

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE  
MESQUITA FILHO”**

**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**AMANDA DE LIMA LEONE**

**DEPRESSÃO E APOIO SOCIAL PERCEBIDO POR MÃES DE  
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

**BOTUCATU-2010**

**AMANDA DE LIMA LEONE**

**DEPRESSÃO E APOIO SOCIAL PERCEBIDO POR MÃES DE CRIANÇAS  
HOSPITALIZADAS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Disciplina Estágio Curricular  
Supervisionado, como requisito para a  
obtenção do título de Enfermeiro.

Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi  
(Orientadora)

Profa. Dra. Maria Antonieta de Barros Leite  
Carvalhaes  
(Co-orientadora)

*“Conseguir o sorriso de uma criança feliz é  
lindo; consegui-lo de uma criança triste é  
uma arte; arrancar o sorriso de uma  
criança gravemente doente, um milagre”*

(Pereira, 2000, p.78)

*“Tudo posso Naquele que me fortalece”*

(Filipenses 4:13)

## *DEDICATÓRIA*

*Aos meus pais, que dedicaram sua vida a mim, pra que hoje esta vitória fosse possível, e não apenas um sonho. Por todo o amor, por toda luta, e por terem depositado em mim a confiança de que eu pudesse chegar até aqui.*

## *AGRADECIMENTOS*

Á Deus, por todas as bênçãos e por ter colocado em minha vida cada uma desses presentes especiais que aqui agradeço.

Á querida orientadora e amiga, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Cristina Mangini Bocchi por toda dedicação e competência com que dirigiu este processo, ajudando não somente com inteligência e sabedoria, como também com amor e carinho.

Á co-orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes, pela grande colaboração e disponibilidade com que se apresentou, não só o seu conhecimento, como seu tempo, respeito e dedicação no processamento e análise dos dados.

Á Eloisa Elena Paschoalinotte pelas valiosas contribuições na assessoria estatística.

Á toda a equipe da UTI pediátrica, pela forma carinhosa como me receberam e me deram oportunidades de aprendizado.

A enfermeira Rita por estar presente nesta trajetória, tornando-se importante no meu crescimento profissional e estabelecendo uma amizade que levarei para toda vida

Á todos os profissionais do Hospital Estadual de Bauru pelo respeito e simpatia com que me trataram em todos os momentos.

Á minha família, por torcer comigo por esta vitória.

Ás minhas lindas irmãs, Natalia e Gabriela, por permanecerem ao meu lado nesta caminhada, pacientes e amigas, apoiando-me em todos os passos, ouvindo-me e me alegrando nos momentos difíceis, e ensinando-me.

Aos meus queridos pais, Marco e Carla, pela força e apoio, pelos não necessários, pelas conversas diárias, pelos conselhos, e pelo amor incondicional com que lutaram comigo até aqui.

A Tia Eliana e Tio Mario, Letícia e Isabela, pelo carinho e presença nesta trajetória

Á minha querida avó, Tereza, por toda dedicação por suas netas

Ás minhas amigas do 4º ano de Enfermagem, em especial Ariadne, Bruna, Marília Gabriela, Juliana, Daniele, Carolina pelas risadas, diversão, companheirismo, e amizade dedicados a mim, concerteza levarei estas lembranças pelo resto de minha vida.

Ás minhas queridas amigas de Santa Rita do Passa Quatro, em especial Marina, Larissa, Natalia, que permaneceram ao meu lado, mesmo quando a distância dificultou nosso convívio, lutaram pra que essa amizade avançasse barreiras.

## RESUMO

Trata-se de estudo de natureza transversal, com objetivo de Identificar associações entre fatores socioeconômicos, escolaridade, internação da criança em UTI ou não, grau de depressão e categorias de apoio social (material, afetivo, emocional, de informação e interação social positiva), bem como Identificar os subgrupos de binômio mãe - criança vulneráveis. Constituíram-se como sujeitos, mães de crianças de 0 a 17 anos, 11 meses e 29 dias, hospitalizadas a partir do segundo dia de internação, em Unidade de Pediatria de um Hospital Estadual do Interior Paulista. A coleta de dados foi iniciada após a obtenção de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, bem como da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: formulário referente aos dados socioeconômicos e de internação; Inventário de *Beck* e *Medical Outcomes Study (MOS)*. Os resultados demonstraram que há uma forte associação entre a disponibilidade e apoio social e renda per capita e o grau de depressão, porém não se encontrou associação entre tempo e internação e se a criança se encontrava internada na UTI. Recomenda-se a criação de Serviços de Apoio à família com vistas ao desenvolvimento da criança.

**Descritores:** criança; pais; hospitalização; depressão; apoio social.

## *ABSTRACT*

This study was performed as a requirement of the final course in Nursing. The study is cross-cutting, in order to identify associations between socioeconomic factors, education, child hospitalization in the ICU or not, degree of depression and level of social support (material, affective, emotional, informational and positive social interaction) and how to identify subgroups of mother - child vulnerable. Constitute themselves as subjects, mothers of children 0 to 17 years, 11 months and 29 days in hospital after the second day of hospitalization in the pediatric unit of a State Hospital Interior Paulista. Data collection was initiated after obtaining the assent of the Research Ethics Committee, as well as signing the consent form. We used the following instruments to collect data: the data form for socioeconomic and hospitalization; Beck Depression Inventory and Medical Outcomes Study (MOS). We obtained the result that there is a strong association between availability and social support and income per capita and the degree of depression, but did not find an association between time and hospital stay and whether the child was admitted to the ICU or not. We conclude that it is necessary to establish treatment services from the patient's family, plus an appropriate social service support to meet this big demand for mothers who need support.

**Descriptors:** child, parents, hospitalization, depression, social support



## *LISTA DE TABELAS*

Tabela 1: Distribuição das mães de crianças internadas em Unidade de Pediatria no Hospital Estadual de Bauru segundo características socioeconômicas e demográficas	14
Tabela 2: Distribuição de mães de crianças hospitalizadas no Hospital Estadual de Bauru segundo idade da criança, características da internação hospitalar e pessoa que visita.	15
Tabela 3: Distribuição das mães de crianças hospitalizadas segundo categoria do Inventário de Beck.	16
Tabela 4: Estatísticas descritivas do escore de apoio social de mães de crianças hospitalizadas no Hospital Estadual de Bauru	16
Tabela 5: Associação entre grau de depressão em mães de crianças hospitalizadas no hospital Estadual de Bauru e tercis do escore de apoio social.	18
Tabela 6: Associação entre grau de depressão em mães de crianças hospitalizadas no Hospital Estadual de Bauru e categorias de renda familiar per capita. Bauru, 2010	19
Tabela 7: Associação entre grau de depressão em mães de crianças hospitalizadas na Unidade de Pediatria do Hospital Estadual de Bauru e internação em UTI ou não.	19
Tabela 8: Associação entre grau de depressão em mães de crianças hospitalizadas na Unidade de Pediatria do Hospital Estadual de Bauru e categorias de escolaridade materna.	20
Tabela 9: Estatísticas descritivas do escore de apoio social de mães de crianças hospitalizadas no Hospital Estadual de Bauru segundo categoria de depressão.	20

