

EVELYN REGINA COUTO

**MÁ HISTÓRIA OBSTÉTRICA E QUALIDADE
DE VIDA DURANTE A GESTAÇÃO**

Tese de Doutorado

ORIENTADOR: Prof. Dr. RENATO PASSINI JÚNIOR

**UNICAMP
2006**

EVELYN REGINA COUTO

**MÁ HISTÓRIA OBSTÉTRICA E QUALIDADE
DE VIDA DURANTE A GESTAÇÃO**

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Tocoginecologia, área de Ciências Biomédicas

ORIENTADOR: Prof. Dr. RENATO PASSINI JÚNIOR

**UNICAMP
2006**

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	TI UNICAMP
	E837mv
V	EX
TOMBO BCI	69892
PROC	16.100123.06
C	☐
D	☒
PREÇO	11,00
DATA	06/09/06
Nº CPD	

BIB ID: 386163

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

C837m Couto, Evelyn Regina
Má história obstétrica e qualidade de vida durante a
gestação / Evelyn Regina Couto. Campinas, SP: [s.n.],
2006.

Orientador: Renato Passini Júnior
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

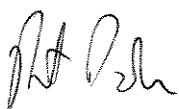
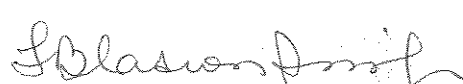
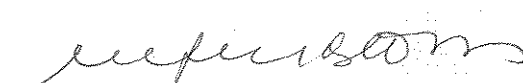
1. Qualidade de vida. 2. Gravidez. 3. Ansiedade.
I. Passini Júnior, Renato. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluna: EVELYN REGINA COUTO

Orientador: Prof. Dr. RENATO PASSINI JÚNIOR

Membros:

1. 
2. 
3. 
4. 
5. 

Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 26/06/2006

Dedico este trabalho...

*À minha querida irmã Egle por dedicar de maneira
sublime sua vida à geração de novas vidas.
Somente alguém que tem um amor tão infinito
é capaz de transpor de maneira admirável
essa grandeza para sua vida pessoal e profissional.
Você sempre foi meu grande exemplo.*

*Aos meus queridos pais Paulo e Neide, todo o meu amor,
carinho, respeito, admiração, gratidão sempre...*

*Ao Murilo, Paula e Júlia...
que iluminam a minha vida.*

Ao Ruy, por partilhar esse caminho comigo.

Agradecimentos

Prof. Dr. Renato Passini Júnior

Prof. Dr. Marcelo Luís Nomura

Prof. Dra. Denise C. C. Santos

Profa. Dra. Ivete A. B. Saad

Profa. Dra. Eliane Zacaria

Prof. Dr. João Luiz Pinto e Silva

Profa. Dra. Regina C. Turolla de Souza

Dra. Renata Zaccaria

Yolanda M. Pamplona Corrêa

Dr. Ataliba de Carvalho Júnior

Dr. Giuliano Mendes Duarte

Margarete A. de Souza Donadon

Kátia M. do Espírito Santo

Sueli Chaves

Maria do Rosário G. R. Zullo

Sirlei Siani Morais

Valderez Dias

Fernanda D. Masi

Alunos de especialização e aprimoramento em fisioterapia cardiorrespiratória do Hospital de Cínicas da Unicamp.

Profa. Dra. Egle Cristina Couto de Carvalho

Profa. Dra. Maria José D. Osis

Prof. Dra. Silvana M. B. de Assis

Paulo Couto

Neide Gisoldi Couto

Prof. Dr. Carlos Alberto Petta

Profa. Dra. Eliana M. Amaral F. da Silva

Ruy Pamplona Corrêa

Luciana Campanatti Palhares

Dr. Marco Antônio R. Palhares

Maria José Frolini Palu

Conceição Aparecida Silva Santos

Klesio Divino Palhares

Zoraide Fátima Pereira Gregório

Mariângela Martins de Carvalho

Wander de Oliveira Villalba

Cristiane Alves Delgado Rodrigues

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas.....	vii
Resumo.....	viii
Summary	x
1. Introdução.....	12
2. Objetivos.....	26
2.1. Objetivo geral.....	26
2.2. Objetivos específicos	26
3. Publicação	27
4. Conclusões.....	51
5. Considerações Finais.....	52
6. Referências Bibliográficas.....	55
7. Bibliografia de Normatizações.....	65
8. Anexos.....	66
8.1. Anexo 1 – Dados de identificação e sociais	66
8.2. Anexo 2 – Questionário de qualidade de vida SF-36	67
8.3. Anexo 3 – Valores e cálculos do SF-36.....	71
8.4. Anexo 4 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD).....	73
8.5. Anexo 5 – Tabelas	76
8.6. Anexo 6 – Envio para o periódico JOGNN	78
8.7. Anexo 7 – Normas do periódico JOGNN.....	80
8.8. Anexo 8 – Consentimento pós-informação.....	90
8.9. Anexo 9 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	91

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

AER	Aborto espontâneo recorrente
RSA	<i>Recurrent spontaneous abortion</i>
HIE	<i>Health Insurance Experience</i>
MOS	<i>Medical Outcomes Study</i>
SF-36	<i>Short Form 36</i>
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
DP	Desvio-padrão
SD	<i>Standard Deviation</i>
p	Nível de significância estatística / <i>Significance level</i>
r	Coeficiente de correlação / <i>Correlation coefficient</i>
TPP	Trabalho de parto prematuro

Resumo

Objetivo: Comparar qualidade de vida, ansiedade e depressão entre gestantes com e sem má história obstétrica. **Método:** Foi realizado um estudo do tipo corte transversal comparativo, no Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Foram incluídas no estudo 120 mulheres com má história obstétrica (Grupo 1) e 120 mulheres sem este antecedente (Grupo 2), entre 18 e 24 semanas de idade gestacional, pareadas por número de filhos vivos. Foram avaliadas a Qualidade de Vida (Questionário Short Form-36), ansiedade e depressão (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão) nos dois grupos. A análise dos dados foi realizada utilizando o teste Pareado de Wilcoxon, Qui-quadrado, Regressão Logística Múltipla e teste de Correlação de Pearson. **Resultados:** As mulheres do Grupo 1 obtiveram menores escores em todos os itens do Short Form-36. A frequência de sintomas depressivos (76,7%) e de ansiedade (32,5%) foi maior no Grupo 1 ($p < 0,0001$). Foi encontrada correlação inversa e significativa entre todos os domínios do Short Form-36 e número de gestações e partos, exceto quanto à vitalidade, função social e saúde mental (para número de partos). Foi também

encontrada correlação inversa e significativa entre todos os domínios do Short Form-36 e sintomas depressivos e de ansiedade. **Conclusões:** Mulheres com má história obstétrica têm pior qualidade de vida, mais ansiedade e depressão durante a gestação subsequente do que aquelas sem esta história.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Depressão. Ansiedade. Gravidez. SF-36.

Summary

Objective: To compare quality of life, anxiety and depressive symptoms between women with and without bad obstetric history during pregnancy. **Subjects and methods:** A cross-sectional comparative study was performed at the Department of Obstetrics and Gynecology School of Medicine, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Participants: 120 women with bad obstetric history (Group 1), and 120 women without these antecedents (Group 2), between 18 and 24 weeks gestation, matched by number of live children. Quality of Life (Short Form 36 Questionnaire), depressive symptoms and anxiety (Anxiety and Depression Measure Scale) were evaluated for both groups. Data analysis was performed using Wilcoxon signed rank test, Chi-square, Multiple Logistic Regression and Pearson's correlations. **Results:** Women from Group 1 received lower scores on all the items of Short Form 36. Depressive symptoms (76.7%) and anxiety (32.5%) were more frequent in Group 1 ($p < 0.0001$). An inverse correlation was found between the domains of SF-36 and the number of pregnancies and deliveries, except for vitality, social functioning and mental health (for deliveries). There was also an inverse correlation between the domains of SF-36 and

anxiety and depressive symptoms. **Conclusions:** Women with bad obstetric history have worse quality of life, more anxiety and depressive symptoms during current pregnancy than women without this history.

Key-words: Quality of life. Depressive symptoms. Anxiety. Pregnancy. SF-36.

1. Introdução

A gravidez é, para a maioria das mulheres, um período gerador de satisfação por antecipação da maternidade. Porém, mesmo em gestações saudáveis, mudanças emocionais e físicas podem alterar sua habilidade para lidar com fatos corriqueiros diários. Existem sugestões de que o bem estar durante o período da gravidez prediz uma adequação rápida e positiva no período pós-natal (Moore, 1983). Do mesmo modo, fatores que gerem incertezas sobre a saúde materno-fetal nesse período podem alterar sobremaneira a qualidade de vida das gestantes (McKee et al., 2001).

O grande impacto que as doenças maternas e perinatais têm na saúde pública e individual faz com que seja necessário entender seus mecanismos subjacentes, padrões e fatores de risco para desenvolver intervenções no período gestacional (Halbreich, 2005). Qualquer alteração, seja ela de natureza biológica ou psicossocial, pode mudar o curso natural deste período. O efeito que estas mudanças exercem sobre a vida da gestante, de seu parceiro e familiares tem despertado a curiosidade do meio científico.

Antigamente, o conceito de qualidade de vida era delegado a filósofos e poetas. No entanto, atualmente existe crescente interesse de médicos e pesquisadores em transformá-lo em uma medida quantitativa, que possa ser usada em ensaios clínicos e modelos econômicos, e cujos resultados possam ser comparados entre diversas populações e até mesmo entre diferentes doenças (Fitzpatrick et al., 1992; Bowling e Brazier, 1995). Conceituar qualidade de vida tem se mostrado um desafio contínuo (Rocha et al., 2000). Segundo Calman (1984) a qualidade de vida pode somente ser descrita em termos individuais e depende do estilo de vida atual, experiências passadas, esperança no futuro, sonhos e ambições. Porém, qualidade de vida também pode existir para grupos e não apenas individualmente, podendo-se avaliá-la em uma comunidade, país e assim por diante (Spilker, 1991).

Existem evidências científicas que mostram a contribuição da promoção da saúde como uma estratégia promissora para incrementar a qualidade de vida. Tal fato tem cunho histórico, centrado em momentos estratégicos que estimulam o crescimento econômico, social, ambiental e político, assim como avanços na saúde pública, como os que ocorreram, por exemplo, após a Segunda Guerra Mundial. Em termos gerais, a proposta de promoção de saúde e seus determinantes têm se mostrado uma relevante estratégia do campo biomédico, especialmente por mobilizar recursos institucionais, comunitários, públicos e privados, referindo-se a uma combinação de ações do Estado, município, comunidade e do setor de saúde, além de parcerias inter-setoriais (Buss, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995), o termo qualidade de vida pode ser definido como um amplo conceito, afetado, de maneira complexa, pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais e relação com aspectos importantes do ambiente; ela representa as faces positiva e negativa da vida e é multidimensional.

A difícil análise conceitual do contexto de qualidade de vida provavelmente relaciona-se ao seu amplo e profundo espectro. A vida, questão essencial para os seres, requer critérios mínimos de qualidade para que seja viável. O tema induz à reflexão qualitativa acerca da esfera do ter e ser, mas relaciona-se principalmente à conquista de nossas próprias potencialidades e capacidade de autodeterminação. Por esse motivo, sua medida assume contornos pretensiosos (Rocha et al., 2000).

Na grande maioria das vezes, a avaliação da qualidade de vida envolve quatro categorias: fatores psicológicos, relações interpessoais, fatores físicos e atividades sociais (Olsson e Nilsson-Wikmar, 2004). Para tal, foram criados instrumentos genéricos, que utilizam questionários de base populacional sem especificar doenças, e específicos, que se relacionam ao estudo da vida cotidiana de indivíduos, subsequente à experiência com doenças, agravos ou intervenções médicas (Minayo et al., 2000; Marques et al., 2004). Acredita-se que, a partir destas informações, alguns benefícios possam ser obtidos com intervenções de profissionais de saúde, como prolongar a vida, aliviar a dor, restaurar a função e prevenir incapacidades (Ware et al., 1992).

