9)	0 (0,0)
	Quatro	9 (14,8)	3 (10,0)
	Cinco	13 (21,3)	0 (0,0)
	Seis ou mais	30 (49,2)	27 (90,0)
Intercorrências na gestação	ITU	16 (17,6)	7 (7,7)
	DHEG	9 (9,9)	4 (4,4)
	D. G	0 (0,0)	1 (1,1)
	ROPREMA	11 (12,1)	0 (0,0)
	Covid-19	1 (1,1)	0 (0,0)
	Outras	15 (16,5)	2 (2,2)
	Não S. A.	9 (9,9)	16 (17,6)
Tipo de parto	Vaginal	19 (20,9)	6 (6,6)
	Cesárea	42 (46,2)	24 (26,4)
Idade gestacional	28- 31 s.	30 (49,2)	0 (0,0)
	32-36 s.	31 (50,8)	0 (0,0)
	>37 s.	0 (0,0)	30 (33,0)
Sexo do bebê	Feminino	28 (30,8)	12 (13,2)
	Masculino	33 (36,3)	18 (19,8)

Nota: E.F.I: Ensino Fundamental Incompleto; E.F: Ensino Fundamental; E.M.I: Ensino Médio Incompleto; E.M: Ensino Médio; E.S.I: Ensino Superior Incompleto; E.S: Ensino Superior; Pós-G: Pós-graduação; N.I: Não informado. N.R: Nenhuma renda; S.M: Salário-Mínimo. ITU: Infecção do trato urinário; D.G: Diabetes gestacional; ROPREMA: Ruptura prematura de membranas, DHEG: Doença hipertensiva específica da gestação; Não S.A: Não se aplica.

No G1 (díades mães de crianças nascidas prematuras) e G2 (díades mães de crianças nascidas termo) a faixa etária materna mais frequente foi de 20-30 anos, quanto

a escolaridade, no G1 prevaleceu mães que estudaram até o Ensino Médio, enquanto no G2 foi de mães que estudaram até o Ensino Superior. A faixa etária paterna mais frequente do G1 foi de 20-30 anos, do G2 foi a de 31-40 anos. Com relação a escolaridade, foi mais frequente os pais do G1 que estudaram até o Ensino Médio, no G2, foi mais prevalente os pais que estudaram até o Ensino Médio e Ensino Superior. Quanto a renda familiar mensal, no G1 os pais recebiam até 1 salário-mínimo; no G2 recebiam de 1 a 3 salários-mínimos.

Na amostra ocorreu predomínio de genitoras primíparas tanto no G1 como no G2, ou que tiveram uma gestação anterior ao nascimento do bebê que participou do estudo. As intercorrências durante a gestação mais frequentes do G1 foram infecção do trato urinário (ITU) e doença hipertensiva específica da gestação (DHEG). A via de parto mais comum foi a cesárea tanto no G1 como no G2.

Triagem do desenvolvimento neuropsicomotor

Sobre os marcos do desenvolvimento (MD) avaliados por meio do SWYC, o Teste *t* para amostras independentes revelou diferenças estatisticamente significativas no Tempo 1, aos 3 meses de idade corrigida, sendo que o G1 (crianças nascidas prematuras), obteve menor pontuação do que o G2 (crianças nascidas a termo), entretanto as médias tanto do G1 como do G2 indicaram que o desenvolvimento global das crianças “parece atender as expectativas para a idade”, este resultado corresponde as percepções de suas mães, já que trata-se de um instrumento respondido pelos cuidadores. O tamanho do efeito medido pelo *d* de Cohen foi $d = 0,79$, o que indica um efeito médio. Aos 12 meses de idade corrigida das crianças não houve diferença estatisticamente significativa, conforme ilustrado na tabela 2:

Tabela 2

Teste t SWYC- domínio Marcos do desenvolvimento Tempo 1 e 2

	G1		G2		<i>p</i> -valor	Cohen's d
	Média	Desvio- padrão	Média	Desvio- padrão		
SWYC- MD 3 meses	15,3	2,6	17,3	2,4	<0,001	0,79
SWYC- MD 12 meses	15,5	2,9	16,2	3,4	0,3	0,22

Nota: * $p < 0,05$.

Saúde mental de mães de crianças nascidas prematuras e a termo aos 3 e 12 meses de idade corrigida

Os dados da saúde mental das mães acessados no Tempo 1 foram submetidos ao Teste *t* de *Student* que revelou diferenças estatisticamente significativas, sendo que o G1 (mães de crianças nascidas prematuras) apresentou maiores pontuações nas três dimensões do Índice de estresse parental (PSI-SF), isto é, “Sofrimento Parental”, “Interação disfuncional pai e criança” e “Criança difícil” do que o G2 (mães de crianças nascidas a termo). O tamanho do efeito medido pelo *d* de Cohen foi $d = 0,54$ (Sofrimento parental), $d = 0,50$ (Interação disfuncional pai e criança) e $d = 0,58$ (Criança difícil), tais valores indicam efeito médio. Pode-se considerar que mães do G1, ao serem comparadas com as mães do G2, apresentaram pontuações mais elevadas nas três dimensões do PSI-SF, além de alto estresse na dimensão “Sofrimento Parental” quando os seus lactentes estavam com 3 meses de idade corrigida.

Quanto aos resultados da ansiedade não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na Escala de Ansiedade (BAI). Sobre os resultados do Inventário de Depressão foram observadas diferenças estatisticamente significativas, sendo que o G1 apresentou pontuações mais elevadas do que o G2 no T1,

considerada depressão leve. O tamanho do efeito medido pelo d de Cohen, foi $d = 0,47$, considerado efeito médio. Na Escala de Desesperança observou-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sendo que o G1 apresentou pontuações mais elevadas quando comparada às pontuações obtidas pelo G2, considerada desesperança moderada. O tamanho do efeito, medido pelo d de Cohen, foi $d = 0,52$, considerado efeito médio. Tais dados são apresentados na tabela 3:

Tabela 3

Teste t Estresse parental, Ansiedade, Depressão e Desesperança no T1

	G1		G2			
	Média	Desvio- Padrão	Média	Desvio- padrão	p- valor	Cohen's d
Tempo 1						
(3 meses)						
PSI	34,1	7,2	29,3	10,3	0,01	0,54
Sofrimento Parental						
Interação Disf. Pai e Criança	19,8	7,0	16,9	4,0	0,03	0,50
Criança Difícil	23,7	6,8	20,2	5,0	0,01	0,58
BAI	11,7	11,0	9,4	6,8	0,2	0,47
BDI	12,1	7,6	8,7	6,8	0,04	0,47
BHS	9,7	2,1	8,4	2,8	0,01	0,52

Nota: $*p < 0,05$

Os dados de saúde mental (estresse, ansiedade, depressão e desesperança) das mães de crianças nascidas prematuras e a termo no Tempo 2 (12 meses de idade, corrigida para prematuros) estão apresentados na tabela 4.

Tabela 4

Teste t Estresse parental, Ansiedade, Depressão e Desesperança no T2

	G1		G2			
	Média	Desvio- Padrão	Média	Desvio- padrão	p- valor	Cohen's d
Tempo 2 (12 meses)						
PSI- Sofrimento Parental	33,9	7,6	30,9	11,0	0,1	0,31
Interação Disf. Pai e Criança	18,0	6,0	16,1	3,8	0,1	0,37
Criança Difícil	24,4	7,9	21,1	6,1	0,04	0,46
BAI	10,6	10,2	7,1	7,2	0,1	0,39
BHS	9,9	2,1	8,7	2,4	0,02	0,53
BDI	12,1	8,2	10,0	6,9	0,2	0,27

Nota: * $p < 0,05$

Os dados relativos à variável estresse parental no Tempo 2 foram submetidos ao Teste *t* de Student, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas quanto a pontuação apenas na dimensão “Criança difícil”, sendo que o G1 obteve pontuação maior

do que o G2. O tamanho do efeito medido pelo d de Cohen foi $d = 0,46$, considerado efeito médio. Nas variáveis Ansiedade e Depressão não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o G1 e o G2 no T2. Por outro lado, observou-se diferenças estatisticamente significativas na variável Desesperança no T2, sendo que o G1 apresentou pontuações mais elevadas do que o G2. O d de Cohen foi, $d = 0,53$, considerado efeito médio. Aos 12 meses de idade corrigida, mães de crianças nascidas prematuras (G1) apresentaram desesperança moderada.

Saúde mental de mães de crianças nascidas prematuras ao longo do tempo

Realizou-se o Test t para amostras pareadas com a finalidade de verificar a evolução da saúde mental (estresse parental, ansiedade, depressão, desesperança) de mães de crianças nascidas prematuras ao longo do tempo, isto é, no T1 que corresponde a primeira avaliação (aos 3 meses de idade corrigida) e no T2, (aos 12 meses de idade corrigida dos bebês), que podem ser observadas na tabela 5.

Tabela 5

Saúde mental de mães de crianças nascidas prematuras ao longo do tempo

	Média (3 meses)	Média (12 meses)	p-valor	Cohen's d
PSI- SP	34,1	33,9	0,79	0,02
PSI- ID	19,8	18,0	0,04	0,27
PSI- CD	23,7	24,4	0,47	0,09
BAI	11,7	10,6	0,33	0,10
BDI	12,1	12,1	0,98	0,0
BHS	9,7	9,9	0,38	0,09

Nota: $p^* < 0,05$

Os resultados indicaram que a dimensão “Interação disfuncional pai e criança” do Índice de Estresse Parental apresentou diferenças estatisticamente significativas entre a primeira e segunda avaliação, $p = 0,04$, sendo que a pontuação no T2 foi menor do que no T1. Além disso, as demais variáveis psicológicas demonstraram estabilidade, o que demonstra que aos 12 meses de idade corrigida persistiram os prejuízos na saúde mental materna. A interpretação do valor obtido nas médias de acordo com os pontos de corte, indicam que aos 12 meses de idade corrigida das crianças nascidas prematuras, suas mães apresentavam alto estresse na subescala “Sofrimento parental” do PSI-SF, a depressão permaneceu leve e a desesperança moderada.

Discussão

Com relação aos dados sociodemográficos da amostra, prevaleceu neste estudo mães e pais de lactentes prematuros com idades entre 20 e 30 anos, que estudaram até o ensino médio. As intercorrências clínicas durante a gestação nas mães do G1 foram ITU, DHEG e a via de parto que predominou foi cesáreo. Tais dados corroboram os encontrados por Soares et al. (2021), em sua pesquisa com mães de prematuros, ao identificar que a maioria dos pais de crianças nascidas prematuras eram jovens e que haviam completado o ensino médio, o fator de risco materno mais frequente foi a hipertensão.

Sobre a renda mensal familiar, os dados revelaram que os pais do G1 possuíam até 1 salário-mínimo como fonte de renda, enquanto os pais do G2 possuíam de 1 a 3 salários-mínimos. O nível socioeconômico tem sido apontado como um importante fator de risco que pode comprometer o desenvolvimento saudável da criança. Sadovsky et al. (2018) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a iniquidade econômica (absoluta e relativa) decorrente da renda familiar na ocorrência de prematuros no Sul do Brasil. Os resultados demonstraram que as mães mais pobres tiveram maior chance de ter prematuros, em comparação com as mais ricas.

Com relação aos marcos do desenvolvimento avaliados por meio do SWYC, o G1 (crianças nascidas prematuras) apresentou diferenças estatisticamente significativas do que o G2 (crianças nascidas a termo), na primeira avaliação (aos 3 meses de idade corrigida). No entanto, essa diferença não foi encontrada na segunda avaliação (12 meses de idade corrigida). Cabe ressaltar que as médias apresentadas pelo G1 e G2 indicam que em ambas as avaliações as crianças apresentaram desenvolvimento neuropsicomotor que “parece atender as expectativas para a idade”, a partir da percepção de suas mães. Tais resultados corroboram aos encontrados por Rodrigues et al. (2022), que ao avaliar o efeito da idade gestacional no desenvolvimento de bebês pré-termo verificaram que os escores foram mais próximos ao

esperado aos 12 meses.

Sobre as variáveis de saúde mental (estresse parental, ansiedade, depressão e desesperança) no T1, os resultados demonstraram que mães do G1 (crianças nascidas prematuras) apresentaram pontuações mais elevadas nas três dimensões do PSI-SF, sendo que os resultados revelaram alto estresse na subescala “Sofrimento parental”, depressão leve e desesperança moderada. Notou-se que, com exceção da ansiedade, as mães de crianças nascidas prematuras apresentaram prejuízos maiores na saúde mental ao serem comparadas às mães de crianças nascidas a termo.

Esses achados corroboram aqueles encontrados por Brummelte et al. (2011) ao observarem que o estresse parental total foi maior em pais de crianças prematuras do que em pais de crianças nascidas a termo aos 8 e 18 meses CCA ($p < 0,02$). Entretanto, outros estudos contrariam os resultados da presente pesquisa como o estudo de Lau et al. (2020), que ao usar o Índice de Estresse Parental (PSI) versão longa para investigar o estresse parental de mães de lactentes prematuros não encontraram diferenças estatisticamente significativas. Os autores sugerem que os resultados sejam interpretados levando em consideração que o PSI é um instrumento de autorrelato, e que algumas mães podem minimizar as suas respostas ao estresse.

Com relação a depressão os achados do presente estudo apoiam a literatura que afirma que pais de crianças nascidas prematuras apresentam níveis mais elevados de depressão (Holditch-Davis et al., 2015; Treyvaud & Brown, 2022). Desta forma, com o objetivo de avaliar a saúde física e psicológica de mães de lactentes muito prematuros, sua percepção sobre a saúde e o desenvolvimento do filho e suas dificuldades com o cuidado da criança, Garel et al. (2007) demonstraram que as principais dificuldades relatadas pelas mães no primeiro ano de vida de seus filhos foram a fadiga, o humor depressivo, a ansiedade e os sintomas físicos. O humor depressivo foi associado ao isolamento social, sintomas de estresse pós-traumático, abstinência e sentimentos de culpa. A maioria das mães também descreveu seu filho como sendo difícil e cansativo.

Os níveis de desesperança materna se mativeram altos no T1 e no T2. As mães de crianças nascidas prematuras (G1) apresentaram desesperança moderada (Cunha, 2001) ao longo dos 12 meses quando comparadas ao grupo controle (G2). É possível que mães de crianças nascidas prematuras apresentaram níveis mais elevados de desesperança, uma vez que enfrentaram maiores desafios quando comparados a mães de crianças nascidas a termo, como choro intenso e frequente, maior fragilidade do recém-nascido, intercorrências e comorbidades clínicas (Mughal et al., 2017). A desesperança está relacionada a extensão das expectativas

negativas que a pessoa tem a respeito do futuro imediato e remoto (Cunha, 2001), devendo, portanto, ser avaliada de forma periódica.

Estudos que avaliaram a desesperança em mães de prematuros são escassos. Mariańczyk e Oleszczuk (2010) aplicaram a Escala de Desesperança de Beck com o objetivo de determinar a conexão entre a desesperança e as formas de lidar com o estresse por mulheres após o parto prematuro e a termo. Os resultados indicaram que os escores de desesperança foram semelhantes entre os grupos, sendo estimada como leve e correlacionada significativamente com estilos de enfrentamento do estresse em ambos os grupos estudados.

Os dados obtidos com o PSI-SF no T2 revelaram que mães de crianças nascidas prematuras (G1) apresentaram scores mais elevados do que mães de crianças nascidas à termo apenas na dimensão “Criança difícil”. Os resultados sugerem que ocorreu uma diminuição da diferença estatisticamente significativa na variável estresse entre G1 e G2 ao se analisar os Tempos 1 e 2, entretanto o G1 continuou a apresentar alto estresse na subescala “Sofrimento parental”. Tais dados corroboram os encontrados por Garel et al. (2006) e Howe et al. (2014, isto é, que mães de crianças nascidas prematuras continuam a apresentar elevados níveis de sofrimento psicológico após um ano de nascimento do filho.