## *SUMÁRIO*

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVO</b>	<b>8</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>9</b>
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>14</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b>	<b>22</b>
<b>6. CONCLUSÃO</b>	<b>24</b>
<b>7. REFERÊNCIAS</b>	<b>25</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>28</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A doença e a hospitalização podem afetar, seriamente, o desenvolvimento psicológico da criança, por gerar uma desorganização na percepção, compreensão e emoção de si, do outro e do mundo. Isso pode trazer algumas conseqüências, dependendo da idade e dos traumas psicológicos ocorridos durante a internação, podendo traumatizar a criança, emocionalmente, em maior grau do que esta fisicamente doente. Por estar inserida em um ambiente diferente do seu habitual pode resultar numa experiência dolorosa, potencializando estes traumas. A separação da família e a falta de vínculo afetivo com seus cuidadores momentâneos (equipe de saúde) também podem ser uma experiência bastante traumática, determinando sofrimento e desencadeando mudanças no seu comportamento, não só durante a hospitalização como também após a alta (Ribeiro, Angelo, 2007; Rossi, Rodrigues, 2007).

A criança internada, provavelmente, fica confinada a um leito, sujeita a uma série de procedimentos médicos que são sempre estranhos, talvez dolorosos, e certamente atemorizantes. Estudos mostram que as crianças vivenciam uma situação de pânico quando colocada diante de pessoas vestidas de branco ou com uniformes (Quintana et al, 2007).

Neste momento, a presença dos pais, além de ser uma necessidade para minimizar os efeitos trazidos pela internação, como a separação entre pais e filhos, atualmente, é um direito da criança segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Capítulo I, Art. 12 que garante "... permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente".

É no familiar significativo que a criança busca apoio, orientação e proteção para a situação desconhecida e para o sofrimento, sendo mais capaz de suportá-los (Quintana et al, 2007).

A partir da metade da década de 80, começou a discussão sobre os benefícios da presença da mãe para a criança hospitalizada, tais como: redução do tempo de hospitalização e melhora do comportamento após a alta; declínio da incidência de infecção cruzada e de complicações pós-operatórias; aumento do senso de segurança por não haver mais a ansiedade da separação; maior

acurácia de balanço hídrico e maior facilidade de coleta de material para exames, além de as crianças ficavam menos sozinhas e dormirem melhor (Ribeiro, Angelo, 2005).

A família é de extrema importância no cuidado a saúde. Ao cuidar de um ser humano, cuida-se não somente do seu corpo, mas também de seu universo, ou seja, sua família e o contexto social no qual está inserido. Sempre que uma criança adocece, toda a família fica envolvida neste processo e, sendo a doença aguda ou crônica e o tipo de tratamento hospitalar ou domiciliar, a criança e a família serão impactadas por isto (Quintana et al, 2007; Rossi, Rodrigues, 2007).

A doença mostra-se como um fator de desorganização da unidade familiar. O modo de ser e a dinâmica desta família necessitará de ajustes e adaptações, visando ao novo equilíbrio familiar, já que esta se encontra em um desequilíbrio transitório. A capacidade da família em lidar de uma maneira melhor ou pior com essas situações dependerá de sua percepção e de suas habilidades para lutar contra as dificuldades. Os pais, muitas vezes, se encontram tão ou mais abalados que a criança, já que quando um filho adocece, os demais aspectos da vida perdem o sentido e a família fica extremamente fragilizada ao perceber a saúde/vida de sua criança ameaçada. Diante disso, é importante que os profissionais envolvidos neste processo procurem compreender a vivência da família nos diversos contextos e proporem intervenções que a auxiliem a lidar com o contexto da hospitalização infantil (Rossi, Rodrigues, 2007; Pinto et al, 2005).

Os principais problemas encontrados nos pais, diante da hospitalização de seu filho são: medo da doença e do desconhecido, insegurança mediante a ausência de controle sobre o ambiente hospitalar e as modificações da rotina, culpa, incapacidade para suprir as necessidades do filho, além das questões financeiras, sociais e afetivas. Esses sentimentos são desencadeados pela mudança de ambiente e pela situação vivenciada naquele momento pela surpresa da hospitalização do filho e a angústia pela não definição do diagnóstico, o que gera uma sensação de impotência diante da situação. Também existe a pressão exercida pelos demais familiares e pela sociedade de que a responsabilidade do cuidado lhes pertence. Esta pressão é exercida principalmente sobre a mãe. A mesma tem de ser um exemplo de desvelo e devoção, tendendo a ser

recriminada se não agir desta forma (Rossi, Rodrigues, 2007; Milanesi et al, 2006).

Muitas vezes, a mãe sente a necessidade de levar um filho ao hospital, mas ao mesmo tempo não sabe o que fazer com os outros filhos durante esse tempo, já que nem sempre pode contar com a família ou até mesmo amigos que possam ajudar. Assim surge outro sentimento da mãe que se sente dividida, preocupada com os outros filhos que ficaram em casa (Milanesi et al, 2006).

A mãe realiza o papel de cuidador principal, o que implica na responsabilidade prática de viabilizar os tratamentos necessários para a criança e dedicar maior tempo aos cuidados. Dado seu maior envolvimento, as mães geralmente são alvos potenciais dos diferentes estressores presentes neste processo, sendo também o membro da família que mais adaptações deve fazer em suas rotinas de vida. Isso pode levar a gastos incomuns, bastante ruins para as famílias de baixa renda, que já enfrentam um acúmulo de estressores (Matsukura et al, 2007).

A mãe que permanece com seu filho no hospital necessita de acompanhamento do serviço de enfermagem e dos demais profissionais de saúde da unidade, já que o seu estado psicológico também está abalado. A mãe que não pode permanecer com a criança carece de um cuidado igual ou maior ao daquele recebido pelas outras mães, pois está desamparada em relação à doença de sua criança. Não acompanha de perto o tratamento, não conhece as necessidades que o seu filho está passando, fantasia sobre os cuidados ou “descuidados” que a criança está recebendo, não tem o mesmo nível de informação sobre a evolução da assistência que as outras mães, além de sentir uma cobrança maior da equipe de enfermagem pelo fato de não permanecer acompanhando a hospitalização do seu filho (Oliveira, Collet, 1999).