Como marcos históricos na criação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida, destacam-se o *Health Insurance Experience* (HIE) e o *Medical Outcomes Study* (MOS). O primeiro consiste em um amplo estudo que teve como meta elaborar escalas capazes de mensurar o bem estar e a capacidade funcional de crianças, que deixou dois grandes desafios: saber se as escalas utilizadas no HIE poderiam funcionar em uma população diferente, como, por exemplo, adultos não saudáveis, e saber se escalas mais eficientes de avaliação poderiam ser criadas. A partir destes questionamentos, foi desenvolvido o MOS (Valdez, 1989).

O MOS consiste em um instrumento de avaliação multidimensional de qualidade de vida capaz de ser administrado pelo próprio indivíduo, que abrange 40 conceitos físicos e mentais. É formado por 149 itens e foi testado em 22.000 pacientes. Dele nasceu o *Short Form* (SF) – 20 *Health Survey* e, posteriormente, o SF –36 *Health Survey* (Ciconelli, 1997).

O SF-36 é um instrumento considerado genérico, pois procura avaliar conceitos que representam valores humanos básicos e não se relacionam necessariamente com a idade, doença ou tratamento específico. É composto por oito áreas, agrupadas em dois componentes principais, físico e mental. A avaliação inclui a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos da vida social, aspectos emocionais e saúde mental, além de uma questão comparativa do estado de saúde atual com o de um ano atrás (Keller et al., 1998). Na avaliação final, é atribuído um escore de zero a cem para cada questão, em que zero corresponde ao pior estado de saúde e cem ao melhor. Não existe um valor médio que resuma a avaliação, para que

se evitem falsas interpretações, dado que cada domínio é calculado de maneira isolada (Ware et al., 1994).

No Brasil, o SF-36 foi traduzido e validado por Ciconelli et al. (1999), que o utilizaram em pacientes com artrite reumatóide. Foi empregado também na avaliação da qualidade de vida de mulheres com coronariopatias (Favarato e Aldrighi, 2001), em uma população de octagenários (Xavier et al., 2001), em pacientes submetidas a diálise (Neto et al., 2000), em mulheres com endometriose (Marques et al., 2004) e pós-menopausa (Silva-Filho et al., 2005).

Jomeen e Martin (2005) sugerem que a avaliação da qualidade de vida deve ser complementada com medidas de ansiedade e depressão para estabelecer a inter-relação desses conceitos. A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione. Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população geral, com prevalência de 12,5% ao longo da vida (Andrade e Gorenstein, 1998).

A avaliação da presença de transtornos depressivos é considerada mais complexa por alguns autores, pois muitos sintomas decorrentes de condições clínicas se sobrepõem aos sintomas depressivos (Horimoto et al., 2004). Para tanto, Zigmond e Snaith (1983), desenvolveram a escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD). A versão em português foi validada por Botega et al. em

1995. Trata-se de uma entrevista estruturada que contém catorze itens divididos em duas subescalas: sete para ansiedade e sete para depressão. Cada item é avaliado por uma escala de quatro pontos, de zero (não presente) a três (considerável). O escore máximo é de vinte e um pontos para ansiedade e depressão, respectivamente.

A HAD foi originalmente desenhada para avaliar o estresse psicológico em ambientes médicos e cirúrgicos (Zigmond e Snaith, 1983). Muitos estudos a documentaram e confirmaram sua validação em diversas áreas clínicas (Ibbotson et al., 1994; Smith et al., 2003; Snaith, 2003). Através dos pacientes estudados e avaliados por esta escala, chegou-se a um ponto de corte de 8/9, com sensibilidade e especificidade entre 93,7% e 72,6% para ansiedade, e 84,6% e 90,3% para depressão, respectivamente (Botega et al., 1995). Sua utilização é ampla e, na área de obstetrícia, no Brasil, já foi empregada para avaliar a prevalência de ansiedade e depressão em gestantes adolescentes (Freitas e Botega, 2002) e portadoras de *diabetes mellitus* (Santos e Pereira, 2003).

Apesar do grande interesse no diagnóstico e tratamento das doenças durante a gravidez, poucos estudos avaliaram a qualidade de vida de gestantes. Em um estudo do impacto da perda gestacional anterior na gestação subsequente, os autores notaram maior estresse nos pais, quando comparados com pais sem este antecedente. O principal sentimento relatado foi a mistura de esperança e medo (Armstrong, 2004). A comparação da qualidade de vida entre gestantes adolescentes e adultas através do SF-36 mostrou discreta redução dos escores nas primeiras (Drescher et al., 2003).

A evolução desfavorável de uma gestação gera conseqüências psicológicas para a vivência tranqüila de gestações futuras. A decisão de tentar uma nova gravidez geralmente traz sentimentos conflitantes (Cote-Arsenault e Marshall, 2000).

Na gestação de risco há freqüente interrupção da linearidade de sentimentos positivos em relação a resultados favoráveis. O desfecho indesejado da gestação em mulheres com má história obstétrica está, na maior parte das vezes, intimamente relacionado a riscos materno-fetais. Assim, o acompanhamento de gestações de risco demanda a utilização de recursos para a avaliação do bem estar da mãe e do conceito, bem como conhecimentos e investigações especializadas, motivo pelo qual as gestantes deverão ser cuidadosamente acompanhadas. São incluídos, na má história obstétrica, aborto recorrente, óbito fetal, prematuridade e óbito neonatal precoce.

O aborto espontâneo recorrente (AER) representa uma experiência emocional desgastante na vida de um casal. O desejo de ter filhos pode, assim, tornar-se um fator gerador de ansiedade (Couto et al., 2005). Pesquisas sobre o impacto da perda gestacional como evento traumático descrevem dificuldades emocionais de ajustamento, e níveis aumentados de ansiedade e sintomas depressivos (Armstrong, 2004).

Na avaliação de 300.000 gestações na população geral, o risco de ocorrência de aborto foi de 11,3%. Este risco aumentou para 15,9%, 25,1%, 45% e 54,3%, respectivamente, para mulheres que tinham antecedente de um, dois, três ou quatro abortos (Knudsen et al., 1991).

Diversos fatores etiológicos têm sido relacionados ao AER, como a insuficiência de corpo lúteo (Jones, 1949; Csapo et al., 1973), as anomalias cromossômicas (Harger et al., 1983) e defeitos anatômicos do útero (Stray-Petersen e Stray-Petersen, 1984; Costa, 1994). Algumas doenças maternas, como a hipertensão arterial sistêmica, o *diabetes mellitus* e o hipo ou hipertireoidismo, embora sejam mais comumente associadas ao óbito fetal, podem levar ao AER (Pritchard et al., 1985; Coslovsky e Waissman, 1987). Além disso, o fator imunológico, seja auto ou aloimune, tem importância no estudo do AER, e tem mostrado resultados promissores quando tratado (Kwak et al., 1998; Kaider et al., 1999; Ober et al., 1999; Mecacci et al., 2000; Qureshi et al., 2000; Wilson et al., 2001).

Um aspecto que tem sido amplamente estudado é o modelo de associação psico-biológica para interpretação de AER. As funções imunológicas recebem influência de vários fatores psicológicos (Kaplan, 1991). Foi proposto o envolvimento do eixo psico-neuro-imuno-endocrino no AER, e isto pode ser um alvo para prevenção (Clark et al., 1996). Condições psicológicas adversas podem influenciar o resultado gestacional, através da alteração do equilíbrio das citocinas Th1/Th2 (Sugiura-Ogasawara et al., 2002). Vários trabalhos que avaliaram a associação entre distúrbios psicológicos e falha reprodutiva foram publicados (Bergant et al., 1997; Milad et al., 1998; Klonoff-Cohen et al., 2001; Smeenk et al., 2001). Utilizando o *Symptom Checklist-90 Revised* e o *Neo-Five Factor Index* como instrumentos de avaliação, Sugiura-Ogasawara et al. (2002) concluíram que o estado depressivo pré-concepcional pode influenciar o risco de aborto em mulheres

com antecedente de AER, e que elas deveriam ser avaliadas por psiquiatras e medicadas com antidepressivos quando necessário, antes da gestação.

Outro antecedente obstétrico indesejado, o óbito fetal, é também uma ocorrência traumática para o casal e familiares. Segundo a OMS, óbito fetal é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo materno, independentemente da duração da gravidez. Geralmente o óbito fetal corresponde à morte do conceito na gestação tardia. A idade gestacional na qual a perda deixa de ser chamada de aborto e passa a se chamar óbito fetal depende da determinação de cada país (WHO, 2000). Nos Estados Unidos da América, o *National Center for Health Statistics* estabeleceu que a morte fetal deve ser considerada quando o fato ocorre a partir de 20 semanas de gestação (Petitti, 1987). No Brasil, utilizamos a mesma definição: morte do feto antes de sua completa expulsão ou extração a partir de 20 semanas completas de gestação (Lopes e Silva, 2005).

A morte fetal com mais de 20 semanas ocorre em aproximadamente 1% das gestações e, em países em desenvolvimento, as causas mais frequentes são aquelas passíveis de controle e/ou tratamento. Nestes países, a taxa de mortalidade fetal chega a 30/1.000 nascimentos (WHO, 2000).

As principais causas identificadas de morte fetal no período anteparto são divididas em maternas e feto-anexiais. Dentre as maternas, destacam-se a hipertensão arterial, isoimunização Rh, endocrinopatias, infecções, síndrome antifosfolípide, desnutrição extrema, uso de drogas lícitas ou ilícitas, intoxicações

por metais pesados, etc. As causas feto-anexiais incluem as malformações congênitas, anormalidades cromossômicas, hemorragias do terceiro trimestre da gestação, funiculopatias e transfusão feto-fetal (Fretts, 2005).

Estudam-se, ainda, outras correlações entre condições da gestação e óbito fetal. Acredita-se que haja uma inter-relação materno-fetal que vai além dos aspectos metabólicos e biológicos, estando intimamente relacionada ao adequado desenvolvimento da gravidez. A adequação psico-afetiva durante a gestação tem demonstrado relevante importância, pois o estresse e a ansiedade crônica materna poderiam levar a efeitos adversos, como alteração da morfologia placentária, exacerbação da hipóxia fetal e conseqüente óbito fetal (Relier, 2001). Um dos mecanismos sugeridos é a ação do estresse sobre o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, inibindo os efeitos benéficos do hormônio liberador de corticotropina sobre a decidualização, implantação, tolerância materna inicial e dilatação dos vasos uterinos e placentários (Kalantaridou et al., 2004).

A prematuridade é outra ocorrência que merece destaque na má história obstétrica. Conceitua-se gravidez pré-termo aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 22 (ou 154 dias) e 37 (ou 259 dias) semanas. A incidência de prematuridade, apesar da melhoria da qualidade na assistência pré-natal, tem permanecido constante em torno de 7% nas últimas décadas, e até se elevado em alguns locais, mesmo em países desenvolvidos. No Brasil, a incidência da prematuridade varia de 5 a 15% (Kilsztajn et al., 2003).

Os fatores de risco para o trabalho de parto pré-termo incluem fatores maternos, feto-anexiais, comportamentais e condições sócio-econômicas adversas. Destacam-se a gemelaridade, placenta prévia, amniorrexe prematura, polidrâmnio, macrossomia fetal, infecções do trato urinário, corioamnionite, infecções vaginais, insuficiência cervical, malformações uterinas, cirurgias na gestação atual, tabagismo, alcoolismo, traumatismos, uso de drogas ilícitas, esforço físico intenso e iatrogenia. Sabe-se que o antecedente de partos prematuros é um dos mais importantes fatores de risco para prematuridade (Martius et al., 1998). No entanto, em grande parte dos casos, não é possível a identificação de fator causal e possivelmente, neste grupo, incluem-se os fatores emocionais e o estilo de vida, pouco lembrados e sequer abordados (Fisher e Stocky, 2003).