Ao comparar as variáveis ao longo do tempo em mães de crianças nascidas prematuras, verificou-se, neste estudo, que apenas a dimensão “Interação disfuncional pai e criança” do PSI apresentou diferenças estatisticamente significativas, sendo que a média no T2 foi menor do que no T1. Tal dado sugere que aos 3 meses de idade corrigida, as mães apresentaram maiores escores de estresse parental, mas aos 12 meses de idade corrigida melhoraram nesta dimensão, isto é, tornaram-se mais adaptadas nas interações com suas crianças prematuras, o que fez o estresse experimentado diminuir no primeiro ano de vida. Porém, a análise das médias apresentadas pelas mães do G1 revela que mesmo após as crianças completarem 12 meses de idade corrigida, persistiu o alto estresse na subescala “Sofrimento parental”, depressão leve e desesperança moderada.

Os resultados encontrados corroboram os de Ionio et al. (2017), que investigaram se os comportamentos interativos diádicos foram influenciados pelo estresse e sentimentos parentais tanto em díades mãe-filho pré-termo quanto a termo após a alta hospitalar e aos 3 meses de idade corrigida. Os resultados indicaram maior nível de intrusividade, menos sensibilidade, afastamento e depressão que foram associados a sentimentos negativos e estresse parental em mães e pais de lactentes prematuros. Para os autores o nascimento prematuro pode ser um fator de risco para a coconstrução de trocas interativas entre mãe e bebê prematuro.

Os principais achados deste estudo revelaram que aos 3 e 12 meses de idade corrigida, crianças nascidas prematuras apresentaram desenvolvimento neuropsicomotor que “parece atender às expectativas da idade”, isto é, são similares aos de crianças nascidas a termo. Tal dado, mostra a capacidade de superação do organismo no decorrer do tempo, já que aos 3 meses foram encontradas diferenças estatisticamente entre grupos, o que não ocorreu aos 12 meses de idade corrigida.

Os efeitos da prematuridade parecem persistir ao longo dos primeiros 12 meses de idade corrigida influenciando a saúde mental materna, apesar da diminuição das diferenças estatisticamente significativas entre grupos no Tempo 1 e 2, os resultados dos scores das variáveis psicológicas revelaram que mesmo após as crianças prematuras terem completado um ano, suas mães ainda apresentavam alto estresse na subescala “Sofrimento parental”, depressão leve e desesperança moderada. Este resultado pode indicar que apesar de na sua percepção seus filhos apresentaram desenvolvimento neuropsicomotor dentro do esperado para a faixa etária, outros fatores parecem contribuir para a persistência dos prejuízos a saúde mental materna. Esse dado revela a importância de se considerar a percepção dessas mães diante do futuro após a experiência da prematuridade com vistas ao planejamento de intervenções favorecedoras da saúde mental materna. De fato, dados sobre desesperança em mães de prematuros são escassos na literatura, neste sentido, este estudo apresenta como uma de suas contribuições a inclusão desta variável.

Além de fornecer dados sobre a desesperança materna, o presente estudo contribui com a literatura na medida em que avaliou longitudinalmente a saúde mental das mães de crianças nascidas prematuras. Diferente da literatura que tem investigado a saúde mental de pais de RN prematuros em ambiente de UTIN, o presente trabalho, ao coletar os dados aos 3 e 12 meses, revelou que os prejuízos a saúde mental materna são multifatoriais.

A despeito de suas contribuições, o presente estudo apresenta limitações. Uma importante limitação foi a impossibilidade de incluir a figura masculina, os pais dos lactentes. Apesar dos esforços, não foi possível incluí-los devido a não adesão à pesquisa. Recomenda-se que as futuras pesquisas incluam os genitores masculinos na amostra, além disso estudos que abranjam maiores intervalos podem elucidar se o sofrimento psicológico parental continua elevado conforme a criança vai crescendo ou se, de fato, tende a diminuir.

Portanto, torna-se urgente investigar quais mães e pais apresentam maior risco de sofrimento psicológico, para que encaminhamentos voltados a serviços de saúde mental sejam realizados de forma precoce. De modo a minimizar o sofrimento experimentado por cuidadores,

defende-se que além do acompanhamento do desenvolvimento de crianças nascidas prematuras em serviços de seguimento ambulatorial voltados a este público, sejam realizadas avaliações de rotina da saúde mental dos genitores, além da oferta de apoio de profissionais para facilitar que os pais sintam-se seguros e capazes em oferecer cuidados efetivos e de qualidade aos seus filhos.

Referências

- Abidin, R. R. (1995). Parenting Stress Index (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Alves, C.R.L. (2021). Survey of Well-being of Young Children (SWYC-BR) [recurso eletrônico]: manual de aplicação e interpretação / tradução e adaptação: Claudia Regina Lingren Alves, Marina Aguiar Pires Guimarães, Rafaela Silva Moreira. – 1. ed. – Araranguá : UFSC, 2021.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Busatto, E., Diaz, C. M. G., Teixeira, D. A., Oliveira, P. P. de., Benedetti, F. J., & Costenaro, R. G. S. (2021). Cuidados com o recém-nascido após alta hospitalar: orientações aos pais. *Research, Society and Development*, 10(2), e30610212541, <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12541>
- Brummelte S, Grunau RE, Synnes AR, Whitfield MF, Petrie-Thomas J. (2011). Declining cognitive development from 8 to 18 months in preterm children predicts persisting higher parenting stress. *Early Hum Dev*. 2011 Apr;87(4):273-80. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2011.01.030
- Cunha, J. A. (2001). Escalas Beck (1. ed.). Casa do Psicólogo.
- Cunha, E. F. C., Carvalho, M. M. S. B. de, Mendonça, A. C. M., & Barros, M. M. dos S. (2011). Emoções de mães de bebês prematuros: a perspectiva de profissionais da saúde. *Contextos Clínicos*, 4(2), 80-87. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2011.42.02>
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting Stress and Child Adjustment: Some Old Hypotheses and New Questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 314-332. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x>
- Flório, F. M., Zanin, L., Santos Júnior, L. M. dos ., Meneghim, M. de C., & Ambrosano, G. M. B.. (2023). Tamanho do efeito em estudos observacionais na área de Saúde Bucal Coletiva:

importância, cálculo e interpretação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(2), 599–608.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.09822022>

Garel, M.; Dardennes, M.; & Blondel, B. (2006). Mothers' psychological distress 1 year after very preterm childbirth. Results of the epipage qualitative study. *Child: care, health and development*, 33(2), 137-143.

Gondwe, K. W., White-Traut, R., Brandon, D., Pan, W., & Holditch-Davis, D., (2017). The role of sociodemographic factors in maternal psychological distress and mother-preterm infant interactions. *Research in Nursing & Health*, 40(6), 528–540. <https://doi.org/10.1002/nur.21816>

Holditch-Davis, D., Santos, H., Levy, J., White-Traut, R., O'Shea, T. M., Geraldo, V., & David, R. (2015). Patterns of psychological distress in mothers of preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 41, 154–163. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.10.004>

Howe, Tsu-Hsin, Sheu, Ching-Fan, Wang, Tien-Ni & Hsu, Yung-Wen. (2014). Parenting stress in families with very low birth weight preterm infants in early infancy. *Research in Developmental Disabilities* 35 (7), 1748-1756

Ionio, C., Lista, G., Mascheroni, E., Olivari, M. G., Confalonieri, E., Mastrangelo, M., Brazzoduro, V., Balestriero, M. A., Banfi, A., Bonanomi, A., Bova, S., Castoldi, F., Colombo, C., Introvini, P., & Scelsa, B. (2017). Premature birth: complexities and difficulties in building the mother-child relationship. *Journal of reproductive and infant psychology*, 35(5), 509–523. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1383977>

Lau, C., Turcich, M. R., & Smith, E. O. (2020). Early detection of parenting stress in mothers of preterm infants during their first-year home. *BMC psychology*, 8(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00435-z>

Malliarou, M., Karadonta, A., Mitroulas, S., Paralikas, T., Kotrotsiou, S., Athanasios, N., & Sarafis, P. (2021). Preterm Parents' Stress and Coping Strategies in a Neonatal Intensive Care Unit in a University Hospital of Central Greece. *Materia socio-medica*, 33(4), 244–249. <https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.244-249>

Marback, Roberta Ferrari, & Pelisoli, Cátula. (2014). Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 122-129. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140018>

- Mariańczyk, K., Libera, A., & Oleszczuk, J. (2010). Poczucie beznadziejności a style radzenia sobie ze stresem u kobiet po porodzie przedwczesnym [The feeling of hopelessness and ways of coping with stress in women after preterm delivery]. *Ginekologia polska*, 81(5), 342–346.
- Minetto, M. F. J. (2010). Práticas educativas parentais, crenças parentais, estresse parental e funcionamento familiar de pais de crianças com desenvolvimento típico (Tese de doutorado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos). Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/94159>
- Mughal, M. K., Ginn, C. S., Magill-Evans, J., & Benzies, K. M. (2017). Parenting stress and development of late preterm infants at 4 months corrected age. *Research in Nursing & Health*, 40(5), pp.414-423. <https://doi.org/10.1002/nur.21809>
- Perrone, R. (2019). Maternal anxiety and preterm babies' behavior. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de psicología* 1(1):109. doi:10.17060/ijodaep.2019.n1.v1.1391
- Quintao S, Delgado AR, Prieto G. Estudo de validade do Inventário de Ansiedade de Beck (versão em português) pelo modelo Rasch Rating Scale. (2013). *Psicol. Reflexo. Crit.* [Internet], 26(2): 305-310. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000200010>.
- Rodrigues, O. M. P. R., Pereira, V. A., Perezin, G. P., & Santos, J. S. dos. (2022). Efeito da idade gestacional para o desenvolvimento de bebês pré-termo durante o primeiro ano. *Revista da SPAGESP*, 23(2), 157-174. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.32467/issn.2175-3628v23n2a11>
- Santos, S. V. (1997). Versão portuguesa do Parenting Stress Index (PSI): Validação preliminar. In M. Gonçalves, I. R., S. A., C. M., L. A.; M. S. Avaliação Psicológica: Formas e Contextos (Vol. 5, pp. 139-149). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Schuetz Haemmerli, N., Lemola, S., Holditch-Davis, D., & Cignacco, E. (2020). Comparative Evaluation of Parental Stress Experiences Up to 2 to 3 Years After Preterm and Term Birth. *Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 20(4), 301–313. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000714>
- Schmöker, A., Flacking, R., Udo, C., Eriksson, M., Hellström-Westas, L., & Ericson, J. (2020). Longitudinal cohort study reveals different patterns of stress in parents of preterm infants during

the first year after birth. *Acta Paediatrica*, 109(9), 1778–1786. Portico.
<https://doi.org/10.1111/apa.15185>

Silva, Í. de C. P. da ., Cunha, K. da C., Ramos, E. M. L. S., Pontes, F. A. R., & Silva, S. S. da C.. (2019). Estresse parental em famílias pobres. *Psicologia Em Estudo*, 24, e40285.
<https://doi.org/10.4025/1807-0329e40285>

Soares, P. D., Zotz, T. G. G., & Motter, A. A. (2021). Perfil sociodemográfico de pais de recém-nascidos prematuros internados em um hospital público. *O Mundo Da Saúde*, 45(s/n), 356–368.
 Doi: 10.15343/0104-7809.202145356368.

Treyvaud, K., & Brown, S. J. (2022). Mental health of children and parents after very preterm birth. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 21(1), 148–149. <https://doi.org/10.1002/wps.20936>

WHO. (2022). Recommendations for care of the preterm or low birth weight infant. Geneva: World Health Organization.

CAPÍTULO IV

Estudo III

Prematuridade e Covid-19: um estudo das percepções dos genitores

Resumo: A prematuridade pode causar prejuízos ao funcionamento das famílias, todavia é possível que alterações mais intensas se deem quando esse evento se combina a outros estressores como a pandemia da Covid-19. Objetivou-se explorar a percepção de genitores sobre a prematuridade no contexto da pandemia Covid-19. Trata-se de um estudo retrospectivo, exploratório e qualitativo, realizado em um ambulatório. Participaram 20 pais de crianças nascidas prematuras, que estavam com 24 meses de idade corrigida. As percepções dos genitores foram analisadas com o auxílio do software *Iramuteq* e a luz do modelo Duplo ABC-X. Os resultados originaram três classes, Prematuridade no contexto da Pandemia Covid-19, Saúde mental de pais de crianças nascidas prematuras durante a Covid-19 e Desenvolvimento motor, da linguagem e social da criança nascida prematura. A saúde mental de pais de lactentes prematuros deve ser avaliada de forma sistemática e seus resultados devem estar na base do planejamento de intervenções promotoras do bem-estar parental.

Palavras-chave: saúde mental, nascimento prematuro, pais, desenvolvimento infantil.

Prematurity and Covid-19: a study of parents' perceptions

Abstract: Prematurity can cause harm to the functioning of families, however it is possible that more intense changes are considered when this event is combined with other stressors such as the Covid-19 pandemic. The objective was to explore parents' perception of prematurity in the context of the Covid-19 pandemic. This is a retrospective, exploratory and qualitative study, carried out in an outpatient clinic. 20 parents of children born prematurely, who were 24 months corrected age, participated. The parents' perceptions were confirmed with the help of the *Iramuteq* software and the light of the Duplo ABC-X model. The results gave rise to three classes, Prematurity in the context of the Covid-19 Pandemic, Mental health of parents of children born prematurely during Covid-19 and Motor, language and social development of children born prematurely. The mental health of parents of premature infants must be systematically evaluated and its results must be the basis for planning interventions that promote parental well-being.

Keywords: mental health, premature birth, parents, childhood development

Prematuridad y Covid-19: un estudio de las percepciones de los padres

Resumen: La prematuridad puede causar daños al funcionamiento de las familias, sin embargo es posible que se consideren cambios más intensos cuando este evento se combina con otros factores estresantes como la pandemia de Covid-19. El objetivo fue explorar la percepción de los padres sobre la prematuridad en el contexto de la pandemia de Covid-19. Se trata de un estudio retrospectivo, exploratorio y cualitativo, realizado en un consultorio ambulatorio. Participaron 20 padres de niños nacidos prematuramente, que tenían 24 meses de edad corregida. Las percepciones de los padres fueron confirmadas con la ayuda del software Iramuteq y la luz del modelo Duplo ABC-X. Los resultados dieron lugar a tres clases, Prematuridad en el contexto de la Pandemia Covid-19, Salud mental de padres de niños nacidos prematuramente durante el Covid-19 y Desarrollo motor, lenguaje y social de niños nacidos prematuramente. La salud mental de los padres de bebés prematuros debe ser evaluada sistemáticamente y sus resultados deben ser la base para planificar intervenciones que promuevan el bienestar parental.

Palabras clave: salud mental, nacimiento prematuro; padres; desarrollo infantil

Introdução

O nascimento pré-termo, ou seja, antes da 37ª semana gestacional (WHO, 2022) configura-se como um sério problema de saúde pública sendo responsável por altas taxas de morbimortalidade infantil em países de renda média ou baixa (Brasil, 2021). A prematuridade pressupõe uma série de cuidados e assistência diferenciadas do nascimento a termo. O recém-nascido pré-termo (RNPT) poderá ficar internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) e após a alta hospitalar deverá ser acompanhado no serviço de seguimento ambulatorial (Brasil, 2011). A vivência destas etapas está relacionada a repercussões biopsicossociais para o RNPT e para sua família.

A saúde mental dos pais pode sofrer alterações em decorrência do nascimento prematuro de um filho, o que é considerado um evento estressor. A idealização do parto, do bebê saudável, que tão logo vai para casa com seus pais é postergada. Em seu lugar, têm-se um lactente que nasceu antes do previsto, com baixo peso, com a possibilidade de agravamento em seu estado

de saúde ou óbito. A permanência do RNPT em UTIN faz com que sentimentos de preocupação, angústia, medo e insegurança predominem (Marchetti & Moreira, 2015). Todos esses fatores geram sofrimento parental, que pode estender-se no pós-alta, no domicílio e nos primeiros anos de vida da criança.