Além disso, pode ocorrer a privação afetiva total, ocasionada pelo afastamento prolongado das mães face à internação do filho, acometendo principalmente crianças menores de três anos, levando a um declínio de seu desenvolvimento e um aumento do índice de mortalidade (Quintana et al , 2007)

Essas mães estão expostas a pressões internas e externas que as levam, algumas vezes, a expressar seu sofrimento de diferentes formas como: atitudes agressivas, preocupações, medo, desconfiança, desânimo, tensões,

individualismo. Podem-se perceber sentimentos de angústia como: o choro e as náuseas, somatizações do sofrimento psíquico vivenciado pela mãe, como também o cansaço e o limite de enfrentamento do mesmo. Por meio desses sentimentos é possível perceber como é difícil para a mãe enfrentar a hospitalização de um filho, como é psicologicamente oneroso sair de um ambiente familiar, onde já estão adaptadas, para o ambiente hospitalar totalmente estranho, tanto no que diz respeito à estrutura física, quanto as relações ali estabelecidas. Por estar longe da família cabe a ela permanecer em estado de alerta constante. Em meio a esta necessidade, surgem também o medo da morte do filho e a sensação de impotência por não saber o que fazer para ajudar a minimizar de alguma maneira a dor do filho. Portanto é importante que o relacionamento entre a família e os membros da equipe não seja problemático ou que torne a situação a menos traumática possível (Milanesi et al, 2006).

Existem autores que sugerem que a negociação dos papéis a desempenhar pela mãe e pela equipe pode reduzir os potenciais conflitos e prevenir problemas que, na prática, possam surgir.

Cabe a equipe de saúde ajudar os pais a se adequarem às necessidades de seu filho, pois assim como a criança, os pais também necessitam de apoio emocional, tendo seus sentimentos compreendidos (Quintana et al, 2007).

Muitas vezes, pelo cotidiano do hospital, pela diferença de expectativas e de poder de decisão sobre o cuidado da criança, entre os pais e a equipe, pelo estresse e sofrimento determinados pela vivência que os procedimentos causam tanto na criança e nos pais, e na própria equipe, são vivenciadas relações sociais permeadas de conflitos, disputas e negociações. Determinadas situações de conflito são reforçadas pelas normas hospitalares e interações estabelecidas no ambiente hospitalar, como quando o hospital não permite a troca de acompanhantes e a mãe tem a sensação estar dividida entre cuidar da criança hospitalizada e dos demais membros da família, ou mesmo, quando a postura da equipe não permite a ausência desse por alguns períodos, de forma que ter um acompanhante deixa de ser um direito da criança e passa a ser apenas um dever de sua família (Pinto et al, 2005; Ribeiro, Angelo, 2005).

A ansiedade da mãe pode afetar nas suas relações pessoais, incluindo a equipe de enfermagem, visto que a pessoa ansiosa e sob pressão muitas vezes

muda seu padrão comportamental, podendo tornar-se mais inflexível e passando a ter uma visão imprecisa do mundo, conseqüentemente, ocasionando má interpretação de situações e palavras. Muitas vezes poderão agir de maneira permissiva como mecanismo compensatório para seus sentimentos de culpa ou medo de perder o filho, ou poderão ser agressivos com a criança, por esta ser a causadora de seu afastamento social. Essas mudanças são facilmente percebidas pela criança, ocasionando uma dificuldade de adaptação a esta nova situação. Diante desta alteração de comportamento dos pais, a criança perde a referência de segurança à qual estava acostumada (Rossi, Rodrigues, 2007).

A atitude emocional dos pais desempenha um papel fundamental nas reações da criança hospitalizada. Portanto, a equipe de saúde pode ajudar os pais a se adequarem às necessidades de seu filho, pois assim como as crianças, também necessitam de apoio emocional, tendo seus sentimentos compreendidos. Para isso deve ocorrer a criação de vínculos, no sentido de se estabelecer relações próximas que permite a sensibilização do profissional com o sofrimento do outro, levando a uma assistência mais humanizada, constituindo-se em uma oportunidade de fornecer apoio e compartilhar saberes. (Rossi, Rodrigues, 2007)

Deve-se ser levada em conta a importância do suporte social, pois enquanto os membros da família são responsáveis pela maior promoção de suporte emocional e prático, os serviços de assistência promovem maior suporte informacional (Matsukura et al, 2007).

### **O apoio social**

Apoio social é um conceito em construção que envolve ao mesmo tempo a estrutura da rede de relacionamentos sociais e a adequação de sua função, especialmente o grau de satisfação da pessoa com o apoio social de que usufrui.

A diferença entre rede social e suporte social é que a primeira pode ser definida como um conjunto de relacionamentos de um indivíduo ou de elos entre um conjunto de pessoas, enquanto a segunda enfoca a qualidade das interações e como estas são avaliadas pelo indivíduo receptor (Roth, 1989).

De acordo com Thoits e Due *et al.*, o apoio social é composto de estrutura e função, com aspectos e fenômenos distintos. A estrutura das relações sociais refere-se à organização do vínculo entre pessoas e pode ser descrita sob diferentes aspectos, tais como: número de relações ou papéis sociais que uma

pessoa tem, freqüência de contatos com vários membros de uma rede, entre outros. É composta pela rede de relações formais e informais. As relações formais são mantidas devido à posição e papéis desempenhados na sociedade, como: médico, dentista, advogado, professor, entre outras profissões; ao passo que as relações informais são tidas como de maior importância pessoal e afetiva do que as relações mais especializadas e formais. São compostas por todos os indivíduos (família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade, entre outros) e pela ligação entre indivíduos com quem se tem uma relação familiar próxima ou com envolvimento afetivo. "Medir" a estrutura de rede social permite avaliar o grau em que um indivíduo está socialmente conectado com os outros, seu nível de isolamento ou de integração social. (Due et al, 1999; Thoits, 1995).

Com vistas a operacionalizar o conceito de apoio social e encontrar instrumentos para sua medida, foram propostas cinco categorias funcionais de apoio social (Bowling, 1997 ; Ostergren et AL, 1991; Sherboune, Sterwart, 1991).

- 1) Apoio material: refere-se ao apoio direcionado ao auxílio das pessoas em caso de necessidade. Reflete o acesso dos indivíduos aos serviços práticos e recursos materiais, em que estão incluídos, por exemplo, a ajuda em dinheiro ou empréstimo de utensílios, em caso de necessidade emergencial.
- 2) Apoio afetivo: envolve expressões de amor e afeição.
- 3) Apoio emocional: refere-se à empatia, carinho, amor, confiança, estima, afeto, escuta e interesse.
- 4) Apoio de informação: refere-se a informações que podem ser usadas para lidar com problemas. É medido por meio do acesso dos indivíduos a aconselhamentos, sugestões, orientações e informações.
- 5) Interação social positiva: é a disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar.

A revisão da literatura tem demonstrado que do mesmo modo como as redes sociais de apoio influenciam as condições de saúde e mortalidade da população em geral, a presença de apoio social tem sido fortemente associada com desfechos positivos.