Fatores psicológicos têm sido amplamente estudados como precipitadores de TPP. Lobel et al. (1992) relataram que altos escores no índice de estresse (que envolvia eventos da vida, estado de ansiedade e estresse percebido) foram relacionados com menor idade gestacional ao parto, em amostra etnicamente diversificada. Um estudo similar mostrou que a ocorrência de eventos estressantes durante a gestação foram associados com menor peso ao nascer, e o aumento de uma única unidade no índice de avaliação de ansiedade utilizado durante pré-natal foi associado à redução de três dias na idade gestacional de nascimento (Wadhwa et al., 1993).

O protótipo da resposta ao estresse envolve tanto o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal quanto o sistema nervoso simpático, resultando em alterações neuro-endócrinas. A liberação do hormônio liberador de corticotropina e do

hormônio adrenocorticotropina estimula a córtex da adrenal a liberar cortisol. Interações entre o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal materno e a unidade feto-placentária foram sugeridas para tentar explicar os efeitos aparentes do estresse materno sobre os resultados gestacionais (Mancuso et al., 2004). Evidências recentes citam a associação entre o hormônio liberador de corticotropina plasmático materno e o momento do parto em modelos animais e humanos (Smith, 1999). Vários possíveis mecanismos envolvem este hormônio no mecanismo de parturição. Ele interage com prostaglandinas e ocitocina, que são mediadores da contratilidade uterina, estimula a liberação de prostaglandinas na placenta e membranas fetais (Chalis et al., 1995; Petraglia et al., 1996), e exerce efeito potencializador da ação da ocitocina sobre a contratilidade uterina (Quartero et al., 1991). Portanto, o estresse materno, ainda que tenha representação controversa como fator causal preponderante de TPP, está amplamente relacionado a mudanças no comportamento de saúde, o que pode levar ao nascimento pré-termo (Gennaro e Hennessy, 2003).

A mortalidade perinatal é definida como número de óbitos fetais a partir de 22 semanas completas de gestação, acrescido dos óbitos ocorridos até o sétimo dia completo de vida, por mil nascimentos totais, em determinado período, no espaço geográfico considerado (WHO, 2000). O óbito neonatal precoce é definido por mortes que ocorrem nos primeiros sete dias de vida (Orhan et al., 2003).

Parte dos óbitos perinatais ocorre por causas evitáveis. Procedimentos simples e de baixo custo poderiam reduzir sua ocorrência. Entre as causas freqüentes destacam-se a hipóxia intra-uterina, asfixia no parto, anomalias congênitas,

diarréias, deficiências nutricionais, infecções, imaturidade extrema, síndrome da angústia respiratória e crescimento fetal retardado (Leal e Szwarcwald, 1996).

A Organização Mundial da Saúde estimou a frequência da mortalidade perinatal em 57 por 1000 por ano em 1998. Essa frequência varia entre as diferentes regiões do mundo. É menor que 10 em 1000 em países desenvolvidos, mas aumenta para 100 em 1000 em alguns países da África (Onderoglu et al., 2003). No Brasil, os dados disponíveis sobre mortalidade perinatal entre 1997 e 2002 envolvem apenas as regiões sul, sudeste e centro-oeste, e variam de 16,1 a 23,9 por 1000 nascidos vivos (DataSUS, 2004).

Evidências preliminares observadas em estudos realizados em maternidades mostram enormes disparidades em relação à frequência de mortalidade neonatal, relacionando-a com diversos fatores como condições de vida familiar, adequação nos cuidados à saúde, saúde geral e mental da mãe, entre outros. A saúde materna parece exercer um impacto marcante no desenvolvimento adequado do conceito, principalmente em relação ao aparecimento de infecções e ao crescimento satisfatório (Aguilera e Marrufo, 2006). Assim, preconizam-se estudos sobre a redução da mortalidade neonatal através da melhora de condições da saúde materna no período perinatal, com intervenções multiprofissionais junto às gestantes, especialmente aquelas que têm potencial de melhorar os resultados gestacionais (Sable e Wilkinson, 2000; Mendes et al., 2006).

Outro aspecto relevante que tem sido citado com frequência em estudos atuais é a relação entre a adequada saúde mental da gestante e as boas

condições de qualidade de vida no período gestacional. Sua fundamental importância vem sendo mencionada sob diversos pontos de vista, mas evidencia sempre uma íntima relação com o desenvolvimento adequado da saúde materno-fetal. Os maiores indicadores da adequação da qualidade de vida no período gestacional que se relacionam com a saúde mental materna são o suporte social e o estresse psicológico aos quais se submetem as gestantes, sendo apontados como influenciadores do desenvolvimento fetal e de resultados neonatais pondero-estaturais (Federenko e Wadhwa, 2004).

A busca de instrumentos adequados para a avaliação da qualidade de vida em gestantes, e se esta qualidade de vida pode ser afetada por acontecimentos obstétricos prévios ou atuais, está no início. O quanto os resultados de pesquisas nesta área poderão ajudar a melhorar as condições sociais, físicas e psicológicas das mulheres durante a gestação é uma questão relevante, que só poderá ser respondida a partir de resultados de estudos futuros.

Entretanto, informações como as contidas nesta pesquisa poderão auxiliar na identificação das necessidades específicas da população e na adequação do atendimento prestado. Maternidades que trabalham com gestantes com má história obstétrica poderão lançar mão de resultados de estudos nesta área e iniciar novas pesquisas que possam vir a nortear decisões relacionadas à assistência pré-natal de mulheres com estes antecedentes.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Comparar qualidade de vida, ansiedade e depressão entre gestantes com e sem má história obstétrica.

2.2. Objetivos específicos

- Comparar gestantes com e sem antecedente de má história obstétrica quanto aos seguintes parâmetros de qualidade de vida: saúde geral, saúde física, atividades da vida diária, dor, vitalidade, função social, saúde emocional e mental, além da incidência de ansiedade e depressão.
- Avaliar a associação da idade materna, número de gestações e de partos com os parâmetros de qualidade de vida, ansiedade e depressão nas mulheres estudadas.

3. Publicação

Bad obstetric history and quality of life during pregnancy

Evelyn Regina Couto¹, Egle Couto², Bruna Vian¹, Zoraide Gregório³, Marcelo Luis Nomura², Renato Passini Junior²

Authors:

¹ MS Physiotherapist, Department of Obstetrics and Gynecology School of Medicine, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, SP, Brazil.

² MD, PhD, Department of Obstetrics and Gynecology School of Medicine, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, SP, Brazil.

³ Obstetric nurse, Department of Obstetrics and Gynecology School of Medicine, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, SP, Brazil.

Abstract

Objective: To compare quality of life, anxiety and depressive symptoms between women with and without bad obstetric history during pregnancy. **Subjects and methods:** A cross-sectional comparative study was performed at the Department of Obstetrics and Gynecology School of Medicine, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Participants: 120 women with bad obstetric history (Group 1), and 120 women without these antecedents (Group 2), between 18 and 24 weeks gestation, matched by number of live children. Quality of Life (Short Form 36 Questionnaire), depressive symptoms and anxiety (Anxiety and Depression Measure Scale) were evaluated for both groups. Data analysis was performed using Wilcoxon signed rank test, Chi-square, Multiple Logistic Regression and Pearson's correlations. **Results:** Women from Group 1 received lower scores on all the items of Short Form 36. Depressive symptoms (76.7%) and anxiety (32.5%) were more frequent in Group 1 ($p < 0.0001$). An inverse correlation was found between the domains of SF-36 and the number of pregnancies and deliveries, except for vitality, social functioning and mental health (for deliveries). There was also an inverse correlation between the domains of SF-36 and anxiety and depressive symptoms. **Conclusions:** Women with bad obstetric history have worse quality of life, more anxiety and depressive symptoms during current pregnancy than women without this history.

Key-words: Quality of life. Depressive symptoms. Anxiety. Pregnancy. SF-36.

Callouts

Women with bad obstetric history have worse quality of life, more anxiety and depressive symptoms during current pregnancy than those without this history.

Early recognition and attitudes for stress factors reduction should be considered during prenatal care of women with bad gestational results antecedents.

Understanding the emotions that parents experience during a pregnancy after perinatal loss can provide insight into the needs of these families at this critical time.

Introduction

Bad obstetric history includes recurrent spontaneous abortion (RSA), stillbirth, premature birth and neonatal death within the first 7 days of life. RSA occurs in 1 to 2% of all pregnancies, and is associated with emotional adjustment difficulties and high levels of anxiety and depressive symptoms (Thapar & Thapar, 1992; Prettyman, Cordle & Cook, 1993). Stillbirth also occurs in 1% of all pregnancies and, in developing countries, it's most prevalent causes are still susceptible to control and treatment, such as hypertension and diabetes. Premature birth complicates almost 7% of all pregnancies and, in approximately 30% of them, it is not possible to identify a causal factor. Emotional factors may play a role in this percentage. Early neonatal death rates vary from 2.5 to 78 per 1000 live births (Gardosi et al., 2005; British Columbia – Ministry of Health) and can still be higher in poor countries. Most of these infant deaths are due to premature birth (Cisse et al., 2006).

Several emotional and physical changes occur during pregnancy. Fetal and neonatal losses are distressing events that can have serious long-term effects (Franche & Mikail, 1999). Traumatic experiences present a pattern of psychological and physiological reactions, as anxiety, depression, irritability, excessive fatigue, sleep disturbances and concentration difficulties (Horowitz, 1974). Denial and repression of feelings may lead to an increased chance of bad health outcomes and costly disorders such as post-traumatic stress disease (Mason & Rowlands, 1997). This disorder has been diagnosed in individuals having undergone an event outside the range of normal experience, and perinatal loss may be traumatic enough to cause post-traumatic stress disorder-like symptoms (Armstrong, 2004).

Several researches describe increased levels of anxiety and depression symptoms after a perinatal loss. Despite that, little is known about the consequences of continued psychological distress on future pregnancies. The decision to attempt another pregnancy can cause conflicting emotions (Cote-Arsenault & Marshall, 2000; Brost & Kenney, 1992; Armstrong, 2004). The experience of pregnancy after prior loss was evaluated in 72 women, who reported high levels of anxiety (Cote-Arsenault & Mahlangu, 1999). The quality of life of women affected by this kind of stress may change. Some instruments can evaluate these changes and measure their importance for women's life. There is increasing interest in studying quality of life and its instruments of evaluation.

The instruments Health Insurance Experience (HIE) and Medical Outcomes Study (MOS) are historic marks on the evaluation of quality of life. The HIE analyzed the well-being and functional capacity of children using scales, and the MOS evaluated the application of these scales in adults and tested their efficacy (Valdez, 1989). The MOS consists of 149 items tested in 22.000 patients, and gave birth to the questionnaires Short Form 20 and Short Form 36 (SF-36). The SF-36 is a generic instrument and consists of eight areas, divided into two components, physical and mental. The evaluation includes physical functioning, role physical, body pain, general health, vitality, social functioning, role emotional, and mental health.

The SF-36 questionnaire was validated during the International Quality of Life Assessment project, with the participation of fourteen countries (Rothberg & Lits, 1991). In Brazil, SF-36 was translated and validated in 1999, and used in several researches, including patients with rheumatic arthritis (Hobel et al., 1994), coronary disease (Mamelle, Segueilla, Munoz & Berland, 1997), chronic renal

failure (Dejin-Karlson et al., 2000) and endometriosis (Marques, Bahamondes, Aldrichi & Petta, 2004). Few studies evaluated quality of life during pregnancy. The study of the impact of a prior gestational loss revealed high levels of distress symptoms in the next pregnancy. The main related feeling was a mixture of hope and fear (Armstrong, 2004). The comparison of quality of life between pregnant teenagers and adults using the questionnaire SF-36 showed a light reduction of the scores for the teenagers (Drescher et al., 2003).