Após a alta hospitalar, os recém-nascidos pré-termo devem ser acompanhados por equipe multidisciplinar no ambulatório, em rotinas de consultas diferenciadas dos recém-nascidos a termo (Silveira, 2012). Os principais objetivos do acompanhamento ambulatorial do prematuro são: promover a supervisão de saúde, com orientações quanto à nutrição e ao crescimento e desenvolvimento da criança. Adicionalmente, a equipe deve oferecer suporte emocional à família e à criança; avaliar riscos e eventuais alterações no crescimento e no desenvolvimento durante as consultas (Brasil, 2011).

O sofrimento parental pode estar associado a um maior fator de risco ao desenvolvimento socioemocional de crianças nascidas prematuras quando comparado ao desenvolvimento socioemocional de crianças nascidas a termo (Treyvaud et al., 2010). Por outro lado, o ambiente familiar pode impulsionar o desenvolvimento da criança, o que pode ser facilitado a partir das orientações de especialistas em desenvolvimento, que irão esclarecer dúvidas dos cuidadores, oportunizar que adquiram conhecimento e reflitam sobre as necessidades globais dos lactentes, especialmente os prematuros (Schiavo et al., 2020).

De fato, são muitas as evidências que mostram o impacto da prematuridade na saúde mental de seus cuidadores (Holditch-Davis et al., 2015; Marchetti & Moreira, 2015; Treyvaud et al., 2010). Todavia, esse impacto se torna mais intenso quando o nascimento de uma criança prematura se combina com outras variáveis. McCubbin e Patterson (1982, 1983) desenvolveram o modelo Duplo ABC-X com o objetivo de compreender o processo de adaptação das famílias diante do acúmulo de estressores em situações de crise. Neste modelo, considera-se que o processo de adaptação familiar está associado a três fatores (A, B, C,) que juntos repercutem no fator X (adaptação).

A letra “A” se refere ao conjunto de estressores, demandas que se sobrepõem ao longo do tempo, compondo o que os autores chamam de efeito “*pile up*”, isto é, um empilhamento de estressores. O nascimento inesperado de um filho prematuro pode impactar de modo distinto as famílias que já possuem outras tensões e estressores, como privações econômicas, dificuldade de acesso a bens e serviços essenciais, relações fragilizadas, entre outros fatores.

O fator “B” diz respeito aos recursos construídos pela família diante dos desafios vividos e podem se apresentar de três formas: a) pessoais; b) familiar e c) aqueles acionados na

comunidade. Os recursos pessoais dizem respeito as características individuais como autoestima, conhecimento e habilidades; os recursos do sistema familiar consistem nos atributos internos da família como coesão, negociação e comunicação. Por fim, os recursos da comunidade consistem na rede de apoio social disponibilizado pela comunidade e que pode ser acionado pela família (Lavee et al., 1985).

O “C” se remete ao conjunto de percepções que a família tem sobre as adversidades enfrentadas, que inclui o evento estressor que a família acredita ter causado a crise, bem como os fatores de estresse adicionais. Além disso, remettesse ao significado que a família atribui a crise.

O resultado da combinação desses componentes constitui o “X”, isto é a adaptação familiar. Esta consiste na consequência do esforço familiar para alcançar um novo equilíbrio em seu funcionamento. Esse resultado pode variar em boa e má adaptação. A boa adaptação ocorre quando a família consegue atingir um equilíbrio, de modo que sua integridade foi restaurada e suas funções e papéis restabelecidos. A má adaptação pode ser identificada como a perda de energia da família, que não tem forças para continuar na luta pelo restabelecimento do equilíbrio (McCubin & Patterson, 1983).

Considerando o conjunto de fatores que podem atuar como estressores junto as famílias, a literatura apresenta evidências que demonstram que o nascimento de uma criança prematura constitui uma importante fonte de estresse (Holditch-Davis et al., 2015; Ionio et al., 2019; Treyvaud et al., 2010). Com base na noção de empilhamento apresentada no modelo Duplo ABC-X, entende-se que a força desse evento estressor, isto é, da prematuridade sob a família, se intensifica quando este se combina a outras fontes de estresse, tal como a pandemia da Covid-19.

As medidas de segurança estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como estratégia de evitar a propagação e contágio pelo coronavírus, como distanciamento social e permanência em casa geraram efeitos na saúde mental das pessoas e suas famílias que ainda carecem de maiores investigações. A despeito das inúmeras pesquisas que se propõe a compreender as consequências da pandemia da Covid-19, são várias as evidências que sustentam as repercussões negativas dessa crise sanitária mundial. Gayatri e Puspitasari (2022) observaram que a perda de renda familiar gerou dificuldades econômicas que contribuíram com o adoecimento das famílias e seus membros.

A alta transmissibilidade, o agravamento dos casos de Covid-19 (doença causada pelo SARS-CoV-2), além do número exorbitante de óbitos impôs ao mundo uma série de medidas

restritivas (uso de máscaras, distanciamento social, *lockdown*) com o intuito de preservar a vida da população. Tais fatores alteraram o funcionamento dos serviços de saúde, que necessitaram se readequar de modo a proteger usuários e profissionais.

Com base na noção que a adaptação familiar se relaciona a um conjunto de elementos (A, B, C), entende-se que é fundamental conhecer as percepções (c) de pais que foram expostos a dois eventos estressores de forma simultânea (a), isto é, a prematuridade de seus filhos e a pandemia Covid-19. Esse conhecimento pode contribuir com o desenvolvimento de práticas profissionais coerentes com as necessidades de famílias vulneráveis. Assim, este estudo teve como objetivo explorar a percepção (c) de genitores sobre a prematuridade no contexto da pandemia Covid-19 (a).

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo retrospectivo, exploratório, com abordagem qualitativa dos dados.

Contexto de Pesquisa

Este estudo ocorreu no ambulatório do prematuro da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), que se destina ao acompanhamento do desenvolvimento de lactentes prematuros nascidos na instituição. Neste ambulatório recebem atendimento os recém-nascidos oriundos da 3ª. etapa do Método Canguru, que corresponde ao momento em que os RNPT e/ou de baixo peso receberão alta hospitalar e serão acompanhados de forma compartilhada pela equipe do hospital e da atenção básica do método canguru. A assistência é realizada por equipe multiprofissional e o programa é voltado para crianças de zero a quatro anos de idade.

Participantes

Participaram deste estudo 20 pais (6 pais e 14 mães) de bebês nascidos prematuros, com idade gestacional (IG) < 37 semanas, em acompanhamento em ambulatório de seguimento do prematuro, sem malformações congênitas, síndromes genéticas e comprometimento neurológico detectadas no período neonatal, e que estavam com 24 meses de idade corrigida no período da coleta de dados. Os pais deveriam ter no mínimo 18 anos de idade, e após esclarecimentos sobre a pesquisa, expressaram aceitação em participar do estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumentos

Roteiro de Entrevista

Neste estudo foi realizada uma entrevista semiestruturada orientada por duas questões a saber: 1) Como foi cuidar do seu bebê prematuro no primeiro de ano de vida em meio a pandemia Covid-19? 2) Como está sendo a experiência de cuidar do seu bebê agora?

Procedimento de Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2022. As entrevistas ocorreram de forma presencial em sala reservada, com mesa e cadeiras, no intervalo entre os atendimentos do ambulatório. Estas tiveram duração média de 10 minutos, foram gravadas em *smartphone* para posterior transcrição e análise.

Procedimento de Análise de Dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra, e foram organizadas em um documento denominado de *corpus* textual. Este foi posteriormente analisado pelo *Software Interface de R Pourles Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IraMuTeQ), no qual foram realizadas a Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) promove a análise das raízes lexicais e divide o *corpus* em classes. Destaca-se, ainda, que o conteúdo do *corpus* é processado a partir da frequência das palavras e do teste estatístico de *qui-quadrado* (Camargo & Justo, 2018). Para interpretar as classes e nomeá-las foi utilizada a técnica de análise do conteúdo proposto por Bardin (2011) que contribuiu com a elaboração das categorias.

Aspectos éticos

A pesquisa esteve de acordo com as resoluções nº 510/2016 e nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos, foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa, cuja aprovação foi expressa no parecer de número 3.423.811. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

Caracterização dos participantes

A idade materna mais prevalente foi na faixa etária dos 20 aos 30 anos de idade (58,8%), a idade paterna mais frequente foi entre 31 e 40 anos de idade (47,1%). Tais dados corroboram aos relatados nos órgãos oficiais do Brasil, pois de acordo com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), no Brasil 11,1% das crianças nasceram pré-termo entre os anos de 2013 e 2018, sendo que as mães dos nascidos prematuros (63,9%) tinham idade entre 20 e 34 anos (Brasil, 2021). Com relação a escolaridade, 76,5% das mães e 41,2% dos pais concluíram o Ensino Médio, a renda média mensal da família mais prevalente foi de até 1 salário-mínimo (70,6%).

Quanto ao pré-natal, (58,8%) das mães realizaram 6 ou mais consultas, a intercorrência na gestação mais mencionada foi a de mães que contraíram Covid-19 (47,1%), seguida de doença hipertensiva específica da gestação (29,4%), outras intercorrências mencionadas foram infecção do trato urinário (5,9%), bolsa rota (5,9%) e ruptura prematura de membranas (5,9%), não houve intercorrência na gestação (5,9%). A via de parto mais prevalente foi o parto cesáreo (82,4%) e parto normal (17,6%).

Quanto as características da criança, (70,6%) dos bebês foram classificados de acordo com a idade gestacional de nascimento, como prematuros moderados (nascidos entre 32 e 36 semanas e 6 dias), enquanto (29,4%) foram classificados como muito prematuros (nascidos entre 28 e 31 semanas e 6 dias). Em relação ao peso no nascimento, (41,2%) dos bebês foram classificados com muito baixo peso ao nascer (<1.500 kg), (23,5%) com baixo peso ao nascer (<2.500 kg), (23,5%) extremo baixo peso ao nascer (<1.000 kg) e (11,8%) com peso normal (2.500 a 3.999 kg). Quanto ao sexo do bebê, (58,8%) eram do sexo masculino e (41,2%) do sexo feminino. As intercorrências clínicas que os bebês tiveram durante o período neonatal foram infecções neonatais, pneumonia, enterocolite necrosante, parada cardiorrespiratória, displasia broncopulmonar, meningite e anemia.

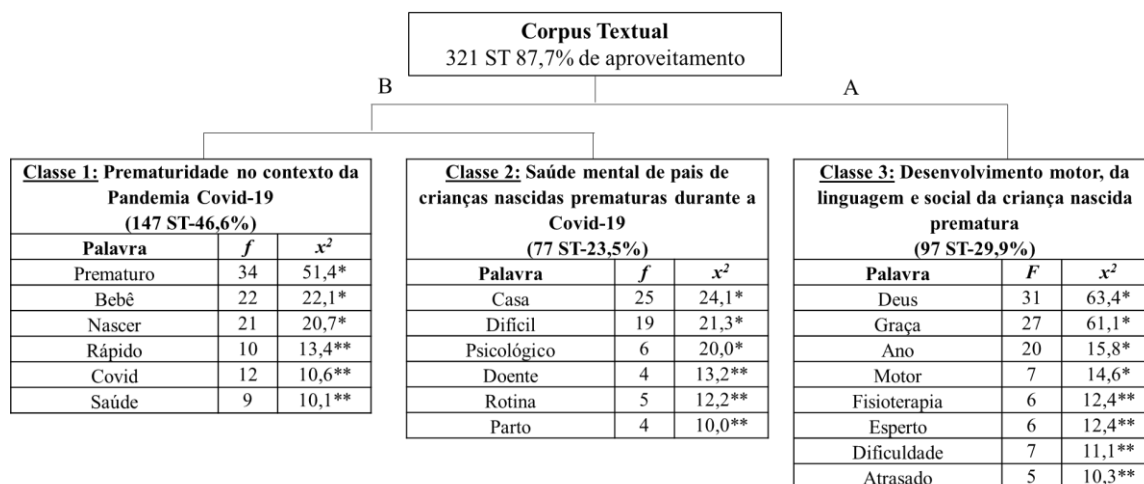
Quanto a intercorrência clínica associada ao parto prematuro e a via de parto mais predominante, nesta pesquisa a Covid-19 e o parto cesáreo figuraram como as mais frequentes. Behring et al. (2021) realizaram uma revisão de literatura acerca dos partos prematuros induzidos pela Covid-19, os resultados dos estudos indicaram um índice superior de prematuridade entre os recém-nascidos de mães que contraíram Covid-19, com maior frequência entre mulheres com doença grave, e a via de parto predominante foi cesárea.

Percepção parental sobre a prematuridade no contexto da pandemia Covid-19

Com o objetivo de explorar a percepção de genitores sobre a prematuridade no contexto da pandemia Covid-19, os dados coletados foram submetidos a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). O corpus textual foi formado por 21 textos, com aproveitamento 321 segmentos de texto (ST), (87,7%), que foram separados em 301 (ST), e 10.315 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos). Para que o material seja consistente para a análise, é indicado que o aproveitamento do corpus seja de no mínimo 70% (Camargo & Justo, 2018). O conteúdo analisado foi categorizado em três classes, conforme o dendrograma (Figura 1), que apresenta a lista de palavras mais frequentes (*f*), com ponto de corte do *qui-quadrado* superior a 10 ($\chi^2 \geq 10$) e com significância estatística ($p \leq 0,01$). As três classes foram divididas em duas ramificações (A e B) do corpus total em análise. O subcorpus A é composto pela Classe 3 e o subcorpus B

pelas Classes 1 e 2 que revelam as percepções dos cuidadores sobre a prematuridade no contexto da pandemia Covid-19.

Figura 1. Dendograma ou Classificação Hierárquica Descendente sobre as percepções de genitores de bebês prematuros



* $p < 0,001$; ** $p > 0,01$

A Classe 1 “**Prematuridade no contexto da Pandemia Covid-19**” constitui-se de palavras e radicais com $p < 0,001$ no intervalo entre $\chi^2 = 10,1$ (saúde) e $\chi^2 = 51,4$ (prematuro). Ademais, esta classe representa 46,6% dos segmentos de texto (ST), sendo as palavras mais representativas “Prematuro” ($f=34$), “Bebê” ($f=22$), “Nascer” ($f=21$), “Rápido” ($f=10$), “Covid” ($f=12$) e “Saúde” ($f=9$).

Segundo o relato dos participantes, o nascimento prematuro do bebê foi algo inesperado (nomeado como “rápido”) e ocorreu por motivos relacionados a “saúde” materna ou do “bebê”, tais como: mães que contraíram Covid-19 durante a gestação, doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), infecção do trato urinário. O agravamento do estado de saúde materna causado pela Covid-19 culminou na interrupção da gestação por ordem médica e consequente nascimento do bebê prematuro. A vivência de forma simultânea da prematuridade e da Pandemia Covid-19 pelos cuidadores lembra o conceito de empilhamento descrito por McCubin e Patterson (1983) ao apresentar o modelo Duplo ABC-X que teve por objetivo compreender o processo de adaptação das famílias diante de crises. De fato, a simultaneidade desses estressores pode ajudar a entender a intensidade dos prejuízos na vida dos cuidadores de crianças nascidas prematuras que se expressa no relato de P06.

“Eu peguei **Covid** com seis meses de gravidez, o meu medo foi porque depois de cinco dias eu comecei a sentir os sintomas, então como eu não podia tomar remédio, o meu maior medo foi de vim para o hospital e não sair mais, entendeu? Porque começou a me dar fraqueza, falhar a minha respiração” (P06)

Além do medo da morte, os cuidadores dos lactentes prematuros precisaram dar conta de novas práticas de cuidado com a saúde. Para evitar o contágio pela Covid-19 os pais precisaram adotar as estratégias recomendadas pelos órgãos de saúde no enfrentamento da crise, como o uso de máscara, cuidados com limpeza e desinfecção da casa com álcool a 70%, lavagem e desinfecção constante das mãos, isolamento social.