Diante do exposto perguntamos:



— Qual o perfil socioeconômico das famílias, de stress, de depressão e de apoio social percebido por mães de crianças internadas na Unidade de Pediatria do Hospital Regional de Bauru?

— Existe associação entre perfil socioeconômico da família, tempo de internação da criança e de acompanhante da mãe, tipo de doença da criança e nível de stress e depressão da mãe com a disponibilização de apoio social percebido por ela?

## 2. OBJETIVOS

Considerando a importância do cuidado a essas mães e sua família, no desenvolvimento de suas crianças, este estudo tem como objetivos:

- Identificar associações entre fatores socioeconômicos, idade, escolaridade, tempo de internação da criança, tempo como acompanhante da mãe, número de internações da criança, tipo de doença, grau de depressão e categorias de apoio social (material, afetivo, emocional, de informação e interação social positiva).
- Identificar os subgrupos de binômios mãe-criança vulneráveis

### 3. MATERIAL E MÉTODO

#### 2.1. Tipo de pesquisa.

Trata-se de um estudo transversal, cuja característica principal é a investigação da “causa” e do “efeito” simultaneamente. Este tipo de pesquisa permite identificar os grupos de interesse, os “expostos”, os não-expostos, os “doentes” e os “sadios”, de modo a investigar a associação entre exposição e doença (PEREIRA, 2001).

#### 2.2. Local do estudo

O trabalho foi conduzido no Hospital Estadual de Bauru (HEB), na Unidade de Pediatria.

O HEB tem área construída de 23.500 m, em um terreno de 39.700m<sup>2</sup> de construção vertical, em quatro blocos assim distribuídos:

- **bloco 1:** sete pavimentos: serviços, administração, centro cirúrgico, unidades especiais de internação e enfermarias;
- **blocos 2 e 3:** dois pavimentos : ambulatórios, emergência e apoio diagnóstico terapêutico (interligados ao bloco 1);
- **bloco 4:** térreo: serviços de apoio (não interligado).

O início do atendimento à população pelo Hospital Estadual Bauru foi com a atividade ambulatorial, em 2002. Entre as atividades possíveis, as consultas médicas especializadas foram definidas como os primeiros serviços a serem ofertados.

O modelo de funcionamento ocorre por meio de: cotas de consultas para municípios da região abrangida pela DRS-VI; pactuação de protocolos de encaminhamento e retorno dos pacientes e agendamento das consultas pelos municípios, previamente, via telefone.

O ambulatório conta com 14 consultórios, 16 salas de apoio para consultas e procedimentos e quatro leitos de observação.

O HEB atende exclusivamente pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde – SUS, abrangendo a região compreendida pelo DRS-VI/Bauru, que compreende 68 municípios, com população estimada de 1,8 milhão de pessoas.

Os serviços assistenciais se iniciaram com as Especialidades Ambulatoriais: Cardiologia, Reumatologia, Endocrinologia, Dermatologia e Pneumologia, área adultos. Essa oferta de atendimento nas especialidades está sendo gradativamente ampliada. São oferecidas, atualmente, além das já mencionadas, mais de 30 especialidades.

Atualmente, o HEB conta com 318 leitos, sendo 34 pediátricos (18 camas e 13 berços).

### **2.3. Amostra**

Participaram da pesquisa mães de crianças de ambos os gêneros, com faixa etária de 0 a 17 anos, 11 meses e 29 dias, no mínimo no segundo dia de internação na enfermaria de pediatria do HEB, durante os meses de julho a outubro de 2010. Como critérios de exclusão não participaram da pesquisa mães de crianças que estão no primeiro dia de internação e aquelas que não quiserem participar do estudo.

Considerando que número de internações no ano de 2009 no HEB foi de 516 internações por faixa etária e considerando a faixa etária até os 10 anos e usando uma prevalência de 50% com um erro de 5% com 95% de confiança, obtemos um n=220 pacientes para a amostra.

### **2.4. Instrumentos de medida**

Para a coleta de dados foram aplicados os seguintes instrumentos:

- a- **Dados socioeconômicos e de internação** (Anexo 1)
- b- **Inventário de Beck (anexo 2):** o BDI (Beck Depression Inventory), é a sigla universal pela qual o Inventário de Depressão é conhecido, que foi originalmente criada por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery. Inicialmente foi desenvolvido para uso com pacientes psiquiátricos, e passou a ser utilizado amplamente na área clínica e de pesquisa, também para a população em geral. A fidedignidade em seis amostras psiquiátricas dos estudos variou entre 0,79 a 0,90. O manual é indicado para sujeitos entre 17 e 80 anos de idade, mas há registros na

literatura de pesquisas nas quais as amostras incluíam sujeitos de maior e menor faixa etária.

É uma escala de 21 itens, cada um com quatro alternativas com graus crescentes de gravidade de depressão. Baseando-se em observações e relatos de sintomas e atitudes mais freqüentes em pacientes psiquiátricos com transtornos depressivos, os itens foram selecionados. Eles se referem a: tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, culpa, punição, auto-aversão, auto-acusações, idéias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na auto-imagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fatigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas, perda de libido. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais. O escore total permite a classificação de níveis de intensidade de depressão.

Solicita-se ao examinando que escolha a alternativa que descreve melhor a maneira com que tem se sentido na última semana, inclusive hoje. No caso em que o sujeito tenha marcado mais de uma alternativa de um mesmo item, usa-se a alternativa com a avaliação mais alta para somar no escore total. O maior escore possível é 63, já que cada questão pode ter assinalada apenas uma opção. Se o sujeito indicou que está tentando perder peso, o escore do item 19 não é somado ao escore total.

Os pontos de corte, com base nos dados de pacientes nos quais foi administrada a versão em português são: 0 a 11: mínima; 12 a 19: leve; 20 a 35: moderada; 36 a 63: severa. (Cunha, 2001)

- c. **Medical Outcomes Study (MOS):** avalia o suporte social, nas dimensões: de apoio material, apoio afetivo, apoio emocional, apoio de informação e interação social positiva. Para tanto utilizaremos a escala traduzida para o Português por ANDRADE (2001), acerca do Medical Outcomes Study (MOS), de autoria de SHERBOURNE; STEWART, (1991), utilizado, também, no *National Population Study* (NPHS) em estudo anual sobre as condições de saúde da população canadense.

Optou-se pela escolha deste instrumento, porque o mesmo apresenta bons resultados de consistência interna, estabilidade e validade de constructo (Anexo 3).

## **2.5 – Procedimentos de coleta**

Antes de realizar a coleta de dados, o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética (Anexo 4).

Às mães ou responsáveis das crianças selecionadas para participarem do estudo foi explicado os objetivos e procedimentos envolvidos e estas puderam optar por sua participação como voluntárias assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 5). A entrevista com as mães participantes e os inventários foi aplicada pela aluna pesquisadora, de forma oral, em ambiente calmo e iluminado, na forma individual, com todas as condições de privacidade, em data e horário previstos com a mãe e pesquisadora. As mães suspeitas de estarem vivenciando depressão foram encaminhadas ao serviço de apoio da Instituição.