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was originally designed to assess psychological distress of parents in medical and surgical settings (Zigmond & Snaith, 1983). Several studies have documented and confirmed its validity in varying clinical settings (Ibbotson et al, 1994; Smith, Gomm & Dickens, 2003; Snaith, 2003). In Brazil, the HADS validation was confirmed in 1995. Among medical patients, at a cut-off point of 8/9, sensibility and specificity were 93.7% and 72.6% for anxiety, and 84.6% and 90.3% for depression (Botega et al, 1995). The impact of a gestational loss must be continuously evaluated and include, in this evaluation, the next pregnancy. Understanding the effect of this kind of loss on parents can lead to the development of interventions to reduce their psychological distress. Evaluating whether the trauma of perinatal loss is an event that could trigger a post-traumatic stress-like disorder in a subsequent pregnancy is the first step in examining this problem (Armstrong, 2004).

The purpose of this study was to evaluate the quality of life, the incidence of anxiety and depression in pregnant women with bad obstetric history, compared with pregnant women without this history. This purpose was addressed with the following research question: Do women with bad obstetric history have worse

quality of life, more anxiety and depression during current pregnancy than those without these antecedents?

Methods

Research design and sample: A cross-sectional comparative study included 120 pregnant women with bad obstetric history, defined as RSA, stillbirth, premature birth or neonatal death (Group 1) and 120 pregnant women without these antecedents (Group 2), from 2005 to 2006. All of them were between 15 and 40 years old and the gestational age varied from 18 to 24 weeks, for both groups. Women from Group 1 received high risk prenatal care at Department of Obstetrics and Gynecology School of Medicine, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) and at the hospital Maternity of Campinas. Women from Group 2 received regular prenatal assistance at two primary care institutions at the city of Campinas, São Paulo, Brazil.

Exclusion criteria were: multifetal pregnancy, hydramnios and morbid obesity.

Procedure: Ethics in Research Committee of Campinas University approval was granted before implementation of this study. All the women who matched criteria were invited to participate in the study at the routine appointment. They were instructed on the objectives and methods of the study, read and signed an informed consent. They participated in one structured interview completed during the 18th to the 24th week of pregnancy and conducted by the main author of the study. During this interview, they answered the questionnaires SF-36 and HADS. Women from both groups were matched by number of live children. Thus, each woman with bad obstetric history with no live children at home matched one

control without bad obstetric history and no children at home; a woman with bad obstetric history with one live child at home matched one control with one child at home, and so on.

Measures: The SF-36 was used to assess perceived quality of life in 36 physical and mental health areas (Ware & Sherbourne, 1992). Eight dimensions of health were evaluated in the SF-36, which are physical functioning, role physical, body pain, general health, vitality, social functioning, role emotional, and mental health. The measures are generic and suitable for comparison between patients with chronic health problems and patients in the general population. Previous studies have verified the reliability and validity of the SF-36 for use with medical and general population samples (Burke & Liston, 1994). In Brazil, the questionnaire SF-36 was translated and validated by Ciconelli et al. (1999). The SF-36 was scored according to the procedures previously described (Ware, 1999).

The HADS is a widely used screening tool designed as a case detector for clinically relevant anxiety and depression. It contains 14 items and consists of two subscales: seven items for anxiety and seven for depression. The items are scored on a four-point scale from zero (not present) to three (considerable). The item scores are added, giving sub-scale scores on the HADS-A and the HADS-D from zero to 21. Scores of 11 or more on either subscale are considered to be significant 'case' of psychological morbidity (clinical caseness), while scores of 8-10 represent 'mood disorder'. In Brazil, Botega et al. validated the HADS in 1995.

Personal characteristics of women from both groups were similar concerning to marital status, race and education. Economic statuses of women

from both groups were similar ($p=0,349$). Sixty percent of women from both groups received from 146 to 292 American dollars per month as family net income.

Data analysis: The results of SF-36 by studied group were evaluated using means, standard deviation, median, minimum and maximum, and were compared between both groups using Wilcoxon signed rank-test and Multiple Logistic Regression. The results of HADS by studied group were evaluated using Chi-Square. Pearson's correlations were used to determine the associations of continuous variables of SF-36 scores with age, number of pregnancies and deliveries for all studied women (Altman, 1991).

The analysis was performed at a significance level of 5%, using the software SAS version 8.2 (SAS Institute Inc.).

Results

In Group 1, the means of age, number of pregnancies and deliveries were 30.3, 3.7 and 1.2, and, for Group 2, 27.6, 1.4 and 0.4, respectively ($p < 0.0001$ for all variables), data not presented in tables.

The scores for each variable of SF-36 are showed in Table 1. There were significant differences between both groups for all of them.

Table 2 shows a higher frequency of anxious and depressed women in Group 1, and these differences are significant.

The results of women who had scores of SF-36 over the median for Group 2 were studied, as can be seen in Table 3. Women from Group 1 had an increased likelihood of lower scores for all domains of SF-36. The domains physical functioning and body pain showed the most important association with

bad obstetric history. The same table shows results of anxiety and depression, for those women who had scores over 8. There was also a strong association between anxiety and depression with bad obstetric history.

The total 240 women were enrolled to evaluate the association between the domains of SF-36 with age, number of pregnancies and deliveries, as can be seen in Table 4. There was no significant correlation between age and SF-36 scores, but an inverse and significant correlation was found between all the domains of SF-36 and the number of pregnancies, particularly when concerning to physical functioning, body pain, general health, role emotional and mental health. When the association between the items of SF-36 and the number of deliveries was studied, there was also an inverse and significant correlation for physical functioning, role physical, body pain, general health and role emotional.

Discussion

The impact of bad obstetric results on current pregnancy cannot be completely understood, but the results of this study shows an important association between these antecedents and worse quality of life, high levels of anxiety and depression.

Some consequences of prior gestational losses at current pregnancy may be subtracted from the results of SF-36 domains. An investigation that explored the psychometric properties of the SF-36 in early pregnancy supported its use in clinical practice as an eight-subscale measure of quality of life (Jomeen & Martin, 2005).

In this study, women with bad obstetric history had worse results for all the evaluated items. Stillbirth, miscarriage, premature birth and neonatal death usually

lead to a sudden interruption of all personal and family adaptations to pregnancy, and to the necessity of new adaptations to an unexpected situation. They serve as anxiety generators for future pregnancies, and can influence parents' quality of life. Emotional/psychological distress and fatigue have been identified as impairment in domains of quality of life (Simon et al., 1999; Kelly, Russo & Katon, 2001).

Perinatal loss has long-term effects (Franche & Mikail, 1999; Swanson, 1999). The pregnancy loss occurs at the moment a new life is expected, and there may not be a visible child, memories and shared experiences. Besides, society may not recognize the importance of the loss for the parents (Brost & Kenney, 1992; Cote-Arsenault & Marshall, 2000).

Several researchers described symptoms consistent with psychological disturbances in parents with history of prior perinatal loss (Vance et al, 1995; Johnson & Pudifoot, 1996; Armstrong & Hutti, 1998; Franche & Mikail, 1999). Nearly half the mothers with prior perinatal loss reported a high level of depressive symptoms, placing them at high risk for depression (Armstrong, 2004). The assessment of quality of life in pregnancy may be complemented with measures of anxiety and depression to establish whether the constructs of anxiety, depression and quality of life are interrelated (Jomeen & Martin, 2005). In this study, the use of HADS showed that almost 77% of women with this history had high level of anxiety and 32% had depressive symptoms.

The significant differences detected in depression and anxiety scores between both groups may be important. Literature shows that the prevalence of stress, depressive symptoms and anxiety is higher during pregnancy than in other periods of life, especially in vulnerable populations (Hobfoll et al, 1995; Barnett &

Morgan, 1996; Lindgren, 2001; Zayas, Cunningham, McKee & Jankowski, 2002). The association between anxiety and depressive symptoms during pregnancy and bad gestational results, such as preterm birth and low birth weight, is described in several articles (Pritchard & Teo, 1994; Cooper, Murray, Hooper & West, 1996; Hedegaard et al., 1996; Bhagwanani, Seagraves, Dierker, & Lax, 1997; Salvesen et al., 1997; Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa & Sandman, 1999; Teixeira, Fisk & Glover, 1999). A prospective study conducted by Lobel et al. (1992) showed that higher scores on a stress index (comprised of life events, state anxiety and perceived stress) predicted significantly shorter gestational age at delivery in an ethnically diverse sample. A similar investigation of the influence of maternal psychosocial stress on birth outcomes (Wadhwa et al., 1993) showed that life event stress during pregnancy was associated with lower birthweight, and a single unit increase in prenatal pregnancy-related anxiety was associated with a 3-day decrease in gestational age.

In current study, women with bad obstetric history had lower scores for physical functioning and more body pain than women without this history. They also had a high level of depressive symptoms. Physical symptoms have been observed to be associated with the occurrence of depression and anxiety during pregnancy, leading to the suggestion that affective disturbance amplifies somatic symptoms (Kelly et al., 2001).

Few studies to date have considered the relationships between anxiety, depression and quality of life in pregnant women. Armstrong & Hutti (1998) found increased pregnancy-specific anxiety for expectant mothers in a pregnancy subsequent to prior perinatal loss. Understanding the emotions that parents

experience during a pregnancy after perinatal loss can provide insight into the needs of these families at this critical time (Armstrong, 2004).

In their study of parents after perinatal or sudden infant death, Vance et al. (1995) reported that there was a gradual decrease in depressive symptoms and anxiety overtime, but even at 30 months after the loss, mothers and fathers continued to demonstrate almost twice the level of psychological distress as those in the comparison group.

Also, current findings indicate no relation between the psychological distress of parents in pregnancy after perinatal loss and their developing relationship with their unborn infant (Armstrong, 2004). However, qualitative comments in other research suggest an effort by some parents to delay attachment to their current baby (Armstrong & Hutti, 1998; Cote-Arsenault & Marshall, 2000; Armstrong, 2004). It remains important to evaluate early development of parent-infant relationships to identify what effect previous pregnancy loss may have on future attachment relationships (Armstrong, 2004).

The number of pregnancies was associated with lower scores in all domains of SF-36. Interestingly, the number of deliveries was not associated with the scores of vitality, social functioning and mental health. These results can provide subject to new researches, to evaluate which items of quality of life may be affected by parity.

The recognition that anxiety and depression during pregnancy can be associated with adverse results leads to the search for stress reduction interventions, with promising results (Rothberg & Lits, 1991; Hobel et al., 1994; Mamelle et al., 1997; Dejin-Karlsson et al., 2000). Addressing psychological distress may influence

the course of the current pregnancy as well as future parent-infant relationships (Armstrong, 2004). This must be considered during high risk prenatal care.

Conclusions

Women with bad obstetric history have worse quality of life, more anxiety and depressive symptoms during next pregnancy than those without this history. Early recognition and attitudes for stress factors reduction should be considered during prenatal care of women with bad gestational results antecedents.

References

1. Altman, D.G. (1991). *Practical Statistics for Medical Research*. 1st ed. London: Chapman & Hall.
2. Armstrong, D.S. (2004). Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursery*, 33(6): 765-73.
3. Armstrong, D., Hutti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetrics and Gynecology and Neonatal Nursery*, 27(2): 183-9.
4. Barnett, B., Morgan, M. (1996). Postpartum psychiatric disorder: who should be admitted and to which hospital? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(6): 709-14.
5. Bhagwanani, S.G., Seagraves, K., Dierker, L.J., Lax, M. (1997). Relationship between prenatal anxiety and perinatal outcome in nulliparous women: a prospective study. *Journal of the National Medical Association*, 89(2): 93-8.
6. Botega, N.J., Bio, M.R., Zomignani, M.A., Garcia, J.R.C., Pereira, W.A.B. (1995). Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação da escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5): 355-63.
7. British Columbia – Ministry of Health. Overview of infant mortality statistics [online] 1991-1999. Retrieved April 17, 2006, from <http://www.vs.gov.bc.ca/stats/indian/hrindian/infmort.html>
8. Brost, L., Kenney, J.W. (1992). Pregnancy after perinatal loss: parenteral reactions and nursing interventions. *Journal of Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 21(6): 457-63.