“Quando eu voltava das consultas nessa época da **Covid**, eu passava álcool em tudo, só não passava nele (no **bebê**), porque não podia. A gente vivia em uma tensão, um **medo** constante dele pegar o vírus.” (P06)

Richert et al. (2021) buscaram apreender as vivências de mães de lactentes que nasceram prematuros na pandemia da Covid-19. Os resultados indicaram que o isolamento social foi associado a descontinuidade dos serviços de saúde que oferecem cuidado ao prematuro, o que pode comprometer o desenvolvimento pleno dessas crianças. Ressaltam, ainda, a necessidade de fortalecimento da rede de apoio as mães de crianças nascidas prematuras, com o intuito de garantir assistência integral à criança, redução de riscos a morbimortalidade infantil e redução do sofrimento parental.

As repercussões do isolamento social observado nas famílias de lactentes prematuros se remetem as considerações de McCubbin e Paterson (1982, 1983) ao destacar a importância da capacidade do sistema familiar de acionar a rede de apoio na comunidade (recursos) quando está passando por um momento de crise. Nessa perspectiva o acesso a uma rede de apoio pela família habilita o sistema no enfrentamento das adversidades. São vários os estudos (Custódio, et al., 2014; Montagner et al., 2022) que confirmam essa hipótese, o que torna mais problemático quando se investiga as famílias que viveram a prematuridade durante a pandemia, momento que independente da capacidade da família de ir em busca de apoio na comunidade, o fato é que esse apoio não estava disponível (Petrucelli et al., 2022). Mais do que afeto,

compartilhamento de preocupações e dúvidas, essas famílias tiveram poucas oportunidades de receber informações, esclarecimentos, orientações que lhe ajudasse nos cuidados com seus bebês prematuros. A indisponibilidade da rede de apoio (amigos, familiares e profissionais) tornou a experiência da prematuridade mais adversa do que quando vivida em momentos não pandêmicos (Shoshi et al., 2022).

“A minha esposa se sentiu meio que abandonada, porque ficou o mínimo possível de profissionais pra cuidar dos prematuros, desceu todo mundo pra cuidar da pandemia” (P01)

A Classe 2 **“Saúde mental de pais de crianças nascidas prematuras durante a Covid-19”** constitui-se de palavras e radicais com $p < 0,001$ no intervalo entre $\chi^2 = 10,0$ (parto) e $\chi^2 = 24,1$ (casa), esta representou 23,5% dos ST, tendo como palavras mais representativas “Casa” ($f=25$), “Difícil” ($f=19$), “Psicológico” ($f=6$), “Doente” ($f=4$), “Rotina” ($f=5$) e “Parto” ($f=4$).

A vivência simultânea dos desafios gerados pela prematuridade e pela pandemia da Covid-19 ocasionou prejuízos nos recursos individuais (McCubin & Patterson, 1983) dos genitores. O humor depressivo, medo, tristeza, desânimo e preocupações evidentes em cuidadores de lactentes prematuros (Holditch-Davis et al., 2015; Treyvaud et al., 2010) foram potencializados com a crise sanitária que abalou o mundo. A necessidade de proteger seus filhos que nasceram prematuros para que não fossem contaminados pelo coronavírus combinado com a indisponibilidade de rede de apoio em decorrência das medidas restritivas de isolamento social ofereceram a base para o sentimento de impotência diante dos desafios, o que fragilizou a saúde mental dos cuidadores de crianças prematuras nascidas durante a pandemia, tal como pode ser observado no relato de P10:

“O desenvolvimento dela demorou muito, porque por causa da Covid não tinha contato com mais criança, com mais adulto, então demorou bastante o desenvolvimento dela e como era só eu e meu marido dentro da casa, o meu psicológico ficou meio abalado.” (P10)

A prematuridade, por si só, tende a ter um impacto negativo na saúde mental das mães que vivenciaram essa experiência, que também pode estender-se aos pais (Ionio et al., 2019). Associado a outros eventos estressores, como a pandemia da Covid-19, o sofrimento de pais e mães de lactentes prematuros tornou-se mais intenso. De fato, esses cuidadores precisaram lidar

com uma situação nova em um contexto caótico, marcado por medo, dúvidas, insegurança, que culminaram em prejuízos na saúde mental (Wagner et al., 2023).

A alta hospitalar constitui em um dos momentos mais aguardados pelos pais, marcado por sentimentos ambivalentes, pois apesar do alívio de finalmente ter o filho em casa, podem ocorrer insegurança, preocupação e sobrecarga de cuidados e responsabilidades. Dessa forma, os primeiros meses pós-alta hospitalar constituem um momento desafiador, uma vez que os pais passam a ser os principais responsáveis pelos cuidados do lactente prematuro (alimentação, banho, sono), o que pode gerar medo e insegurança (Macedo de Sousa et al., 2021). A preocupação e sobrecarga com os cuidados da criança nascida prematura pode causar, por si só, dificuldades emocionais nos pais, tal como pode ser observado no relato de P11:

“Mas depois eu tive que ir pra minha **casa** e era só eu e ele e meu esposo, eu tive que me adaptar a ele, me acostumar, no momento eu fiquei muito sozinha, fiquei depressiva e sofri muito. Eu entrei em depressão depois que ele nasceu, eu me sentia só, eu chorava bastante, eu me sentia só e é isso, chorava muito, ficava muito só e isso foi afetando a minha cabeça também, o meu psicológico, foi difícil” (P11)

Para além do estresse vivido como uma decorrência do medo que marcou a vida de todas as pessoas durante a pandemia da Covid-19 e da sobrecarga gerada pelos cuidados de um bebê prematuro associados as práticas de higienização dos espaços e objetos, é preciso destacar o impacto do isolamento social. Adotado como uma das principais estratégias de proteção da população durante a pandemia da Covid 10 e recomendada pela OMS, o isolamento social contribuiu não apenas com o controle da propagação do vírus, mas também com prejuízos para as pessoas e suas famílias.

Observa-se que os efeitos adversos do isolamento social, principalmente nas famílias de lactentes prematuros, apresentam especificidades. A prematuridade, por si só, gera sentimento de insegurança, fragilidade, medo nos adultos responsáveis pelos cuidados da criança nascida prematura. Nesse contexto, o encontro com outras pessoas, seja estas profissionais da saúde, amigos e familiares, é de extrema importância (Moraes et al., 2009). Esses encontros se apresentam como espaços de apoio e construção de sentimentos e habilidades que ajudam os pais/cuidadores a lidar com a imaturidade do lactente prematuro. Nesse sentido, o isolamento social restringiu a construção e manutenção desses espaços, tal como pode ser observado na

fala de P10.

“Foi bem complicado ainda mais com a pandemia **Covid-19**, acho que a adaptação de um filho **premature** com cuidado, que não pode ter muita gente, muito álcool em gel, não podia contar com a família, tinha que ficar isolado na casa sozinho, não podia ter contato com mais ninguém só comigo, com o pai e com a avó, com mais ninguém. Acho que a pior coisa foi essa.” (P10)

A despeito da crise vivenciada pelos cuidadores, a análise dos relatos revela que para alguns participantes o crescimento da criança e a aproximação do fim da emergência da pandemia da Covid-19, esteve relacionada a diminuição de sentimentos negativos como tensão, angústia, medo, tristeza e preocupação. À medida que as crianças alcançavam alguns marcos do desenvolvimento ao longo do tempo, observou-se a redução do sofrimento mental de seus pais. De fato, diminuição do número de intercorrências e comorbidades clínicas, assim como a redução da necessidade de atenção redobrada em cuidados diários como alimentação, sono, higiene, contribuiu com a melhora na saúde mental dos cuidadores.

“Olha já tá mais tranquilo, já não é mais aquela preocupação de antes, que a gente tinha muito medo dele ser contaminado pela **Covid**. Tinha que ter todo o cuidado na **rotina** até a posição de dormir, tinha que ter cuidado, porque ele é **premature**. Então agora praticamente é curtir o normal, o bebê normal, não tem mais aquele cuidado de antigamente.” (P10)

Com a diminuição das restrições impostas pela Covid-19 os serviços de *follow-up* foram sendo progressivamente reabertos e assim o acompanhamento no ambulatório de seguimento pela equipe multiprofissional especializada foi ocupando seu lugar na vida das famílias, por meio do oferecimento de apoio como informação, orientação, acolhimento, etc. O acompanhamento do ambulatório favoreceu não apenas o desenvolvimento da criança, mas também contribuiu com a diminuição das preocupações dos pais. Estas evidências confirmam a proposta de McCubin e Paterson ao destacar o papel que o apoio oferecido pela comunidade às famílias quando estas estão diante de situações de crise.

“Ter um filho prematuro ainda mais na pandemia foi uma experiência difícil, só que a Santa Casa ajudou muito no processo de aprendizagem pra cuidar da criança, a mãe dele aprendeu muito lá dentro.” (P19)

As percepções de alguns participantes revelaram que o retorno dos serviços de seguimento ambulatorial de prematuros e a diminuição das intercorrências clínicas de seus bebês foram fundamentais para diminuir o sofrimento parental experienciado e para a superação das adversidades no período de crise. Por outro lado, o sofrimento parental vivenciado nos primeiros meses de vida do lactente prematuro, em especial o período crítico de hospitalização em UTIN no auge da pandemia Covid-19, deixaram sequelas na saúde mental dos pais, como sentimentos de medo e preocupação excessivos com a saúde e desenvolvimento de seus filhos, além da percepção de que estas crianças são mais frágeis, ou seja, os recursos pessoais foram prejudicados. Conforme relato:

“Quando eu vi um bebê tão pequeno e frágil pra mim isso até hoje reflete, porque eu tenho assim medo. Eu evito sair com ela, pois parece que tudo vai deixá-la doente, qualquer coisa fica gripada, até com vento de chuva. As pessoas dizem que preciso sair mais com ela, acham que por eu ter tanto cuidado que ela fica frágil.” (P03)

Os estudos que associam variáveis de saúde mental de pais de prematuros e o desenvolvimento das crianças nascidas prematuras durante a pandemia Covid-19 são escassos, e os resultados a longo prazo ainda são desconhecidos. Com o objetivo de avaliar o impacto a longo prazo da Covid-19, durante a gestação, no estado psicológico materno e no desenvolvimento neurocomportamental do lactente, Wang et al. (2020) realizou um estudo longitudinal que acompanhou gestantes com Covid-19 até 3 meses após o parto, mães de lactentes à termo e prematuros. Os resultados indicaram que 22,2% das pacientes grávidas sofriam de transtorno de estresse pós-traumático ou depressão 3 meses após o parto ou aborto induzido.

A Classe 3 “**Desenvolvimento motor, da linguagem e social da criança nascida prematura**”, representou 29,9% dos ST, constitui-se de palavras e radicais com $p < 0,001$ no

intervalo entre $\chi^2 = 10,3$ (atrasado) e $\chi^2 = 63,4$ (Deus), nesta classe as palavras mais representativas foram “Deus” ($f=31$), “Graça” ($f=27$), “Ano” ($f=20$), “Motor” ($f=7$), “Fisioterapia” ($f=6$), “Esperto” ($f=6$), “Dificuldade” ($f=7$) e “Atrasado” ($f=5$).

A classe 3 descreve dois recortes temporais acerca da percepção dos pais sobre o desenvolvimento de seus lactentes prematuros, sendo um deles referente aos primeiros 12 meses de idade corrigida e o outro aos 24 meses de idade corrigida. Dessa forma, a análise dos dados revelou dois tipos de preocupação dos pais com relação ao desenvolvimento de seus filhos que nasceram prematuros, que diferiram de acordo com a idade. Nos primeiros 12 meses de idade corrigida foram mencionados atrasos no desenvolvimento motor. A partir dos 24 meses os pais relataram prejuízos no desenvolvimento social e da linguagem.

a) Trajetórias desenvolvimentais de crianças nascidas prematuras nos primeiros 12 meses de idade corrigida

Durante as entrevistas, os pais relataram que seus filhos tiveram atraso em alguns marcos do desenvolvimento motor, como sentar-se, engatinhar e ficar de pé. Foram mencionadas, ainda, alteração de tônus muscular como hipotonia que pode ocasionar prejuízos no desenvolvimento motor, tal como pode ser observado na fala a seguir:

“Ele tinha **dificuldade** até pra engatinhar, ele era todo mole, foi que eu comecei a **fisioterapia**, agora que já tá melhorando o andar dele” (P11)

Dados sobre o desenvolvimento de lactentes cujas mães contraíram a Covid-19 durante a gestação ainda são incipientes e inconclusivos. O estudo conduzido por Silva et al. (2023) avaliou mães que contraíram Covid-19 durante a gestação com um grupo de mães não infectadas, a amostra foi composta tanto por bebês nascidos prematuros como nascidos à termo. O grupo Covid-19 apresentou risco 6,3 vezes maior de atraso no desenvolvimento motor. Além disso, o atraso no desenvolvimento motor também esteve significativamente associado às alterações socioemocionais. Em relação às famílias dos bebês do grupo Covid-19, 63% das mães apresentaram risco de depressão, 51,9% risco de abuso de substâncias, 40,7% risco de insegurança alimentar e 7,4% risco de violência doméstica.

Pinheiro et al. (2024) conduziram um estudo de coorte prospectivo em cinco municípios do sudeste do Brasil, com o objetivo de analisar os efeitos da exposição gestacional ao SARS-CoV-2 no neurodesenvolvimento até os 12 meses. Os principais resultados pelos autores revelaram que a exposição gestacional ao SARS-CoV-2 não aumentou o risco de atraso no

desenvolvimento. Porém, os achados sugerem que quanto mais precoce a exposição gestacional, maior o risco de atraso no desenvolvimento aos 12 meses. O parto cesáreo e a suspeita de depressão materna aumentaram o risco de atraso no desenvolvimento, independentemente da exposição ao vírus.

b) Trajetórias desenvolvimentais de crianças nascidas prematuras aos 24 meses de idade corrigida

Os pais revelaram que aos 24 meses de idade corrigida as preocupações tornaram-se menos proeminentes, esse momento foi considerado mais tranquilo, pois as crianças já estavam mais adaptadas a rotina, tinham menos intercorrências clínicas. Embora os atrasos motores tenham sido pouco mencionados, alguns pais relataram que a criança ainda não tinha adquirido a marcha independente. Os prejuízos mais mencionados pelos pais foram dificuldades na linguagem e nas interações sociais, provavelmente devido ao período prolongado de isolamento social imposto como formas de prevenção a Covid-19. No entanto, alguns pais consideram que seus filhos estavam com o desenvolvimento motor, cognitivo, da linguagem e social compatível ao de crianças da mesma idade e que nasceram a termo.

“A fala dela tá **atrasada**, né? As outras coisas não, ela é muito inteligente, ela é muito **esperta**, tudo ela entende, ela corresponde o que a gente fala com ela, mas a fala tá **atrasada**” (P03)

“Como ele cresceu do meu lado, ele tem uma certa **dificuldade** pra se envolver com outras crianças pra brincar, desde que ele nasceu ficou isolado dentro de casa, não podia sair por causa **pandemia**, então acho que ele acabou ficando com isso.” (P11)

Os pais que participaram deste estudo revelaram percepções distintas sobre as trajetórias desenvolvimentais dos seus filhos que nasceram prematuros durante a pandemia Covid-19. Observou-se que algumas famílias tiveram uma boa adaptação e outras uma má adaptação diante do acúmulo de estressores: prematuridade e Covid-19 (McCubin & Patterson, 1983). É possível que o acompanhamento ambulatorial sistemático com equipe multiprofissional especializada, a diminuição das medidas de restrição e fim da emergência global da pandemia Covid-19, assim como o apoio recebido de familiares tenham contribuído com a boa adaptação

de algumas famílias. Por outro lado, as intercorrências clínicas combinadas com a indisponibilidade de recursos como o apoio de familiares e profissionais e com o medo de contágio pela Covid-19 podem ter contribuído com a má adaptação que se revela em preocupações excessivas e na ênfase das fragilidades da criança.

Conclusão

O presente estudo teve como objetivo explorar a percepção de genitores de crianças nascidas prematuras durante a pandemia Covid-19. A análise dos dados revelou conclusões que embora distintas são congruentes com o modelo duplo ABC-X usado como base teórica para exploração dos dados. Embora os participantes do estudo tenham estado expostos aos mesmos estressores, isto é: prematuridade e Covid 19, observou-se percepções distintas que podem ajudar a entender as diferentes formas de adaptação (boa e má adaptação) reveladas nas falas dos participantes. É possível que este desfecho esteja de fato relacionado, tal como sugere o modelo, não apenas aos estressores (a) (prematuridade e Covid 19), mas também as percepções que as pessoas têm sobre a crise.