## **2.6. Procedimentos estatísticos**

Realizou-se análise estatística descritiva, com frequência, média, desvio padrão, mínima e máxima. Foi empregado o teste Qui-quadrado para verificar associação entre as variáveis: depressão e renda per capita, internação da criança em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou não e escolaridade da mãe/cuidadora. Procedeu ainda a correlação entre a Escala de Becker e a de Apoio Social, considerando um  $p < 0,05$ .



## 4. Resultados

A entrevista foi realizada com 220 mães, sendo que 34 não aceitaram participar, ou por dificuldade em sair do quarto, ou por motivo não especificado. Cinco mães tiveram que interromper a entrevista por motivo de alta, ou encaminhamento do filho ao Centro Cirúrgico.

Encontrou-se bastante dificuldade da mãe em sair do quarto, mesmo naquelas que participaram da pesquisa, já que algumas crianças tinham dificuldade em acompanhar a mãe e não podiam ficar sozinha.

Sete crianças selecionadas tinham como acompanhante o pai e não recebiam visita das mães, ou que no momento em que a pesquisadora estava presente não se encontravam com a criança.

As mães estudadas são predominantemente mães biológicas, vivendo em união conjugal, com idade entre 20 e 29 anos, com 8 ou mais anos de escolaridade, não trabalham fora, não recebem bolsa família e tem renda per capita familiar abaixo de 0,5 salário mínimo (Tabela 1).



**Tabela 1.** Distribuição das mães de crianças internadas em Unidade de Pediatria no Hospital Estadual de Bauru segundo características socioeconômicas e demográficas. Bauru, 2010

Variáveis	n	%
<b>Cuidador</b>		
Avó	9	4,09
Mãe	211	95,9
<b>Estado Conjugal</b>		
União Estável	168	76,4
Sem companheiro	52	23,6
<b>Idade materna (anos)</b>		
< 20 anos	19	8,6
20 a 29	165	75
30 a 39	35	15,9
≥ 40	1	0,5
<b>Escolaridade (anos)</b>		
0 a 8	103	46,8
8 e mais	117	53,2
<b>Profissão</b>		
Trabalha fora	96	43,6
Não trabalha fora	124	56,4
<b>Recebe Bolsa Família</b>		
Sim	59	26,8
Não	161	73,2
<b>Renda per capita (salários mínimos)</b>		
<0,5	99	45,0
0,5 a 1	89	40,4
≥ 1	32	14,6

As crianças internadas estavam principalmente na idade escolar e pré-escolar, com pequena proporção de lactentes e adolescentes. Cerca de 90% foram hospitalizados em enfermaria e a maior parte (52,7%) estava em sua

primeira hospitalização. Menos da metade era visitada regularmente pelo pai e 27,3% não receberam visitas (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição de mães de crianças hospitalizadas no Hospital Estadual de Bauru segundo idade da criança, características da internação hospitalar e pessoa que visita. Bauru, 2010

Variáveis	N	%
<b>Idade da Criança</b>		
Recém-nascido	3	1,4
Lactância	28	12,7
Todler	39	17,7
Pré-escolar	43	19,5
Escolar	67	30,5
Adolescente	40	18,2
<b>Internação de UTI</b>		
Sim	20	9,1
Não	200	90,0
<b>Natureza da Causa</b>		
Clínico	163	74,1
Não clínico	57	25,0
<b>Número de internações</b>		
Primeira	116	52,7
Segunda	25	20,5
Terceira	20	9,1
Quarta ou mais	39	17,7
<b>Pessoa que visita a criança</b>		
Pai visita	105	27,3
Outras pessoas visitam, mas não o pai	45	47,7
Não recebe visita	60	20,5

Destaca-se que a proporção de mães/cuidadoras das crianças hospitalizadas apresenta predominantemente sintomas mínimos ou leves de depressão, mas a proporção com sintomas moderados e graves ultrapassou 30% (Tabela 3).

**Tabela 3.** Distribuição das mães de crianças hospitalizadas, segundo categoria do Inventário de Beck. Bauru, 2010

Graus de depressão	N	%
Mínimo	97	35,0
Leve	73	33,1
Moderado	56	25,5
Grave	14	6,4

Podemos perceber que todas as médias de apoio social se encontram cima de 70, sendo que o maior escore médio foi relativo ao apoio afetivo (Tabela 4).

**Tabela 4.** Estatísticas descritivas do escore de apoio social de mães de crianças hospitalizadas no Hospital Estadual de Bauru. Bauru, 2010

	Média	Desvio Padrão	Mínima	Máxima
Escore apoio material	76,36	22,24	20,80	100,0
Escore apoio emocional	70,34	26,04	20,0	100,0
Escore apoio afetivo	87,15	18,87	20	100,0
Escore apoio de informação	73,66	23,50	20	100,0
Escore de interação social positiva	76,57	22,95	20	100,0

Destaca-se que há clara associação entre a presença de sintomas moderados e graves de depressão nas mães das crianças hospitalizadas e escores de apoio social, encontrando-se uma amostra significativa quando a depressão se associa com o apoio material ( $p=0,0015$ ), apoio afetivo ( $p\leq 0,0001$ ), apoio emocional ( $\leq 0,001$ ), apoio de informação ( $p< 0,0001$ ), apoio de interação social positiva ( $p< 0,0001$ ) e apoio social global ( $p<0,0001$ ). Mães mais

deprimidas são mais freqüentes entre aquelas na categoria de piores escores de apoio. Este resultado foi observado para todas as categorias de apoio, alcançando significância estatística (Tabela 5).

**Tabela 5.** Associação entre grau de depressão em mães de crianças hospitalizadas no hospital Estadual de Bauru e tercís do escore de apoio social. Bauru, 2010

Tercís de Apoio	<i>Depressão</i>			
	Mínima/Leve		Moderada/Grave	
	n	%	N	%
<b>Apoio Material</b>				
1º Tercil	38	(25,3)	33	(47,1)
2º Tercil	54	(36,0)	24	(34,3)
3º Tercil	58	(38,7)	13	(18,6)
Total	150	(100,0)	70	(100,0)
<b>Apoio Afetivo</b>				
1º Tercil	29	(19,3)	35	(50,0)
2º Tercil	26	(17,3)	10	(14,3)
3º Tercil	95	(63,4)	25	(35,7)
Total	150	(100,0)	70	(100,0)
<b>Apoio Emocional</b>				
1º Tercil	29	(16,1)	38	(54,3)
2º Tercil	56	(31,1)	17	(24,3)
3º Tercil	95	(52,8)	15	(21,4)
Total	180	(100,0)	70	(100,0)
<b>Apoio de Informação</b>				
1º Tercil	20	(13,3)	28	(40,0)
2º Tercil	54	(36,0)	28	(40,0)
3º Tercil	76	(50,7)	14	(20,0)
Total	150	(100,0)	70	(100,0)
<b>Interação Social Positiva</b>				
1º Tercil				
2º Tercil	33	(22,0)	38	(54,3)
3º Tercil	41	(27,3)	13	(18,6)
Total	76	(50,7)	19	(24,1)
	150	(100,0)	70	(100,0)
<b>Apoio Social Global</b>				
1º Tercil	24	(16,0)	37	(52,8)
2º Tercil	52	(34,7)	17	(24,3)
3º Tercil	74	(49,3)	16	(22,9)
Total	150	(100,0)	70	(100,0)

Há associação significativa ( $p=0,0420$ ) entre depressão da mãe das crianças hospitalizadas na unidade de pediatria e renda, já que há maior ocorrência de sintomas moderados e graves entre mães de categorias de menor renda (Tabela 6).

**Tabela 6.** Associação entre grau de depressão em mães de crianças hospitalizadas no Hospital Estadual de Bauru e categorias de renda familiar per capita. Bauru, 2010

Renda per capita	Depressão			
	Mínima/Leve		Moderada/Grave	
	N	%	n	%
< 0,5	59	(39,3)	40	(57,1)
0,5 a 1,0	68	(45,3)	21	(40,0)
$\geq 1,0$	23	(15,3)	9	(12,9)
Total	150	(100,0)	70	(100,0)

Neste trabalho, não se encontrou associação entre o grau de depressão de mães e a condição da criança ter permanecido na UTI ou não (Tabela 7).

**Tabela 7.** Associação entre grau de depressão em mães de crianças hospitalizadas na Unidade de Pediatria do Hospital Estadual de Bauru e internação em UTI ou não.

Internação em UTI	Depressão			
	Mínima/Leve		Moderada/Grave	
	n	%	n	%
Sim	12	(8,0)	8	(11,4)
Não	138	(92,0)	62	(82,6)
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>(100,0)</b>	<b>70</b>	<b>(100,0)</b>

Assim como, não há associação entre grau de depressão em mães de crianças hospitalizadas e escolaridade (Tabela 8).

**Tabela 8.** Associação entre grau de depressão em mães de crianças hospitalizadas na Unidade de Pediatria do Hospital Estadual de Bauru e categorias de escolaridade materna. Bauru, 2010

Escolaridade	Depressão			
	Mínima/Leve		Moderada/Grave	
	N	%	n	%
< 8	64	(42,7)	39	(55,7)
8 ou mais	86	(57,3)	31	(44,3)
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>(100,0)</b>	<b>70</b>	<b>(100,0)</b>

Pode-se notar que as médias de todas as categorias de Apoio Social são menores para mães com sintomas moderados e graves de depressão em relação às aquelas com sintomas mínimos ou leves (Tabela 9).

**Tabela 9.** Estatísticas descritivas do escore de apoio social de mães de crianças hospitalizadas no Hospital Estadual de Bauru, segundo categoria de depressão. Bauru, 2010

Apoio Social	Depressão			
	Mínima/Leve (n=150)		Moderada/Grave (n=70)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Escore Material	81,13	19,06	66,14	25,10
Escore Afetivo	91,73	14,75	77,33	22,74
Escore Emocional	76,67	23,31	56,79	26,57
Escore Informação	79,23	21,40	61,71	23,47
Escore de Interação Social Positiva	81,37	20,29	66,29	25,02
Escore Global de Apoio	81,52	15,60	65,04	18,85

## 5.DISSCUSSÃO

Este estudo apontou que o maior número de mães/cuidadoras de crianças hospitalizadas tem sintomas mínimos ou leves de depressão, mas apresenta uma proporção significativa de mães com depressão moderada a grave, de 30%.

Diante de conflitos, frustrações, decepções, fracassos, e perda é normal que as pessoas vivenciem a tristeza. Porém, se esta vivência durar um longo período de tempo, pode surgir um sofrimento psíquico associado aos transtornos de humor (Fonseca, 2008).

A depressão é uma doença ocorrente em todas as faixas etárias, alterando o sistema normal de regulação de humor e acarretando em redução de energia, atividade diminuída, diminuição da capacidade de sentir prazer, interesse e concentração, aumento do cansaço, mesmo após esforço mínimo, hábito de despertar várias vezes mais cedo durante o sono, apetite diminuído, perda de peso e de libido. Além disso, o indivíduo pode apresentar baixa auto-estima e autoconfiança reduzida, além de idéias de culpa ou de morte. Isso pode afetar sua vida no âmbito emocional, comprometendo sua vida familiar, laborativa e social. Sua manifestação tem maiores conseqüências a nível individual, mas pode refletir no relacionamento interpessoal, na estrutura familiar, levando a situações de conflitos, incompreensão e conseqüências econômicas (Fonseca, 2008).

O suporte social “de uma forma geral, pode ser avaliado pela integração social de um individuo no seu meio, além da rede de serviços e pessoas que lhe estão acessíveis – serviços de saúde, percepção que o indivíduo tem das pessoas e serviços na comunidade” (Rodrigues, 2009). Podemos evidenciar, neste estudo, que o suporte social disponível para as mães de crianças internadas em unidade de pediatria tem uma média relativamente alta, de acordo com a Tabela 4.

Muitos estudos apontam a relação entre o suporte social e as melhores condições de saúde e a ausência de convívio social, levando a efeitos negativos severos na capacidade cognitiva. Existem evidências de que o suporte social pode atuar como protetor nas situações estressoras. O apoio social tem uma função mediadora de contribuir para a manutenção da saúde, permitindo que as



pessoas contornem o adoecimento como resultado de algumas adversidades da vida (Rodrigues, 2009; Carneiro, 2007; Matsukura, 2002).

Quando o apoio social esta presente, as pessoas mudam seu comportamento, enfrentando melhor as situações difíceis e dolorosas, aumentando sua auto-estima e descobrindo seu potencial, sendo assim, as mães de crianças internadas podem enfrentar melhor a adversidade da internação (Rodrigues, 2009). Evidenciou-se grande ligação entre apoio social e aparecimento de sintomas depressivos no estudo, onde podemos perceber por meio da tabela 5 que, a média de maior apoio social disponível tem maior prevalência em mulheres com depressão mínima ou leve, enquanto os menores valores de apoio social se encontram em mulheres com depressão moderada ou grave.

Pesquisa destaca que, a depressão pode ser consequência de problemas afetivos e relações sociais insatisfatórias, sendo importante priorizar o estado psicológico da pessoa a partir da atenção, compreensão e socialização (Fonseca, 2008).

Um fator importante apontado por alguns estudos é o fato de ter companheiro, ou não, já que a falta de um companheiro ou confidente associa-se com a maior ocorrência de depressão. Geralmente os membros da família, como filhos e familiares são fonte de suporte emocional e prático, enquanto os serviços de assistência geralmente promovem o suporte informacional. A família tem um valor muito grande como fonte de apoio social, já que a interação entre pessoas e grupos estabelece vínculos de amizade e informação, contribuindo para o bem-estar físico e mental. (Rodrigues, 2009; Matsukura, 2007)

Alguns estudos relatam sobre a associação entre o apoio social e alguns fatores socioeconômicos. Nele, as mães com maiores renda possuíam maior suporte e aquelas que trabalhavam fora, possuíam condições menos favoráveis para o desenvolvimento e manutenção de suas redes sociais, sendo assim, possuíam menor suporte do que aquelas que não trabalhavam fora. (Matsukura, 2002). No presente estudo, não pudemos destacar relação significativa entre os fatores socioeconômicos e o suporte social.

## 6.CONCLUSÃO

O estudo permitiu-nos concluir que há uma grande relação entre apoio social e grau de depressão de mães de crianças hospitalizadas, sendo assim destacamos a necessidade da criação de um Serviço de Tratamento da Família do Doente, e um serviço adequado que atenda as necessidades de apoio desta família.

Encontramos como binômio mãe-filho vulneráveis, aqueles que têm menos disponibilidade de apoio social, e com baixa renda per capita.

Foram encontrados poucos trabalhos relacionados ao apoio social em mães de crianças hospitalizadas, e grau de depressão das mesmas. Sugere-se que sejam desenvolvidos mais estudos nesta área, já que há a necessidade de se compreender o processo de adoecimento destas mães que têm seus filhos hospitalizados.

É necessário destacar que os Serviços Assistenciais devem focar não somente as necessidades biológicas do indivíduo, como também suas necessidades psicossociais. Deve-se levar em consideração no cuidado a criança hospitalizada, o binômio mãe-filho, tratando não somente do doente, como de sua família.

## 7. REFERÊNCIAS

Andrade CR. Associação entre apoio social e frequência relatada de auto-exame das mamas no estudo pró-saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

Bowling A. Measuring social networks and social support. In: \_\_\_\_\_. Measuring health: a review of quality of life measurements scales. Buckingham: Open University Press; 1997. p. 91-109.

Brasil. Lei n. 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília, 16 jul.1990.

Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Prette ZD & Prette AD. Qualidade de vida, apoio social e depressão em Idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007; 20(2): 229-37.

Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do psicólogo; 2001.

Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: network, support and relational strain. *Soc Sci Med* 1999; 48(5):661-73.

Fonseca AA, Coutinho MPL, & Azevedo RLW. Representações sociais da depressão em jovens universitários com e sem sintomas para desenvolver a depressão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2008; 21(3): 492-8.

MatsukuraTS, Marturano EM, Oishi J, Borasche G. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. *Rev. bras. educ. espec.* 2007; 13(3): 415-28.

Matsukura TS, Marturano EM, Oishi J. O Questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2002; 10(5): 675-81

Milanesi K, Collet N, Oliveira RG, Vieira CS. Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Rev. bras. Enferm, Brasília*. 2006; 59(6): 769-74.

Oliveira BRG, Collet N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. *Rev.latino-am.enfermagem*. 1999; 7(5): 95-102.

Ostergren PO, Hanson BS, Isacsson SO, Tejler L. Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in an emergency department: a case-control study. *Soc Sci Med* 1991; 33(3):257-67.

Pereira M G. *Epidemiologia: teoria*. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 2001

Pinto JP, Ribeiro CA, Silva CV. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005; 13(6): 974-81.

Quintana AM, Arpini DM, Pereira CRR, Santos MS. A Vivência Hospitalar no Olhar da Criança Internada. *Cienc. Cuid. Saude*.2007; 6(4): 414-23.

Ribeiro CA, Angelo M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. *Rev. esc. enferm. USP*. 2005; 39(4): 391-400.

Rodrigues VB, Madeira M. Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade Ciências da Saúde*. 2009; 390-399

Rossi CS, Rodrigues BMRD. As implicações da hospitalização para a criança, sua família e equipe de enfermagem: um estudo exploratório descritivo. Online Brazilian Journal of Nursing [periódico na internet]. 2007 [citado 2010 out 25]; 6(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.1110>.

Roth P. Family social support. In: Bomar PJ, organizador. Nurses and family health promotion: concepts, assessment, and interventions. Baltimore: Williams & Wilkins; 1989. p. 90-102.

Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Soc Sci Med 1991; 32(6):705-14.

Thoits PA. Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? J Health Soc Behav 1995; Spec No:53-79.

### Anexo 1 – Dados socioeconômicos e de internação

1. Nome da mãe: \_\_\_\_\_
2. RG da criança: \_\_\_\_\_
3. Idade da criança: \_\_\_\_\_
4. Idade da Mãe: \_\_\_\_\_
5. Cidade: \_\_\_\_\_
6. Diagnóstico de internação (filho): \_\_\_\_\_
7. Tempo de internação da criança: \_\_\_\_\_
8. Tempo como acompanhante: \_\_\_\_\_
9. Internação da criança:

( ) primeira ( ) segunda ( ) terceira ( ) \_\_\_\_\_

10. Estado civil: ( ) solteira ( ) casada ( ) concubinato ( ) \_\_\_\_\_

Composição e renda familiar da pessoa índice (mãe da criança)

Nome pessoa	Idade	Grau de parentesco	Profissão	Salário*
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
Complemento de renda				
Total				

Escolaridade em anos: \_\_\_\_\_ anos

Tem recebido, regularmente, a visita de alguém da família?

( ) sim ( ) não

**Se sim**, de quem? \_\_\_\_\_

Qual a periodicidade: ( ) diariamente ( ) semanalmente ( ) quinzenalmente ( ) mensalmente

**Se não**, qual o motivo que acha estar dificultando o recebimento de visitas:

---



---

## Anexo 2 - Inventário de Depressão de Beck

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de aplicação: \_\_\_\_\_ Pontuação: \_\_\_\_\_

### Instruções

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

- |   |   |
|---|---|
| <p>1.<br/>0 Não me sinto triste.<br/>1 Sinto-me triste.<br/>2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.<br/>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>3.<br/>0 Não me sinto fracassado(a).<br/>1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.<br/>2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.<br/>3 Sinto que sou um completo fracasso.</p> <p>5.<br/>0 Não me sinto particularmente culpado(a).<br/>1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.<br/>2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.<br/>3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.</p> <p>7.<br/>0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).<br/>1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).<br/>2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).<br/>3 Eu odeio-me.</p> <p>9.<br/>0 Não tenho qualquer ideia de me matar.<br/>1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.<br/>2 Gostaria de me matar.<br/>3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.</p> <p>11.<br/>0 Não me irrita mais do que costumava.<br/>1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.<br/>2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).<br/>3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.</p> | <p>2.<br/>0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.<br/>1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.<br/>2 Sinto que não tenho nada a esperar.<br/>3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.</p> <p>4.<br/>0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.<br/>1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.<br/>2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.<br/>3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.</p> <p>6.<br/>0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).<br/>1 Sinto que posso ser punido(a).<br/>2 Sinto que mereço ser punido(a).<br/>3 Sinto que estou a ser punido(a).</p> <p>8.<br/>0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.<br/>1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.<br/>2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.<br/>3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.</p> <p>10.<br/>0 Não costumo chorar mais do que o habitual.<br/>1 Choro mais agora do que costumava fazer.<br/>2 Actualmente, choro o tempo todo.<br/>3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.</p> <p>12.<br/>0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.<br/>1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.<br/>2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.<br/>3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.</p> |
|---|---|

13.