9. Burke, P.J., Liston, W.J. (1994). Adolescent's mothers perceptions of social support and the impact of parenting on their lives. *Pediatric Nursery*, 20(6): 593-9.
10. Cisse, C.T., Yacoubou, Y., Ndiaye, O., Diop-Mbengue, R., Moreau, J.C. (2006). Time-course of neonatal precocious mortality between 1994 and 2003 at the Dakar University Teaching Hospital. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction (Paris)*, 35(1): 46-52.
11. Cooper, P.J., Murray, L., Hooper, R., West, A. (1996). The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychological Medicine*, 26(3): 627-34.
12. Cote-Arsenault, D., Marshall, R. (2000). One foot in-one foot out: weathering the storm of pregnancy after perinatal loss. *Research in Nursing and Health*, 23(6): 473-85.
13. Cote-Arsenault, D., Mahlangu, N. (1999). Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experiences. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursery*, 28(3): 274-82.
14. Dejin-Karlsson, E., Hanson, B.S., Ostergren, P.O., Lindgren, A., Sjoberg, N.O., Marsal, K. (2000). Association of a lack of psychological resources and the risk of giving birth to small for gestational age infants: a stress hypothesis. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 107(1): 89-100.
15. Drescher, K.M., Monga, M., Williams, P., Promencene-Cook, P., Schneider, K. (2003). Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188: 1231-3.
16. Franche, R.L., Mikail, S.F. (1999). The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Social Science and Medicine*, 48(11): 1613-23.

17. Gardosi, J., Kady, S.M., McGeown, P., Francis, A., Tonks, A. (2005).
Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study. *British Medical Journal*, 331(7525): 1113-7.
18. Hedegaard, M., Henriksen, T.B., Secher, N.J., Hatch, M.C., Sabroe, S. (1996). Do stressful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery? *Epidemiology*, 7(4): 339-45.
19. Hobel, C.J., Ross, M.G., Bemis, R.L., Bragonier, J.R., Nessim, S., Snadhu, M., Bear, M.B., Mori, B. (1994). The West Los Angeles Preterm Birth Prevention Project I. Program impact on high-risk women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 170(1 Pt 1): 54-62
20. Hobfoll, S.E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M.R., Cameron, R.P. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3): 445-53.
21. Horowitz, M. (1974). Stress response syndromes. Character style and dynamic psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 31(6): 768-81.
22. Ibbotson, T., Maguirre, P., Selby, P., Priestman, T., Wallace, T. (1994). Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease. *European Journal of Cancer*, 30A(1): 37-40.
23. Jomeen, J., Martin, C.R. (2005). The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. *Journal of Psychoogical Research*, 59(3): 131-8.
24. Johnson, M.P., Puddifoot, J.E. (1996). The grief response in the partners of women who miscarry. *The British Journal of Medical Psychology*, 69(Pt 4): 313-27.

25. Kelly, R.H., Russo, J., Katon, W. (2001). Somatic complaints among women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *General Hospital Psychiatry*, 23(3): 107-13.
26. Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 24(3): 203-17.
27. Lobel, M., Dunkel-Schetter, C., Scrimshaw, S.C. (1992). Prenatal maternal stress and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. *Health Psychology*, 11(1): 32-40.
28. Mamelle, N., Segueilla, M., Munoz, F., Berland, M. (1997). Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor – the benefits of psychologic support. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 177(4): 947-52.
29. Marques, A., Bahamondes, L., Aldrighi, J.M., Petta, C.A. (2004). Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. *Journal of Reproductive Medicine*, 49(2): 115-20.
30. Mason, S., Rowlands, A. (1997). Post-traumatic stress disorder. *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 14(6): 387-91.
31. Prettyman, R.J., Cordle, C.J., Cook, J.D. (1993). A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage. *British Journal of Medical Psychology*, 66(Pt 4): 363-72.
32. Pritchard, C.W., Teo, P.Y. (1994). Preterm birth, low birthweight and the stressfulness of the household role for pregnant women. *Social Science and Medicine*, 38(1): 89-96.

33. Rini, C.K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P.D., Sandman, C.A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology, 18*(4): 333-45.
34. Rothberg, A.D., Lits, B. (1991) Psychosocial support for maternal stress during pregnancy: effect on birth weight. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 165*(2): 403-7.
35. Salvesen, K.A., Oyen, L., Schmidt, N., Malt, U.F., Eik-Nes, S.H. (1997). Comparison of long-term psychological responses of women after pregnancy termination due to fetal anomalies and after perinatal loss. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 9*(2): 80-5.
36. SAS Institute Inc. SAS/STAT software change sand enhancements though release 8.2. Cary, NC: SAS Institute, Inc. 1999-2001
37. Simon, G.E., Heiligenstein, J., Revicki, D., VonKorff, M., Katon, W.J., Ludman, E., Grothaus, L., Wagner, E. (1999). Long-term outcomes of initial antidepressant drug choice in a "real world" randomized trial. *Archives of Family Medicine, 8*(4): 319-25.
38. Smith, E.M., Gomm, A.S., Dickens, C.M. (2003). Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine, 17*(6): 509-13.
39. Snaith, R.P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health Quality of Life Outcomes, 1*(1): 29.
40. Swanson, K.M. (1999). Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. *Nursery Research, 48*(6): 288-98.

41. Teixeira, J.M., Fisk, N.M., Glover, V. (1999). Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *British Medical Journal*, 318(7177): 153-7.
42. Thapar, A.K., Thapar, A. (1992). Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *British Journal of General Practice*, 42(356): 94-6.
43. Valdez, R.B., Ware, J.E. Jr., Manning, W.G., Brook, R.H., Rogers, W.H., Goldberg, G.A., Newhouse, J.P. (1989). Prepaid group practice effects on the utilization of medical services and health outcomes for children: results from a controlled trial. *Pediatrics*, 83(2): 168-80.
44. Vance, J.C., Najman, J.M., Thearle, M.J., Embelton, G., Foster, W.J., Boyle, F.M. (1995). Psychological changes in parents eight months after the loss of an infant from stillbirth, neonatal death, or sudden infant death syndrome – a longitudinal study. *Pediatrics*, 96(5 Pt 1): 933-8.
45. Ware, J.E. (1999). John E Ware Jr on health status and quality of life assessment and the next generation of outcomes measurement. Interview by Marcia Stevic and Katie Berry. *Journal of Health Quality*, 21(5): 12-7.
46. Ware, J.E. Jr., Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form healthy survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6): 473-83.
47. Zayas, L.H., Cunningham, M., McKee, M.D., Jankowski, K.R. (2002). Depression and negative life events among pregnant African-American and Hispanic women. *Womens Health Issues*, 12(1): 16-22.
48. Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (6796): 361-70

Table 1. Results of SF-36, by group

	Group 1		Group 2		p
	Mean (SD)	Median	Mean (SD)	Median	
Physical functioning	52.7 (29)	55	74.3 (18.8)	75	< 0.0001
Role physical	31.5 (35.3)	25	48.3 (39.9)	50	< 0.0001
Body pain	50.7 (22.8)	41.5	67.1 (23)	62	< 0.0001
General health	63.4 (24.7)	67	87.8 (15.3)	92	< 0.0001
Vitality	48 (21)	45	59.2 (22.6)	65	< 0.0001
Social functioning	56.4 (27.5)	50	67.1 (24.4)	62.5	0.0013
Role emotional	36.9 (38.6)	33.3	63.3 (39.7)	66.7	0.0233
Mental health	55 (21.5)	56	71.2 (20.9)	76	< 0.0001
Anxiety	10.1 (3.9)	11	6.2 (3.7)	5.5	< 0.0001
Depression	6.3 (3.1)	6	3.9 (2.8)	3	< 0.0001
Number of cases	120		120		

Wilcoxon test, matched by number of live children

Table 2. HAD anxious and depressed women, by group

Scores ≥ 8	Group 1		Group 2		p
	N	%	N	%	
Anxiety	92	76.7	40	33.3	<0.0001
Depression	39	32.5	12	10.0	<0.0001
Chi-square					

Table 3. Results of SF-36 and HADS, by group

Domains	Group 1		Group 2		OR	OR adjusted by age
	(n)	%	(n)	%	(95% CI)	(95% CI)
Physical functioning	85	70.8	54	45	2.7 (1.6-4.7)	2.9 (1.4-6.2)
Role physical	70	58.3	48	40	2 (1.2-3.3)	
Body pain	88	73.3	64	53.3	2.3 (1.3-3.9)	13 (4.9-34.3)
General health	96	80	40	33.3	9 (4.1-19.7)	
Vitality	90	75	59	49.2	3.1 (1.7-5.5)	
Social functioning	65	54.2	39	32.5	2.4 (1.4-4.2)	
Role emotional	98	81.7	66	55	3.1 (1.8-5.6)	
Mental health	96	80	59	49.2	3.2 (1.8-5.5)	
Anxiety	92	76.7	40	33.3	4.7 (2.6-8.4)	
Depression	38	32.5	12	10	4.4 (2.0-9.4)	
Multiple regression						

Table 4. Pearson's correlations coefficients for SF-36 domains, age, number of pregnancies and deliveries

	Age		Pregnancies		Deliveries	
	r	p-value for r	r	p-value for r	r	p-value for r
Physical						
functioning	-0.002	0.9695	-0.371	<0.0001	-0.155	0.0162
Role physical	0.058	0.3695	-0.189	0.0032	-0.133	0.0383
Body pain	0.045	0.487	-0.260	<0.0001	-0.140	0.0292
General health	-0.047	0.4687	-0.456	<0.0001	-0.241	0.0002
Vitality	0.037	0.5666	-0.222	0.0005	-0.058	0.3644
Social functioning	0.042	0.5164	-0.166	0.0099	-0.081	0.2077
Role emotional	0.052	0.4152	-0.277	<0.0001	-0.192	0.0028
Mental health	-0.116	0.0712	-0.347	<0.0001	-0.090	0.1613

4. Conclusões

- Gestantes com má história obstétrica têm pior qualidade de vida, mais ansiedade e depressão do que aquelas sem este antecedente.
- Mulheres com maior número de gestações apresentam piores escores de qualidade de vida, mais ansiedade e depressão. Mulheres com maior número de partos apresentam mais ansiedade e depressão, e piores escores de qualidade de vida, exceto na vitalidade, função social e saúde mental.

5. Considerações Finais

A preocupação com a compreensão do comportamento humano é uma questão que há muito acompanha a humanidade. O intrincado processo do desejo obstinado pela maternidade, que é dificultado por histórias previamente vividas, difere pela individualidade de cada mulher. Alguns aspectos emocionais parecem, contudo, ser comuns às gestantes com maus antecedentes obstétricos, principalmente, pela repetição prévia de episódios negativos e resultados insatisfatórios em gestações anteriores. A interrupção da linearidade de sentimentos positivos que envolvem o desejo da evolução satisfatória de uma nova gestação, com um curso tranqüilo, é constante, pelo medo de uma nova perda. É importante que possamos compreender a ambigüidade desse momento para elaboração de uma análise ampla a respeito dos mecanismos que envolvem essa situação.

Segundo Jung e Campbell (1976), situações repetidas imprimem suas experiências na constituição psíquica, representando a possibilidade de um determinado tipo de percepção ou ação. Quando ocorre algo na vida que corresponde a um arquétipo, é imposta uma reação instintiva contra toda razão

e vontade ou ainda, é produzido um conjunto de dimensões eventualmente patológicas.

As diferenças significativas entre os resultados da qualidade de vida, ansiedade e depressão das mulheres estudadas no presente trabalho nos remete a uma reflexão sobre o conflito de sentimentos desse período. Muitas vezes, pressões externas ou até alheias ao desejo da maternidade, como o anseio do marido em tornar-se pai ou ainda a representação social de constituir uma família com filhos agravam os sentimentos de incapacidade. A percepção da gestante sobre o binômio engravidar e manter a gestação, muitas vezes, incide como responsabilidade isoladamente sua.

A sociedade e a cultura supervalorizam o aspecto positivo da maternidade, não considerando sua dimensão no universo feminino. O aspecto sombrio que paira sobre casais com um desejo incessante de tornarem-se pais a qualquer custo muitas vezes dificulta a verbalização desta experiência, o que leva as mulheres a não revelarem sua situação conflitiva. Tal fato dificulta ainda mais a elaboração desse processo. É importante lembrarmos, então, que sentimentos que causam sofrimento considerável geram implicações clínicas, com transtornos de humor e reações de ajustamento. O padrão mais comum de sintomas é de natureza indiferenciada, compreendendo uma combinação de preocupações excessivas, ansiedade e até depressão (Botega et al., 1995).