Apesar das contribuições do presente estudo, entende-se que as características da amostra constituem uma importante limitação. A predominância da figura materna entre os participantes se apresenta como um problema que precisa ser superado em estudos posteriores. Nesse sentido, sugere-se que sejam recrutados em futuras pesquisas participantes do sexo masculino (pais), famílias de diferentes backgrounds socioeconômicos, oriundos de hospitais públicos e privados o que pode gerar uma maior amplitude de percepções e gerar discussões mais aprofundadas.

Em termos práticos, a presente pesquisa sugere que os profissionais que atuam junto a esse público repensem suas práticas diante desta população e considerem a possibilidade desses genitores estarem vivendo outras situações estressantes além da prematuridade. Por fim, esses profissionais não podem esquecer do importante papel que desempenham no processo de superação das adversidades vividas pelos genitores de crianças nascidas prematuras.

Referências

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bhering, N. B. V., Arndt, C. G., Gonçalves Filho, D. A. de P., Vita, D. T. P., Chagas, F. R. da C., Gazzoni, G. A. S., Bessa, I. de P. P., Costa, J. R. S., Silva, J. C. B. M., & da Costa, T. M. M. (2021). O parto prematuro induzido pela covid-19: uma revisão da literatura [Premature birth induced by covid-19: a literature review]. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2),

4401–4415. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-034>

- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2021). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Saúde Brasil 2020/2021: uma análise da situação de saúde e da qualidade da informação [recurso eletrônico] /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2018). Tutorial para uso do software de análise textual IRaMuTeQ. Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado de: em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
- Custódio, Z. A. de O., Crepaldi, M. A., & Linhares, M. B. M. (2014). Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. *Estudos De Psicologia (campinas)*, 31(2), 247–255. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2014000200010>
- Gayatri M, & Puspitasari, M.D. (2022). The Impact of COVID-19 Pandemic on Family Well-Being: A Literature Review. *Fam J Alex Va.* 2022 Oct 5:10664807221131006. <https://doi.org/10.1177/10664807221131006>
- Holditch-Davis, D., Santos, H., Levy, J., White-Traut, R., O’Shea, T. M., Geraldo, V., & David, R. (2015). Patterns of psychological distress in mothers of preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 41, 154–163. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.10.004>
- Ionio, C., Mascheroni, E., Colombo, C., Castoldi, F., & Lista, G. (2019). Stress and feelings in mothers and fathers in NICU: identifying risk factors for early interventions. *Prim Health Care Res Dev*, Jun 7(20): e81. doi: 10.1017/S1463423619000021.
- Lavee, Y., McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1985). The Double ABCX Model of Family Stress and Adaptation: An Empirical Test by Analysis of Structural Equations with Latent Variables. *Journal of Marriage and Family*, 47(4), 811–825.

<https://doi.org/10.2307/352326>

- McCubbin, H., & Patterson, J. (1982). Family adaptation to crises. In H. McCubbin, A. Cauble, & J. Patterson (Eds.). *Family stress, coping and social support*. Springfield, IL: C.C. Thomas.
- McCubbin, H.I. and Paterson, J.M. (1983). The Family Stress Process: The Double ABC-X Model of Adjustment and Adaptation in M.I. McCubbin, J.M. Paterson and M. Sussman (eds). *Advances and Development in Family Stress Theory and Research*. New York. Pp. 1-26.
- Macedo de Sousa et al. (2021). Seguimento do recém-nascido pré-termo egresso da unidade de terapia intensiva neonatal. In *Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família* [livro eletrônico] / [organização Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras]. -- São Paulo, SP: Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras.
- Marchetti, D., & Moreira, M. C. (2015). Vivências da prematuridade: A aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário? *Revista Psicologia e Saúde*, 7(1), 82-89.
- Montagner, C. D., Arenales, N. G., & Rodrigues, O. M. P. R. (2022). Mães de bebês em UTIN: rede de apoio e estratégias de enfrentamento. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 34: e28423. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2022/v34/28423>
- Morais, A. C., Quirino, M. D., & Almeida, M. S. (2009). O cuidado da criança prematura no domicílio. *Acta Paulista De Enfermagem*, 22(1), 24–30. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000100004>
- Oliveira, A. C. de., César, C. P. H. A. R., Matos, G. de G., Passos, P. S., Pereira, L. D., Alves, T., & Guedes-Granzotti, R. B. (2018). Hearing, language, motor and social skills in the child development: a screening proposal. *Revista CEFAC*, 20(2), 218–227. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820216617>
- Petrucelli, G., Oliveira, A. I. B. de., Ruiz, M. T., & Wernet, M. (2022). Maternal home care for premature and/or low birth weight children born during the pandemic. *Research, Society and Development*, [S. l.], 11(15), p. e233111537281. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37281>
- Reichert, A. P. da S., Guedes, A. T. A., Soares, A. R., Brito, P. K. H., Dias, T. K. C., & Santos,

- N. C. C. de B. (2021). Covid-19 pandemic: experiences of mothers of infants who were born premature. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 42(spe), e20200364. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200364>
- Schiavo, R. A, Rodrigues, O. M. P. R., Santos, J. S. dos, Antonucci, J. M., Mormanno, C., & Pereira, V. A. (2020). Fatores materno-infantis associados ao desenvolvimento de bebês prematuros e a termo. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(4), 141-158. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.vi.1031>
- Shoshi, P. H., Tuval-Mashiach, R., & Bin Nun, A. (2022). One uncertainty added on top of another: Challenges and resources of mothers of preterm infants during the COVID-19 pandemic. *Front Psychol.* 2022 Sep 29;13:968192. doi: 10.3389/fpsyg.2022.968192.
- Silva, P.Y.F, Lima da Cruz, M.C, Guerra Azevedo, I., Moreira, R.S, Sousa, K.G, & Pereira, S.A. (2023). Risk of Global Developmental Delay in Infants Born from Mothers with COVID-19: A Cross-Sectional Study. *Int J Womens Health.* 2023 Apr 1;15:467-474. doi: 10.2147/IJWH.S389291.
- Silveira, R. de C. (2012). Como organizar o seguimento do prematuro. In R. De Silveira (Ed). *Seguimento ambulatorial do prematuro de risco*. Sociedade Brasileira de Pediatria, 1ª ed.
- Treyvaud, K., Anderson, V.A, Lee, K.J, Woodward, L.J, Newnham, C., Inder, T.E, Doyle LW, & Anderson, P.J. (2010). Parental mental health and early social-emotional development of children born very preterm. *J Pediatr Psychol*, 35(7): 768-77. doi: 10.1093/jpepsy/jsp109.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wagner E, Bień K, Łomża A, Grunwald A, Kimber-Trojnar Ż, Libera A, & Leszczyńska-Gorzela B. (2023). Stress of Prematurity in the Experience of the COVID-19 Pandemic-Current State of Knowledge. *Life (Basel)*, 16;13(8): 1757. doi: 10.3390/life13081757.
- World Health Organization. (2015). Who Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva: WHO

Considerações Finais da Tese

O objetivo da presente tese de doutorado consistiu em investigar a associação entre as variáveis psicológicas parentais como estresse, ansiedade, depressão, desesperança e relacioná-las ao desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras nos primeiros 24 meses de idade corrigida.

Dentre os vários resultados encontrados destaca-se o fato de as crianças nascidas prematuras apresentarem aos 12 e 24 meses de idade corrigida desenvolvimento neuropsicomotor que “parece atender as expectativas para a idade”, de acordo com o SWYC-BR, isto é, níveis de desenvolvimento similares aos de crianças nascidas a termo, tal dado foi encontrado nos dois estudos por meio da percepção parental. É possível que este achado se deva ao fato desses lactentes terem sido expostos a alguns fatores protetivos como o acompanhamento em serviço de seguimento ambulatorial por equipe multidisciplinar especializada, o que contribuiu com a superação dos desafios desenvolvimentais estabelecidos ao longo do tempo.

Essa pesquisa reafirma a natureza complexa que envolve o fenômeno da prematuridade. De fato, trata-se de uma experiência multideterminada e multifacetada que sofre influência de vários fatores (biológicos, ambientais, pessoais, socioeconômicos, entre outros). A experiência de ter um filho prematuro durante a emergência da pandemia da Covid-19 potencializou angústias, tensões, medo e preocupação dos pais, sobretudo, das mães. Ademais, a rede de apoio familiar e da comunidade ficou reduzida ou inexistente, especialmente devido as orientações de isolamento social, o que aumentou a sobrecarga dos cuidadores. Esses dados reforçam a premissa de que a prematuridade não pode ser investigada fora do contexto, é preciso considerar sistemicamente o conjunto de estressores aos quais as famílias estão expostas, as características individuais de cada membro e a sua percepção dos eventos que podem gerar crise no sistema familiar.

Em relação a saúde mental materna as médias apresentadas pelo G1 (mães de crianças nascidas prematuras) revelam que mesmo após as crianças completarem 12 meses de idade corrigida, persistiu o alto estresse na subescala “Sofrimento parental”, depressão leve e desesperança moderada. Dessa forma, independente das análises estatísticas, os dados revelaram que os níveis de estresse, depressão e desesperança das mães de crianças nascidas prematuras foram mais altos do que nas mães de crianças nascidas a termo o que nos indica que os prejuízos na saúde mental materna se inserem em um contexto mais amplo de dificuldades

as quais as mulheres estão expostas. Em que pese os avanços na busca de igualdade de gênero, observa-se o quanto as mulheres ao assumirem o papel de mães são silenciadas em suas vontades, necessidades e desejos. Collier de Mendonça (2021) ao dialogar com O'Reilly (2016) sobre a necessidade de um feminismo matricêntrico, afirma que mesmo após muitas décadas de lutas feministas, as mães continuam sendo duplamente oprimidas pelo patriarcado, por serem mulheres e mães.

Neste sentido, considera-se que as reflexões levantadas nesta tese se estendem a mães de crianças nascidas a termo, pois as mães que se encontram em situação de vulnerabilidade social, estão expostas a sobrecarga de cuidados dos filhos o que pode gerar impactos negativos em sua saúde mental. Observa-se na contemporaneidade que ainda impera a cultura patriarcal de que mulheres devem assumir as maiores responsabilidades no cuidado do outro, incluindo os filhos. Por esta razão, são as mães que majoritariamente levam os filhos aos serviços de saúde, que acompanham os tratamentos, que são as responsáveis em administrar medicações, ajudá-los nas tarefas diárias e escolares. Além de todo esse rol de atividades domésticas soma-se as atividades profissionais, o que gera sobrecarga de papéis. Um exemplo do pouco engajamento dos genitores masculinos foi observado nesta pesquisa, pois apesar dos esforços não foi possível incluí-los, pois os pais não estavam no ambulatório e não aceitaram participar de forma remota. Esse dado revela a indisponibilidade da figura parental paterna quando se trata do fornecimento de cuidado aos seus filhos prematuros.

A negligência a saúde mental materna é um problema profundo, que apesar de debatido, na prática ainda são incipientes as ações de promoção, prevenção e atenção à saúde das mães. Quando a saúde de quem cuida é desconsiderada é impossível não se questionar como será a repercussão do adoecimento materno nos cuidados oferecidos? As crianças estão crescendo em ambientes seguros, salutar, afetuosos e tendo suas demandas tão peculiares acolhidas e atendidas? Quem olha para o sofrimento das mães, que no fim do dia estão exaustas, desanimadas consegue entender os níveis moderados de desesperança encontrados no presente trabalho. A questão que se coloca é como pensar em um futuro promissor da sociedade quando as cuidadoras daqueles que serão a próxima geração estão imersas em um contexto de vulnerabilidades? A pobreza soma-se a baixa escolaridade, as jornadas de trabalho exaustivas fora e dentro do contexto domiciliar, a rede de apoio deficitária, a solidão.

As mulheres-mães, em especial as que se encontram em situação de vulnerabilidade social, estão desamparadas. Mesmo quando a figura parental paterna está presente no contexto domiciliar, há pouco ou nenhum compartilhamento de cuidados dos filhos. O desamparo é

multidimensional, do âmbito intrafamiliar ao âmbito do poder público, cobra-se em demasia das mães para que seus filhos tenham todo o suporte para se desenvolverem de forma segura e saudável. Essa cobrança foi criada a partir da idealização e romantização da maternidade, como se as mulheres instintivamente possuíssem todas as habilidades para desempenhar o papel de mãe. Esse ideal quase inatingível acarreta ainda mais culpa e a sensação de que não conseguem cumprir com maestria todas as suas funções.

Dado o exposto, defende-se a tese de que a experiência de ter um filho prematuro é um fenômeno complexo, que impacta na saúde mental materna. Todavia, a relação entre essas variáveis não é linear e sim multifatorial, sendo necessário, para compreender o impacto da prematuridade na saúde mental das mães, analisar suas experiências anteriores e posteriores a este acontecimento assim como o conjunto de estressores aos quais estão expostas, tal como a experiência vivida durante a pandemia da Covid-19. Adicionalmente, o lugar em que a figura materna é colocada na sociedade moderna explica em grande parte os prejuízos na saúde mental das mães em geral, particularmente das mães de bebês prematuros.

A despeito das contribuições desta tese, esta possui algumas limitações como os relativos à seleção da amostra, que foi em apenas um hospital de referência no acompanhamento de bebês prematuros e um centro saúde escola (grupo controle). Além disso, o estudo quantitativo foi realizado apenas com mães, apesar dos esforços de incluir a figura masculina (pais das crianças). Recomenda-se que os estudos futuros incluam outras instituições (públicas e privadas), busquem incluir os genitores masculinos e prolonguem o período de acompanhamento dos participantes, realizando avaliações em idades mais avançadas das crianças prematuras.

Dessa forma, espera-se que os resultados desta pesquisa possam trazer um arcabouço mais robusto de evidências científicas que orientem os serviços de acompanhamento (seguimento) de crianças nascidas prematuras a repensarem suas práticas no sentido que ofereçam intervenções voltadas tanto a promoção do desenvolvimento da criança como também a saúde mental de seus pais, em especial de suas mães, as principais cuidadoras. Esses esforços devem ser empreendidos pela unidade formada entre desenvolvimento infantil e saúde mental dos pais, considerados aspectos indissociáveis e inter influentes.

Portanto, recomenda-se que os ambulatórios de seguimento ao prematuro incluam avaliações periódicas do estado de saúde mental dos pais, o que deve ser feito de forma precoce e contínua. Uma proposta é a elaboração de um protocolo operacional padrão de avaliação da saúde mental dos pais de lactentes prematuros (que avalie as variáveis estresse parental,

ansiedade, depressão, desesperança) realizada no momento da alta hospitalar e a cada três meses, para que seja possível identificar os pais que estão em risco de apresentar sofrimento psicológico e para que os encaminhamentos a serviços de saúde mental sejam realizados. Além disso, sugere-se a formação de grupos de apoio supervisionados por psicólogos que busque oferecer apoio parental, troca de experiências e apoio mútuo aos pais de bebês pré-termos.

Assim, pretende-se que a partir desta proposta de tese a saúde mental de mães e pais de crianças na primeira infância, em especial as de risco biológico como as nascidas prematuras, seja considerada como um dos principais pilares para a oferta de um contexto salutar, de oportunidades, estímulos, afeto e segurança aos seus filhos.