- 0 Tomo decisões como antes.  
 1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.  
 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.  
 3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

15.

- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer  
 0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.  
 coisa.  
 2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.  
 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

17.

- 0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.  
 1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.  
 2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.  
 3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa

19.

- 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.  
 1 Perdi mais de 2,5 kg.  
 2 Perdi mais de 5 kg.  
 3 Perdi mais de 7,5 kg.

21.

- 0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu  
 interesse sexual.  
 1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.  
 2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a)  
 pela vida sexual.  
 3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

14.

- 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.  
 1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.  
 2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me  
 tornam nada atraente.  
 3 Considero-me feio(a).

16.

- 0 Durmo tão bem como habitualmente.  
 1 Não durmo tão bem como costumava.  
 2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em  
 voltar a adormecer.  
 3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo  
 voltar a dormir.

18.

- 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.  
 1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.  
 2 O meu apetite, agora, está muito pior.  
 3 Perdi completamente o apetite

20.

- 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.  
 1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má  
 disposição do estômago, ou prisão de ventre.  
 2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e  
 torna-se difícil pensar em outra coisa.  
 3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas  
 físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

Estou propositadamente a tentar perder peso,  
 comendo menos.

Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

Classificação: \_\_\_\_\_



### **Anexo 3. Avaliação da disponibilidade de apoio social**

#### ***D1-Apoio Material***

Se você precisar ...

1-Com que frequência conta com alguém que o ajude, se ficar de cama?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre

2-Com que frequência conta com alguém para levá-lo(a) ao médico?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre

3- Com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre

4-Com que frequência conta com alguém para ajuda-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre

#### ***D2-Apoio afetivo***

Se você precisar ...

1-Com que frequência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre

2-Com que frequência conta com alguém que lhe dê um abraço?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre

3-Com que frequência conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querido?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre

#### ***D3-Apoio Emocional***

Se você precisar ...

1-Com que frequência conta com alguém para lhe ouvir, quando você precisa falar?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre

2-Com que frequência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre

3-Com que frequência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre

4-Com que frequência conta com alguém que compreenda seus problemas?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre

#### ***D4-Apoio de informação***

Se você precisar ...

1-Com que frequência conta com alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre

2-Com que frequência conta com alguém para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre

3-Com que frequência conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre

4-Com que frequência conta com alguém para lhe dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre

#### ***D5-Interação Social Positiva***

Se você precisar ...

1-Com que frequência conta com alguém para se divertir junto?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre

2-Com que frequência conta com alguém com quem relaxar?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre


3-Com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre


4-Com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?

1( )Nunca 2 ( )Raramente 3( )Às vezes 4( )Quase sempre 5( )Sempre

## Anexo 4. Parecer do Comitê de Ética

**unesp**  **Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br  
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



**Comitê de Ética em Pesquisa**  
**Ética**  
Fls. nº 43

Registrado no Ministério da Saúde  
em 30 de abril de 1997

---

Botucatu, 03 de maio de 2.010 OF. 185/2010-CEP

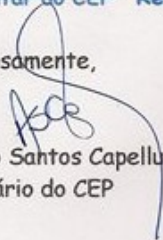
Ilustríssima Senhora  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Silvia Cristina Mangini Bocchi  
Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina do Campus de Botucatu

Prezada Dr<sup>ª</sup>. Silvia,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3532-2010) Depressão e apoio social percebido por mães de crianças hospitalizadas, a ser conduzido por Amanda de Lima Leone, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 03 de maio de 2.010.

Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,



Alberto Santos Capelluppi  
Secretário do CEP

## Anexo 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Seu filho, ou a criança sob sua responsabilidade, está sendo atendido no Hospital Estadual de Bauru, na Enfermaria de pediatria. Convido para a participação do projeto de pesquisa intitulado “**Depressão e apoio social percebido por mães de crianças hospitalizadas**”, que será conduzido por Amanda de Lima Leone (aluna do 4º ano de enfermagem), orientada pela Profª Drª Sílvia Cristina Mangini Bocchi, do departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu.

A família, principalmente a Mãe ou cuidadora da criança pode experienciar uma vivência de estresse ao enfrentar as dificuldades apresentadas pelo seu filho.

Este estudo tem como objetivo avaliar o nível de estresse e depressão em Mães de crianças internadas na pediatria, bem como o apoio social disponível; com a finalidade de estimular a criação de programas de apoio social e tratamento da depressão à família do doente, bem como produzir conhecimento para a população e profissionais de saúde, mostrando a necessidade de uma avaliação de qualidade para identificar a necessidade do cuidado desta família. Esta avaliação será feita pela pesquisadora.

A avaliação será realizada por meio de 2 questionários:

- 1- Dados de identificação da Mãe e da criança
- 2- Inventário de depressão
- 3- Inventário sobre apoio social

Informo ainda que:

- Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados para fins científicos em revistas e congressos especializados na área, mas será mantido o sigilo das informações em relação à sua identidade e da de seu filho(a).
- Os resultados da avaliação serão apresentados verbalmente e individualmente aos participantes e os relatórios com os resultados serão disponibilizados para família.
- Participar da pesquisa não trará nenhum risco físico ou desconforto psicológico a você ou ao seu filho.

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) \_\_\_\_\_, responsável pelo menor \_\_\_\_\_, após leitura minuciosa deste documento, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento deixar de participar da pesquisa e retirar seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** sem que haja prejuízo de qualquer natureza, ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

Por estarem de acordo assinam o presente termo. Qualquer informação adicional, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através do telefone (14) 3811-6143.

Bauru-SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa (sujeito)

\_\_\_\_\_  
Amanda de Lima Leone

\_\_\_\_\_  
PESQUISADORA

UNESP – Campus Botucatu – Faculdade de Medicina

Botucatu-SP - Rubião Júnior - CEP 18618-000

Fone: (014) 38116070

\_\_\_\_\_  
Sílvia Cristina Mangini Bocchi

ORIENTADORA

UNESP – Campus Botucatu – Faculdade de Medicina Botucatu

Rubião Júnior - CEP 18618-000

Fone: (014) 38116070