Embora sobejamente demonstradas, restam muitas questões a ser respondidas e resolvidas neste campo de investigação, inclusive no que diz

respeito às intervenções que, a partir do setor de saúde, mais eficazmente, poderiam influenciar de forma favorável a qualidade de vida (Buss, 2000).

A possibilidade de ampliação da consciência da gestante com má história obstétrica, de maneira orientada, com a melhor formulação possível dos conteúdos emocionais para que haja discriminação e percepção deste vasto processo e conseqüente melhora de suas condições de vida, é o que nos motiva a seguir as pesquisas nessa linha para podermos atuar de maneira inovadora.

6. Referências Bibliográficas

Aguilera N, Marrufo GM. Can better infrastructure and quality of life reduce hospital infant mortality rates in México? *Health Policy*, 2006; [Epub ahead of print]

Andrade LHSG, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Rev Psiq Clin* 1998; 25:285-329.

Armstrong DS. Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004; 33:765-73.

Bergant AM, Reinstadler K, Moncayo HE, Solder E, Heim K, Hinterhuber H, et al. Spontaneous abortion and psychosomatics. A prospective study on the impact of psychological factors as a cause for recurrent spontaneous abortion. *Hum Reprod* 1997; 12:1106-10.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JRC, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação da escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública* 1995; 29:355-63.

Bowling A, Brazier J. Quality of life in social science and medicine. *Soc Sci Med* 1995; 41:1337-8.

British Columbia – Ministry of Health. Overview of infant mortality statistics [online] 1991-1999. Retrieved April 17, 2006, from <http://www.vs.gov.bc.ca/stats/indian/hrindian/infmort.html>

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc Saúde Coletiva** 2000; 5:163-77.

Calman KC. Quality of life in cancer patients – an hypothesis. **J Med Ethics** 1984; 10:124-7.

Challis JR, Matthews SG, Van Meir C, Ramirez MM. Current topic: the placental corticotrophin-releasing hormone adrenocorticotrophin axis. **Placenta** 1995; 16:481-502.

Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey (SF – 36)” São Paulo, 1997 [Tese Doutorado – Escola Paulista de Medicina].

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol** 1999; 39:143-50.

Clark DA, Arck PC, Jalali R, Merali FS, Manuel J, Chaouat G, et al. Psycho-neuro-cytokine/endocrine pathways in immunoregulation in pregnancy. **Am J Reprod Immunol** 1996; 35:330-7.

Coslovsky S, Waissman I. As doenças intercorrentes no ciclo grávido-puerperal – Diabete. In: Rezende J. (ed.), **Obstetrícia**. 5^a ed., São Paulo: Guanabara; 1987. p.313-9.

Costa HLFF. Autoimunidade e perda conceptual. Ribeirão Preto, 1994. [Tese - Doutorado - Universidade de São Paulo].

Cote-Arsenault D, Marshall R. One foot in-one foot out: weathering the storm of pregnancy after perinatal loss. **Res Nurs Health** 2000; 23:473-85.

Couto E, Barini R, Zaccaria R, Annichino-Bizzacchi JM, Passini Junior R, Pereira BG, et al. Association of anticardiolipin antibody and C677T in methylene tetrahydrofolate reductase mutation in women with recurrent spontaneous abortions: a new path to thrombophilia? **Sao Paulo Med J** 2005; 123:15-20.

Csapo AI, Pulkkinen MO, Wiest WG. Effects of luteectomy and progesterone replacement therapy in early pregnancy patients. **Am J Obstet Gynecol** 1973; 115:759-65.

Datasus 2004: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2004/c02.htm>, em 29/05/2006

Drescher KM, Monga M, Williams P, Promecene-Cook P, Schneider K. Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. **Am J Obstet Gynecol** 2003; 188:1231-3.

Favarato MEC, Aldrighi JM. A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. **Rev Med Bras** 2001; 47:339-45.

Federenko IS, Wadhwa PD. Women's mental health during pregnancy influences fetal and infant developmental and health outcomes. **CNS Spectr** 2004; 9:198-206.

Fisher J, Stocky A. Maternal perinatal mental health and multiple births: implications for practice. **Twin Res** 2003; 6:506-13.

Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: applications and issues in assessment. **BMJ** 1992; 305:1074-7.

Freitas GVS, Botega NJ. Prevalência de depressão, ansiedade e de ideação suicida em adolescentes grávidas. **Rev Ass Bras Med** 2002; 48:1.

Fretts RC. Etiology and prevention of stillbirth. **Am J Obstet Gynecol** 2005; 193:1923-35.

Gennaro S, Hennessy MD. Psychological and physiological stress: impact on preterm birth. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs** 2003; 32:668-75.

Halbreich U. The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions – the need for interdisciplinary integration. **Am J Obstet Gynecol** 2005; 193:1312-22.

Harger JH, Archer DF, Marchese SG, Muracca-Clements M, Garver KL. Etiology of recurrent pregnancy losses and outcome of subsequent pregnancies. **Obstet Gynecol** 1983; 62:574-81.

Horimoto FC, Ayashe DCG, Souza JA. Uso de escitalopram em paciente com depressão secundária. **Rev Psiq RS** 2004; 26:337-40.

Ibbotson T, Maguirre P, Selby P, Priestman T, Wallace T. Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease. **Eur J Cancer** 1994; 30:37-40.

Jomeen J, Martin CR. The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. **J Psychol Res** 2005; 59:131-8.

Jones GS. Some newer aspects of the management of infertility. **J Am Med Ass** 1949; 141:1123-6.

Jung CG, Campbell J. The portable Jung. A compilation, New York: Penguin Books, 1976.

Kaider AS, Daider BD, Janowicz PB, Roussev RG. Immunodiagnostic evaluation in women with reproductive failure. **Am J Reprod Immunol** 1999; 42:335-46.

Kalantaridou SN, Makrigiannakis A, Zoumakis E, Chrousos GP. Stress and the female reproductive system. **J Reprod Immunol** 2004; 62:61-8.

Kaplan HB. Social psychology of the immune system: a conceptual framework and review of the literature. **Soc Sci Med** 1991; 33:909-23.

Keller S, Ware J, Bentler PM, Aaronson JA, Apolone G, Bjorner JB, et al. Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 health survey in ten countries: results from IQOLA Project. **J Clin Epidemiol** 1998; 51:1179-88.

Kilsztajn S, Rossbach A, Do Carmo MS, Sugahara GT. Prenatal care, low birth weight and prematurity in Sao Paulo State, Brazil, 2000. **Rev Saúde Pública** 2003; 37:303-10.

Klonoff-Cohen H, Chu E, Natarajan L, Sieber W. A prospective study of stress on women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. **Fertil Steril** 2001; 76:675-87.

Knudsen UB, Hansen V, Juul S, Secher NJ. Prognosis of a new pregnancy following previous spontaneous abortions. **Eur J Obstet Reprod Bio** 1991; 39:31-6.

Kwak JYH, Gilman-Sachs A, Moretti M, Beaman KD, Beer AE. Natural killer cell cytotoxicity and paternal lymphocyte immunization in women with recurrent spontaneous abortion. **Am J Reprod Immunol** 1998; 40:352-8.

Leal MD, Szwarcwald CL. Evolution of neonatal mortality in the state of Rio de Janeiro, Brazil. **Cad Saude Publica** 1996; 12:243-52.

Lobel M, Dunkel-Schetter C, Scrimshaw SC. Prenatal maternal stress and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. **Health Psychol** 1992; 11:32-40.

Lopes MAB, Silva MSRM. Óbito fetal. In: Neme B. **Obstetrícia Básica**. 3^a.ed., São Paulo: Sarvier; 2005. p.338-33.

Mancuso RA, Schetter CD, Rini CM, Roesch SC, Hobel, CJ. Maternal prenatal anxiety and corticotropin-releasing hormone associated with timing of delivery. **Psychosom Med** 2004; 66:762-9.

Marques A, Bahamondes L, Aldrighi JM, Petta CA. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. **J Reprod Med** 2004; 49:115-20.

Martius JA, Steck T, Oehler MK, Wulf K-H. Risk factors associated with preterm (< 37+0 weeks) and early preterm birth (< 32+0 weeks): univariate and multivariate analysis of 106 345 singleton births from the 1994 statewide perinatal survey of Bavaria. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol** 1998; 80:183-9.

McKee MD, Cunningham M, Jankowsky KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. **Obstet Gynecol** 2001; 97:988-93.

Mecacci F, Parretti E, Cioni R, Lucchetti R, Magrini A, Latorre P, et al. Thyroid autoimmunity and its association with non-organ-specific antibodies and subclinical alterations of thyroid function in women with a history of pregnancy loss or preeclampsia. **J Reprod Immunol** 2000; 46:39-50.

Mendes KG, Olinto MT, Costa JL. Case-control study on infant mortality in Southern Brazil. **Rev Saude Publica** 2006; 40:240-8.

Milad MP, Klock SC, Moses S, Chatterton R. Stress and anxiety do not result in pregnancy wastage. **Hum Reprod** 1998; 13:2296-300.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc Saúde Coletiva** 2000; 5:7-18.

Moore D. Prepared childbirth and marital satisfaction during the antepartum and postpartum periods. **Nurs Res** 1983; 32:73-9.

Neto JFR, Ferraz M, Draibe CS, Sesso R. Quality of life at the initiation of maintenance dialysis treatment – a comparison between the SF-36 and the KDQ questionnaires. **Q Life Res** 2000; 9:101-7.

Ober C, Karrison T, Odem RR, Barnes RB, Branch DW, Stephenson MD, Baron B, Walker MA, Scott JR, Schreiber JR. Mononuclear-cell immunization in prevention of recurrent miscarriages: a randomized trial. **Lancet** 1999; 31:365-9.

Olsson C, Nilsson-Wikmar. Health-related quality of life and physical ability among pregnant women with and without back pain in late pregnancy. **Acta Obstet Gynecol Scand** 2004; 83:351-7.

Onderoglu L, Saygan Karamursel B, Bulun A, Kale G, Tuncbilek E. Prenatal diagnosis of laryngeal atresia. **Prenat Diagn** 2003; 23:277-80.

Orhan H, Onderoglu L, Yucel A, Sahin G. Circulating biomarkers of oxidative stress in complicated pregnancies. **Arch Gynecol Obstet** 2003; 267:189-95.

Petitti DB. The epidemiology of fetal death. **Clin Obstet Gynecol** 1987; 30:253.

Petraglia F, Florio P, Nappi C, Genazzani AR. Peptide signaling in human placenta and membranes: autocrine, paracrine and endocrine mechanisms. **Endocr Rev** 1996; 17:156-86.

Pritchard JA, McDonald PC, Gant NF. Hypertensive disorders in pregnancy. In: Pritchard JA, McDonald PC, Gant NF (eds.). 17^a ed., Williams Obstetrics. Appleton-Century-Crafts, 1985. p.525-60.

Quartero HW, Noort WA, Fry CH, Keirse MJ. Role of prostaglandins and leukotrienes in the synergistic effect of oxytocin and corticotrophin-releasing hormone on the contraction force in human gestational myometrium.

Prostaglandins 1991; 42:137-50.

Qureshi F, Yang Y, Jaques SM, Johnson MP, Naparstek Y, Ulmansky R, et al. Anti-DNA antibodies cross-reacting with laminin inhibit trophoblast attachment and migration: implications for recurrent pregnancy loss in SLE patients. *Am J Reprod Immunol* 2000;44:136-42.

Relier JP. Influence of maternal stress on fetal behavior and brain development. ***Biol Neonate*** 2001; 79:168-71.

Rocha AD, Okabe I, Martins MEA, Machado PHB, Mello TC. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? ***Ciênc Saúde Coletiva*** 2000; 5:63-81.