Referências

- Abebaw, E., Reta, A., Kibret, G. D., & Wagnew, F. (2021). Incidence and Predictors of Mortality among Preterm Neonates Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit at Debre Markos Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *Ethiopian journal of health sciences*, 31(5), 937–946. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v31i5.4>
- Almeida, Natalia de Sousa, & Goldstein, Rosely Abramowicz. (2022). Impactos psíquicos nas vivências de mães de bebê com extremo baixo peso internado em UTI Neonatal. *Revista da SBPH*, 25(1), 84-96. <https://dx.doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v25.030>
- Alves, C.R.L. (2021). Survey of Well-being of Young Children (SWYC-BR) [recurso eletrônico]: manual de aplicação e interpretação / tradução e adaptação: Claudia Regina Lingren Alves, Marina Aguiar Pires Guimarães, Rafaela Silva Moreira. – 1. ed. – Araranguá : UFSC, 2021.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2013). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5^a ed.). Arlington, VA: . American Psychiatric Publishing
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. F. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. M. Richards (Ed.), *The integration of a child into a social world* (pp. 99–135). Cambridge University Press.
- Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A. P., Merialdi, M., Requejo, J. H., Rubens, C., Menon, R., & Van Look, P. F. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(1), 31–38. <https://doi.org/10.2471/BLT.08.062554>
- Bombarda Müller, A., & Consi, B. M. (2021). Caracterização e perfil do desenvolvimento de crianças em puericultura de uma Estratégia de Saúde da Família. *APS EM REVISTA*, 3(3), 182–193. <https://doi.org/10.14295/aps.v3i3.162>
- Bowlby, J. (1940). The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. *The International Journal of Psychoanalysis*, 21, 154–178.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru :

- manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p.
- Bronfenbrenner, U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- Brummelte, S., Grunau, R. E., Synnes, A. R., Whitfield, M. F., & Petrie-Thomas, J. (2011). Declining cognitive development from 8 to 18 months in preterm children predicts persisting higher parenting stress. *Early human development*, 87(4), 273–280. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.01.030>
- Capelli, J. de C. S., Monteiro, L. S., Calderoni, T. L., Carmo, C. N. do, Feroni, M. de C., & Ribas, S. A. (2023). Prematuridade e fatores associados ao pré-natal em um hospital maternidade de referência. *Revista De Saúde Pública De Mato Grosso Do Sul*, 5(2), 21–35. Recuperado de <https://revista.saude.ms.gov.br/index.php/rspms/article/view/227>
- Carvalho, M.S.D.P. & Silva, B.M.B. (2014). Estilos parentais: um estudo de revisão bibliográfica. *Revista Psicologia em Foco*, 6(8), 22-42.
- Coletti, M. F., Caravale, B., Gasparini, C., Franco, F., Campi, F., & Dotta, A. (2015). One-year neurodevelopmental outcome of very and late preterm infants: Risk factors and correlation with maternal stress. *Infant behavior & development*, 39, 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.01.003>
- Collier de Mendonça, M. (2021). Maternidade e maternagem: os assuntos pendentes do feminismo. *Revista Ártemis*, 31(1). <https://doi.org/10.22478/ufpb.1807-8214.2021v31n1.54296>
- Contim, D. et al. (2017). Dificuldade vivenciadas por mães de recém-nascidos prematuros durante a permanência prolongada em ambiente hospitalar. *Revista de Enfermagem Atenção Saúde [Online]* 6(1):31-38.
- Cunha, J. A. (2011). Escalas Beck (1. ed.). Casa do Psicólogo.
- Dadalto, E. C. V., & Rosa, E. M. (2015). Vivências e Expectativas de Mães com Recém-nascidos Pré-termo Internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(3), 814-834.

- Dantas, M. M. C., Bezerra de Araújo, P. C., Paulino, D. De S., Maia, E. M. C. (2012). Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. *Psicologia em Revista*, 18(1), 90-106. <https://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p90>
- Davenport, M. H., Meyer, S., Meah, V. L., Strynadka, M. C., & Khurana, R. (2020). Moms Are Not OK: COVID-19 and Maternal Mental Health. *Frontiers in global women's health*, 1, 1. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2020.00001>
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting Stress and Child Adjustment: Some Old Hypotheses and New Questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 314-332. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x>
- de Souza, N. L., Pinheiro-Fernandes, A. C., Clara-Costa, I.doC., Cruz-Enders, B., de Carvalho, J. B., & da Silva, M.deL. (2010). Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Revista de salud publica (Bogota, Colombia)*, 12(3), 356–367. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642010000300002>
- Eickmann, S. H., & Lima, A. C. V. (2007). Desenvolvimento neuropsicomotor da criança. In M. C. Lima, M. E. F. A Motta & G. A. P Silva. Saúde da criança: para entender o normal. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2007.
- Esteves de Vasconcellos, M. J. Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência. 10. ed. Campinas: Papirus, 2013. 269 p.
- Favaro, M. de S. F., Peres, R. S., & Santos, M. A. dos .. (2012). Avaliação do impacto da prematuridade na saúde mental de puérperas. *Psico-usf*, 17(3), 457–465. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712012000300012>
- Fernandes, L. V., Goulart, A. L., Santos, A. M. N. dos ., Barros, M. C. de M., Guerra, C. C., & Kopelman, B. I.. (2012). Avaliação do neurodesenvolvimento de prematuros de muito baixo peso ao nascer entre 18 e 24 meses de idade corrigida pelas escalas Bayley III. *Jornal De Pediatria*, 88(6), 471–478. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572012000600005>
- Formiga, C. K. E. R, Pedrassani, E.S., & Tudella E. (2004). Desenvolvimento motor de lactentes pré-termos participantes de um programa de intervenção fisioterapêutica precoce. *Rev. Bras. Fisioter*, 8(3): 239-245 3.

- Formiga, C. K. M. R., Vieira, M. E. B., Fagundes, R. R., & Linhares, M. B. M. (2017). Modelos preditivos para o desenvolvimento motor precoce dos bebês prematuros: um estudo longitudinal prospectivo. *Journal of Human Growth and Development*, 27(2), 189-197. <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.111288>
- Fotiou, C., Vlastarakos, P. V., Bakoula, C., Papagaroufalos, K., Bakoyannis, G., Darviri, C., & Chrousos, G. (2016). Parental stress management using relaxation techniques in a neonatal intensive care unit: A randomised controlled trial. *Intensive & critical care nursing*, 32, 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.08.006>
- Gaíva, M. A. M, Neves, A. de Q., Silveira, A. O., & Siqueira, F. M. G de. (2006). A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares. *REME – Revista Mineira De Enfermagem*, 10(4):387-392. <http://www.dx.doi.org/S1415-27622006000400011>
- Garel, M.; Dardennes, M.; & Blondel, B. (2006). Mothers' psychological distress 1 year after very preterm childbirth. Results of the epipage qualitative study. *Child: care, health and development*, 33(2), 137-143.
- Glover V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 28(1), 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017>
- Góes, F. V. de ., Méio, M. D. B. B., Mello, R. R. de ., & Morsch, D.. (2015). Evaluation of neurodevelopment of preterm infants using Bayley III scale. *Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil*, 15(1), 47–55. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000100004>
- Hensch T. K. (2004). Critical period regulation. *Annual review of neuroscience*, 27, 549–579. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144327>
- Holditch-Davis, D., White-Traut, R. C., Levy, J. A., O'Shea, T. M., Geraldo, V., & David, R. J. (2014). Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU: effects on maternal psychological distress and mother-infant relationship. *Infant behavior & development*, 37(4), 695–710. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.08.005>
- Holditch-Davis, D., Santos, H., Levy, J., White-Traut, R., O'Shea, T. M., Geraldo, V., & David, R. (2015). Patterns of psychological distress in mothers of preterm infants. *Infant behavior*

- & development, 41, 154–163. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.10.004>
- Howe, T. H., Sheu, C. F., Wang, T. N., & Hsu, Y. W. (2014). Parenting stress in families with very low birth weight preterm infants in early infancy. *Research in developmental disabilities*, 35(7), 1748–1756. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.02.015>
- Karnati, S., Kollikonda, S., & Abu-Shaweesh, J. (2020). Late preterm infants - Changing trends and continuing challenges. *International journal of pediatrics & adolescent medicine*, 7(1), 36–44. <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2020.02.006>
- Kersting, A., Dorsch, M., Wesselmann, U., Lüdorff, K., Witthaut, J., Ohrmann, P., Hörnig-Franz, I., Klockenbusch, W., Harms, E., & Arolt, V. (2004). Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *Journal of psychosomatic research*, 57(5), 473–476. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.03.011>
- Kinney, M. V., Lawn, J. E., Howson, C. P., & Belizan, J. (2012). 15 Million preterm births annually: what has changed this year?. *Reproductive health*, 9, 28. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-28>
- Klossowski, D. G., Godói, V. C. de ., Xavier, C. R., & Fujinaga, C. I.. (2016). Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. *Revista CEFAC*, 18(1), 137–150. <https://doi.org/10.1590/1982-021620161814515>
- Lansky, S. et al. (2014). Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2014, v. 30, n. Suppl 1 [Acessado 29 Maio 2018], pp. S192-S207. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>.
- Leal, M. D., Esteves-Pereira, A. P., Nakamura-Pereira, M., Torres, J. A., Theme-Filha, M., Domingues, R. M., Dias, M. A., Moreira, M. E., & Gama, S. G. (2016). Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reproductive health*, 13(Suppl 3), 127. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0230-0>
- Linden, M. A., Cepeda, I. L., Synnes, A., & Grunau, R. E. (2015). Stress in parents of children born very preterm is predicted by child externalizing behaviour and parent coping at age 7 years. *Archives of Disease in Childhood*, 100(6), 554-558. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307390>

- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Machado, C., & Martinez, F. E.. (2003). Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. *Paidéia (ribeirão Preto)*, 13(25), 59–72. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2003000200006>
- Liu, L., Johnson, H. L., Cousens, S., Perin, J., Scott, S., Lawn, J. E., Rudan, I., Campbell, H., Cibulskis, R., Li, M., Mathers, C., Black, R. E., & Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF (2012). Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet (London, England)*, 379(9832), 2151–2161. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60560-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60560-1)
- McCubbin, H., & Patterson, J. (1982). Family adaptation to crises. In H. McCubbin, A. Cauble, & J. Patterson (Eds.). *Family stress, coping and social support*. Springfield, IL: C.C. Thomas.
- McCubbin, H.I. and Paterson, J.M. (1983). The Family Stress Process: The Double ABC-X Model of Adjustment and Adaptation in M.I. McCubbin, J.M. Paterson and M. Sussman (eds). *Advances and Development in Family Stress Theory and Research*. New York. Pp. 1-26.
- Marback, Roberta Ferrari, & Pelisoli, Cátula. (2014). Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 122-129. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140018>
- Méio, M. D. B. B., Magluta, C., Mello, R. R. de ., & Moreira, M. E. L.. (2005). Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais no Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2), 299–307. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000200007>
- Ministério da Saúde. Mês da prematuridade: Ministério da Saúde defende separação zero entre pais e recém-nascidos. 2021. Disponível em: <http://gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/novembro/mes-da-prematuridade-ministerio-da-saude-defende-separacao-zero-entre-pais-e-recemnacidos>
- Montagna, A., & Nosarti, C. (2016). Socio-Emotional Development Following Very Preterm Birth: Pathways to Psychopathology. *Frontiers in psychology*, 7, 80.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00080>

- Morais, A. C., Quirino, M. D., & Almeida, M. S.. (2009). O cuidado da criança prematura no domicílio. *Acta Paulista De Enfermagem*, 22(1), 24–30. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000100004>
- Moreira, R. S., Magalhães, L. de C., Siqueira, C. M., & Alves, C. R. L. (2019). Adaptação Transcultural do instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil "Survey of Wellbeing of Young Children (SWYC)" no contexto brasileiro. *Journal of Human Growth and Development*, 29(1), 28-38. <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.145001>
- Morrell, J., & Murray, L. (2003). Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood: a prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 44(4), 489–508. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.t01-1-00139>
- Mughal, M. K., Ginn, C. S., Magill-Evans, J., & Benzies, K. M. (2017). Parenting stress and development of late preterm infants at 4 months corrected age. *Research in nursing & health*, 40(5), 414–423. <https://doi.org/10.1002/nur.21809>
- Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Croudace, T., & Cooper, P. (2010). The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a developmental approach. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 51(10), 1150–1159. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02259.x>
- Obeidat, H. M., Bond, E. A., & Callister, L. C. (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of perinatal education*, 18(3), 23–29. <https://doi.org/10.1624/105812409X461199>
- O'Reilly, A. (2016). *Matricentric Feminism: Theory, Activism, Practice*. Demeter Press. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1rrd8b4>
- Osorio Galeano, S. P., & Salazar Maya, Á. M. (2021). Experiences of Parents of Preterm Children Hospitalized Regarding Restrictions to Interact with Their Children Imposed Because of the COVID-19 Pandemic. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 39(2), e10. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e10>

- Padovani, F. H. P., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Duarte, G., & Martinez, F. E.. (2004). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26(4), 251–254. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000400009>
- Pedraza, D. F., & Queiroz, D. de. (2011). Micronutrientes no crescimento e desenvolvimento infantil. *Journal of Human Growth and Development*, 21(1), 156-171. Recuperado em 12 de janeiro de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000100016&lng=pt&tlng=pt.
- Perrone, R. A. P., & Oliveira, V. B. de .. (2011). Controle da ansiedade materna de bebê pré-termo via contato lúdico-gráfico. *Estudos De Psicologia (campinas)*, 28(2), 269–277. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000200014>
- Pinheiro, G. S. M. A., Lemos, S. M. A., Martins, I. A., Januário, G. C., Cintra, M. L., Farias, A. V. S. R., Oliveira, R. M. D. S., Januário, J. N., Azevedo, V. M. G. O., Bentes, A. A., & Alves, C. R. L. (2024). Effects of SARS-CoV-2 gestational exposure and risk factors on neurodevelopment until 12 months: A prospective cohort study in Brazil. *Early human development*, 188, 105918. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2023.105918>
- Pontes, G. A. R., & Cantillino, A.. (2014). A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria*, 63(4), 290–298. <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000037>
- Rugolo, L.M.S de Souza. Avaliação do desenvolvimento do prematuro. (2012). In Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Neonatologia. Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco.
- Russell, G., Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., Ayers, S., & “Very Preterm Birth Qualitative Collaborative Group” (2014). Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study. *BMC pediatrics*, 14, 230. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-230>
- Schmidt, K. T., & Higarashi, I. H. (2012). Experiência materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. *REME – Revista Mineira De Enfermagem*, 16(3): 391-399.
- Sheldrick, R. C., Henson, B. S., Merchant, S., Neger, E. N., Murphy, J. M., & Perrin, E. C.