Sable MR, Wilkinson DS. Impact of perceived stress, major life events and pregnancy attitudes on low birth weight. ***Fam Plann Perspect*** 2000; 32:288-94.

Santos LP, Pereira BG. Ansiedade e depressão associadas ao diagnóstico de *diabetes mellitus*. ***RBGO*** 2003; 25:535.

SAS Institute Inc. SAS/STAT software change and enhancements through release 8.2. Cary, NC: SAS Institute, Inc. 1999-2001.

Silva-Filho CR, Baracat EC, Conterno L de O, Haidar MA, Ferraz MB. Climacteric symptoms and quality of life: validity of women's health questionnaire. ***Rev Saude Publica*** 2005; 39:333-9.

Smeenk MJ, Verhaak CM, Eugster A, van Minnen A, Zielhuis GA, Braat DDM. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. ***Hum Reprod*** 2001; 16:1420-3.

Smith R. The timing of birth. **Sci Am** 1999; 3:68-75.

Smith EM, Gomm AS, Dickens CM. Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. **Palliat Med** 2003; 17:509-13.

Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Health Qual Life Outcomes** 2003; 1:29.

Spilker B. Guide to clinical trials, New York, Raven Pres, 1991. 1155p.

Stray-Petersen B, Stray-Petersen S. Etiologic factors and subsequent reproductive performance in 195 couples with a prior history of habitual abortion. **Am J Obstet Gynecol** 1984;148:140-6.

Sugiura-Ogasawara M, Furukawa TA, Nakano Y, Hori S, Aoki K, Kitamura T. Depression as a potencial causal factor in subsequent miscarriage in recurrent spontaneous aborters. **Hum Reprod** 2002; 7:2580-4.

Valdez RB. Prepare group practice effects on the utilization of medical services and health outcomes for children: Results from a contolled trial. **Pediatrics** 1989;83:168-80.

Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Garite TJ. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. **Am J Obstet Gynecol** 1993; 169:858-65.

Ware JE. Comments on the use of health status assesment in clinical setting. **Med Care** 1992; 30:205-9.

Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form healthy survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care** 1992; 30:473-83.

Ware JE, Kosinski M, Keller ED. The SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual. Boston. MA. The Health Institute, 1994.

Ware JE Jr. John E. Ware Jr. on health status and quality of life assessment and the next generation of outcomes measurement. Interview by Marcia Stevic and Katie Berry. *J Health Qual* 1999; 21:12-7.

Wilson WA, Gharavi AE, Piette JC. International classification criteria for antiphospholipid syndrome: synopsis of a post-conference workshop held at the Ninth International (Tours) aPL Symposium. *Lupus* 2001; 10:457-60.

World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41:1403-9.

World Health Organization. Reproductive health during conflict and displacement: a guide for programme managers. 2000.
<http://www.who.int/reproductive-health/publications>.

Xavier F, Ferraz M, Bertolucci P. Episódios depressivos, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octagenários. *Rev Bras Psiquiat* 2001;23:62-70.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 96:361-70.

7. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98
(alterada 2005).

8. Anexos

8.1. Anexo 1 – Dados de identificação e sociais

Número no estudo _____

Filhos vivos: _____

Idade: _____ anos

Raça: () branca () não branca

Estado civil: () casada () não casada

Nº gestações _____ Nº partos _____

Idade gestacional: _____

Escolaridade: () alfabetizada
 () primeiro grau completo
 () segundo grau completo
 () superior
 () pós-graduação

Renda familiar: _____ salários mínimos

História obstétrica: () AER () Óbito fetal () Óbito neonatal
 () Prematuridade () Sem má história

8.2. Anexo 2 – Questionário de qualidade de vida SF-36

Short Form Health Survey -SF-36

Instruções: esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de realizar suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Ruim	4
Muito ruim	5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

Muito melhor agora do que um ano atrás	1
Um pouco melhor agora do que um ano atrás	2
Quase a mesma de um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano atrás	4
Muito pior agora do que um ano atrás	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
A . Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos.	1	2	3
B . Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa..	1	2	3
C .Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D .Subir vários lances de escadas.	1	2	3
E .Subir um lance de escada	1	2	3
F .Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G .Andar mais de um quilômetro	1	2	3
H .Andar vários quarteirões	1	2	3
I . Andar um quarteirão	1	2	3
J .Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas quatro semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física?** (circule uma de cada linha)

	Sim	Não
A . A quantidade de tempo que você levava para fazer seu trabalho ou outras atividades diminuiu?	1	2
B . Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
C .Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D . Teve difficuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule uma de cada linha)

	Sim	Não
A . A quantidade de tempo que você levava para fazer seu trabalho ou a outras atividades diminuiu?	1	2
B . Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C . Não trabalhou ou não fez qualquer atividade com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas quatro semanas**, de que maneira sua saúde física, ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo? (circule uma)

De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as **últimas quatro semanas?** (circule uma)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Muito grave	5

8. Durante as **últimas quatro semanas**, quanto a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora como dentro de casa)?
(circule uma)

De maneira alguma	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

9. Estas questões são sobre como você se sente, e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas quatro semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas quatro semanas.
(circule um número para cada linha)

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Um boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A . Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B . Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C . Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D . Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
E . Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F . Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G . Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H . Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I . Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as **últimas quatro semanas**, quanto de seu tempo a sua **saúde física ou problemas emocionais** interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?
(circule uma)

Todo o tempo	1
A maior parte do tempo	2
Alguma parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhuma parte do tempo	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?
(circule um número para cada linha)

	Definitiva- mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitiva- mente falsa.
A .Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
B .Eu estou tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço.	1	2	3	4	5
C .Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
D .Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

8.3. Anexo 3 – Valores e cálculos do SF-36

Questão	Pontuação
01	1=>5.0 2=>4.4 3=>3.4 4=>2.0 5=>1.0
02	Soma normal
03	Soma normal
04	Soma normal
05	Soma normal
06	1=>5 2=>4 3=>3 4=>2 5=>1
07	1=>6 2=>5.4 3=>4.2 4=>3.1 5=.2.2 6=>1
08	Se 8=>1 e 7=>1 =====>>>>>6 Se 8=>1 e 7=> 2 a 6 =====>>>>>5 Se 8=>2 e 7=> 2 a 6 =====>>>>>4 Se 8=>3 e 7=> 2 a 6 =====>>>>>3 Se 8=>4 e 7=> 2 a 6 =====>>>>>2 Se 8=>5 e 7=>2 a 6 =====>>>>>1 Se a questão 7 não foi respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: 1=>6.0 2=>4.75 3=>3.5 4=>2.25 5=>1.0
09	a,d,e,h, = valores contrários (1=6 2=5 3=3 4=3 5=2 6=1) vitalidade = a+e+g+i Saúde Mental = b+c+d+f+h
10	Soma normal
11	a, c = valores normais b,d = valores contrários (1=5 2=4 3=3 4=2 5=1)

Cálculo do raw scale (0 a 100).

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10.30	20
Aspectos físicos	4 (a+b+c+d)	4.8	4
Dor	7+8	2.12	10
Estado geral da saúde	1+11	5.25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4.24	20
Aspectos sociais	6+10	2.10	8
Aspectos emocionais	5 (a+b+c)	3.6	3
Saúde mental	9 (b+c+d+f+h)	5.30	25

Raw Scale:

Ex: Item =
$$\frac{(\text{valor obtido} - \text{valor mais baixo}) \times 100}{\text{Variação}}$$

Ex: Capacidade funcional=21
 Valor mais baixo = 10
 Variação = 20

$$\frac{21 - 10 \times 100}{20} = 55$$

Obs: a questão número 2 não entra no cálculo dos domínios.

Dados perdidos: Se responder mais de 50% = substituir o valor pela média.

8.4. Anexo 4 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)

Número no estudo: _____

Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na **última semana**

A Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A Eu ainda sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

A Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () De vez em quando
- 3 () Nunca

A Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como eu devia
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos que antes
- 2 () Bem menos que antes
- 3 () Quase nunca

A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

3 () A quase todo momento

2 () Várias vezes

1 () De vez em quando

0 () Não sinto isso

D Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:

0 () Quase sempre

1 () Várias vezes

2 () Poucas vezes

3 () Quase nunca

A - D ()

8.5. Anexo 5 – Tabelas

TABELA 5

Distribuição das características pessoais nos grupos estudados (%)

Característica	Grupo 1 (%)	Grupo 2 (%)	p
Casadas	74	71	0,63
Branças	61	59	0,77
Escolaridade ≥ 4 anos	81	90	0,07
Total (n)	120	120	

TABELA 6

Idade, número de gestações e partos das mulheres avaliadas

Variável	Grupo 1		Grupo 2		p*
	Média	DP	Média	DP	
Idade	30,3	5,9	27,6	5,9	< 0,0001
Gestações	3,7	1,6	1,4	0,6	< 0,0001
Partos	1,2	1,0	0,4	0,7	< 0,0001

* teste t de Student

TABELA 7

Distribuição dos antecedentes de má história obstétrica das mulheres do Grupo 1

Antecedente	(n)	%
Prematuridade	49	40,8
Aborto espontâneo recorrente	46	38,3
Óbito fetal	14	11,7
Óbito neonatal	11	9,2
Total	120	100,0

TABELA 8

Distribuição do número de filhos vivos das mulheres do Grupo 1, fator de pareamento com as mulheres do Grupo 2

Filhos vivos	(n)	%
0	78	65,0
1	36	30,0
2	4	3,3
3	2	1,7

TABELA 9

Coefficiente de correlação de Pearson para os domínios do SF-36, ansiedade e depressão

	Ansiedade		Depressão	
	r	p-valor do r	r	p-valor do r
Capacidade funcional	-0.434	<0.0001	-0.304	<0.0001
Aspectos físicos	-0.286	<0.0001	-0.222	0.0005
Dor	-0.475	<0.0001	-0.358	<0.0001
Estado geral da saúde	-0.502	<0.0001	-0.547	<0.0001
Vitalidade	-0.588	<0.0001	-0.511	<0.0001
Aspectos da vida social	-0.458	<0.0001	-0.335	<0.0001
Aspectos emocionais	-0.442	<0.0001	-0.448	<0.0001
Saúde mental	-0.705	<0.0001	-0.640	<0.0001

8.6. Anexo 6 – Envio para o periódico JOGNN

Dear Evelyn Couto,

Thank you for submitting your manuscript entitled "Impact of bad obstetric history on the quality of life during pregnancy" to JOGNN. For future reference, your manuscript has been assigned the following number: J06-60 and is now being circulated among members of the Editorial Board. Reviewer commentaries will be forwarded to you as soon as possible, usually within six to eight weeks.

Please note that, according to your Copyright agreement with JOGNN, your manuscript, any part of your manuscript, and any research results may not have been previously published and may not be concurrently submitted to another publication or released through any media prior to publication in JOGNN.

You will be able to check on the progress of your manuscript by logging on to Editorial Manager as an author at <http://jognn.edmgr.com/>.

Your user name is: Egle Couto

Your password is: couto3283

Thank you for submitting your work to JOGNN.

Kind regards,

Angela Hartley

Managing Editor

Submissions Being Processed for Author Egle Couto, Ph.D.

Page: 1 of 1 (1 total
submissions)

Display 10 results per
page.

Action	Manuscript	Title	Initial Date	Status	Current
	Number		Submitted	Date	Status
View Submission	J06-60	Impact of bad obstetric history on the quality of life during pregnancy	05/18/2006	05/30/2006	Under Review

Page: 1 of 1 (1 total
submissions)

Display 10 results per
page.

8.7. Anexo 7 – Normas do periódico JOGNN

Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing

Clinical Scholarship for the Care of Women, Childbearing Families, & Newborns

The official journal of AWHONN

Edited by:

Nancy K. Lowe & Margaret H. Kearney

Print ISSN: 0884-2175

Online ISSN: 1552-6909

Frequency: Bi-monthly

Current Volume: 35 / 2006

ISI Journal Citation Reports® Ranking: 2004: 48/59 (Obstetrics & Gynecology)

Impact Factor: 0.529

Author guidelines

<http://www.blackwellpublishing.com/pdf/JOGNN-A-G-11-05.pdf>

The *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* (JOGNN) is the official journal of the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). A peer-reviewed journal, JOGNN reflects practice, research, policies, opinions, and trends in the care of women, childbearing families, and newborns. JOGNN presents the clinical scholarship that is the driving force behind nursing practice. Queries may be addressed to Nancy K.