- (2012). The Preschool Pediatric Symptom Checklist (PPSC): development and initial validation of a new social/emotional screening instrument. *Academic pediatrics*, 12(5), 456–467. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.06.008>
- Sheldrick, R. C., & Perrin, E. C. (2013). Evidence-based milestones for surveillance of cognitive, language, and motor development. *Academic pediatrics*, 13(6), 577–586. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.07.001>
- Schmöker, A., Flacking, R., Udo, C., Eriksson, M., Hellström-Westas, L., & Ericson, J. (2020). Longitudinal cohort study reveals different patterns of stress in parents of preterm infants during the first year after birth. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 109(9), 1778–1786. <https://doi.org/10.1111/apa.15185>
- Schuetz Haemmerli, N. S., Lemola, S., Holditch-Davis, D., & Cignacco, E. (2020). Comparative Evaluation of Parental Stress Experiences Up to 2 to 3 Years After Preterm and Term Birth. *Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 20(4), 301–313. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000714>
- Silva, N. D. S. H., Lamy Filho, F., Gama, M. E. A., Lamy, Z. de C., Pinheiro, A. do L., & Silva, D. do N. (2011). Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. *Journal of Human Growth and Development*, 21(1), 85-98.
- Silveira, R. De C. (2012). Como organizar o seguimento do prematuro. In R. De Silveira (Ed). *Seguimento ambulatorial do prematuro de risco*. Sociedade Brasileira de Pediatria, 1ª ed.
- Singer, L. T., Fulton, S., Kirchner, H. L., Eisengart, S., Lewis, B., Short, E., Min, M. O., Kercksmar, C., & Baley, J. E. (2007). Parenting very low birth weight children at school age: maternal stress and coping. *The Journal of pediatrics*, 151(5), 463–469. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2007.04.012>
- Soares, A. C. C., Silva, K. da ., & Zuanetti, P. A.. (2017). Variáveis de risco para o desenvolvimento da linguagem associadas à prematuridade. *Audiology - Communication Research*, 22, e1745. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1745>
- Sousa, A. F. de ., Claro, M. de L., & Rondó, P. H. C.. (2022). Screening for neuropsychomotor and social-emotional development in children under 24 months of age in the brazilian semi-arid region. *Revista Paulista De Pediatria*, 40, e2020172. <https://doi.org/10.1590/1984->

0462/2022/40/2020172

- Skreden, M., Skari, H., Malt, U. F., Pripp, A. H., Björk, M. D., Faugli, A., & Emblem, R. (2012). Parenting stress and emotional wellbeing in mothers and fathers of preschool children. *Scandinavian journal of public health*, 40(7), 596–604. <https://doi.org/10.1177/1403494812460347>
- Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância). (2013). Consultoria: pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_27450.htm.
- Valentini, N. C., de Borba, L. S., Panceri, C., Smith, B. A., Procianoy, R. S., & Silveira, R. C. (2021). Early Detection of Cognitive, Language, and Motor Delays for Low-Income Preterm Infants: A Brazilian Cohort Longitudinal Study on Infant Neurodevelopment and Maternal Practice. *Frontiers in psychology*, 12, 753551. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.753551>
- van den Heuvel, M. I., Vacaru, S. V., Boekhorst, M. G. B. M., Cloin, M., van Bakel, H., Riem, M. M. E., de Weerth, C., & Beijers, R. (2022). Parents of young infants report poor mental health and more insensitive parenting during the first Covid-19 lockdown. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 302. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04618-x>
- Vescovi, G., Riter, H. da S., Azevedo, Elisa C., Pedrotti, B. G., & Frizzo, G. B.. (2021). Parenting, mental health, and Covid-19: a rapid systematic review. *Psicologia: teoria e prática*, 23(1), 01-28. <https://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPC1913554>
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2010). Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas. Porto Alegre: Artmed.
- Zamberlan, M. A. T.. (2002). Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. *Estudos De Psicologia (natal)*, 7(2), 399–406. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000200021>
- Zelkowitz, P. (2017). Prematuridade e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança. McGill University, Canadá. 2a ed. rev. Enciclopédia sobre o desenvolvimento da primeira infância. Disponível Em: <<https://www.encyclopedia-crianca.com/>>

World Health Organization. (2015). Who Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva: WHO.

WHO. (2022). Recommendations for care of the preterm or low birth weight infant. Geneva: World Health Organization.

APÊNDICES

Apêndice A- Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Trajetórias desenvolvimentais de prematuros: uma análise da ansiedade, da depressão, da desesperança e do estresse parental

Pesquisador: Luísa Sousa Monteiro Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15424919.2.0000.5172

Instituição Proponente: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.423.811

Apresentação do Projeto:

É um projeto de tese. "...Tem como objetivo avaliar e comparar o desenvolvimento motor, cognitivo e da linguagem de prematuros na primeira infância, e sua relação com os índices de ansiedade, depressão, desesperança e estresse parental. Entende-se o nascimento prematuro como um evento inesperado e com repercussões clínicas e psicoemocionais não só para o bebê como também para os seus pais, sendo necessárias pesquisas que busquem compreender o sofrimento parental.

O projeto de pesquisa é intitulado "Trajetórias desenvolvimentais de prematuros: uma análise da ansiedade, da depressão, da desesperança e do estresse parental" está vinculado ao Laboratório de Ecologia do Desenvolvimento (LED), que integra o Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento (PPGTPC) da Universidade Federal do Pará (UFPA). A linha de pesquisa "Ecologia do Desenvolvimento Humano" realiza investigações nos âmbitos familiares e institucionais, no contexto Amazônico, sobre variáveis de caráter relacional e ambiental com o objetivo de entender processos de desenvolvimento em ação.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa abrange dois estudos abrangendo o primeiro ano de vida (Estudo 1) e do 36º ao 42º mês de vida (Estudo 2), e busca a partir de uma compreensão sistêmica avaliar e comparar a trajetória desenvolvimental de lactentes nascidos prematuros durante a primeira infância e os

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92

Bairro: Umarizal

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-0961

CEP: 66.055-240

E-mail: cepbel@ufpa.br



Continuação do Parecer: 3.423.811

índices de ansiedade, depressão, desesperança e estresse parental. A amostra será constituída por tríades mães-pais-criança, nascidos prematuros além de grupo controle (bebês nascidos a termo).

Estudo I

6.1 Objetivo geral

Avaliar o desenvolvimento motor, cognitivo e da linguagem de bebês prematuros no primeiro ano de idade corrigida nascidos em uma maternidade referência no município de Belém e de bebês à termo (grupo controle) e relacionar com os índices de ansiedade, depressão, desesperança e estresse parental.

6.2 Objetivos específicos

Avaliar e classificar o desenvolvimento motor, cognitivo e da linguagem no 3º, 6º e 12º mês de idade corrigida de bebês prematuros em acompanhamento no serviço de seguimento ambulatorial da rede pública de saúde e do grupo controle;

Descrever o perfil sociodemográfico de pais, bebês prematuros e grupo controle;

Avaliar e comparar os índices de ansiedade, depressão, desesperança e estresse parental de pais e mães de bebês muito prematuros, prematuros tardios e grupo controle com 3, 6 e 12 meses de idade (corrigida para os grupos de prematuros);

Descrever e comparar a rotina de pais de bebês prematuros e de pais de bebês nascidos à termo;

Estudo II

8 Objetivos

8.1 Objetivo geral

Avaliar o desenvolvimento motor, cognitivo e da linguagem de prematuros durante a primeira infância e sua relação com os índices de ansiedade, depressão, desesperança e estresse parental.

8.2 Objetivos específicos

Descrever o perfil sociodemográfico de pais e crianças nascidas prematuras;

Avaliar e comparar os índices de ansiedade, depressão, desesperança e estresse parental de pais e mães de pré-escolares com idades entre 36 e 42 meses nascidos prematuros;

Descrever a rotina de pais de crianças pré-escolares entre 36 e 42 meses nascidas prematuras;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O texto do projeto avalia assim os riscos: "A pesquisa será realizada respeitando as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/2012) do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, bem como explicitamos que não será divulgado a identidade dos participantes em nenhuma fase do estudo, ou posteriormente, respeitando os princípios éticos

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92

Bairro: Umarizal

UF: PA

Telefone: (91)3201-0961

Município: BELEM

CEP: 66.055-240

E-mail: cepbel@ufpa.br



Continuação do Parecer: 3.423.811

pertinentes a pesquisa com seres humanos. Os dados serão incinerados cinco anos após sua coleta. Esta pesquisa, assim como as demais, pode trazer riscos para os pesquisados, pesquisadores e para a comunidade científica. A pesquisa pode apresentar riscos mínimos à saúde dos pesquisados, como desconforto aos genitores ao responder aos protocolos e relembrar situações angustiantes, porém ressalta-se que os instrumentos são de rápida aplicação e possuem respostas objetivas; além disso as crianças podem não aceitar a avaliação do desenvolvimento apresentando comportamento de choro e irritação, nestas situações as crianças serão acalentadas por seus pais e se necessário a avaliação será reagendada, sempre respeitando a tolerância das crianças.

Um outro risco é a possível revelação das identidades dos participantes, para evitar que isto ocorra as pesquisadoras comprometem-se a manter sigilo das informações e preservar a identidade utilizando nomes fictícios. Vale ressaltar que o participante tem a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento.

Para as pesquisadoras, há o risco da dificuldade no desenvolvimento do estudo, caso as responsáveis dos bebês prematuros não queiram participar da pesquisa, e não retornem para as avaliações nos meses estipulados, porém os genitores serão sensibilizados quanto a importância de colaborar com o estudo para a avaliação de forma contínua do bebê prematuro, respeitando a vontade destes caso não queiram participar. Além disso, serão respeitadas as singularidades de cada triade mãe-pai-bebê no momento da avaliação, prezando por seu conforto e bem estar.

Para a comunidade científica, podemos destacar o fato de não apresentar os dados de forma fidedigna. Nesse caso, as pesquisadoras comprometem-se em apresentar os dados de forma ética, sendo estes os resultados esperados ou não."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma tentativa de correlacionar o desenvolvimento motor, cognitivo e da linguagem de prematuros na primeira infância como indicadores do desenvolvimento infantil, com os scores em questionários sobre stress dos pais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto adequada. Anuência da Escola do Marco/UEPA e da FSCMP anexadas. TCLE adequado.

Recomendações:

Sem recomendações.

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92
 Bairro: Umarizal CEP: 66.055-240
 UF: PA Município: BELEM
 Telefone: (91)3201-0961 E-mail: cepbel@ufpa.br



Continuação do Parecer: 3.423.811

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução CNS nº466/2012. Em atendimento a esta resolução esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Cabe ainda ao pesquisador:

- desenvolver o projeto conforme delineado;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final para este CEP;
- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, alteração ou interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1370856.pdf	11/06/2019 10:49:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleEstudol.docx	11/06/2019 10:48:41	Luísa Sousa Monteiro Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEestudol.docx	11/06/2019 10:48:30	Luísa Sousa Monteiro Oliveira	Aceito
Outros	ENCAMINHAMENTO.pdf	05/06/2019 19:14:45	Luísa Sousa Monteiro Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	05/06/2019 19:12:28	Luísa Sousa Monteiro Oliveira	Aceito
Outros	cartadeaceiteorientador.JPG	05/06/2019 19:11:29	Luísa Sousa Monteiro Oliveira	Aceito

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92

Bairro: Umarizal

CEP: 66.055-240

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-0961

E-mail: cepbel@ufpa.br



Continuação do Parecer: 3.423.811

Outros	ONUS.pdf	05/06/2019 19:06:05	Luísa Sousa Monteiro Oliveira	Aceito
Outros	TCUD.pdf	05/06/2019 19:05:00	Luísa Sousa Monteiro Oliveira	Aceito
Outros	ACEITEMARCO.pdf	05/06/2019 19:03:44	Luísa Sousa Monteiro Oliveira	Aceito
Outros	ACEITEINSTITUICAO2.pdf	05/06/2019 19:02:31	Luísa Sousa Monteiro Oliveira	Aceito
Outros	ACEITEFSCMP.pdf	05/06/2019 19:01:16	Luísa Sousa Monteiro Oliveira	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	05/06/2019 19:00:36	Luísa Sousa Monteiro Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOCOMPROMISSO.pdf	05/06/2019 19:00:20	Luísa Sousa Monteiro Oliveira	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	05/06/2019 18:59:53	Luísa Sousa Monteiro Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	05/06/2019 18:59:39	Luísa Sousa Monteiro Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 28 de Junho de 2019

Assinado por:
FABIOLA ELIZABETH VILLANOVA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92
Bairro: Umarizal
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-0961

CEP: 66.055-240

E-mail: cepbel@ufpa.br

Apêndice B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)- Estudo II

(Baseado na resolução Nº. 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Você é convidado para participar, como voluntário, na pesquisa: **“Trajetórias desenvolvimentais de prematuros: uma análise da ansiedade, da depressão, da desesperança e do estresse parental”**. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua, e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a). Em caso de dúvida você pode procurar o pesquisador.

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pela pesquisadora LUÍSA SOUSA MONTEIRO OLIVEIRA, discente do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, sob orientação da Profª Drª SIMONE SOUZA COSTA DA SILVA, da Universidade Federal do Pará, sobre a pesquisa intitulada **“Trajetórias desenvolvimentais de prematuros: uma análise da ansiedade, da depressão, da desesperança e do estresse parental”**, cujos objetivos são: avaliar e comparar a trajetória desenvolvimental motora, cognitiva e da linguagem de prematuros na primeira infância e sua relação com os índices de ansiedade, depressão, desesperança e estresse parental. Este estudo prevê a participação de tríades compostas por mães-pais-crianças prematuras que façam acompanhamento do desenvolvimento no Ambulatório do Prematuro da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, além do grupo controle composta por tríades formadas por mães-pais-bebês nascidos a termo e que façam acompanhamento no Centro Saúde Escola do Marco. A coleta de dados ocorrerá em dois momentos distintos, sendo a primeira avaliação quando o bebê completar 3 meses de idade corrigida; a segunda aos 12 meses de idade corrigida. O grupo controle será avaliado nas mesmas idades dos bebês prematuros.

Serão utilizados como instrumentos: Formulário de Caracterização Sociodemográfica; o SWYC; Escala do Índice de Estresse Parental (IEP); Inventário de Ansiedade de Beck; Inventário de Depressão de Beck; Escala de Desesperança de Beck. Sendo que as crianças serão avaliadas apenas pelo instrumento SWYC, sendo os demais direcionados aos pais.

Fui esclarecido (a) que investigar esse tema trará benefícios à comunidade científica, em especial aos bebês avaliados e seus pais. Os dados coletados farão parte da tese da discente e posterior redação de outros trabalhos científicos, a fim de ampliar a discussão sobre o tema proposto. Será garantido o sigilo das informações pessoais (da tríade mãe-pai-bebê) e sobre a identificação das respostas. Além disso, estou ciente que a participação não será remunerada assim como não terá ônus. Além disso, fui esclarecido (a) de que posso a qualquer momento desistir da pesquisa e solicitar a retirada de minhas informações, sem que haja nenhum tipo de prejuízo.

Também, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. (Núcleo de Medicina Tropical- UFPA). Tel: (91) 3241-9864-. E-mail: cepbel@ufpa.br .

Luísa Sousa Monteiro Oliveira
Pesquisador Responsável
Endereço: Rua Augusto Corrêa, 01 - Guamá.
(91) 981133176
CREFITO 12 17327.2.TO

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Diante das informações acima prestadas e após o esclarecimento de outras dúvidas, eu, abaixo assino, concordo em participar ou permitir que a criança pela qual seja responsável, participe voluntariamente da pesquisa.

Belém, ____ de _____ de 201 ____.

Assinatura do Responsável legal

Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)- Estudo III

(Baseado na resolução Nº. 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Você é convidado para participar, como voluntário, na pesquisa: “**Trajetórias desenvolvimentais de prematuros: uma análise da ansiedade, da depressão, da desesperança e do estresse parental**”. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua, e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a). Em caso de dúvida você pode procurar o pesquisador.

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pela pesquisadora LUÍSA SOUSA MONTEIRO OLIVEIRA, discente do Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, sob orientação da Profª Drª SIMONE SOUZA COSTA DA SILVA, da Universidade Federal do Pará, sobre a pesquisa intitulada “**Trajetórias desenvolvimentais de prematuros: uma análise da ansiedade, da depressão, da desesperança e do estresse parental**”, cujos objetivos são: explorar a percepção de genitores sobre a prematuridade no contexto da pandemia Covid-19

Este estudo prevê a participação de tríades compostas por mães-pais-crianças nascidas prematuras, com idades de 24 meses de idade corrigida. A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevista com os pais.

Fui esclarecido (a) que investigar esse tema trará benefícios à comunidade científica, em especial as crianças avaliadas e seus pais. Os dados coletados farão parte da tese da discente e posterior redação de outros trabalhos científicos, a fim de ampliar a discussão sobre o tema proposto. Será garantido o sigilo das informações pessoais (da tríade mãe-pai-criança) e sobre a identificação das respostas. Além disso, estou ciente que a participação não será remunerada assim como não terá ônus.

Desta forma, tenho a consciência de que minha participação e da criança ao qual sou responsável consistirá em responder aos instrumentos anteriormente citados, sendo que as repostas serão analisadas sem a minha identificação. Além disso, fui esclarecido (a) de que posso a qualquer momento desistir da pesquisa e solicitar a retirada de minhas informações, sem que haja nenhum tipo de prejuízo.

Também, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. (Núcleo de Medicina Tropical- UFPA). Tel: (91) 3241-9864-. E-mail: cepbel@ufpa.br

Luísa Sousa Monteiro Oliveira
Pesquisador Responsável
Endereço: Rua Augusto Corrêa, 01 - Guamá.
(91) 981133176
CREFITO 12 17327.2.TO

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Diante das informações acima prestadas e após o esclarecimento de outras dúvidas, eu, abaixo assino, concordo em participar ou permitir que a criança pela qual seja responsável, participe voluntariamente da pesquisa.

Belém, ____ de _____ de 201 ____.

Assinatura do Responsável legal

Apêndice D- Termo de Consentimento de Utilização de Dados (TCUD)

A pesquisadora Luísa Sousa Monteiro Oliveira, sob orientação da Prof^a Dr^a Simone Souza Costa da Silva, da Universidade Federal do Pará, responsáveis pelo Projeto de pesquisa intitulado: **“Trajetórias desenvolvimentais de prematuros: uma análise da ansiedade, da depressão, da desesperança e do estresse parental ”**, comprometem-se a garantir e preservar as informações dos prontuários médicos do Ambulatório do Prematuro da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), garantindo a plena confidencialidade dos mesmos e identidade dos pacientes. Respeitando todas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares na execução deste projeto.

Concordam, igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Belém, ____ de _____ de _202_____

Nome do Pesquisador	Assinatura
Luísa Sousa Monteiro Oliveira Simone Souza Costa da Silva	

Concordância do Responsável pelo Serviço de Arquivo Médico

Apêndice E- Formulário de Caracterização Sociodemográfica

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

A. Dados Pessoais:

1. Nome: _____

2. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

3. Data de Nascimento: _____ Naturalidade: _____

4. Endereço: _____

5. Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____

6. Tem o nome do pai no registro civil? ☐ Não ☐ Sim

SITUAÇÃO FAMILIAR DA CRIANÇA

7. Composição Familiar

Composição familiar	Sexo	Idade	Escolaridade	Ocupação	Renda	Paradeiro ¹	Convivência Familiar ²	Tempo de Convivência ³
Mãe								
Pai								
Irmão 1								
Irmão 2								
Irmão 3								
Irmão 4								

¹ Conhecido=C; Desconhecido=D

8. Quantos pessoas moram na casa com a criança? _____

9. Qual o grau de parentesco das pessoas que moram com a criança?

☐	Com a mãe e o pai	☐	Apenas com a mãe	☐	Apenas com o pai
☐	Com a mãe e o padrasto	☐	Com o pai e a madrasta		
☐	Com a mãe e outros familiares	☐	Com o pai e outros familiares		
☐	Com os avós maternos	☐	Com os avós paternos		
☐	Com outros familiares	☐	Sem informação		
☐	Outros: _____				

10. Condições de moradia					
Situação do imóvel em que a criança mora ⁴	Tipo de construção ⁵	Energia elétrica ⁶	Água encanada ⁷	Saneamento ⁸	Número de cômodos ⁹

⁴ Próprio=P; Alugado = A; Cedido = C; Rua = R; Sem informação = SI; Outro = O (especificar)

⁵ Alvenaria=A; madeira= M; taipa = T; mista=MT; Sem informação = SI; Outro = O (especificar)

⁶ Olhão=O; Gato=G; Motor=M; Sem informação = SI; Outro = O (especificar)

⁷ Cosanpa=C; Poço=P; Sem informação = SI; Outro = O (especificar)

⁸ Fossa Séptica=FS; Céu Aberto =CA; Sem informação = SI; Outro = O (especificar)

⁹ Especificar em números

11. A família recebe algum tipo de bolsa auxílio (bolsa escola, bolsa alimentação, etc.)?

Não ☐ Sim

Que tipo? (Marque mais de uma resposta se for o caso)

Bolsa família ☐ Bolsa de estudo ☐ Outro ☐

Valor do benefício: _____

12. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?

☐ Nenhuma renda ☐ Até 1 salário mínimo ☐ De 1 a 3 salários mínimos ☐ De 3 a 6 salários mínimos

☐ De 6 a 9 salários mínimos

13. Qual o seu nível de escolaridade?

☐ Ensino Fundamental incompleto ☐ Ensino Fundamental ☐ Ensino Médio incompleto ☐ Ensino Médio

☐ Ensino Superior incompleto ☐ Ensino Superior ☐ Pós-graduação () ☐ Analfabeto

14. Qual o nível de escolaridade do pai da criança?

☐ Ensino Fundamental incompleto ☐ Ensino Fundamental ☐ Ensino Médio incompleto ☐ Ensino Médio
☐ Ensino Superior incompleto ☐ Ensino Superior ☐ Pós-graduação () ☐ Analfabeto

HISTÓRICO MATERNO E PERINATAL

15. Número de gestações anteriores

☐ Nenhuma ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ou mais

16. Número de filhos

☐ Nenhum ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ou mais

17. Histórico de abortamento

☐ Nenhum ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ou mais

18. Ocorreram intercorrências na gravidez? (Infecções, uso de álcool, cigarro, drogas ilícitas, sangramentos)

☐ Sim ☐ Não

19. Quais foram as intercorrências? Em qual período da gestação (em semanas)

20. Realizou quantas consultas no pré-natal?

☐ Nenhuma ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ou mais

21. Ficou internada durante a gestação? Quantas vezes?

☐ Sim ☐ Não N° de internações _____

22. Qual foi o motivo da internação?

23. Tipo de parto

☐ Cesárea ☐ Parto normal ☐ Parto natural ☐ Parto a fórceps

24. Qual o tipo de alimentação da criança?

☐ Aleitamento materno exclusivo ☐ Aleitamento materno e fórmula

25. Sentiu dificuldades para amamentar a criança?

☐ Sim ☐ Não

26. Qual foi a sua principal dificuldade para amamentar?

Apêndice F - Survey of well-being of young children (SWYC)- 2 meses



SWYC™: 2 meses

1 mês, 0 dias até 3 meses, 31 dias
1 month, 0 days to 3 months, 31 days
V1.07, 4/1/17

Nome da Criança (Child name)

Data de Nascimento (DOB):

Idade Gestacional (gestational age)

Data de Hoje (date of administration):

IG Corrigida (ID#):

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO (Developmental Milestones)

As perguntas a seguir são sobre o desenvolvimento de sua criança. Por favor, conte para nós o quanto sua criança faz cada uma destas coisas. Se sua criança já deixou de fazer alguma destas coisas, escolha a resposta que melhor descreve o quanto ele/ela costumava fazer isso antes. Por favor, verifique se respondeu TODAS as perguntas.

	Ainda Não	Um pouco	Muito
Faz sons que mostram para você que ele ou ela está feliz ou chateado	0	1	2
Parece feliz em ver você	0	1	2
Segue com os olhos o movimento de um brinquedo	0	1	2
Vira a cabeça para achar a pessoa que está falando	0	1	2
Mantém a cabeça firme quando puxado para sentar	0	1	2
Junta as mãos	0	1	2
Ri	0	1	2
Mantém a cabeça firme quando você o/a segura na posição sentada	0	1	2
Faz sons como "ga", "ma" ou "ba"	0	1	2
Olha quando você o/a chama pelo nome	0	1	2

Apêndice G - Survey of well- being of young children (SWYC)- 2 meses



SWYC™:

12 meses

12 meses, 0 dias até 14 meses, 31 dias

Nome da Criança: _____

Data de Nascimento: _____

Idade Gestacional: _____ IG Corrigida: _____

Data de Hoje: _____

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

As perguntas a seguir são sobre o desenvolvimento de sua criança. Por favor, conte para nós o quanto sua criança faz cada uma destas coisas. Se sua criança já deixou de fazer alguma destas coisas, escolha a resposta que melhor descreve o quanto ele/ela costumava fazer isso antes. Por favor, verifique se respondeu TODAS as perguntas.

	Ainda Não	Um pouco	Muito
Pega alimento com a mão e come	0	1	2
Puxa para ficar de pé	0	1	2
Brinca de "escondeu-achou" ou "bate palminhas"	0	1	2
Chama você de "mama" ou "papa" ou nome parecido	0	1	2
Olha ao redor quando você diz coisas como "Onde está sua mamadeira?" ou "Onde está seu cobertor?"	0	1	2
Imita sons que você faz	0	1	2
Atravessa um cômodo andando sem ajuda	0	1	2
Atende pedidos como "Venha cá" ou "Me dá a bola"	0	1	2
Corre (sem ajuda)	0	1	2
Sobe escadas com ajuda de uma pessoa	0	1	2

Version 2, 5-23-16

© 2010 Tufts Medical Center, Inc. All rights reserved.



Apêndice H- Índice de Estresse Parental -PSI- SF

Formulário de Aplicação - Richard R. Abidin - Instituto de Psicologia - Universidade da Virgínia, EUA

Instruções:

Ao responder às perguntas deste formulário, pense no filho que mais lhe preocupa.

As perguntas constantes das páginas seguintes requerem que você escolha uma resposta que melhor descreva os seus sentimentos. Se não houver uma resposta que descreva exatamente os seus sentimentos, marque a resposta que mais se aproxime da descrição de como você se sente. A SUA PRIMEIRA REAÇÃO A CADA QUESTÃO DEVE CONSTITUIR SUA RESPOSTA.

Por favor, indique o quanto você concorda ou discorda das afirmações seguintes, circulando o número que melhor corresponde ao que você sente.

1. Com freqüência, eu tenho a sensação de que não manejo as coisas muito bem.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
2. Eu desisto das minhas coisas para cuidar das necessidades dos meu filhos mais do que esperava.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
3. Eu me sinto preso pelas minhas responsabilidades de pai/mãe.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
4. Desde que tive este filho, eu não consigo mais fazer coisas novas e diferentes.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
5. Desde que tive meu filho, eu sinto que quase nunca tenho tempo de fazer as coisas que gosto.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
6. Eu me sinto infeliz com a última compra de roupa que fiz para mim.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
7. Há algumas coisas que me incomodam em minha vida.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
8. Ter um filho tem causado mais problemas na minha relação com meu esposo(a) do que eu imaginava.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
9. Eu me sinto só e sem amigos.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
10. Quando eu vou a uma festa, eu geralmente acho que não vou me divertir muito.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
11. Eu não me interesso mais pelas pessoas como antes.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
12. Eu não gosto das coisas como antes.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
13. Meu filho raramente faz coisas para mim que me deixam feliz.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente

14. Na maioria das vezes, eu sinto que meu filho gosta de mim e quer estar perto de mim.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
15. Meu filho sorri para mim muito menos do que eu esperava.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
16. Quando faço alguma coisa para o meu filho, eu sinto que meus esforços não são reconhecidos por ele.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
17. Quando brinca, meu filho não dá risadinhas ou ri com frequência.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
18. Meu filho não parece aprender tão rápido quanto a maioria das crianças.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
19. Meu filho não sorri tanto quanto a maioria das crianças.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
20. Meu filho não é capaz de fazer as coisas tanto quanto eu esperava.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
21. Demora muito e é muito difícil para o meu filho se acostumar a coisas novas.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
22. Eu me considero:	1. um pai/mãe muito bom	2. um pai/mãe melhor que a maioria	3. um pai/mãe mediano	4. alguém que tem problema em ser pai/mãe	5. não muito bom em ser pai/mãe
23. Eu esperava sentir mais carinho e afeto pelo meu filho do que sinto e isso me incomoda.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
24. Algumas vezes, meu filho faz coisas só para me chatear.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
25. Meu filho parece chorar ou fazer birra mais frequentemente que a maioria das crianças.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
26. Meu filho geralmente acorda de mal humor.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
27. Eu sinto que meu filho é muito temperamental e fica chateado facilmente.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
28. Meu filho faz algumas coisas que me incomodam profundamente.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
29. Quando acontece alguma coisa que meu filho não gosta, ele reage vigorosamente.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
30. Meu filho fica aborrecido facilmente com coisas muito pequenas.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
31. Foi muito mais difícil estabelecer horários para o meu filho comer e dormir do que eu esperava.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente

32. Fazer meu filho começar ou parar alguma coisa é:	1. muito mais fácil do que eu esperava	2. um pouco mais fácil do que esperava	3. tão difícil quanto eu esperava	4. um pouco mais difícil do que esperava	5. muito mais difícil do que eu esperava
33. Pense cuidadosamente e conte quantas coisas o seu filho faz que lhe aborrecem. Exemplos: mostra-se lento, não escuta quando você fala, reage de modo exagerado, chora, interrompe você, briga, faz manha. Faça um círculo no número que corresponde ao número de coisas que você contou:	1. 1 – 3	2. 4 – 5	3. 6 – 7	4. 8 – 9	5. 10 ou mais
34. Tem algumas coisas que meu filho faz, que me aborrecem muito.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
35. Meu filho passou a ser um problema maior do que eu esperava.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente
36. Meu filho exige mais do que a maioria das crianças.	1 concordo completamente	2 concordo	3 não tenho certeza	4 discordo	5 discordo completamente

Nome: _____ Idade: _____

Data: _____

Apêndice I- Inventário de Ansiedade de Beck



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absoluta- mente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderada- mente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

Apêndice J- Inventário de Depressão de Beck



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. 2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar. 3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso. 4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo. 5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado. 6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido. 7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.	8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece. 9 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar. 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade. 10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira. 11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar. 12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas. 13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
--	---

Subtotal da Página 1

CONTINUAÇÃO NO VERSO

14 ○ Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes. 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo. 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo. 3 Acredito que pareço feio. 15 ○ Posso trabalhar tão bem quanto antes. 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa. 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa. 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho. 16 ○ Consigo dormir tão bem como o habitual. 1 Não durmo tão bem como costumava. 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir. 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir. 17 ○ Não fico mais cansado do que o habitual. 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava. 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa. 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa. 18 ○ O meu apetite não está pior do que o habitual. 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser. 2 Meu apetite é muito pior agora. 3 Absolutamente não tenho mais apetite.	19 ○ Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente. 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio. 2 Perdi mais do que 5 quilos. 3 Perdi mais do que 7 quilos. Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____ 20 ○ Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual. 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação. 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa. 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa. 21 ○ Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava. 2 Estou muito menos interessado por sexo agora. 3 Perdi completamente o interesse por sexo.
---	---

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Score Total.

Apêndice K- Escala de Desesperança de Beck



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

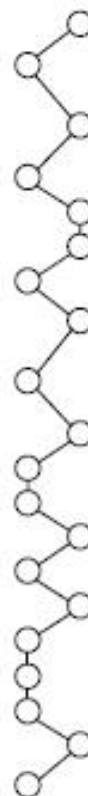
Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na última semana, incluindo hoje, escureça o círculo com "C", indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com "E", indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.

- | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|
| 1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo. | ☐ C | ☐ E |
| 2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim. | ☐ C | ☐ E |
| 3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre. | ☐ C | ☐ E |
| 4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos. | ☐ C | ☐ E |
| 5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer. | ☐ C | ☐ E |
| 6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa. | ☐ C | ☐ E |
| 7. Meu futuro me parece negro. | ☐ C | ☐ E |
| 8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum. | ☐ C | ☐ E |
| 9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro. | ☐ C | ☐ E |
| 10. Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro. | ☐ C | ☐ E |
| 11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer. | ☐ C | ☐ E |
| 12. Não espero conseguir o que realmente quero. | ☐ C | ☐ E |
| 13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora. | ☐ C | ☐ E |
| 14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero. | ☐ C | ☐ E |
| 15. Tenho uma grande fé no futuro. | ☐ C | ☐ E |
| 16. Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa. | ☐ C | ☐ E |
| 17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro. | ☐ C | ☐ E |
| 18. O futuro me parece vago e incerto. | ☐ C | ☐ E |
| 19. Posso esperar mais tempos bons do que maus. | ☐ C | ☐ E |
| 20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir. | ☐ C | ☐ E |



Instruções de Uso: coloque o crivo sobre o questionário do BHS de forma que o logotipo do crivo fique sobre o do questionário e use as linhas horizontais como referência. Some as respostas assinaladas dentro dos círculos e escreva o total no retângulo colorido no rodapé do questionário.



"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.
BHS é um logotipo da Psychological Corporation.

Apêndice L- Roteiro de Entrevista

Percepção de pais sobre a prematuridade no contexto da Pandemia Covid-19

Nome do bebê:

Data de nascimento:

Idade gestacional:

Nome do responsável:

Idade:

Data da entrevista:

- 1) Como foi cuidar do seu bebê prematuro no primeiro de ano de vida em meio a pandemia Covid-19?
- 2) Como está sendo a experiência de cuidar do seu bebê agora?