Lowe, CNM, PhD, FACNM, FAAN, Editor, JOGNN, Oregon Health & Science University, School of Nursing, 3181 SW Sam Jackson Park, SN-5S, Portland, OR 97201. For additional information about JOGNN go to <http://jognn.awhonn.org> or email JOGNN@awhonn.org.

JOGNN authors must submit their manuscripts via the Internet at <http://jognn.edmgr.com> (Editorial Manager). Detailed instructions for first-time users are available on the Editorial Manager Web site. Once a manuscript is submitted in Editorial Manager, the corresponding author will be notified by e-mail.

For more information, call the editorial office, 202-261-2438.

The editor welcomes manuscripts in the following categories:

Principles & Practice - analysis of innovations and trends in clinical practice, care delivery systems, educational programs, and public policy.

Research - results of studies that identify specific implications for nursing practice.

Thoughts & Opinions - brief, critical commentaries on professional issues or societal trends.

Case Reports - new information through case reviews of nursing care. Authors must provide written consent from the participant when clinical descriptions make identification possible.

In Review - integrated literature reviews, including specific suggestions for practice, policy, or research. Authors should arrange sections of the review article in logical rather than chronological order.

Letters to the Editor - points of current interest or comments on an article published in the journal. The editor reserves the right to accept, reject, or excerpt letters.

Clinical Issues:

Clinical Issues is a department within JOGNN that provides in-depth treatment of current topics. Invited guest editors solicit manuscripts for review. Queries may be addressed to Margaret H. Kearney, RNC, PhD, FAAN, Associate Editor, JOGNN, University of Rochester, School of Nursing, 601 Elmwood Ave., Box SON, Rochester, NY 14642-8404.

Requirements for Submissions:

1. Manuscripts must not have been published previously and must not be under consideration by another publication. The editor will consider publishing a complete report following the publication of preliminary findings (e.g., in an abstract) or presentations. Include information on previous or duplicate publication or submission of any part of the work to another publication.

2. All authors must sign a copyright transfer

(<http://www.blackwellpublishing.com/pdf/CTFL-JOGNN.pdf>) that accompanies the submission. The ***original hard copy*** of this form should be sent to Managing Editor, Angela Hartley, 308 New York Avenue, Salisbury, MD 21801.

3. The authors must disclose any commercial interest they have in the subject of their study as well as the source of any financial or material support.

4. A copy of institutional review board (IRB) approval (or a letter from the IRB chair stating that approval for the study is not required) is required for any original research article published in JOGNN.

Preparation for all Manuscripts:

Double-space all the pages, including the title page, abstract, text, acknowledgments, references, tables, and legends. Use 12-point type on one side of the paper only. Use uniform margins of 1½ in. (4 cm) at the top, bottom, right, and left. Do not right justify lines. Do not divide words at the end of a line.

Number pages consecutively. Include a running head, a shortened version of the title with 50 characters or fewer, at the top of each page to identify the manuscript. The running head must not contain any author names or initials. In the left margin, number each line of text.

The average article in JOGNN must be 12 to 16 manuscript pages, plus references, tables, illustrations, and callouts. Only In Review articles can be longer than 16 pages.

Refer to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (APA), fifth edition, for grammar, punctuation, and style; *Webster's Eleventh Collegiate Dictionary* for spelling of nontechnical words; *Dorland's Illustrated Medical Dictionary* for spelling of medical terms; and Haller and Holditch-Davis (2000) for guidelines on statistical reporting. In general, it is not necessary to specify the statistical package used to analyze research data. Use generic names of

all drugs and products. Report physical measures in SI (International System of Units) units. For examples of conversion to SI equivalents, refer to the APA manual.

Title:

Limit the title to 10 to 15 words. Ensure that the title summarizes the main idea of the paper; is fully explanatory standing alone; and avoids the use of the words *method, results, a study, and an experimental investigation*. See Ryan-Wenger (1992) for guidelines regarding the titling of research reports.

Keywords:

Submit 3-10 keywords with the abstract for use in indexing the article.

Abstract:

Abstracts for Principles & Practice, Thoughts & Opinions, Case Reports, and Clinical Issues Articles. Enclose an abstract of no more than 75 words (in paragraph form). The abstract should be factual, not descriptive, giving the main points of the paper. Instead of saying what will be described, describe it.

Abstracts for Research Articles. Enclose an abstract of no more than 200 words, using the following headings:

- Objective
- Design
- Setting
- Patients/Participants
- Interventions
- Main Outcome Measure(s)

- Results
- Conclusion

See Haynes, Mulrow, Huth, Altman, and Gardner (1990) for more information on abstracts.

Abstracts for In Review Articles. Enclose an abstract of no more than 200 words, using the following headings:

- Objective
- Data Sources
- Study Selection
- Data Extraction
- Data Synthesis
- Conclusions

Refer to Haynes et al. (1990) for more information.

Callouts:

Callouts highlight a major premise or conclusion of an article. The author may use direct quotes from the manuscript or write new sentences. Provide three callouts of not more than 25 words each. Indicate in the manuscript approximately where each callout should appear in the published article. Avoid repeating text found in the abstract or the first page of the article. Callouts for research articles, which may be used at the discretion of the publisher, should identify the problem the study addresses, identify the primary conclusions of the study, identify the

major implication for nursing practice, or identify factors that contribute to the conclusions of the study. Callouts for all other articles should describe the major reason for addressing the topic of the article, identify primary conclusion, and identify the major implication for nursing practice.

References:

Cite current primary sources only. Use references prudently. Cite references in the text in the style outlined in the *Publication Manual of the American Psychological Association*, fifth edition. The reference list also should be formatted in APA style. Identify sources of quotations and all other borrowed materials. Long quotations, figures, tables, or photographs from previously published sources must be accompanied by the written permission of the copyright holder. This includes any table or figure that replicates 50% or more of another table or figure.

Authors must include documentation indicating print and electronic permissions with the submitted manuscript. For complete permissions guidelines, refer to <http://www.blackwellpublishing.com/permis.asp?ref=0884-2175>

Tables:

Do not include more than six tables. Submit only actual tabular material in table form. Simple lists should be incorporated into the text. Type each table on a separate page with its own title. Number tables consecutively with Arabic numerals and cite in numeric order in the text. Number pages with tables following the reference list. The author must obtain written permission to include a previously published table with the article (see "References" above for more

information). Each previously published table must carry a credit line stating the original source.

Artwork:

Submit camera-ready artwork.

Figures, graphs, and illustrations. Figures, graphs, and illustrations should be produced on a high-quality laser printer; glossy black and white photographs should be submitted unmounted. Each figure, graph, or illustration should be on a separate page with its own title. Number figures consecutively with Arabic numerals, and cite each figure in numeric order in the text. Number pages with figures following the reference page(s) and table page(s). Follow APA style when labeling tables, figures, and photographs. Keep all explanatory material and legends in the captions beneath the figure, graph, or illustration to which they pertain. The author must obtain subjects' written permission to publish their photographs in JOGNN.

Manuscript Checklist:

___ Title page has title, name(s) of author(s), and a running head at the top of the page. This is a separate page, numbered page 1. The running head does not include author names or initials.

___ Author identification notes (separate page, numbered page 2). Notes include name, credentials, title, place of employment or organizational affiliation, city, and state.

___ Acknowledgments (include on page 2). Significant non-author contributions to the work, including funding sources for research, may be included in not more than 25 words.

___ Abstract and keywords (separate page, numbered page 3).

___ Three callouts (separate page, numbered page 4).

___ Text (separate page, numbered page 5). Each line of text is numbered in the left margin.

___ References (begin on a new page).

___ Tables (each on a separate page).

___ Figures (each on a separate page).

Submission Checklist:

___ Cover letter includes (a) the name, address, telephone number, and fax number of the author who will be responsible for correspondence regarding the manuscript; (b) a statement that all authors have seen and approved the manuscript; (c) additional information that may be helpful to the editor, such as the type of article the manuscript represents in JOGNN; (d) information on previous or duplicate publication or submission of any part of the work to another publication.

___ Copyright transfer signed by all authors, submitted as a hard copy to the editorial office.

___ Letters of permission to reproduce any copyrighted material that appears in the manuscript.

___ One quality copy of the manuscript, including all tables and figures, if submitting hard copy.

The editorial staff will return unread manuscripts that arrive without a signed copyright transfer agreement or numbered lines and manuscripts that have author names or initials in the running heads.

References

- Haller, K. B., & Holditch-Davis, D. (2000). Guidelines for statistical reporting. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 29, 121.
- Haynes, R. B., Mulrow, C. D., Huth, E. J., Altman, D. G., & Gardner, M. J. (1990). More information abstracts revisited. *Annals of Internal Medicine*, 113, 69-76.
- Ryan-Wenger, N. M. (1992). Guidelines for critique of a research report. *Heart & Lung*, 21, 394-401.

8.8. Anexo 8 – Consentimento pós-informação

“MÁ HISTÓRIA OBSTÉTRICA E QUALIDADE DE VIDA”

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, aceito colaborar com um trabalho que está sendo realizado na Divisão de Obstetrícia do CAISM. Para isso, sei que serão aplicados dois questionários, sendo um relacionado à qualidade de vida e outro relacionado à ansiedade e depressão durante meu segundo trimestre de gravidez. Tais procedimentos não vão prejudicar minha saúde, meu tratamento, nem mesmo me causar nenhum dano material, físico ou moral.

Fui informada de que não terei benefício imediato com este trabalho, mas que posso ajudar a avaliar a saúde geral de gestantes com riscos gestacionais e sem eles. Está claro para mim que poderei desistir de participar do trabalho a qualquer hora, e que isto não vai prejudicar o meu atendimento.

Campinas, _____ de _____ de 2005.

Assinatura da paciente

Nome legível e assinatura do pesquisador

Número no estudo: _____

8.9. Anexo 9 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP

☎ (0 19) 3788-8936

FAX (0 19) 3788-8925

✉ www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

☐ cep@fcm.unicamp.br

CEP: 24/05/05
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 116/2005

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO “QUALIDADE DE VIDA EM GESTANTES E HISTÓRIA OBSTÉTRICA”
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Evelyn Regina Couto
INSTITUIÇÃO: CAISM/UNICAMP
APRESENTAÇÃO AO CEP: //2005
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 19/04/06

II - OBJETIVOS

Comparar a qualidade de vida entre gestantes com má história obstétrica e gestantes sem estes antecedentes, avaliando a saúde geral, saúde física, atividade da vida diária, dor, vitalidade, função social, saúde emocional e mental. O trabalho acena com a possibilidade de futura melhora da assistência a gestantes com riscos obstétricos a partir da detecção dos fatores capazes de interferir na qualidade de vida das gestantes.

III - SUMÁRIO

Trata-se de um projeto de doutorado estruturado na forma de um estudo de caso-controle com 80 mulheres atendidas no Pré-Natal Especializado do CAISM/UNICAMP que apresentem um ou mais dos seguintes antecedentes: aborto recorrente, óbito fetal, prematuridade e óbito neonatal precoce, com idade gestacional entre 14 e 28 semanas. Haverá um grupo controle de 80 gestantes sem estes antecedentes.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

As mulheres responderão a um questionário de qualidade de vida e escala de medida de ansiedade, serão excluídas as mulheres menores de 15 anos ou maiores de 40 anos, aquelas que tiverem gestação multifetal, polidrâmnio e obesidade mórbida. O projeto está claro e detalhado. Recomendação: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido precisa ser melhorado: incluir o número de telefone do CEP, da pesquisadora e incluir um parágrafo reiterando o compromisso com o sigilo quanto à identidade das participantes.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1 f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2 d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1 z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2 e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 24 de maio de 2005.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP