



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

FABIANA PINHEIRO RAMOS

**Uma proposta de análise do *coping* no contexto de grupo de mães
de bebês prematuros e com baixo peso na Unidade de Terapia
Intensiva Neonatal.**

Vitória, ES

2012

FABIANA PINHEIRO RAMOS

Uma proposta de análise do *coping* no contexto de grupo de mães de bebês prematuros e com baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo.

Coorientadora: Professora Doutora Kely Maria Pereira de Paula.

Vitória, ES

2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

R175p Ramos, Fabiana Pinheiro, 1975-
Uma proposta de análise do *coping* no contexto de grupo de mães de bebês prematuros e com baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal / Fabiana Pinheiro Ramos. – 2012. 349 f. : il.

Orientadora: Sônia Regina Fiorim Enumo.

Coorientadora: Kely Maria Pereira de Paula.

Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Prematuros. 2. Baixo peso ao nascer. 3. Psicologia clínica de grupo. 4. Ajustamento (Psicologia). I. Enumo, Sônia Regina Fiorim, 1954-. II. Paula, Kely Maria Pereira de, 1967-. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. IV. Título.

CDU: 159.9

Nome: Fabiana Pinheiro Ramos

Título: Uma proposta de análise do *coping* no contexto de grupo de mães de bebês prematuros e com baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em 31/08/2012.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo

Instituição: UFES (Orientadora)

Assinatura: _____

Professora Doutora Maria Aparecida Crepaldi

Instituição: UFSC

Assinatura: _____

Professora Doutora Gimol Benzaquen Perosa

Instituição: UNESP - Botucatu

Assinatura: _____

Professor Doutor Paulo Rogério Meira Menandro

Instituição: UFES

Assinatura: _____

Professora Doutora Alessandra Brunoro Motta-Loss

Instituição: UFES

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha família, por acompanhar e apoiar, com paciência, durante os quatro anos de doutorado, as consequências da minha escolha.

A todas as mães e familiares de bebês internados em UTIN que enfrentam todos os dias essa dura realidade.

AGRADECIMENTOS

Foram muitos os que contribuíram para a realização deste trabalho. Certamente, apenas citar o nome de cada um é muito pouco para expressar minha gratidão. Que nestas linhas, além de se sentirem representados, vocês possam receber meu abraço carinhoso e meu afeto por me ajudarem a me tornar uma pessoa melhor com as experiências que compartilhamos ao longo desses quatro anos, e com o aprendizado que construímos juntos. Mais do que profissionais que respeito, vocês são pessoas que admiro e que quero muito bem.

À minha orientadora, Professora Doutora **Sônia Regina Fiorim Enumo**, pela acolhida e confiança depositada em minhas ideias e em meu trabalho e pela orientação fundamental em todas as etapas do processo. Agradeço também pela oportunidade enriquecedora de participar de um grupo de pesquisa de tamanha consistência e qualidade. Sinto-me honrada por fazer parte desse grupo. Além de uma oportunidade ímpar, é também uma grande responsabilidade!

À Professora Doutora **Kely Maria Pereira de Paula**, coorientadora, pelas contribuições relevantes em todos os momentos do trabalho e principalmente pela clareza das ponderações e serenidade nos direcionamentos. Muito obrigada também pela paciência em debater as ideias e propor alternativas, e pelo respeito com que sempre me tratou.

Às, hoje, Psicólogas **Luiza Geaquinto Machado** e **Simone Bahiense**, pelo auxílio na coleta de dados ainda como alunas de graduação, enfrentando o calorão de janeiro, todas as tardes, para ir ao hospital. O crescimento e o sucesso profissional de vocês, com certeza, é fruto da dedicação e empenho de cada uma; sinto-me orgulhosa de ter contribuído de

alguma maneira com a trajetória de vocês como professora na graduação da Universidade de Vila Velha (UVV), e também no doutorado.

À **Maria Luiza Guidoni Macedo**, minha ex-aluna da UVV e ex-bolsista de Apoio Técnico do CNPq/MCT no nosso grupo de pesquisa, pelo auxílio durante a coleta de dados no hospital e em todas as outras etapas da pesquisa das quais participou, sem falar dos resumos e apresentações de trabalhos nos congressos. Fico feliz por ver seu crescimento pessoal e profissional!

À **Schwanny Roberta Costa Rambalducci Mofati Vicente**, cuja grandeza do nome nem se compara à grandeza do coração. Esteve presente do começo ao fim, em todas as etapas da pesquisa, sendo meu braço direito e, muitas vezes, o esquerdo também... sempre disposta a fazer mais uma planilha, transcrever mais uma entrevista, digitar mais um arquivo. Nem tenho palavras para agradecer tudo que fez por mim ao longo de todo o doutorado. Minha eterna gratidão a quem admiro e que quero como a uma filha! Sucesso no seu Mestrado e conte sempre comigo.

Às alunas de graduação da UFES, **Amanda Eduardo Assis Nicolato** e **Lorena Marques Freguete** pelo auxílio na revisão de literatura na reta final do trabalho.

A todas as colegas do grupo de pesquisa, **Alessandra B. Motta-Loss**, **Christyne G. T. de Oliveira**, **Cláudia P. Roseiro**, **Daniele S. Garioli**, **Érika S. Ferrão**, **Flávia A. Turrini**, **Grace R. F. Lorencini**, **Kelly A. Silveira**, **Lívia L. Ribeiro**, **Odoísa A. Queiroz**, **Paula C. P. Hostert**, **Sandra W. Martins** e **Tatiane L. Dias** pelas ideias compartilhadas e também pelas muitas risadas que demos juntas!

À Professora Doutora **Ana Cristina Barros da Cunha**, pela abertura em replicar a pesquisa na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E às

psicólogas, **Ana Paula A. S. Medeiros**, **Cristiane T. Rocha** e **Luciana F. Monteiro**, e aos alunos de graduação **Anderson M. Rodrigues** e **Camila S. Pereira** pelo auxílio na coleta e análise dos dados da UFRJ.

Aos estatísticos, Professor Mestre **Romildo da Rocha Azevedo Júnior** e **Fabiano José Pereira de Oliveira**, pelo auxílio nas análises dos dados.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, em especial à Professora Doutora **Zeidi Araujo Trindade** e à Professora Doutora **Maria Cristina Smith Menandro**, pelas várias contribuições ao trabalho nas discussões das disciplinas e nos encontros de corredor. E também pelo incentivo ao doutorado sanduíche. Valeu a tentativa!

Ao Professor Doutor **Paulo Rogério Meira Menandro**, meu orientador de Mestrado, que tem minha admiração e respeito, e à Professora Doutora **Alessandra Brunoro Motta-Loss**, pelas contribuições na Banca de Qualificação da Tese.

À Professora Doutora **Sibelle Maria Martins de Barros**, por todas as discussões e ideias compartilhadas sobre o enfrentamento das mães de bebês internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

À Senhora **Maria Lúcia Fajóli**, secretária da Pós-Graduação em Psicologia, pelo seu trabalho responsável e sorriso com que sempre nos recebe.

A toda equipe de profissionais do Hospital Doutor Dório Silva (HDDS), em especial à Dra. **Sandra Willéia Martins**, neonatologista da UTIN e à Dra. **Pasqualina Magliano**, Médica-Chefe do Ambulatório de Neurologia, que abriram as portas do hospital para esta pesquisa.

À **Fábia Maria Nascimento Pereira**, Enfermeira-Chefe da UTIN do HDDS na época da coleta de dados, por todo o apoio destinado à equipe de pesquisa; e à **Viviane Corrêa**

Junquillo, Psicóloga da Maternidade, por ter gentilmente nos cedido o espaço para a realização da pesquisa.

A todas as mães participantes da pesquisa agradeço a disponibilidade de compartilharem suas vivências em um momento tão difícil.

Agradeço especialmente ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de estudos que possibilitou a realização deste trabalho e pelo auxílio à pesquisa (Processos nº 485564/2006-8 e nº 481483/2009-8).

A meus pais, por todo o auxílio nesse período, especialmente em relação aos cuidados da minha filha para que eu pudesse me dedicar ao doutorado.

Ao meu marido, cuja dedicação e amor excedem qualquer possibilidade de agradecimento e à minha Maluzinha por encher meu universo de alegria!

E a Deus por tudo, pois, como diz a canção: “De tudo que sou, de toda a minha vida, de todos meus caminhos, és Senhor!”

“It is possible to imagine that giving individuals the tools of ‘good’ coping is like giving people the power to influence their own development.”

Ellen A. Skinner (1998, p. 364).

“Estou muito mais confiante e esperançosa, e pronta para novos obstáculos. Com a ajuda do grupo, saí mais forte e com muito mais fé.”

Mãe participante da pesquisa.

RESUMO

Ramos, Fabiana Pinheiro (2012). Uma proposta de análise do *coping* no contexto de grupo de mães de bebês prematuros e com baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES. 349 pp.

A Teoria Motivacional do *Coping* define o enfrentamento como o processo de autorregulação do comportamento, da emoção e da orientação motivacional em condições de estresse psicológico, com o objetivo de manter, restaurar ou reparar necessidades psicológicas básicas de relacionamento, competência e autonomia. Os estressores podem ser percebidos como ameaça ou desafio e seu enfrentamento é analisado em 12 “famílias”, que representam o nível mais alto da estrutura hierárquica do *coping*, segundo seu desfecho adaptativo: (a) positivo - *autoconfiança, busca de suporte, resolução de problemas, busca de informações, acomodação e negociação*; e (b) negativo - *delegação, isolamento, desamparo, fuga, submissão e oposição*. Aplicou-se esta abordagem na análise do *coping* da hospitalização do bebê internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) por prematuridade e/ou baixo peso (PT-BP), no contexto de Grupo de Mães (GM), em uma maternidade pública. As participantes foram abordadas no próprio hospital e, após a explicação dos procedimentos da pesquisa, deram seu consentimento por escrito. Foram coletadas as variáveis neonatais na Ficha do Bebê e as 25 mães compuseram uma amostra de conveniência, e preencheram: (a) Protocolo de Registro de Dados Gerais; (b) Critério de Classificação Econômica Brasil; (c) Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP); e (d) Questionário Momento da Notícia. Depois, as mães participaram de um dos 7 GM (2-7 participantes), com metodologia breve e estruturada e composto por: Sessão 1 - Características do bebê e da UTIN - com um Questionário de Avaliação da Intervenção (QUAI); e Sessão 2 - Desenvolvimento infantil e cuidados após a alta hospitalar – com Livro de Apoio à Intervenção, QUA I, um Inventário de Satisfação do Usuário e uma entrevista individual sobre o enfrentamento. Três observadores treinados preencheram: (a)

Protocolo de Registro de Sessão; (b) Protocolo de Avaliação do Comportamento Verbal e Não Verbal das Mães em Situação de Grupo; e (c) Instrumento de Observação do Padrão de Interação do Mediador em Situação de Grupo. No seguimento, após a alta hospitalar, as mães foram entrevistadas e preencheram a Escala de Eventos Vitais e a EMEP. A análise do processo de enfrentamento mostrou que o momento da notícia da hospitalização e a primeira visita à UTIN causaram grande impacto emocional, com reações de tristeza, preocupação, medo e surpresa, compartilhadas pelos pais. As estratégias de enfrentamento mais utilizadas durante a hospitalização pertenciam às famílias de *coping autoconfiança*, *negociação*, *acomodação* (mediadas principalmente por crenças religiosas) e *busca de suporte* (sobretudo do marido/companheiro), percebendo-se a situação como desafio e fonte de amadurecimento pessoal; mas ocorreram também estratégias menos adaptativas como a *delegação*. Houve correlações significativas entre: (a) nível socioeconômico mais alto e uso de estratégias relacionadas à *necessidade de relacionamento*; (b) mães múltiparas e *desamparo*, *fuga* e *oposição* e estratégias de enfrentamento agrupadas como *percepção de ameaça*; (c) mães que não trabalhavam fora de casa e *autoconfiança*; e (d) maior número de dias de internação do bebê e menor *delegação*. Após a alta hospitalar, a maioria não relatou ter dificuldades com os bebês, apresentando maiores médias de *negociação*, *autoconfiança*, *acomodação* e *busca de suporte* além de redução significativa de *delegação*. Duas mães enfrentaram diferentemente a perda dos filhos: com *autoconfiança* e *resolução de problemas*, e outra com *negociação* e *autoconfiança*; mas ambas apoiando-se na religião. Os GM tiveram boa adesão e avaliação positiva devido à aprendizagem, ao suporte psicológico oferecido e à troca de experiências entre as mães, que relataram sentir-se melhor após as sessões. A mediadora do GM seguiu os critérios para a promoção do *coping*, especialmente no *fornecimento de estrutura* (contexto previsível, contingente e consistente). Os dados sugerem que o GM ajudou a promover o *coping* dessas mães ao alterar sua percepção de controle e de suporte social, e aumentar a satisfação de suas necessidades de competência e de relacionamento. Esta pesquisa apresentou a viabilidade do sistema de 12 famílias de *coping* para a análise do enfrentamento em adultos, forneceu contribuições teórico-metodológicas ao estudo do *coping*, e ampliou o conhecimento sobre o tema central ao identificar e analisar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães na relação com o estressor - hospitalização do bebê PT-BP em UTIN – em vários momentos, mapeando o processo de

enfrentamento dessas mães. Além disso, mostrou a importância de intervenções breves em Psicologia Pediátrica, capazes de promover o enfrentamento. Espera-se que as melhorias no processo de enfrentamento geradas pela participação das mães nesta pesquisa possam ter tido, no longo prazo, resultados positivos na sua saúde física e mental, e, cumulativamente, no curso do desenvolvimento de seus bebês.

Palavras-chave: 1) Enfrentamento; 2) *Coping*; 3) Intervenção Psicológica; 4) Nascimento prematuro; 5) Grupos de apoio.

Área(s) de conhecimento: 70710007 Tratamento e Prevenção Psicológica.

ABSTRACT

Ramos, Fabiana Pinheiro (2012). *A proposed analysis of coping in the context of a group of mothers of preterm and low birth weight newborns in the Neonatal Intensive Care Unit*. Doctoral Dissertation. Psychology Graduate Program, Center for Human and Natural Sciences, Federal University of Espírito Santo, Vitória, ES. 349 p.

The Motivational Theory of Coping defines coping as the process of self-regulation of behavior, emotion and motivational orientation in conditions of psychological stress, in order to maintain, restore or repair basic psychological needs of relatedness, competence and autonomy. Stressors may be perceived as a threat or challenge and coping is parsed into 12 "families", which represent the highest level of the hierarchical structure of coping, according to its adaptive outcome: (a) positive - *self-reliance, support seeking, problem solving, information seeking, accommodation and negotiation*; and (b) negative - *delegation, isolation, helplessness, escape, submission and opposition*. This approach was applied in the analysis of coping of the hospitalization of a newborn admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) for preterm birth and/or low birth weight (PT-LW) in the context of a Group of Mothers (GM) in a public hospital. The participants were approached in the hospital and, after the research procedures explanation, they gave their written consent. Neonatal variables were collected on the Baby Form and 25 mothers comprised a convenience sample, and filled: (a) General Data Registration Protocol; (b) Brazil Criterion of Economic Classification; (c) The Ways of Coping Checklist (Brazilian version - EMEP); and (d) The Moment of the News Questionnaire. Then, they participated in one of the seven GM (2-7 participants), with brief and structured methodology and comprising: Session 1 - Characteristics of the baby and the NICU - with a Intervention Assessment Questionnaire (IAQ); and Session 2 - Child development and care following hospital discharge - with Book of Support to Intervention, IAQ, a User Satisfaction Inventory and an individual interview about coping. Three trained observers filled in: (a) Session Registration Protocol; (b) Protocol for Evaluation of Verbal and Nonverbal Behavior of Mothers in a Group Situation; and (c) Observation Instrument of the

Mediator's Interaction Pattern in a Group Situation. During follow up after hospital discharge, mothers were interviewed and completed the Vital Events Scale and EMEP. The analyses of the coping process showed that the moment of the news of hospitalization and the first visit to the NICU caused great emotional impact, with reactions of sadness, worry, fear and surprise, shared by the parents. The coping strategies most frequently used during hospitalization belonged to families of coping *self-reliance*, *negotiation* and *accommodation* (mediated primarily by religious belief) and *support seeking* (especially from husband/partner), perceiving the situation as a challenge and source of personal growth; but less adaptive strategies, such as *delegation*, also occurred. There were significant correlations between: (a) higher socioeconomic level and use of strategies related to the need for *relatedness*, (b) multiparous mothers and *helplessness*, *escape* and *opposition* and coping strategies grouped as *perception of threat*, (c) mothers who were not working out of home and *self-reliance*, and (d) greatest number of days of baby's hospitalization and less *delegation*. After hospital discharge, most did not report having difficulties with the babies, presenting higher average of *negotiation*, *self-reliance*, *accommodation* and *seeking support* and a significant reduction of *delegation*. Two mothers faced the loss of their children differently: with *self-reliance* and *problem solving*, and the other with *negotiation* and *self-reliance*, but both of them relied on religion. The GM had good adherence and positive evaluation due to learning, psychological support offered and exchange of experiences among mothers who reported feeling better after the sessions. The mediator of the GM followed the criteria for promoting coping, especially in *providing structure* (a predictable, consistent and contingent context). The data suggest that GM has helped promote the coping of these mothers when changing their perception of control and social support, and enhancing the satisfaction of their needs for competence and relatedness. This research presented the workability of the 12 families of coping system for the analysis of coping in adults, provided theoretical and methodological contributions to the study of coping, and broadened knowledge about the central theme by identifying and analyzing the coping strategies used by mothers in relation to the stressor – hospitalization in the NICU of PT–LW newborn's – on several occasions, mapping the process of coping with these mothers. Additionally, it has shown the importance of brief interventions in Pediatric Psychology, enabling coping promotion. It is expected that improvements in the coping process generated by the participation of the mothers in this

research may have had, in the long term, positive results in their physical and mental health, and, cumulatively, in the course of their babies' development.

Keywords: 1) Coping; 2) Coping Behavior; 3) Psychological Intervention; 4) Preterm birth; 5) Support groups.

Area (s) of expertise: 70710007 Psychological Treatment and Prevention.

RESUME

Ramos, Fabiana Pinheiro (2012). *Proposition d'analyse de coping au sein d'un groupe de mères de bébés prématurés et de petit poids au sein de l'Unité de Soins Intensifs Néonataux*. Thèse de doctorat, Programme de Deuxième et Troisième Cycle en Psychologie, Centre de Sciences Humaines et Naturelles, Université Fédérale d'Espírito Santo, Vitória, ES. 349 pp.

La Théorie Motivationnelle du *Coping* définit l'affrontement comme le processus d'autorégulation du comportement, de l'émotion et de l'orientation motivationnelle face à un stress psychologique, avec l'objectif de maintenir, de restaurer ou de réparer les besoins psychologiques élémentaires de relation, compétence et autonomie. Les stressseurs peuvent être perçus comme menace ou défi, et leur affrontement est analysé en 12 "familles", qui représentent le plus haut niveau de la structure hiérarchique du *coping*, selon leur dénouement adaptatif: (a) positif - *confiance en soi, recherche de soutien, résolution des problèmes, recherche d'information, ajustement/adaptation et négociation*; et (b) négatif - *délégation, isolement, désespoir, évitement, soumission et opposition*. On a appliqué cette approche à l'analyse du *coping* de l'hospitalisation de bébés admis à l'Unité de Soins Intensifs Néonataux (USIN) pour les prématurés et/ou les bébés de petit poids (PM-PP), au sein d'un Groupe de Mères (GM), dans une maternité publique. Les participantes ont été abordées au sein de l'hôpital même et, après l'explication du processus de recherche, elles ont donné leur consentement écrit. Les données néonatales ont été collectées à partir des Fiches de Bébé, et les 25 mères, ayant constitué un échantillon type, ont rempli: (a) le Protocole d'Enregistrement des Données Générales; (b) le Système de Classification Économique du Brésil; (c) l'EMEP (sigle brésilien pour Echelle des modes d'affrontement des problèmes); et (d) le Questionnaire relatif au moment de la réception de la nouvelle. Ensuite, elles ont participé à l'un des 7 GM (2-7 participantes), selon une méthodologie courte et structurée, composée ainsi: Séance 1- Caractéristiques du bébé et de l'USIN- avec un Questionnaire de l'Évaluation de l'Intervention (QEI); et Séance 2- Développement de l'enfant et soins après la sortie – avec le Livre d'Appui à l'Intervention, QEI, une

Evaluation de Satisfaction de l'Usager et un entretien individuel sur l'affrontement. Trois observateurs formés ont rempli: (a) un Compte Rendu de Séance ; (b) un Protocole d'Evaluation du Comportement Verbal et Non-verbal des Mères en Situation de Groupe; et (c) un Instrument d'Observation du Mode d'Interaction du Médiateur en Situation de Groupe. Ensuite, après la sortie de l'hôpital, les mères ont été interrogées et ont rempli l'Echelle des Evénements Vitaux et l'EMEP. L'analyse du processus d'affrontement a montré que le moment de la nouvelle de l'hospitalisation et la première visite à l'USIN ont provoqué un grand choc émotionnel, avec des réactions de tristesse, de préoccupation, de peur et de surprise, partagées par les parents. Les stratégies d'affrontement les plus utilisées durant l'hospitalisation relèvent des familles du *coping confiance en soi, négociation, ajustement/adaptation* (principalement en ayant recours à des croyances religieuses) et *recherche de soutien* (avant tout du mari/compagnon). On s'aperçoit que la situation est un défi et source de maturation personnelle; mais on a également constaté des stratégies moins adaptatives comme la *délégation*. On a trouvé des corrélations significatives entre : (a) un niveau socio-économique élevé et l'utilisation de stratégies liées à la nécessité de *relation*; (b) des mères multipares et *le désespoir, l'évitement et l'opposition* ainsi que des stratégies d'affrontement relevant de la *perception d'une menace*; (c) des mères qui n'exerçaient pas d'activité professionnelle et la *confiance en soi*; et (d) un plus grand nombre de jours d'hospitalisation du bébé et moins de *délégation*. Après la sortie de l'hôpital, la majorité n'a pas exprimé de difficulté avec les bébés et présentait plusieurs outils de *négociation, confiance en soi, ajustement/adaptation et recherche de soutien*, ainsi qu'une réduction significative de la *délégation*. Deux mères ont fait face différemment à la perte de leur enfant: l'une avec *la confiance en soi et la résolution de problème*, l'autre avec *la négociation et la confiance en soi*. Mais toutes les deux en s'appuyant sur la religion. Les GM ont rencontré une bonne adhésion et une évaluation positive grâce à l'apprentissage, au soutien psychologique apporté, et à l'échange d'expérience entre les mères, qui ont dit s'être mieux senties après ces séances. La médiatrice du GM a obéi aux critères de promotion du *coping*, en particulier pour *fournir un cadre* (contexte prévisible, contingent et cohérent). Ces données suggèrent que le GM a aidé à promouvoir le *coping* de ces mères en modifiant leur perception du contrôle et du soutien social, et en augmentant la satisfaction de leurs besoins en compétence et en attachement/relation. Cette recherche a présenté la viabilité du système des 12 familles de

coping pour analyser les stratégies d'affrontement chez les adultes, elle a apporté des contributions théorico-méthodologiques à l'étude du *coping*, et a amplifié la connaissance du thème central en identifiant et en analysant les stratégies d'affrontement utilisées par les mères en présence d'un stressor – hospitalisation d'un bébé PM-PP à l'USIN – à différents moments, pour faire la cartographie du processus d'affrontement de ces mères. En outre, elle a démontré l'importance des interventions courtes en Psychologie Pédiatrique, lesquelles permettent de promouvoir les stratégies d'affrontement. On s'attend à ce que les améliorations dans le processus d'affrontement générées par la participation des mères à cette recherche puissent, dans le long terme, apporter des résultats positifs pour la santé physique et mentale de ces mères, et, par effet cumulatif, au cours du développement de leurs bébés.

Mots-clés: 1) Affrontement; 2) *Coping*; 3) Intervention Psychologique; 4) Naissance prématurée; 5) Groupes d'appui.

Domaine de connaissance: 70710007 Traitement et Prévention Psychologique.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Hierarquia da estrutura do <i>coping</i>	57
Figura 2: Estressores potenciais no contexto da hospitalização do bebê na UTIN	72
Figura 3: Estrutura e organização da Sala da Psicologia e do Serviço Social durante grupo de mães	102
Figura 4: Ambulatório de Neurologia do Hospital Doutor Dório Silva	103
Figura 5: Fluxograma do processo de enfrentamento	223

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Nascimento, prematuridade e baixo peso ao nascer no ano de 2008	36
Tabela 2:	Publicações em português sobre o processo de enfrentamento, por temáticas e frequência de artigos, nas bases de dados SciELO, Periódicos Capes e BVS-Psi, entre 1994-2011	38
Tabela 3:	Evolução da produção científica em português disponível nas bases de dados SciELO, Periódicos Capes e BVS-Psi, sobre o processo de enfrentamento, entre 1994-2011	39
Tabela 4:	As 12 famílias de enfrentamento da Teoria Motivacional do Coping	61
Tabela 5:	Definição das 12 famílias de <i>coping</i> e exemplos de estratégias de enfrentamento	63
Tabela 6:	Relações entre as famílias de <i>coping</i> , sua função e os processos adaptativos	64
Tabela 7:	Principais programas brasileiros de intervenção para familiares de bebês prematuros e com baixo peso	84
Tabela 8:	Principais variáveis da pesquisa	111
Tabela 9:	Resumo do procedimento e dos instrumentos da pesquisa	119
Tabela 10:	Categorias da Escala de Eventos Vitais	128
Tabela 11:	Variáveis submetidas à ANOVA segundo os resultados da primeira aplicação da EMEP	129
Tabela 12:	Caracterização das amostras e quantidade de mães participantes	132
Tabela 13:	Instrumentos e protocolos analisados em cada uma das etapas da pesquisa	133
Tabela 14:	Caracterização sociodemográfica das mães participantes (N= 25)	135
Tabela 15:	Dados da gestação, parto e nascimento das mães participantes (N= 25) e de seus bebês (N= 26)	136
Tabela 16:	Comparação do perfil da amostra de mães participantes e não participantes e seus bebês	138
Tabela 17:	Resultados da primeira aplicação da EMEP nos quatro perfis de enfrentamento	154

Tabela 18:	Comparação dos resultados da primeira aplicação da EMEP com a amostra original do instrumento	154
Tabela 19:	Resultados da primeira aplicação da EMEP no sistema de 12 famílias de <i>coping</i>	160
Tabela 20:	Quantidade de participantes por Grupo de Mães	167
Tabela 21:	Comportamentos não verbais das mães durante Grupo de Mães	170
Tabela 22:	Comportamentos verbais nas sessões dos Grupos de Mães	171
Tabela 23:	Fatores responsáveis pela avaliação positiva do grupo como auxílio ao enfrentamento	173
Tabela 24:	Aspectos indicados como mais interessantes nas sessões dos Grupos de Mães	175
Tabela 25:	Sentimento após a participação nos Grupos de Mães	176
Tabela 26:	Satisfação das mães em relação à participação no Grupo de Mães	177
Tabela 27:	Médias entre três observadores do desempenho da mediadora nas sessões dos Grupos de Mães	183
Tabela 28:	Médias entre três observadores do desempenho da mediadora nas sessões dos Grupos de Mães sem diferenças estatisticamente significativas	185
Tabela 29:	Estressores de mães de bebês nascidos prematuros e com baixo peso, após a alta hospitalar (N= 15)	192
Tabela 30:	Resultados da segunda aplicação da EMEP nos quatro perfis de enfrentamento (N= 13)	193
Tabela 31:	Comparação dos resultados da segunda aplicação da EMEP com a amostra original do instrumento	193
Tabela 32:	Resultados da segunda aplicação da EMEP no sistema de 12 famílias de <i>coping</i>	194
Tabela 33:	Comparação das médias das duas aplicações da EMEP nos quatro perfis de enfrentamento	198
Tabela 34:	Comparação das médias das duas aplicações da EMEP no sistema de 12 famílias de <i>coping</i>	199
Tabela 35:	Médias nos fatores da EMEP de Wanda antes e após a morte do filho	207

Tabela 36:	Médias nas 12 famílias de <i>coping</i> (EMEP) de Wanda antes e após a morte do filho	207
Tabela 37:	Médias nos fatores da EMEP de Denise antes e após a morte do filho	215
Tabela 38:	Médias nas 12 famílias de <i>coping</i> (EMEP) de Denise antes e após a morte do filho	216
Tabela A1:	Estratégias de Enfrentamento: artigos em português encontrados nas bases de dados: Periódicos CAPES, SciELO e BVS-Psi, ordenados por ano e ordem alfabética do título do artigo	261
Tabela B1:	Instrumentos utilizados para avaliar o coping em artigos empíricos no Brasil	281
Tabela X1:	Classificação dos itens da EMEP no sistema de 12 famílias de enfrentamento de Skinner et al. (2003)	314
Tabela Z1:	Classificação dos itens do Instrumento de Observação do Padrão de Interação do Mediador em Situação de Grupo a partir dos critérios de mediação de Skinner e Edge (2002a)	318
Tabela AA1:	Caracterização das mães participantes	319
Tabela AA2:	Dados da gestação, parto e nascimento das mães participantes e de seus bebês	320
Tabela CC1:	Média dos itens da EMEP na primeira aplicação	324
Tabela DD1:	Resultados da ANOVA da primeira avaliação da EMEP em relação à Idade Materna	325
Tabela DD2:	Resultados da ANOVA da primeira avaliação da EMEP em relação à Classe Econômica	326
Tabela DD3:	Resultados da ANOVA da primeira avaliação da EMEP em relação à Escolaridade	327
Tabela EE1:	Resultados do Teste t da primeira avaliação da EMEP em relação ao número de gestações da mãe	328
Tabela EE2:	Resultados do Teste t da primeira avaliação da EMEP em relação à condição de trabalho da mãe	329
Tabela EE3:	Resultados do Teste t da primeira avaliação da EMEP em relação à gravidez ser de risco	330

Tabela EE4: Resultados do Teste t da primeira avaliação da EMEP em relação à religião da mãe	331
Tabela EE5: Resultados do Teste t da primeira avaliação da EMEP em relação ao tipo de parto realizado	332
Tabela FF1: Resultados da Correlação de Pearson para os escores da EMEP e as variáveis: idade gestacional, peso do bebê ao nascimento e quantidade de dias de internação do bebê no momento da avaliação	333
Tabela GG1: Duração das sessões de grupos de mães	334
Tabela HH1: Frequência de comportamentos verbais durante as sessões do Grupo de Mães por categorias	335
Tabela II 1: Resultados da ANOVA da comparação das notas entre observadores por sessão de grupo	336
Tabela JJ1: Resultados do Teste t pareado com os escores da primeira e segunda avaliações da EMEP, com todas as mães da amostra final	337
Tabela JJ2: Resultados do Teste t pareado com os escores da primeira e segunda avaliações da EMEP, excluindo as mães da amostra final cujos bebês foram à óbito	338
Tabela A1: Evolução histórica da prematuridade e do baixo peso no Brasil, no Espírito Santo e no município de Serra	339

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AI	Amostra Inicial
AF	Amostra Final
AG	Amostra Grupo
ANOVA	Análise de Variância
ANPEPP	Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia
APA	<i>American Psychological Association</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CNPq/	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Ministério
MCT	da Ciência e Tecnologia
CNV	Comportamentos não verbais
CV	Comportamentos verbais
EE	Estratégias de Enfrentamento
EEV	Escala de Eventos Vitais
ES	Estado do Espírito Santo
ESD	Entrevista Semidirigida
FB	Ficha do Bebê
GM	Grupo de Mães
GT-PP	Grupo de Trabalho em Psicologia Pediátrica
HDDS	Hospital Doutor Dório Silva
HIMABA	Hospital Infantil e Maternidade Dr. Alzir Bernardino Alves
HINSG	Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOPIM	Instrumento para Observação do Padrão de Interação do Mediador em Situação de Grupo
ISU	Inventário de Satisfação do Usuário
MTC	<i>Motivational Theory of Coping</i>
MS	Ministério da Saúde

OMS	Organização Mundial de Saúde
PAC-GM	Protocolo de Avaliação do Comportamento Verbal e Não Verbal das Mães durante Grupo de Intervenção na UTIN
PIG-UTIN	Programa de Intervenção em Grupo para Mães de Bebês Prematuros e com Baixo Peso internados em UTIN
PPGP	Programa de Pós-Graduação em Psicologia
PRDG	Protocolo de Registro de Dados Gerais
PRS	Protocolo de Registro de Sessão
PT-BP	Bebê prematuro ou com baixo peso ou ambos
QMN	Questionário Momento da Notícia
QUAI	Questionário de Avaliação da Intervenção
SESA	Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Espírito Santo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UVV	Universidade de Vila Velha
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	30
1.	INTRODUÇÃO	34
1.1	Objeto de estudo e relevância teórica e social	34
1.2	O processo de enfrentamento	42
1.2.1	Histórico e conceitos de stresse e <i>coping</i>	42
1.2.2	O <i>coping</i> como ação regulatória	50
1.2.3	Avaliação das estratégias de enfrentamento e intervenção	64
1.3	Estresse e enfrentamento em mães de bebês prematuros e com baixo peso internados em UTIN	71
1.4	Intervenções em grupo dirigidas a mães de bebês PT-BP internados em UTIN	83
1.5	Problema de pesquisa e suas hipóteses	91
1.6	Objetivos	93
1.6.1	Objetivo Geral	93
1.6.2	Objetivos Específicos	93
2.	MÉTODO	95
2.1	Caracterização da pesquisa	97
2.2	Participantes	98
2.3	Local de coleta de dados	100
2.4	Equipe de pesquisa	103
2.5	Materiais e Instrumentos	104
2.5.1	Intrumentos	104
2.5.1.1	Intrumentos pré-intervenção	104
2.5.1.2	Intrumentos intervenção	107
2.5.1.3	Intrumentos pós-intervenção	108
2.5.1.4	Intrumentos seguimento.....	109
2.5.2	Materiais	112
2.6	Procedimento	112
2.6.1	Pré-intervenção	113
2.6.2	Intervenção	114

2.6.3	Pós-intervenção	117
2.6.4	Seguimento	117
2.7	Processamento e análise de dados	120
2.7.1	Processamento dos dados dos instrumentos e análise descritiva	120
2.7.2	Análise inferencial dos dados	128
2.8	Análise ética de riscos e benefícios, e limitações	130
3.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	132
3.1	Caracterização das mães participantes e seus bebês	134
3.2	Análise do enfrentamento no momento da notícia	139
3.3	Análise do enfrentamento durante a hospitalização do bebê PT-BP na UTIN.....	149
3.4	Análise do Programa de Intervenção em Grupo para Mães de Bebês PT-BP internados em UTIN (PIG-UTIN)	167
3.4.1	Avaliação dos Grupos de Mães	173
3.4.2	Análise da mediação nos Grupos de Mães	182
3.5	Análise do enfrentamento após a alta hospitalar	187
3.6	Análise comparativa dos diferentes momentos do enfrentamento	195
3.7	Análise do enfrentamento dos pais e familiares, durante a hospitalização e após a alta, a partir da perspectiva das mães	200
3.8	Análise do enfrentamento da morte do bebê	203
3.8.1	Enfrentando a morte do filho recém-nascido: o caso de Wanda	204
3.8.2	Enfrentando a morte do filho recém-nascido: o caso de Denise	212
3.8.3	Análise do enfrentamento das mortes dos bebês	221
4.	DISCUSSÃO GERAL	224
5.	CONCLUSÕES	236
	REFERÊNCIAS	238
	APÊNDICE A – Artigos em português sobre o enfrentamento	261
	APÊNDICE B – Instrumentos de Avaliação do <i>Coping</i>	281
	APÊNDICE C – Sugestão de roteiro de leitura sobre a Teoria Motivacional do <i>Coping</i>	282
	APÊNDICE D – Cartaz de divulgação do treinamento: “Humanização na UTIN: cuidado ao recém-nascido e comunicação com a família”.....	286

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	287
APÊNDICE F – Programa de Treinamento da Equipe de Pesquisa	289
APÊNDICE G – Protocolo de Registro de Dados Gerais (PRDG)	290
APÊNDICE H – Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)	291
APÊNDICE I – Ficha do Bebê (FB)	292
APÊNDICE J – Questionário Momento da Notícia (QMN)	293
APÊNDICE K – Protocolo de Registro de Sessão (PRS)	294
APÊNDICE L – Protocolo de Avaliação do Comportamento Verbal e Não Verbal das Mães em Situação de Grupo (PAC-GM)	295
APÊNDICE M – Instrumento para Observação do Padrão de Interação do Mediador em Situação de Grupo (IOPIM) (adaptado de Lidz, 2000) ..	297
APÊNDICE N – Questionário de Avaliação da Intervenção (QUAI)	299
APÊNDICE O – Inventário de Satisfação do Usuário (ISU)	300
APÊNDICE P – Entrevista Semidirigida I	301
APÊNDICE Q – Entrevista Semidirigida II	302
APÊNDICE R – Entrevista Semidirigida III	304
APÊNDICE S – Cartaz de divulgação do grupo de mães na UTIN	305
APÊNDICE T – Folder de divulgação do grupo de mães na UTIN	306
APÊNDICE U – Livro de Apoio à Intervenção de Grupo de Mães na UTIN	307
APÊNDICE V – Slides da Sessão 1 do Grupo de Mães	308
APÊNDICE W – Slides da Sessão 2 do Grupo de Mães	311
APÊNDICE X – Itens da EMEP classificados no sistema de Skinner et al. (2003)	314
APÊNDICE Y – Descrição das 12 famílias de enfrentamento de Skinner et al. (2003) e seus respectivos itens da EMEP	316
APÊNDICE Z – Classificação dos itens do IOPIM	318
APÊNDICE AA – Caracterização das mães participantes e seus bebês	319
APÊNDICE BB – Linha do tempo do processo de enfrentamento	321
APÊNDICE CC – Média dos itens da EMEP (1ª aplicação)	324
APÊNDICE DD – Resultados da ANOVA	325
APÊNDICE EE – Resultados do Teste <i>t</i> de Student	328

APÊNDICE FF – Resultados do teste de Correlação de <i>Pearson</i>	333
APÊNDICE GG – Duração das sessões de Grupo de Mães	334
APÊNDICE HH – Comportamentos verbais durante as sessões dos Grupos de Mães por categorias	335
APÊNDICE II – Resultados da ANOVA para análise dos observadores ..	336
APÊNDICE JJ – Resultados do Teste <i>t</i> pareado	337
ANEXO A – Evolução histórica da prematuridade e do baixo peso	339
ANEXO B – Aprovação da pesquisa no Comitê de Ética da UFES	340
ANEXO C – Aprovação da pesquisa no Comitê de Ética do HINSG/ SESA	341
ANEXO D – Aprovação da pesquisa no Comitê de Ética da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro	342
ANEXO E – Critério de Classificação Econômica Brasil	343
ANEXO F – Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP-Seidl et al., 2001)	344
ANEXO G – Diretrizes para Observação do Padrão de Interação de Professores	346
ANEXO H – Escala de Eventos Vitais (EEV)	349

APRESENTAÇÃO

A trajetória que me levou à proposição desta pesquisa com um grupo de intervenção com mães de bebês prematuros, com baixo peso ou ambos (PT-BP), em situação de hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), começou antes da minha entrada no Doutorado. Ao terminar o Mestrado, em 2002, em que estudei a questão da inserção profissional de adolescentes de classe popular (Ramos, 2002), iniciei a carreira docente no curso de Psicologia de uma Faculdade privada, lecionando temáticas relacionadas ao desenvolvimento humano e à clínica comportamental.

Durante a atuação como docente da Universidade de Vila Velha (UVV), orientei, por três anos consecutivos, estágio supervisionado na Graduação em Psicologia, atuando preferencialmente com grupo de pais de crianças inscritas na clínica-escola por queixas relacionadas a problemas de comportamento. Esses grupos buscavam fornecer suporte psicológico para os pais lidarem com as dificuldades relacionadas aos problemas da criança e, ao mesmo tempo, instrumentalizá-los para atuar melhor em relação às dificuldades específicas de seus filhos, contribuindo para sua superação. Tal experiência me permitiu entrar em contato com a temática de grupo de pais e vivenciar, junto com os alunos, as dificuldades e também as potencialidades desse tipo de intervenção.

Ao ingressar no Doutorado, no ano de 2008, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP/UFES), passei a fazer parte do grupo de pesquisa liderado pela Professora Doutora Sônia R. F. Enumo, que coordenava um conjunto de estudos sobre prevenção de problemas do desenvolvimento de crianças PT-BP. Estes projetos previam a realização de diversos estudos multicêntricos, voltados à análise de fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil, com foco na

prematuridade e no baixo peso ao nascimento, sendo que um deles propunha a realização de intervenções psicológicas com as mães dos bebês internados na UTIN do hospital envolvido no estudo¹. Aliando, então, meu interesse em trabalhar com grupo de pais a essa proposta do grupo de pesquisa, chegamos à proposição da temática do Doutorado.

Esta Tese busca compreender como mães de bebês PT-BP internados em UTIN enfrentam a situação de ter um bebê nessa condição e como um grupo de mães pode ajudá-las nesse processo. Em outros termos, está no campo do estudo do *coping*² ou das estratégias de enfrentamento de problemas. A opção por realizar pesquisa que envolvesse também uma proposta de intervenção está relacionada à característica do grupo de pesquisa liderado pela Profa. Dra. Sônia Enumo, que tem priorizado pesquisas com esse tipo de delineamento, por sua relevância social e vinculação com situações concretas de trabalho do psicólogo. Tal delineamento está em consonância com as proposições de pesquisadores em Psicologia Pediátrica, de conciliar prática profissional e pesquisa (Kotogal & Nolan, 2010), apesar dos inúmeros desafios enfrentados para fazer tal conciliação (Kelleher, 1999; Menezes, Moré & Barros, 2008).

Para além da produção de conhecimento sobre o *coping* dessas mães, havia uma questão teórico-metodológica que permeava os estudos deste grupo de pesquisa: como medir os comportamentos (ações ou respostas, pensamentos, relatos de sentimentos, reações emocionais) dessas pessoas em um contexto dinâmico como a UTIN, ou seja, como avaliar o processo de enfrentamento nos diferentes momentos da relação do sujeito com o estressor e não apenas respostas específicas e pontuais.

¹ “Avaliação e intervenção psicológica com crianças nascidas pré-termo e com baixo peso, suas mães e profissionais da UTIN” (CNPq/MCT Processo nº 485564/2006-8) e “Estratégias de enfrentamento: Estudos em contextos de risco ao desenvolvimento” (CNPq/MCT Processo nº 481483/2009-8).

² O termo em inglês – *coping* – tem sido traduzido para o português por “processo de enfrentamento” ou “enfrentamento”, significando “lidar com” (Antoniuzzi, Dell’Áglio & Bandeira, 1998; Motta, 2001, 2007). Neste trabalho, tais termos serão utilizados de modo intercambiável, dado o uso constante do termo em inglês na literatura nacional.

Também havia uma insatisfação com a forma de análise desse processo, geralmente feita de maneira apenas descritiva, com identificação dos comportamentos de *coping*, que eram depois categorizados pelo instrumento, em categorias previamente definidas a partir da análise fatorial³. A funcionalidade desses comportamentos e suas relações com processos adaptativos não era alcançada com este tipo de análise.

Simultaneamente, estava disponível outra forma de análise e categorização do *coping*, proposta por uma força-tarefa internacional que, desde a década passada, tem analisado a produção da área, adotando um referencial teórico que entende o enfrentamento como um processo autorregulatório (Compas, 1987; 2006; Skinner, 1998, 1999; Skinner & Wellborn, 1994) e não apenas como respostas cognitivas aos estressores. Aceitei, então, o desafio de analisar o enfrentamento dessas mães segundo uma nova abordagem, ainda pouco utilizada no país, conforme será demonstrado nesta Tese.

A Tese está organizada em cinco capítulos:

1. Na *Introdução*, são apresentados: o objeto de estudo e a relevância teórica e social da Tese; o referencial teórico sobre o enfrentamento, que sustenta as análises realizadas; o detalhamento da situação de prematuridade, baixo peso ao nascimento, internação do bebê na UTIN, bem como a alta hospitalar e o óbito do bebê, e suas consequências para a mãe; as propostas de intervenção dirigidas a essa população; e o problema de pesquisa, as hipóteses e os objetivos do estudo;
2. No capítulo *Método*, são apresentados os detalhes sobre as participantes da pesquisa, o local de coleta de dados, a equipe de pesquisa, os materiais e

³ A análise fatorial é um método para determinar o número de fatores existentes em um conjunto de dados e visa a inter-relacionar um conjunto de variáveis pertencentes a um constructo teórico (isto é, um conceito “inventado” pelo cientista tal como, “inteligência”, “preconceito” e o próprio “enfrentamento”, entre outros) que não pode ser diretamente medido e observado na população, mas pode ser convenientemente descrito por um grupo de categorias básicas, chamadas de fatores (um conceito hipotético que se supõe estar subjacente a testes e escalas), que representam um número menor que as variáveis originais (Gorestein, Andrade & Zuardi, 2000).

instrumentos utilizados, os procedimentos da pesquisa, bem como a forma de processamento e análise dos dados;

3. No capítulo *Resultados e Discussão*, são apresentados e discutidos os dados oriundos dos diversos instrumentos utilizados na pesquisa, a partir das temáticas: (a) caracterização das mães participantes e seus bebês; (b) análise do enfrentamento no momento da notícia; (c) análise do enfrentamento durante a hospitalização do bebê PT-BP na UTIN; (d) análise do Programa de Intervenção em Grupo para Mães de Bebês PT-BP internados em UTIN (PIG-UTIN); (e) análise do enfrentamento após a alta hospitalar; (f) análise comparativa dos diferentes momentos do enfrentamento; (g) análise do enfrentamento do pai e dos familiares, durante a hospitalização e após a alta, a partir da perspectiva das mães; e (h) análise do enfrentamento da morte do bebê;

4. Na *Discussão Geral*, os dados anteriormente apresentados são discutidos tendo em vista sua integração e compreensão do processo de enfrentamento das mães de bebês (PT-BP internados em UTIN) no contexto de grupo de mães, bem como a análise do referencial teórico-metodológico adotado, objetos de estudo desta Tese; e

5. Por fim, no capítulo *Conclusões*, são apresentadas as ideias principais que sintetizam os resultados da Tese.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Objeto de estudo e relevância teórica e social

Esta Tese pertence ao campo da Psicologia Pediátrica⁴, uma área de pesquisa e intervenção com fundamentação multiteórica, que vem se constituindo como um ramo de aplicação do saber psicológico à saúde da criança. A atuação em Psicologia Pediátrica está preferencialmente relacionada ao atendimento da criança e de sua família no âmbito do hospital (nas situações de doenças agudas e crônicas, prematuridade, internações, tratamentos e cirurgias), com foco no diagnóstico precoce de alterações no processo de desenvolvimento e na intervenção (Barros, 2003; Crepaldi, Linhares & Perosa, 2006; Menezes et al., 2008).

A Psicologia Pediátrica, que adota como orientação teórico-metodológica a perspectiva desenvolvimentista (Barros, 2003), tem por objetivo facilitar a adoção de atitudes preventivas para os problemas de saúde física e mental da criança, bem como auxiliar sua adaptação às situações de hospitalização e conseqüente alteração da rotina. Nesse contexto, a avaliação e intervenção junto às famílias é um desafio, mas ao mesmo tempo um elemento vital (Alderfer et al., 2008).

A implantação de programas de intervenção preventiva breve para pais, que facilitem a aquisição de competências de identificação e a antecipação de problemas da criança, centrados prioritariamente nos adultos envolvidos no processo de saúde, é um dos focos de atuação da Psicologia Pediátrica. Esta Tese, coerente com os objetivos da Psicologia Pediátrica, tem como objeto de estudo o processo de enfrentamento de mães de

⁴ Para uma revisão histórica da constituição da Psicologia Pediátrica como campo científico de produção do conhecimento, consultar Menezes et al. (2008).

bebês PT-BP internados em UTIN no contexto da participação em um grupo de intervenção.

A prematuridade e o baixo peso ao nascimento estão entre as causas mais frequentes de internação de bebês em UTIN (The Lancet, 2011). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define prematuro como o nascimento que ocorre antes da 37ª semana de gestação, e baixo peso como todo nascido vivo com peso inferior a 2.500 gramas (World Health Organization [WHO], 1977). O recém-nascido (RN) com baixo peso é classificado em subgrupos: RN de extremo baixo peso (EBP) (<1.000 gramas); RN de muito baixo peso (MBP) (1.000 a 1.499 g.); e RN de baixo peso (1.500 a 2.499 g.) (Ibidi & Cardoso, 2011).

A frequente ocorrência de PT-BP tem sido preocupante. Estima-se que, em todo o mundo, nascem anualmente 20 milhões de crianças PT-BP, sendo que destas, cerca de um terço morre antes de completar 1 ano de vida (Ministério da Saúde [MS], 2002). No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde (2009), no ano de 2008, foram registrados 2.917.432 nascidos vivos (NV), sendo a taxa bruta de natalidade⁵ de 15,4 e o percentual de PT de 6,7%, e o de BP de 8,3% entre os NV. Comparando os índices disponíveis relativos aos anos de 1999 a 2008, verifica-se que a prevalência de NV, com PT e BP, vem apresentando, no Brasil, ligeira elevação ao longo de quase uma década (PT: de 6,2% a 6,7%; BP: de 7,7% a 8,3 %).

Na Tabela 1, encontram-se os dados referentes aos nascimentos e ao percentual de PT-BP no ano de 2008 no Brasil, no Estado do Espírito Santo (ES) e no município de

⁵ A taxa bruta de natalidade representa a frequência com que ocorrem os nascimentos em uma determinada população. É o quociente entre os NV ocorridos em um determinado ano e a população ao meio do ano, vezes 1000 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2009).

Serra, ES (no qual a presente pesquisa foi realizada). Mais informações sobre a evolução histórica da PT-BP estão no Anexo A.

Tabela 1. *Nascimento, prematuridade e baixo peso ao nascer no ano de 2008*

Condições	Brasil	Espírito Santo	Serra
Número de nascidos vivos	2.917.432	51.648	6.582
Taxa bruta de natalidade	15,4	15,0	16,6
% prematuridade (<37 semanas de gestação)	6,7	6,1	7,2
% baixo peso ao nascer (<2500 g.)	8,3	7,8	8,5

Nota. Fonte: MS (2009).

Os dados da Tabela 1 permitem perceber que o ES tem percentual de PT-BP um pouco abaixo dos índices nacionais e que, no município de Serra, ES, os percentuais são um pouco mais altos que o índice nacional e estadual. Acredita-se que esse número elevado se deve ao fato do município ter um hospital público de referência em maternidade de alto risco, atraindo não só os munícipes, mas outras pessoas, sobretudo do sul da Bahia, pela proximidade geográfica.

O número alto de bebês PT-BP representa um importante problema de saúde, com graves consequências médicas e sociais, tal como o abandono do bebê quando a separação é longa ou o custo do cuidado é alto, além da possibilidade do bebê vir a óbito (MS, 2002). No período compreendido entre os anos de 2000 e 2008, as mortes neonatais foram responsáveis por 68% das mortes infantis no Brasil (The Lancet, 2011).

Apesar do alto número de nascimento de bebês PT-BP, encontramos poucos estudos nacionais que buscam identificar como os familiares do bebê estão enfrentando ou lidando com esse processo, conforme será demonstrado. Do ponto de vista teórico, este trabalho apresenta relevância por analisar o processo de enfrentamento nessa população, contribuindo para a diminuição dessa lacuna nos estudos da área.

O processo de enfrentamento, também denominado de *coping* na literatura, tem sido descrito, a partir da década de 90, como um conjunto de ações de regulação do comportamento, da emoção e da orientação motivacional sob condições de estresse

psicológico, englobando esforços para manter, restaurar e reparar necessidades psicológicas básicas de relacionamento, competência e autonomia (Skinner & Wellborn, 1994). A ideia de processo refere-se não somente ao que o indivíduo faz na relação com o estressor, as chamadas *estratégias de enfrentamento* (EE)⁶, mas também a todos os determinantes pessoais e situacionais que influenciam o enfrentamento em um determinado momento do tempo.

Esse campo diz respeito, portanto, ao estudo das ações concretas efetivadas pelos indivíduos para se adaptar ou se ajustar às situações difíceis com as quais se deparam, envolvendo conceitos da saúde, do desenvolvimento, da clínica e da psicopatologia, sendo fundamental no âmbito da prevenção. Os estudos nesta área buscam, entre outros aspectos, identificar quais EE são utilizadas pelo indivíduo na relação com o estressor, qual a eficácia de tais estratégias em um determinado contexto e, ainda, compreender as diferenças interindividuais na forma de enfrentar e superar eventos estressantes (Aldwin, 2009; Justice, 1988; Lazarus & Folkman, 1984).

Para analisar a produção da literatura científica disponível em português sobre o tema *coping*, foi feita uma revisão bibliográfica no Portal de Periódicos da CAPES⁷, na base de dados SciELO (*Scientific Electronic Library Online*)⁸, e na Biblioteca Virtual em Saúde Psicologia (BVS-Psi)⁹, relativa ao período de 1994 a 2011, realizada nos meses de setembro e outubro de 2011 e atualizadas em dezembro de 2011. Utilizou-se a palavra-

⁶ As estratégias de enfrentamento (do inglês - *ways of coping*) são denominadas também na literatura de “formas de enfrentamento”, e se referem à categorização dos comportamentos do indivíduo durante o processo de enfrentamento.

⁷ O Portal de Periódicos da CAPES <www.periodicos.capes.gov.br> é uma biblioteca virtual que conta com um acervo de mais de 29 mil periódicos nacionais e internacionais com textos completos, dentre outras publicações, e foi escolhido justamente por englobar uma série de bases de dados.

⁸ O SciELO <www.scielo.br> é uma base de dados que engloba uma coleção de periódicos científicos brasileiros, que vem refletindo bem a produção nacional, inclusive na área da Psicologia.

⁹ A BVS-Psi <www.bvs-psi.org.br> visa ao controle bibliográfico da literatura nacional em Psicologia.

chave *enfrentamento* e o seu termo correlato em inglês *coping* (que tem sido utilizado com frequência na literatura nacional) na busca de palavras no título dos trabalhos¹⁰.

Foram encontrados 216 artigos, sendo 21 deles excluídos¹¹, totalizando 195 resumos analisados. Estes resumos foram classificados em 17 categorias (Tabela 2) formuladas a partir da leitura do material selecionado, segundo o tema do enfrentamento (tipo de sujeito, tipo de estressor enfrentado, artigos teóricos e metodológicos). A lista completa dos artigos consultados está no Apêndice A.

Tabela 2. *Publicações em português sobre o processo de enfrentamento, por temáticas e frequência de artigos, nas bases de dados SciELO, Periódicos Capes e BVS-Psi, entre 1994-2011*

Temáticas sobre o processo de enfrentamento	Frequência de artigos
1. Doenças crônicas (exceto câncer), agudas e problemas de saúde diversos (diagnóstico, hospitalização, tratamento e cirurgia)	31
2. Familiares e cuidadores de idosos, portadores de doenças crônicas e agudas e crianças com necessidades especiais	23
3. Profissionais e estudantes na área da saúde	19
4. Câncer em crianças e adultos	16
5. Crianças e adolescentes (exceto doenças e violência)	15
6. Pessoas portadoras do HIV/AIDS	15
7. Aspectos metodológicos de avaliação das EE (tradução e validação de instrumentos)	13
8. Idosos	13
9. Professores	10
10. Aspectos teóricos/conceituais	9
11. Trabalho (bancário, policial)	9
12. Violência (conjugal, de gênero, sexual) em adultos e crianças	8
13. Relacionamento interpessoal	3
14. Desafios no esporte	2
15. Aspectos diversos da vida de adultos (exceto doenças, trabalho e violência)	2
16. Dor	2
17. Outros temas (com uma ocorrência cada)	5
Total	195

Nota. Os artigos que apareceram repetidos nas bases de dados foram contados uma única vez.

¹⁰ Agradecemos às alunas Amanda E. S. Nicolatto e Lorena Marques Freguete pelo auxílio na realização do levantamento bibliográfico nas bases SciELO e Periódicos CAPES, e a Schwanny R. C. R. M. Vicente pelo auxílio na elaboração da planilha dos artigos.

¹¹ Os artigos marcados com asterisco no Apêndice A foram excluídos da contagem apresentada na Tabela 2, uma vez que, apesar de apresentarem a palavra “enfrentamento” no título, não diziam respeito a estudos sobre o processo de enfrentamento conforme aqui entendido (como resposta adaptativa a situações estressoras). A análise das temáticas foi feita a partir da leitura dos resumos dos trabalhos.

Há mais estudos sobre o enfrentamento de doenças - doenças crônicas, câncer, HIV, dor - (64 artigos) e suas consequências para os cuidadores e familiares, profissionais e estudantes da área da Saúde (52); aspectos metodológicos e teóricos da área (22); o *coping* em categorias profissionais, como professores, profissionais de saúde e esportistas (31) e ao longo do ciclo vital - crianças, adolescentes, adultos e idosos - (30); e sobre temas específicos como o enfrentamento da violência (8) e do relacionamento interpessoal (3) (Tabela 2).

No período analisado de 17 anos, foram publicados, em média, 11,52 artigos/ano, observando-se um aumento de publicações a partir do início de 2002, que se manteve relativamente estável nos últimos 5 anos (21,6 artigos/ano, em média, entre 2006-2011), conforme exposto na Tabela 3.

Tabela 3. *Evolução da produção científica em português nas bases de dados SciELO, Periódicos Capes e BVS-Psi, sobre o processo de enfrentamento, entre 1994-2011*

Ano	Frequência de artigos
2011	22
2010	19
2009	22
2008	25
2007	22
2006	19
2005	13
2004	6
2003	13
2002	11
2001	6
2000	4
1999	6
1998	3
1997	1
1996	1
1995	0
1994	1
Total	195

Embora as temáticas sobre o *coping* fossem bastante diversificadas e, apesar da quantidade de artigos publicados sobre o tema ter se mantido estável nos últimos anos, não foram encontrados, nesta revisão, artigos que focalizassem as EE de mães de bebês PT-BP

internados em UTIN durante a hospitalização, mas somente um estudo sobre o *coping* da família com a alimentação do bebê com BP, após a alta hospitalar (Pacheco & Cabral, 2011). Além disso, dos 195 artigos analisados, apenas quatro enfocavam programas de intervenção especificamente delineados para a alteração das EE em outros tipos de população que não a de mães de bebês PT-BP (Correia & Pinto, 2008; Costa Jr., 2000; Motta & Enumo, 2010; Paparelli, 2011), sugerindo que a maioria dos trabalhos publicados no Brasil apenas avalia as EE, e que há poucos estudos publicados sobre intervenções específicas no processo de *coping*¹².

A presente pesquisa apresenta, portanto, relevância teórica, na medida em que: (a) investiga o processo de enfrentamento em uma população até então não contemplada nos estudos do *coping*; (b) avalia o *coping* no momento em que o processo está ocorrendo, evitando vieses de retrospecto¹³; (c) analisa o enfrentamento a partir de uma perspectiva teórica pouco referida na literatura brasileira: a do *coping* como ação regulatória, de Ellen Skinner e colaboradores (dos 195 artigos analisados – Tabela 2 – apenas oito contavam com citações desta perspectiva teórica nas referências¹⁴); (d) se propõe a discutir os avanços que a adoção da perspectiva do *coping* como ação regulatória pode trazer para o campo de estudos sobre o enfrentamento; e (e) propõe uma metodologia de intervenção para a promoção do enfrentamento de mães de bebês PT-BP internados em UTIN.

¹² Sabemos que as terapias, de modo geral, lidam com a questão do enfrentamento e que, possivelmente, existem trabalhos na área clínica que versam sobre o tema, sem utilizar a nomenclatura do *coping*. No entanto, por limitações de tempo, foram consideradas neste trabalho como fazendo parte da área do *coping* apenas as publicações que usavam o conceito de enfrentamento.

¹³ A respeito dos possíveis vieses na avaliação quando a pesquisa sobre *coping* é retrospectiva e da importância de avaliações do enfrentamento no momento em que o processo está ocorrendo, ver Tennen, Affleck, Armeli & Carney (2000).

¹⁴ Os trabalhos são: Albuquerque, Martins & Neves (2008); Costa Junior, Coutinho & Kanitz (2000); Grass-Oliveira, Darury Filho, & Brietzke (2008); Moraes & Enumo (2008); Motta & Enumo (2010); Raimundo & Pinto (2006); Santana, Zanin & Maniglia (2008); Wathier, Wilhelm, Giacomoni, & DellAglio (2007). Tais trabalhos estão, respectivamente, numerados no Apêndice C, como: 78, 203, 79, 88, 40, 148, 95 e 118.

No tocante à validade clínica e social, este estudo é relevante por oferecer a uma população específica um serviço que não estava disponível no contexto hospitalar pesquisado, preenchendo uma lacuna no campo das atividades de promoção da saúde¹⁵. Além disso, representa uma faceta importante da humanização no atendimento hospitalar, na medida em que oferece acolhimento e informações a essas mães, enquanto seus bebês estão internados (MS, 2002), sendo a humanização um dos grandes desafios para os profissionais que trabalham em UTI (Barbosa & Rodrigues, 2004)¹⁶.

Coerente com os objetivos da Psicologia Pediátrica, este estudo também é relevante por apresentar uma metodologia breve e estruturada (característica das intervenções no contexto hospitalar), de baixo custo e que reconhece os pais como membros ativos da equipe de saúde que trata e acompanha a criança (Barros, 2003). De acordo com Gasparetto e Bussab (1994), existe uma distância entre o conhecimento teórico produzido no contexto hospitalar e sua assimilação e aplicação dentro da maternidade. A presente pesquisa busca contribuir para a diminuição dessa lacuna, uma vez que o conhecimento produzido poderá ser diretamente aplicado no dia a dia dos hospitais; estando, assim, em consonância com a tendência da área que enfatiza a importância da transferência de conhecimento para a prática profissional (Bandstra, 2007; Johnson 2005; Linhares & Doca, 2010).

¹⁵ A promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (WHO citado por Buss, 2000, p. 167).

¹⁶ A humanização é uma Política Pública que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS): “*Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.*” (MS, 2008a, p. 8).

1.2 O processo de enfrentamento

1.2.1 Histórico e conceitos de estresse e *coping*

A partir da proposição do conceito de Síndrome de Adaptação Geral, em 1946, pelo endocrinologista Hans Selye [1907-1982], com base na *teoria sistêmica do estresse*, apoiada na Fisiologia e na Psicobiologia (Selye, 1946), a ciência tem reconhecido que o estresse é um aspecto inevitável da vida humana. Esta concepção inicial de estresse (como Síndrome de Adaptação Geral), elaborada a partir de estudos com animais, definiu-o como “[...] *um estado manifestado por uma síndrome composta por todas as mudanças não especificamente induzidas em um sistema biológico*”¹⁷ (Selye, 1976, p. 64). Entretanto, ao ser definido como uma reação a uma condição inespecífica, o termo acabou se tornando sinônimo de diversos quadros como *ansiedade, ameaça, conflito, reação emocional*, o que ameaçava seu valor científico, tanto que Engel (1985)¹⁸, citado por Krohne, 2002) nomeou enfaticamente seu capítulo: “*Stress is a noun! No, a verb! No, an adjective*”.

Considerando também que as reações de estresse em humanos eram mediadas pela cognição e que o processo de enfrentamento faz a diferença em termos das consequências adaptativas do estresse, Richard S. Lazarus [1922-2002] propôs, em 1966, uma *Teoria Psicológica do Estresse* (Lazarus & Folkman, 1984), na qual o estresse foi concebido como um conceito relacional, ou seja, não é um tipo específico de estimulação externa ou padrão fisiológico ou psicológico específico, nem reações subjetivas. Assim, o estresse psicológico é “[...] *uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é avaliada pela pessoa como excedendo seus recursos e ameaçando seu bem-estar*” (Lazarus & Folkman,

¹⁷ “[...] *a state manifested by a syndrome which consists of all the nonspecifically induced changes in a biologic system*” (Selye, 1976, p. 64).

¹⁸ Engel, B. T. (1985). *Stress is a noun! No, a verb! No, an adjective*. In T. M. Field, P. M. McCabe & N. Schneiderman (Eds), *Stress and coping* (pp. 3–12). Hillsdale, NJ: Erlbaum (citado por Krohne, 2002).

1984, p. 19)¹⁹. Nesse sentido, parâmetros relacionados à percepção do potencial estímulo estressor, como sua previsibilidade, controlabilidade e iminência ganham importância. Esta percepção explicaria as diferenças individuais, em termos de qualidade, intensidade e duração de uma emoção eliciada em contextos que são objetivamente iguais para diferentes indivíduos (Krohne, 2002).

De forma resumida²⁰, três tipos de perspectivas de abordagem do estresse aparecem na literatura ao longo da evolução dos conceitos de estresse e enfrentamento (Aldwin, 2009; Chamon, 2006; Savóia, 2000):

1. Estresse visto como reação (estado interno): envolve a resposta da pessoa a um evento estressante. Nesta perspectiva, os estudos são focalizados nas consequências fisiológicas do estresse (Elliott & Eisdorfer, 1982 citados por Lazarus & Folkman, 1984);
2. Estresse como estímulo (evento externo): focaliza o ambiente como a fonte de perturbação. Nesta abordagem, os estudos visam identificar possíveis estressores e suas consequências (Miller, 1953 citado por Lazarus & Folkman, 1984); e
3. Modelo transacional: aborda o estresse como um processo complexo de interações contínuas entre o indivíduo e o seu ambiente (regulação recíproca).

Nesta última abordagem, três tipos de percepções ou avaliações do estresse são consideradas: dano (*harm*), ameaça (*treath*) e desafio (*challenge*). *Dano* se refere ao prejuízo (psicológico) ou perda que já ocorreu. *Ameaça* é a antecipação de um dano iminente. *Desafio* ocorre quando a pessoa se sente ou se percebe confiante para dominar a situação [estressor] (Lazarus & Folkman, 1984). Esses três tipos de percepção do estressor

¹⁹ “*Psychological stress is a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-beings*” (Lazarus & Folkman 1984, p. 19).

²⁰ Para uma revisão completa sobre a evolução histórica do conceito de estresse, consultar Lipp (2003) e Lazarus e Folkman (1984). Tal histórico extrapola os objetivos do presente trabalho.

relacionam-se a diferentes tipos de emoções, mostrando a vinculação entre esses dois campos.

Sintetizando as concepções mais recentes, o estresse tem sido definido como uma resposta a um evento ou situação que ultrapassa os recursos que um indivíduo possui no momento para enfrentá-lo, englobando várias dimensões que são objetivas e outras que são subjetivas (Aldwin, 2009; Blount et al., 2008; Lazarus & Folkman, 1984). O estresse pode ser considerado um processo, ou seja, uma cadeia de eventos e acontecimentos e não uma reação única (Lipp, 1996).

A partir dessas concepções, as relações entre estresse, enfrentamento e saúde física e mental têm sido bastante estudadas nas últimas décadas (Aldwin, 2009; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986; Garnezy, 1996; Justice, 1988; Weiss, 2004). A questão fundamental não é se o estresse é bom ou ruim, mas, sim, em que condições sociais e pessoais (intensidade, tipo de estresse e em que momento durante o curso de vida) ele é prejudicial ou útil (Lazarus & Folkman, 1984).

O estresse e os eventos negativos da vida nem sempre trazem consequências negativas para a saúde física e mental dos indivíduos. As pessoas podem aprender e crescer com tais experiências, mesmo que não seja possível revertê-las ou escapar delas (Thoits, 1995). Particularmente no campo da prevenção em saúde, o estudo das formas de enfrentamento de situações adversas estressoras destaca-se como fundamental por permitir a compreensão dos mecanismos psicológicos envolvidos na superação das adversidades²¹ e na construção de uma trajetória de desenvolvimento saudável (Rutter, 1987). Além disso, tal investigação ajuda a compreender os fatores envolvidos nos desfechos menos

²¹ *Adversidade*: experiências duradouras e repetidas esperadas ou observadas que têm efeitos negativos significativos ou efeitos disruptivos na adaptação, envolvendo múltiplos estressores (Masten & Gerwitz, 2006).

favoráveis de eventos estressantes, incluindo as psicopatologias (Rutter & Sroufe, 2000).

Nesse contexto, destaca-se a relação entre os estudos sobre estresse, enfrentamento e resiliência, sendo esta última entendida, de acordo com Rutter (1987), como a capacidade de adaptação positiva e superação de adversidades em contextos que envolvem riscos à saúde e ao desenvolvimento. A resiliência é o termo usado para descrever o polo positivo das diferenças individuais na resposta das pessoas ao estresse e à adversidade, e deve ser compreendida como um processo complexo que explica porque algumas pessoas conseguem ser resistentes às pressões da vida, enquanto outras não.

A resiliência traz implicitamente duas suposições: (a) exposição à ameaça significativa ou severa adversidade; e (b) o alcance de uma adaptação positiva, apesar dos percalços negativos no processo de desenvolvimento (Luthar & Becker, 2000). Ainda que tenha uma função adaptativa, a resiliência não pode ser vista como um atributo fixo do indivíduo (Rutter, 1987) uma vez que se as circunstâncias mudarem, a resiliência também se altera; assim, o mesmo indivíduo poderá ser vulnerável ou resiliente.

A resiliência envolve mais do que sobreviver ou escapar do estressor, ela implica em sair da situação de adversidade mais fortalecido e com recursos de enfrentamento ampliados, sendo que o sistema de crenças do indivíduo é uma força central na resiliência (Walsh, 2006). Tais crenças envolvem esforço para dar sentido às adversidades, ter um olhar positivo (esperança) em relação ao evento estressor, além de crenças transcendentais e espirituais. A capacidade de superação das adversidades inclui a habilidade de lidar com as mudanças que acontecem na vida, o senso de autoeficácia e o repertório de estratégias para enfrentar os problemas, ou seja, o *coping* (Silva, Elsen & Lacharité, 2003).

Ao longo da evolução do campo de estudos sobre *coping*, diferentes modelos teóricos de conceituação, interpretação e avaliação do fenômeno têm sido propostos pela

Psicologia, podendo ser agrupados em três grandes abordagens: (a) *coping* como estilos hierárquicos; (b) *coping* como processo de interação indivíduo-ambiente ou *perspectiva cognitiva do coping*; e (c) *coping* como ação regulatória, em uma perspectiva desenvolvimentista (Aldwin, 2009; Antoniazzi et al., 1998; Compas, 1987; Lazarus, 1993a; Skinner & Wellborn, 1994). Apesar da falta de concordância nas proposições explicativas do conceito, existe, atualmente, um consenso (partilhado pelas abordagens *b* e *c*, mas não pela *a*) de que o *coping* é um processo que deriva de uma relação pessoa-ambiente e acontece quando o indivíduo avalia uma situação como estressante, independente do resultado dessa relação ser positivo ou negativo em termos adaptativos (Tamayo & Tróccoli, 2002).

Inicialmente, nas décadas de 60 e 70 do século XX, o *coping* foi concebido como *estilos hierárquicos* por autores da Psicologia do Ego, como K. Menninger, N. Haan e G. E. Vaillant (Lazarus & Folkman, 1984). Baseados na formulação psicanalítica do desenvolvimento humano e utilizando o conceito de *mecanismo de defesa*, tais autores enfatizavam o grau de *maturidade* ou *imaturidade* no uso de uma determinada estratégia de enfrentamento. Adotou-se, assim, uma visão estrutural do *coping*, que incluiria desde comportamentos mais adaptativos ou saudáveis até defesas neuróticas e psicóticas, com destaque para os traços de personalidade.

O enfrentamento não era analisado por essa perspectiva como um processo em que as respostas de *coping* poderiam mudar ao longo do tempo, de acordo com o contexto situacional em que ocorriam (Lazarus, 1993a; Lazarus & Folkman, 1984; Skinner, 2007). Essa primeira abordagem buscou, em seguida, diferenciar os mecanismos de defesa (rígidos e inconscientes) do *coping* propriamente dito (mais flexível e consciente), gerando alguns instrumentos de medida do *coping* a partir do conceito de mecanismos de defesa

(Bond, Gardiner, Christian & Sigel, 1983; Haan, 1977), apesar da maioria dos trabalhos usar entrevistas clínicas ou se apoiar na *Grounded Theory*²² (Glaser & Strauss, 1967, citados por Lazarus, 1993b; Strauss & Corbin, 1990).

A *perspectiva dos estilos hierárquicos do coping* sofreu, no entanto, inúmeras críticas (Antoniazzi et al., 1998; Lazarus, 1993a), como: (a) a falta de consistência geral dos traços de personalidade (por se apoiar em noções pré-concebidas sobre saúde ou patologias); (b) confusão entre o enfrentamento e seus resultados; (c) subestimação do papel dos fatores situacionais no enfrentamento; e (d) limitação dos modelos em função de aspectos culturais, pois os modos de regular emoções são altamente dependentes da cultura. Essa perspectiva inicial também foi criticada pela dificuldade de avaliação, pois, se os mecanismos de defesa são inconscientes, as pessoas não poderiam relatá-los em inventários de autorrelatos (Cramer, 2000).

Uma segunda abordagem para a compreensão do *coping* surgiu entre a década de 70 e 80 do século passado, com novas propostas que procuravam entender o *coping* como um processo resultante de uma interação entre o indivíduo e o ambiente, buscando seus determinantes situacionais e cognitivos, com destaque para a perspectiva de Lazarus e colaboradores (Folkman et al., 1986; Folkman & Lazarus, 1985; Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus, 1993a; 1993b; Lazarus & Folkman, 1984). Esta proposta foi denominada de *modelo integrativo do estresse e coping*, também conhecido como *modelo cognitivo do estresse e coping* ou ainda *perspectiva cognitiva do coping*.

O *coping*, então, é definido nessa perspectiva cognitiva como: “(...) *mudanças constantes nos esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com*

²² A *Grounded Theory*, conhecida em português como "Teoria Fundamentada nos Dados" (ou Teoria Fundamentada em Dados), é uma teoria indutiva baseada na análise sistemática dos dados, desenvolvida pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss, no início da década de 60 do século XX. É uma metodologia qualitativa, de campo, cujos procedimentos visam a identificar, elaborar e relacionar conceitos, gerando construtos teóricos que explicam a ação no contexto social (vide Strauss & Corbin, 1990).

objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141). O *coping* seria um tipo de processo adaptativo que faria a mediação de uma relação pessoa-ambiente vista como estressante (isto é, excedendo os recursos do indivíduo e colocando em risco seu bem-estar); sendo que o processo de avaliação cognitiva explicaria as diferenças individuais e grupais na vulnerabilidade²³ a eventos estressores.

Lazarus e Folkman (1984) dividiram o *coping* em duas categorias funcionais (a função refere-se ao propósito ou finalidade das EE):

1. *Enfrentamento focalizado na emoção*, que visaria à regulação da perturbação emocional (no nível somático ou de alívio de sentimentos) e envolveria mudanças no significado da situação, sem mudança na situação objetiva; e
2. *Enfrentamento focalizado no problema*, que objetivaria gerir o problema que se encontra na gênese da perturbação do sujeito, buscando controlar ou alterar a situação que originou o estresse.

Ambas as formas de enfrentamento são utilizadas em todos os episódios de enfrentamento de estressores (Lazarus & Folkman, 1984) e qualquer ação ou pensamento pode ter mais de uma função dependendo do contexto no qual o enfrentamento acontece (Folkman & Lazarus, 1985).

Em geral, de acordo com Lazarus e Folkman (1984), o enfrentamento *focalizado na emoção* é utilizado para manter o otimismo, para negar o fato e suas implicações, para recusar-se a cogitar o pior e para agir como se o que aconteceu não importasse. Incluiria comportamentos como distanciamento, autocontrole, busca de suporte social, fuga-avoidance, aceitação de responsabilidade e reavaliação positiva (Folkman et al., 1986). Já os

²³ *Vulnerabilidade*: susceptibilidade para um resultado (*outcome*) desenvolvimental negativo no contexto do risco ou da adversidade (Masten & Gerwitz, 2006).

esforços *focados no problema* são dirigidos à definição do problema, geração de soluções alternativas, equacionamento das alternativas em termos de custos e benefícios, e escolha para agir, dentre as alternativas possíveis.

A escolha do tipo de EE utilizada dependeria do tipo de problema com o qual se está lidando. Situações que tendem a ser avaliadas como modificáveis evocariam mais respostas focalizadas no problema enquanto situações percebidas como inalteráveis evocariam mais respostas centradas na emoção (Folkman et al., 1986; Lazarus, 1993a). Para avaliar o enfrentamento, Lazarus e Folkman (1985) propuseram a *Ways of Coping Checklist*, um dos instrumentos principais da área, ainda referência na avaliação das estratégias de enfrentamento. Tal instrumento sofreu diversas adaptações, gerando várias versões e traduções (Gimenez & Queiroz, 1997; Savóia, 1999; Seidl, Trócoli & Zannon, 2001; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro & Becker, 1985).

Na ausência de modelos específicos que explicassem os processos de *coping* em crianças naquele momento histórico, o modelo de Lazarus e Folkman (1984), desenvolvido inicialmente para adultos, foi utilizado como referência teórica em várias investigações sobre o enfrentamento em crianças e adolescentes (Compas, 1987; Ryan-Wenger, 1990). Apesar de Lazarus e DeLongis (1983) discorrerem sobre as mudanças no enfrentamento ao longo do processo de envelhecimento, os autores não analisaram o *coping* na infância e na adolescência, nem suas transformações ao longo do desenvolvimento.

Historicamente, a proposta de Lazarus e Folkman (1984) foi a que apresentou maior impacto na área e foi relevante por modificar a tradição do estudo do enfrentamento baseado no estilo ou traço de personalidade, passando a ser visto como um processo. Tal avanço foi, para a época, a chave para a ampliação do campo de pesquisas do fenômeno, tanto que esta proposta é utilizada ainda hoje em pesquisas e intervenções, sendo a

perspectiva teórica preferencialmente referida nos trabalhos brasileiros²⁴. Mesmo assim, tem recebido algumas críticas em relação à classificação do *coping* nas categorias de focalização no problema e na emoção, à definição do *coping* como envolvendo apenas as respostas que requerem esforço consciente (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003) e por não abordar aspectos desenvolvimentais do enfrentamento (Compas, 1987; Compas et al., 2001; Peterson, 1989).

Na década de 90 do século passado, emergiu uma terceira abordagem teórica, entendendo o *coping* como *ação regulatória*, representada por Ellen Skinner e colaboradores (Aldwin, Skinner, Zimmer-Gembeck & Taylor, *in press*; Skinner, 1992, 1999, 2007; Skinner & Edge, 1998; 2002a, 2002b; Skinner & Wellborn, 1994, 1997; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007, 2009; Skinner et al., 2003; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008, 2009), e que tem por base os estudos de Compas e colaboradores sobre aspectos do enfrentamento em crianças e adolescentes (Compas, 1987, 2006; Compas et al., 2001; Compas, Malcarne & Banez, 1992; Compas, Malcarne & Fondacaro, 1988). Esta área tem se expandido nas últimas décadas (Lodge, 2006) e tal perspectiva do *coping* como ação regulatória será adotada como referencial teórico nesta pesquisa, sendo apresentada em detalhes a seguir.

1.2.2 O *coping* como ação regulatória

A proposição do *coping* como ação regulatória tem por base os estudos sobre a autorregulação, que consiste na capacidade de monitorar o próprio comportamento em resposta a diferentes demandas situacionais, a partir do conhecimento de si mesmo e do

²⁴ Para se ter uma ideia do impacto desta perspectiva na literatura brasileira, dos 195 artigos analisados na Tabela 2, 103 citam, em suas referências, trabalhos desta perspectiva. Ressalta-se que a proposição de um instrumento para a avaliação das estratégias de enfrentamento, a *Ways of Coping Checklist* (Lazarus & Folkman, 1985), contribuiu para a popularização dessa perspectiva teórica.

contexto (Sameroff, 2009). O *coping* como ação regulatória se vincula mais especificamente à autorregulação emocional, uma competência desenvolvida particularmente nos seis primeiros anos de vida da criança, que envolve a capacidade de ajustar respostas afetivas, de atenção e de comportamento motor voluntário, de forma dirigida ao alcance de objetivos (Klein, Gasparido & Linhares, 2011).

A relação entre o *coping* e a autorregulação emocional tem sido particularmente demonstrada em estudos com crianças, que investigam similaridades e discrepâncias entre esses dois conceitos, contribuindo para a compreensão do enfrentamento a partir de uma perspectiva do desenvolvimento (Compas, 2009; Skinner, 1998). Na infância, a capacidade da criança de alterar o ambiente é limitada, então, inicialmente, as estratégias de *coping* e de autorregulação são indiferenciadas; posteriormente, vão seguindo trajetórias diferentes, mas complementares (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Além disso, o nível de desenvolvimento do sujeito determina suas possibilidades de enfrentamento, pois o *coping* muda ao longo do desenvolvimento (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2009). Abordar o *coping* a partir de uma perspectiva desenvolvimentista é uma das virtudes da proposta do *coping* como ação regulatória (Less, 2007).

O *coping* é entendido, nessa perspectiva, como um processo transacional em que vários componentes da reação de estresse são evocados e coordenados em tempo real, para que as pessoas regulem comportamento, emoção e orientação motivacional em condições de estresse psicológico (Skinner & Wellborn, 1994). A teoria de base desta abordagem é conhecida como *Teoria Motivacional do Coping* (MTC, de *Motivational Theory of Coping*), proposta por Skinner e colaboradores (Skinner & Edge, 2002b)²⁵.

²⁵ A MTC, apesar de ser uma perspectiva mais recente, já conta com uma produção teórica extensa. Assim, para facilitar a aproximação do leitor ainda não familiarizado com tal abordagem teórica, são feitas sugestões de roteiro de leitura das obras dos autores no Apêndice C. Não se tem a pretensão de esgotar as possibilidades de leitura da teoria, apenas oferecer um roteiro mais estruturado de algumas obras dos autores.

O *coping* é considerado, portanto, como ação regulatória, sendo que o termo *ação* se refere a padrões organizados de comportamento, emoção, atenção e motivação (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2009) também chamados de *esquemas de ação*²⁶. Apesar de ter sido explicitamente delineado como uma proposta explicativa do enfrentamento na infância e na adolescência, o modelo de Skinner e Wellborn (1994) é perfeitamente aplicável em indivíduos adultos (Skinner & Wellborn, 1997)²⁷.

No que se refere ao caráter voluntário do *coping*, Skinner (1999) afirma que, apesar da maioria dos autores da área ter trabalhado com o conceito de respostas que requerem esforço (como é o caso da definição de Lazarus & Folkman, 1984), aspectos involuntários ou automáticos do processo não deveriam ser negligenciados. Isto porque, embora padrões de ação não sejam reflexos, eles são predisposições automatizadas para agir. Neste ponto, a conceituação de *coping* proposta por Skinner e colaboradores se diferencia daquela de Folkman e Lazarus em relação ao aspecto voluntário do *coping* (Compas et al., 2001; Compas, Connor, Osowiecki & Welch, 1997; Couceiro, 2008; Lees, 2007; Skinner & Wellborn, 1994).

O conceito de *coping* é entendido, portanto, como regulação da ação em situações de estresse, sendo um constructo organizacional que captura interações entre comportamento, emoção, atenção, cognição e motivação (Skinner & Wellborn, 1994). Essa definição implica, portanto, que as pessoas têm um papel ativo no processo de enfrentamento das situações adversas, sendo também modelados por esse processo, o qual

²⁶ Para Skinner (1999), a abordagem da ação não foi sempre mencionada pelas teorias anteriores do *coping*, mas é consistente com a maior parte delas, indicando que sua proposta não representa, necessariamente, uma ruptura com as propostas anteriores de compreensão do fenômeno, mas sim uma ampliação.

²⁷ Para uma revisão completa das similaridades e diferenças no estudo do enfrentamento em crianças e adultos, consultar Aldwin et al. (*in press*), disponível em: [http://pdx.edu/sites/www.pdx.edu/psy/files/Handbook%20of%20Life-Span%20Development_at_edit_ca%20\(2\).pdf](http://pdx.edu/sites/www.pdx.edu/psy/files/Handbook%20of%20Life-Span%20Development_at_edit_ca%20(2).pdf)

inclui também variáveis sociais e culturais, como crenças, recursos e valores individuais e demandas situacionais (Aldwin, 2009; Skinner, 1999).

Na perspectiva motivacional (Skinner, 1999), o *coping* engloba os esforços individuais para manter, restaurar e reparar as necessidades psicológicas básicas de *relacionamento*, *competência* e *autonomia* afetadas por experiências estressantes. Nesse processo, o indivíduo avalia em que extensão o contexto está contemplando ou ameaçando essas três necessidades básicas e, nesse sentido, tal avaliação é um pré-requisito para interpretações diferentes de eventos ambíguos, levando, conseqüentemente, a respostas diferentes ao estresse. Assim, o estresse está sendo concebido, nessa perspectiva, como preferencialmente ligado à percepção do indivíduo do quanto suas necessidades estão sendo afetadas, e não necessariamente como estando vinculado a alterações de respostas fisiológicas.

A avaliação da situação estressora determina tendências de ação (isto é, padrões de emoção, orientação e comportamento), podendo ser, de acordo com Skinner & Wellborn (1994), uma avaliação de dano, ameaça ou desafio, conforme já apontado por Lazarus e Folkman (1984). Tal avaliação é coconstruída pelas demandas do estressor objetivo e pelos recursos pessoais e sociais que cada indivíduo traz (Skinner, 1998). Existiriam situações, no entanto, que seriam estressores universais e envolveriam o caos, a coerção e a negligência (Skinner, 1999).

As instâncias do *caos* incluem a presença de um ambiente novo, imprevisível, não contingente ou insuficiente; a *coerção* incluiria situações em que há excesso de demandas, de restrição, de pressão ou de controle; e a *negligência* envolveria a separação, a privação ou a perda de figura de apego (Skinner, 1999). Destaca-se, nesse contexto, a

*incontrolabilidade*²⁸ como um aspecto de determinados estressores que coloca demandas significantes para todas as pessoas, sendo considerada, portanto, um fator estressor universal (Skinner & Edge, 2002b).

Eventos estressantes seriam, portanto, aqueles que ameaçam, ferem ou desafiam as três necessidades psicológicas básicas, assim entendidas por Skinner e Wellborn (1994): (a) *necessidade de relacionamento* - se refere a ter relacionamentos próximos com outras pessoas e sentir-se conectado a outros de forma segura, e a necessidade de se experimentar como valoroso e capaz de amar (autoestima); (b) *necessidade de competência* - diz respeito a ser efetivo em interações com o ambiente, alcançando resultados positivos e evitando os negativos; e (c) *necessidade de autonomia* - relaciona-se à livre determinação do curso de ação dos eventos, ou seja, à capacidade de escolha. Essas três necessidades são entendidas nesta perspectiva como universais, inatas e de valor evolutivo adaptativo (Skinner, 1999; Skinner & Edge, 2002b; Skinner & Wellborn, 1994).

Segundo a Teoria Motivacional do *Coping*, quando essas três necessidades psicológicas básicas estão sendo satisfeitas o indivíduo sente forte engajamento para a realização das atividades que estejam em curso, incluindo comportamentos, emoções e orientação de aproximação à tarefa, tais como persistência, atenção concentrada, curiosidade e interesse. Por outro lado, quando as necessidades básicas não estão sendo satisfeitas, ocorre a tendência ao afastamento da tarefa, por meio de evitação, passividade, resistência, ansiedade, medo e tédio, dentre outros (Skinner, 1992). Os autores da MTC desenvolveram vários trabalhos demonstrando a relação do engajamento (ou desengajamento) com o *coping*, sobretudo na realização de tarefas escolares (ver Skinner,

²⁸ Os trabalhos de Seligman e colaboradores (ver as revisões de Ferreira, 2010; e Motta, Abreu-Rodrigues & Sanabio-Heck, 2007) demonstraram os efeitos deletérios da incontrolabilidade dos eventos na aprendizagem de novas respostas e adaptação posterior do organismo.

Kindermann, Connell & Wellborn, 2009; Skinner, Kindermann & Furrer, 2009; Skinner, Furrer, Marchand & Kindermann, 2008; Skinner & Pitzer, 2012).

A partir de suas experiências com a satisfação dessas três necessidades (relacionamento, competência e autonomia) ao longo da vida, a pessoa cumulativamente constrói e revisa crenças sobre si mesma e sobre seu ambiente físico e social, chamadas pelos autores (Skinner & Edge, 2002b) de *self-system process* (processos autorreferenciais), que são convicções relativamente duráveis (crenças) sobre si mesmo e sobre o mundo. Tal sistema guia a participação e interpretação das interações sociais, sendo um elemento chave dos recursos (ou limitações) do indivíduo para enfrentar situações estressantes, pois influencia como a pessoa percebe a situação, o que ela focaliza e como ela a enfrenta.

Para melhor compreensão do processo de enfrentamento, é importante diferenciar as EE, os recursos de enfrentamento e as consequências deste. Os *recursos de enfrentamento* se referem ao que está disponível para que o indivíduo enfrente o estressor, enquanto que as *consequências do enfrentamento* dizem respeito aos efeitos do enfrentamento no curto e no longo prazo (as consequências de curto prazo são chamadas na literatura da área de *efetividade do coping*, segundo Skinner & Wellborn, 1997). Assim, uma definição clara de *coping* deve diferenciá-lo de seus antecedentes e de suas consequências (Skinner & Wellborn, 1994).

Um dos antecedentes mais importantes do enfrentamento é a *percepção de controle*, como Lazarus e Folkman (1984) já haviam colocado. A literatura sobre estresse mostra que, se o sujeito acreditar que é capaz de controlar um evento nocivo, ele o perceberá como menos estressante (Skinner, 1992; Skinner & Edge, 2002b; Skinner & Wellborn, 1994). Além disso, outros fatores pessoais, compreendidos sobre o rótulo de *personalidade* na

literatura, também atuam como uma variável moderadora do enfrentamento, ainda que de forma modesta (para uma revisão completa das relações entre personalidade e enfrentamento, ver Carver & Connor-Smith, 2010 e DeLongis & Holtzman, 2005).

O *suporte social* também tem sido descrito como um recurso importante, que molda a forma como o indivíduo enfrenta uma determinada situação. Pessoas que têm relacionamentos afetivos próximos se saem melhor no enfrentamento do estresse do que outras socialmente isoladas ou que têm conflitos em relacionamentos interpessoais (Cohen, Goldlieb & Underwood, 2000). Contudo, o contexto social pode ser fonte de suporte, mas também de coerção nas situações estressantes (Skinner & Edge, 2002b).

Empiricamente, é difícil encontrar fortes relações entre respostas específicas de *coping* em eventos particulares estressantes e as consequências do enfrentamento, pois, para isso, são necessárias várias medidas do enfrentamento e de outros constructos ao longo do tempo (Skinner & Wellborn, 1994). Não obstante tal dificuldade, os efeitos do enfrentamento na resiliência e na psicopatologia têm sido demonstrados em alguns estudos (Leipod & Greve, 2009; Luthar, Sawyer & Brown, 2006; Rueda & Rothbart, 2009; Rutter, 2007).

Os autores da abordagem do *coping* como ação regulatória propuseram um sistema estrutural e hierárquico, com distinção de níveis em que as respostas de *coping*, as EE e o processo adaptativo se relacionam. Na base do sistema (nível “inferior”), estão as *instâncias de coping* ou *comportamentos de coping*, que são as respostas do indivíduo (aquilo que ele faz ou pensa) ao lidar com situações estressantes. Este nível corresponde, em geral, aos comportamentos descritos nas escalas e instrumentos de autorrelato, que avaliam os comportamentos de *coping* em situações reais. Em um nível acima estão as *estratégias de enfrentamento* (EE), uma categorização dos comportamentos de *coping* a

partir de seu propósito, significado ou valor funcional. E, no nível superior, estão as *famílias de coping*, que são classificações das EE que fazem a ligação com os processos adaptativos, e são multidimensionais e multifuncionais (Skinner et al., 2003). Um esquema deste sistema pode ser visto na Figura 1.

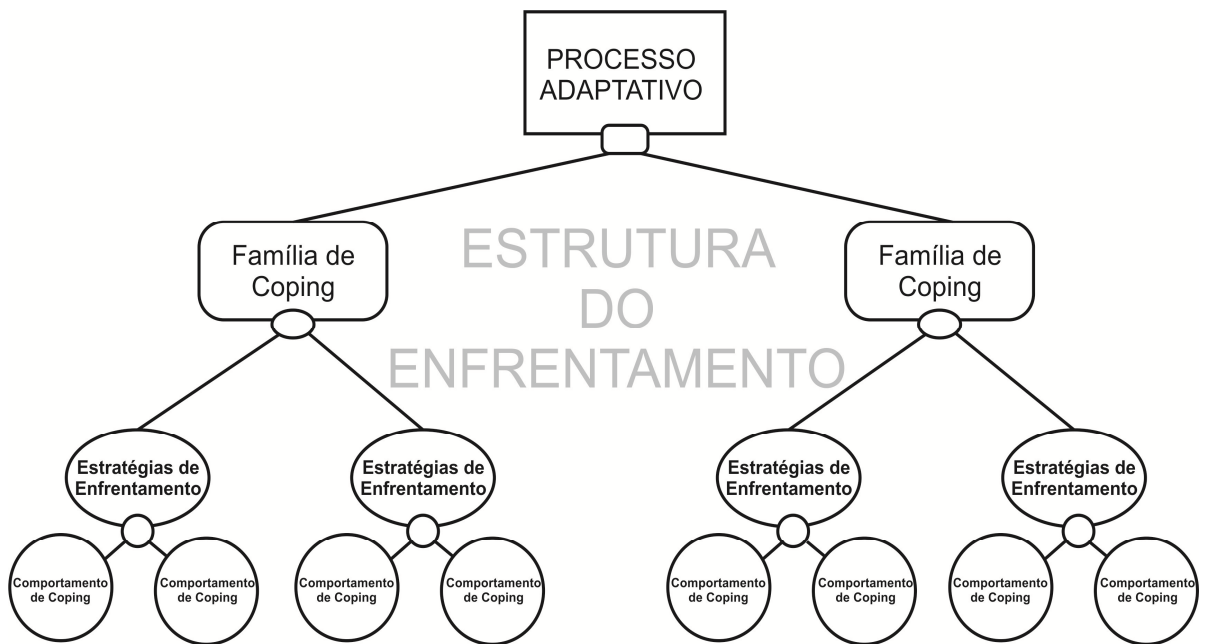


Figura 1. Hierarquia da estrutura do coping

Nota. Fonte: adaptado de Skinner et al. (2003), p. 218, tradução livre da pesquisadora.

A noção de *família de enfrentamento* permite que diferentes estratégias de enfrentamento sejam consideradas como participantes de um mesmo grupo, com base em características comuns. Todos os membros da mesma categoria ou família têm em comum um tipo particular de avaliação e um padrão típico de comportamento, emoção e orientação que caracterizam uma tendência de ação. Assim, as EE, que são potencialmente infinitas, dependendo das características específicas de um evento estressor, podem ser alocadas em um número finito de categorias que sejam significativas (Skinner & Edge, 2002b).

Descrições como “*Eu tentei fazer um plano de ação para segui-lo*” ou “*Tentei encontrar diferentes soluções para o meu problema*” seriam exemplos de comportamentos

de *coping*, que poderiam se agrupadas em uma EE denominada *planejar estratégias*, que, por sua vez, pertenceria à família de *coping* de *resolução de problemas*. Tal família de *coping* estaria relacionada ao processo adaptativo, pois permitiria ao indivíduo levantar ferramentas para lidar efetivamente com o estressor e modificá-lo.

Reside aqui um dos méritos da proposta de Skinner e colaboradores - fazer a ligação do enfrentamento com os processos adaptativos (Less, 2007; Lodge, 2006), pois, para esses autores, as EE não são simplesmente uma lista de ações que as pessoas fazem em tempos de dificuldade, mas sua taxonomia reflete processos adaptativos, que levam a diferentes efeitos do estresse no funcionamento e adaptação do indivíduo no curto, médio e longo prazo, envolvendo risco²⁹, resiliência e competência (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009).

Em um estudo de revisão da taxonomia das EE, em 100 trabalhos publicados na língua inglesa, como parte de uma força-tarefa internacional para análise das pesquisas sobre *coping*, Skinner et al. (2003) identificaram mais de 400 rótulos de categorias de *coping*³⁰. Após análise, os autores criticaram a utilização das funções do *coping* para se elaborar uma categorização do enfrentamento, tal qual proposto por Lazarus e Folkman (1984), quando dividem o *coping* em *focalizado no problema* e *focalizado na emoção*. Skinner et al. (2003) argumentam que usar simplesmente a função (foco no problema *versus* foco na emoção) para se definir categorias de alta ordem (famílias de enfrentamento) é um erro, porque estas podem servir a múltiplas funções. Assim, por exemplo, *fazer planos* é um comportamento de *coping* que guia a solução de problemas,

²⁹ *Risco*: probabilidade elevada de um resultado *desenvolvimental* negativo ou indesejável no futuro. *Fator de risco*: atributos mensuráveis do indivíduo, seus relacionamentos ou contextos associados com o risco (Masten & Gerwitz, 2006).

³⁰ Este trabalho dos autores é o que parece ter tido maior influência na literatura brasileira até o momento. Dos oito trabalhos do Apêndice B que citam, em suas referências, artigos da perspectiva do *coping* como ação regulatória, seis deles citam esse trabalho de revisão da taxonomia do enfrentamento (Skinner et al., 2003), demonstrando seu impacto na área.

mas pode, ao mesmo tempo, servir para acalmar a emoção; além disso, algumas EE parecem não pertencer a nenhuma dessas duas categorias, como a *busca de suporte social*.

A partir dessas análises, Skinner et al. (2003) propuseram sete critérios vistos como fundamentais para a elaboração de uma boa taxonomia do *coping*, e que deveriam ser atendidos para que um sistema de categorias fosse válido:

1. A definição da categoria é clara;
2. As categorias são mutuamente exclusivas;
3. O conjunto de categorias é compreensivo ou exaustivo (se refere à estrutura da categoria);
4. Cada categoria é funcionalmente homogênea;
5. As categorias são funcionalmente distintas entre si (se referem às funções do *coping*);
6. As categorias são produtivas; e
7. As categorias são flexíveis, isto é, podem ser aplicadas a vários estressores, contextos e níveis de idade.

Assim, a crítica à divisão do *coping* em focalizado no problema e na emoção coincide com a proposição dos três primeiros parâmetros de avaliação da categorização, pois tal distinção (problema *versus* emoção) não é conceitualmente clara, nem mutuamente exclusiva ou exaustiva. A mesma crítica pode ser feita a qualquer conjunto de categorias de alta ordem (famílias de *coping*) baseadas simplesmente nas funções do *coping*, pois tratá-las como se fossem tipos distintos de *coping* têm levado a uma simplificação conceitual: as EE não são funções, mas sim tipos de ação que têm funções. Além disso, uma dada ação pode ter tipicamente mais de uma função.

As funções do *coping* devem ser distintas das consequências do *coping*, pois estas se referem aos efeitos que as estratégias tiveram, enquanto que aquelas se referem ao propósito das estratégias. As funções em si não revelam nada sobre as consequências de uma estratégia em um determinado domínio, contexto ou tempo (Skinner et al., 2003). Já o sistema de famílias de enfrentamento proposto pelos autores, e apresentado a seguir, demonstra as funções adaptativas das estratégias e engloba diversos níveis de categorias de baixa ordem. Este sistema tem sido utilizado em diversos estudos internacionais e em alguns nacionais (Carnier, 2010; Kramer & Drapeu, 2009; Lees, 2007; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2010; Skinner & Edge, 2002a; Skinner et al., 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2003, 2009; Zimmer-Gembeck, Lees, Bradley & Skinner, 2009; Zimmer-Gembeck, Lees & Skinner, 2011; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008, 2011).

Nesse sistema, cada família representa uma classe de preocupações organizadas em padrões de resposta ou tendências de ação, que podem envolver múltiplas categorias de baixa ordem e que devem ser utilizadas como critério para que uma determinada estratégia possa ser membro daquela família. Distintas EE são acionadas caso a avaliação do estressor seja percebida como *ameaça* ou *desafio*, tanto ao *self* (si mesmo) como ao *contexto* (Skinner et al., 2003).

O sistema dos autores (Skinner et al., 2003), que pode ser visualizado na Tabela 4, apresenta, além dos comportamentos observados em cada família de *coping*, as emoções a ela relacionadas e as tendências de rota de ação do sujeito, sendo que na parte de cima da referida tabela estão respostas adaptativas ao estresse, relacionadas a um bom resultado ou desfecho desenvolvimental; na parte de baixo, estão as respostas associadas ao estresse negativo ou respostas mal adaptativas (Skinner et al., 2003).

Tabela 4. As 12 famílias de enfrentamento da Teoria Motivacional do Coping

RELACIONAMENTO		COMPETÊNCIA		AUTONOMIA			
DESAFIOS ao <i>SELF</i> CONTEXTO		DESAFIOS ao <i>SELF</i> CONTEXTO		DESAFIOS ao <i>SELF</i> CONTEXTO			
Autoconfiança Busca de suporte		Resolução de problemas Busca de informações		Acomodação Negociação			
C O M P O R T A M E N T O	Assumir/arcar	Busca de conforto Busca de ajuda	Planejar estratégias	Estudar Observar	Cooperação Concessão Empenho	Compromisso	
	E M O C Ã O	Acalmar-se Aceitar responsabilidades Preocupação com os outros	Confiança	Encorajamento Determinação Confiança	Interesse Otimismo Esperança	Aceitação	Ausência de culpa Assumir a perspectiva do outro
		O R I E N T A C Ã O	Proteção Blindagem Autofala positiva	Reconhecimento Valorização	Reparação Domínio	Prevenção Planejamento	Compromisso Convicção
AMEAÇAS ao <i>SELF</i> CONTEXTO		AMEAÇAS ao <i>SELF</i> CONTEXTO		AMEAÇAS ao <i>SELF</i> CONTEXTO			
Delegação Isolamento		Desamparo Fuga		Submissão Oposição			
C O M P O R T A M E N T O	Dependência Exigência Depender de outros Importunar	Afastamento Paralisar	Tentativas aleatórias Autoflagelação Sucumbir	Escapar Evitação	Perseveração Rigidez Apatia	Agressão	
	E M O C Ã O	Autopiedade Lamentação Vergonha	Solidão Desolação Saudade	Dúvidas Desânimo Culpa	Pessimismo Desesperança Medo	Autoculpa Descontentamento/desgosto	Projeção Culpar os outros Desabafo Explosão Raiva
O R I E N T A C Ã O	Abandono Irritação	Desconectar-se	Pânico Confusão	Procrastinação	Obsessão Ruminação Pensamentos intrusivos	Vingança	

Nota. Fonte: Skinner et al. (2003, p. 239), tradução livre da pesquisadora para uso na pesquisa.

O primeiro conjunto de famílias é organizado em termos de *desafio ou ameaça ao relacionamento*, e envolve a avaliação da disponibilidade (ou falta) de outros em quem confiar. Engloba também a necessidade de se sentir seguramente conectado a outros e a necessidade de se experimentar a si mesmo como tendo valor e capacidade de amar. As famílias relacionadas às avaliações de *desafio* são *autoconfiança* e *busca de suporte*, e as famílias associadas à avaliação de *ameaça*, incluem a *delegação* e o *isolamento* (ver Tabela 4). O processo adaptativo que está em jogo é a coordenação da confiança e dos recursos sociais disponíveis (Skinner et al., 2003).

O segundo conjunto de famílias de enfrentamento é organizado em torno *dos desafios e ameaças à competência* e envolve a avaliação de oportunidades (ou ameaças) ao controle e à necessidade de autodeterminação, ou seja, de fazer escolhas nas interações com o ambiente. Na avaliação de *desafio*, temos as famílias de enfrentamento *resolução de problemas* e *busca de informações*; e na percepção de *ameaça*, tem-se *desamparo* e *fuga* (ver Tabela 4). O processo adaptativo que está em jogo é a coordenação de ações e contingências (Skinner et al., 2003)

O terceiro conjunto é organizado em torno dos *desafios ou ameaças à autonomia* e contém a avaliação das oportunidades (ou ameaças) à ação autodeterminada e à necessidade de interações efetivas com o ambiente, ou seja, de alcançar consequências positivas e evitar as negativas. No par evocado pelas avaliações de *desafio*, tem-se *acomodação* e *negociação* e, no par evocado pela avaliação de *ameaça*, *submissão* e a *oposição* (ver Tabela 4). O processo adaptativo que está em jogo é a coordenação de preferências e opções disponíveis (Skinner et al., 2003).

Cada categoria pode, portanto, ser analisada em termos de seus comportamentos típicos, da emoção associada e da orientação motivacional. Cada uma das 12 famílias pode

englobar inúmeras EE. Uma síntese de exemplos de algumas dessas EE podem ser visualizados na Tabela 5.

Tabela 5. *Definição das 12 famílias de coping e exemplos de estratégias de enfrentamento*

FAMÍLIAS DE COPING	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO
1. Autoconfiança	Proteger recursos sociais disponíveis usando...	Regulação emocional, Regulação comportamental, Expressão emocional, Aproximação emocional.
2. Busca de suporte	Usar recursos sociais disponíveis por meio de...	Busca de contato, Busca de conforto, Ajuda instrumental, Referenciamento social.
3. Resolução de problemas	Ajustar ações para ser efetivo incluindo...	Planejar estratégias, Ação instrumental, Planejamento, Domínio.
4. Busca de informações	Encontrar contingências adicionais	Ler, Observar, Perguntar a outros.
5. Acomodação	Ajuste flexível de preferências às opções disponíveis por meio de...	Distração cognitiva, Reestruturação cognitiva, Minimização, Aceitação.
6. Negociação	Encontrar novas opções usando...	Barganha, Persuasão, Estabelecimento de prioridades.
7. Delegação	Limitação no uso de recursos por meio de...	Reclamação, Autoculpa, Lamentação, Busca de suporte mal adaptativo.
8. Isolamento	Afastamento de contextos sociais não apoiadores por meio de...	Afastamento social, Evitação de outros, Dissimulação, “Congelar”/paralisar.
9. Desamparo	Encontrar limites para a ação por meio de...	Confusão, Interferência cognitiva, Exaustão cognitiva, Passividade.
10. Fuga	Fugir de ambientes não contingentes por meio de...	Evitação comportamental, Afastamento mental, Negação, Pensamento desejoso.
11. Submissão	Desistir de preferências por meio de...	Ruminação, Pensamentos intrusivos, Perseveração rígida.
12. Oposição	Remover obstáculos por meio de...	Culpar outros, Projeção, Agressão, Desafiar.

Nota. Baseado em Skinner e Zimmer-Gembeck (2007; 2009), Zimmer-Gembeck e Skinner (2008) e Skinner et al. (2003). Tradução livre da pesquisadora para uso na pesquisa.

As famílias de *coping* representariam instâncias mais altas de categorização de determinadas estratégias que fariam a vinculação das EE com os processos adaptativos. Assim, em relação aos modelos anteriores, o sistema proposto pelos autores (Skinner et al., 2003) avança, do ponto de vista teórico, ao explicitar a relação das EE com suas funções adaptativas. A relação entre as famílias de enfrentamento e os processos adaptativos pode ser vista na Tabela 6.

Tabela 6. *Relações entre as famílias de coping, sua função e os processos adaptativos*

Famílias de coping	Função da família no processo adaptativo	Processo adaptativo
Resolução de problemas	Ajustar ações para ser efetivo	
Busca de informações	Encontrar contingências adicionais	Coordenar ações e contingências no ambiente
Desamparo	Encontrar limites das ações	
Fuga	Fuga de ambiente não contingente	
Autoconfiança	Proteger recursos sociais disponíveis	Coordenar a confiança e os recursos sociais disponíveis
Busca de suporte	Usar recursos sociais disponíveis	
Delegação	Encontrar limites dos recursos	
Isolamento	Afastar-se de contexto no qual não há suporte	
Acomodação	Flexibilidade para ajustar preferências e opções	Coordenar preferências e opções disponíveis
Negociação	Encontrar novas opções	
Submissão	Desistir de preferências	
Oposição	Remover restrições	

Nota. Baseado na tabela apresentada por Skinner e Zimmer-Gembeck (2007, p. 126). Tradução livre da pesquisadora para uso na pesquisa.

Ao fazer essa classificação, o sistema proposto por Skinner et al. (2003) consegue fazer a adequada diferenciação entre as estratégias de enfrentamento e os resultados do enfrentamento, um dos grandes desafios da área, dado o uso intercambiável e às vezes confuso dos dois conceitos (Aldwin, 2009; Rudolph, Denning & Weisz, 1995). Os resultados do enfrentamento, ou seja, seu desfecho adaptativo positivo ou negativo se refere a suas consequências para a saúde física e mental a médio e no longo prazo.

Contudo, apesar do sistema de categorias dos autores ser promissor, ainda existem poucos estudos empíricos investigando seu valor teórico e prático (sobretudo na literatura brasileira), sendo usado especialmente em crianças e adolescentes (Less, 2007), conforme demonstrado a seguir.

1.2.3 Avaliação das estratégias de enfrentamento e intervenção

Independente da proposta teórica adotada, avaliar as estratégias de enfrentamento (EE) utilizadas pelos indivíduos em situações concretas tem sido um dos grandes desafios da área e um de seus pontos mais problemáticos (Aldwin, 2009; Folkman & Moskowitz,

2004). Durante um episódio de *coping*, as EE podem se modificar dependendo de como a transação ocorre; assim, simplesmente selecionar o melhor questionário ou a melhor entrevista, por exemplo, pode não ser suficiente. O grande desafio dos pesquisadores é capturar o enfrentamento de um jeito que faça jus à sua riqueza conceitual e à sua complexidade (Skinner, 2007).

Como o *coping* é um processo dinâmico, sua avaliação deveria ser feita a partir de uma perspectiva multimetodológica, que combinasse medidas de autorrelato, observação, entrevistas e outras formas de avaliação (Skinner, 2007; Skinner et al., 2003), além da possibilidade de estudos experimentais ou quase experimentais do *coping* em ambientes naturais. Cada uma das medidas tem forças e limitações. Nesse contexto, o uso de instrumentos padronizados, tais como medidas de autorrelato e protocolos de observação, pode ser recurso extremamente útil por permitir uma avaliação mais rápida e direcionada das estratégias de enfrentamento do que as entrevistas, por exemplo. Além disso, tais instrumentos possibilitam comparações entre diferentes populações e diferentes tipos de estressores, o que contribuiria para o avanço e progresso da área.

Outro desafio metodológico se refere à classificação de um comportamento como sendo de *coping* (ou não), aspecto nem sempre consensual, pois designar um comportamento como enfrentamento ou não, envolve sempre uma inferência sobre o que a pessoa está tentando fazer. A interpretação de um comportamento como sendo de *coping* é, portanto, uma atribuição do pesquisador e não uma propriedade do comportamento em si (Holahan et al., 1996).

Na avaliação do enfrentamento, Schwarzer e Schwarzer (1996) apontam que deveriam ser consideradas a *estabilidade*, a *generalidade* e a *dimensionalidade* do *coping*, para que fosse possível fazer uma avaliação mais global do fenômeno. A *estabilidade* se

refere a padrões similares de respostas dos indivíduos, em muitos pontos ao longo de um tempo, no enfrentamento de um mesmo estressor. Quando se avalia o *coping* com instrumentos padronizados, podemos assumir que as pessoas possuem formas preferenciais de lidar com a adversidade e que continuam a aplicar as mesmas estratégias ao longo de um tempo, ou podemos afirmar que é o contexto que molda as estratégias e que elas variam com o tempo. A implicação disposicional (tendência de agir da mesma maneira) ajuda a reduzir a avaliação da complexidade do enfrentamento, mas tem um alto preço por negligenciar aspectos únicos das respostas de *coping* em situações específicas.

A *generalidade* se refere à consistência do *coping* entre diferentes situações. As pessoas usam as mesmas estratégias face aos diferentes estressores? Se as respostas puderem ser explicadas pelo evento isso refletiria um determinismo da situação; ao contrário, se as pessoas são consistentes, isto é, ainda que não exibam exatamente as mesmas respostas, se mostram certa tendência em selecionar estratégias de um mesmo tipo, então haveria um predomínio dos estilos individuais (Schwarzer & Schwarzer, 1996). Alguns estudos apontam aspectos situacionais como mais importantes na determinação do *coping* (Ouwehand, Ridder & Bensing, 2006).

A *dimensionalidade* diz respeito à estrutura interna, semântica de um atributo. Decidir se o constructo do *coping* é uni ou multifatorial deriva essencialmente de como a teoria define o fenômeno. Uma vez que as respostas de *coping* são potencialmente infinitas, torna-se útil classificar o *coping* de acordo com seu valor funcional, propósito ou significado. A análise fatorial, um conjunto de técnicas estatísticas para tornar os dados observados mais facilmente interpretados, pode ser útil na determinação da dimensionalidade do enfrentamento (Schwarzer & Schwarzer, 1996).

O número de dimensões propostas na explicação do enfrentamento depende do que é estabelecido teoricamente como sendo a hierarquia do enfrentamento, e o alto grau de variações situacionais e interindividuais do enfrentamento implica o estabelecimento de um pequeno número de dimensões estáveis (do ponto de vista da análise fatorial), que estão ligadas a uma variedade de estratégias (Schwarzer & Schwarzer, 1996). Skinner et al. (2003), por exemplo, propõem o sistema de 12 categorias para classificar as formas de enfrentamento, só para citar um exemplo de dimensionalidade do *coping*.

Apesar das três dimensões (estabilidade, generalidade e dimensionalidade) serem apontadas por Schwarzer e Schwarzer (1996) como fundamentais na avaliação do enfrentamento, nem todos os estudos abarcam tal complexidade por limitações metodológicas diversas. Não obstante as dificuldades de avaliação deste fenômeno complexo e pouco consensual, alguns esforços têm sido feitos para se construir instrumentos padronizados que avaliem as estratégias de enfrentamento.

Utilizando a Teoria Motivacional do *Coping*, Skinner e Edge (2002a) realizaram uma pesquisa longitudinal (durante três anos), com 1.600 crianças, investigando o efeito do suporte parental no *coping* infantil e os efeitos recíprocos deste *coping* infantil nas mudanças no suporte parental, demonstrando a viabilidade do sistema de análise baseado nas 12 famílias de enfrentamento. O mesmo sistema de categorias também foi utilizado por Zimmer-Gembeck e Skinner (2011), em uma meta-análise de 58 pesquisas sobre *coping*, mostrando as mudanças desenvolvimentais nas estratégias de enfrentamento de crianças de diferentes grupos etários. Essas autoras enfatizaram os aspectos normativos do desenvolvimento do *coping*, mostrando as famílias tipicamente utilizadas pelas crianças e

adolescentes em diferentes idades³¹.

Outro exemplo de aplicação das 12 famílias de enfrentamento foi feito por Lees (2007), que elaborou a *Motivational Theory of Coping Scale-12* (Escala MTC-12), aplicada em crianças de diferentes idades e sexo, após assistirem a pequenos vídeos com situações potencialmente estressoras. As respostas de *coping* da criança, bem como medidas de temperamento e formas de enfrentamento dos pais foram correlacionadas às reações de estresse da criança e suas avaliações do evento estressante. Essa Tese gerou outros trabalhos que também demonstraram a viabilidade do sistema de 12 categorias (Zimmer-Gembeck et al., 2009; Zimmer-Gembeck et al., 2011).

Os autores da abordagem do *coping* como ação regulatória têm elaborado instrumentos³² preferencialmente para avaliação do *coping* em crianças (Skinner & Wellborn, 1997). Além disso, também construíram instrumentos que avaliam a percepção de controle (Skinner, Chapman & Baltes, 1988; Wellborn, Connell & Skinner, 1989), o engajamento do aluno em sala de aula (Skinner, Kindermann & Furrer, 2009; Wellborn, 1991) e a interação pais-crianças (Skinner, Johnson & Snyder, 2005).

No país, a partir do trabalho de Motta (2007) pesquisas têm sido realizadas usando esse modelo teórico-metodológico, especificamente avaliando as EE de crianças em situação de hospitalização por razões diversas, sobretudo o câncer (Carnier, 2010; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2010; Motta-Loss, Felizardo & Enumo, 2011). Além disso, Motta e Enumo (2010) propuseram um programa de intervenção psicológica lúdica para alteração das EE de crianças com câncer, a partir do sistema de categorias proposto por Skinner et al. (2003).

³¹ Uma revisão mais extensa sobre *coping* ao longo do ciclo de vida pode ser vista em Aldwin et al. (*in press*, disponível em [http://pdx.edu/sites/www.pdx.edu/psy/files/Handbook%20of%20Life-Span%20Development_at_edit_ca%20\(2\).pdf](http://pdx.edu/sites/www.pdx.edu/psy/files/Handbook%20of%20Life-Span%20Development_at_edit_ca%20(2).pdf)).

³² Instrumentos disponíveis em: <http://pdx.edu/psy/ellen-skinner-phd-professor-of-human-development-and-psychologyassociate-chair-department-of-0>

Apesar de haver instrumentos gerados diretamente da MTC, como os mencionados acima, outros estudos têm usado diversas escalas, cujos itens são vistos como comportamentos de *coping* e cuja funcionalidade é posteriormente identificada. Para isto, a observação e a entrevista parecem importantes, além da escala. Uma alternativa é usar os métodos análogos (ver Lees, 2007), com representações ao vivo, videotapes ou em áudio.

No Brasil, o volume da literatura em relação à quantidade de instrumentos construídos para a avaliação do *coping*, se comparado à literatura internacional, não é muito extenso (Savóia, 1999). Em revisão de artigos empíricos (relacionados no Apêndice A) foram identificados alguns instrumentos utilizados na literatura nacional para se avaliar o enfrentamento, tanto em adultos como em crianças, e em contexto gerais e específicos.

O instrumento mais frequentemente utilizado para se avaliar as EE foi a entrevista especialmente elaborada, com 74 ocorrências, do total de 175 (42,3%). No que se refere aos instrumentos padronizados, predomina o uso do *Inventário de Estratégias de Coping* (*Ways of Coping Checklist*), proposto originalmente por Folkman e Lazarus (1985), quer seja na versão adaptada por Savóia, Santana e Mejias (1996), com 22 ocorrências (12,5%), quer seja na validação feita por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001), a qual deu origem à *Escala Modos de Enfrentamento de Problemas* (EMEP), também com 22 ocorrências (12,5%) - Tabela B1, Apêndice B.

Percebe-se também que existem poucos instrumentos disponíveis para a avaliação do enfrentamento na literatura brasileira que tenham sido adequadamente traduzidos e adaptados para o português (vide Apêndice B). Além disso, o país ainda carece de uma avaliação integrativa dos resultados produzidos em pesquisas conduzidas com esses instrumentos, a exemplo do que é feito com os instrumentos que avaliam o *coping* na literatura em inglês, a partir da avaliação baseada em evidências (Blount et al., 2008). A

medida das estratégias de enfrentamento permanece, portanto, como um dos grandes desafios da área.

Além de avaliar as EE, mudar a forma como as pessoas reagem ao estresse tem sido um objetivo da Psicologia, pois melhorias no processo de enfrentamento podem ter resultados positivos na saúde física e mental, e, cumulativamente, no curso do desenvolvimento de um indivíduo (Skinner, 1998). Os objetivos das intervenções para a mudança do *coping* devem ser, não apenas modificar o nível de uma estratégia de enfrentamento, mas criar uma força de crescimento dinâmica que possa continuar a gerar interações que permitam a ampliação das capacidades de *coping* (Skinner, 1998). Como o *coping* é baseado em interações, então os parceiros nas interações também são alvos válidos da intervenção (Skinner, 1998; Skinner & Wellborn, 1997).

A tarefa de alterar o enfrentamento de um indivíduo não é fácil, pois se está lidando com um fenômeno mutável, e, ao mesmo tempo, relacionado a padrões de ação prévios dos indivíduos, de certa forma cristalizados (Skinner, 1998). Para alterar o *coping*, é necessário mudar também o contexto social e a maneira como o indivíduo interpreta as situações (Skinner, 1999; 2007).

É fundamental, para a proposição de intervenções que objetivam alterar as EE, a compreensão do contexto estressor que a pessoa está enfrentando. Tal compreensão deve incluir os aspectos de severidade, controlabilidade e domínio (contexto) do estressor (Carver & Connor-Smith, 2010), conforme será demonstrado a seguir, no caso de mães de bebês PT-BP internados em UTIN.

1.3 Estresse e enfrentamento em mães de bebês prematuros e com baixo peso internados em UTIN

Consistente com o modelo de enfrentamento como ação regulatória, anteriormente exposto, Skinner e Wellborn (1994) propõem que, para concluir que uma dada situação é estressante, é necessário identificar a natureza do evento e avaliar se ele representa uma ameaça ou desafio ao relacionamento, à competência ou à autonomia (ou a todos) em diferentes indivíduos, em momentos distintos de seu ciclo vital. Avaliando a experiência de ser mãe de um bebê PT-BP internado em UTIN e com risco de morte ou risco ao desenvolvimento, com base na MTC, no que se refere à ameaça ou desafio às três necessidades básicas, podemos observar que existem, nesse contexto:

1. *Ameaças/desafios ao relacionamento*: a mãe internada junto com o bebê está afastada do seu contexto de vida familiar e social, e nem sempre fontes de suporte social estão disponíveis ou diretamente acessíveis nesse período, ou mesmo após a alta hospitalar;
2. *Ameaças/desafios à competência*: a mãe nem sempre dispõe dos recursos ou informações necessárias para ser efetiva face aos desafios encontrados no contexto da hospitalização do bebê na UTIN, e posteriormente, em casa; e
3. *Ameaças/desafios à autonomia*: a mãe não pode interferir diretamente no curso da evolução da saúde do bebê estando, portanto, em uma situação de pouca capacidade de escolha e determinação dos eventos. Assim, pode-se concluir que a experiência de ter um bebê PT-BP apresenta ameaças e desafios às três necessidades psicológicas básicas, sendo potencialmente estressante.

As instâncias do caos, que envolvem um ambiente novo, imprevisível e não contingente (Evans & Wachs, 2010; Skinner, 1999; Skinner & Wellborn, 1994), também

estão presentes no contexto da UTIN, pouco familiar e usual para a maioria dos sujeitos. Dessa maneira, coerentemente com o modelo teórico da MTC, parte-se do pressuposto que as mães de bebês PT-BP internados em UTIN estão, em sua maioria, atravessando uma situação de estresse. A Figura 2 sintetiza os principais estressores potenciais da hospitalização do bebê PT-BP (Crepaldi, 1998; Cruvinel & Pauletti, 2009; Ditz, Melo & Pinheiro, 2006; Santos & Silva, 2006; Soares, 2008; Turini et al., 2008; Wright & Leahey, 2002).



Figura 2. Estressores potenciais no contexto da hospitalização do bebê na UTIN.

Além da consistência com o modelo teórico, muitos estudos descritos na literatura sustentam o pressuposto de que as mães estão, nesse contexto, passando por uma situação de estresse (Engler, 2005; Hill, Aldag, Demirtas, Zinaman & Chatterton, 2006; Ramos et al., 2008; Singer, Salvator, Guo, Collin, Lilien & Baley, 1999; Ukpong, Fatoye, Oseni & Adewuya, 2003). Pesquisas demonstram que o nível de estresse em mães de bebês PT-BP

internados em UTIN é superior ao de mães de crianças nascidas a termo, não obstante a falta de concordância na própria definição dos termos e na maneira de medi-los (Fraga, Linhares, Carvalho & Martinez, 2008; Hill et al., 2006; Raeside, 1997; Singer et al., 1999; Ukpong et al., 2003).

O nascimento prematuro representa um momento de crise para a família e o estresse gerado pela percepção da condição de risco da criança e sua consequente hospitalização na UTIN podem interferir na formação de vínculos afetivos entre a mãe e o bebê (Barros, 2001; Feldman, 2007; MS, 2002). O estresse é influenciado, nesse contexto, pelas circunstâncias relacionadas ao nascimento do bebê, pelo próprio ambiente da UTIN e pela fragilidade física e imaturidade da criança (Browne & Talmi, 2005; Engler, 2005). Também se relaciona à preocupação da mãe em deixar os outros filhos temporariamente desassistidos e o cuidado da família de lado, por ter que passar seu tempo no hospital com o bebê.

Ter um bebê PT-BP é uma situação inesperada e de difícil compreensão (dimensão da novidade) e enfrentamento para essas mães (Arruda & Marcon, 2007; Barros & Trindade, 2007; Fraga & Pedro, 2004; Guimarães, 2010; Guimarães & Monticelli, 2007; Monteiro, Silva & Silva, 2002; Siqueira & Dias, 2011), por se defrontarem com um bebê diferente do esperado (Baldini & Crebs, 1998; Miles, Holditch-Davis, Schwartz & Scher, 2007; Santos & Menandro, 2005). O momento em que a mãe recebe a notícia da internação tende a ser experimentado de forma negativa, sendo frequentes os sentimentos de culpa, insegurança, medo e tristeza (Sousa, Araújo, Costa, Carvalho & Silva, 2009) sendo que, muitas vezes, as mães não se recordam de quem lhes deu a notícia ou só se lembram de informações esporádicas da situação (Crepaldi & Varela, 2000).

Além disso, estão presentes, nesse contexto a submissão à rotina hospitalar estressante, com procedimentos dolorosos e invasivos, e o afastamento do convívio dos outros filhos, gerando desintegração temporária do convívio familiar e transferência da responsabilidade do cuidado com os outros filhos para outra pessoa da família (Sousa et al., 2009). A falta de conhecimento sobre o contexto da UTI e sua associação a um lugar de sofrimento e morte (Sousa, Chaves & Silva, 2006), contribuem para que a primeira visita à UTIN seja permeada pela sensação de “choque” e pelos sentimentos de tristeza e desespero (Souza, Araújo, Azevedo, Jerônimo, Barbosa, & Sousa, 2007).

Nesse contexto, é extremamente importante para o enfrentamento a existência de redes de suporte social representadas pelos profissionais de saúde do hospital, pela família ampliada e até mesmo pelos outros pais de bebês na mesma situação (Morsch, Braga, Borges, Kislánov & Cupolillo, 2012). Tais redes podem conferir à família suporte emocional, material e instrumental, cada uma a seu modo, mas de formas complementares.

Buscando compreender a experiência de 20 mães de bebês prematuros (ingressantes no alojamento Canguru) e suas relações com o aleitamento, Guimarães (2010) realizou um trabalho que avaliou as EE dessas mães utilizando a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) de Seidl, Tróccoli e Zannon (2001) e entrevista estruturada. Nos resultados da EMEP, predominam EE focalizadas na busca de práticas religiosas ($M= 4,20$; $DP= 0,73$), seguida por focalização no problema ($M= 3,56$; $DP= 0,82$), busca de suporte social ($M= 2,81$; $DP= 1,42$), e por fim, focalização na emoção ($M= 1,94$; $DP= 0,77$). Além disso, o suporte institucional provido por meio do Método Canguru e apoio familiar recebido favoreceram a amamentação do bebê. O uso de EE focadas em práticas religiosas em mães com problemas de amamentação e com bebês com menor idade gestacional e

peso ao nascimento se relacionaram com maior tempo para translactação³³ e início da amamentação. Guimarães (2010) também encontrou associações estatisticamente significativas (p -valor $\leq 0,05$) entre: (a) o uso de EE focalizadas no problema e as mães serem católicas ($p=0,016$) e de classes socioeconômicas mais altas na amostra (renda familiar média entre R\$1.318 e R\$2.256, $p=0,003$); e (b) mães com mais de um filho e enfrentamento focado na emoção ($p=0,018$). Além disso, Guimarães (2010) também encontrou relações entre mães que permaneceram mais tempo no hospital (31 a 62 dias) e indicadores positivos de enfrentamento (confiança, satisfação, aprendizado e gratidão).

A comunicação com a equipe de saúde pode se constituir em fator estressor no ambiente da UTIN, devido à utilização de termos e conceitos que as mães nem sempre estão familiarizadas. Por outro lado, quando a comunicação é estabelecida adequadamente, pode facilitar o enfrentamento da situação por parte da família, sendo elemento fundamental na humanização (Roseiro, 2010). Os propósitos da comunicação com a família devem ser: criação de uma boa relação interpessoal, troca de informações, tomada de decisões em relação ao tratamento do bebê, entre outros (Turini et al., 2008).

É necessário, no contexto da internação, que a equipe uniformize que tipo de informação deseja transmitir e como isso será feito (Crepaldi & Varella, 2000). A comunicação adequada pode facilitar a adesão, amenizar o sofrimento associado ao problema do bebê e aumentar a compreensão da informação transmitida (Turini et al., 2008). Além disso, a comunicação com os profissionais é um elemento chave na avaliação de satisfação em Unidades de Terapia Intensiva (Moritz, 2007).

A informação deve ser dada de forma progressiva com níveis crescentes de complexidade, permitindo à família compreender aos poucos a situação do bebê e aprender

³³ A translactação é uma técnica para alimentar prematuros, usada para evocar reflexos de busca e sucção do recém-nascido (Guimarães, 2010).

a lidar com ela e deve incorporar a percepção do familiar acerca da doença que, em geral, diverge do modelo clínico médico (Caprara & Rodrigues, 2004). Nesse sentido, a equipe de saúde deve: evitar linguagem excessivamente técnica ou rebuscada, usar metáforas para facilitar compreensão, pedir *feedback* sobre a compreensão da informação, entre outros aspectos (Votre, Rosa, Salis, Carvalho & Silva, 2009).

Além de lidar com os aspectos da comunicação profissional a respeito da evolução clínica do estado de saúde do bebê, a possibilidade do bebê vir a óbito está sempre presente no ambiente da UTIN, sendo a morte mais um possível evento estressor a ser enfrentado nesse contexto. A responsabilidade de comunicação da morte do paciente é do médico, que nem sempre foi adequadamente capacitado ou se sente preparado para dar a notícia (Azeredo, Rocha & Carvalho, 2011; Hoffmann, 1993; Perosa & Ranzani, 2008; Starzewski Junior, Rolim & Marrone, 2005), sendo sua frieza na comunicação uma das principais queixas da família nesse momento (Starzewski Junior et al., 2005).

Perosa e Ranzani (2008) apontaram que uma revisão de literatura realizada pela OMS sobre a comunicação de más notícias mostrou que os médicos assumem três posturas relacionadas a quanto o paciente deve saber sobre a gravidade do seu problema: (a) a de defender que a informação deve ser dada na íntegra, sem considerar as percepções ou necessidades do paciente; (b) a de que o paciente não deve saber de nada quando se trata de doença letal, cabendo ao médico engendrar os esforços necessários para que o possível tratamento possa ser feito; e (c) uma perspectiva mais flexível, que recomenda levar em conta os fatores psicológicos e sociológicos do paciente, a fim de se decidir o quanto deve ser contado. Para os autores (Perosa & Ranzani, 2008) é extremamente relevante capacitar os futuros médicos para enfrentar essas situações difíceis.

Nesse contexto, a morte também é um momento de sofrimento para o restante da equipe, principalmente para a enfermagem que é quem presta os cuidados diretos ao paciente, estabelece vínculos com ele e realiza os procedimentos de preparação do corpo pós-morte (Ribeiro, Baraldi & Silva, 1998). A morte é considerada por esses profissionais um dos momentos mais difíceis a se enfrentar, acompanhado de sentimentos de tristeza, impotência, perda e fracasso (Gutierrez & Ciampone, 2006, 2007; Salome, Cavali & Esposito, 2009; Shimizu & Ciampone, 2002). Além disso, a cultura em algumas instituições de saúde, que propaga que o comportamento considerado “ideal” é o do profissional que não se envolve e não demonstra seu sofrimento, acaba dificultando o enfrentamento da situação (Aguilar, Veloso, Pinheiro & Ximenes, 2006).

Após a comunicação da morte, inicia-se o processo de luto. O luto é uma reação esperada após o rompimento de um vínculo, sendo definido como um processo cognitivo de confronto com a realidade da perda por meio da morte (Stroebe & Schut, 2010). O luto parental após a morte de uma criança é influenciado pela gravidade da doença, pela qualidade do cuidado oferecido à criança e pela habilidade dos pais em enfrentar a situação, isto é, o *coping* (Meert, Thruston & Thomas, 2011), que, por sua vez, é influenciado pelo suporte social recebido dos profissionais, de membros da família e de amigos (Glaser, Busher, Moergeli, Fauchère & Buechi, 2007).

A perda de um bebê pode provocar estresse, depressão, ansiedade e desespero nos pais, especialmente durante os primeiros meses após a perda (Glaser et al., 2007). É importante que os pais possam participar ativamente do processo da perda, por exemplo, preparando um funeral adequado para o bebê. Além disso, o sentimento de ter recebido suporte emocional nesse momento difícil ajuda no processo da perda, e a maioria dos pais

saudáveis psicologicamente são capazes de lidar com essa situação de dor e superá-la (Glaser et al., 2007).

Na experiência do luto, é importante levar em consideração o tempo do indivíduo de processar e lidar com a perda. Algumas pessoas enlutadas são pressionadas, sobretudo pelos familiares mais próximos, a deixar prematuramente a experiência do luto ou a desenvolver autocontrole em relação às emoções associadas ao luto, o que pode gerar isolamento social ou sensação de falta de reconhecimento da dor experimentada com a perda (Gesteira, Barbosa & Endo, 2006).

Merece destaque, no contexto do enfrentamento da hospitalização do bebê PT-BP e também da perda deste bebê, a religiosidade, sendo o *coping* religioso/espiritual definido como o uso de crenças e comportamentos religiosos para: (a) lidar com o estresse e facilitar a resolução de problemas, e (b) prevenir ou aliviar os aspectos emocionais negativos do confronto com o estressor (Panzini & Bandeira, 2007). A religião pode ser um elemento fundamental para dar sentido ao ocorrido e propiciar sensação de controle em relação ao estressor (Panzini & Bandeira, 2007), especialmente na situação de internação de um filho, na qual a fé em Deus costuma ser a primeira e mais importante força para lidar com a situação, mesmo para os pais que não têm religião específica, conforme identificado por Borba Ribeiro e Hauser (2009).

Destaca-se, no país, a importância do contexto religioso como provedor não só de suporte social, mas também de suporte instrumental para a resolução de problemas. Além disso, a religião permite à pessoa dar significado aos eventos, compreendendo-os como parte de um projeto ou propósito mais amplo, e permite a compreensão de que os eventos podem levar a um crescimento pessoal, gerando mais sabedoria, equilíbrio e maturidade (Faria & Seidl, 2005).

Não obstante, o enfrentamento religioso também pode contribuir para formas menos adaptativas de se lidar com o estressor, sobretudo nas situações nas quais há uma negação do evento ocorrido ou a aceitação passiva do evento (como “vontade de Deus”, por exemplo), gerando resignação (Goulart, Somarriba & Xavier, 2005) ou nas quais há o sentimento de que o estressor é uma punição de Deus (Faria & Seidl, 2005). A literatura aponta que o *coping* religioso é utilizado preferencialmente em contextos de crise, diante de situações que envolvam saúde e doença, e com problemas relacionados ao envelhecimento e à morte (Panzini & Bandeira, 2007)³⁴.

Além dos fatores estressores descritos anteriormente (contexto da UTIN, comunicação com a equipe, afastamento da rotina e de fontes de suporte social, e medo da morte do bebê) presentes no contexto da hospitalização, o momento da alta do bebê também pode ser percebido pelas mães como estressante, uma vez que o bebê de alto risco tende a dar mais trabalho com a alimentação e talvez necessite de medicação e cuidados adicionais após a alta hospitalar (Pacheco & Cabral, 2011). O planejamento da alta hospitalar deve estar presente, no contexto da UTIN, desde o início, com os objetivos de preparar e ensinar os pais sobre as maneiras mais apropriadas de prestar cuidados e responder às necessidades dos filhos, de fortalecer o vínculo e de informar sobre a importância do seguimento (Schermann & Brum, 2012; Sousa, Silva & Guimarães, 2008).

Em função de todos os motivos expostos anteriormente, podemos concluir que essas mães estão em situação de vulnerabilidade para problemas emocionais, entre os quais se destaca o estresse, além de outros problemas psicológicos, tais como depressão e ansiedade, também relatados na literatura da área (Garel, Bahuaud & Blondel, 2004; Guimarães & Monticelli, 2007; Miles et al., 2007; Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte &

³⁴ Para uma revisão completa sobre o tema, consultar Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press, New York; literatura fundamental no tema.

Martinez, 2004). Desse modo, a persistência de sintomas emocionais negativos da mãe pode transformar-se em um fator de risco para o desenvolvimento do bebê (Ruiz, Cernadas, Craverdi & Rodriguez, 2005), pois as variáveis de risco maternas e infantis se moldam mutuamente, influenciando-se de maneira sistêmica e recíproca (Sameroff, 1987).

O estresse psicológico está relacionado a efeitos negativos no desenvolvimento cognitivo, emocional e comportamental dos bebês (Britton, 2005; Singer et al., 1999), sendo que as variáveis de risco da mãe são fortes preditoras do desenvolvimento social e acadêmico da criança (Pianta & Stuhlman, 2004). Somam-se a esses estressores a própria condição de risco ao desenvolvimento que esses bebês apresentam, pois, a depender da sua condição de prematuridade, da gravidade do seu peso, da presença de outras complicações perinatais, e da associação com outros fatores de risco, a criança poderá apresentar problemas de desenvolvimento, incluindo: deficiências motoras, visuais e auditivas; retardo mental; distúrbios de atenção; atrasos em diversos aspectos do desenvolvimento; dificuldades de aprendizagem em idade escolar; e pior desempenho em testes de capacidades cognitivas e lingüísticas, quando comparadas a crianças nascidas a termo e com peso adequado³⁵ (Araújo, Pereira & Kac, 2007; Blühler, Flabiano, Mendes & Limongi, 2007; Bordin, Linhares & Jorge, 2001; Carvalho, Linhares, Machado & Martinez, 2003; Carvalho, Linhares & Martinez, 2001; Espírito Santo, Portuguez & Nunes, 2009; Gama, Ferracioli & Corrêa, 2004; Klein & Linhares, 2004; Linhares, Bordin & Carvalho, 2004; Linhares, Chimello, Bordin, Carvalho & Martinez, 2005; Oliveira, 2008; Pedromônico, 2004, 2006; Singer et al., 1999; Tommiska, Östhberg & Fellman, 2002).

Todos os fatores anteriormente apresentados apontam para a vivência de estresse no contexto da internação do bebê PT-BP; assim, na metodologia utilizada nesta Tese,

³⁵ O aumento de deficiências entre os bebês PT-BP oriundos da UTIN engendra debates éticos em torno da justificativa do cuidado intenso para bebês muito imaturos (ver Lanski, 2006; e Singer et al. 1999).

analisaremos diretamente o processo de enfrentamento das mães, partindo da premissa teórica de que elas estão, em sua maioria, passando por uma situação de estresse. Obviamente, tal premissa pode não ser verdadeira para toda e qualquer mãe nesse contexto, ou seja, algumas delas podem não experimentar a situação como um problema ou necessariamente, percebê-la como uma ameaça ou desafio e se organizarem bem diante da situação. No entanto, acreditamos que as evidências da literatura são suficientemente fortes para supor que a maioria dos sujeitos, nesse contexto, experimentará a situação como estressante.

Poderia ser levantada a objeção de que o estresse das mães participantes deveria ser avaliado, ao invés de ser adotado como premissa, mas isso acarretaria a inclusão de novos instrumentos na pesquisa, onerando a participação das mães. Além da coerência com o modelo teórico e com os dados da literatura que embasam esse pressuposto, uma pesquisa realizada com as mães do hospital no qual os estudos desta Tese foram desenvolvidos mostrou resultados compatíveis (Ramos et al., 2008), razão pela qual passamos a descrevê-la.

Foi realizada uma pesquisa com um grupo de mães de bebês PT-BP internados na UTIN do Hospital Doutor Dório Silva (HDDS), que encontrou escores de estresse significativos entre as participantes (Ramos et al., 2008)³⁶. Foram avaliadas 31 mães de bebês PT-BP, internados na UTIN do HDDS, entre os meses de março e maio de 2008. Após a explicação dos procedimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as mães participantes responderam aos seguintes instrumentos: Escala de *Stress* ISSL (Lipp, 2000), Critério de Classificação Econômica Brasil-2008 (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2008), para estimar a renda familiar e

³⁶ Nessa pesquisa, também foram avaliados indicadores de depressão e ansiedade entre as mães. Tais resultados podem ser conferidos no estudo original (Ramos et. al, 2008).

questionário sociodemográfico. As mães foram recrutadas e avaliadas individualmente no próprio hospital.

Essas mães tinham entre 14 e 38 anos (média = 24,1 anos), a maioria (32,3%) tinha o Ensino Médio incompleto, e 1,83 filhos em média; sendo a maioria casada ou em união estável (64,5%). A renda familiar média estimada foi menor que dois salários-mínimos (R\$ 726,20), variando de R\$ 484,97 a R\$ 3.479,36. Os resultados obtidos foram: seis mães estavam sem estresse (19,4%), o que está abaixo do esperado para a população normal (33% a 39%) e 25 mães (80,6%) apresentaram sintomas de estresse, sendo que o máximo esperado era de 67%. A maioria dessas mães (n= 31) estava em *fase de resistência* (61,13%), havendo 16,1% na fase de exaustão, ou seja, 14,1 pontos percentuais acima do esperado, que é de 1 a 2% (Lipp, 2000). Além disso, cinco mães (16,1%) encontravam-se na *fase de exaustão* do estresse. Os escores de estresse obtidos estão acima do esperado para a população, corroborando os achados da literatura nacional e internacional nesta amostra da população (Ramos et al., 2008).

A partir do contexto apresentado pela literatura no que se refere ao estresse e ao enfrentamento em mães de bebês PT-BP internados em UTIN, bem como dos dados sobre estresse coletados com essa população no hospital do presente estudo é que se justificam intervenções com essas famílias, focadas no enfrentamento, a fim de auxiliá-las a desenvolverem recursos (ou ampliem os já disponíveis) para lidar com a situação do bebê em todos os seus aspectos.

As intervenções com essas mães podem ser feitas na modalidade individual ou grupal. As intervenções em grupo possuem como vantagens: possibilitar a troca de experiências entre os participantes e apoio mútuo (Baldini & Crebs, 1998; Motta, Issi & Ribeiro, 2009); aprendizado via observação da conduta de outros pais (Baldini & Crebs,

1998); e maior possibilidade de acesso às intervenções, principalmente, em serviços públicos, nos quais a demanda é grande, e, às vezes, o número de profissionais pequeno.

Além disso, intervenções em grupo estruturadas têm se mostrado mais eficazes que intervenções não estruturadas (Barros, 2009; Carvalho, 2005; Castro & Mastropieri, 1986; Formiga, Pedrazzani, Silva & Lima, 2004), embora alguns autores defendam intervenções não estruturadas com familiares de bebês prematuros (Braga & Morsch, 2004). A seguir, serão apresentadas e analisadas algumas propostas de intervenção em grupo para mães de bebês internados em UTIN.

1.4 Intervenções em grupo dirigidas a mães de bebês PT-BP internados em UTIN

Nessa área de estudo do *coping*, além de avaliar as EE, busca-se também alterar a maneira como os indivíduos enfrentam os eventos estressores por meio de programas de intervenção (Skinner & Edge, 1998). Apesar de não terem sido encontrados, na literatura, relatos de programas de intervenção diretamente focados nas EE de mães de bebês PT-BP internados em UTIN, vários outros trabalhos de intervenção foram realizados com essa população. Uma síntese dos principais programas encontrados na literatura brasileira³⁷ e suas principais características pode ser vista na Tabela 7.

³⁷ Internacionalmente, merece destaque o Programa *Creating Opportunities for Parent Empowerment* (COPE) (Melnyck et al., 2008), por ser um modelo de intervenção precoce dirigido a pais de bebês prematuros para prevenir interações pais-bebê negativas e reduzir o tempo de internação hospitalar do bebê, com quatro sessões de intervenção e testado com 260 famílias.

Tabela 7. Principais programas brasileiros de intervenção para familiares de bebês prematuros e com baixo peso

Pesquisas empíricas com programas de intervenção				
Autores	Sujeitos	Objetivo e/ou características do Programa	Procedimentos	Resultados e Conclusões
Brum e Schermann (2007)	28 pares de mães e seus bebês PT	Avaliar a efetividade de uma intervenção precoce para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê PT. Exibição de filme experimental com o seguinte conteúdo: 1. Familiarização: apresentação da UTIN, com explicações sobre equipamentos e procedimentos, através do relato de profissionais da equipe multidisciplinar; 2. Capacidades sociais do bebê RN: relato de psicólogos enfocando e demonstrando as capacidades dos recém-nascidos para formar vínculos. 3. Depoimentos de profissionais e mães de bebês sobre a importância da presença da mãe e do vínculo para a recuperação do bebê.	Grupo Experimental (GE) = 14 mães assistiram a um “videofilme” focado na promoção da qualidade do vínculo mãe-bebê. Grupo Controle (GC) = 14 mães assistiram a um “videofilme” sobre cuidados de rotina do bebê (banho, amamentação, cuidado com o coto umbilical, dentre outros).	Os resultados não diferenciaram GE e GC na quase totalidade das avaliações realizadas, o que leva a crer que somente uma intervenção em forma de videofilme, realizada no hospital, não seja suficiente para alterar positivamente a qualidade do vínculo mãe-bebê na população de pré-termos estudada. Sugere-se maior frequência de intervenções hospitalares e a inclusão de intervenções domiciliares, bem como seguimentos longitudinais de médio prazo com pares de mães e bebês PT.
Carvalho (2005)	59 mães de bebês PT-BP, internados em UTIN e em Berçário de Cuidados Intermediários	Avaliação e comparação dos indicadores maternos de ansiedade, depressão e irritabilidade, antes e após a aplicação de um programa de intervenção psicológica.	GE = 36 mães participantes de intervenção psicológica de rotina associada a acolhimento estruturado com material de apoio (vídeo e manual). GC = 23 mães participantes da intervenção psicológica de rotina, sem material de apoio.	Redução dos níveis de ansiedade e depressão em ambos os grupos após a alta hospitalar. Maior redução da ansiedade-estado no GE. Confirma-se a necessidade de apoio psicológico aos pais de bebês PT hospitalizados em UTIN para enfrentamento do estresse decorrente da situação de hospitalização do bebê.

Tabela 7. *Principais programas... (cont.)*

Autores	Sujeitos	Objetivo e/ou características do Programa	Procedimentos	Resultados e Conclusões
Formiga et al., (2004)	8 mães de bebês PT	O programa contava com a participação das mães durante o treino do bebê (fisioterapia). O treino das mães enfocava 5 aspectos: a) manter diálogo com o bebê durante a sessão de treino; b) posicionar corretamente a criança para a realização dos treinos; c) estimular a criança a se movimentar com manuseio adequado e auxílio de brinquedos e recursos disponíveis em casa; d) reforçar o comportamento da criança ao atingir o objetivo esperado da tarefa proposta; e e) atentar para as respostas da criança a cada tarefa treinada, anotando qualquer dúvida.	GE = 4 mães receberam orientações e treinamento, GC = 4 mães que não receberam qualquer orientação específica ou treinamento, somente os cuidados habituais do serviço.	Bebês de mães do GE tiveram evolução mais significativa que os bebês do GC pelo Inventário Portage Operacionalizado. Sugere-se que a participação das mães nos treinos pode ter influenciado sua relação com o bebê, fazendo-as se sentirem mais capazes e competentes para cuidar do bebê.
Gasparetto, Bussab e Barros (2008)	29 mães de bebês PT-BP	Elaboração de um vídeo didático, com enfoque construtivista-desenvolvimentista.	Após a exibição do vídeo, o terapeuta levantava questionamentos sobre as cenas exibidas e, a partir de temas previamente selecionados, apresentava informações e tirava dúvidas das mães.	Vídeo: importante componente de intervenção para a resolução de conflitos e para aumentar a sensibilidade da mãe e promover maior qualidade na interação mãe-bebê.
Ruiz et al., (2005)	60 pais de bebês PT-BP	Programa de intervenção psicológica sobre o nível de estresse, depressão e ansiedade das mães com presença de diferentes profissionais (médico, enfermeiro e psicólogo), em 4 etapas, com diversas estratégias de intervenção.	GC = 29 pais que recebiam os cuidados habituais do serviço hospitalar. GE = 31 pais que recebiam, além dos cuidados habituais do serviço, uma atenção individualizada. Os grupos eram similares em termos dos aspectos socioeconômicos, demográficos e educacionais.	GE apresentou níveis significativamente menores de estresse e de depressão materna do que GC. O modelo de intervenção pode contribuir para melhorar a relação mãe-bebê e para o desenvolvimento futuro da criança.

Tabela 7. *Principais programas... (cont.)*

Autores	Sujeitos	Objetivo e/ou características do Programa	Procedimentos	Resultados e Conclusões
Sadeck, Calil, Livramento, Madjar, Toma, Ramos e Leone (1986)	60 mães de bebês de alto risco	GRUPAR – grupo de intervenção para pais de recém-nascido de alto risco.	Durante as reuniões, as mães recebiam orientações sobre aleitamento materno, cuidados básicos de higiene com os bebês e tinham oportunidade de esclarecer suas dúvidas.	Grupo de pais pode ser uma estratégia válida para diminuir a ansiedade dos pais durante a internação e melhorar a evolução do RN, após a alta hospitalar.
Relatos de experiência com programas de intervenção				
Autores	Características do Programa e Objetivos			
Dittz et al., (2006)	Objetivos: orientar e encorajar os pais a desempenharem tarefas de cuidado que favoreçam o desenvolvimento de bebês internados em UTIN, com o objetivo de informar, esclarecer e dar orientações sobre diversos temas relativos à amamentação. Realizado por terapeutas ocupacionais do Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte.			
Linhares, Carvalho, Bordin e Jorge (1999)	Programa de Apoio Psicológico às mães de bebês prematuros internados na UTI Neonatal com objetivo de informar, orientar e oferecer suporte psicossocial às mães. Atividades: visita monitorada, grupo de suporte psicossocial e atendimento individual à mãe. Realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.			
Scochi et al., (2003)	Programa composto por: a) acompanhamento dos pais na primeira visita à UTIN, apoiando-os e informando-os sobre os equipamentos que cercam o RN; b) incentivo ao toque e a fala com o bebê; e c) participação em um grupo de apoio, junto a outros pais que passam pela mesma experiência de internação. Intervenções da equipe de enfermagem de uma UTIN em um Hospital-Escola de Ribeirão Preto.			

O suporte emocional à família do RN de alto risco deve ser iniciado, para o Ministério da Saúde (2002), desde o nascimento, com atendimento dos pais, em grupo ou individualmente, com a finalidade de ajudá-los a lidar com a hospitalização, prepará-los para alta hospitalar e torná-los capaz de identificar precocemente desvios do desenvolvimento. Além disso, a hospitalização, para Barros (2003), pode ser ocasião de aprendizagem e desenvolvimento para as crianças hospitalizadas e suas famílias, desde que haja figuras de suporte e modelos de atuação adequados.

Correia, Carvalho e Linhares (2008) sugerem que o grupo de apoio psicológico pode ser um espaço que facilite a reflexão de sentimentos e a orientação para que as mães tenham melhor condição de enfrentamento no período de internação do bebê, podendo, inclusive, minimizar o impacto das consequências imediatas desfavoráveis da internação na UTIN sobre a relação mãe-bebê, além de contribuir para a redução dos níveis maternos de ansiedade e depressão. A existência de programas de suporte e informação para os pais de bebês internados em UTIN, de acordo com Fraga et al. (2008), está associada: a menores níveis de estresse, ansiedade-estado e depressão; à diminuição de sentimentos negativos dos pais em relação ao nascimento do PT; e ao aumento da crença das mães em sua habilidade de cuidar do bebê, propiciando maior interação.

Consistente com a literatura apresentada, considera-se que intervenções em grupo são estratégias importantes e eficazes junto ao tipo de população da presente pesquisa. Nesse sentido, ao se propor intervenções como esta, parte-se do princípio de que tais intervenções podem ser um fator de proteção³⁸ ou uma variável promotora do desenvolvimento do RN (Barros, 2001), ainda que não se possa afirmar que grupos desse

³⁸ *Fatores de proteção*: atributos mensuráveis do indivíduo, seus relacionamentos ou contextos particularmente associados com *resultados desenvolvimentais* positivos no contexto do risco ou adversidade (Masten & Gerwitz, 2006).

tipo produzam efeitos benéficos duradouros, e sim melhoras temporárias (Baldini & Crebbs, 1998). O enfrentamento da condição de risco do neonato é um desafio para as famílias e para a equipe de saúde que lida diretamente com os pais no contexto da internação (Barbosa & Rodrigues, 2004). A Psicologia Pediátrica deve se ocupar desse campo.

Na análise da eficácia de intervenções em grupo dirigidas a essa população, é necessário avaliar o grau de adesão dos sujeitos à proposta apresentada, bem como sua satisfação ao final da participação em programas desse tipo. Além disso, especial atenção deve ser dada à figura do mediador do grupo, no sentido de compreender como suas intervenções podem facilitar o enfrentamento.

A adesão é um fenômeno múltiplo e complexo e refere-se a um conjunto de comportamentos, entre os quais, destacam-se o cumprimento adequado das indicações terapêuticas e prescrições recebidas, e a participação ativa em programas, intervenções e estratégias para a promoção de saúde (Arias, 2001; Ferreira, 2006; Malerbi, 2000; Ramos & Enumo, 2009). A adesão é descrita pela literatura como um conceito chave para o sucesso de tratamentos e programas de intervenção na área da saúde (Straub, 2005).

Os fatores envolvidos na adesão não são limitados ao simples cumprimento de regras prescritas pelo profissional de saúde, mas envolvem a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença (Mendonça & Ferreira, 2005). Entre os fatores que influenciam a adesão estão: a forma como a informação é transmitida, a compreensão acerca dos benefícios do tratamento e as variáveis pessoais (Oliveira & Ferreira, 2010).

Estudos sobre adesão são, portanto, fundamentais para avaliar a eficácia de intervenções em grupo na área da saúde, sendo que a adesão deve ser avaliada não apenas por medidas indiretas (tais como o relato verbal), mas também por meio de medidas

diretas, como a observação. A análise de comportamentos não verbais, via observação em situação de intervenção em grupo, pode fornecer indicadores importantes sobre o fenômeno, uma vez que medidas indiretas obtidas por meio de relato verbal podem obedecer a critérios de desejabilidade social³⁹.

Além da avaliação da adesão, medidas de satisfação do usuário também devem ser levadas em consideração em programas de intervenção em grupo em contextos de saúde (Eyberg, 1993). A avaliação de satisfação do usuário é considerada uma meta a ser alcançada pelos serviços de saúde no Brasil, a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo servir, de acordo com Espiridião e Trad (2006), para subsidiar a tomada de decisão na implantação de modificações e no aperfeiçoamento do serviço.

A satisfação é considerada uma atitude positiva em relação ao serviço prestado e depende tanto de fatores do indivíduo, quanto dos aspectos do cuidado oferecido, que vão desde o ambiente físico até à relação profissional-usuário (Espiridião & Trad, 2006). Os estudos sobre satisfação servem para descrever os serviços na perspectiva do usuário e também para avaliar sua qualidade.

Para Espiridião e Trad (2005), ainda falta no Brasil uma cultura de pesquisas sobre a satisfação, pois o tema acaba sendo de interesse preferencial de gestores preocupados em melhorar os serviços de saúde, mas ainda é pouco valorizado na comunidade médica e científica. Tal situação se reflete na falta de instrumentos padronizados no país para se avaliar a satisfação, que acabam sendo propostos de maneira “caseira” pelo pesquisador (Espiridião & Trad, 2006).

³⁹ A desejabilidade social implica em responder aquilo que o participante acha que o pesquisador espera ouvir, ou seja, respostas socialmente mais aceitáveis, e não de fato o que ele pensa na situação (Ribas Júnior & Moura, 2004).

Outro aspecto que merece destaque nas intervenções em grupo é a atuação do mediador. Tal função pode ser ocupada por diferentes profissionais no âmbito das intervenções em saúde, mas se preconiza que mediar significa situar-se entre o indivíduo mediado (neste caso, a mãe) e os estímulos do novo universo (o bebê PT-BP, a hospitalização, a equipe de saúde e a UTIN), de modo a selecioná-los, mudá-los, ampliá-los ou reinterpretá-los, por meio de estratégias interativas (Fonseca & Cunha, 2003).

O mediador deve filtrar, interpretar e elaborar os diferentes estímulos em um processo interativo organismo-ambiente, com objetivo de mudança do nível de desenvolvimento do indivíduo naquele momento (Lidz, 2002; Linhares, Escolano & Enumo, 2006). No campo do enfrentamento, o mediador pode dar modelos e facilitar o *coping*, contribuindo para a ampliação e desenvolvimento das capacidades de enfrentamento do indivíduo, por meio de: (a) envolvimento caloroso; (b) fornecimento de estrutura; e (c) oferecimento de suporte para o desenvolvimento da autonomia.

Ao prover um *ambiente caloroso*, por meio da expressão de afeto e cuidado, o mediador ajuda o indivíduo a se sentir amado e pertencente a um determinado grupo (necessidade de relacionamento). O *fornecimento de estrutura* ocorre quando a pessoa interage com um contexto estruturado, previsível, contingente e consistente, contribuindo com o desenvolvimento de sua competência. Finalmente, oferecer *suporte para o desenvolvimento da autonomia* significa que o mediador do *coping* respeita o indivíduo, permitindo a ele liberdade de ação e expressão e o encoraja a aceitar suas preferências e desejos, sem uso de controle e coerção (Skinner & Edge, 2002a).

A atuação do mediador do *coping* é crítica quando ele participa diretamente de interações que são estressantes, pois ele pode fazer a diferença na forma como o indivíduo interpreta, experimenta, reage e lida com o estresse. O mediador, nesse contexto, mostrará

que respeita a experiência emocional do indivíduo, confortando, ensinando estratégias que acalmam as emoções, envolvendo-se na experiência emocional do outro e usando estratégias de enfrentamento que são apropriadas à situação (Skinner & Edge, 2002a).

Em uma situação estressante, é particularmente difícil manter ações organizadas, focadas, coerentes, flexíveis e direcionadas à meta, pois o efeito do estresse bloqueia, em parte, o acesso da pessoa às suas capacidades pessoais. A atuação do mediador pode, portanto, ser decisiva nesse processo de ajudar o indivíduo a reestabelecer e manter o acesso aos seus recursos pessoais (Skinner & Edge, 2002a). A mediação pode acontecer de forma espontânea, isto é, de maneira não planejada nas situações e contextos com os quais interagimos, e de forma planejada, como é o caso do grupo de mães proposto na presente pesquisa.

1.5 Problema de pesquisa e suas hipóteses

Esta Tese aborda, conforme exposto, um tema pouco estudado no país: o enfrentamento de mães ao lidar com o estresse decorrente da adversidade do nascimento de um bebê PT-BP, durante sua internação em UTIN, no contexto da participação em um Grupo de Mães, e após a alta hospitalar ou óbito do bebê. Parte-se, então, do princípio de que essas mães estão sujeitas a situação de estresse (Engler, 2005; Hill et al., 2006; Ramos et al., 2008; Singer et al., 1999; Ukpong et al., 2003), associada à hospitalização do filho e ao risco de problemas de desenvolvimento que o bebê pode apresentar ou mesmo de morte (Blühler et al., 2007; Bordin et al., 2001; Carvalho et al., 2001; Carvalho et al., 2003; Espírito Santo et al., 2009; Linhares et al., 2004; Linhares et al., 2005; Oliveira, 2008; Pedromônico, 2004, 2006; Tommiska et al., 2002). E considera-se que esta é uma condição de vulnerabilidade para a família, especialmente para a mãe, pelo risco de apresentar

problemas emocionais, como ansiedade e depressão (Garel et al., 2004; Miles et al., 2007; Padovani et al., 2004), os quais podem afetar a relação mãe-bebê (Feldman, 2007; MS, 2002) e gerar consequências para o desenvolvimento infantil (Melo & Rocha, 1999).

Considera-se também que as estratégias de enfrentamento apresentadas pelas mães diante das condições de nascimento do filho e da hospitalização do bebê PT-BP podem facilitar ou não o processo de adaptação à condição de ser mãe de um bebê de risco, uma vez que a mãe pode perceber tal situação como uma ameaça ou como desafio às três necessidades psicológicas básicas de relacionamento, competência e autonomia (Skinner & Edge, 2002a). Isso indica a importância de se avaliar as EE das mães e intervir no seu processo de enfrentamento.

E, na medida em que intervenções em grupo estruturadas são mais adequadas no contexto de saúde (Barros, 2009; Carvalho, 2005; Castro & Mastropieri 1986; Formiga et al., 2004), sendo importante o papel do mediador nessa intervenção (Fonseca & Cunha, 2003; Linhares et al., 2006; Skinner & Edge, 2002a), foi proposto o seguinte problema de pesquisa: “De que maneira mães de bebês PT-BP internados em UTIN estão enfrentando a hospitalização no contexto de um Grupo de Mães (estruturado, com metodologia breve e conduzido por mediador) e o dia a dia com o bebê após a alta hospitalar, ou após o óbito?”

Para tal investigação, adotou-se como referencial teórico a abordagem do *coping* como ação regulatória, representada pela Teoria Motivacional do *Coping* (MTC), de Skinner e Wellborn (1994) e o sistema de 12 famílias de enfrentamento, derivado da proposta dos autores (Skinner et al., 2003). Foram avaliadas, assim, as seguintes hipóteses:

1. Existem diferenças na forma das mães enfrentarem a situação do bebê nos diferentes momentos: inicial (notícia da PT-BP e internação em UTIN), hospitalização, após a alta hospitalar ou no óbito do bebê;

2. Existem diferenças no enfrentamento da hospitalização em função das variáveis sociodemográficas das mães e das variáveis neonatais do bebê;
3. Grupo de Mães estruturado e com metodologia breve é capaz de auxiliar no enfrentamento dessas mães;
4. A forma de atuação do mediador é elemento fundamental para que o Grupo de Mães seja facilitador do enfrentamento das mães.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo Geral

Analisar o processo de enfrentamento da hospitalização em mães de bebês PT-BP internados em UTIN, no contexto da participação em um Grupo de Mães, e após a alta hospitalar ou o óbito do bebê.

1.6.2 Objetivos Específicos

1. Identificar, descrever, comparar e analisar as estratégias de enfrentamento do estresse de mães de bebês prematuros e com baixo peso (PT-BP), no momento da notícia, durante a internação do bebê na UTIN e após a alta hospitalar ou óbito do bebê, com base na Teoria Motivacional do *Coping* (Skinner & Wellborn, 1994);
2. Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas na forma de enfrentar a hospitalização em função das variáveis sociodemográficas das mães e das variáveis neonatais do bebê;
3. Descrever o enfrentamento dos pais e familiares do bebê, a partir da perspectiva das mães;

4. Identificar, descrever e analisar aspectos de um Programa de Intervenção em Grupo para Mães de Bebês PT-BP internados em UTIN (PIG-UTIN), voltado para promoção do *coping* dessas mães;
5. Descrever e analisar a atuação do mediador do PIG-UTIN de acordo com os critérios de mediação considerados fundamentais para a promoção do *coping*;
6. Discutir a viabilidade do uso do sistema de 12 famílias de enfrentamento de Skinner et al. (2003) para a análise do *coping* em adultos e suas contribuições para a compreensão deste processo e de seu desfecho em termos de consequências adaptativas, bem como para o avanço teórico da área.

2. MÉTODO

Inicialmente, foi elaborado o projeto de pesquisa, sendo submetido ao Exame de Qualificação, em setembro de 2009. Após sua aprovação, o projeto foi submetido aos Comitês de Ética do Centro de Ciências da Saúde da UFES, e da Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Espírito Santo (SESA) - em virtude da pesquisa ser realizada em hospital público estadual - e aprovada nos Comitês em outubro e novembro de 2009, respectivamente (Anexos B e C).

Em dezembro de 2009, foi realizado o estudo-piloto da proposta de intervenção, e algumas mudanças foram feitas em relação ao que foi originalmente proposto no Exame de Qualificação. A intervenção, originalmente proposta para durar cinco dias, foi reduzida para dois, principalmente, em função da falta de disponibilidade das mães, da alta hospitalar, e da dificuldade ou impossibilidade de algumas mães irem ao hospital todos os dias. Além disso, foram feitos alguns ajustes nos roteiros de entrevista.

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e julho de 2010. Em outubro de 2010, foi realizada uma devolução parcial dos resultados preliminares desta pesquisa, em um treinamento denominado “Humanização na UTIN: cuidado ao recém-nascido e comunicação com a família”, realizado com os funcionários do setor, e divulgado junto à equipe técnica da UTIN (Apêndice D)⁴⁰. O treinamento foi realizado em quatro grupos (em função dos turnos de serviço), contando, no total, com a participação de 23 profissionais, entre técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogo.

⁴⁰ A então mestrande Cláudia Paresqui Roseiro também ministrou o treinamento, realizando a devolutiva de sua pesquisa sobre humanização na UTIN (Roseiro, 2010).

A metodologia utilizada nesta pesquisa foi replicada na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), sob a coordenação da Professora Doutora Ana Cristina Barros da Cunha, com autorização do Comitê de Ética da UFRJ (Anexo D), juntamente com outras pesquisas coordenadas pela referida professora. A equipe da Maternidade-Escola⁴¹ foi treinada na aplicação do procedimento da pesquisa e no uso e correção dos instrumentos nos dias 26 e 27 de outubro de 2010; e a coleta de dados iniciou-se em outubro de 2010, já tendo resultado em algumas apresentações conjuntas dos dados preliminares (Cunha et al., 2011; Ramos et al., 2011).

A parceria com outros hospitais compõe um dos objetivos do Grupo de Trabalho em Psicologia Pediátrica (GT-PP) da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), ao qual o grupo de pesquisa da Profa. Dra. Sônia Enumo está filiado, conseqüentemente, esta pesquisa também. O GT-PP busca a integração de dados de pesquisa produzidos em diferentes contextos, com vistas à aplicação prática dos conhecimentos produzidos (Grupo de Trabalho em Psicologia Pediátrica, 2010).

A replicação da pesquisa em outros hospitais poderá gerar um conjunto de dados que aumente a validade externa⁴² dos resultados obtidos e facilite a generalização das discussões apresentadas para a população de mães de bebês PT-BP internados em outras UTIN. Dessa maneira, esperamos dar continuidade a esta pesquisa, gerando informações socialmente úteis.

Ao longo desta pesquisa, foram capacitadas 12 pessoas: um aluno de pós-graduação, e cinco de graduação (um bolsista de IC, quatro voluntários), pertencentes à

⁴¹ A equipe participante do treinamento e da coleta de dados foi formada por: Luciana Ferreira Monteiro, Psicóloga do Serviço; Ana Paula Medeiros, Residente em Psicologia; Cristiane Tonnesen Rocha, Residente em Psicologia; Laura Lopes, Bolsista de Iniciação Científica (IC); Anderson Moreira, Bolsista de IC; Camilla Stembrock Pereira, estagiária; além da Professora Doutora Ana Cristina Barros da Cunha, coordenadora da pesquisa na maternidade escola da UFRJ.

⁴² A validade externa se refere à generalização dos resultados para outras populações, contextos e tempos (Holahan, Moos & Schaefer, 1996).

UFES; e uma psicóloga, duas psicólogas residentes em maternidade, e três alunos de graduação (dois bolsistas de IC e um voluntário) da UFRJ. A produção científica, vinculada a esta Tese, com análises preliminares dos dados incluiu: um artigo completo publicado em periódico (Ramos, Enumo, Paula & Vicente, 2010); um trabalho completo publicado em anais de congresso internacional (Ramos, Vicente et al. 2011); um resumo expandido publicado em anais de congresso (Ramos & Enumo, 2010); e quatro resumos publicados em anais de congressos nacionais (Cunha et al., 2011; Ramos, Enumo, Paula, Vicente & Macedo, 2011; Ramos, Enumo, Vicente, Macedo & Machado, 2010; Ramos, Vicente, Macedo, Paula & Enumo, 2011).

2.1 Caracterização da pesquisa

Esta pesquisa é de natureza qualitativa⁴³. De acordo com Alves-Mazzotti e Gewandsznajer (1999), neste tipo de pesquisa, podem ser usados vários procedimentos e instrumentos de coleta de dados, conferindo-lhe uma característica multimetodológica. Trabalha-se também com a triangulação, feita a partir da comparação de dados coletados por métodos qualitativos e quantitativos (Pereira, 1999).

Para a etapa do estudo relativa à intervenção realizada com grupo de mães na UTIN foi feito um delineamento quase experimental, de grupo único (ou delineamento de pré e pós-intervenção), sem grupo controle (Meltzoff, 2001), com medida de seguimento. A proposta de intervenção foi especialmente elaborada para esta pesquisa, sendo de duração breve (Barros, 2003) em função das características da população e do local onde a pesquisa foi realizada; e conduzida por Psicóloga (com função de mediadora). Como não se trata de uma pesquisa experimental propriamente dita, não se pode afirmar de forma inequívoca

⁴³ Foram adotadas, no presente trabalho, as normas da *American Psychological Association* (APA, 2005).

que um grupo, tal qual proposto aqui, promova o enfrentamento, mas apenas analisar a existência de indicadores para tal fato.

2.2 Participantes

Participaram deste estudo 25 mães e seus bebês internados na UTIN do Hospital Doutor Dório Silva (HDDS), sendo a hospitalização decorrente da condição de prematuridade, de baixo peso ou de ambas as condições (PT-BP). No período da coleta de dados destinado à composição da amostra (janeiro a maio de 2010) 199 bebês se enquadravam nesse perfil; assim, esta amostra equivalia a 12,56% de díades mãe-bebê PT-BP internados na UTIN do referido hospital. Destes 199 bebês, 39 (19,6%) eram só PT, 41 (20,6%) tinham só BP, e 119 (59,8%) eram PT-BP; sendo que 45,72% dos partos foram normais e 54,28% cesarianas. A idade gestacional (IG) média desses bebês foi de 34,37 semanas (amplitude de variação [AV]= 16-41; mediana [Mdn]= 35,4), e a média de peso foi de 2.106 gramas (AV= 555-3.910, Mdn= 2.160); e suas mães tinham entre 15 e 44 anos, com média de 28,05 anos (Mdn = 28), e realizaram, em média, 5,4 consultas de pré-natal. Além disso, no mesmo período, 185 bebês estiveram na UTIN por outras condições que não a PT-BP e em 42 casos, não havia dados sobre a IG e o peso ao nascimento, totalizando 426 bebês internados neste período.

A amostra foi de *conveniência* ou de *oportunidade*, na qual o pesquisador seleciona os membros da população que estão acessíveis para participar do estudo (Meltzoff, 2001). As mães não estavam, necessariamente, disponíveis ao mesmo tempo para compor a amostra, o que dificultou a condição de randomização (cada sujeito da população ter igual chance de ser escolhido para participar do estudo). Além disso, a composição de uma amostra aleatória implicaria em dispor de mais tempo para a coleta de dados. A principal

limitação de uma amostra de conveniência é a ausência de representatividade da população, gerando dificuldades na generalização dos resultados do estudo (Meltzoff, 2001).

O fato de termos somente mães como participantes da pesquisa não significa desconsiderar ou negligenciar a importância do pai nesse contexto; apenas, assumimos, pela experiência prévia no contexto do próprio hospital, que o pai nem sempre está acessível para este tipo de intervenção, uma vez que: (a) é a mãe que fica internada juntamente com o bebê; (b) alguns pais trabalham e ficam impossibilitados de comparecer ao hospital diariamente para a intervenção, no horário programado; (c) alguns pais não dispõem de recursos financeiros para custear o deslocamento até o hospital; e (d) em algumas situações, o pai da criança é ausente⁴⁴.

Os critérios de inclusão das mães na amostra foram:

1. Ter o bebê internado na UTIN do H DDS;
2. A internação do bebê ter ocorrido exclusivamente pela prematuridade (>37 semanas de gestação), pelo baixo peso ao nascimento (>2.500g) ou por ambas as condições de nascimento; e
3. A mãe desejar participar do grupo de mães e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice E), de acordo com as normas éticas para realização de pesquisa com seres humanos no Brasil (Conselho Nacional de Saúde, 1996).

Além das 25 mães que compuseram a amostra da pesquisa, outras sete mães se interessaram em participar do grupo, mas não preencheram alguns critérios de inclusão.

⁴⁴ Foram coletadas algumas informações a respeito das estratégias de enfrentamento dos pais, a partir da percepção das mães; assim, o contexto familiar estará contemplado na pesquisa de alguma forma. Não obstante, outros tipos de intervenção mais adaptadas às necessidades dos pais podem ser propostas nesse contexto, uma vez que eles também sofrem com a situação do bebê (ver Coutinho & Morsch, 2006; Barros, Menandro & Trindade, 2006).

Contudo, elas puderam participar dos encontros, preenchendo todos os instrumentos previstos (para que não ocorresse tratamento diferenciado), mas seus dados não foram incluídos nas análises posteriores. Tal situação aconteceu com duas mães que ainda estavam grávidas e estavam internadas com risco de parto prematuro e com cinco mães cujos bebês estavam internados na UTIN por outras razões (que não PT-BP). Além disso, também participaram de um dos grupos uma avó e um pai, que também preencheram todos os instrumentos, mas cujos dados não foram incluídos nas análises por conta da homogeneização da amostra (seus dados poderão ser analisados em outra ocasião).

2.3 Local da coleta de dados

A pesquisa foi realizada no HDDS, localizado no município da Serra, ES. O hospital foi inaugurado em 1988 e atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁴⁵. É um Hospital Terciário de Urgência e Emergência, sendo referência em maternidade de alto risco e tratamento intensivo neonatal no ES, além de ser o único estabelecimento público de referência do município para o atendimento de média e alta complexidade (Andrade & Artmann, 2009). O HDDS tem 212 leitos de internação, sendo 38 leitos obstétricos, 12 leitos de Unidade Intermediária Neonatal (médio risco) e 16 leitos de UTI neonatal (MS, 2009).

A equipe do hospital⁴⁶ que atendia aos bebês internados na UTIN era formada por seis neonatologistas que trabalhavam diariamente de segunda-feira à sexta-feira e 20 plantonistas em escala de 12/12 horas (h); 10 enfermeiros em escala de 12/60 h; 54 técnicos e auxiliares de enfermagem em escala de 12/60 h; dois fisioterapeutas (um no

⁴⁵ Para uma revisão da história do HDDS, consultar Coelho e Gomes (2008).

⁴⁶ É fundamental a capacitação da equipe de saúde para lidar com a família do bebê de alto risco (Crepaldi et al., 2006), bem como para atender às necessidades desenvolvimentais deste bebê. Embora essa temática não seja abarcada na presente pesquisa, intervenções com a equipe de saúde estavam previstas no Projeto do qual esta pesquisa faz parte.

turno matutino e outro no vespertino); um fonoaudiólogo; um assistente social; e um psicólogo⁴⁷ (estes dois últimos não eram exclusivos da UTIN, atendendo também na maternidade).

A gestão hospitalar na unidade materno-infantil do HDDS foi analisada por meio do método *démarche estratégica*, com base nos dados de 2005 e 2006, identificando-se como pontos fracos a baixa articulação com a rede municipal de serviços em saúde, a insuficiência de leitos e de investimentos tecnológicos para atender à demanda, a alta rotatividade profissional devido a vínculos temporários e a deficiente implantação da humanização. Concluiu-se que a humanização poderia se tornar um fator estratégico de êxito para este hospital (Andrade & Artmann, 2009).

A pesquisa ocorreu entre janeiro e julho de 2010 e foi realizada no turno vespertino (grupos de mães), uma vez que, dentro da rotina hospitalar, é o horário com tempo mais disponível por parte das mães. Pela manhã, elas costumam acompanhar a visita do neonatologista, receber informações da equipe técnica sobre o estado de saúde da criança e fazer a ordenha do leite materno, para armazenamento e alimentação do bebê.

A coleta de dados foi realizada nas próprias dependências do HDDS, sendo os grupos de mães (janeiro a maio) realizados na sala de atendimento da Psicologia e do Serviço Social, que funciona na Maternidade. A estrutura da sala e sua organização durante a realização dos grupos estão descritas na Figura 3.

⁴⁷ Esses dados foram fornecidos pela enfermeira-chefe da UTIN, no mês de março de 2009.

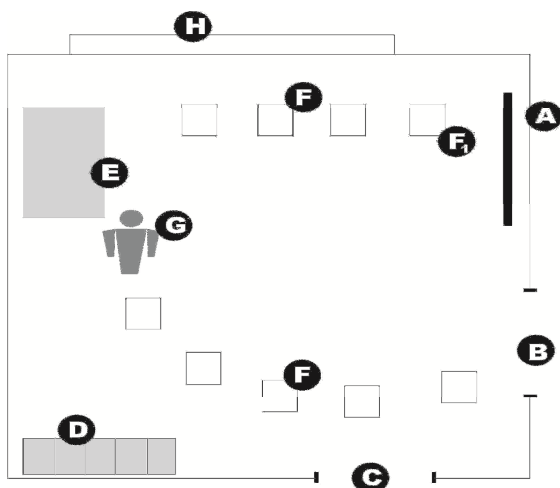


Figura 3. Estrutura e organização da Sala da Psicologia e do Serviço Social durante grupos de mães.

Nota. Legenda: A - Parede da sala (projeção de slides); B - Porta do banheiro; C - Porta da sala; D - Estante; E - Mesa de apoio; F - Cadeiras; G - Mediadora; H - Janela.

Em termos de mobiliário permanente, a sala tinha uma estante, uma mesa, três cadeiras e um ventilador. Para a realização do grupo, foram utilizadas as cadeiras disponíveis na Maternidade. Durante as atividades do grupo, as mães permaneciam sentadas e a mediadora (Me) alternava sua posição; em geral, nos momentos do grupo que requeriam exposição oral, Me permanecia em pé, e quando a programação do grupo tratava de compartilhamento de informações entre as mães, Me permanecia sentada. Tal posição também variava em função do número de mães: nos grupos com poucas participantes (2 a 4), Me permanecia, em geral, sentada, mesmo nos momentos de exposição oral no grupo.

A coleta de dados do *follow-up* (março a julho) aconteceu, na maioria das vezes, no pátio externo do Ambulatório de Neurologia do HDDS (Figura 4), quando a mãe retornava ao hospital para a consulta do bebê; nessa situação, a mãe não podia ausentar-se do local, uma vez que estava aguardando ser chamada. O *follow-up* no hospital aconteceu no turno matutino, que era o período no qual as consultas eram agendadas.

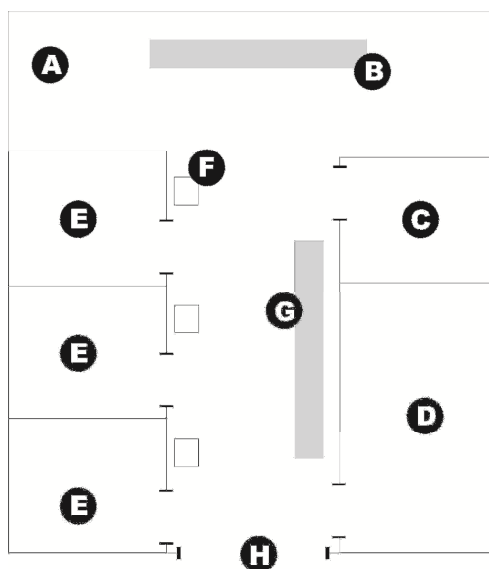


Figura 4. Ambulatório de Neurologia do Hospital Doutor Dório Silva.

Nota. Legenda: A - Pátio externo; B - Banco; C - Recepção e sala de pesagem do bebê; D - Sala de Fisioterapia; E - Consultórios; F - Cadeiras; G - Banco; H - Entrada do Ambulatório.

O *follow-up* de duas participantes foi realizado em suas residências, mediante contato telefônico e agendamentos prévios, uma vez que seus bebês haviam sido transferidos da UTIN do HDDS para a UTIN de outros hospitais. Nos casos em que os bebês são transferidos e, posteriormente tem alta em outros hospitais, o HDDS não realiza seu acompanhamento, razão pela qual as duas mães foram abordadas em suas residências e não no hospital para a realização do *follow-up*.

2.4 Equipe de pesquisa

A equipe de pesquisa foi composta por sete pessoas – as duas orientadoras, a pesquisadora de doutorado e quatro alunas de graduação do Curso de Psicologia (uma bolsista de Iniciação Científica do CNPq/MCT e três voluntárias), que participaram dos grupos de mães (GM), como observadoras (três alunas a cada sessão), registrando informações pertinentes à avaliação do grupo e à participação das mães, a partir dos instrumentos de observação utilizados na pesquisa. As alunas passaram por um treinamento, cujos detalhes se encontram no Apêndice F.

Durante a realização dos grupos de mães as observadoras sentavam aleatoriamente nas cadeiras do grupo, sempre garantindo que cada uma pudesse observar a mãe que lhe havia sido designada de frente. A posição variava, portanto, em função da quantidade de mães participantes do grupo. Como o material instrucional do grupo (*slides*) era projetado na Parede A (ver Figura 3), a cadeira F1 sempre era ocupada por uma das observadoras, em função de sua proximidade com a parede e, conseqüentemente, da dificuldade de enxergar o conteúdo ali projetado.

2.5 Materiais e Instrumentos

2.5.1 Instrumentos

Foram utilizados, no total, 13 instrumentos nas quatro etapas da coleta de dados (pré-intervenção, intervenção, pós-intervenção e seguimento), descritos a seguir.

2.5.1.1 Instrumentos pré-intervenção

1. Protocolo de Registro de Dados Gerais (PRDG): especialmente elaborado para esta pesquisa, visando a levantar dados demográficos e socioeconômicos para a caracterização da amostra, tais como, idade, nível educacional, número de filhos, entre outros, para posterior correlação dessas informações com os dados sobre o enfrentamento. Além disso, foram levantadas, neste protocolo, informações sobre possíveis fontes de suporte social às mães participantes (Apêndice G).

2. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB): (ABEP, 2008) - estima a renda a partir de alguns indicadores (posse de bens, nível educacional, por exemplo) e classifica os participantes de acordo com a renda média familiar em reais, nas seguintes classes: A1 (R\$ 14.366), A2 (R\$ 8.099), B1 (R\$ 4.558), B2 (R\$ 2.327), C1 (R\$ 1.391), C2

(R\$ 933), D (R\$ 618), e E (R\$ 403), conforme critério de correção próprio, por meio de pontuação dos itens avaliados (Anexo E). É uma medida indireta da renda familiar, cuja vantagem é exatamente estimar a renda do sujeito a partir de indicadores objetivos. Para a aplicação do instrumento, manteve-se o sistema de pontos, com explicações adicionais para facilitar a compreensão das mães (Apêndice H).

3. Ficha do Bebê (FB): protocolo elaborado para fins desta pesquisa para registro de variáveis neonatais do bebê, tais como: data de nascimento, peso ao nascimento, idade gestacional, tempo de internação na UTIN, entre outros (Apêndice I). Tais dados eram obtidos diretamente do prontuário do bebê no hospital e coletados pela equipe de pesquisa.

4. Questionário Momento da Notícia (QMN): instrumento adaptado de Ramos, Hoffmann e Regen (1985). Tem por objetivo avaliar o momento em que a mãe recebeu a notícia da situação de nascimento do bebê (e sua consequente internação), como a notícia foi comunicada e quais as primeiras reações que ocorreram, bem como possíveis estratégias de enfrentamento utilizadas naquela condição (Apêndice J). As questões originais do instrumento foram mantidas, mas como o questionário era destinado a avaliar as primeiras reações dos pais ao receberem a notícia de que “*o filho possuía algum tipo de deficiência*” (Ramos et al, 1985), as questões foram alteradas para receber a notícia de que “*o bebê teve problemas e teria que ficar internado na UTIN*”.

5. Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) (Seidl et al., 2001): apresenta uma lista de 45 afirmações a serem avaliadas pelo indivíduo no que se refere às suas estratégias de enfrentamento de estressores específicos, devendo classificá-las quanto à sua frequência: (1) *eu nunca faço isso*, (2) *eu faço isso um pouco*, (3) *eu faço isso às vezes*, (4) *eu faço isso muito* ou (5) *eu faço isso sempre* (Anexo F). A escala permite o cálculo dos escores por fator, sendo quatro grandes fatores:

- 5.1. Fator 1- Enfrentamento Focalizado no Problema, composto por 18 itens;
- 5.2. Fator 2 - Enfrentamento Focalizado na Emoção, formado por 15 itens;
- 5.3. Fator 3 - Busca de Prática Religiosa/Pensamento Fantasioso, com 7 itens; e
- 5.4. Fator 4 – Busca por Suporte Social, composto por 5 itens.

Para cada um dos fatores, os escores são somados e divididos pelo número total de itens do fator. A EMEP permite uma análise do tipo de enfrentamento predominante e, de acordo com os autores, possui uma estrutura fatorial coerente e significativa se comparada à literatura sobre *coping*; mas, sugerem novas pesquisas para adaptação da escala a contextos específicos (Seidl et al., 2001). É um dos instrumentos mais frequentemente utilizados na literatura nacional para se avaliar o enfrentamento (vide Apêndice B).

Para se chegar à proposição da EMEP, inicialmente, Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro e Becker (1985) realizaram a revisão das propriedades psicométricas da *Ways of Coping Checklist* de Lazarus e Folkman (1984). Em seguida, Gimenez e Queiroz (1997) traduziram este instrumento para o português, mas sem realizar a análise de sua estrutura fatorial, a qual foi feita por Seidl et al. (2001), para se chegar à versão aqui apresentada. A amostra utilizada para investigar a estrutura fatorial da EMEP envolvia dois conjuntos de sujeitos agrupados nos seguintes padrões: (a) padrão estressor-saúde, formado por indivíduos que possuíam doenças crônicas; e (b) padrão estressor-geral, no qual os próprios indivíduos indicavam um evento estressor que estavam vivenciando.

Nesta pesquisa, o cabeçalho originalmente proposto pelos autores, para a investigação de pacientes com problemas crônicos de saúde foi alterado - onde se lia “As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você *está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento*. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para

enfrentar *o problema desta condição de saúde*, no momento atual” - foram substituídos os textos em itálico, respectivamente, por “*está lidando com a situação do seu bebê neste momento*” e “*a situação do seu bebê*”. O mesmo ocorreu com a pergunta aberta ao final do questionário.

2.5.1.2 Instrumentos intervenção

1. Protocolo de Registro de Sessão (PRS): protocolo especialmente elaborado para registro de variáveis da sessão de grupo, como a posição dos membros na sala de reuniões, as interrupções da sessão de grupo e outros eventos de interesse (Apêndice K). O protocolo de registro de sessão era preenchido pelas três observadoras em cada sessão dos sete grupos realizados. As categorias de análise não foram estabelecidas previamente; assim, as observadoras tinham liberdade para registrar o clima do grupo da maneira que lhes conviesse. As categorias foram estabelecidas posteriormente, a partir do relato dos observadores.

2. Protocolo de Avaliação do Comportamento Verbal e Não Verbal das Mães em Situação de Grupo (PAC-GM): elaborado para esta pesquisa, permite avaliar comportamentos verbais e não verbais das mães durante cada sessão do grupo, englobando aspectos motivacionais e as verbalizações apresentadas pela mãe durante a sessão. O protocolo é composto de uma parte quantitativa, onde é marcada a ocorrência e a frequência de determinados comportamentos não verbais e verbais, e de uma parte qualitativa onde são registradas as verbalizações das mães, consideradas relevantes para a presente pesquisa, de acordo com as categorias⁴⁸ previstas no próprio protocolo (Apêndice

⁴⁸ No treinamento da equipe de pesquisa, cada uma das categorias do instrumento foi previamente definida para que não houvesse, por parte das observadoras, divergência de entendimento no momento do preenchimento do instrumento.

L). Tal protocolo tinha por objetivo gerar dados sobre a adesão das mães durante a realização do grupo.

3. Instrumento para Observação do Padrão de Interação do Mediador em Situação de Grupo (IOPIM): adaptado a partir da tradução livre de Ana C. B. Cunha, autorizada para pesquisa pela autora do *Guidelines for Observing Teaching Interactions* (Lidz, 2002) (Anexo G), um dos instrumentos de maior consistência na área de avaliação da mediação. Na adaptação para a presente pesquisa, foi retirado o termo *professor* e incluído o termo *mediador*, além da pontuação na escala *likert* ter sido alterada de “*evidência em nível elevado*”, “*evidência em nível moderado*”, “*evidência em nível crescente*”, e “*nenhuma evidência*” para “*o comportamento apontado ocorre sempre*”, “*o comportamento apontado ocorre muitas vezes*”, “*o comportamento apontado ocorre poucas vezes*”, e “*o comportamento apontado nunca ocorre*”, respectivamente. Além disso, foram retirados alguns itens da tradução original do instrumento, composta por 34 itens, que não eram compatíveis com a proposta do grupo (itens 7, 10, 11, 14, 19, 22, 23, 26, 27, 28 e 31), bem como a parte discursiva do instrumento, cujos itens já estavam contemplados no PRS. A redação dos itens restantes foi adaptada para se adequar à realidade do grupo (Apêndice M). Ao final, o instrumento ficou composto por 23 itens voltados para a avaliação do perfil de mediação, de forma que, quanto maior a nota dada pelo observador, melhor o perfil de mediação nos critérios avaliados.

2.5.1.3 Instrumentos pós-intervenção

1. Questionário de Avaliação da Intervenção (QUAI): elaborado para esta pesquisa, permite avaliar a percepção das mães quanto à eficácia do grupo em auxiliá-las no enfrentamento da dificuldade dos filhos, sendo preenchido ao final de cada uma das

sessões (Apêndice N). As questões permitem que a mãe expresse de que forma considerou que a participação no grupo ajudou ou não no seu enfrentamento, os aspectos que achou mais e menos importantes em cada uma das sessões do grupo e como estava se sentindo após a realização de cada encontro.

2. Inventário de Satisfação do Usuário (ISU) (traduzido e adaptado de Eyberg, 1993): permite uma medida da percepção das mães a respeito do quanto o grupo as ajudou ou não no enfrentamento da situação do bebê, bem como o nível de satisfação em relação ao grupo (Apêndice O). A versão original do instrumento continha dois questionários, com 10 questões cada, e foi elaborada para avaliar a satisfação em programas de treinamento de pais nas situações de terapia e de participação em *workshop* (Eyberg, 1993). As questões de ambos os questionários que se aplicavam ao contexto da presente pesquisa foram selecionadas, traduzidas e adaptadas, totalizando a versão aqui apresentada com 5 questões. O instrumento original não contava com as questões discursivas que foram introduzidas, pela pesquisadora, na versão aqui apresentada.

3. Roteiro de Entrevista Semidirigida (ESD I): especialmente elaborado para a pesquisa, visou compreender de que forma a mãe estava enfrentando a situação de internação do bebê. A Entrevista Semidirigida I permitiu uma investigação em profundidade do processo de enfrentamento da hospitalização do bebê (Apêndice P).

2.5.1.4 Instrumentos seguimento

1. Roteiros de Entrevista Semidirigida (ESD II e ESD III): especialmente elaborados para a pesquisa, visou compreender de que forma a mãe estava enfrentando a situação (do bebê) após a alta hospitalar, em duas perspectivas: (a) Entrevista Semidirigida II - permite uma investigação de seguimento, dois meses após a alta do bebê do hospital,

do processo de enfrentamento do cotidiano materno (Apêndice Q); e (b) Entrevista Semidirigida III - permite a investigação de enfrentamento daquelas mães cujos bebês foram a óbito (Apêndice R).

2. Escala de Eventos Vitais (EEV): elaborada por Savóia (1999) para levantar eventos vitais ocorridos em um dado momento da vida do sujeito. A escala parte do princípio que tais eventos requerem um esforço para que os indivíduos se ajustem a eles, sendo, portanto, experimentados como potencialmente estressores (Anexo H). A EEV permite uma investigação de outros estressores da vida da mãe que pudessem estar presentes após a alta hospitalar do bebê ou seu óbito. A mãe deve marcar, em uma lista de eventos, aqueles que tivessem ocorrido após a alta ou morte do bebê. Em geral, após o preenchimento da escala, a pesquisadora pedia uma explicação à mãe do que significava cada um dos itens que ela havia marcado.

O conjunto desses instrumentos serviu para analisar as principais variáveis desta pesquisa, que estão resumidas na Tabela 8.

Tabela 8. *Principais variáveis da pesquisa*

Variável Independente	Variáveis Moderadoras⁴⁹			Variáveis Mediadoras⁵⁰		Variável dependente	
Grupo de mães (GM) na UTIN	Características sócio-demográficas das mães	Condições da gestação e do bebê	Conhecimento e experiências da mãe	Outros eventos estressores	Nível de ameaça ou satisfação das necessidades básicas	Relação com o estressor	Enfrentamento (coping)
- Características do GM: conteúdo, duração, uso de material visual e de apoio à intervenção; - Atuação da mediadora do grupo (Psicóloga); - Ambiente físico e clima do GM; - Nível de adesão das mães ao GM; - Avaliação das mães sobre GM; - Nível de satisfação da mãe com GM.	- Idade; - Escolaridade; - Estado civil; - Situação profissional; - Escolaridade; - Renda; - Religião; - Número de filhos e idade dos filhos; - Número de gestações.	- Gravidez gemelar; - Gravidez de risco; - Grau de prematuridade e baixo peso do bebê; - Tempo de internação do bebê na UTIN.	- Conhecimento prévio sobre prematuridade e baixo peso; - Dúvidas sobre o estado do bebê; - Forma como a notícia foi dada; - Quem deu a notícia; - Primeira visita ao bebê internado na UTIN.	- Mudanças no trabalho; - Mudanças na família; - Dificuldades financeiras; - Problemas de saúde: próprio ou de familiares.	- Necessidade de autonomia; - Necessidade de competência; - Necessidade de relacionamento.	- Percepção do estressor como desafio; - Percepção de suporte social; - Informação disponível sobre o bebê PT-BP; - Percepção de controle.	- Enfrentamento no momento da notícia; - Enfrentamento da hospitalização do bebê; - Enfrentamento da alta hospitalar; - Enfrentamento do óbito do bebê.

⁴⁹ Moderadora: variável qualitativa ou quantitativa que afeta a direção e/ou a força da relação entre a variável dependente (VD) e a independente (VI). Em outras palavras, a natureza do impacto da VI na VD varia de acordo com o nível ou valor da(s) variável(is) moderadora(s), ou seja, a variável moderadora estabelece as condições nas quais a VI exerce efeito sobre a VD (Holmbeck, 1997; Kraemer, Stice, Kazdin, Offord & Kupfer, 2001).

⁵⁰ Mediadora: variável que especifica como um dado efeito ocorre, ou seja, mecanismo pelo qual a VI é capaz de influenciar a VD. A VI influencia a variável mediadora, que, por sua vez, influencia a VD (Holmbeck, 1997; Kraemer et al., 2001).

2.5.2 Materiais

Optou-se aqui por adotar um *layout* comum em todos os materiais da pesquisa, que ficaram visualmente identificados a partir de uma figura disponível no *clip-art* do programa *Microsoft Word*®, facilitando a associação do grupo de mães à logomarca adotada na pesquisa⁵¹, conforme pode ser visto nos Cartazes (Apêndice S), e *folders* de divulgação do grupo (Apêndice T), especialmente elaborados para a pesquisa. As sessões do GM contaram com a utilização de *slides*, sendo necessário computador portátil e projetor multimídia (*data-show*). Também foram utilizados: aparelhos de *MP3 Player*, para gravação das entrevistas e das sessões de grupo.

Além disso, foi elaborado um *Livro de Apoio à Intervenção de Grupo de Mães na UTIN* (Apêndice U) que continha, em síntese, os principais aspectos abordados nas duas sessões do GM. Tal material segue uma tendência presente em diferentes áreas do conhecimento, de elaboração de material didático instrucional específico para pais de bebês PT-BP, tais como os de Carvalho e Linhares (2001), Martinez, Joaquim, Oliveira e Santos (2007), Silva, Leitão e Cardoso (2008) e Fonseca e Scochi (2009). Esses materiais ilustram a preocupação de alguns pesquisadores brasileiros em oferecer suporte instrucional para pais de bebês nessa condição. Para Crepaldi et al. (2006), as informações contidas em cartilhas são de suma importância dentro do ambiente hospitalar desde que utilizadas com acompanhamento do profissional, pois podem funcionar como instrumento de mediação social.

2.6 Procedimento

Os dados foram coletados entre janeiro e julho de 2010 (vide resumo na Tabela 9),

⁵¹ Agradecemos à Vinícius Lordes Dias pela ajuda na elaboração da identidade visual dos materiais utilizados na pesquisa.

após o treinamento da equipe de pesquisa, que ocorreu no mês de dezembro de 2009. Para cada um dos 7 grupos de mães (GM) realizado, foram efetuados os procedimentos descritos a seguir.

2.6.1 Pré-intervenção

A divulgação do GM era feita por meio de cartazes (vide Apêndice S), que eram colados no mural da maternidade e também no mural da UTIN durante todo o período da coleta, sendo modificada no cartaz, semanalmente, a data em que o grupo iria ocorrer. A equipe de pesquisa ia até o hospital um dia antes do previsto para início do grupo e abordava todas as mães que se encaixavam no perfil da amostra, convidando-as a participar do grupo. Neste momento, era entregue o *folder* (vide Apêndice T) contendo mais explicações sobre o objetivo do grupo. No dia seguinte, meia hora antes do horário previsto para início do GM, a equipe de pesquisa passava na maternidade e na UTIN para relembrar as mães, previamente convidadas, que o grupo teria início dali a alguns minutos e, eventualmente, convidar alguma outra mãe que não tivesse sido abordada no dia anterior.

As mães eram reunidas na sala onde eram realizados os grupos e, após a explicação dos procedimentos, aquelas que aceitavam participar assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, as mães preenchiam quatro instrumentos:

1. Protocolo de Dados Gerais;
2. Critério de Classificação Econômica Brasil;
3. Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP); e
4. Questionário Momento da Notícia.

Após o preenchimento dos instrumentos iniciais, as mães participavam da Sessão 1 do grupo de mães, conforme programação descrita a seguir.

2.6.2 Intervenção

O Programa de Intervenção em Grupo para Mães de Bebês PT-BP internados em UTIN (PIG-UTIN) se baseou em uma metodologia de intervenção breve (de curta duração e focada em objetivos), característica das propostas da Psicologia Pediátrica em ambientes hospitalares (Barros, 2003), com duas sessões realizadas em dias consecutivos. As sessões foram conduzidas por uma psicóloga, com função de mediadora (Me), tendo dois objetivos centrais: (a) fornecer informações sobre o bebê PT-BP e a UTIN, uma vez que o acesso a informações é um importante facilitador do enfrentamento e da busca de novas informações; (b) permitir a troca de experiência entre as participantes do grupo, situação facilitadora da percepção de suporte social.

A Sessão 1 (S1) do PIG-UTIN iniciava-se com a apresentação das mães participantes e da equipe de pesquisa. A mediadora do grupo pedia a cada mãe que se apresentasse dizendo seu nome e alguma coisa sobre seu bebê (nome, data de nascimento, entre outros). Em seguida, iniciava a explicação sobre as características do bebê PT-BP e do ambiente da UTIN, os estados neurocomportamentais do bebê, bem como as formas de interação da mãe com o bebê ainda na UTIN, a estimulação do bebê e as características do Método Canguru (Bortoletto-Dunker & Lordelo, 1993; Lamy, Gomes, Gianini, & Hening, 2005; MS, 2002). Esperava-se assim capacitar as mães para que fossem capazes de oferecer o tipo de estimulação apropriada e relevante para o bebê em um determinado momento, a chamada *estimulação contingente* (Martinez et al., 2007), que parte do pressuposto de que a percepção que a mãe tem sobre o comportamento do bebê é um fator determinante da qualidade da interação entre ambos (Moreira et al., 2009).

O objetivo principal desta primeira sessão era auxiliar as mães no enfrentamento do estresse, por meio do fornecimento de informações, e também auxiliá-las a desenvolverem

estratégias de busca de informações que poderiam ser úteis futuramente, uma vez que essa é uma das estratégias de enfrentamento possíveis (Skinner et al., 2003). O fornecimento de tais informações atua, preferencialmente, na *necessidade de competência* (Skinner & Welborn, 1994) da mãe. Ao receber dicas, instruções e modelos de como atuar com seu bebê, a mãe pode se sentir mais apta a cuidar do recém-nascido, melhorando sua percepção de competência e aumentando seu senso de autoeficácia, ou seja, a percepção da própria capacidade de cuidar do bebê e prover o que lhe é necessário no ambiente da UTIN.

O fornecimento de informações também pode atuar sobre a *necessidade de autonomia* (Skinner & Welborn, 1994), na medida em que, tendo mais informações, a mãe estaria mais capacitada para tomar decisões e interferir no curso de ação dos eventos. Tal habilidade, estava contemplada, nesse contexto, de forma relativa, uma vez que a mãe não tem (pelas características da situação) total autonomia para intervir no curso dos acontecimentos.

As informações da S1 eram apresentadas com auxílio de recurso audiovisual (Apêndice V) e a explanação do Me era dialogada com as participantes do GM, que eram convidadas a fazer perguntas e trocar suas experiências entre si. Antes do término da S1, Me convidava as mães a voltarem no dia seguinte, para darem continuidade às atividades do GM; e, ao final desta sessão, as participantes preenchiam o QUAI.

Na Sessão 2 (S2) do PIG-UTIN, que acontecia subsequente à S1, as mães eram estimuladas a falar, inicialmente, sobre sua experiência no enfrentamento da situação de hospitalização do bebê e compartilhar seus sentimentos e vivências no percurso da notícia da situação do bebê até seu enfrentamento no momento atual, com base no pressuposto de que o suporte social é fator extremamente relevante para as estratégias de enfrentamento (Cohen et al., 2000; Lazarus & Folkman, 1984; Skinner & Edge, 2002b). Além disso, a

possibilidade das mães trocarem experiências nesse dia e discutirem suas vivências durante a hospitalização do bebê atuaria sobre sua *necessidade de relacionamento* (Skinner & Welborn, 1994) na medida em que, poderia prover a sensação de estar conectada a outras mães que estavam vivenciando uma experiência semelhante. Em seguida à troca de experiência entre as participantes, Me abordava o enfrentamento, discutindo com as mães aspectos que facilitam e dificultam o enfrentamento da condição do bebê.

Por último, Me abordava expositivamente (com auxílio de recurso audiovisual) aspectos do desenvolvimento infantil e cuidados com o bebê após a alta hospitalar (Apêndice W), com objetivo de aumentar a compreensão das mães sobre o desenvolvimento do bebê e de seus principais marcos, fatores de risco e proteção ao desenvolvimento e a importância do *follow-up*. Tais informações eram apresentadas, tendo em vista a necessidade da vigilância em relação ao desenvolvimento da criança (Linhares, Carvalho et al., 2004; Melo & Rocha, 1999; Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro [SOPERJ], 1990) e seu conteúdo também atuaria sobre as necessidades de competência e autonomia das mães (Skinner & Wellborn, 1994).

As informações discutidas em ambas as sessões do GM estavam de acordo com o proposto pelo Ministério de Saúde (2002), no que se refere a orientar as famílias a prestar cuidados adequados aos bebês no ambiente hospitalar e domiciliar, melhorando o prognóstico do RN. Ao final da S2 do PIG-UTIN, as mães recebiam o Livro de Apoio à Intervenção de Grupo de Mães na UTIN (vide Apêndice U), com a síntese do que havia sido abordado nas duas sessões e eram convidadas a preencher os instrumentos pós-intervenção.

Durante a realização das duas sessões do PIG-UTIN, a equipe de pesquisa preenchia o Protocolo de Registro de Sessão e o Protocolo de Avaliação do

Comportamento Verbal e Não Verbal das Mães em Situação de Grupo. Imediatamente após o término de cada sessão, os observadores preenchem o Instrumento para Observação do Padrão de Interação do Mediador em Situação de Grupo.

2.6.3 Pós-intervenção

Ao final da S2 do PIG-UTIN, as mães preenchem o Questionário de Avaliação da Intervenção e o Inventário de Satisfação do Usuário e também respondiam, neste momento, à Entrevista Semidirigida I.

2.6.4 Seguimento

Após a alta hospitalar do bebê, as mães foram novamente abordadas por ocasião da consulta no ambulatório do hospital. A equipe de pesquisa tinha acesso ao prontuário do bebê e monitorava a data na qual estava marcada a primeira consulta do bebê. Em algumas situações, sobretudo quando a mãe residia no interior, a equipe telefonava para a mãe às vésperas da consulta para confirmar seu comparecimento.

Enquanto a mãe esperava para ser atendida no ambulatório, participava da Entrevista Semidirigida II, e preenchia a Escala de Eventos Vitais, e, novamente a EMEP. A coleta de dados acontecia, em geral, no pátio externo do ambulatório (vide Figura 4), pois a mãe não podia ausentar-se do local uma vez que estava aguardando ser chamada para a consulta.

No caso das mães que perderam os filhos, após cerca de um mês do óbito, a equipe de pesquisa as convidava para voltarem ao hospital, em dia e horário agendados de acordo com sua disponibilidade, caso quisessem falar sobre a experiência da morte do bebê e do processo de luto. Nesses casos, as mães foram atendidas na Sala da Psicologia e do Serviço

Social da maternidade e responderam à Entrevista Semidirigida III, e preencheram a EEV, e, novamente a EMEP.

Em duas situações, o seguimento (*follow-up*) não foi realizado no hospital, mas na casa da mãe pelo fato de que, quando o bebê era transferido para outro hospital (por falta de vagas na UTIN), a mãe não era acompanhada no ambulatório do HDDS. A equipe de pesquisa ligava para a mãe e agendava dia e horário de sua conveniência para ir a sua residência.

A Tabela 9 apresenta uma síntese do procedimento da pesquisa, bem como os instrumentos utilizados em cada uma de suas fases.

Tabela 9. *Resumo do procedimento e dos instrumentos da pesquisa*

<i>Etapa Preliminar</i>	<i>Etapa 1</i>	<i>Etapa 2</i> Intervenção em grupo (PIG-UTIN)		<i>Etapa 3</i>	<i>Etapa 4</i>
Composição da amostra (jan.- maio 2010)	Coleta de dados pré-intervenção (jan.-maio 2010)	Sessão 1 (jan.-maio 2010)	Sessão 2 (jan.-maio2010)	Pós-teste (jan.-maio 2010)	Seguimento (mar.-jul. 2010)
1) Mães	1) Mães	1) Mães	1) Mães	1) Mães	1) Mães
- Cartazes de divulgação na UTIN e na Maternidade; - Abordagem individual das mães e entrega de <i>folder</i> .	- TCLE; - Protocolo de Registro de Dados Gerais; - CCEB; - Questionário Momento da Notícia (QMN); - EMEP - aplicação 1.	- Intervenção; - Questionário de Avaliação da Intervenção (QUAI).	- Intervenção; - QUAI; - Livro de Apoio à Intervenção de Grupo de Mães na UTIN.	- Entrevista Semidirigida I; - Inventário de Satisfação do Usuário (ISU).	- EMEP (aplicação 2); - Escala de Eventos Vitais - Entrevista Semidirigida II ou III (alta ou óbito do bebê)
2) Equipe de pesquisa	2) Equipe de pesquisa	2) Observadores	2) Observadores	2) Equipe de pesquisa	2) Equipe de pesquisa
- Treino de Observadores	- Ficha do Bebê. - Auxílio no preenchimento dos instrumentos pelas mães.	- Protocolo de Registro de Sessão (PRS); - Protocolo de Avaliação do Comportamento Verbal e Não Verbal das Mães em Situação de Grupo(PAC-GM); - Instrumento de Observação do Padrão de Interação do Mediador em Situação de Grupo (IOPIM).	- PRS; - PAC-GM; - IOPIM.	- Entrevista com as mães. - Auxílio no preenchimento dos instrumentos pelas mães.	- Monitorar data de retorno da mãe ao hospital; - Ligar para mães confirmando a data da consulta; - Entrevista com as mães.

2.7 Processamento e análise de dados

2.7.1. Processamento dos dados dos instrumentos e análise descritiva

1. Protocolo de Registro de Dados Gerais (PRDG): os dados relativos às informações sociodemográficas das mães participantes foram analisados por meio de estatística descritiva (Barbetta, 2005): média, desvio-padrão, mediana, moda e percentagem, de modo a caracterizar o perfil das participantes em função das variáveis coletadas.

2. Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) - (ABEP, 2008): o instrumento foi corrigido de acordo com o sistema de pontos previstos, resultando na classificação dos sujeitos em classes econômicas (vide Anexo E).

3. Ficha do Bebê (FB): foram analisados por meio de estatística descritiva (Barbetta, 2005): média, desvio-padrão, mediana, moda e percentagem; de modo a caracterizar o perfil dos bebês em função das variáveis coletadas.

4. Questionário Momento da Notícia (QMN): as questões objetivas do instrumento foram analisadas em termos de frequência simples, e para, as questões discursivas do instrumento foram criadas categorias que emergiram da leitura prévia do material, e, em seguida, foi apresentada sua frequência, de acordo com o procedimento da Análise de Conteúdo (Bardin, 1977), descrito com mais detalhes na explicação do processamento dos dados das entrevistas.

5. Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) de Seidl et al. (2001): os dados obtidos com a escala foram corrigidos de duas maneiras:

5.1. Correção 1 da EMEP - feita com base na grade de correção proposta originalmente pelos autores⁵² (Seidl et al., 2001), que classifica o indivíduo em quatro perfis de enfrentamento: Focalização no Problema; Focalização na Emoção; Busca de prática religiosa/Pensamento Fantasioso; e Busca de Suporte Social. Os resultados aqui analisados foram comparados ao padrão estressor-saúde, por ser mais próximo do contexto vivenciado por mães de bebê PT-BP internados em UTIN do que o padrão estressor-geral, que englobava uma grande diversidade de tipos de estressores;

5.2. Correção 2 da EMEP- feita a partir da classificação dos itens da escala nas 12 famílias de *coping* propostas por Skinner et al. (2003): *autoconfiança, busca de suporte, resolução de problemas, busca de informações, acomodação, negociação, delegação, isolamento social, desamparo, fuga, submissão e oposição.*

Neste sistema hierárquico de *coping*, os itens da EMEP corresponderiam ao nível mais baixo da estrutura do enfrentamento, isto é, seriam os comportamentos de *coping* (ver Figura 1). Para a proposição desta nova forma de análise, cada um dos 45 itens da EMEP foi, inicialmente, classificado como uma estratégia de enfrentamento, a partir das estratégias já exemplificadas na Tabela 5; e, em seguida, as estratégias foram relacionadas às famílias de *coping* às quais pertenciam. A classificação de cada um dos itens da EMEP nas 12 famílias de enfrentamento, bem como as estratégias correspondentes, estão na Tabela X1 (Apêndice X), que apresenta os itens da escala agrupados nos fatores originais do instrumento. No Apêndice Y, por sua vez, os mesmos itens da EMEP podem ser vistos agrupados nas 12 famílias de *coping* (Skinner et al., 2003).

A justificativa da proposição da correção da EMEP a partir do sistema de categorias das 12 famílias de enfrentamento de Skinner et al. (2003) decorre da intenção de avaliar a

⁵² Os protocolos de correção da EMEP foram obtidos por meio de comunicação eletrônica com uma das autoras (Eliane Fleury Seidl) em 02/04/2010.

viabilidade desse modelo de análise a partir de um instrumento já existente na literatura, e do fato de que tal modelo teórico (ainda em emergência) não possui qualquer instrumento próprio para a avaliação das estratégias de enfrentamento validado para a população adulta brasileira.

Importante notar que as estratégias de enfrentamento baseadas na religiosidade são classificadas, na EMEP, junto a outras estratégias interpretadas como desadaptativas (tais como 26. *Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou* e 27. *Tento esquecer o problema todo*) no fator *busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso*, que engloba 7 itens, dos quais 4 se referem ao enfrentamento religioso e 3 ao pensamento fantasioso. Assim, na classificação das 12 famílias de enfrentamento, alguns desses itens passaram a ser categorizados como estratégias pertencentes à famílias com provável desfecho adaptativo positivo, como é o caso dos itens 8. *Eu rezo/oro*, 21. *Pratico mais a religião desde que tenho esse problema* e 44. *Eu me apego à minha fé para superar essa situação*, classificados na família *busca de suporte*. O único item do enfrentamento religioso que ficou associado a uma família com desfecho adaptativo negativo foi o item 6. *Espero que um milagre aconteça*, que foi classificado como *delegação* (vide Apêndice X e Y).

A maior parte dos itens da EMEP (sobretudo os pertencente aos fatores: *enfrentamento focalizado no problema*, *enfrentamento focalizado na emoção* e *busca de suporte social*) foi classificada nas 12 famílias de Skinner et al. (2003) sem grandes dificuldades. No entanto, alguns itens, sobretudo os pertencentes ao fator *busca de prática religiosa/pensamento fantasioso* não tiveram a mesma facilidade de classificação, uma vez que um mesmo item da escala poderia ser interpretado de diferentes modos, tendo em vista seu desfecho adaptativo. Por exemplo, o item 6. *Espero que um milagre aconteça* foi

classificado como pertencendo à família de *coping* de *delegação*, pois implica em transferir para outro (nesse caso, Deus) a responsabilidade do curso das ações. No entanto, a depender da interpretação, o mesmo item também pode ser classificado como pertencendo à família *autoconfiança*, na medida em que poderia representar uma estratégia de regulação emocional da mãe na relação com o estressor (ver exemplos de estratégias na Tabela 5). Nos casos como este em que existiram dúvidas de classificação, a decisão pela inclusão em uma ou outra família foi tomada levando-se em conta a emoção e a orientação motivacional associada a cada família de enfrentamento, o que ajudava a definir o pertencimento dos itens às famílias de enfrentamento (ver Tabela 4). Assim, novos estudos serão necessários para verificar a adequação da análise preliminar aqui proposta.

6. Protocolo de Registro de Sessão (PRS): os dados deste protocolo foram analisados de forma qualitativa, sendo destacadas apenas as informações mais relevantes. Na descrição do ambiente social (clima do grupo), no item 2 do protocolo, foram consideradas a atenção, a participação e a interatividade das mães. O item 4 do protocolo: *Observações e Comentários* foi apresentado nos casos em que houve alguma informação relevante para a compreensão da dinâmica do grupo.

7. Protocolo de Avaliação dos Comportamentos Verbais e Não Verbais das Mães em Situação de Grupo (PAC-GM): o instrumento avalia 10 comportamentos não verbais (CNV), dos quais 7 são avaliados segundo critérios de ocorrência: 0 (*nunca*), 1 (*raramente*), 2 (*quase sempre*) e 3 (*sempre*); e 3 são avaliados de acordo com a quantidade de ocorrências por sessão. Os 7 CNV iniciais do instrumento foram analisados como potenciais indicadores de adesão à intervenção em grupo, sendo divididos em duas categorias:

7.1 Comportamentos Facilitadores da Adesão:

NV 1. *Estabelece contato visual com mediador,*

NV 2. *Estabelece contato visual com outros membros do grupo,*

NV 3. *Mostra-se à vontade ou confortável na situação de grupo de mães e*

NV 4. *Observa as instruções do mediador; e*

7.2 Comportamentos Não Facilitadores da Adesão:

NV 5. *Demonstra indisposição ou cansaço,*

NV 6. *Mostra-se retraída ou tensa e*

NV 7. *Distrai-se com o ambiente.*

Calcularam-se as médias de todos os grupos, por sessão e por categoria, segundo critérios de ocorrência: 0 (*nunca*), 1 (*raramente*), 2 (*quase sempre*) e 3 (*sempre*).

Os outros três CV foram apresentados em termos da quantidade de ocorrência durante a sessão de grupo para cada uma das mães participantes:

NV 8. *Sai da sala durante a intervenção,*

NV 9. *Chora ou embarga a voz e*

NV. 10 *Sorri.*

O mesmo foi feito com os comportamentos verbais:

V1. *Responde a pergunta feita pelo mediador,*

V2. *Faz pergunta ao mediador,*

V3. *Faz pergunta a outros membros do grupo,*

V4. *Expressa empatia em relação a membros do grupo e*

V5. *Fornece informações ou dicas a outros membros do grupo.*

Já os comportamentos verbais de V6 a V17, que são registros dos tipos de verbalização apresentadas pelas mães, foram analisados juntamente com as sessões de grupo, sendo também apresentados em termos de frequência por sessão de grupo:

- V 6. *Verbalizações positivas ou otimistas sobre o bebê,*
- V 7. *Verbalizações que indicam preocupação ou ansiedade em relação ao bebê,*
- V 8. *Verbalizações de outros sentimentos associados à situação do bebê,*
- V 9. *Verbalizações que indicam busca ou fornecimento de suporte social,*
- V 10. *Verbalizações de relato de outras estratégias de enfrentamento,*
- V 11. *Verbalizações sobre a situação do bebê (estado de saúde, procedimentos a que foi submetido, dentre outros),*
- V 12. *Verbalizações de descrições de comportamentos da mãe em relação ao bebê (fazer carinho, amamentar, dentre outros),*
- V 13. *Verbalizações sobre outros temas que fogem ao objetivo da sessão do GM,*
- V 14. *Verbalizações que indicam discordância ou queixa em relação à fala do M,*
- V 15. *Verbalizações de queixas ou reclamações sobre a situação do bebê, sobre o hospital ou sobre a equipe de saúde,*
- V 16. *Verbalizações de dúvidas em relação à situação do bebê ou a algo que foi abordado no GM e*
- V 17. *Outras verbalizações.*

8. Instrumento para Observação do Padrão de Interação do Mediador em Situação de Grupo (IOPIM): o instrumento foi analisado a partir das categorias previstas no modelo de Skinner (Skinner & Edge, 2002a), cuja classificação se encontra descrita no Apêndice Z (Tabela Z1), e estabelece três critérios para a atuação do mediador do *coping*:

- 8.1. Critério A – envolvimento caloroso (9 itens do instrumento);
- 8.2. Critério B – fornecimento de estrutura (7 itens do instrumento); e
- 8.3. Critério C – suporte para o desenvolvimento da autonomia (7 itens do instrumento).

Foram calculados os índices de concordância (IC) entre observadores⁵³ aos pares (AB, BC e AC) adotando o $IC \geq 70\%$ (Fagundes, 1999), e a média da nota obtida pelo mediador em cada um dos critérios previstos. É importante notar que o item 19. *O mediador faz solicitações ou questões que promovem a integração de dados das diferentes sessões* do instrumento foi avaliado apenas na segunda sessão dos grupos, já que não se aplicava às primeiras sessões. Assim, 22 itens serão avaliados para a Sessão 1 do PIG-UTIN, e 23 para a Sessão 2.

9. Questionário de Avaliação da Intervenção (QUAI): para as três questões discursivas do instrumento foram criadas cinco categorias: (a) aprendizagem com o grupo; (b) possibilidade de tirar dúvidas sobre a situação do bebê; (c) grupo oferecer suporte psicológico; (d) troca de experiência entre as participantes do grupo; e (e) avaliação positiva da atuação da equipe de pesquisa, sendo apresentadas suas respectivas frequências (Bardin, 1977). Já para a questão 4 do instrumento (*Como você está se sentindo após a realização do grupo hoje?*), as respostas foram analisadas em termos de frequência da escala tipo *likert*: (1) *muito pior do que antes*; (2) *pior do que antes*; (3) *me sinto igual*; (4) *um pouco melhor do que antes*; e (5) *muito melhor do que antes*.

10. Inventário de Satisfação do Usuário (ISU): foi realizada uma análise estatística descritiva, calculando-se a frequência de respostas em cada um dos 5 itens do instrumento que permitia respostas objetivas, em escala do tipo *likert*. Já as respostas às questões discursivas do instrumento (1. *Se eu pudesse resumir meus sentimentos ou minhas percepções sobre ter participado do Grupo de Mães, em uma frase, eu diria que;* e 2. *Outras observações*) foram agrupadas por categorias e, em seguida, foram calculadas as frequências de cada uma das categorias: (a) *Aprendizado*: engloba respostas das mães

⁵³ O objetivo básico do cálculo do índice de concordância entre observadores é estabelecer a credibilidade dos dados oriundos de observação. Para uma discussão mais ampla, ver Batista (1985).

sobre a importância das informações transmitidas no grupo e a oportunidade de esclarecer dúvidas; (b) *Avaliação positiva do grupo*: inclui avaliações positivas das mães sobre a participação no grupo, incluindo sentimentos de bem-estar e gratidão; (c) *Confiança para cuidar do bebê*: inclui respostas positivas das mães em relação a sentirem-se mais confiantes e seguras para cuidar do bebê; (d) *Troca de experiência*: contém respostas abordando o ganho de experiência com o grupo e a importância da troca de experiências que tiveram; e (e) *Outros*: inclui respostas não contempladas nas categorias anteriores.

11. Entrevistas: as entrevistas foram analisadas em categorias, a partir da Análise de Conteúdo (Bardin, 1977), um conjunto de técnicas de análise de comunicações obtidas pelo pesquisador, cujo conteúdo é classificado em categorias, que emergem da leitura “flutuante” do material de investigação. Este procedimento possui três fases: (a) pré-análise, (b) exploração do material e (c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 1977). Para cada pergunta do roteiro das entrevistas foram construídas categorias específicas.

A quantificação das categorias se deu, em algumas respostas, por número de respondentes (mães) e em outras, pelo total do número de respostas em cada categoria⁵⁴, que poderia ser maior que o número de respondentes, uma vez que a mãe poderia, em uma mesma questão, dar uma resposta que poderia ser classificada em mais de uma categoria. Posteriormente, o conteúdo das categorias, juntamente com os dados de outros instrumentos, foi relacionado ao sistema de 12 famílias de enfrentamento de Skinner et al. (2003).

⁵⁴ Será utilizado neste trabalho N para o número de sujeitos total de uma amostra e n para uma parte dos sujeitos dessa amostra. Além disso, nas situações nas quais forem computadas o número de respostas e não o número de sujeitos, será utilizado nr .

12. Escala de Eventos Vitais (EEV): foi analisada a partir de uma descrição simples da quantidade de estressores que a mãe pudesse ter experimentado após a alta do bebê, conforme as categorias e seus respectivos itens, originalmente propostas no instrumento (Savóia, 1999) e demonstradas na Tabela 10.

Tabela 10. *Categorias da Escala de Eventos Vitais*

Categorias	Itens da Escala
Trabalho	Mudança de trabalho Dificuldades com chefia Perda de emprego Reconhecimento profissional
Perda de suporte social	Morte de alguém da família Morte de um amigo Morte do cônjuge
Família	Doença na família Separação Casamento Gravidez Nascimento na família
Mudanças no ambiente	Mudança de escola Mudança de casa Mudança do número de pessoas morando em casa
Dificuldades pessoais	Problemas de saúde Mudanças de hábitos pessoais Mudanças de atividades sociais Mudanças de atividades recreativas Mudanças de atividades religiosas Acidentes Dificuldades sexuais Aposentadoria
Finanças	Perdas financeiras Dívidas

Nota. Fonte: Savóia (1999, s/p).

13. Sessões de grupo: a transcrição das sessões de grupo foi utilizada como suporte aos dados apresentados no Protocolo de Avaliação do Comportamento Verbal e Não Verbal das Mães em Situação de Grupo para conferência do registro das verbalizações das mães durante o grupo feitas no instrumento.

2.7.2. Análise inferencial dos dados

Os dados da primeira aplicação da EMEP foram submetidos à Análise de Variância (ANOVA), ao teste de *t de Student* e à análise de correlação, sempre comparando as

variáveis selecionadas para cada teste com: (a) os resultados da EMEP nos quatro fatores propostos originalmente no instrumento (Seidl et. al, 2001); e (b) a análise proposta neste trabalho, com base nas 12 famílias de enfrentamento (Skinner et. al, 2003) e já descritas nos Apêndices X e Y.

A ANOVA é utilizada para se comparar a média de três ou mais grupos quando se tem uma variável preditora qualitativa e uma variável resposta quantitativa (neste caso, o *escore* do instrumento). A ANOVA apenas informa se os grupos diferem, mas não indica qual deles é diferente de qual. Para esta diferenciação, é necessário realizar, posteriormente (quando se detecta uma diferença estatisticamente significativa⁵⁵), o teste de *Tukey*, que compara os grupos aos pares, sendo complementar à ANOVA (Barbetta, 2005).

As variáveis desta pesquisa que foram submetidas à ANOVA, em relação aos escores da EMEP, podem ser observadas na Tabela 11.

Tabela 11. *Variáveis submetidas à ANOVA segundo os resultados da primeira aplicação da EMEP*

Variável	Faixas
Classe Econômica	1. B2, C1 e C2 2. D 3. E
Escolaridade	1. Ensino Fundamental Incompleto 2. Ensino Fundamental Completo 3. Ensino Médio Completo
Idade	1. de 14 a 22 anos 2. de 23 a 31 anos 3. de 32 a 40 anos

Nota. As classes econômicas B2, C1 e C2 foram agrupadas em função do pequeno número de sujeitos nestas classes, o que inviabilizaria a realização do teste estatístico, caso fossem mantidas em separado.

O teste *t* de Student é utilizado para se comparar dois conjuntos de dados em termos de seus valores médios, sendo utilizado quando os dados estejam em uma escala intervalar ou de razão (Barbetta, 2005). Nesse caso, foram comparados os dados:

1. Primípara (Sim ou Não);
2. Gravidez de risco (Sim ou Não);

⁵⁵ Será utilizada, neste trabalho, a significância estatística de p -valor $\leq 0,05$ (Barbetta, 2005).

3. Trabalha (Sim ou Não);
4. Tipo de parto (Cesáreo ou Normal) e
5. Religião (Católica ou Evangélica).

Na análise de correlação, verifica-se se existe relação significativa entre duas variáveis desde que as medidas estejam em escala intervalar ou de razão (Barbetta, 2005). Foi realizado o teste de correlação de *Pearson* para as variáveis: idade gestacional, peso do bebê ao nascimento e quantidade de dias de internação do bebê no momento da avaliação com a EMEP.

Utilizou-se teste *t* pareado para se comparar as médias da primeira e da segunda aplicação da EMEP, a fim de se verificar diferenças no enfrentamento da mãe nesses dois momentos. Para todas as análises inferenciais, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 17.0 Windows.

2.8 Análise ética de riscos e benefícios, e limitações

Em todas as etapas desta pesquisa, foram respeitados os preceitos éticos implícitos e explícitos na legislação vigente, especialmente no que tange ao respeito à autonomia dos sujeitos, sigilo das informações obtidas quanto à identificação das participantes⁵⁶ e divulgação das fontes dos dados. A pesquisa foi submetida à aprovação em dois Comitês de Ética, o de Ciências da Saúde da UFES (vide Anexo B) e o da SESA (vide Anexo C); e o modelo de TCLE (vide Apêndice E) foi aprovado em ambos os comitês.

Uma vez que se considera que a ética em pesquisa é algo que vai além dos códigos e normas estabelecidas, procuramos pautar todas as ações e intervenções no respeito interpessoal à singularidade da mãe participante e ao seu direito inalienável de estar ciente

⁵⁶Os resultados obtidos com a presente pesquisa poderão ser divulgados em eventos acadêmico-científicos bem como publicados em periódicos especializados, resguardado o sigilo da identidade dos participantes.

de todos os procedimentos aos quais foi exposta. A pesquisa não ofereceu riscos aos participantes e como benefícios buscou ampliar as estratégias de enfrentamento das mães, em relação à hospitalização do bebê PT-BP internado em UTIN.

Uma das limitações deste estudo, também identificada por Ruiz et al. (2005), é a dificuldade de obter uma população homogênea em relação a variáveis relevantes, tais como: gravidade do estado do bebê, peso ao nascer, idade gestacional, antecedentes culturais, condição socioeconômica, idade, dentre outras; na medida em que foram recrutadas as mães que estiveram hospitalizadas ao mesmo tempo, no momento da intervenção. O fato do estudo ter sido realizado com uma amostra de conveniência dificulta a possibilidade de generalização dos dados para a população geral, constituindo-se em uma ameaça à validade externa do estudo, que se refere à possibilidade dos resultados serem generalizados para outros contextos semelhantes (Meltzoff, 2001).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a coleta de dados, foram realizados sete grupos de mães, numerados sequencialmente de G1 a G7, os quais contaram com a participação de 25 mães, no total. Uma vez que a metodologia deste trabalho pressupunha a participação das mães em diferentes etapas da pesquisa, ocorreram perdas de participantes ao longo da coleta de dados. Assim, para a apresentação dos resultados e de sua discussão, as mães participantes foram divididas em três grupos:

1. Amostra Inicial (AI), composta pelas mães que participaram só da Sessão 1 do GM e que preencheram os instrumentos pré-intervenção;
2. Amostra Grupo (AG), composta pelas mães que participaram da pré-intervenção e das duas sessões do GM;
3. Amostra Final (AF), composta pelas mães que concluíram todas as etapas da pesquisa (pré-intervenção + 2 sessões de GM + pós-intervenção + seguimento), sendo que, nesta última etapa, participaram as mães cujos bebês tiveram alta e aquelas cujos bebês foram a óbito.

O tamanho e o delineamento para cada uma das amostras estão na Tabela 12.

Tabela 12. *Caracterização das amostras e quantidade de mães participantes*

Amostra	Característica	Quantidade de mães participantes
Amostra Inicial (AI)	Instrumentos da pré-intervenção + Sessão 1 do GM	8
Amostra Grupo (AG)	Instrumentos da pré-intervenção + 2 sessões do GM	2
Amostra Final (AF)	Instrumentos da pré-intervenção + 2 sessões do GM, + seguimento	15
Total		25

Nota. Das 15 mães participantes da AF, 2 tiveram bebês que foram a óbito.

Os resultados não serão apresentados individualmente por instrumento, em função de sua grande quantidade (conforme pode ser visto na Tabela 13). Caso fossem

apresentados isoladamente, seria mais difícil retomar, posteriormente, os dados de cada instrumento e relacioná-los com as informações dos outros protocolos que a ele fossem associados. Espera-se, ao agrupar os dados de diferentes instrumentos por temáticas, facilitar sua compreensão e inter-relação.

Tabela 13. *Instrumentos e protocolos analisados em cada uma das etapas da pesquisa*

Etapa da Pesquisa	Instrumento/protocolo	Quantidade
Pré-intervenção	Protocolo de Registro de Dados Gerais	25
	Critério de Classificação Econômica	25
	Ficha do Bebê	25
	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (1ª aplicação)	25
	Questionário Momento da Notícia	25
S1 do GM	Transcrição das sessões de grupo	7
	Protocolo de Registro de Sessão (3 observadores x 7 sessões)	21
	Protocolo de Avaliação do Comportamento Verbal e Não Verbal das Mães durante Grupo de Intervenção na UTIN (3 observadores x 7 sessões)	21
	Instrumento de Observação do Padrão de Interação do Mediador em Situação de Grupo (3 observadores x 7 sessões)	21
	Questionário de Avaliação da Intervenção	23
S2 do GM	Transcrição das sessões de grupo	7
	Protocolo de Registro de Sessão (3 observadores x 7 sessões)	21
	Protocolo de Avaliação do Comportamento Verbal e não verbal das Mães durante Grupo de Intervenção na UTIN (3 observadores x 7 sessões)	21
	Instrumento de Observação do Padrão de Interação do Mediador em Situação de Grupo (3 observadores x 7 sessões)	21
	Questionário de Avaliação da Intervenção	17
Pós-intervenção	Transcrição da Entrevista Semidirigida I (Duração média: 18 minutos)	16*
	Inventário de Satisfação do Usuário	17
Seguimento	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (2ª aplicação)	15
	Transcrição das Entrevistas Semidirigidas II (Duração média: 12 minutos) e III (Duração média: 32 minutos)	15
	Escala de Eventos Vitais	15
Total de instrumentos/protocolos analisados		408

Nota. * Uma das mães não permitiu que a entrevista fosse gravada, sendo, portanto, apenas registrada diretamente por escrito.

Os resultados serão, portanto, apresentados e discutidos com base nos temas centrais da pesquisa facilitando a triangulação dos dados e a compreensão dos resultados: (a) caracterização das mães participantes e seus bebês; (b) análise do enfrentamento no momento da notícia; (c) análise do enfrentamento durante a hospitalização do bebê PT-BP na UTIN; (d) análise do Programa de Intervenção em Grupo para Mães de Bebês PT-BP

internados em UTIN (PIG-UTIN); (e) análise do enfrentamento após a alta hospitalar; (f) análise comparativa dos diferentes momentos do enfrentamento; (g) análise do enfrentamento do pai e dos familiares, durante a hospitalização e após a alta, a partir da perspectiva das mães; e (h) análise do enfrentamento da morte do bebê. Ao final, será realizada uma discussão geral, buscando a integração dos resultados apresentados.

3.1 Caracterização das mães participantes e seus bebês

Cada uma das 25 mães participantes foi numerada sequencialmente de 1 a 25 a partir da numeração dos grupos dos quais participaram (G1, G2, G3...), recebendo um nome fictício (codinome), ordenados alfabeticamente, para facilitar sua personificação ao longo das análises dos resultados e, ao mesmo tempo, preservar sua identidade. Na apresentação dos resultados serão utilizados, portanto, os codinomes das mães para identificar os relatos selecionados (Tabela AA1 do Apêndice AA). Além disso, quando os dados fizerem referência a algum profissional da equipe de saúde da UTIN, também será utilizado um nome fictício, para preservar sua identidade.

As variáveis sociodemográficas bem como os dados da gestação, parto e nascimento dos bebês das 25 mães foram obtidos a partir dos resultados do Protocolo de Registro de Dados Gerais (PRDG – vide Apêndice G), exceto para as questões dos números 37 a 40; do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB, vide Apêndice H e Anexo E); e da Ficha do Bebê (FB – vide Apêndice I). Tais dados estão descritos em detalhes na Tabela AA1 e na Tabela AA2 do Apêndice AA.

Na amostra, observa-se predominância de mães na faixa etária de 14 a 22 anos, coerente com os dados encontrados na última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006 (MS, 2008b), que apontou um rejuvenescimento do padrão reprodutivo feminino (mães jovens, entre 15 e 19 anos). No

que se refere à classe econômica, a maior parte das mães pertenciam às classes D e E e, no quesito escolaridade, havia mais mães com Ensino Médio completo. A caracterização sociodemográfica das mães participantes da pesquisa pode ser vista na Tabela 14.

Tabela 14. *Caracterização sociodemográfica das mães participantes (N=25)*

Faixa Etária (anos)	n	%
14 a 22	10	40%
23 a 31	7	28%
32 a 40	8	32%
Média	27,12	
Desvio-padrão	8,25	
Mediana	27	
Moda	22	
Classe Econômica (CCEB)	n	%
B2, C1 e C2	4	16%
D	11	44%
E	10	40%
Escolaridade	n	%
Ensino Fundamental Incompleto	6	24%
Ensino Fundamental Completo	7	28%
Ensino Médio Completo	12	48%
Estado civil	n	%
Casada/União estável	16	64%
Solteira	9	36%
Situação Profissional	n	%
Não trabalha	13	52%
Trabalha	12	48%
Religião	n	%
Católica	13	52%
Evangélica	11	44%
Sem religião	1	4%
Local de residência	n	%
Municípios da Grande Vitória	21	84%
Municípios do interior do estado	4	16%

Nota. n= número de sujeitos. Foram agrupadas sob o rótulo de Evangélica todas as denominações assim consideradas e citadas pelas mães, devido a sua diversidade (ver detalhes na Tabela AA1 do Apêndice AA).

A maioria das mães era casada ou vivia em união estável, sendo moradora da Grande Vitória, ES, preferencialmente. Apesar de nove mães terem declarado estarem solteiras, algumas destas possuíam relacionamentos estáveis à época do nascimento do bebê, fato que ficou evidente a partir das respostas dadas no Questionário Momento da Notícia e na Entrevista Semidirigida I, ao falarem dos seus companheiros. Já em relação à situação profissional, a amostra foi composta de forma equivalente com praticamente a

mesma quantidade de mães que trabalhavam e que não trabalhavam. Em relação à religião, também houve distribuição similar entre o número de mães católicas e evangélicas (ver Tabela 14). Quanto aos dados da gestação, parto e nascimento das mães participantes e seus bebês, estes podem ser vistos na Tabela 15.

Tabela 15. *Dados da gestação, parto e nascimento das mães participantes (N= 25) e de seus bebês (N= 26)*

Idade Gestacional (em semanas)⁵⁷	n	%
24 a 28	6	24%
29 a 33	5	20%
34 a 38	14	56%
Média	32,64	
Desvio-padrão	3,94	
Mediana	34	
Moda	36	
Peso do bebê ao nascer (em gramas)	n	%
Até 999	7	27
Entre 1000 e 1499	6	23
Acima de 1500	13	50
Média	1595	
Desvio-padrão	725	
Mediana	1537	
Tipo de Parto	n	%
Cesáreo	14	56%
Normal	11	44%
Número de consultas de pré-natal	n	%
De 3 a 4 consultas	2	8%
Entre 5 e 7 consultas	12	48%
Acima de 7 consultas	1	4%
Informação não disponível no prontuário	11	44%
Quantidade de gestações	n	%
Primíparas	13	52%
Multíparas	12	48%
Gravidez de risco	n	%
Não	8	48%
Sim	17	52%
Gravidez gemelar	n	%
Não	22	88%
Sim	3	12%
Já teve outro bebê PT-BP	n	%
Não	22	88%
Sim	3	12%

⁵⁷ A idade gestacional foi avaliada, nos hospital em questão, pelo método Capurro, que avalia indicadores como: textura da pele, forma da orelha, glândulas mamárias, formação do mamilo, posição da cabeça ao levantar o RN, dentre outros, para avaliar a idade gestacional do feto (Goulart, 2004).

Tabela 15. *Dados da gestação... (cont.)*

Sexo do bebê	<i>n</i>	%
Masculino	14	54%
Feminino	12	46%
Escore Apgar⁵⁸ 1º minuto	<i>n</i>	%
0-3	2	8
4-7	9	34%
8-10	15	58%
Escore Apgar 5º minuto	<i>n</i>	%
0-3	0	-
4-7	3	12%
8-10	23	88%
Quantidade de dias de internação do bebê	<i>n</i>	
Média	44	
Desvio-padrão	29	
Mediana	44	
Moda	10	
Amplitude de variação	1-98	

Nota. *n*= número de sujeitos.

No que diz respeito à realização de consultas de pré-natal, a amostra da presente pesquisa encontra-se aparentemente⁵⁹ coerente com o preconizado pelo MS dentro do Programa de Humanização no pré-natal e nascimento (Serruya, Cecatti & Lago, 2004), de que devem ser realizadas, no mínimo, seis consultas de pré-natal, já que as mães, em sua grande maioria, realizaram entre cinco e sete consultas de pré-natal. A maioria das gravidezes não foi gemelar, e a maior parte das mães teve um bebê PT-BP pela primeira vez (vide Tabela 15).

O alto número de gravidez de risco se justifica na medida em que foram selecionadas mães cujos bebês estivessem internados em UTIN, logo, com maior probabilidade de complicações na gestação e também pelo fato do hospital em questão ser referência em maternidade de alto risco, atraindo mais gestantes com este perfil. Em

⁵⁸ O escore Apgar avalia a integridade do RN imediatamente após o parto (1º e 5º minutos), levando-se em conta a frequência cardíaca, a respiração, o tônus muscular, a resposta a estímulos e a coloração da pele. O escore varia de 1 a 10, definindo graus de comprometimento ou não da saúde do RN, assim como da necessidade ou não de cuidados intensivos (Goulart, 2004).

⁵⁹ Chama atenção a quantidade de mães sem o adequado registro no prontuário do número de consultas de pré-natal, assim, a conclusão de que as mães do HDDS encontram-se consonantes com o número de consultas de pré-natal preconizado pelo MS pode estar enviesada. A falta de registro de dados nos prontuários do HDDS é um aspecto apontado em outros trabalhos deste grupo de pesquisa realizados no mesmo hospital (Martins et al., 2012).

relação ao tipo de parto, predominou a cesariana, coerente com os dados apontados na PNDS, que registrou na região Sudeste 52% dos partos deste tipo (MS, 2008b). Houve distribuição aproximada de mães primíparas e múltíparas.

O peso dos bebês variou entre 553 e 2975 gramas (g.) e a quantidade de dias de internação variou de 1 a 98 dias. Houve predominância de bebês do sexo masculino e com 34 a 38 semanas de idade gestacional (IG). As 25 mães participantes representaram 12,56% do total de díades mãe-bebê que ficaram internados na UTIN por PT-BP no período de realização dos grupos de mães (janeiro a maio de 2010)⁶⁰. A comparação de algumas variáveis do perfil das 25 díades participantes, com o perfil das outras 174 díades que tiveram seus filhos internados na UTIN no mesmo período devido à PT-BP, mas que não participaram da pesquisa pode ser vista na Tabela 16.

Tabela 16. *Comparação do perfil da amostra de mães participantes e não participantes e seus bebês*

Variáveis comparadas	Mães participantes	Mães não participantes
Média de idade (anos)	27,12	27,07
Percentual de partos cesáreos	56%	54%
Percentual de partos normais	44%	46%
Média de idade gestacional do bebê (semanas)	32,64	34,65
Média de peso do bebê (g)	1.595	2.200

A partir da análise das informações contidas na Tabela 16, percebe-se que o perfil das participantes em relação às mães não participantes é bastante semelhante no que se refere à média de idade, ao percentual de partos normais e cesáreos, e à idade gestacional do bebê. Apenas na variável *média de peso do bebê* se verifica uma discrepância maior entre os dois grupos, com bebês de peso mais baixo na amostra de mães participantes da pesquisa.

⁶⁰ Os dados referentes às mães cujos bebês ficaram internados na UTIN de janeiro a maio de 2010 foram coletados diretamente a partir do livro de registro da UTIN, nos meses de janeiro e fevereiro de 2012, pelas alunas voluntárias Amanda Assis Nicolato e Lorena Marques Freguette. Agradecemos à psicóloga Maria Luiza G. Macedo o auxílio na elaboração da planilha com os dados.

Após esta caracterização das mães e de seus bebês, será analisado o processo de enfrentamento da condição de nascimento do bebê e da hospitalização na UTIN, nesta população, procurando seguir, de modo temporal, a sequência dos acontecimentos vivenciados pela mãe, iniciando-se pelo momento da notícia. O Apêndice BB apresenta a linha do tempo dos principais acontecimentos para cada uma das participantes.

3.2 Análise do enfrentamento no momento da notícia

O enfrentamento no momento da notícia se refere às primeiras reações da mãe ao saber que seu bebê havia nascido PT-BP (ou que iria nascer com algum problema de saúde) e teria que ficar internado na UTIN, englobando as formas de enfrentamento nesse momento; contempla também, as reações e sentimentos que tiveram em sua primeira visita ao bebê na UTIN. As informações sobre o enfrentamento no momento da notícia foram levantadas a partir das questões 1 a 8, 11 e 13 do Questionário Momento da Notícia (QMN, vide Apêndice J) respondido pelas 25 mães (AI + AG + AF), e das perguntas de número 1 a 4 do roteiro da Entrevista Semidirigida I (ESD I, vide Apêndice P) respondida por 17 mães (AG + AF).

A notícia das condições de saúde inaugura a convivência com o problema do bebê. A maioria das mães não sabia nada sobre prematuridade e baixo peso até o nascimento do filho: nas respostas à primeira pergunta do roteiro de entrevista apenas 4 mães (24%) disseram que sabiam alguma coisa sobre prematuridade e baixo peso antes do nascimento do bebê, sendo que destas, 3 já haviam tido um bebê PT-BP. O desconhecimento prévio sobre essa condição do bebê predominou entre as mães participantes da pesquisa, confirmando o aspecto da dimensão da novidade presente nesse contexto, um dos aspectos

que contribui para a percepção do ambiente como caótico (Skinner, 1999; Skinner & Edge, 2002b).

As mães foram avisadas da notícia (questão 2 do QMN) preferencialmente pelo ginecologista ou obstetra, 40% ($n = 10$) e pelo pediatra ou neonatologista, 40% ($n = 10$); em 16% ($n = 4$) dos casos, foram avisadas pela enfermagem e em 4% ($n = 1$) por outra pessoa (marido). A maioria das mães, 80%, ($n = 20$), recebeu a notícia primeiro (questão 4 do QMN) e nos outros 20% ($n = 5$) dos casos, a notícia foi dada primeiramente: ao pai do bebê ($n = 3$), à avó do bebê, ($n = 1$) e a uma prima da mãe ($n = 1$).

Sobre o momento no qual a notícia foi dada (questão 5 do QMN), 56% das mães ($n = 14$) ficou sabendo após o parto, 36% das mães ($n = 9$) soube dos problemas do bebê durante a gravidez, e 8% ($n = 2$) durante o parto. Em relação à explicação de como a notícia foi dada (questão 3 do QMN), as respostas englobaram, para 76% das mães ($n = 19$), uma descrição mais técnica do fato, que em geral, envolvia a repetição da informação dada pelo profissional, conforme os relatos de algumas das participantes⁶¹:

Falou que minha neném tinha nascido com infecção e iria dar muitos antibióticos a ela.

[Sara]

A médica falou que deu uma alteração e que ela teria que tirar o bebê. [Rúbia]

Só falou que como era prematuro, iria precisar ficar na UTIN. [Kátia]

Foi que a minha filha era muito prematura, que ela era de alto risco e que tinha que ficar no aparelho respiratório. [Flávia]

Já para 12% das mães ($n = 3$), a descrição de como a notícia foi dada apresentava uma avaliação da forma como a notícia foi dada, conforme se vê nesses relatos:

Foi dada com muita clareza e de forma verdadeira. [Xênia]

⁶¹ Os relatos das mães serão apresentados destacados tipograficamente (em itálico) e com a identificação (codinome) das mães. Em alguns momentos, também serão apresentadas informações sobre as variáveis sociodemográficas, bem como dados da gestação, parto e nascimento, que sejam relevantes para a análise que está sendo realizada.

De um jeito bem suave e positivo. [Olívia]

As outras 12% das mães ($n = 3$) descreveram sua própria reação à notícia, conforme essa descrição:

Quando recebi a notícia fiquei assustada, foi uma sensação de vida ou morte. [Lara]

Em relação ao tipo de informação recebida da equipe de saúde (questão 2 da ESD I), as mães enfatizaram a condição do bebê: ser de risco ou grave ($nr = 9$); ser prematuro ou ter baixo peso ($nr = 7$); ter que ficar internado na UTIN ($nr = 6$); ficar no oxigênio ou ter dificuldade de respirar sozinho ($nr = 5$); e não perder a esperança ($nr = 3$). Chama atenção o uso das palavras *grave* e *de risco* para se referir ao bebê, evidenciando que a equipe costuma deixar claro para a mãe a condição de vulnerabilidade do bebê no contexto da UTIN. Tal informação confirma a dimensão de imprevisibilidade nesse contexto, um dos fatores que contribui para que a situação seja percebida como estressante (Skinner & Edge, 2002a).

É importante destacar que, o fato da mãe saber (isto é, ter a informação) que o bebê é PT-BP e que deve ficar na UTIN, não implica, necessariamente, que ela compreenda o que isso significa em sua totalidade ou que tenha ciência dos possíveis desdobramentos da condição do bebê. Algumas respostas das mães na segunda pergunta da ESD I ilustram bem esse aspecto:

O que eu pude entender sobre ele é que por ele ter baixo peso, ele é muito fraquinho, né? Acho que o restante parece que está bem. [Ana, IG= 34, peso: 1110 g.]

Aí, me falaram que como era de oito meses, dava para ser parto normal, só que a neném podia nascer com algum problema; então, teria que ir direto para a UTIN. Só que eles falavam: UTIN, UTIN, UTIN, e eu não sabia direito o que era UTIN. Aí foi que, quando eu já estava no segundo dia que eu estava aqui, perdendo líquido, é que foram fazer a cesárea e levaram ela para a UTIN. [Lara, IG= 36, peso: 2380 g]

Apesar da adversidade da notícia sobre o bebê, a maioria das mães, 52% ($n = 13$) avaliou que esta foi dada de forma adequada pelo profissional de saúde (questão 6 do QMN), por exemplo:

Foi um pouco inesperado, mas eu entendi, foi muito bem explicado. [Uli]

Foi um susto, mas foi conversando comigo, não foi logo dando notícia assustadora, foi com cautela. [Sara]

Normal, foi explicado tudo com calma, direitinho, e eu entendi. [Nara]

Objetiva e sincera, a doutora só falou o que era verdade, eu simplesmente escutei com atenção. [Geane]

Bem delicado da forma que a enfermeira me falou. [Bia]

No entanto, 24% das mães ($n = 6$) avaliou a comunicação do profissional de maneira negativa:

Eu acho que deveria ser de uma outra forma, conversado um pouco, explicando como aconteceu. [Zélia]

Meio grosseiro, pois ela deveria ter conversado um pouco mais comigo. [Rúbia]

Eu chorei muito, ela [a médica] veio sem amor, pois eu ainda estava internada. [Elisa]

Ainda em relação à forma como a notícia foi dada, o restante das mães (25%, $n = 6$) se dividiu entre avaliações neutras sobre a forma como a notícia foi dada, com descrições da situação e respostas que abordavam as reações da própria mãe à notícia e não avaliações de fato sobre a forma como a notícia foi dada.

Nas respostas das mães que avaliaram a comunicação do profissional de forma negativa, a menção sobre *conversar mais* esteve presente, indicando que o profissional pode ter disponibilizado pouco tempo para comunicar a situação do bebê adequadamente à mãe. É importante ressaltar que a comunicação é elemento fundamental para o enfrentamento, além de ser apontada como um eixo central para o estabelecimento de uma assistência humanizada (MS, 2008a; Roseiro, 2010).

A informação deve ser dada de forma progressiva, com níveis crescentes de complexidade, permitindo à família compreender aos poucos a situação do bebê e aprender a lidar com ela; uma vez que, no primeiro momento, a família parece lembrar apenas de informações esporádicas que dizem respeito a suas necessidades imediatas, conforme apontado por Crepaldi e Varella (2000). Além disso, a equipe de saúde deve evitar linguagem excessivamente técnica ou rebuscada, usar metáforas para facilitar compreensão e pedir *feedback* sobre a compreensão da informação, por exemplo (Votre, et al., 2009).

Algumas mães ($n = 10$) sugeriram outras maneiras de se dar a notícia (questão 11 do QMN), conforme alguns dos relatos:

De forma mais clara, me enrolaram muito, não disseram tudo que podia acontecer. [Quênia]

Com mais cautela, carinho, amor e compreensão. [Elisa]

Com mais tranquilidade, por ser um momento difícil. [Wanda]

Outras mães ($n = 8$) afirmaram que a notícia deveria ser dada do mesmo jeito que foi expressa, indicando uma avaliação positiva da comunicação, por exemplo:

Em minha opinião deveria ser dada como foi, não mudaria em nada. [Olívia]

Não tenho do que reclamar, a pediatra foi muito educada. [Valéria]

Assim mesmo, com muita sinceridade. [Xênia]

Mas, algumas mães ($n = 5$) não responderam à questão, uma mãe disse que não sabia, e uma mãe afirmou:

Realmente não existe uma melhor forma de dar e receber uma notícia desta. [Maria]

A maioria das mães, 82% ($n = 14$), respondeu que não ficou com dúvidas em relação às informações recebidas da equipe de saúde, (questão 3 da ESD I). Algumas delas destacaram seu papel ativo na busca de informações junto à equipe médica, fornecendo

evidências do uso de estratégias da família de *busca de informações*, conforme descrito nas seguintes verbalizações das mães:

Não, porque todo dia, assim quando eu chego, eu tiro as dúvidas com a médica. [Uli]

Não, eu pergunto à pediatra dela e ela consegue me responder. [Wanda]

Não. Assim, a médica tem sido legal, eu pergunto e ela responde, e às vezes eu pergunto também às enfermeiras. Aí, eu sempre pergunto. [Quênia]

As mães que disseram ainda ter dúvidas sobre o estado de saúde do bebê (18%, $n = 3$), apontaram questões relacionadas a fatores de incerteza do quadro de adoecimento do recém-nascido, e não para algum tipo de negligência de informações, conforme se vê nesses exemplos:

Eu tenho, porque ela tava com uma infecção e eu fico pensando se essa infecção é muito grave, se isso vai demorar muito... Eu fico preocupada com isso, se vai ter alguma consequência. [Lara, IG= 36, peso: 2380 g]

Essa da Síndrome de Down no caso [bebê com suspeita de ter a doença], o restante já foi respondida. Porque falta o exame, daí não dá para me responder. [Rúbia, IG= 38, peso: 1860 g]

Ao receber a notícia sobre o bebê (questão 7 do QMN), as mães relataram com maior frequência sentimentos negativos de: tristeza ($nr = 12$), medo ($nr = 9$), preocupação e ansiedade ($nr = 8$), depressão ($nr = 5$) e surpresa ($nr = 3$); houve pouco relatos positivos de confiança ($nr = 2$) e normalidade ($nr = 1$), e uma mãe não respondeu à questão. As palavras utilizadas pelas próprias mães para descrever seus sentimentos (*choque, abalada, no fundo do poço, arrasada, mal, desesperada*, por exemplo) dão a exata noção do forte impacto da notícia para a maioria; apenas uma mãe não evidenciou ter sido impactada pela notícia (*normal*).

O mesmo padrão de sentimentos se repetiu ao visitar o bebê pela primeira vez na UTIN (questão 4 da ESD I). Nesse momento, as mães relataram ter sentido: tristeza ($nr =$

9), surpresa (*nr* = 6), depressão (*nr* = 4), medo (*nr* = 3) e incapacidade (*nr* = 1); houve apenas um relato de sentimento de felicidade, pelo fato do bebê estar bem. Algumas mães assim descreveram suas experiências na primeira visita à UTIN:

Não tem nem como explicar, muito doloroso ver ela toda entubadinha. Não poder pegar no colo, não poder amamentar. Toda vez que vejo uma criança, eu logo lembro da minha. Foi muito triste, me segurei para não chorar. [Helena, IG= 36, peso: 2625 g.]

Um choque, porque assim: passada, assustada... A gente sente na hora quando vê o neném lá, todo magrelinho, assim... [Kátia, IG= 29, peso: 1145 g]

Nossa, eu tomei um choque. Logo que eu olhei assim, eu pensei: será que a minha filha vai se salvar? Eu achei que ela ia morrer. Foi um abalo. [Lara, IG= 36, peso: 2380 g]

Incapaz, de ver ele lá e não poder fazer nada, foi muito triste para mim, foi muito dolorido. [Olívia, IG= 36, peso: 1440 g]

Foi estranho, diferente. Aí eu cheguei lá e vi aquele bebê e pensei: “Ah, meu Deus! Será que isso saiu de dentro de mim?”. Achei diferente assim, tão pequenininho; eu pensei que nem tinha sobrevivido. [Paula, IG= 29, peso: 940 g]

O desconhecimento sobre a realidade de uma UTIN, evidenciado pelo sentimento de surpresa, e sua associação a um lugar de sofrimento e morte, conforme apontado por Barros e Trindade (2007) e Sousa et al. (2006), contribuem para que a primeira visita à UTIN seja permeada pela sensação de “choque” e pelo sentimento de tristeza (Souza et al., 2007). Tais descrições apontam para a importância do acompanhamento dos pais na primeira visita à UTIN (a chamada *visita monitorada*), com fornecimento de suporte emocional e informações sobre os equipamentos que cercam o RN (Scochi et al., 2003). Essas condições não existiam no hospital onde a pesquisa foi realizada.

As reações das mães em relação à notícia recebida e à forma como ela foi dada, bem como seus sentimentos ao entrar na UTIN, confirmam outros estudos da literatura mostrando que a experiência de ter um bebê PT-BP internado em UTIN é uma situação inesperada e de forte impacto emocional para essas mães (Arruda & Marcon, 2007; Barros

& Trindade, 2007; Fraga & Pedro, 2004; Guimarães, 2010; Guimarães & Monticelli, 2007; Monteiro et al., 2002; Siqueira & Dias, 2011).

A necessidade de suporte social no momento da notícia foi percebida pela maioria das mães ($n = 19$, 76%), que relataram ter sentido necessidade de conversar com alguém ao saber da situação do bebê; enquanto que 6 mães (24%) relataram não ter tido essa necessidade (questão 8 do QMN). Em relação às pessoas com as quais sentiram vontade de conversar, as mães referiram principalmente: o marido ou namorado ($nr = 8$), seguido da mãe ($nr = 3$), o médico ou enfermeiro ($nr = 3$), uma amiga ($nr = 3$), toda a família ($nr = 3$), Deus ($nr = 1$) e alguém experiente ($nr = 1$).

Ao final do QMN (questão 13), 15 mães disseram que não tinham nada a acrescentar sobre a forma como foram comunicadas do estado do bebê, enquanto que 5 mães destacaram novamente o impacto negativo do recebimento da notícia, e 5 mães não responderam à questão (deixaram em branco).

Assim, de forma geral, no momento da notícia as mães: não sabiam nada sobre PT-BP, foram informadas da condição do RN após o parto pelo médico, e receberam a notícia primeiramente. As informações preferencialmente recebidas nesse momento foram a respeito da gravidade e o do risco do bebê, o fato de ter nascido PT-BP e ter que ficar internado na UTIN, e a dificuldade de respirar sozinho. A maioria avaliou que a informação foi dada de forma adequada pelo profissional de saúde e não ficou com dúvidas. Os sentimentos relatados com maior frequência no momento da notícia e na primeira visita ao bebê na UTIN foram: preocupação, tristeza, medo e surpresa; sendo que as mães sentiram vontade de conversar, principalmente com seus companheiros.

Analisando os dados do enfrentamento no momento da notícia em seu conjunto e relacionando-os com o sistema de 12 famílias de enfrentamento de Skinner et al. (2003), verificou-se, a partir do relato das mães, a presença das seguintes famílias de *coping*:

1. *Autoconfiança* (verbalizações das mães no QMN e na entrevista que expressam a confiança de que o bebê vai superar a situação, apesar da gravidade do quadro, EE: regulação emocional);
2. *Busca de suporte* (maioria das mães relatou ter buscado conversar com alguém sobre o ocorrido com o bebê, EE: busca de contato, busca de conforto e referenciamento social);
3. *Acomodação* (aceitação e minimização da gravidade da situação, EE: reestruturação cognitiva e minimização);
4. *Busca de informações* (perguntar à equipe informações adicionais sobre o estado do bebê, EE: perguntar à equipe sobre a saúde do bebê) e
5. *Desamparo* (confusão, interferência cognitiva em função do choque com a notícia, EE: confusão, interferência cognitiva).

A maioria dessas famílias, à exceção de *desamparo*, está relacionada a um desfecho positivo, envolvendo os processos adaptativos: (a) *coordenar a confiança e os recursos sociais disponíveis* (*autoconfiança* e *busca de suporte*), (b) *coordenar preferências e opções disponíveis* (*acomodação*), e (c) *coordenar ações e contingências no ambiente* (*busca de informações* e *desamparo*) - ver Tabela 6. Assim, o processo adaptativo *coordenar ações e contingências no ambiente*, que se refere a ser efetivo no enfrentamento do estressor, parece ser o que se encontrava mais ameaçado no momento da notícia.

Nos dados sobre o momento da notícia (questões referidas do QMN e da ESD I), não houve menção ao uso de estratégias de enfrentamento das seguintes famílias de

coping: (a) *resolução de problemas* - nenhuma mãe relatou ter feito planos ou ter delineado estratégias, nesse momento, para lidar com a situação, pois, provavelmente o estado emocional (choque com a notícia), interferiu no uso de estratégias dessa família; (b) *negociação* - não parece ser o tipo de situação que permita o uso de estratégias dessa família em um primeiro momento; (c) *isolamento* - apesar de algumas mães terem afirmado não se sentir à vontade para conversar com alguém, não se pode afirmar que estariam evitando os outros; (d) *delegação* - não houve evidências da presença de autculpa e lamentação em relação ao ocorrido com o bebê, naquele momento; (e) *oposição* - não foram colhidos relatos que indicassem a culpabilização dos outros ou uso de agressão; (f) *fuga* - não ocorreram relatos que apontassem negação ou evitação da situação; e (g) *submissão* - não houve relatos de ruminação ou pensamentos intrusivos.

Lembramos aqui que a presença ou ausência de tais formas de enfrentamento foi inferida a partir dos dados, e não diretamente perguntada às mães. É importante também notar que as informações sobre o enfrentamento no momento da notícia foram dadas de forma retrospectiva, embora a maior parte das mães ($n = 16$) tenha respondido ao QMN em momento próximo ao nascimento e à internação do bebê na UTIN (entre 1 e 6 dias). Para as demais participantes, a diferença entre o número de dias do nascimento do bebê e a resposta ao QMN foi de 9 a 14 dias ($n = 6$) e de 20 a 67 dias ($n = 3$), conforme pode ser visto no Apêndice BB. A média do número de dias entre o nascimento do bebê e a resposta ao QMN foi de 10 dias. O fato da maior parte das mães ter respondido ao QMN próximo ao momento da notícia é interessante por reduzir vieses de retrospecto que podem estar presentes quando a diferença entre o momento do evento e seu relato é muito grande (Tennen et al., 2001).

Após esta análise do enfrentamento no momento da notícia, passamos a descrever o processo de enfrentamento durante a hospitalização do bebê.

3.3 Análise do enfrentamento durante a hospitalização do bebê PT-BP na UTIN

Os dados do enfrentamento durante a hospitalização do bebê foram obtidos a partir dos seguintes resultados: da EMEP (vide Anexo F), em sua primeira aplicação, e respondida pelas 25 mães (AI + AG + AF); das questões 5 a 7, 11 a 14, e 20 e 21 da ESD I (vide Apêndice P), respondida por 17 mães (AG + AF); e das questões 37 a 40 do Protocolo de Registro de Dados Gerais (PRDG– vide Apêndice G), respondido pelas 25 mães (AI + AG + AF). O conjunto de tais dados permitiu uma análise das fontes disponíveis de suporte social e das famílias de enfrentamento mais utilizadas, bem como das preocupações das mães e de suas expectativas, nesse momento.

O momento da notícia parece ser o mais difícil para se lidar com a situação do bebê para essas mães, haja vista seu impacto emocional negativo descrito anteriormente. A passagem do tempo, a convivência com o estressor e a melhor compreensão do tipo de situação com a qual se está lidando parecem facilitar o enfrentamento para a maior parte dessas mães, apesar da situação ainda ser vista como difícil para algumas delas, como se vê nas descrições a seguir, em que as mães responderam ($n = 10$) que estavam lidando de forma melhor com a hospitalização do bebê (questão 5 da ESD I), no momento da entrevista:

Hoje eu estou bem melhor (...). [Karla, 68 dias após o nascimento]

Está mais fácil com o tempo, cada dia você aprende um pouquinho.[Nara, 15 dias após o nascimento]

Hoje eu já consigo me controlar mais, porque, no primeiro dia, eu nem queria ir para ver ele lá na situação. Eu não tinha força, agora eu já consigo, agora já está bem melhor, já

consigo ver, já consigo tocar nele. [Olívia, 4 dias após o nascimento]

Outras 5 mães afirmaram que ainda continuava difícil lidar com a situação do bebê, sendo as razões apontadas para isso, dentre outras: a separação do bebê; deixar de lado as tarefas de casa e o cuidado com os outros filhos; e o cansaço de ter que acompanhar o bebê todos os dias no hospital, como se vê nos exemplos a seguir. Já as outras 2 mães falaram sobre a fé e a esperança de sair logo do hospital com o bebê.

Tá difícil porque largo meus outros filhos em casa. [Denise, 18 dias após o nascimento]

Não é nenhum pouquinho bom nem confortável porque tem que estar vindo todos os dias, é cansativo. [Flávia, 63 dias após o nascimento]

Para mim está sendo difícil porque ela está longe de mim. [Lara, 3 dias após o nascimento]

Não está sendo fácil, nem financeiramente, nem psicologicamente. [Quênia, 11 dias após o nascimento]

Para lidar com a situação da internação do bebê (questão 6 da ESD I), a busca de apoio na religião foi citada por 12 das 17 mães entrevistadas, que destacaram a importância da fé em Deus, para seu enfrentamento, conforme pode ser visto em alguns exemplos de verbalizações das mães:

Eu acho que é minha fé, eu tenho muita fé e eu acho que o que está me ajudando é isso, eu nunca fui de ir, frequentar muito a igreja, mas eu sempre tive muita fé. [Olívia, Maranata]

Olha minha filha, a única coisa, assim eu já tinha fé, mas eu me apeguei mais ainda porque, nesse momento assim, é um momento que Deus dá a... os médicos fazem a parte deles, mas primeiramente Deus, depois os médicos, então, o que tem me dado muita força é que eu me apeguei muito a Deus nesse momento difícil. [Wanda, Cristo Verdade que Liberta]

Deus. É a única resposta que eu tenho, porque é difícil. Só ele. Claro que o apoio dos amigos, como essa palestra, é uma palestra muito boa, falam de coisas que eu não sabia, ajuda a saber mais sobre o bebê prematuro, ajuda bastante. Mas força mesmo para poder estar de pé só Deus que pode dar ao ser humano, e é ele que tá me dando, claro que o apoio psicológico ajuda demais. [Helena, Batista]

Deus, minha fé, que eu sou muito católica, acho que a fé tá me ajudando, porque senão eu não estaria em pé. [Denise, Católica]

Assim, a fé e a confiança em Deus aparecem como fundamentais para que essas mulheres tenham forças para suportar o sofrimento vivido com o bebê na UTIN. Conforme apontado por Crepaldi (1998) em estudo com famílias de crianças hospitalizadas, a crença no poder de Deus para alterar a situação está presente no discurso dessas mães, sendo que a Medicina ocupa um segundo lugar “honroso”, abaixo de Deus.

A partir dos dados da entrevista, percebe-se que o enfrentamento religioso nesta população não parece estar relacionado a formas menos adaptativas de enfrentamento, tais como: negação do ocorrido, aceitação passiva do evento ou visão do estressor como punição de Deus (Faria & Seidl, 2005; Goulart et al., 2005); embora na correção da EMEP segundo os quatro perfis de enfrentamento, os itens relativos ao *coping* religioso estivessem agrupados no fator *busca de prática religiosa/pensamento fantasioso*, juntamente com estratégias vistas como menos adaptativas. Os aspectos negativos do enfrentamento religioso citados anteriormente, não se fizeram presentes nos relatos das mães.

Também foram citados como elementos facilitadores do enfrentamento, nessa questão, o suporte fornecido pela família, incluindo pai, mãe, irmãos e cunhados(as) (*nr* = 6); pelos amigos (*nr* = 6); e pelo, marido (*nr* = 4). Citaram também a relevância do grupo de mães no auxílio ao enfrentamento (*nr* = 2), bem como a importância de se ter paciência para atravessar o momento (*nr* = 1). Em relação à importância do grupo, as mães afirmaram:

A conversa aqui, como é que fala? A ajuda de vocês, a única coisa que me deixou bem melhor. Me deixou mais calma, mais tranquila assim. [Kátia]

Na verdade, ‘tá (sic) sendo essas reuniões que estão tendo mesmo [referindo-se ao grupo

de mães], *porque, na verdade, a gente não tinha noção de nada*. [Lara]

O *suporte social* tem sido descrito como um recurso importante que molda a maneira como o indivíduo enfrenta o estressor (Skinner & Edge, 2002b). Nesse sentido, a identificação das pessoas que auxiliam e de suas ações ajuda no processo de enfrentamento. Para essas mães as fontes de suporte social disponíveis eram: familiares ($nr = 12$); o marido ($nr = 11$); amigos ($nr = 4$); e pessoas do hospital ($nr = 2$) - questão 7 da ESD I. Sobre a forma de apoio recebido, as mães responderam: conversando ou dando conselhos ($nr = 9$); cuidando dos outros filhos ($nr = 5$); cuidando dos afazeres domésticos ($nr = 4$); ajudando material e financeiramente ($nr = 4$); e buscando informações ou notícias sobre o bebê ($nr = 3$).

Tais dados apareceram também, de forma semelhante, nas questões 37 a 39 do PRDG, que também investigaram fontes de suporte disponíveis, e cujos dados foram confirmados por essas informações da entrevista, demonstrando que o suporte social para o enfrentamento está disponível para a maioria dessas mães, via suporte material e psicológico. O suporte social foi fundamental para auxiliá-las no uso de estratégias de *resolução de problemas* e de *busca de informações*, na medida em que se utilizaram da ajuda disponível para realizar as outras tarefas que tinham, além do cuidado com o bebê internado, e para obterem informações sobre a evolução do quadro de saúde do bebê.

No momento da hospitalização do bebê, 4 mães relataram estar preocupadas (questão 11 da ESD I): com os outros filhos que estavam em casa ($n = 2$); com quem iria cuidar do bebê após a alta da UTIN ($n = 1$); e como iria dizer para as pessoas que o bebê não poderia, de início, após a alta, receber visitas ($n = 1$). O restante das mães ($n = 13$) abordou preferencialmente o tema da saúde dos filhos, falando sobre a preocupação com a evolução do bebê e as possíveis complicações que ainda poderiam surgir no contexto da

UTIN, conforme pode ser visto nas seguintes descrições:

Ela lá dentro ainda, que eu quero que ela saia de lá. Só, ela só 'tá prá ganhar peso, mas isso vai demorar um pouquinho ainda, aí fico preocupada! É porque ela ainda 'tá um pouquinho fraquinha, né?, Aí, a doutora falou que ela está estável, nem melhorou, nem piorou, 'tá estável. Mas, mesmo assim, a gente fica preocupada, assim, sei lá, com medo de acontecer alguma coisa! [Kátia, IG= 29, peso: 1145 g.]

Ah, minha preocupação é assim: se ela vai piorar, porque eu queria que ela melhorasse logo, aí eu fico preocupada, assim, em alguma coisa não dar certo, medicamento ou quando eu vejo aqueles números lá disparar, eu fico preocupada que tudo dá errado... a minha preocupação maior é essa, de não dar certo. [Sara, IG= 31, peso: 910 g]

A minha preocupação é como a médica já falou que pode haver os altos e baixos. Ele 'tá bem, mas a qualquer momento a criança pode dá algum probleminha e ele pode piorar. E também pelo fato dele tá perdendo peso e eu 'tô com medo dele perder mais peso ainda. [Quênia, IG= 33, peso: 1185 g]

Oh, ela passar essa fase de risco, né? E... igual eu vi ela lá, uma hora ela está bem, outra hora ela já não está, mas assim... igual a médica falou: assim que essa barriguinha dela inchada, que ia pedir para um outro médico estar olhando, né? Então, enquanto não passar esse risco, entendeu? Às vezes me preocupa. [Wanda, IG= 28, peso: 915 g]

Na realidade minha preocupação é de, de repente, receber uma notícia entendeu? Cada hora eu vejo assim alguém procurar alguém, eu tava ali na sala aquela menina de vestido procurou a outra pra dar mamã, e eu sei que o bebê daquela menina tá no mesmo lugar que o meu, e quando eu vi ela, meu coração disparou, porque eu achei que tava me procurando. [Ana, IG= 34, peso: 1110 g]

As verbalizações das mães novamente apontam para a dimensão da imprevisibilidade da evolução do quadro clínico do bebê na UTIN. Além disso, apesar de nenhuma mãe explicitamente ter falado sobre o medo da morte, transparece nesses relatos que as mães tem consciência do estado de saúde do bebê e das possíveis complicações que podem surgir no decurso da evolução do bebê, e que temem, em última instância, pela morte do filho. No entanto, a palavra *morte* não é utilizada. Tal termo só irá aparecer no discurso das mães de forma explícita na entrevista de seguimento, quando as mães

abordaram retrospectivamente a experiência com o bebê na UTIN.

Além da situação do bebê internado na UTIN, as mães deveriam responder o que mais as estava preocupando (questão 20 do PRDG), sendo apontados: deixar os outros filhos em casa ($n = 5$); falta de emprego e como trabalhar com o bebê internado ($n = 3$); situação financeira ($n = 2$); vontade de ir para casa com o bebê ($n = 2$). Uma mãe não respondeu à questão; além disso, 12 mães responderam que nada mais as estavam preocupando, além da situação do bebê.

Com relação aos dados sobre o enfrentamento, avaliados por meio da EMEP, e corrigidos nos quatro perfis de enfrentamento, foram obtidos como resultados (Tabela 17): predomínio de estratégias focalizadas na *busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso* ($M = 4,06$), seguidas de *focalização no problema* ($M = 3,91$), *busca de suporte social* ($M = 3,03$) e, por último, *focalização na emoção* ($M = 2,36$). As médias da EMEP em cada um dos itens do instrumento podem ser vistas na Tabela CC1 (Apêndice CC).

Tabela 17. Resultados da primeira aplicação da EMEP nos quatro perfis de enfrentamento

Fator da EMEP	M	DP	Mdn
Busca de Práticas Religiosas/Pensamento Fantasioso	4,06	0,57	4,29
Focalização no Problema	3,91	0,47	3,76
Busca de Suporte Social	3,03	0,92	3,00
Focalização na Emoção	2,36	0,68	2,36

Nota. Legenda: M= Média, DP= Desvio-padrão, Mdn=Mediana.

A comparação dos resultados obtidos nesta amostra de mães de bebês PT-BP referentes ao enfrentamento durante a hospitalização, com os escores originais do instrumento para o padrão estressor-saúde pode ser vista na Tabela 18.

Tabela 18. Comparação dos resultados da primeira aplicação da EMEP com a amostra original do instrumento

Fator da EMEP	Amostra			
	Mães de bebês PT-BP		Original	
	M	DP	M	DP
Busca de Práticas Religiosas/Pensamento Fantasioso	4,06	0,57	3,5	0,86
Focalização no Problema	3,91	0,47	3,68	0,59
Busca de Suporte Social	3,03	0,92	3,62	0,67
Focalização na Emoção	2,36	0,68	2,22	0,64

Nota. Comparação com o padrão estressor-saúde.

Com exceção da média encontrada para o enfrentamento focalizado na *busca de suporte social*, as médias desta amostra foram um pouco mais altas do que as da amostra original da EMEP (vide Tabela 18). Tais diferenças podem estar relacionadas com as características do estressor no contexto deste estudo: uma vez que a capacidade da mãe de efetivamente alterar o curso da hospitalização do bebê e melhorar sua saúde é relativamente pequena, esse estressor tenderia a ser enfrentado de forma mais intensa, como um estressor agudo; já na amostra original do instrumento (padrão estressor-saúde), predominaram estressores (doenças) crônicos, cuja possibilidade de manejo tenderia a ser maior. Assim, a dificuldade de controle da situação, aliada ao fato das mães enfrentarem um estressor agudo (hospitalização do bebê PT-BP na UTIN), pode ter contribuído para maiores médias em 3 dos 4 tipos de enfrentamento, nesta amostra em particular.

As mães desta pesquisa também apresentaram diferenças em relação à amostra original do instrumento (padrão estressor-saúde) na ordem de preferência das estratégias e no predomínio da *busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso* ao invés da *focalização no problema*. Mais uma vez, as características do estressor parecem ter contribuído para tal resultado: o enfrentamento religioso pode ter sobressaído em relação à focalização do problema, pois a religião poderia oferecer conforto e consolo para os sujeitos enfrentarem uma situação fora do seu controle imediato e de sua possibilidade de manejo e alteração (Faria & Seidl, 2005).

Esta condição esteve presente também na pesquisa de Guimarães (2010), em que o enfrentamento de 20 mães de bebês prematuros (ingressantes no alojamento Canguru) foi avaliado também pela EMEP, e na qual foi encontrada a mesma sequência de tipos de enfrentamento da presente pesquisa. A comparação dos resultados dessas duas diferentes amostras (a da presente pesquisa e a de Guimarães, 2010) com a amostra original do

instrumento aponta para a importância do tipo de estressor na determinação da estratégia de enfrentamento utilizada, conforme demonstrado por Ouwehand et al. (2006). Também ajuda a responder à questão da *generalidade* do enfrentamento (Schwarzer & Schwarzer, 1996), a qual implica na avaliação da consistência ou não do *coping* entre diferentes situações.

Nesse ponto, esses dados indicam uma predominância dos aspectos situacionais na determinação do tipo de enfrentamento adotado, o que foi corroborado pelos dados preliminares da replicação da presente pesquisa na Maternidade Escola da UFRJ, com mães de bebês PT-BP. Estes também apresentaram a mesma distribuição de predominância das estratégias avaliadas pela EMEP (Ramos et al., 2011). Novas pesquisas com essa população poderão confirmar ou não essa hipótese da predominância da situação em relação ao tipo de estratégia de enfrentamento utilizada.

A importância do enfrentamento religioso nesta amostra de mães de bebês PT-BP também aparece quando são analisados os 45 itens da EMEP individualmente, sem agrupá-los por fator. Nesta situação, as três maiores médias foram:

1. Item 44. *Eu me apego a minha fé para superar essa situação* (M= 4,79),
2. Item 8. *Eu rezo/oro* (M= 4,64) e
3. Item 39. *Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela* (M=4,64), ou seja, dois deles classificados como enfrentamento religioso (vide Apêndices X e Y).

Além disso, 9 das 14 mães que responderam à questão discursiva ao final do questionário da EMEP, sobre algo mais que estivessem fazendo para lidar com a situação do bebê, apontaram aspectos relacionados à fé e à religião para lidar com a situação do bebê, conforme se vê nesses exemplos:

Orando muito e pedindo a Deus pela recuperação do meu filho. [Quênia, IG= 33, peso: 1185 g.]

A coisa que mais tenho feito é pedir e orar a Deus que faça passar logo essa situação e que eu possa levar o meu bebê para casa sã e salva. [Maria, IG= 32, peso: 1635 g.]

Dessa forma, tanto os dados quantitativos como os dados qualitativos desta pesquisa corroboram a importância do enfrentamento religioso nesta população, sendo este um contexto que fornece suporte social e instrumental para o enfrentamento (Faria & Seidl, 2005; Goulart et al., 2005; Panzini & Bandeira, 2007). Os dados aqui encontrados são coerentes com a literatura sobre enfrentamento religioso mostrando o uso preferencial deste tipo de enfrentamento em situações de crise e em situações que envolvam saúde e doença (Faria & Seidl, 2005).

As crenças religiosas envolvem esforço para dar sentido às adversidades e ter um olhar positivo (esperança) em relação ao evento estressor. A capacidade de superação das adversidades inclui, entre outros aspectos, a habilidade do indivíduo para lidar com as mudanças que acontecem na vida, saindo da situação fortalecido (Silva et al., 2003).

O fato das pessoas poderem aprender e crescer com as experiências negativas, mesmo que não seja possível revertê-las ou escapar delas (Thoits, 1995), foi confirmado pela avaliação positiva da mudança após a vivência de hospitalização do bebê na UTIN (questão 14 da ESD I). As respostas das mães a essa questão e ao item 39 da EMEP (*Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela*) que apresentou uma das maiores médias entre todos os itens do instrumento (M= 4,64) mostraram que tal experiência as estava ajudando a crescer e se tornarem pessoas melhores. Algumas verbalizações das mães na entrevista exemplificam esta situação:

Eu acho que eu amadureci mais. O amadurecimento, mesmo com o sofrimento, a gente acaba aprendendo a se virar de qualquer jeito, a ser forte. [Quênia]

Muda, sim, né? A gente amadurece mais. [Quênia]

Depois de 26 de dezembro [data de nascimento do bebê], eu amadureci mais. Quando eu sair daqui, eu quero fazer um monte de coisas pelos outros, pelos que necessitam, tô pensando mais no coletivo. [Denise]

Mudou muito, porque eu era inexperiente, eu não sabia o que era um neném prematuro e agora eu 'tô mais experiente. [Helena]

A gente aprende lidar com as coisas, com os acontecimentos. [Kátia]

Mudou, porque eu nunca tinha passado por uma situação dessa, então muita coisa, assim, quando vai acontecendo umas coisas assim estranhas e novas, ao mesmo tempo que vai acontecendo... pode passar umas informações assim novas, que vão passando prá gente que a gente vai entendendo, assim, cada etapa que está acontecendo. Com tudo isso, eu adquiri mais experiência e mais conhecimento mesmo. [Lara]

O amadurecimento e o ganho de experiência expressos nos relatos anteriores foram apontados por 10 das 17 mães que participaram da entrevista, confirmando o aspecto indicado no item 39 da EMEP. Tal fato ilustra um dos aspectos apontados na literatura do *coping* de que eventos negativos nem sempre trazem consequências negativas para a saúde física e mental dos indivíduos (Thoits, 1995). Percebe-se assim que a experiência da mãe com o bebê na UTIN, apesar de estressante e difícil, contribui, na maioria das vezes, para seu desenvolvimento pessoal, podendo provocar mudanças no seu sistema de crenças (Skinner & Edge, 2002b).

Ainda em relação ao enfrentamento da hospitalização do bebê (questão 20 da ESD I) novamente apareceram como aspectos relevantes a importância do aprendizado e da experiência vividos no contexto da UTIN ($n = 6$) e a confiança em Deus para enfrentar a situação ($n = 4$). Algumas verbalizações das mães ilustram como sintetizaram o que estavam vivendo com o bebê na UTIN, nesses dois aspectos:

Muita confiança em Deus foi o que eu falei para você, o apoio psicológico de amigos, de pessoas como vocês, das pessoas da igreja ajudam muito, mas o único que pode fazer

alguma coisa pelo meu filho é Deus, o único, entendeu? Não tem prá onde correr, não tem prá onde pedir nada. Tem como ter apoio psicológico, ligar para o pai, ajuda bastante, é muito bom, mas o único que pode fazer alguma coisa por ele é só o Senhor. Então, resumindo, a frase é confiança em Deus, porque não tem outra explicação para mim. [Ana]

Aprendi muito. [Paula]

Olha, eu acho que eu sai daqui muito mais forte do que eu imaginava que poderia sair. [Olívia]

Eu tenho que agradecer a Deus, primeiramente, que está cuidando da minha bebê, porque a médica está fazendo a parte dela, mas se Deus não estiver na frente.... [Wanda]

As demais mães resumiram suas experiências enfocando a importância de se dar mais valor à vida ($n = 1$), a mistura de sentimentos (medo e esperança) presentes nesse contexto ($n = 1$) e que a experiência estava sendo difícil e triste ($n = 1$). Além disso, 4 mães responderam à questão falando da importância das sessões do Grupo de Mães para adquirirem mais confiança e segurança sobre como cuidar do bebê, bem como a importância da troca de experiências entre as participantes do grupo:

É na fraqueza que a gente encontra força! Porque, ao mesmo tempo que eu estava fraca em relação a minha menina, foi nesse grupo mesmo que eu encontrei força que me abriu para várias coisas, coisas que eu não entendia... não fazia nem idéia, aí foi... as explicações assim que foram dadas, a gente vai absorvendo e tendo força. [Lara]

Que eu adquirir mais confiança e mais segurança com as informações que vocês passaram. [Quênia]

Ah, que assim, a conversa de vocês lá ajudou bastante! Assim, tudo... igual esses tempos atrás, na semana retrasada, eu 'tava perdida, não sabia o que fazer... aí, igual, me chamaram para vim, né? Assim, por causa da conversa dos encontros. Eu me senti bem melhor, eu gostei bastante. Só isso! [Kátia]

Eu achei legal as mães me passarem a experiência delas no grupo, e eu passar experiência para elas, porque do mesmo jeito que eu passei por coisas ruins e boas elas também passaram. [Flávia]

Ainda analisando os resultados da EMEP a partir do sistema de 12 famílias de

enfrentamento de Skinner et al. (2003), obteve-se as médias, desvios-padrão e medianas descritas na Tabela 19:

Tabela 19. *Resultados da primeira aplicação da EMEP no sistema de 12 famílias de coping*

Necessidades	Percepção	Família de Enfrentamento	M	DP	Mdn
Relacionamento	Desafio	Autoconfiança	4,36	0,55	4,50
		Busca de Suporte	3,79	0,65	3,71
	Ameaça	Delegação	4,32	1,01	5,00
		Isolamento	2,66	1,19	2,50
Competência	Desafio	Resolução de Problemas	3,47	0,82	3,42
		Busca de Informações	3,64	1,58	4,00
	Ameaça	Desamparo	2,76	1,2	3,00
		Fuga	3,02	0,93	3,00
Autonomia	Desafio	Acomodação	3,96	0,57	4,00
		Negociação	4,36	1,22	5,00
	Ameaça	Submissão	2,88	0,91	2,75
		Oposição	1,75	0,72	1,50

Nota. Legenda: M= Média, DP= Desvio-padrão, Mdn=Mediana.

As maiores médias foram obtidas nas famílias *autoconfiança* e *negociação*, ambas com média de 4,36, seguida de *delegação* (M = 4,32). As duas primeiras famílias estão relacionadas a um desfecho adaptativo positivo, enquanto a terceira, *delegação*, que se caracteriza pela reclamação e lamentação, não. As menores médias foram identificadas nas famílias de *oposição*, *isolamento* e *submissão*. Organizando os mesmos dados em função da percepção de ameaça ou de desafio tem-se as maiores médias para famílias relacionadas à *percepção de desafio*, apontando que o estressor é preferencialmente percebido dessa forma, e que há uso mais intenso de estratégias de enfrentamento de famílias consideradas adaptativas.

Ainda considerando essas duas possibilidades de análises dos resultados da EMEP (correção nos quatro perfis de enfrentamento e correção no sistema de 12 categorias de Skinner et al., 2003), procurou-se relacionar as estratégias utilizadas pelas mães com suas características sociodemográficas, por meio de testes estatísticos. Não houve diferenças significativas entre o tipo de EE utilizada e a idade da mãe (ANOVA) (Tabela DD1, Apêndice DD), nem na análise dos fatores originais do instrumento, nem na análise a partir

das 12 famílias de enfrentamento, quer fossem tratadas individualmente, quer fossem tratadas de forma agrupada em tipos de necessidades básicas e percepção de desafio ou ameaça. Dessa forma, observa-se que a amostra é uniforme no que se refere ao tipo de estratégia utilizada nas diferentes faixas etárias.

Aplicando a ANOVA às classes econômicas das mães, foram encontradas diferenças significativas quando as quatro famílias pertencentes ao *relacionamento* (*autoconfiança, busca de suporte, delegação e isolamento social*) foram agrupadas (Tabela DD2, Apêndice DD). Aplicando a seguir o teste de *Tukey* para identificar a fonte desta diferença, verificou-se que se referia à comparação entre as classes B2/C2/C1 (as quais foram agrupadas em função do número de participantes em cada classe ser pequeno) com a classe D, e à comparação entre as classes B2/C2/C1 (agrupadas) com a classe E, sendo que as classes mais altas (B2/C2/C1) apresentaram maiores médias no uso de EE dessas famílias. Dessa forma, constatou-se que a amostra inicial é diferenciada quanto à média das categorias *relacionamento* em relação à classe econômica das mães.

No que se refere à escolaridade das mães, a ANOVA não mostrou diferença significativa (Tabela DD3, Apêndice DD). Conclui-se que, no geral, a amostra inicial estava relativamente uniforme no que se refere à utilização das estratégias de enfrentamento, em relação às características etárias e de escolaridade.

Analisando as relações entre as EE e outras variáveis sociodemográficas (Primípara; Gravidez de risco; Trabalha; Tipo de parto - cesárea ou normal; e Religião - Católica ou Evangélica) pelo Teste *t* de *Student* verificou-se diferenças significativas em relação ao número de gestações (uma ou mais) nas categorias *focalização na emoção* (nos fatores originais do instrumento); nas famílias de *coping* de *desamparo, fuga e oposição*; e nas médias das famílias de *coping* agrupadas na *percepção de ameaça* (Tabela EE1,

Apêndice EE). Em todas essas categorias, a mãe múltipara apresentou maior média, indicando que essas mães usam mais estratégias focalizadas na emoção e mais estratégias de desamparo, fuga e oposição, e percebem a situação como mais ameaçadora do que as mães primíparas. Este resultado é, em parte, coerente com o encontrado na pesquisa de Guimarães (2010) que também encontrou associações estatisticamente significativas (p -valor $\leq 0,05$) entre o número de filhos (mais de um) e o enfrentamento focalizado na emoção.

Relacionando esse último dado sobre a mãe múltipara com os dados qualitativos das entrevistas, percebe-se que uma das grandes preocupações das múltiparas é deixar os outros filhos relativamente desassistidos em função da dedicação e do cuidado com o bebê internado na UTIN. Tal preocupação poderia explicar a maior focalização na emoção, bem como a percepção da situação como mais ameaçadora do que aquela mãe que só precisa lidar e se preocupar com o bebê internado na UTIN (primípara), e também o maior uso de estratégias das famílias de *desamparo, fuga e oposição*, que são fortemente carregadas de tonalidade emocional negativa.

Encontrou-se também diferenças significativas (teste t de Student) na família de *coping* de *autoconfiança*, favorável às mães que não trabalhavam fora de casa, em comparação às que trabalhavam fora de casa (Tabela EE2, Apêndice EE). O trabalho pode, no contexto da internação do bebê na UTIN, representar uma preocupação a mais para essa mãe, tornando mais difícil o manejo dos recursos disponíveis e o uso de estratégias de regulação emocional e comportamental. Nas demais categorias, não houve diferenças significativas no uso das estratégias em relação ao fato da mãe trabalhar fora de casa ou não.

A mesma ausência de diferenças estatisticamente significativas foi observada em relação a outras variáveis, como o fato da gravidez ter sido de risco, a religião da mãe e o tipo de parto realizado (cesáreo ou normal) e as formas de enfrentamento utilizadas pelas mães (teste *t* de Student) (Tabelas EE3, EE4 e EE5, respectivamente, do Apêndice EE). Diferentemente de outras variáveis, no que se refere à religião, esta pesquisa não encontrou dados compatíveis com Guimarães (2010), que encontrou associações significativas entre o uso de EE focalizadas no problema e as mães serem católicas.

Analisando as relações entre as categorias da EMEP e as variáveis: idade gestacional, peso do bebê ao nascimento, e o número de dias de internação do bebê no momento da avaliação com a EMEP, foi detectada somente uma correlação negativa entre a quantidade de dias de internação do bebê e o uso de *delegação* (correlação de Pearson) - quanto maior o tempo de internação do bebê, menor o escore de *delegação* (Tabela FF1, Apêndice FF). De forma inversa, este resultado também foi obtido por Guimarães (2010), que encontrou associações significativas ($p\text{-valor} \leq 0,05$) entre mães que permaneceram mais tempo no hospital (31 a 62 dias) e indicadores positivos de enfrentamento (confiança, satisfação, aprendizado e gratidão).

A diferença no uso de estratégias da família *delegação* em relação ao tempo de internação do bebê parece consistente com os dados qualitativos da entrevista (questão 4 da ESD I), discutida anteriormente. Nesta, a maioria indicou que a convivência com a situação do bebê as fez superar o momento inicial de dificuldade e dor. Assim, à medida que o tempo passa, as mães utilizam menos estratégias de *delegação*, o que poderia favorecer a adoção de estratégias de enfrentamento mais adaptativas.

Pensando no que poderia acontecer com o bebê nos próximos dias da entrevista (questão 12 da ESD I), todas as mães evidenciaram expectativas positivas em relação à

evolução do quadro clínico do bebê, as quais envolviam a crença na melhora da condição de saúde do bebê, seu ganho de peso e alta da UTIN, conforme se vê nesses exemplos:

Que vai ganhar alta, que vai sair daqui logo, logo. [Flávia, IG= 26, peso= 775 g.]

Eu espero que ela vai melhorar [sic] e rapidinho vai estar aqui comigo, nos meus braços, mamando. [Helena, IG= 36, peso= 2625 g]

Que ela melhore bastante, ganhe peso prá eu poder ir embora com ela. [Kátia, IG= 29, peso= 1145 g]

Ah! As minhas expectativas são muito boas, eu estou confiante, muito confiante. Eu tenho pensando: “Graças a Deus!” Sempre positiva; não tenho, assim, pensado negativo: “Ah! Não vai dar certo”. Não: “vai dar certo, ele vai ser recuperar”. [Olívia, IG= 36, peso= 1440 g]

Pegar peso, porque ela ‘tá precisando. Ela falou para mim que precisa ela engordar, acho que mais ou menos um quilo e meio, prá ela poder mamar no peito. [Paula, IG= 29, peso= 940 g]

Que ela melhore, é isso que é minha expectativa. Em momento nenhum, eu pensei o pior entendeu? Que... sei que é instável, aquela coisa, mas eu só penso isso, né?... que ela fique boa, não penso o pior, não. [Wanda, IG= 28, peso= 915 g]

A minha expectativa é que ele se recupere e engorde, pegue peso, sair o mais rápido possível daqui. [Quênia, IG= 33, peso= 1185 g]

Espero melhorar cada vez mais. Penso no lado positivo da coisa. Por mais que ele possa ter, eu espero que ele não tenha. Não ‘tô descartando a possibilidade, mas eu penso pelo lado positivo também. Sou otimista, por que se eu não for, quem vai ser? [Rúbia, IG= 38, peso= 1860 g]

Os relatos das mães em resposta a esta questão trazem indicadores do uso de EE de *autoconfiança*, já apontados nos dados quantitativos da EMEP. Parecem predominar, nessa situação, EE do tipo *regulação emocional*, a partir dos recursos de *blindagem*, *proteção* e *autofala positiva* (ver Tabela 4).

Ao imaginar como seria o dia a dia após a alta do bebê do hospital (questão 13 da ESD I), a maioria das mães apresentou expectativas positivas - disseram que seria ótimo ou

maravilhoso estar em casa com o bebê ($n = 5$), falaram do carinho e atenção que iriam dar aos bebês ($n = 3$), afirmaram que seria uma experiência nova ($n = 3$) e uma mãe falou que iria poder contar com pessoas da família que têm experiência em cuidar de bebês prematuros; mas 5 mães evidenciaram preocupação (medo) com o cuidado diferenciado do bebê, pelo fato de ser prematuro, que seria muito trabalhoso. Algumas falas ilustram essa preocupação com o cuidado do prematuro:

Aí, com relação a isso, eu fico meio preocupada, como lidar com ele, porque depois que ele for para casa, ele é meu, meu maior dilema. Depois que ele for para casa, por ele ser prematuro, né? Eu sou mãe de primeira viagem e um bebê que já nasce no tempo normal já é complicado, imagina um prematuro! Mas, eu acho que eu vou conseguir vencer, sim. Eu não sei, mas com o apoio da família, eu vou aprender, sim; ninguém nasceu sabendo.[Olívia, IG= 36, peso= 1440 g]

Então... eu imagino assim, que ela vai ser bem pequenininha... pequenininha e eu não vou sei... vou ter que aprender mais, assim, como lidar com ela, assim, a maneira de pegar, de amamentar. Apesar que aqui eles ensinam, mas em casa é tudo diferente, a maneira de cuidar dela, a higienização, aí...[Sara, IG= 31, peso= 910 g]

Para a maioria das mães, no entanto, a alta hospitalar não pareceu ser, no momento da internação do bebê, um evento percebido como potencialmente estressante. Pode-se supor que não pensar nas possíveis dificuldades que se sucederiam à alta pode ser uma estratégia para lidar melhor com o estressor e não ser “esmagada” por ele, ou seja, as mães estariam focadas em um problema de cada vez. Mas, também se pode admitir que as mães não tivessem muita noção do que viria a ocorrer após a alta, com um bebê PT-BP e que, portanto, isso não era, necessariamente, um problema para elas naquele momento.

Por fim, ao final da entrevista (questão 21 da ESD I), a mãe poderia acrescentar algum aspecto que achasse relevante sobre o enfrentamento da situação do bebê, sobre as dificuldades e sentimentos que estivesse experimentando ou sobre ambos. Neste ponto, 11 mães afirmaram não ter nada a acrescentar, 2 mães citaram a vontade de sair logo da UTIN

e poder levar o bebê para casa e 1 mãe falou da preocupação com o que iria acontecer com o bebê (morte). As demais ($n = 3$) falaram sobre a confiança e a esperança na recuperação do bebê, indicando novamente a presença da orientação motivacional da família de enfrentamento *autoconfiança* (Skinner et al., 2003), conforme pode ser visto em alguns relatos:

Assim que a gente não pode desistir nunca, apesar de tudo, né? Sempre confiante que vai dar certo. [Carla]

Acho que esperança, só isso mesmo não tem mais nada, esperança que vai melhorar, cada dia uma vitória. [Denise]

A situação é difícil, mas, assim, não é porque, desesperar eu não digo, porque às vezes a gente tem um momento de fraqueza, que isso é normal, nós somos de carne e osso; mas, a mãe, eu acho assim que ela tem que estar firme porque o desespero não vai levar a nada, entendeu? É manter muita calma e muita força mesmo, para poder estar superando tudo isso, porque é difícil... (...) Então, você tem que estar muito forte mesmo, muito segura. [Wanda]

Esse tipo de fala das mães ilustra a importância da percepção de controle: se os indivíduos acreditam que são capazes de controlar um evento nocivo, eles o perceberão como menos estressante (Lazarus & Folkman, 1984; Skinner, 1992; Skinner & Edge, 2002b; Skinner & Wellborn, 1994). Neste caso, a hospitalização do bebê na UTIN é vista preferencialmente como um *desafio* a ser superado, e a religião e a confiança em Deus aparecem como elementos decisivos da *percepção de controle* da situação.

O conjunto dos dados sobre o enfrentamento da hospitalização do bebê parece indicar que a necessidade de *relacionamento* dessas mães está relativamente suprida nesse contexto, em função da indicação de fontes de suporte social disponíveis, embora tais indicações não tenham sido acompanhadas de maior incidência do fator *Busca de Suporte* da EMEP. Além disso, as estratégias de enfrentamento preferencialmente utilizadas são as consideradas adaptativas, ou com provável desfecho positivo.

Após esta análise do enfrentamento durante a hospitalização do bebê, serão analisados os aspectos do Programa de Intervenção em Grupo para Mães de Bebês PT-BP internados em UTIN e suas relações com o enfrentamento.

3.4 Análise do Programa de Intervenção em Grupo para Mães de Bebês PT-BP internados em UTIN (PIG-UTIN)

Visando a contribuir para o processo de enfrentamento dessas mães, foram realizadas as duas sessões de intervenção em GM, cujos dados serão agora apresentados. No total, foram realizados 7 Grupos de Mães (GM), nomeados de GM1 a GM7, conforme sua ordem de ocorrência, dos quais participaram 34 pessoas, mas considerou-se para análise somente as 25 mães que preencheram os critérios de inclusão (Tabela 20). A média de participação nos GM foi de 4,85 participantes e a duração média de cada uma das sessões de GM (S1 e S2) foi de 44 minutos (Tabela GG1, Apêndice GG).

Tabela 20. *Quantidade de participantes por Grupo de Mães*

Grupos	Quantidade de participantes		
	Válidos	Excluídos	Total
GM1	5	2	7
GM2	3	2	5
GM3	1	1	2
GM4	3	3	6
GM5	4	0	4
GM6	4	0	4
GM7	5	1	6
Total	25	9	34

Nota. Motivos da exclusão: gravidez de risco ($n = 2$), bebês internados por outra razão que não PT-BP ($n = 5$), avó ($n = 1$) e pai ($n = 1$).

Da S1 para as S2 dos GM, houve perda de 8 mães. Em 3 casos, o bebê foi transferido para outro hospital no dia do GM (em função da UTIN estar lotada). Uma das mães foi embora do hospital antes de ter tido alta (evadiu-se), conforme informado pela equipe de saúde, pois estava preocupada com seu outro filho, não dando sequência a

participação no GM. Nos demais casos, não se obtiveram informações sobre prováveis motivos que explicassem a ausência dessas mães ($n = 4$), sendo que duas delas saíram antes do GM acabar (durante a S1) e não voltaram mais e as outras duas participaram da S1 até o fim, mas não retornaram no dia seguinte.

As informações que deram subsídios às análises dos GM foram obtidas a partir dos seguintes instrumentos: Protocolo de Registro de Sessão (PRS, vide Apêndice K); Protocolo de Avaliação do Comportamento Verbal e Não Verbal das Mães durante GM de Intervenção na UTIN (PAC-GM, Apêndice L); Questionário de Avaliação da Intervenção (QUAI, Apêndice N); Inventário de Satisfação do Usuário (ISU, Apêndice O); questões 15 a 19 da ESD I (Apêndice P), e questões 15 a 18 da ESD II (Apêndice Q).

A maior parte das mães ($n= 16$) participou do GM em momento próximo ao nascimento e internação do bebê na UTIN (1-6 dias). Para as demais participantes, a diferença entre o número de dias do nascimento do bebê e a participação no GM foi de 9 a 14 dias ($n= 6$) e de 20 a 67 dias ($n= 3$) – vide Apêndice BB.

O padrão de interação das mães em cada GM foi descrito pelos observadores (PRS) de forma semelhante. A maior parte das sessões de GM contou com os participantes atentos às instruções da mediadora e interagindo entre si. Pela característica do conteúdo e objetivos de cada sessão, na S1, com conteúdo mais expositivo, as mães estiveram mais atentas às instruções da mediadora; na S2, a interação entre as mães foi mais frequente. Apenas na S2 do GM5, considerou-se o grupo como mais retraído, com pouca participação das mães, apesar de dois observadores terem avaliado que as mães estavam atentas à mediadora. Essas observações avaliaram o conjunto do GM e não a participação individual das mães.

Em todas as sessões dos 7 GM, houve interrupções, assim categorizadas: (a) pessoas que batiam na porta da sala por engano ou porque estavam à procura de alguém (situação que ocorre em menor número de vezes); e (b) entrada de membros da equipe de enfermagem da maternidade para administrar medicamento às mães, ou da equipe da UTIN que, algumas vezes, traziam os bebês para serem amamentados durante a sessão do GM (maior frequência). Tais incidentes fazem parte da dinâmica de um grupo que acontece dentro de um ambiente como o hospital, que tem suas próprias rotinas e demandas. Não obstante isso, no geral, parece não ter havido prejuízo em função das breves interrupções relatadas acima, uma vez que as mães foram capazes de permanecer atentas ao GM, mesmo quando tais situações ocorriam.

As sessões de GM que tiveram maior número de interrupções foram: S1 do GM2 e S2 do GM4. Uma interrupção digna de nota aconteceu na S1 do GM2, uma mãe adolescente, Helena, veio participar do GM com seu companheiro, também adolescente, e com sua mãe (avó do bebê). Durante toda a sessão do GM, o casal ficou conversando, estando pouco atento às informações dadas pela mediadora. No meio da sessão, a avó fez um comentário que, aparentemente, aborreceu a adolescente (relacionado ao fato da filha ter contraído uma infecção e, com isso, antecipar o parto do bebê). Helena se levantou e se retirou do GM imediatamente, sendo seguida pelo companheiro e, após alguns segundos, pela sua mãe. Minutos depois, a adolescente voltou ao GM, desta vez, sozinha, sem a mãe e sem o companheiro, prestando atenção às atividades da sessão.

A participação das mães também foi registrada pelo PAC-GM (vide Apêndice L), analisando-se seus comportamentos não verbais (1-9) e verbais (1-17). O PAC-GM permitiu descrever e analisar os comportamentos e relatos de cada mãe no GM de forma

qualitativa e quantitativa. No GM3, só havia uma participante válida, a qual participou somente da S1, razão pela qual os escores da S2 serão sempre 0.

A frequência dos comportamentos, por sessão, dependia, em parte, do número de participantes presentes no GM. Sete participantes, entre as 25, saíram da sala em algum momento durante a intervenção e só algumas retornaram. A S1 do GM7 foi a que contou com mais situações desse tipo: duas participantes saíram da sala durante a sessão do GM (Tabela 21).

Tabela 21. *Comportamentos não verbais das mães durante Grupo de Mães*

GM	Sessões	Frequência/sessão			Total
		Sair da sala (NV8)	Chorar (NV 9)	Sorrir (NV 10)	
GM1	S1	1	0	1	2
	S2	0	0	6	6
GM2	S1	1	0	14	15
	S2	1	0	5	6
GM3	S1	1	1	0	2
	S2	0	0	0	0
GM4	S1	0	0	13	13
	S2	0	1	3	4
GM5	S1	0	0	1	1
	S2	0	0	6	6
GM6	S1	0	0	21	21
	S2	0	0	5	5
GM7	S1	2	0	6	8
	S2	1	0	5	6
Total		7	2	86	95
Média/sessão		0,5	0,14	6,14	6,78

O comportamento de *chorar ou embargar a voz* durante o GM quase não foi observado: apenas 2 ocorrências nas 14 sessões realizadas (Tabela 21). Tal comportamento pode ser indicador, nesse contexto, de expressão de sofrimento decorrente da situação de internação do bebê PT-BP na UTIN, ou denotar que a mãe ficou emocionada com algo que foi dito no GM.

O comportamento *sorrir* foi o comportamento não verbal mais frequente nas sessões do GM, conforme dados da Tabela 21. Sorrir, nesse contexto, pode ser indicador de

que essas mães estavam contentes com o contexto do grupo ou que o GM estava “animado”, apesar das dificuldades vivenciadas pelas mães com seus bebês no contexto da UTIN. A S1 do GM6 apresentou maior ocorrência desse comportamento (Tabela 21).

Os comportamentos verbais (CV) das mães durante o GM foram analisados de acordo com as categorias previstas no instrumento (PAC-GM), sendo aqui consideradas apenas as verbalizações das participantes válidas. A Tabela 22 apresenta a frequência de comportamentos verbais durante as sessões de GM.

Tabela 22. *Comportamentos verbais nas sessões dos Grupos de Mães*

Grupo	Sessões	Frequência /sessão					Total
		Responder (V1)	Perguntar ao mediador (V2)	Perguntar ao Grupo (V3)	Demonstrar empatia (V4)	Informar (V5)	
GM1	S1	5	10	11	6	6	38
	S2	4	9	9	6	5	33
GM2	S1	2	2	4	5	6	19
	S2	3	7	7	3	7	27
GM3	S1	1	1	2	1	2	7
	S2	0	0	0	0	0	0
GM4	S1	3	2	4	4	3	16
	S2	2	0	2	2	3	9
GM5	S1	3	6	6	5	3	23
	S2	3	4	4	2	4	17
GM6	S1	3	4	5	5	4	21
	S2	3	4	7	3	3	20
GM7	S1	7	8	11	9	9	44
	S2	2	3	5	2	2	14
Total		41	60	77	53	57	288
Média/sessão		2,92	4,28	5,5	3,78	4,07	20,57

Os comportamentos verbais mais frequentes foram fazer pergunta a outros membros do GM ($nr = 77$) e fazer pergunta à mediadora ($nr = 60$). A S1 do GM7 teve a maior frequência dos comportamentos analisados, e a S2 do GM4 a menor (ver Tabela 22).

O conteúdo das verbalizações das mães, gravadas durante as sessões dos GM, e registradas no PAC-GM foi classificado em 11 categorias (vide Tabela HH1 do Apêndice HH). Os comportamentos verbais das mães nos GM mais frequentes foram os que apresentavam descrições da situação do bebê ($nr = 40$) e de sentimentos a ela associados

(*nr* = 23), e relatos de preocupação ou ansiedade em relação ao bebê (*nr* = 18); além de outras verbalizações que incluiu as falas não categorizadas em nenhum dos outros itens (*nr* = 47). Não foram abordados conteúdos sem relações com os objetivos da sessão, e quase nenhuma verbalização indicativa de discordância em relação à fala da mediadora (vide Tabela HH1, Apêndice HH).

A S1 do GM6 teve a maior frequência de verbalizações das mães (vide Tabela HH1, Apêndice HH), e também a maior frequência de comportamentos do tipo *sorrir* (Tabela 21). Nesta sessão, todos os três observadores concordaram entre si, indicando que as mães do GM6 estavam atentas às instruções da mediadora e interagindo entre si. O GM3 teve um menor número de verbalizações, contando com a presença de apenas duas mães, sendo considerados os dados de somente uma que preencheu os critérios de inclusão na amostra.

Os comportamentos não verbais das mães durante os GM foram classificados como comportamentos facilitadores da adesão (NV1 a NV4) e comportamentos não facilitadores da adesão (NV5 a NV7). Calcularam-se as médias de todos os GM, por sessão e por categoria, segundo critérios de ocorrência: 0 (*nunca*), 1 (*raramente*), 2 (*quase sempre*) e 3 (*sempre*). Obtiveram-se as seguintes médias nas categorias, por sessão:

1. Facilitadoras da adesão:

1.1 *Estabelece contato visual com mediador* (S1= 2,6; S2= 2,4);

1.2 *Estabelece contato visual com outros membros do GM* (S1= 1,7; S2= 2,2);

1.3 *Mostra-se à vontade ou confortável no GM* (S1 e S2= 2,4);

1,4 *Segue instruções do mediador* (S1= 2,6; S2= 2,2); e

2. Não facilitadoras da adesão:

2.1 *Demonstra indisposição ou cansaço* (S1= 0,8; S2= 0,9);

2.2 *Mostra-se retraída ou tensa* (S1= 0,6; S2= 0,8); e

2.3 *Distrai-se com o ambiente* (S1= 1,1; S2= 1,0).

Os dados mostraram que as mães estavam, no geral, atentas ao GM e às instruções do mediador, com maiores médias de CNV facilitadores da adesão. Interessante notar que os dados sobre a adesão refletem a programação do GM: na S1 em que estava previsto mais conteúdo expositivo, as mães estabeleceram mais contato visual com a mediadora; já na S2, em que havia maior interação entre as participantes, também existiram maiores médias em estabelecer contato visual com outros membros do GM que no mesmo critério na S1.

3.4.1 Avaliação dos Grupos de Mães

Cada sessão do GM foi avaliada pelo Questionário de Avaliação da Intervenção (QUAI) respondido por 23 mães na Sessão 1 (AI + AG + AF, sendo que 2 mães não responderam ao instrumento, pois saíram antes do GM acabar e não retornaram), e 17 mães na Sessão 2 (AG + AF); pelo Inventário de Satisfação do Usuário (ISU), respondido por 17 mães; pelas questões 15 a 19 da ESD I; e pelas questões 15 a 18 da ESD II.

Na S1 e na S2 todas as mães responderam que o grupo as ajudou no enfrentamento da situação do bebê (questão 1 do QUA I), sendo as razões apontadas para tal auxílio descritas na Tabela 23.

Tabela 23. *Fatores responsáveis pela avaliação positiva do grupo como auxílio ao enfrentamento*

Fatores	S1		S2	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Aprendizagem	13	57	8	47
Possibilidade de esclarecer dúvidas sobre o bebê	6	26	4	24
Fornecimento de suporte psicológico	3	13	5	29
Troca de experiência entre as participantes	1	4	0	0
Total	23	100	17	100

Nota. *n*= número de sujeitos.

A aprendizagem que tiveram com o GM foi o fator mais referido pelas mães nas duas sessões como responsável pelo auxílio ao enfrentamento. Quanto à possibilidade de

esclarecer dúvidas no GM, tal informação foi divergente da resposta dada pelas mães anteriormente na questão 3 da ESD I, em que a maioria ($n = 14$) afirmou não ter dúvidas sobre a situação do bebê. Ficou evidente que as dúvidas continuaram até a realização do GM, com se vê nesses relatos (QUAI):

Eu tinha dúvida sobre meu bebê e vergonha de perguntar e com essa palestra, tudo ficou esclarecido para mim.[Olívia]

Porque eu pude entender algumas coisas que eu não tinha coragem de perguntar ao médico do bebê. [Paula]

As respostas das mães sobre como o GM as ajudou no enfrentamento da situação do bebê relacionam-se com as características da programação do GM. Na Sessão 1, que era mais informativa, ocorreram proporcionalmente mais relatos sobre o GM oferecer possibilidade de se tirar dúvidas sobre a situação do bebê e ao conhecimento adquirido. Já a percepção de suporte psicológico (conforto ou acolhida) foi apontada com maior frequência na Sessão 2 do GM, que previa maior interação entre as mães. Conclui-se pela importância do GM oferecer informações de forma sistematizada para essas mães, auxiliando-as a se sentirem mais aptas a entender e a cuidar do bebê.

Assim, a S1 do GM acabou por atuar mais fortemente sobre a *necessidade de competência* (Skinner & Wellborn, 1994) das mães, na medida em que forneceu informações que as tornaram mais capazes de lidar com seu bebê. A S2 atuou mais sobre a *necessidade de relacionamento* (Skinner & Wellborn, 1994) das mães, uma vez que favoreceu a percepção da existência de fontes de suporte social, ou seja, outros com os quais se pudesse contar e confiar. Já a *necessidade de autonomia* parece ter sido menos contemplada na forma como as sessões do grupo foram estruturadas.

Os fatores responsáveis pela avaliação positiva do grupo, anteriormente apresentados na Tabela 23, se repetiram, em sua maioria, quando as mães avaliaram o que

havia sido mais interessante nas sessões dos grupos (questão 2 do QUAI), conforme pode ser visto na Tabela 24.

Tabela 24. *Aspectos indicados como mais interessantes nas sessões dos Grupos de Mães*

Aspectos	S1		S2	
	<i>nr</i>	%	<i>nr</i>	%
Aprendizagem	18	69	8	38
Tudo foi avaliado como importante	5	19	4	19
Avaliação positiva da atuação da equipe que conduzia o GM	2	8	1	5
Possibilidade de esclarecer dúvidas sobre o bebê	1	4	2	10
Fornecimento de suporte psicológico	0	0	3	14
Troca de experiência entre as participantes	0	0	3	14
Total	26	100	21	10

Nota. Nr= número de respostas.

Esses dados foram coerentes também com as respostas dadas nas duas questões abertas do Inventário de Satisfação do Usuário (ISU), que também indicaram a avaliação positiva do GM (36%), o aprendizado adquirido com o grupo (13%) e a troca de experiência entre as participantes como fatores importantes (10%). Além desses, foi abordado também o aumento da confiança para cuidar do bebê após a participação no GM (34%), dentre outros fatores (7%).

As mães também deveriam indicar o que não tinha sido interessante ou importante naquele dia do GM (questão 3 do QUAI), sendo que os resultados foram bastante homogêneos nas duas sessões. Na S1 do GM, 22 mães (96%) indicaram que tudo tinha sido importante e uma mãe (4%) afirmou que poderia ter mais mães participando do GM. Na S2, as respostas foram bem semelhantes: 16 mães (94%) disseram que tudo foi importante e uma mãe (6%) apontou o fato de ter poucas mães no GM. Os dados da ESD II (questão 16) também apontaram indicadores semelhantes.

As mães relataram melhora em seu estado emocional após as sessões do GM afirmando se sentirem ou *um pouco melhor do que antes* ou *muito melhor do que antes* (questão 4 do QUAI), conforme pode ser visto na Tabela 25.

Tabela 25. *Sentimento após a participação nos Grupos de Mães*

Sentimento	S1		S2	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Muito melhor do que antes	17	74	15	88
Um pouco melhor do que antes	6	26	2	12
Me sinto igual	0	0	0	0
Pior do que antes	0	0	0	0
Muito pior do que antes	0	0	0	0
Total	23	100	17	10

Nota. Fonte: Questionário de Avaliação da Intervenção.

As menções das mães, em vários instrumentos da pesquisa, a ficar mais tranquila e calma, após a participação no GM, juntamente com os dados descritos na Tabela 25 parecem indicar redução dos níveis de ansiedade após a intervenção psicológica. Embora esse aspecto não tenha sido diretamente investigado (níveis de ansiedade antes e após a intervenção), os dados qualitativos indicam essa redução, sendo coerente com outros achados da literatura (Carvalho, 2005; Ruiz, 2005; Sadeck et al, 1986). A redução de indicadores emocionais pode ajudar na adoção de estratégias de enfrentamento mais focalizadas na resolução das demandas da situação.

As respostas do QUAÍ também foram confirmadas pelos dados do ISU no qual a maioria das mães respondeu ter aprendido *muitas coisas* sobre o bebê PT-BP e sobre como lidar com ele, além de declarar se sentir *muito mais confiante* para cuidar do bebê após as reuniões do GM. Avaliaram que o GM *ajudou muito* a enfrentar a internação do bebê, e que seu sentimento sobre participar do GM foi que *gostaram muito*, demonstrando sua satisfação com a proposta do PIG-UTIN, conforme dados da Tabela 26.

A partir dos dados obtidos com o ISU, pode-se afirmar que as mães ficaram satisfeitas com a proposta de intervenção do GM. A satisfação é considerada uma atitude positiva em relação ao serviço prestado e serve para descrever os serviços na perspectiva do usuário e também para avaliar sua qualidade (Espiridião & Trad, 2006).

Tabela 26. *Satisfação das mães em relação à participação no Grupo de Mães*

Questão	Avaliação	n	%
1. Ao participar das reuniões do GM, acho que aprendi sobre o bebê internado na UTIN:	<i>nada</i>	0	0
	<i>muito pouco</i>	0	0
	<i>alguma coisa</i>	1	5,88
	<i>várias coisas</i>	7	41,18
	<i>muitas coisas</i>	9	52,94
2. Ao participar das reuniões do GM, acho que eu aprendi sobre como lidar com o bebê internado na UTIN:	<i>nada</i>	0	0
	<i>muito pouco</i>	0	0
	<i>alguma coisa</i>	2	11,76
	<i>várias coisas</i>	4	23,53
	<i>muitas coisas</i>	11	64,71
3. Para cuidar do bebê internado na UTIN, sinto que depois das reuniões do GM, eu estou:	<i>nada confiante</i>	0	0
	<i>um pouco confiante</i>	0	0
	<i>o mesmo que antes</i>	0	0
	<i>mais confiante</i>	5	29,41
	<i>muito mais confiante</i>	12	70,59
4. Em relação a enfrentar a internação do bebê, acho que o GM:	<i>não ajudou</i>	0	0
	<i>ajudou pouco</i>	0	0
	<i>nem ajudou, nem atrapalhou</i>	0	0
	<i>ajudou um pouco</i>	2	11,76
	<i>ajudou muito</i>	15	88,24
5. Meu sentimento sobre participar das reuniões do GM:	<i>eu detestei muito</i>	0	0
	<i>eu detestei um pouco</i>	0	0
	<i>eu me sinto neutro(a)</i>	0	0
	<i>eu gostei um pouco</i>	1	5,88
	<i>eu gostei muito</i>	16	94,12

Nota. Fonte: Inventário de Satisfação do Usuário (N= 17).

Os dados do QUAI e do ISU indicando a importância do GM para o enfrentamento dessas mães também foram confirmados pelas informações coletadas nas entrevistas (questões 15 a 19 da ESD I e questões 15 a 18 da ESD II). Todas as 17 mães que responderam à ESD I afirmaram que o grupo de mãe as ajudou no enfrentamento da situação do bebê e descreveram aspectos interessantes no grupo (questão 15 e 16 da ESD I) sendo apontados os mesmos fatores e aspectos já descritos nos dados do QUAI (vide Tabelas 23 e 24). Alguns relatos exemplificam o auxílio do grupo no enfrentamento, na perspectiva das mães:

Muito. Porque assim, o que vocês explicaram ali eu não sabia de quase nada. Ainda mais quem é o primeiro filho assim, vocês me ajudaram muito. Eu aprendi muitas coisas que eu não sabia. [Valéria, ESD I]

Ajuda, ajuda a fortalecer sim porque a gente aprende o que é um bebê de baixo peso, o que leva ele a pegar o peso, o que o bebê é capaz de aprender e ver que ele não é

deficiente que ele é um bebê normal e isso ajuda muito a gente. Só pelo fato de a gente conversar e colocar para fora e expressar o que a gente sente e acha. Isso ajuda muito psicologicamente. [Ana, ESD I]

Ajudou, saber um pouco diferente de cada mãe, porque eu vejo que não é só eu que tô passando por isso. E saber mais um pouco como que tá, eu já sabia um pouco sobre como tomar conta por causa do meu filho, mas aprender um pouco mais de coisas que eu não sabia. Compartilhar um pouco mais de experiência, saber que você não é a única que está passando por isso. Que não tá sozinha. [Flávia, ESD I]

Ah, me ajudou bastante, eu tava só pra baixo. Eu quase não ia ver a neném do jeito que tinham me tratado lá. Agora, não. Eu vou lá toda hora, eu fui lá agorinha, dei leite nela, né, na sondinha... Eu fui lá, dei o leite dela, fui lá tirei leite e vim pra cá! Eu tô boa! Não tô nervosa, estressada, agitada. Tô calma! [Kátia, ESD I]

Na entrevista de seguimento (ESD II), ao falarem sobre a participação no GM, todas as 13 mães (AF menos óbito) confirmaram a percepção da primeira entrevista de que o GM as auxiliou no enfrentamento da situação de hospitalização do bebê, com respostas semelhantes às encontradas na ESD I e também no QUA I, conforme alguns relatos:

Ajudou... ajudou, porque... porque assim, eu pude desabafar. Algumas mães com a mesma dificuldade que a minha, né? Ajudou bastante, só de você poder desabafar com as pessoas, é alguém que está passando pela mesma situação que a sua e você trocando experiências, isso já ajuda bastante, né? [Ana, ESD II]

Ficava assim, insegura, com medo, aí depois vocês foram explicando porque eles tinha... o processo, é explicando tudo. Igual, eu ficava com medo dela ter que ficar com aquele capacetinho, aí vocês explicaram porque ela tinha que ficar ali aquele período, aí melhorando... aí eu fui ficando mais tranquila. [Kátia, ESD II]

Quanto aos aspectos mais interessantes do GM, algumas mães assim se expressaram na ESD I:

Eu achei mais interessante como lidar com o bebê depois que ele for para casa, era com isso que eu estava preocupada, eu consegui aprender como lidar com ele depois que ele for para casa, para mim, é a minha maior preocupação, como lidar com o fato dele ser

prematureo. [Olívia]

Olha, eu não sei se foi um jeito prático, para poder estar explicando a situação, porque se não tiver um jeito prático e fácil para ensinar para a gente não aprende. E ali teve paciência, a forma daquela moça estar se comunicando com a gente... sabe... então grava, a gente... todo mundo ali fala que esqueceu, mas ninguém ali esqueceu o que foi passado ali na sala. A gente só tem vergonha de estar comentando, entende? Mas ninguém esquece, principalmente ela que estava ali falando com todo carinho do mundo, a gente grava tudo, então estava sendo uma maravilha! É bom que continue, do mesmo jeito que me ajudou, que eu não sabia nada, vai ajudar outras mães também. [Geane]

A maioria das mães ($n = 11$) indicou que não houve momento que tivesse sido mais difícil durante as sessões do GM (questão 17 da ESD I). As 6 mães restantes, apontaram como momentos mais difíceis: quando foi falado de como tocar e cuidar do bebê, pois ainda não podiam fazer isso ($n = 2$); perceber que não tem apoio de ninguém para lidar com a situação do bebê ($n = 1$); a dificuldade de falar no GM porque era tímida ($n = 1$); quando se sensibilizou com a história de outras mães ($n = 1$); quando ficou emocionada por querer levar o filho para casa logo ($n = 1$).

Todas as 17 mães participantes da ESD I afirmaram não ter dúvidas sobre o bebê que não tivessem sido abordadas no GM (questão 19 da ESD I). Em relação às sugestões de modificação do GM (questão 18 da ESD I), a maioria das mães afirmou que não precisava mudar nada na proposta do GM ($n = 11$); enquanto que 6 mães apontaram como sugestões: GM ter a participação de mais mães ($n = 2$); trazer mais informações sobre o bebê ($n = 2$); perguntar diretamente à mãe o que ela acha ($n = 1$); GM ter mais dias ($n = 1$). Alguns relatos ilustram essas apreciações:

Para mim tá ótimo como tá, do jeito que tá, tá bom. Acho que se melhorar estraga. [Flávia]

Trazer mais informação, porque têm muitas coisas dentro da UTIN que fica para eles, que a mãe não tem acesso mesmo, então o GM tem que trazer mais informação, tentar assim... tem que quebrar o sigilo da UTIN, entende? [Geane]

As informações dadas no GM lembradas como úteis para as mães (questão 17 da ESD II) foram: as formas de se estimular o bebê dentro da UTIN ($n = 4$); saber lidar com o bebê PT-BP na UTIN e em casa ($n = 3$); o Método Canguru ($n = 1$); uma mãe respondeu à questão dizendo que tinha o livreto entregue no GM até aquele momento. Contudo, 4 mães disseram não se lembrar de nenhuma informação dita no GM. Algumas mães conseguiram detalhar bastante as informações passadas no GM:

Assim, me marcou foi no momento... do carinho, do neném ali dentro da incubadora eu quase não tocava nela, aí depois que teve aquela palestra, aquela entrevista lá que a mãe tinha que tocar na criança, fazer carinho, conversar que a criança também entendia, aí, a partir daquele momento me marcou e eu comecei sempre a estar com ela, dar carinho, e ela respondia também, abria o olhinho, mexia com os dedinhos assim. [Sara, ESD II]

Ah, muitas coisas como, quando o neném está na incubadora, a forma como você tem que olhar para ele né? Aí eu lembrava que quando o meu neném estava na incubadora, a posição que eu tinha que ficar, e ficava. Aí esses dias eu lembrei que tinha que fazer careta, né? Aí eu fazia a careta e ele repetia, comecei a fazer com ele, e ele começou a me olhar... depois ele começou a fazer também. Aí eu fiquei impressionada com isso, e aí... e essas coisas, e dizer que o nosso bebê, nasce prematuro ele não é doente, ele é um bebê baixo peso, que tem que ter cuidado se não ele fica doente, essas coisas me tranquilizou muito, me ajudou bastante. O cuidado que a gente tem que ter com ele, é muito importante. [Ana, ESD II]

No seguimento, apesar de reconhecer a importância do GM, algumas mães não conseguiram se lembrar de qualquer informação que tivesse sido dita no GM. Tal fato pode indicar um aspecto presente no contexto da hospitalização de um filho, já apontado por Crepaldi e Varella (2000), de que a família parece lembrar apenas de informações esporádicas relacionadas às suas necessidades imediatas. Nas palavras de uma mãe:

- Você recorda de alguma situação, de algo que foi dito? Que tenha sido útil para você?

- Que eu me lembre...não. Eu me lembro de ter participado direitinho, mas uma coisa assim, não. [Olívia]

O Livro de Apoio à Intervenção em Grupo de Mães na UTIN, entregue ao final da Sessão 2 do GM (vide Apêndice U), contendo uma síntese dos principais aspectos tratados nas duas sessões do GM, foi utilizado posteriormente de alguma maneira pelas mães (questão 18 da ESD II): 5 mães afirmaram ainda ter o material e o consultarem com frequência; 3 mães afirmaram ter o livro, mas só tê-lo consultado nos primeiros dias; outras 4 mães disseram ainda ter o livro, mas não o utilizaram; e uma mãe afirmou ter esquecido o livro no hospital. O livro buscava fornecer suporte instrucional para a família, a exemplo de outros materiais destinados a essa população (Carvalho & Linhares, 2001; Martinez et al., 2007; Silva et al., 2008; Fonseca & Scochi, 2009) e informar sobre a importância do seguimento (Scherman & Brum, 2010; Sousa et al., 2008).

Ao analisar a importância do GM no momento do enfrentamento da hospitalização, as mães apontaram como fatores preponderantes as informações recebidas e o apoio psicológico. Analisando posteriormente a importância do GM, as mães enfocaram prioritariamente a troca de experiências e as informações recebidas. A proposta de GM aqui apresentada confirmou as vantagens desse tipo de intervenção, já apontadas na literatura, de possibilitar a troca de experiências entre os participantes e o apoio mútuo (Baldini & Crebs, 1998; Motta et al., 2009).

A partir do conjunto dessas informações pode-se afirmar que o GM ajudou a promover o enfrentamento das mães ao alterar:

1. Sua percepção de controle e necessidade de competência, pois passaram a perceber que poderiam interagir mais com o bebê, estimulá-lo e cuidar dele apesar das limitações impostas pela UTIN; e
2. Sua percepção de suporte social e necessidade de relacionamento, pois se sentiram amparadas e fortalecidas com a troca de experiências com outras mães que

estavam passando pela mesma situação.

É importante notar que os recursos audiovisuais utilizados no GM (*data-show*, projetor) foram aspectos adicionais à intervenção. Nenhuma mãe mencionou esses elementos como importantes na avaliação que fizeram do GM. Assim, hospitais que não possuem esse tipo de facilidade não estão impedidos de adotar a metodologia sugerida nesta pesquisa, pois os elementos centrais para a avaliação positiva que as mães fizeram do GM centraram-se nas informações transmitidas no GM, na troca de experiências entre as participantes e nas atitudes da mediadora, conforme será apresentado a seguir.

3.4.2 Análise da mediação nos Grupos de Mães

As sessões dos GM foram mediadas pela pesquisadora, com formação em Psicologia há mais de 10 anos, e experiência em intervenções com grupo de pais. Seu desempenho foi analisado com base nos dados do Instrumento de Observação do Padrão de Interação do Mediador em Situação de Grupo (IOPIM) e das transcrições das sessões de GM e, indiretamente, por informações obtidas em outros instrumentos, conforme descrito a seguir. A análise do IOPIM foi feita por sessão de GM, a partir dos critérios:

1. Critério A: envolvimento caloroso (itens 2, 3, 5, 9, 10, 15, 16, 17, 18);
2. Critério B: fornecimento de estrutura - contexto previsível, contingente e consistente (itens 1, 4, 6, 11, 12, 14, 22); e
3. Critério C: suporte para o desenvolvimento da autonomia (itens 7, 8, 13, 19, 20, 21, 23).

As médias das notas dos observadores, em cada um dos critérios, por sessão de GM, podem ser vistas na Tabela 27 em uma análise preliminar. Quanto mais próximo da pontuação 4 (*o comportamento apontado ocorre sempre*), melhor o desempenho da mediadora, de acordo com a avaliação dos observadores.

Tabela 27. Médias entre três observadores do desempenho da mediadora nas sessões dos Grupos de Mães

Grupo	Sessões	Critérios de Mediação		
		Critério A: Envolvimento Caloroso (Média)	Critério B: Fornecimento de Estrutura (Média)	Critério C: Suporte para o desenvolvimento da autonomia (Média)
GM1	S1	3,52	3,86	3,94
	S2	3,59	3,95	3,90
GM2	S1	3,57	4	3,83
	S2	3,44	3,86	3,66
GM3	S1	3,54	3,86	3,61
	S2	3,73	3,76	3,57
GM4	S1	3,5	3,86	3,55
	S2	3,46	3,80	3,43
GM5	S1	3,48	3,80	3,66
	S2	3,61	3,90	3,55
GM6	S1	3,63	4	3,55
	S2	3,65	3,85	3,80
GM7	S1	3,32	3,9	3,55
	S2	3,63	3,88	3,74
Média das sessões		3,54	3,87	3,66

Nota. Fonte: Instrumento de Observação do Padrão de Interação do Mediador em Situação de Grupo (IOPIM).

A mediadora dos GM obteve média acima de 3,32 em todas as sessões dos GM (Tabela 27), o que denota uma avaliação positiva da mediação, a partir dos critérios propostos na literatura como fundamentais para a promoção do enfrentamento (Skinner & Edge, 2002a). O critério mais atendido foi o fornecimento de estrutura (B), seguido do suporte para autonomia (C) e do envolvimento caloroso (A) (ver Tabela 27).

Ao se comparar o desempenho da mediadora, nos três critérios de mediação, por sessão, obtiveram-se como médias gerais: (a) Critério A - S1 = 3,5; S2 = 3,6; (b) Critério B - S1 = 3,9; S2 = 3,8; e (c) Critério C - S1 = 3,7; S2 = 3,7. Assim, a mediação foi semelhante nos três critérios, para ambas as sessões do GM.

Ocorre que, a mediação de cada sessão foi avaliada por 3 de 4 observadores (O1, O2, O3 e O4), que se revezaram nas sessões, sendo denominados de A, B e C. No GM1, GM2 e GM6 atuaram como observadores O1, O2 e O3 (respectivamente A, B e C); os GM4, GM5 e GM7 foram observados por O1, O2 e O4 (respectivamente A, B e C); e, no

GM3, atuaram como observadores O2, O3 e O4 (respectivamente A, B e C).

Foram analisadas 14 sessões por meio da ANOVA para verificar se havia divergência entre os observadores e 7 sessões apresentaram divergência: S2 do GM2, S1 do GM3, S2 do GM3, S1 do GM4, S1 e S2 do GM5 e S2 do GM7 (Tabela I I 1, Apêndice I I). Nas 7 sessões em que não ocorreram diferenças estatisticamente significativas, concluiu-se que os observadores não divergiram entre si.

O conjunto formado pelas observadoras O1, O2 e O3 avaliou 6 sessões de 3 GM e foi bastante homogêneo, pois não apresentou diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das duas sessões do GM1 e do GM6, mas, somente na S2 do GM2 (diferenças entre O1 e O3). Já o conjunto das observadoras O1, O2 e O4 (atuantes no GM4, GM5 e GM7) apresentou mais sessões com divergências de observação, pois apenas 2 sessões (S2 do GM4 e a S1 do GM7) das 6 sessões não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Todas essas divergências, analisadas pelo teste de *Tukey*, envolviam O4, indicando sua discordância em relação às demais observadoras. O mesmo se repetiu com o conjunto de observadores O2, O3 e O4 (para o GM3), em que as 2 sessões apresentaram diferenças significativas e, nestes casos a comparação sempre incluía O4.

Levando-se em consideração apenas as 7 sessões em que não ocorreram diferenças estatisticamente significativas entre as observadoras, as médias das notas do desempenho da mediadora nos critérios avaliados também estiveram sempre acima de 3, *o comportamento apontado ocorre muitas vezes*, conforme dados da Tabela 28. Observa-se que, as maiores médias continuam sendo no Critério B, seguido do Critério C e, por último, o Critério A.

Tabela 28. *Médias entre três observadores do desempenho da mediadora nas sessões do Grupo de Mães sem diferenças estatisticamente significativas*

Grupos	Sessões	Critérios de Mediação		
		Critério A: Envolvimento Caloroso (Média)	Critério B: Fornecimento de Estrutura (Média)	Critério C: Suporte para o desenvolvimento da autonomia (Média)
GM1	S1	3,52	3,86	3,94
	S2	3,59	3,95	3,90
GM2	S1	3,57	4	3,83
GM4	S2	3,46	3,80	3,43
GM6	S1	3,63	4	3,55
	S2	3,65	3,85	3,80
GM7	S1	3,32	3,9	3,55
Médias das sessões		3,53	3,9	3,7

Nota. Fonte: Instrumento de Observação do Padrão de Interação do Mediador em Situação de Grupo (IOPIM).

Foi no Critério B - fornecimento de estrutura - que a mediadora apresentou as maiores médias. O *fornecimento de estrutura*, para Skinner e Edge (2002a), ocorre quando a pessoa interage com um contexto estruturado, previsível, contingente e consistente, contribuindo com o desenvolvimento de sua competência. Assim, ao prover informações sobre o funcionamento da UTIN e sobre como estimular o bebê, por exemplo, a mediadora tornava a percepção daquele ambiente, para a mãe, como menos hostil. Além disso, ao saber o que fazer com seu bebê internado na UTIN, a mãe se percebia como mais competente e apta a cuidar do bebê.

A transcrição das sessões dos GM permitiu que fossem selecionadas algumas falas da mediadora que pudessem ilustrar os comportamentos correspondentes aos critérios avaliados no IOPIM. Em relação ao Critério B, *fornecimento de estrutura*, por exemplo, na S1 do G1, a mediadora sinalizou, na introdução do GM, as informações que seriam abordadas:

Então, o que a gente vai aprender? Esse GM também tem o objetivo de aprendizagem, não é como a escola que tem professor que tem prova, não é nada disso, mas a gente vai aprender um pouquinho sobre o que, né? Quais são as características de um bebê prematuro e baixo peso? Por que esse bebê é um bebê diferente em alguns aspectos de

outros bebês? Por que ele requer mais cuidado? A gente vai falar disso hoje. Vamos falar um pouquinho da UTIN. O que é esse ambiente da UTIN? O que tem na UTIN? Como funciona esse ambiente? Como é que eu posso cuidar e estimular o meu bebê ainda dentro da UTIN e depois que eu estiver com ele na minha casa. Como que eu vou enfrentar toda essa situação? (...) Mas qual é a vantagem da gente tá aqui nesse momento de GM, é como eu falei, que primeiro é obter mais informações sobre como cuidar do bebê, saber mais sobre o bebê, perceber mais o que eu posso fazer pra ajudar o bebê. [Mediadora continua explicando as características do bebê PT-BP]

No trecho destacado como exemplo, além de indicar para a mãe o que ela iria apreender no GM, a mediadora também estava sinalizando que existia certa previsibilidade no ambiente da UTIN, no sentido de que a mãe podia aprender como agir neste ambiente e em relação ao bebê, passando a ter mais controle sobre o que ali acontecia. Assim, a atuação do mediador no GM de mães no momento da internação do bebê é fundamental, pois ele participa diretamente do contexto de interações que são estressantes para a mãe, e pode fazer diferença na forma como a mãe interpreta e experimenta o ambiente estressante (Skinner & Edge, 2002a).

Em relação ao Critério C, *suporte para desenvolvimento da autonomia*, Skinner e Edge (2002a) afirmam que tal critério significa que o mediador do *coping* respeita o indivíduo, permitindo a ele liberdade de ação e expressão e o encoraja a aceitar suas preferências e desejos, sem uso de controle e coerção. Um exemplo de fala da mediadora ilustra esse aspecto:

Então, uma coisa que a gente falou ontem, foi isso que a Denise repetiu muito bem, que é o que? “Ah eu tô com dúvida, eu não sei” eu tenho que perguntar, porque a equipe de saúde, os médicos, o enfermeiro, o psicólogo, eles estão ali não é só pra garantir a sobrevivência do bebê, eles estão ali pra orientar a gente também. Então é isso que a Denise falou, “ah, eu tô com dúvida?”, pergunta, “não entendi?”, pergunta de novo! Não precisa ter medo, não precisa ficar “Ai meu Deus eu tô perguntando toda hora” Por quê? Porque é uma situação nova, né? Então nada

melhor do que tirar essa dúvida com a equipe. Bem lembrado por você Denise. [S2, G1]

Ao prover um *ambiente caloroso* (Critério A), por meio da expressão de afeto e cuidado, o mediador ajuda o indivíduo a se sentir amado e pertencente a um determinado grupo (necessidade de relacionamento), de acordo com Skinner e Edge (2002a). Especialmente neste critério, além do que é dito pelo mediador, também deve ser analisado o modo *como* é dito, como se vê a seguir:

Então, quem quer começar? Vai, Geane! 'Tá com vergonha? Todas estão com vergonha?! Ah, eu não acredito! Dizem que quando a gente vira mãe, a gente perde a vergonha de quase tudo, não é verdade? Porque é um monte de gente em volta, olhando a gente nas mais diferentes posições (risos), não é verdade?! (risos) Depois a vergonha volta, não é, Flávia? (risos). [S1, G2]

Compartilhar com outras mães, né? Ninguém melhor do que vocês que estão vivendo essa experiência prá saber o que está acontecendo, prá ajudar umas as outras. Então, compartilhar experiências, perceber que vocês não estão sozinhas nesse momento. Às vezes, a gente pensa "Ah, poxa! Por que isso aconteceu comigo?" Não, a gente 'tá junto, a gente 'tá se fortalecendo. Então, a gente espera que o grupo possa ajudar vocês e que vocês possam ficar bem à vontade prá falar. [S1, G7]

Tais falas ilustram que tipo de comportamento verbal estava sendo considerado na análise dos critérios de mediação propostos no IOPIM. Conclui-se que a mediadora atuou preferencialmente baseada no critério de fornecimento de estrutura, fundamental para a promoção do *coping*. Após a análise do desempenho da mediadora e da descrição dos grupos e sua avaliação, passaremos a analisar o enfrentamento após a alta hospitalar.

3.5 Análise do enfrentamento após a alta hospitalar

Após a alta hospitalar, a mãe retornava ao hospital para consulta no ambulatório de Neurologia, quando era realizado o seguimento. A diferença do número de dias entre a alta do bebê e a realização do seguimento para todas as mães foi de: 1 a 30 dias ($n = 4$), 31

a 60 dias ($n = 8$) e acima de 61 dias ($n = 3$) – vide Apêndice BB, com média de 47 dias. Percebe-se que a maior parte das mães foi abordada próximo de dois meses da alta do bebê do hospital.

A perda de participantes da amostra grupo ($N = 17$) para a amostra final, que incluía o seguimento ($N = 15$) foi pequena: não foi possível abordar apenas duas mães, que não foram localizadas com os telefones de contato registrados no hospital. Obviamente, fez diferença para adesão das mães ao seguimento, o papel ativo da equipe de pesquisa em contatar as outras mães e marcar a realização do *follow-up* no dia da consulta no ambulatório de Neurologia.

A análise do enfrentamento após a alta hospitalar incluiu os dados da EMEP (aplicação 2), a Escala de Eventos Vitais (EEV, Anexo H) e o Roteiro de Entrevista Semidirigida II (ESD II, Apêndice Q) – questões 1 a 9, e 19 e 20, que foram respondidos por 15 mães, sendo que, destas, 2 tiveram bebês que foram a óbito. Portanto, aqui, serão consideradas somente as 13 mães cujos bebês tiveram alta (AF). O enfrentamento do óbito será analisado posteriormente.

Ao relatarem como estava a vida e a rotina após a alta da UTIN (duas primeiras questões da ESD II), as mães se dividiram em um grupo ($n = 12$) que destacou aspectos negativos, como ter que dedicar o tempo todo ao bebê ($n = 4$), limitando as atividades em função desses cuidados ($n = 2$), ter medo e preocupação com o cuidado e alimentação do bebê ($n = 4$) e estar ainda aprendendo a cuidar do bebê ($n = 2$). Mas, outras ($n = 11$) falaram de modo positivo: não tinham problemas com o bebê ($n = 5$), sentindo-se, naquele momento, melhor do que quando o bebê estava na UTIN ($n = 4$) e achando muito bom estar com o bebê ($n = 2$).

Merece destaque o aprendizado dessas mães no pouco tempo que estavam com seus bebês em casa, e o progressivo aumento da confiança na sua própria capacidade de cuidar do RN. Boa parte das mães que relataram não ter nenhum problema naquele momento com seus filhos fez menção a dificuldades iniciais, logo após a alta, que foram sendo superadas, conforme se vê nos relatos:

Ela fica no carrinho, igual, eu vou lavar roupa e deixo ela no carrinho. Antes, eu não deixava, ficava com medo, igual, eu ficava tudo lá olhando ela. Aí, eu fui embora, fiquei com aquele negócio na cabeça, toda hora tinha que ficar olhando, toda hora tinha que ficar olhando. Agora não, agora já deixo ela lá quietinha e faço as coisas. Não fica aquela coisa lá, não fica aquela preocupação, toda hora estar olhando, estar com medo, né? de acontecer alguma coisa. [Kátia, 74 dias após a alta]

No início, foi muito difícil porque qualquer coisinha que ela dava, eu corria com ela pro hospital, já era caso de internação. E agora que ela 'tá mais tempo em casa, que eu participei daquelas palestras, eu sei mais o que fazer com ela, já não é mais qualquer coisinha que eu corro com ela para o hospital. Tem coisas que eu tolero em casa mesmo. 'Tá bem melhor. [Lara, 97 dias após a alta]

Ah, como faz... Dá banho, coloca para dormir, trocou o dia pela noite, agora melhorou um pouco, 'tava dando um trabalhinho no começo, mas melhorou. [Paula, 26 dias após a alta]

As mudanças da rotina e as dificuldades com o bebê pareceram estar relacionadas à rotina normal de cuidar de uma criança, e não ao fato do bebê ser PT-BP e, portanto, dar trabalho adicional. A fala de uma das mães ilustra bem esse aspecto:

Ah, o tempo é todo dele, mas eu nem saio, praticamente eu só vou no médico. Às vezes, eu vou visitar um parente. Eu tenho medo de sair com ele na rua, pequenininho, andar de ônibus, né? Eu evito, mas o resto 'tá dando pra eu levar. Não é que ele dá trabalho, é que menino dá trabalho mesmo, né? [Olívia]

Avaliando se a rotina atual correspondia às expectativas que tinham durante a hospitalização (questão 3 da ESD II), a maioria das 13 mães considerou que a situação era mais fácil do que imaginaram ($n = 10$), especialmente pelo fato de não ter mais o cansaço

de acompanhar o bebê no dia a dia no hospital e o medo da morte, além de já saberem que o bebê necessitaria de cuidados e atenção redobrada ($n = 2$), havendo uma mãe que afirmou que esperava um bebê como outro qualquer, mas que seu bebê estava dando muito trabalho.

Esta avaliação das mães relaciona-se ao fato da maioria dos bebês PT-BP dessa amostra não apresentar muitas dificuldades na rotina em casa (questão 4 e 5 da ESD II), pois a maioria das mães ($n = 9$) não referiram quaisquer dificuldades e as restantes citaram problemas comuns a bebês RN, como problemas com a amamentação, chorar muito, dificuldades com o sono à noite, e problemas de cólica e refluxo. Para lidar com tais dificuldades, as mães apontaram como auxílio nesse momento: Deus, o grupo de mães, uma cunhada e uma irmã (questão 6 da ESD II). As dificuldades com a amamentação após a alta do hospital não apareceram de forma significativa nesta pesquisa, ao contrário do encontrado por Pacheco e Cabral (2011), em estudo com seis famílias de bebês prematuros.

As preocupações das mães em relação ao bebê (questão 7 da ESD II) se centravam nas condições médicas: o bebê voltar a ficar doente e ter que se internado novamente ($n = 5$), dificuldades com a amamentação ($n = 3$); bebê não ganhar peso ($n = 2$), e a cirurgia que o bebê iria fazer ($n = 1$); além de condições instrumentais, como voltar ao trabalho e ter que deixar o bebê com outra pessoa ($n = 1$). Somente uma mãe relatou não ter preocupações naquele momento ($n = 1$).

As expectativas do que iria acontecer com o bebê nos próximos meses (questão 8 da ESD II) também se concentravam em aspectos orgânicos, como o bebê *crescer e engordar* ($n = 7$), melhorar sua alimentação ($n = 2$) e a imunidade ($n = 1$); além de respostas gerais positivas e otimistas ($n = 2$) e relativa ao desenvolvimento infantil (bebê começar a falar) – ($n = 1$).

Em relação aos dois bebês transferidos do HDDS, cujo seguimento foi realizado na casa das mães (não estavam sendo acompanhados no Ambulatório de Neurologia), todos estavam sendo mensalmente assistidos em unidades de saúde próximas às residências das mães (questão 9 da ESD II). Assim, todos os bebês PT-BP egressos da UTIN e cujas mães participaram do GM (amostra final) estavam sendo acompanhados após a alta em serviços de saúde, o que é de suma importância para seu desenvolvimento.

Ao final desta segunda entrevista (questão 19 da ESD II), as mães podiam falar sobre suas dúvidas em relação ao desenvolvimento do bebê e acrescentar qualquer coisa sobre sua vivência, sentimentos e dificuldades que estivesse experimentando com o bebê naquele momento. Das 13 mães participantes, 9 não tiveram nenhuma dúvida em relação ao desenvolvimento do bebê. As dúvidas das outras 4 mães mostraram preocupações sobre a normalidade do desenvolvimento - se o bebê iria se igualar a uma criança normal em tamanho e peso ($n = 2$), se iria andar, pois, na avaliação da mãe, seu pé estava “torto” ($n = 1$), e se ficaria com sequelas ($n = 1$).

Na última questão da ESD II (aberta), as respostas das mães repetiram suas preocupações principais, com a alimentação do bebê ($n = 1$), com resultado de exame do bebê ($n = 1$), em evitar algumas coisas para o bebê não adoecer ($n = 1$), sentir-se inexperiente para cuidar do bebê ($n = 1$), em não desanimar ($n = 1$). Enquanto outras mães destacaram a experiência positiva de ser mãe ($n = 2$), a importância do grupo de mães ($n = 2$), o fato de não ter nenhum problema com o bebê ($n = 2$) e duas disseram não ter nada a acrescentar.

Além da entrevista, foi aplicada no seguimento a Escala de Eventos Vitais (EEV) (Savoia, 1999) para mapear outros possíveis eventos estressores que a mãe estivesse

vivendo após a alta do filho. Apenas uma das 15 mães (Paula) não marcou qualquer item da EEV (Tabela 29).

Tabela 29. *Estressores de mães de bebês nascidos prematuros e com baixo peso, após a alta hospitalar*

Itens da EEV	nr	Categorias	Total
Mudança de trabalho	1	Trabalho	4
Dificuldades com chefia	1		
Perda de emprego	2		
Reconhecimento profissional	0		
Morte de alguém da família	2	Perda de suporte social	2
Morte de um amigo	0		
Morte do cônjuge	0		
Doença na família	1	Família	4
Separação	1		
Casamento	0		
Gravidez	1		
Nascimento na família	1		
Mudança de escola	0	Mudanças no ambiente	3
Mudança de casa	2		
Mudança do número de pessoas morando em	1		
Problemas de saúde	4	Dificuldades pessoais	29
Mudanças de hábitos pessoais	6		
Mudanças de atividades sociais	2		
Mudanças de atividades recreativas	8		
Mudanças de atividades religiosas	5		
Acidentes	1		
Dificuldades sexuais	3		
Aposentadoria	0		
Perdas financeiras	5		
Dívidas	5		

Nota. Fonte: Escala de Eventos Vitais (N=15). *nr* = número de respostas.

Percebe-se predomínio de eventos no campo das dificuldades pessoais ($nr = 29$) e no campo das finanças ($nr = 10$) (Tabela 29). Algumas mães relataram que as dívidas e as perdas financeiras foram decorrentes das despesas contraídas durante a internação do bebê, ou mesmo depois da sua alta em função de dificuldades, por exemplo, na amamentação, tornando necessária a compra de leites especiais e caros para a nutrição do bebê.

As dificuldades pessoais, sobretudo no que se refere às mudanças nas atividades recreativas e religiosas, também foram apontadas pelas mães como sendo decorrentes dos

cuidados com o bebê, que modificavam sua rotina, dificultando a continuidade de atividades que possuíam antes do nascimento da criança. Interessante notar que os dados da EEV relacionados às mudanças nas atividades recreativas e de hábitos pessoais, foram confirmados pelos dados da entrevista, na qual as mães também abordaram as modificações na rotina com o bebê PT-BP em casa.

O enfrentamento após a alta hospitalar, avaliado pela EMEP nos quatro perfis de enfrentamento mostrou predomínio de estratégias focalizadas no problema (M= 3,83) e, por último, focalizadas na emoção (M= 2,36) (Tabela 30).

Tabela 30. Resultados da segunda aplicação da EMEP nos quatro perfis de enfrentamento (N=13)

Fator da EMEP	M	DP	Mdn
Focalização no Problema	3,83	0,32	3,83
Busca de Práticas Religiosas/Pensamento Fantasiado	3,78	0,70	3,86
Busca de Suporte Social	3,23	1,00	3,2
Focalização na Emoção	2,36	0,82	2,27

Nota. Legenda: M =Média, DP= Desvio-padrão, Mdn=Mediana.

Com exceção da média encontrada para o enfrentamento focalizado na *busca de suporte social*, para os demais fatores, as médias encontradas na presente pesquisa foram um pouco mais altas do que as da amostra original da EMEP, conforme comparação demonstrada na Tabela 31.

Tabela 31. Comparação dos resultados da segunda aplicação da EMEP com a amostra original do instrumento

Fator da EMEP	Amostra			
	Mães de bebês PT-BP		Original	
	M	DP	M	DP
Focalização no Problema	3,83	0,32	3,68	0,59
Busca de Práticas Religiosas/Pensamento Fantasiado	3,78	0,70	3,5	0,86
Busca de Suporte Social	3,23	1,00	3,62	0,67
Focalização na Emoção	2,36	0,82	2,22	0,64

Nota. Padrão estressor-saúde.

As mães da presente pesquisa também apresentaram diferenças em relação à amostra original do instrumento (padrão estressor-saúde) no que se refere à ordem de preferência das estratégias, pois apresentaram maiores médias em *focalização no*

problema; na amostra original, a *busca de práticas religiosas* e a *de suporte social* apresentaram ordem de preferência invertida. O predomínio da *focalização no problema* indica que a mãe está concentrando seus esforços em estratégias para resolver as situações que vão aparecendo no dia a dia com o bebê em casa, embora o suporte religioso continue como uma ferramenta importante.

Analisando os resultados da EMEP a partir do sistema de 12 famílias de enfrentamento de Skinner et al. (2003), maiores médias foram obtidas nas famílias de enfrentamento *negociação* (M= 4,54), *autoconfiança* (M= 4,04) e *acomodação* (M= 4,02), todas com provável desfecho adaptativo positivo. As menores médias ocorreram nas famílias de enfrentamento de *oposição* (M= 1,75), *isolamento social* (M= 2,3) e *submissão* (M= 2,42) (Tabela 32).

Tabela 32. Resultados da segunda aplicação da EMEP no sistema de 12 famílias de coping

Necessidades	Percepção	Família de Coping	M	DP	Mdn
Relacionamento	Desafio	Autoconfiança	4,04	0,53	4
		Busca de Suporte	3,97	0,82	4,14
	Ameaça	Delegação	3,62	1,24	3,5
		Isolamento Social	2,3	0,99	2
Competência	Desafio	Resolução de Problemas	3,39	0,66	3,42
		Busca de Informações	3,54	1,33	4
	Ameaça	Desamparo	3,08	1,20	3
		Fuga	3,19	0,85	3
Autonomia	Desafio	Acomodação	4,02	0,49	4
		Negociação	4,54	0,78	5
	Ameaça	Submissão	2,42	1,00	2
		Oposição	1,75	0,76	1,5

Nota. Legenda: M =Média, DP= Desvio-padrão, Mdn=Mediana.

Organizando os mesmos dados em função da percepção de ameaça ou desafio, houve predomínio da *percepção de desafio* (M= 3,92; DP= 0,41; Mdn= 4) em relação à *percepção de ameaça* (M= 2,73; DP= 0,69; Mdn= 2,75), mostrando que o estressor é percebido de forma mais frequente como um desafio do que como uma ameaça, e que havia uso mais intenso de estratégias de enfrentamento consideradas adaptativas. Após a

alta hospitalar predomina o enfrentamento adaptativo, sendo que contribuem para isso a diminuição do medo e da preocupação em relação ao bebê.

Nesse momento, será apresentada uma análise comparativa dos dois momentos do enfrentamento: durante a hospitalização do bebê e após a alta hospitalar.

3.6 Análise comparativa dos diferentes momentos do enfrentamento

Optou-se por comparar os diferentes momentos do enfrentamento como uma possibilidade de captar o *coping* como um processo e não apenas como uma análise de eventos isolados na vida dessas mães, apesar da dificuldade desta tarefa. A análise comparativa dos diferentes momentos do enfrentamento levou em conta:

1. As questões 12 a 14 da ESD II, nas quais as mães avaliaram, retrospectivamente, a experiência que tiveram com seus bebês na UTIN, com 13 mães respondentes (AF excluindo-se as duas mães cujos bebês morreram);
2. A comparação dos resultados da EMEP na primeira e segunda aplicações, com 15 respondentes (AF); e
3. As inter-relações entre dados obtidos em várias questões das entrevistas e que auxiliam na compreensão das mudanças no enfrentamento ao longo do tempo.

Todas as 13 mães consideraram mais difícil de enfrentar, a hospitalização do bebê na UTIN do que a rotina em casa após a alta (questão 12 da ESD II). Esta dificuldade decorria principalmente do medo e desamparo diante da condição médica do bebê: a imprevisibilidade e medo de intercorrências ($n = 4$), o fato de estar sozinha ou longe da família ($n = 2$), o fato do bebê estar doente ($n = 2$), o sentimento de não saber o que fazer ($n = 1$), os sentimentos de tristeza e preocupação ($n = 2$), ter que ficar longe do bebê à noite ($n = 1$) e achar que não conseguiria passar pela situação outra vez ($n = 1$). A esse respeito, algumas mães assim se expressaram, no seguimento:

Quando ela estava internada era mais difícil, a gente nunca sabia qual a notícia que eu ia ter, sempre ficava perguntando: “Ela está melhorando?”, “Ah, não está, porque sua filha está com isso”, né? Você nunca sabe o que eles vão falar... “Já está com antibiótico... de repente vai ter que mudar... se não melhorar ela vai ter que ficar mais não sei quantos dias” aí, né? Essa é a parte mais difícil. [Geane, total de dias da internação do bebê = 10]

O que eu enfrentei na UTIN é pior, bem mais... Nossa! Ver a menina lá dentro, magrinha, branquinha, branquinha, branquinha, ficar longe depois, lá foi bem pior. Aqui é melhor, eu fico perto toda hora. [Helena, total de dias da internação do bebê = 10]

Ah, porque dava aquela sensação assim, de medo, de acontecer alguma coisa, entende? Às vezes eu ia almoçar, aí estava comendo tranquila, vinha aquele medo, eu saía correndo para ir lá ver ela, tinha assim, a gente não comia, assim, em paz, entende? Comia para poder ficar em pé, para não poder desmaiar, mas era toda hora preocupação, ainda mais com aqueles aparelhos apitando, eu tomei um trauma daqueles aparelhos. [Kátia, total de dias da internação do bebê = 74]

Passados dois meses, esta experiência que tiveram com seus filhos na UTIN (questão 13 da ESD II) foi avaliada no seguimento de forma negativa principalmente, mas houve avaliações positivas e mistas. As mães que avaliaram negativamente a experiência ($n = 6$) apontaram como motivos o fato da experiência ter sido: muito difícil ($n = 3$), angustiante ($n = 1$), desagradável ($n = 1$) e cansativa, por ter que ir ao hospital todos os dias ($n = 1$).

A avaliação positiva ($n = 4$) repousou sobre o amadurecimento e ganho de experiência que tiveram ($n = 2$), o fato de ter se tornado uma mãe mais amorosa ($n = 1$), de ter gostado da equipe da UTIN, sobretudo das médicas ($n = 1$). Já as mães que avaliaram a experiência de forma mista ($n = 3$), tanto positiva quanto negativamente, relataram que a experiência foi ruim e triste, mas, também, amadureceram e ganharam experiência ($n = 2$) e aprenderam a ter mais cuidado quando estiver grávida ($n = 1$).

Interessante notar que, na avaliação retrospectiva que fizeram da experiência que tiveram com os filhos na UTIN, algumas mães continuaram apontando o ganho de

experiência e o amadurecimento que tiveram como importantes. Esse dado já havia aparecido no resultado da primeira aplicação da EMEP, no item 39. *Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela*, que teve uma das maiores médias ($M=4,64$), e também nas respostas da primeira entrevista, sobretudo na questão 14 (*Você acha que mudou alguma coisa na sua vida após essa experiência de hospitalização do bebê na UTIN?*). Assim, esta percepção de aprendizado com a experiência se manteve, mesmo após a alta do bebê.

A forma de lidar com as informações da equipe de saúde à época em que o bebê estava internado na UTIN (questão 14 da ESD II) foi respondida também de forma dicotômica: 6 mães afirmaram que compreendiam as informações que a equipe transmitia e uma mãe falou que sempre pensava positivo (que tudo daria certo) no momento em que recebia as notícias sobre o estado do seu bebê; enquanto as outras 6 mães falaram preferencialmente do impacto emocional das notícias que recebiam sobre o estado de saúde do bebê. Neste caso, abordaram o quanto ficavam arrasadas quando a notícia era ruim ($n = 3$), a necessidade de ter força para suportar todas as notícias ($n = 2$) e a insegurança de deixar o bebê à noite no hospital e não saber o que estava acontecendo ($n = 1$) (a ansiedade de separação novamente foi citada).

A avaliação inicial sobre o momento da notícia (ESD I) e aquela feita no seguimento sobre a experiência com o bebê na UTIN (relatos das experiências) mostrou que o momento da notícia parece ser o de maior impacto emocional para as mães. Com o passar do tempo e a convivência diária na UTIN, as mães foram desenvolvendo recursos para lidar melhor com a situação, embora esta ainda se configurasse como um desafio a ser enfrentado. Por exemplo, o uso diferenciado da EE de *delegação* segundo o tempo de internação do bebê (dados da EMEP já discutidos) corrobora os achados qualitativos das

entrevistas que demonstram que a convivência com a situação do bebê ao longo do tempo fez com que as mães tivessem mais domínio sobre o estressor ou suas consequências.

Além disso, no seguimento, o medo do bebê voltar a ficar doente e ter que ficar internado foi referido como uma preocupação por 5 mães, indicando que o enfrentamento da internação foi vivenciado de forma intensa por essas mães. O momento da alta hospitalar parece ser de relativo alívio, em função do pior já ter passado e da percepção de que, em casa, são mais efetivas no cuidado com o bebê, embora ainda tenham recaídas.

As diferenças entre os diferentes momentos do processo de enfrentamento também foram analisadas por meio da comparação dos resultados das duas aplicações da EMEP, a partir da correção nos quatro perfis de enfrentamento, conforme pode ser visto na Tabela 33.

Tabela 33. *Comparação das médias das duas aplicações da EMEP nos quatro perfis de enfrentamento (N=15)*

Fator da EMEP	Média nas aplicações	
	1	2
Focalização no Problema	3,91	3,91
Focalização na Emoção	2,36	2,28
Busca de Práticas Religiosas/Pensamento Fantasiado	4,06	3,87
Busca de Suporte Social	3,03	3,52

Interessante notar a diminuição dos escores médios da *busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso*, corroborando a interpretação de uma adoção preferencial desse tipo de estratégia, em função da pouca possibilidade de efetiva alteração do estressor pela ação direta da mãe (Faria & Seidl, 2005). Após a alta hospitalar, o uso de estratégias focadas na religião diminuiu, dando lugar ao maior uso de estratégias focalizadas no problema, já que, de fato a mãe pode ter mais ações efetivas para lidar com o bebê. Além disso, houve uma diminuição da média de uso de estratégias *focalizadas na emoção* e aumento da *busca de suporte social*, já que, em casa e perto dos familiares, a

mãe teria maior disponibilidade de fontes de suporte social para serem buscadas (ver Tabela 33).

Os resultados das duas aplicações da EMEP também foram comparados a partir da correção segundo o sistema de 12 famílias de enfrentamento de Skinner et al. (2003), conforme pode ser visto na Tabela 34.

Tabela 34. *Comparação das médias das duas aplicações da EMEP no sistema de 12 famílias de coping*

Necessidades Psicológicas	Percepção do estressor	Famílias de Coping	Média 1ª aplicação (N=15)	Média 2ª aplicação (N=15)
Relacionamento	Desafio	Autoconfiança	4,36	4,16
		Busca de Suporte	3,79	3,98
	Ameaça	Delegação	4,32	3,5
		Isolamento Social	2,66	2,4
Competência	Desafio	Resolução de	3,47	3,48
		Busca de Informações	3,64	3,6
	Ameaça	Desamparo	2,76	3
		Fuga	3,02	3,22
Autonomia	Desafio	Acomodação	3,96	4,05
		Negociação	4,36	4,47
	Ameaça	Submissão	2,88	2,48
		Oposição	1,75	1,81

A fim de verificar se existiam diferenças significativas na forma de enfrentar as adversidades do primeiro para o segundo momento de avaliação da EMEP, foi realizado o Teste *t* pareado para tal comparação. As análises foram realizadas, inicialmente, com todas as mães que fizeram a duas avaliações da EMEP (N=15) (Tabela JJ1, Apêndice JJ) e, posteriormente, foi realizada a mesma análise, excluindo aquelas mães cujos bebês foram a óbito (N=13) (Tabela JJ2, Apêndice JJ). Foram comparadas as médias de *escores* em cada uma das categoriais.

Os resultados da primeira análise mostraram que houve diferença significativa nas estratégias de *delegação* ($p=0,011$ - diminuição) e *fuga* ($p=0,039$ - aumento) (Tabela JJ1, Apêndice JJ) Porém, ao excluir as mães cujos bebês foram a óbito, apenas a primeira relação se mantém, ou seja, continua a haver diminuição significativa da categoria

delegação (Tabela JJ2, Apêndice JJ). Assim, os resultados das duas mães, cujos bebês foram a óbito elevaram os *escores* dessa última estratégia na primeira avaliação.

A análise dos diferentes momentos do enfrentamento permite perceber como as estratégias que as mães utilizaram para enfrentar a situação do bebê foram se modificando ao longo do tempo e quais fatores parecem ser determinantes na mudança da forma de enfrentar a diminuição do impacto emocional com a convivência diária com o estressor, a melhor compreensão do estressor e o suporte social recebido. Será analisado agora o enfrentamento do pai e dos familiares do bebê, durante a hospitalização do bebê e após a alta, a partir da perspectiva das mães.

3.7 Análise do enfrentamento do pai e dos familiares, durante a hospitalização e após a alta, a partir da perspectiva das mães

Em uma análise mais integrada e considerando a importância do suporte familiar, considerou-se relevante analisar como os pais e familiares do bebê estavam lidando com a situação. Esta análise do enfrentamento do pai e dos familiares será apresentada a partir da perspectiva das mães (questões 9 e 10 do QMN; questões 8 a 10 da ESD I e questões 10 e 11 da ESD II).

Segundo as mães, os pais dos bebês reagiram ao saber da notícia da internação do filho (questão 9 do QMN) com tristeza (*nr* =7); preocupação (*nr* =4); medo ou surpresa (*nr* =4) e ficaram mal (*nr* = 3); além disso, algumas mães relataram que os pais ficaram “normal” (*nr* = 2); e outros deram apoio e força para a mãe (*nr* = 2). Em 3 casos, o pai não sabia das condições do bebê, pois já havia desfeito o vínculo com a mãe da criança. A descrição das mães sobre as primeiras reações dos pais são bastante semelhantes às descrições sobre os sentimentos e reações que elas próprias experimentaram, confirmando

os dados de Coutinho e Morch (2006) quanto à semelhança dos relatos paternos e maternos na UTI neonatal.

A frequência com a qual o pai visitava o bebê internado na UTIN (questão 8 da ESD I) foi descrita pelas mães: 8 pais vinham todos os dias, sendo que 3 deles vinham somente à noite em função do horário de trabalho; 4 pais visitavam o bebê somente uma vez por semana, preferencialmente nos fins de semana; 2 pais vinham somente de 15 em 15 dias, em função de morarem no interior; e 3 pais não visitavam o bebê internado na UTIN (justamente os que não sabiam da situação). Observa-se que o acompanhamento diário com o bebê na UTIN acaba sendo tarefa preferencialmente assumida pela mãe, sendo que os pais desempenham o papel de suporte material e emocional para as mães.

Segundo algumas mães (questão 9 da ESD I), os pais ficaram, inicialmente muito preocupados ($nr = 4$), tristes ($nr = 3$); mas ressaltaram a confiança em relação à recuperação do bebê ($nr = 5$), parecendo mais fortes e otimistas em relação à recuperação do bebê do que a própria mãe ($nr = 2$), mostrando-se mesmo feliz ($nr = 1$), calmo ($nr = 1$), apoiando e até conversando com o bebê na UTIN ($nr = 1$).

Esta postura mais otimista e encorajadora foi identificada também nos outros familiares que estavam lidando com a situação do bebê (questão 10 da ESD I), destacando-se o suporte emocional dado pela família (palavras de apoio e consolo). Esses familiares ligavam pedindo notícias ($nr = 3$), mostrando-se preocupados ($nr = 1$) e rezando pela recuperação do bebê ($nr = 1$), apesar do medo inicial ($nr = 2$). Somente uma mãe relatou que a família estava brigando e discutindo sobre quem seria o pai do bebê, e 3 mães não souberam descrever o enfrentamento dos familiares.

A hospitalização do bebê não teve impacto na relação conjugal, segundo 13 mães. Para as outras 10 mães, as mudanças foram positivas: a situação uniu mais o casal ($n = 5$) e

o marido ficou mais amoroso ou compreensivo ($n = 2$) e menos ciumento ($n = 1$). Em outros dois casos, o impacto foi negativo: uma mãe relatou que o casal estava mais afastado em função dela ter que ficar no hospital ($n = 1$) e outra disse que pretendia se separar do marido depois da alta, pois ele não queria o bebê ($n = 1$).

É importante esclarecer que, apesar de 3 pais não saberem sobre a situação dos bebês internados na UTIN, uma das mães respondeu sobre o relacionamento com o atual companheiro, que não era o pai do bebê. Isso explica o fato de termos 23 mães respondendo a essa questão, apesar de termos apenas 22 mães cujos pais sabiam sobre a situação do bebê.

No *seguimento*, as mães avaliaram positivamente a forma como os companheiros estavam lidando com o bebê em casa, após a alta hospitalar: com exceção de uma que afirmou que o pai estava ajudando pouco. A maioria das mães ($n = 8$) afirmou que o companheiro participava dos cuidados com o bebê, se responsabilizando por tarefas como preparar mamadeira, dar banho, trocar fralda, brincar, dentre outras; nas palavras de algumas mães:

Ajuda assim, quando ele chora, pega ele no colo, conversa com ele, dá carinho. Ajuda assim com o dinheiro, se falta alguma coisa ele vai lá e compra, dá o Nan [tipo de leite] para o neném. Ele andou comprando mais duas ou três latas de leite pra mim com o dinheiro dele... [Ana, 1 ano e meio com o companheiro]

Ajuda. Ele troca ela, eu dou banho ele seca, coloca a roupinha, troca fralda, está sempre me ajudando. [Sara, 2 anos com o companheiro]

Ah, ele parece ter mais jeito do que eu. Ele troca fralda, ele dá o leitinho, ele faz tudo, quando ele está com cólica, coloca ele na barriga, e ele fica calminho. Parece que ele fica até mais calmo do que comigo. [Olívia, 2 anos com o companheiro]

As dificuldades paternas centravam-se nos cuidados com o bebê: o medo de dar banho e trocar fralda ($n = 2$), não saber o que fazer quando bebê chora ($n = 1$), receio de pegar o bebê pelo fato de ser pequeno e frágil ($n = 1$) e não querer acordar à noite quando o bebê chorava, por ter que trabalhar no outro dia ($n = 1$).

Já em relação à forma como os familiares e amigos estavam lidando com a situação do bebê, as mães relataram que eles estavam felizes e orgulhosos com o bebê ($nr = 4$), ligando para saber notícias ($nr = 3$) e com expectativa do bebê crescer e engordar ($nr = 1$). As mães relataram também que a preocupação dos familiares e amigos havia acabado ($nr = 1$) e que estes não sabiam como lidar com o bebê, pois era pequeno e prematuro ($nr = 1$). Apesar da boa receptividade familiar e social, duas mães relataram não poder contar com a família e não ter contato com os familiares.

A partir dessa análise, percebe-se que os pais e familiares têm o importante papel de prover suporte emocional e material para as mães, ajudando-as no enfrentamento da situação do bebê. Poucos relatos abordaram a participação da família de forma negativa, de forma a dificultar o enfrentamento. Os pais e familiares parecem compartilhar do otimismo e confiança na recuperação do bebê.

Após a análise e discussão de todos os aspectos do enfrentamento da mãe e dos familiares no contexto da internação do bebê na UTIN, da participação das mães nos grupos e de seu enfrentamento após a alta hospitalar do bebê, serão descritos e analisados o enfrentamento das mães cujos bebês foram a óbito.

3.8 Análise do enfrentamento da morte do bebê

Entre as 15 mães pertencentes a amostra final, isto é, que participaram de toda a coleta até o seguimento, duas mães (Denise e Wanda) tiveram bebês que foram a óbito. Como o número de mães que vivenciou esta situação na presente pesquisa é reduzido,

optou-se por apresentar uma descrição de caso, tendo em vista a dificuldade de se levantar dados quantitativos e fazer generalizações a partir de número tão pequeno de participantes.

Para uma análise mais integrada dos casos, serão apresentadas as informações da entrevista de seguimento sobre o óbito (ESD III, Apêndice R), os dados da caracterização sociodemográfica das mães de modo geral, bem como os dados coletados com os outros instrumentos da pesquisa, mostrando o percurso da internação até o óbito do filho. Também serão comparados os dois momentos do enfrentamento: hospitalização do bebê e morte, comparação esta que, no caso das demais mães, foi feita na seção *Análise comparativa dos diferentes momentos do enfrentamento*.

E seguida à descrição dos casos das duas mães, será feita uma discussão buscando integrar essas duas experiências e visando a detalhar o enfrentamento do óbito, uma das possibilidades a ser enfrentada pelas mães no contexto da UTIN.

3.8.1 Enfrentando a morte do filho recém-nascido: o caso de Wanda

Wanda era uma mãe de 37 anos, pertencente à classe socioeconômica D, casada há 3 anos com o pai do bebê que ficou internado na UTIN do HDDS. Tinha outro filho de 10 anos e já havia tido outro bebê PT-BP, que também havia falecido há 3 anos. Sua filha nasceu com 28 semanas de idade gestacional, pesando 915 g e ficou internada na UTIN por 36 dias antes de falecer. Quando participou do grupo de mães, o bebê estava internado há 6 dias, e quando participou do seguimento havia 31 dias que seu bebê tinha falecido.

Inicialmente, Wanda mencionou saber de tudo sobre o problema de sua filha, bem como os riscos que ela corria decorrentes da infecção que teve ao nascer (dados do QMN). Afirmou ter recebido a notícia do pediatra/neonatologista após o nascimento do bebê, e que a notícia foi dada de modo a dar ciência de que seu bebê era de alto risco. Relatou ter ficado muito triste, nervosa e com muita vontade chorar quando soube da situação do bebê.

Na entrevista inicial, Wanda afirmou conhecer a prematuridade e o baixo peso, pela experiência já vivida anteriormente com seu outro bebê. Relatou também que foi informada pela equipe de saúde que o quadro de sua filha era grave. Sobre como foi a primeira vez que entrou na UTIN, Wanda afirmou:

É... é aquele... eu suei frio, coração bateu mais forte, eu digo assim, é... uma sensação assim, eu fiquei triste, não vou negar que eu gostaria de ter visto assim, que eu gostaria de ter esperado que ela nascesse de nove meses, né, como se eu não tivesse preparada para situação né, mas o primeiro dia foi... não vou dizer não, porque foi triste mesmo.

O enfrentamento da internação da filha foi descrito por Wanda como sendo “pesado” para lidar com a situação, mas afirmou que não podia perder as esperanças na recuperação da filha. Além disso, Wanda apontou a fé e a confiança em Deus como elementos fundamentais na recuperação do bebê, além da expectativa de não ter que passar de novo pela perda de um filho. Nas palavras da mãe:

Assim eu já tinha fé, mas eu me apeguei mais ainda porque, nesse momento assim, é um momento que Deus dá ... os médicos fazem a parte deles, mas primeiramente Deus, depois os médicos, então, o que tem me dado muita força é que eu me apeguei muito a Deus nesse momento difícil... É a minha fé, confiança, né que tudo vai passar entendeu? Que eu penso assim, que eu não vou ter que sentir o que eu senti há três anos atrás, então é isso que tem me dado muita força, muita esperança, entendeu?

Wanda apontou como principais fontes de suporte social, nesse momento, o marido e a bisavó, que cuidava da casa e do outro filho. Relatou estar muito preocupada com o estado da filha e em como o quadro clínico do bebê evoluiria. Os aspectos que mudaram em sua vida após a hospitalização do bebê na UTIN foram o aprendizado e o aumento da preocupação com os outros, conforme descrito por Wanda:

Pensar no outro lado, não pensar só em mim, entendeu? Não pensar só nela, entendeu, pensar em outras mães também, estar ajudando, entendeu? Estar, é.... como diz... não pensar só em mim e no meu problema, entendeu? Pensar nas outras mãezinhas também,

entendeu?

As preocupações de Wanda naquele momento eram a gravidade do estado do bebê, bem como seu risco. Em relação a suas expectativas, Wanda mencionou manter o otimismo e a confiança na recuperação do bebê:

Que ela melhore, é isso que é minha expectativa, em momento nenhum, eu pensei o pior entendeu, que... sei que é instável, aquela coisa, mas eu só penso isso né... que ela fique boa, não penso o pior não.

A avaliação que Wanda fez do grupo no QUAI, tanto da S1 como da S2 indicou que o grupo a ajudou no enfrentamento da situação do bebê. Sobre a S1 Wanda afirmou que a sessão a ajudou porque pode aprender a lidar melhor com a situação que estava vivendo; já sobre a S2, afirmou que aprendeu muita coisa e que se sentia bem em conversar com alguém sobre seu bebê. Ao final de ambas as sessões, Wanda relatou se sentir *muito melhor do que antes*, no QUAI. Quanto à sua satisfação com o grupo (dados do ISU), esta mãe marcou a nota máxima (5) em 4 entre as 5 questões objetivas do instrumento, e na questão 6, discursiva, afirmou: *“Foi uma ajuda muito grande psicologicamente, ganhei experiência, me senti muito bem em estar perto de vocês”*.

Wanda afirmou na ESD I, sobre a experiência de ter participado do grupo, que achou positivo o aprendizado que teve, sobretudo em relação aos cuidados com o bebê PT-BP. Na ESD II, apesar da perda do bebê, Wanda também avaliou que o grupo foi positivo e enfocou novamente seu aprendizado com o cuidado do bebê:

Ajudou muito nossa, eu aprendi ali a ver a forma que eles estavam cuidando dela, assim algumas mãezinhas ali só na hora de ta tirando sangue elas não aguentam, então quando a gente participa dessas coisas a gente se sente forte para aprender a lidar. A ser forte, porque foi muito bom, eu aprendi muito, mesmo sem saber do que ia acontecer.

Os dados sobre o enfrentamento de Wanda na primeira e segunda avaliações da EMEP, a partir dos quatro perfis de enfrentamento, podem ser visto na Tabela 35.

Tabela 35. *Médias nos fatores da EMEP de Wanda antes e após a morte do filho*

Fator da EMEP	Média na 1ª avaliação	Média na 2ª avaliação
Focalização no Problema	4,44	4,66
Busca de Práticas Religiosas/Pensamento Fantasiado	4,29	4,14
Busca de Suporte Social	3,80	4,02
Focalização na Emoção	2,67	2,06

Observou-se um aumento da média dos escores de focalização no problema e busca de suporte social, talvez como auxílio para o enfrentamento da morte do bebê e redução das estratégias focalizadas na emoção e na busca de práticas religiosas/pensamento religioso. Já a análise da EMEP, de acordo com as 12 famílias de enfrentamento (Skinner et al., 2003) mostrou as seguintes médias nas avaliações:

Tabela 36. *Médias nas 12 famílias de coping (EMEP) de Wanda antes e após a morte do filho*

Famílias de enfrentamento	Média na 1ª avaliação	Média na 2ª avaliação
Autoconfiança	4,50	5,00
Busca de suporte	3,85	4,28
Resolução de problemas	4,28	4,71
Busca de informações	5,00	4,00
Acomodação	4,60	4,60
Negociação	5,00	3,00
Delegação	5,00	3,00
Isolamento social	1,50	1,00
Desamparo	4,50	3,00
Fuga	3,00	3,00
Submissão	3,50	2,25
Oposição	1,66	1,33

Wanda apresentou aumento nos escores da EMEP da 1ª para a 2ª avaliação nas famílias de enfrentamento relacionadas ao um bom desfecho adaptativo, que incluem *autoconfiança, busca de suporte e resolução de problemas*, e se manteve estável para *acomodação*, evidenciando o uso de estratégias com provável desfecho adaptativo positivo. Observa-se também diminuição dos escores das famílias de enfrentamento de *negociação, delegação, isolamento social, desamparo, submissão e oposição*. Os dados sobre um bom enfrentamento da condição da morte do bebê parecem ser confirmados pelos dados da entrevista de seguimento de Wanda. Ao falar de como estava lidando com a perda da filha, Wanda afirmou:

Eu não vou dizer que foi uma coisa normal, natural não, mais tô tentando. Eu sei que ela tá bem, como os médicos falaram ela está no céu, está melhor que a gente, mas eu também tenho que prosseguir na minha vida. Se tinha uma pessoa que eu ajudava, agora passei a ajudar muito mais, ajudar outras pessoas, dar mais apoio.

Wanda afirmou, na comparação entre os dois momentos (internação do bebê e morte) que a perda do bebê havia sido mais difícil de enfrentar que a internação, e apontou a religião e a fé em Deus como fatores fundamentais na superação da morte do bebê:

O fato de eu estar assim, igual eu me perguntei hoje à tarde, se você não vai em uma igreja, se você não vai assim. Porque ninguém consegue viver sem ter uma religião, porque passa a ter, diante de tudo que me aconteceu, então se eu acreditava em Deus agora passo a acreditar mais ainda então é dele que tem vindo tudo isso, porque eu acho assim, talvez eu no meu normal eu poderia também não aguentar...Essa força, desde o início, talvez eu não sabia, mas Ele estava do meu lado ali me preparando pra tudo. Então essa força maior foi Dele, quando entrei por essa porta aqui aquele dia eu não imaginava que tinha acontecido isso, então eu estava normal porque ele estava me preparando, mas eu nem percebia, mas ele me preparou pra isso, então eu acho que se não tiver Deus... Nós não somos nada sem Deus na nossa vida.

Wanda descreveu a maneira como foi comunicada do falecimento do bebê, bem como os eventos que antecederam a situação, apontando novamente seus recursos advindos da religiosidade para lidar com as circunstâncias:

Tudo que aconteceu comigo, foi sempre Deus tentando, ele me segura nos braços. Eu ‘tava em casa e sempre vinha para o hospital de manhã; cedinho eu tava aqui já. Nesse dia, um dia antes eu tinha levado as roupinhas das mãezinhas de fora, porque ‘tava chovendo e não tinha como elas lavarem. Então, eu ‘tava levando para casa para lavar e depois eu ia passar e levar. Aí, veio no meu pensamento, antes de sair de casa, de eu passar logo a dos outros bebês, já que eu ia levar as da minha filha. (...) Então, eu não imaginava, que isso fosse acontecer.

Só que antes disso, na quinta, antes de dormir, eu fui orar e eu senti aquele vazio, como se aquela oração não fosse sair dali, é como se eu tivesse conversando com você e você não pudesse me responder. Era como se Deus não respondesse nada porque ele já sabia que ia levar ela.

Então, eu senti um vazio muito grande e comecei a chorar, e falei: —“Senhor está nas suas

mãos a vida da minha filha”. Aí, fui dormir.

Antes de sair de casa, eu perdi o primeiro ônibus, como se algo tivesse me segurando para eu não sair de casa naquele momento.

Daí eu pensei: “Já que eu perdi esse, vou pegar o próximo de 10 e 10”. E não consegui pegar esse também. Então eu falei: —“Meu Deus, o que ‘tá acontecendo?”

Daí, agora eu falei: —“Pronto! Não tem mais ônibus”, porque o ônibus só sai de uma em uma hora.

Daí, eu pensei: —“Vou sair 11 h e pegar o ônibus de 12 h”.

Daí eu pensei: —“Vou chegar tarde lá e nem almoçar eu vou conseguir”.

Aí, para completar, esse ônibus que sai meio dia em ponto saiu mais de meio dia.

E foi o momento que eu tinha que ‘tá lá. Porque por mais que eu seja forte, eu não ia agüentar ver ela morrendo. Acho que seria uma dor muito difícil estar ali presente. Mas como Deus é bom, ele preparou tudo isso, me segurou em casa, para eu não conseguir pegar esses ônibus, porque se eu tivesse lá dentro, eu não imagino nem o que ia acontecer comigo.

Quando eu entrei aqui, foi normal; mas, quando eu cheguei na porta do banco de leite, veio uma das mãezinhas, e nesse dia eu não entendi porque, ela perguntou: —“Wanda, tá tudo bem com você?”.

Eu falei: —“Graças a Deus tá tudo bem”.

Só que aí elas ficaram uma olhando para outra, como se alguém fosse entrar na UTIN para avisar que eu ‘tava chegando. Só que aí eu comecei a sentir algo estranho, minha mão começou a gelar e comecei a sentir meus batimentos rápidos e aquela agonia.

Aí, quando eu cheguei naquela primeira porta, antes de entrar na UTIN, a enfermeira viu e falou: —“Você espera um pouco que a Dra. quer vir falar com você”.

Eu falei: —“‘Tá bom, vou esperar”.

Aí eu falei: —“Meu Deus, tá acontecendo alguma coisa... a não ser que eles estejam fazendo algum procedimento que eu não possa ver”. Porque eu sempre vi tudo que eles estavam fazendo com a minha filha e agora eu tenho que esperar.

Aí, coração de mãe não se engana, e veio a médica. Ela sentou no meu lado e começou a conversar comigo coisa que eu não ‘tava nem entendendo porque que ela tava falando aquilo.

Aí ela falou assim que, no jardim do céu, ‘tava faltando uma florzinha’ e essa florzinha era a minha filha e Deus precisou dela porque sabia que ela foi um bebê muito especial aqui. ‘Mas ela é mais especial ainda para Deus’.

Aí, antes dela falar da florzinha no jardim, a ficha já caiu, eu já tinha entendido tudo. Aí, eu comecei a chorar; foi um momento muito difícil.

Ela falou assim: —“Você sabe mais do que ninguém, você acompanhou ela, você sabia de tudo que ela tava passando, só que chegou um momento que nem ela ‘tava’ agüentando mais”.

Numa quarta-feira, ela piorou muito né? A medicação tava mantendo ela já, mantendo tudo, tudo que eles podiam eles estavam mantendo no máximo, o oxigênio dela tava bem e aumentou, então ela tava ali mas a qualquer momento os órgãos dela podiam não agüentar, então desse dia que eu comecei a ver, porque antes eu não conseguia, eu só via a minha filha bem. Porque Deus também não permitia eu ver ela grave, e isso foi muito bom. Deus não permitiu que eu visse aquele sofrimento dela, que alguns médicos viam. Então quando chegou o momento de Deus me mostrar o lado certo, foi que eu consegui ver minha filha sofrer. Aí eu vi a boquinha dela roxinha e ela sofrendo, daí eu vi que minha filha era muito especial, e não podia ser minha mesmo porque as coisas que ela fez e ela nem ali diante daquele sofrimento ela deixou de fazer, ela riu, botou a linguinha dela para fora, e o batimento dela que tava lá em baixo, aquilo subiu. Aí eu falei: “Mamãe tá aqui meu amor, mamãe te ama muito”, então aquilo me fazia muito bem, e naquele momento que eu consegui ver mesmo que ela tava sofrendo.

Wanda pareceu se conformar que a morte foi a melhor opção para acabar com o sofrimento que sua filha estava passando na UTIN; sendo que a forma como foi comunicada pela equipe médica do óbito do bebê estava de acordo com seu sistema de crenças, o que talvez tenha facilitado seu enfrentamento. Podemos supor que a escolha das metáforas, por parte da médica, vinculadas ao contexto religioso da mãe tenha sido uma estratégia de comunicação intencionalmente adotada para facilitar o enfrentamento da morte, ao levar em conta aspectos psicológicos e sociológicos da mãe. Tal postura é uma das possibilidades de comunicação de más notícias, de acordo com Perosa e Ranzani (2008).

Nesse sentido, Wanda avaliou como positiva a forma como a médica comunicou a ela o falecimento do bebê:

Eu achei que ela foi tranqüila, achei até bonito da parte dela, o jeito que ela falou comigo, porque se fosse aquela outra médica, ela ia chegar falando: olha sua filha veio a óbito. Então ela não, ela foi carinhosa até demais, porque ali todos, não só a Dra. Clotilde médica dela, mas todas as enfermeiras, se você visse elas chorando, é como se fosse algo delas ali, como se fosse filha delas também. Só que ali a médica teve coração para poder dar a notícia. Porque eu até ficava com medo de alguém me dar a noticia de qualquer jeito. Ela foi tranqüila falando comigo e depois veio as outras mãezinhas juntas falando comigo, e as enfermeiras também. Até uma delas veio falar comigo, ela disse: “Wanda, sua filha é um anjinho muito especial, a gente sabia disso, então ela tá no céu, ela é tão especial que ela não ficou conosco, porque se fosse a vontade do Senhor ela tinha ficado, então vamos guardar com muito carinho as lembranças e guarda as coisinhas dela com muito carinho porque ano que vem você vai ta aqui de novo e outra coisa você não vai vir só com uma mãe, Deus vai e dar em dobro”. Até os médicos falaram desse jeito, “Ah e que os anjos digam amém”. Eu creio que Deus sabe que eu sou um ser humano, uma mãe, e depois de tudo que eu passei eu creio que o milagre ainda vai acontecer. Que futuramente eu vou ter outra gravidez tranquila, que vai vir na hora certa, e que eu vou ter essa filha que eu não tive, que Ele vai deixar ela aqui comigo. É isso que me deu força para entender tudo que aconteceu aqui. O porquê que dela ter vindo ao mundo, o porquê de tudo que eu passei, é como se ela veio para ressuscitar algo que tava morto em mim, porque eu passei a acreditar mais, a ajudar mais. (...) Como se ela tivesse vindo ao mundo para me dar vida, para me salvar.

Transparece claramente nesse relato de Wanda a importância da atribuição de sentido e busca do significado da situação, na relação com o estressor, permeadas pelo contexto religioso. Além disso, Wanda também relatou que, após a morte do bebê, continuava indo à UTIN do HDDS ajudar outras mães que ainda estavam com seus bebês internados. Levava as roupas sujas das mães e dos bebês para casa e os trazia de volta limpos, no dia seguinte.

Já na Escala de Eventos Vitais, Wanda indicou como eventos que aconteceram após a morte do bebê apenas *mudanças de atividades religiosas*, explicando que passou a frequentar mais a igreja após a perda do bebê. Tal dado confirma a importância da religião para essa mãe lidar com o estressor *morte*. Após a descrição do enfrentamento na mãe Wanda, passaremos agora a descrever o caso de Denise.

3.8.2 Enfrentando a morte do filho recém-nascido: o caso de Denise

Denise, 27 anos, pertencente à classe socioeconômica B2, estava casada há 10 anos com o pai de seus três outros filhos: um de 10 anos, outro de 8 anos e a mais nova de 2 anos. Estava grávida de gêmeos e um dos bebês (gêmeo A – GA) foi a óbito um dia depois de nascido. Ambos os bebês nasceram com 28 semanas de idade gestacional e com muito baixo peso - GA pesava 1.040 g e o gêmeo B (GB), 775 g, sendo ambos do sexo masculino. Quando participou do grupo de mães (G1), GA já tinha falecido há 16 dias e GB estava internado há 17 dias na UTIN. Após 68 dias de internação, GB também veio a óbito. Denise aceitou participar da entrevista de seguimento para falar sobre a sua dupla perda, após 53 dias que GB tinha falecido.

Inicialmente, Denise relatou sua tristeza em relação à perda do GA e apreensão em relação ao que poderia acontecer ao GB. Afirmou ter recebido a notícia sobre os bebês do pediatra/neonatologista após o nascimento dos bebês, embora tendo dito que, inicialmente foi informada apenas que eram prematuros e que estavam bem. Somente após ter saído do centro cirúrgico e ter ido para o quarto, soube que o quadro clínico deles era grave (dados do QMN).

Na entrevista inicial, Denise afirmou desconhecer a prematuridade e o baixo peso e também expressou que achava que não iria ter mais filhos, antes de engravidar dos gêmeos. Assim relatou como foi a primeira vez que entrou na UTIN:

Foi horrível, eu não imaginava que eles tinham nascido tão pequenos, tão baixo peso, que eles estavam tão ruinzinhos. Foi horrível, como se o mundo tivesse caído, acabado. Porque o meu primeiro que nasceu, tinha 1 kg e pouquinho e foi justamente ele que veio a óbito. O outro que nasceu com 700g está aí. Eu achei que, por ele ser maior, ele ia conseguir, mas não deu certo.

Ao falar do enfrentamento da situação de hospitalização do GB, Denise relatou estar preocupada por deixar os outros filhos para estar na UTIN, apesar destes ficarem sob os cuidados de sua mãe. Também mencionou as expectativas dos filhos em relação à sobrevivência do bebê, pois perguntavam sobre ele todos os dias, e isso a preocupava (dados da entrevista e do PRDG). O que a ajudava a atravessar esse momento, eram a família, o marido e a fé em Deus.

Sobre o falecimento do GA, ainda na entrevista inicial, Denise destacou a importância da ajuda e compreensão do marido (suporte social) no seu processo de enfrentamento:

Eu olhei a certidão de óbito, daí eu deitei com cara feia, chorando. Ai, meu marido veio perguntar porque eu ‘tava assim, ai eu falei. Ele falou que eu não podia ficar assim, que para ele também foi difícil, mas que a gente tinha que olhar para o futuro que ia dar tudo certo. Mas eu falei... “Você não entende”, e acabei chutando o pau da barraca, “Você não entende porque você só é pai e eu sou mãe” e a gente acabou brigando, discutindo. Mas ele me compreendeu. Eu pedi desculpa e conversei. E ele me compreendeu de todas as maneiras, quanto ele puder estar do meu lado, ele vai estar. A não ser que eu não queira. Porque ontem eu falei que não queria, eu não queria ver ele, não queria ver a minha mãe, nem ninguém, ontem eu ‘tava ruim mesmo. Ai, à noite, ele me esperou no terminal e a gente foi embora conversando, eu pedi desculpa, falei que eu ‘tava errada. Ele falou que não era prá eu ficar assim entrando em depressão. Aí, eu falei que não tenho tempo para ter depressão, só de estar aqui não tem como, e se ficar em casa também vou prejudicar meu filho que ‘tá aqui. Então, tem dia que vai vir, um dia ‘tá mais forte, outro não; mas ontem eu ‘tava bem ruim. Mas, ele tem compreendido, minha mãe também.

Na época, as expectativas do que iria acontecer com o bebê incluíam uma clareza da situação de risco do GB, mas Denise mantinha o otimismo e a confiança:

Ontem, eu conversei com a pediatra dele. Assim, eu converso todos os dias, mas desde que ele 'tá ali na UTIN, ela sempre me falou que ele é um bebê de risco, prematuro e nunca me falou que ele 'tá bem, e ontem, pela primeira vez, ela me falou que ele 'tá bem, reagindo muito bem. Então, a minhas expectativas são boas, espero que ela continue falando isso, porque para mim foi uma vitória quando ela falou que ele 'tava bem. Ela falou: "Você sabe que ele pode morrer", porque ela é bem sincera também, e ontem ela falou que ele 'tava bem. Então é isso: torcer para que ele fique bem.

Denise avaliou como positivas as mudanças em sua vida advindas da experiência que estava passando com seu bebê na UTIN (pergunta 14 da ESD I), ela afirmou:

Eu era muito individualista, pensava mais em mim do que nos outros, mais na minha família, e no próximo eu não pensava tanto. E hoje mudou muito, eu quero ajudar mais o outro, eu quero estar me prontificando mais, eu não tinha muito tempo para parar e conversar com o vizinho, hoje eu vejo que isso tá errado. Eu só pensava em trabalho, em conseguir coisas e coisas, e eu vejo que depois que eu passei o que eu passei, logo nos dias que eu tive eles, que eu não me lembro de praticamente nada, que eu quase morri, eu acho que a gente tem que dar mais valor as coisas ao seu redor.

Além da mudança, apontada na entrevista, e vista por Denise de forma positiva; no item 39 (*Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela*) da EMEP, Denise marcou 5 (*Eu faço isso sempre*) na primeira avaliação, confirmando sua perspectiva positiva da experiência naquele momento.

Em relação ao Questionário de Avaliação da Intervenção (QUAI), tanto na avaliação da Sessão 1 como da Sessão 2, Denise avaliou que o grupo a ajudou no enfrentamento da situação do bebê. Na S1 disse que a ajudou, pois havia acordado muito triste naquele dia em relação à morte do GA; e na S2 sessão afirmou ter esclarecido dúvidas e ter se fortalecido mais. Ao final de ambas as sessões, Denise relatou se sentir *um pouco melhor do que antes*, no QUAI. Já na avaliação do Inventário de Satisfação do Usuário, Denise marcou a nota máxima (5) em todas as questões objetivas do instrumento, e na questão 6, discursiva, afirmou: *"Trocar experiências te dá mais forças para continuar nessa luta diária"*. Ainda sobre a experiência de ter participado do grupo, Denise achou positiva a

iniciativa e avaliou como ponto fundamental a troca de experiências entre as mães, promovida pelo grupo. Na primeira entrevista, ela comentou:

Eu achava que tudo era só, cada um faz o seu e a partir de ontem eu vi que não, a gente conversa, troca experiências, isso acaba te dando força para enfrentar esse momento, porque apesar de eu pensar muito mais em mim, um certo tempo atrás, tem gente que pensa no outro. Igual vocês aqui, podiam estar fazendo outro trabalho, e podiam tá fazendo outras coisas. Eu fazia do serviço para casa e da casa para o serviço. Cuidava das minhas coisas e pronto. Mas vocês tão aqui, apesar de estar fazendo o serviço de vocês, mas tão aqui ouvindo, parando para escutar e isso é bom.

Na segunda entrevista, apesar da perda do bebê, Denise também avaliou que o grupo foi positivo, principalmente pela troca de experiências entre as mães. Contou que até o dia do grupo, ficava só dentro da UTIN e não se relacionava com as outras mães e que, após participar do grupo, começou a se relacionar mais com as outras mães que estavam atravessando o mesmo problema que ela. Além disso, enfatizou a importância das informações transmitidas no grupo, para lidar com o bebê internado na UTIN:

No primeiro dia cada um falou um pouco do que estava sentindo, nossa me ajudou muito, me ajudou a lidar, às vezes, as dicas que deram como: não ficar pegando quando ele estivesse dormindo, então eu já deixava mais dormindo, ele dormia bastante, e eu ficava mais quieta, só pegava nele quando ele estava acordado. Me ajudou muito, nossa, sem palavras.

Os dados sobre o enfrentamento de Denise na primeira avaliação da EMEP, a partir dos quatro perfis de enfrentamento, pode ser visto na Tabela 37.

Tabela 37. Médias nos fatores da EMEP de Denise antes e após a morte do filho

Fator da EMEP	Média na 1ª avaliação	Média na 2ª avaliação
Busca de Práticas Religiosas/Pensamento Fantasiado	3,71	3,86
Focalização no Problema	3,50	4,00
Busca de Suporte Social	3,20	3,20
Focalização na Emoção	1,14	2,87

Observa-se um aumento da média dos escores de *focalização na emoção* na

segunda avaliação desta mãe pela EMEP, condizente com o impacto emocional da situação e com sua irreversibilidade, e a manutenção dos resultados das EE centradas na *busca de suporte social*. Já na Escala de Eventos Vitais (EEV) Denise indicou os eventos que aconteceram após a morte do bebê: mudança de casa, perda de emprego, dificuldades sexuais, dívidas, mudanças de hábitos pessoais, atividades religiosas e atividades sociais. Mencionou também na entrevista, que havia feito muitas despesas em função dos gastos com os bebês, e que ainda tinha que pagar tais dívidas.

Ainda na análise da EMEP de acordo com as 12 famílias de enfrentamento (Skinner et al., 2003) observou-se as seguintes médias no resultado:

Tabela 38. Médias nas 12 famílias de coping (EMEP) de Denise antes e após a morte do filho

Famílias de enfrentamento	Média na 1ª avaliação	Média na 2ª avaliação
Autoconfiança	5,00	4,75
Busca de suporte	5,00	3,83
Resolução de problemas	5,00	3,42
Busca de informações	5,00	4,00
Acomodação	5,00	4,00
Negociação	5,00	5,00
Delegação	5,00	2,50
Isolamento social	3,00	5,00
Desamparo	3,00	2,00
Fuga	3,00	3,75
Submissão	3,50	3,50
Oposição	1,33	3,00

Na condição de enfrentamento do óbito do bebê, observou-se uma queda nos escores das cinco primeiras famílias de enfrentamento, que são relacionadas a um provável desfecho adaptativo positivo. Observou-se também aumento de EE de *isolamento social*, *fuga* e de *oposição*, no processo de enfrentamento do óbito. As médias da 2ª avaliação da EMEP mostraram maiores dificuldades no enfrentamento, com pequena diminuição do uso de EE das famílias de enfrentamento adaptativas, mas aumento significativo do uso de EE de famílias menos adaptativas, o que foi confirmado pelos dados da entrevista de

seguimento com Denise. A mãe assim se expressou sobre como estava a vida após a morte do filho:

Depois que ele morreu eu fiquei distante, assim, um pouco da minha família, logo no começo, aí, até do meu marido, a gente até andou brigando muito por causa disso, porque ele queria que eu reagisse logo. Para ele foi mais fácil que para mim, ele não estava vivendo aqui todo dia, acompanhando todos os dias como eu estava. Na verdade, ele só vinha aqui uma vez quando ele podia, nos domingos e para mim foi mais difícil, sempre foi mais difícil... Então superar a morte dele, está e acho que vai continuar por um bom tempo, e a gente brigou muito por causa disso. Ele acha assim, ah enterrou, ele queira que... acho que da maneira dele ele sofreu também, mas acabou de enterrar ele já queria que eu estivesse rindo e que eu estivesse enfrentando, saindo e se divertindo. Ele, eu acho que ele queria era o meu bem, mas na verdade a gente acabou se desentendendo por causa disso.

Denise afirmou que o que a ajudou a superar a perda do bebê foram seus filhos, especialmente a mais nova que, segundo ela, ainda tinha muitas características de bebê por ter só 2 anos e que estava muito carinhosa devido ao tempo em que ficou relativamente separada da mãe por causa do bebê internado na UTIN. Também relatou como importantes nesse enfrentamento a fé em Deus. Relatou que a morte do bebê foi uma ponte de união para a família, pois o marido e o irmão não se davam muito bem, e acabaram deixando as desavenças de lado em função da situação. Denise relatou também a amizade que fez com outra mãe que também estava com bebê internado na UTIN, e que também foi a óbito. Quando soube da notícia, a outra mãe, que já havia perdido seu bebê foi para a casa dela, passou o dia com ela, e no dia seguinte foi ao enterro do bebê.

Avaliando qual dos dois momentos tinha sido mais difícil enfrentar, a hospitalização do bebê ou a sua morte, Denise afirmou que era a morte, pois:

Eu não estou mais vendo ele mais, ele não está mais aqui. Eu queria estar aqui entrando por esses corredores, teve dia de eu passar por esses corredores e pensar assim: “Senhor, que dia eu vou parar de vir aqui?”, parece que, meio que eu perguntei para Deus e ele

logo me deu a resposta, foi na semana, na mesma semana que ele morreu. Por mim eu queria estar vindo aqui todos os dias, ficava muito cansativo, nossa, estava cansativo demais, eu chegava cedo, saía muito tarde daqui. Eu queria ver o pediatra da noite trocando plantão, ficava porque o horário é até seis horas, ficava depois do horário, as meninas deixavam eu ficar e estava muito cansativo. Mas eu queria estar aqui até hoje, para poder estar tirando ele daqui, né, só que não deu, mas o pior momento foi o da morte, com certeza.

Denise confirmou o que havia dito na primeira entrevista ao analisar a experiência que passou com o bebê na UTIN na entrevista de seguimento, e, apesar do óbito do bebê, considerou que a experiência tinha sido fonte de crescimento pessoal:

Nossa! Não tem nem palavras, eu me tornei uma pessoa muito melhor, nossa como pessoa, como mãe, como esposa, como filha, tudo melhorou, assim, a experiência me ajudou muito (...). Depois eu conheci esse lado aqui, nossa, como que as pessoas sofrem aí você... às vezes o dia a dia é tão corrido que você não pára para pensar nisso, e ali eu só... nossa eu tive muito apoio ali dentro dos profissionais, todos... todos eles e... me tornei melhor. Nossa! É uma experiência para o resto da vida, é única, né? A experiência de ter tido gêmeos e ter perdido os dois, de ter passado esse tempo aqui, aqui dentro, vendo o que as pessoas passam, vendo as mortes, como as pessoas são solidárias umas com as outras, nem me conhecem e vieram me abraçar, as meninas todas, todas, vieram de dar uma palavra de consolo, assim, então eu me tornei uma pessoa melhor, experiência única.

Em relação à morte do GB, Denise explicou como foi comunicada da situação: afirmou que quando chegou à UTIN, a psicóloga pediu que ela esperasse e não permitiu que entrasse, pois estava havendo uma intercorrência com o bebê. Logo em seguida, a médica veio e comunicou:

—“Denise, infelizmente não deu, a gente fez tudo que a gente pode”

E veio me consolar, falou: —“Você é uma supermãe, você estava aqui todos os dias”, segurando na minha mão.

Mas, só que aquilo não foi consolo para mim no momento. Eu não queria ouvir que eu fui uma supermãe, que eu fui uma mãe presente. Nossa! Isso era a última coisa que eu queria ouvir. Eu queria ouvir que ele tivesse bem.

Ela veio falar e pediu para eu não ir lá ver, e pediu para eu guardar uma lembrancinha boa, dos dias que ele estava bem. Não queria que eu fosse ver ele morto. Aí eu falei que não, que eu queria ver.

E a enfermeira que estava tomando conta dele... Logo no começo assim, tinha aquela plaquinha de identificação da incubadora, embaixo tinha o nome dele e eu coloquei assim: “Mamãe ama muito você”.

E a enfermeira que estava tomando conta dele colocou em baixo “Tia Cátia também te ama muito, Deus te abençoe e proteja”.

E então, ele morreu justamente com ela. Ela dava muita atenção para ele, era muito presente ali. Nossa! Tudo ela fazia para que ele ficasse bem!

E quando eu entrei lá, ela estava enrolando ele assim, para colocar ele na caixinha. E ela chorava tanto assim, que Nossa!

Eu não sei o que foi pior: se foi ver ele morto ou se foi ver ela chorando, porque eu vi o carinho que ela tinha com ele, né?

Porque eu já presenciei morte de bebês ali dentro, que as enfermeiras lidavam naturalmente. É o trabalho delas. Na verdade, elas têm que fazer isso, né? Meio que ser forte para passar isso para as mães, para a família.

E ela não, e ela chorando, chorava muito, estava muito vermelha. E ela me abraçou. E vinha um me abraçava, e vinha outro e os doutores, e pediatras que estavam lá, então, as mães também. Eu sentei no corredor, vieram falar comigo que sentiam muito. Então assim foi...

O pior foi ter que ver, porque eu sonhava, eu falava com ele: “Daqui uns dias mamãe vai te tirar daí. Nossa! Eu estou doida para te dar um abraço!”.

E nessa semana que ele morreu, eu queria muito dar um beijo nele assim. Nossa! Eu estava desesperada por aquilo! Então, eu abri a portinha maior da incubadora e peguei a mãozinha dele mesmo sem poder, porque estava no isolamento, e dei um beijo na mão dele. Nossa! E ele estava tão quentinho, tão gostoso assim...

E foi nesse dia que eu peguei ele no colo, quando ele morreu assim. Nossa! Eu acho que foi o pior dia, porque eu queria pegar ele vivo, e eu tive que pegar ele morto.

Assim, a lembrança que eu ia ter para o resto da minha vida de pegar ele no colo. E eu consegui pegar, de uma forma ou de outra eu consegui pegar ele (...) Nossa! Ele estava tão bonito, tão gordinho, tão maravilhoso... ah...

A postura da enfermeira, e das demais pessoas da equipe, relatada por Denise quando do falecimento do segundo gêmeo, demonstrou o envolvimento afetivo dos cuidadores com o bebê, sendo um potencial facilitador do enfrentamento por suprir necessidades de relacionamento, pois demonstrava para a mãe que ela e seu bebê eram importantes para a equipe que deles cuidava.

Avaliando a forma como a notícia foi dada, Denise disse que havia sido de forma bastante profissional, só se ressentiu ao saber que, quando seu marido foi buscar o bebê no dia seguinte, o médico falou que o bebê poderia ter ficado cego ou não andar, e ela considerou que essa informação deveria ter sido dada a ela também:

Ela só não me falou isso, que ele ia ficar cego, que talvez ele não fosse andar, ela falou para o meu marido no outro dia, quando ele veio aqui pegar os papéis e ela falou para ele, e para mim ela não falou, eu acho que... eu achei que faltou isso da parte deles, porque eu estava ali para tudo, eu queria ouvir tudo, eu até falava “me fala, pode ser qualquer coisa, mas me fala” e eu acho que dessa parte eles não foram justos comigo não, eu queria saber de tudo e eles falharam nisso comigo, eu acho.

Apesar da dor da perda, Denise expressou na entrevista a confiança de que, com o tempo, iria superar a situação da perda dos bebês:

Da morte, é que foi, que é, está sendo difícil... até quando eu não sei ainda, eu sei que vai passar, porque tudo passa e... mas eu acho que meu pior momento depois da morte dele acho que foi ter que ir lá e tirar as coisas dele de dentro de casa, que era muita coisa, e... acho que foi a pior parte, assim, mas de qualquer forma o tempo está aí para ir apagando as marcas, eu não vou esquecer, com certeza, mas... mas vai amenizando, só o tempo mesmo.

Apesar da dramaticidade da situação de Denise, por ter perdido dois bebês, um logo após o nascimento e outro depois de 68 dias de internação, Denise demonstrou estar confiante de que iria superar as perdas e conseguir seguir sua vida adiante.

3.8.3 Análise do enfrentamento das mortes dos bebês

Apesar do reduzido número de mães que passaram pela perda do bebê na amostra desta presente pesquisa, é possível identificar o uso diverso de EE: uma das mães apresentou aumento de *autoconfiança* e *busca de suporte*, apoiando-se em crenças religiosas, e outra teve aumento de *isolamento social*, *fuga* e *oposição*. Os dados mostram também que essas duas mães, apesar da dor, tinham recursos para superar a situação, sobretudo na atribuição de sentido advinda de crenças religiosas. Estas envolvem esforço para dar sentido às adversidades e ter um olhar positivo (esperança) sobre o ocorrido (Faria & Seidl, 2005). Esses elementos são percebidos em vários trechos da entrevista de seguimento tanto de Denise quanto de Wanda.

A situação das duas mães parece coerente com o apontado por Glaser et al. (2007), de que o sentimento de ter recebido suporte emocional nesse momento difícil ajuda no processo da perda, e que a maioria dos pais saudáveis psicologicamente são capazes de lidar com essa situação de dor e superá-la. O luto parental após a morte de uma criança é influenciado pela gravidade da doença, pela qualidade do cuidado oferecido à criança e pela habilidade dos pais em enfrentar a situação, isto é, o *coping* (Meert et al., 2011), que por sua vez, é influenciado pelo suporte social recebido dos profissionais, de membros da família e de amigos. No caso das duas mães em questão, fica evidente em seus relatos, a importância do suporte recebido dos profissionais para lidar com a perda do bebê.

Além disso, a demonstração de sofrimento por parte da equipe em relação à perda dessas mães foi vista como um consolo e atingiu diretamente suas *necessidades de relacionamento*, na medida em que indicava que elas e seus filhos eram importantes para a equipe de saúde que cuidava do bebê na UTIN. Tal avaliação costuma ser contrária à postura evidenciada por alguns profissionais de área de serem frios e se manterem distantes

perante o sofrimento decorrente da perda de um paciente (Aguiar et al., 2006; Starzewski Junior et al., 2005)

Ficaram evidentes nas entrevistas de Denise e Wanda os aspectos de transformação e crescimento positivos, pois ao avaliarem suas experiências na UTIN, relataram, nos dois momentos, seu crescimento e amadurecimento com a experiência. No caso de Denise especificamente, não sucumbir frente ao óbito de dois bebês, sendo um deles acompanhado todos os dias durante 68 dias de internação, é uma tarefa difícil. A fala de Denise durante a entrevista de seguimento era triste, mas não desesperada; dolorida, mas ao mesmo tempo, serena. Quanto à Wanda, seu apego à fé e à confiança em Deus atuou como um sistema de crenças poderoso, que a colocou em condições de superar a situação da perda do bebê e seguir em frente com sua vida. No discurso de Wanda e Denise, percebemos a tentativa de reorganizar suas vidas e seguir adiante, apesar da perda do bebê.

A Figura 5 sintetiza os principais aspectos do processo do enfrentamento tal como analisado aqui em seus diferentes tempos: no momento da notícia, durante a hospitalização do bebê e até após a alta hospitalar (ou óbito do bebê), no contexto do grupo de mães.

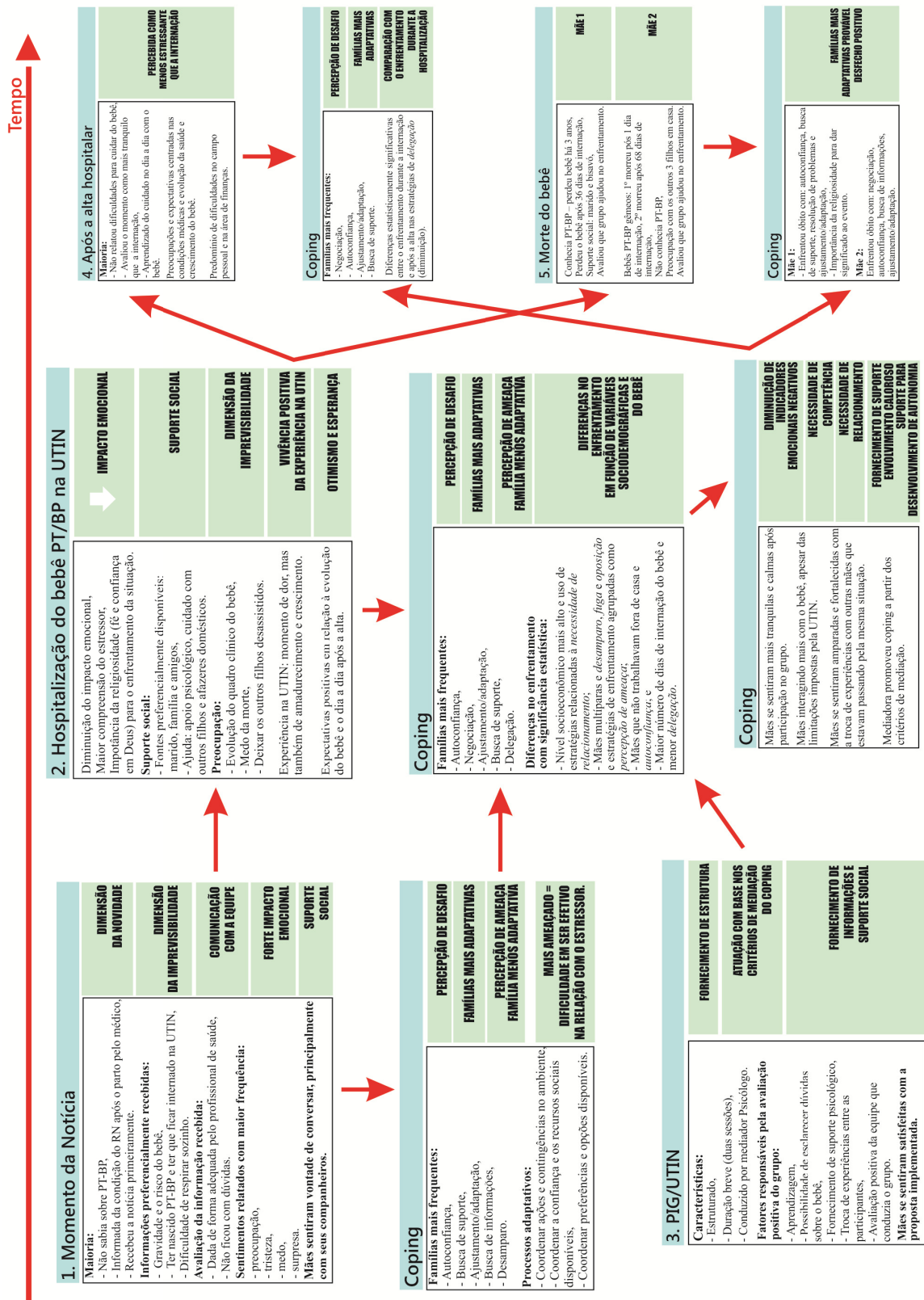


Figura 5: Fluxograma do processo de enfrentamento

4. DISCUSSÃO GERAL

Este estudo tinha alguns propósitos e hipóteses iniciais, além de uma contextualização que determinou o tema a ser pesquisado. Foi proposto no âmbito de duas pesquisas multicêntricas, que integravam vários outros estudos realizados no contexto hospitalar, em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)⁶². Esses estudos estavam voltados à análise de fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento infantil, com foco na prematuridade e no baixo peso ao nascimento. O impacto desses fatores pode ser mediado por processos psicológicos, a exemplo do *coping*. Neste contexto, cabia a este estudo identificar, descrever, comparar e analisar as estratégias de enfrentamento do estresse utilizadas por mães de bebês prematuros e com baixo peso internados em UTIN no momento da notícia, durante a internação do bebê na UTIN e após a alta hospitalar ou óbito do bebê, com base na Teoria Motivacional do *Coping* (Skinner & Wellborn, 1994); e identificar, descrever e analisar aspectos de um Programa de Intervenção em Grupo para Mães de Bebês PT-BP internados em UTIN (PIG-UTIN), voltado para promoção do *coping* dessas mães. Esta foi a origem da pesquisa aqui apresentada.

Pretendia-se estudar o *coping* sob uma perspectiva de processo e não como uma medida isolada de respostas frente ao estresse, para isto, certas decisões metodológicas teriam que ser tomadas em relação ao delineamento e ao tipo de instrumentos a serem adotados. Seria preciso coletar dados em vários momentos, ao longo de um tempo viável em termos do fenômeno a ser estudado, e em termos operacionais de uma tese de doutorado, em um contexto de mudanças rápidas e drásticas, com uma população flutuante

⁶² “Avaliação e intervenção psicológica com crianças nascidas pré-termo e com baixo peso, suas mães e profissionais da UTIN” (CNPq/MCT Proc. n. 485564/2006-8) e “Estratégias de enfrentamento: Estudos em contextos de risco ao desenvolvimento” (CNPq/Proc. n. 481483/2009-8).

e com baixos indicadores sociodemográficos e educacionais, que caracterizavam a UTIN de uma maternidade de alto risco de um hospital público.

Tinha-se também a pretensão de realizar pesquisa no contexto de intervenção psicológica, considerando a importância da avaliação psicológica e da intervenção precoce no ambiente hospitalar, com uma ênfase preventiva. As hipóteses detalham melhor as condições deste estudo em particular: (a) existem diferenças na forma das mães enfrentarem a situação do bebê nos diferentes momentos: inicial (notícia da PT-BP e internação em UTIN), hospitalização, após a alta hospitalar ou no óbito do bebê; (b) existem diferenças no enfrentamento da hospitalização em função das variáveis sociodemográficas das mães e das variáveis neonatais do bebê; (c) Grupo de Mães estruturado e com metodologia breve é capaz de auxiliar no enfrentamento dessas mães; e (d) a forma de atuação do mediador é elemento fundamental para que o Grupo de Mães seja facilitador do enfrentamento das mães.

Para testá-las, foi realizado um estudo qualitativo (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1999), usando-se métodos quanti-qualitativos (Pereira, 1999) e um delineamento de grupo único (Meltzoff, 2001), com pré-teste, intervenção com metodologia breve (Barros, 2003), pós-teste e seguimento. A coleta de dados a partir de uma perspectiva multimetodológica, que combinou medidas de autorrelato, entrevistas, questionários, avaliação do *coping* por meio de escala e entrevista em ambiente natural, e outras formas de avaliação, somada à triangulação dos dados, que ajudou na consistência de algumas das análises aqui realizadas, geraram resultados que permitem analisar o *coping* como um processo dinâmico (Skinner, 2007; Skinner et al., 2003).

Residia aqui o desafio teórico-metodológico ao ser proposto este estudo, pois, embora o *coping* seja visto como um processo, muitos estudos falham em refletir esse

aspecto, na medida em que não investigam o *coping* em vários pontos ao longo do tempo, ou acessam o enfrentamento somente de forma retrospectiva, o que pode implicar em alguns vieses (Tennen et al., 2000). Assim, o fato desta pesquisa ter ocorrido no momento em que o processo de enfrentamento estava acontecendo foi relevante, pois quanto menor a distância entre a atividade de *coping* e o seu relato, melhor a qualidade deste (Carver & Connor-Smith, 2010); além disso, o uso de medidas de *coping* mais próximas da situação natural também foi relevante (Less, 2007).

Com esta perspectiva, o *coping* foi estudado em alguns momentos no tempo, permitindo compreender o que as mães participantes fizeram diante dos estressores relacionados à hospitalização do bebê PT-BP em UTIN, desde o momento inicial da internação até após a alta hospitalar, em casa. Esses estressores têm por característica principal a presença de um ambiente novo e imprevisível (Skinner & Edge, 2002b), com vários desafios a serem enfrentados pelas mães, incluindo o risco de morte do bebê.

Já o maior risco para problemas de desenvolvimento em bebês PT-BP, como distúrbios da atenção e dificuldades de aprendizagem, deficiências motoras, visuais e auditivas, dentre outros amplamente apontados na literatura (Araújo et al., 2007; Blühler et al., 2007; Bordin et al., 2001; Carvalho et al., 2003; Carvalho et al., 2001; Espírito Santo et al., 2009; Gama et al., 2004; Klein & Linhares, 2004; Linhares et al., 2004; Linhares et al., 2005; Oliveira, 2008; Pedromônico, 2004, 2006; Singer et al., 1999; Tommiska et al., 2002) não foram indicados como estressores por essas mães. Provavelmente, o desconhecimento dessas consequências para o desenvolvimento geral infantil, e o foco na saúde física do bebê como preocupação central explicam a ausência deste tipo de estressor na percepção dos sujeitos da amostra pesquisada.

Os dados coletados com os diversos instrumentos utilizados nesta pesquisa

mostraram que o momento da notícia de que o bebê havia nascido PT-BP e teria que ficar internado na UTIN é o mais difícil de enfrentar para essas mães, dado o forte impacto emocional causado pela informação. Na medida em que as mães foram convivendo com essa situação estressante, conseguiram manejar a tristeza, o medo e a preocupação iniciais, adotando estratégias efetivas para lidar com a situação. Além disso, a convivência diária com o estressor diminuiu o uso de estratégias menos adaptativas: no caso, o maior tempo de internação do bebê associou-se ao menor uso de *delegação*, que indica que a mãe passou a transferir menos para outros a responsabilidade na relação com o estressor.

Entre as famílias de *coping* mais utilizadas por essas mães, em todos os momentos do processo, destaca-se a *autoconfiança*, amparada, sobretudo, em crenças religiosas e na fé em Deus. Dessa forma, conseguiram manter o otimismo e a esperança na recuperação do bebê, apesar das adversidades. A religiosidade atuou como um recurso de regulação emocional em relação aos estressores, juntamente com as autofalas positivas, sendo a mais importante forma para lidar com a situação do filho internado, conforme já apontado por Borba et al. (2009).

A *autoconfiança*, porém, foi mais típica em mães que não trabalhavam fora de casa. A soma de estressores, como o fato de ter que conciliar o trabalho e os cuidados com a casa e outros filhos, parece levar ao uso de estratégias menos adaptativas. Este era o caso das mães multíparas, que estavam em situação de maior vulnerabilidade emocional que as mães primíparas, apresentando significativamente maior uso de estratégias não adaptativas (*desamparo, fuga e oposição*), com maior percepção dos estressores como ameaça.

No geral, contudo, essas mães enfrentaram a situação de ter um bebê PT-BP internado em UTIN de forma preferencialmente adaptativa ainda durante a internação do bebê e também após a alta hospitalar, embora este segundo momento tenha sido percebido

como menos estressante do que a internação. Mesmo antes de sua participação no Grupo de Mães (GM), a amostra já utilizava estratégias de enfrentamento preferencialmente adaptativas.

Neste contexto, poderia se questionar a pertinência do GM, pois as mães, já de início, estavam enfrentando o estressor de forma primordialmente adaptativa. No entanto, quando foram analisadas as avaliações das mães sobre sua participação nos GM, obtiveram-se várias evidências de que o GM as ajudou, em particular no suprimento de suas *necessidades de competência* (Skinner & Wellborn, 1994), mediante o fornecimento de informações que as tornassem ainda mais aptas a cuidar do bebê, apesar das limitações impostas pela UTIN. Também ajudou em suas *necessidades de relacionamento* (Skinner & Wellborn, 1994), na medida em que favoreceu a percepção da existência de fontes de suporte social, a partir da troca de experiências com outras mães na mesma situação.

O suporte a tais necessidades durante as sessões do GM atuou como uma variável mediadora do *coping*, especificando como o GM afetou o enfrentamento das participantes (Holmbeck, 1997). Assim, pode-se considerar que o GM teve um papel importante no processo de enfrentamento dessas mães, sendo um facilitador, pois aumentou a satisfação das necessidades de *relacionamento* e de *competência*. Além disso, o GM também modificou a percepção de controle das mães em relação aos estressores, percepção esta que pode também atuar como uma variável mediadora do *coping*.

Ressaltamos também o papel do GM na redução de indicadores emocionais, após a intervenção psicológica, como a ansiedade, embora este aspecto não tenha sido diretamente investigado. Os dados qualitativos indicaram essa redução, por meio das várias referências das mães em diferentes instrumentos da pesquisa, ao fato de ficarem mais tranquilas e calmas, após a participação no GM. Este resultado é coerente com outros

achados da literatura a respeito do papel da intervenção psicológica na redução de indicadores emocionais negativos tais como estresse, depressão e ansiedade (Carvalho, 2005; Ruiz et al., 2005; Sadeck et al., 1986) em mães de bebês internados em UTIN; embora não se possa afirmar que grupos desse tipo produzam efeitos benéficos duradouros, mas, sim, melhoras temporárias em indicadores emocionais (Baldini & Crebbs, 1998).

A atuação da mediadora nos GM foi avaliada pelas mães como positiva e também atendeu aos critérios de uma boa mediação para a promoção do *coping* (Skinner & Edge, 2002a). Contudo, pode não ter sido a variável central responsável pela eficácia do grupo em auxiliar as mães no processo de *coping*. As várias menções das mães à importância do conhecimento adquirido no GM e a troca de experiências entre as participantes indicam que estes aspectos parecem ter sido mais relevantes para facilitar o enfrentamento que a própria atuação da mediadora.

A tarefa de alterar o enfrentamento de um indivíduo não é fácil, pois se está lidando com um fenômeno mutável, e, ao mesmo tempo, relacionado a padrões de ação prévios, de certa forma, cristalizados (Skinner, 1998). No entanto, pelo conjunto de resultados aqui apresentados assume-se que o GM, na modalidade proposta, atingiu o objetivo de ser um facilitador do enfrentamento, tal como outras propostas de alteração do enfrentamento com populações distintas, já descritas na literatura (Correia & Pinto, 2008; Costa Junior, 2000; Motta & Enumo, 2010; Paparelli, 2011).

Com vistas a facilitar o enfrentamento dessa população, recomenda-se aos profissionais de saúde que atuam na área, a implementação da visita monitorada, com fornecimento de suporte emocional e informações sobre os equipamentos que cercam o recém-nascido na UTIN (Scochi et al., 2003). Além disso, a equipe de saúde deve estar atenta à comunicação, pois este pode ser um aspecto facilitador do enfrentamento,

amenizando o sofrimento associado ao problema do bebê e aumentando a compreensão da informação transmitida (Crepaldi & Varella, 2000; Turini et al., 2008). De forma geral, as mães participantes avaliaram a comunicação da equipe como adequada, inclusive no momento da notícia da morte, embora ainda tivessem algumas dúvidas sobre o bebê e o ambiente da UTIN.

Ao analisar o processo de enfrentamento nesta amostra de mães é importante também avaliar a adequação dos instrumentos aqui utilizados para captar tal processo. O uso de um instrumento padronizado, como a EMEP (Seidl et al., 2001), foi importante por permitir uma avaliação mais rápida e direcionada das estratégias de enfrentamento. Além disso, instrumentos padronizados possibilitam comparações entre diferentes populações e diferentes tipos de estressores, o que contribui para o avanço e progresso da área; como foi o caso da comparação dos resultados da EMEP desta pesquisa com o trabalho de Guimarães (2010) que usou o mesmo instrumento em uma população semelhante, mães de bebês prematuros, mostrando resultados sobre o enfrentamento, compatíveis, em sua maioria com os da presente pesquisa.

Nesse sentido, algumas questões teóricas do campo do enfrentamento puderam ser respondidas a partir deste estudo e da comparação com a pesquisa de Guimarães (2010), especificamente quanto à *generalidade* do *coping*, que se refere a sua consistência entre diferentes situações (Schwarzer & Schwarzer, 1996). Como as mães usaram preferencialmente estratégias diferentes frente aos estressores presentes na hospitalização e aos estressores presentes após a alta hospitalar, isso refletiria um determinismo da situação e não um predomínio dos estilos individuais.

A utilização de outra matriz de análise nos dados obtidos por instrumentos tradicionais também poderia gerar críticas, na medida em que o instrumento foi construído

a partir de outra perspectiva teórica e refletiria as premissas dessa perspectiva. Contudo, considerou-se que as respostas dadas aos itens do instrumento equivalem a instâncias ou comportamentos de *coping*, que podem e costumam constar de quaisquer outros instrumentos de *coping*. Nesse sentido, puderam ser relacionadas a um nível hierárquico superior, identificando-se as estratégias de enfrentamento relacionadas e as respectivas famílias de *coping* propostas por Skinner et al. (2003). Esses autores fizeram um processo semelhante, mas em larga escala, ao analisarem 100 instrumentos de *coping*, para identificarem as categorias mais adequadas e comuns.

Além disso, a análise do enfrentamento feita com base na Teoria Motivacional do *Coping* (Skinner & Wellborn, 1994) não foi baseada apenas nos resultados da EMEP, pois foram utilizados dados da entrevista que ajudaram a interpretar os resultados do instrumento corroborando as análises realizadas, mediante o processo de triangulação desses dados com as informações obtidas na entrevista. Outros instrumentos especialmente elaborados para a presente pesquisa também auxiliaram nessa análise.

A falta de instrumentos padronizados no Brasil para a análise das estratégias de enfrentamento, um dos problemas da área (Aldwin, 2009; Folkman & Moskowitz, 2004), incentivou esta tentativa de análise alternativa, que fornecesse dados não apenas descritivos das formas de enfrentamento, mas também funcionais, na medida em que demonstrassem não só o uso de uma determinada estratégia, mas também seu provável efeito adaptativo (ou não) no longo prazo. Nesse processo, os resultados da EMEP foram tratados sob duas formas de análise, permitindo sua comparação e complementação.

A partir do conhecimento e maior disseminação da Teoria Motivacional do *Coping* (Skinner & Wellborn, 1994) no país, outros estudos poderão contribuir com o avanço da área, a partir da proposição de instrumentos para a análise do *coping*, consideradas as

propriedades psicométricas e demais rigores metodológicos envolvidos na elaboração de instrumentos padronizados, que se utilizem das 12 famílias de enfrentamento para a análise do *coping*. Protocolos de entrevista também podem ser alternativas metodológicas interessantes de investigação do *coping*, com base no sistema proposto por Skinner & Wellborn (1994). Nesse sentido, os resultados do presente estudo poderão contribuir na identificação de instâncias de enfrentamento, que poderão fazer parte dos novos instrumentos, e na compreensão de sua relação com os processos adaptativos em populações com características semelhantes à investigada neste estudo.

Este estudo também oferece uma contribuição à área, uma vez que apresentou a viabilidade do uso do sistema de 12 famílias de *coping* para a análise do enfrentamento também em adultos, conforme já admitido pelos autores, mas ainda não suficientemente demonstrado em pesquisas empíricas (Skinner et al., 2003). Estas se concentraram, até então, no estudo do enfrentamento na infância (Carnier, 2010; Less, 2007; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2010; Motta-Loss, Felizardo & Enumo, 2011; Skinner & Edge, 2002a; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). O estudo das formas de enfrentamento de situações adversas estressoras destaca-se como fundamental por permitir a compreensão dos mecanismos psicológicos envolvidos na superação das adversidades e na construção de uma trajetória de desenvolvimento saudável (Rutter, 1987), como parece ter sido o caso da maioria das participantes, inclusive daquelas que tiveram bebês que foram a óbito.

Não só o estudo do *coping* no contexto da UTIN é raro no país, mas também a adoção da perspectiva teórica do *coping* como ação regulatória, mais especificamente com a abordagem da Teoria Motivacional do Coping, conforme proposto por Skinner e Wellborn (1994) e Skinner et al. (2003). Esta opção trouxe alguns avanços para a área, na

medida em que permitiu a vinculação das estratégias de enfrentamento com os processos adaptativos.

Nesse sentido, este estudo oferece contribuições teórico-metodológicas ao estudo do *coping*, além de contribuir para o conhecimento sobre o tema central – o enfrentamento materno no contexto da hospitalização do bebê PT-BP em UTIN – que ainda é bastante incipiente na literatura brasileira (Carvalho, 2005). As análises sobre a atuação do mediador no contexto do grupo (Ramos, Vicente et al., 2011), bem como das características do grupo (dois dias de intervenção, com 44 minutos cada, em média, e com utilização de material de apoio audiovisual e impresso), também mostraram a importância das intervenções breves em Psicologia Pediátrica, que, contando com profissionais capacitados, são eficazes para promover o enfrentamento nesse contexto (Ramos, Enumo et al., 2012b; Ramos, Enumo et al., 2011).

A presente pesquisa demonstrou que um Programa de Intervenção em Grupo para Mães de Bebês PT-BP internados em UTIN (PIG-UTIN), com metodologia de intervenção breve e estruturada, pode ser um espaço que facilita a reflexão de sentimentos e a orientação, para que as mães tenham melhor condição de enfrentamento, no período de internação do bebê. Tal tipo de intervenção se mostrou capaz de minimizar o impacto das consequências imediatas desfavoráveis da internação na UTIN sobre o estado emocional da mãe, conforme apontado pela literatura (Correia et al., 2008; Fraga et al., 2008).

Além dos resultados no campo teórico-metodológico e de conhecimento, pretendeu-se também neste estudo obter produtos relacionados ao fornecimento de informações científicas às equipes visando à proposição de estratégias de humanização e intervenção hospitalar. O conhecimento produzido por esta pesquisa no que se refere à metodologia do PIG-UTIN aqui proposto poderá ser aplicado no dia a dia de outros

hospitais estando, assim, em consonância com a tendência da área que enfatiza a transferência de conhecimento para a prática profissional (Kelleher, 1999; Kotogal & Nolan, 2010; Menezes et al., 2008).

A presente pesquisa colaborou com a diminuição de uma lacuna na área ao identificar e analisar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães na relação com o estressor, hospitalização do bebê, e ao discutir a relação de tais estratégias com os processos adaptativos, nesse contexto. Este trabalho contribuiu, não só com a avaliação das estratégias de enfrentamento de mães de bebês PT-BP internados em UTIN, mas também para alterar a forma como essas mães reagiam e enfrentavam o estresse advindo da condição de nascimento e consequente hospitalização do bebê.

Consistente com a literatura apresentada e discutida, considera-se que intervenções em grupo são estratégias importantes e eficazes junto ao tipo de população da presente pesquisa e, nesse sentido, tais intervenções podem ser um fator de proteção ou uma variável promotora do desenvolvimento das mães e, conseqüentemente, de seus bebês (Carvalho, 2005; Linhares et al, 1999). Recomenda-se, portanto, a proposição de encontros, na modalidade de grupo para essa população, facilitando a troca de experiências e fornecendo auxílio emocional, humanizando o atendimento hospitalar dessas mães, enquanto seus bebês estão internados (MS, 2002).

No entanto, é importante considerar que a amostra do presente estudo foi de conveniência e sua principal limitação é a ausência de representatividade da população (Meltzoff, 2001); portanto, não se pode generalizar os resultados aqui encontrados para a população geral de mães de bebês PT-BP internados em UTIN. Podemos apenas afirmar que uma parcela dessas mães enfrenta a situação tal como foi aqui descrito. Outra limitação da presente na pesquisa é que as mães não foram acompanhadas

longitudinalmente, após a alta do bebê, o que impossibilitou a obtenção de medidas de avaliação do enfrentamento no longo prazo, que fugiam aos objetivos propostos no escopo do projeto.

Outras pesquisas na área poderiam analisar o enfrentamento em vários pontos do tempo após a alta hospitalar, a exemplo de outros estudos que já avaliam os efeitos da prematuridade ao longo do tempo (Carvalho et al., 2001; Fraga et al., 2008). Espera-se que as melhorias no processo de enfrentamento geradas pela participação das mães nesta pesquisa possam ter tido, no longo prazo, resultados positivos na sua saúde física e mental, e, cumulativamente, no curso do desenvolvimento de seus bebês.

5. CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitiram responder ao problema de pesquisa aqui proposto “De que maneira mães de bebês PT-BP internados em UTIN estão enfrentando a hospitalização no contexto de um Grupo de Mães (estruturado, com metodologia breve e conduzido por mediador) e o dia a dia com o bebê após a alta hospitalar ou após o óbito?”, identificando as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães na relação com o estressor, mapeando seu processo de enfrentamento em vários momentos do tempo, e demonstrando que este processo tem provável desfecho adaptativo positivo, em virtude das estratégias adotadas.

As mães participantes estavam expostas a uma situação de risco, uma vez que o estressor enfrentado (a internação do bebê na UTIN e a própria condição de prematuridade e baixo peso) era desconhecido e imprevisível, mas alcançaram uma adaptação positiva na situação, sobretudo pela utilização da família de *coping autoconfiança*, que se revelou a mais utilizada por essas mães, em todos os momentos do processo. Logo, as consequências do enfrentamento para a saúde física e mental dessa população no longo prazo tendem a ser positivas.

A pesquisa também mostrou que um Programa de Intervenção em Grupo para Mães de Bebês PT-BP internados em UTIN, estruturado, com metodologia breve e conduzido por mediador experiente pode facilitar o enfrentamento dessas mães ao alterar sua percepção de controle e de suporte social e contribuir para a satisfação de suas necessidades de relacionamento e competência, além de reduzir indicadores emocionais negativos tais como a ansiedade. Este estudo também contribuiu para o avanço teórico e metodológico da área do *coping* no país ao demonstrar a viabilidade de uma perspectiva

teórica ainda pouco utilizada para a análise do *coping* em adultos e pouco conhecida no país, a Teoria Motivacional do *Coping*, e suas contribuições para a compreensão deste processo e de seu desfecho em termos de consequências adaptativas.

Tal Teoria tem como pontos fortes estabelecer a ligação do enfrentamento com os processos adaptativos, a partir de determinado número de categorias (as 12 famílias de enfrentamento), além de considerar aspectos desenvolvimentais do *coping*, mapeando seu surgimento e evolução na infância e na adolescência. Novas pesquisas poderão ampliar o conhecimento do processo de enfrentamento na população aqui pesquisada, e novos estudos poderão propor instrumentos tais como questionário e entrevista, desenvolvidos a partir da base teórica da Teoria Motivacional do *Coping* e tendo as 12 famílias como parâmetro para a análise do enfrentamento.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, I. R., Veloso, T. M. C., Pinehiro, A. K. B., & Ximenes, L. B. (2006). O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (2), 131-137.
- Alderfer, M. A., Fiese, B. H., Gold, J. I., Cutuli, J. J., Holmbeck, G. N., Goldbeck, L., Chambers, C. T., Abad, M., Spetter, D., & Patterson, J. (2008). Evidence-based assessment in Pediatric Psychology: Family measures. *Journal of Pediatric Psychology*, 33 (9), 1046-1061.
- Aldwin, C. M. (2009). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York: The Guilford Press.
- Aldwin, C. M., Skinner, E. A., Zimmer-Gembeck, M. J. & Taylor, A. (*in press*). Coping and self-regulation across the lifespan. In: K. Fingerman, C. Berg, T. Antonicci, & J. Smith, *Handbook of Lifespan Psychology*. Berlin: Springer.
- Alves-Mazzotti, A. J., & Gewandsznajder, F. (1999). *O método nas ciências humanas e naturais: Pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira.
- American Psychological Association. (2005). *Concise Rules of APA Style: The official pocket style guide from the American Psychological Association*. Washington, DC: The Author.
- Andrade, M. A. C., & Artmann, E. (2009). Démarche estratégica em unidade materno infantil hospitalar. *Revista de Saúde Pública*, 43 (1), 105-114. Recuperado Março 3, 2009, de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-891020090001000141ng=en&nrm=isso
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- Araújo, D. M. R., Pereira, N. L., & Kac, G. (2007). Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: Uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, (4), 747-756.
- Arias, Y. G. (2001). La adherencia terapêutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17 (5), 502-505. Recuperado Agosto 11, 2011, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016&lng=es&nrm=isso
- Arruda, D. C., & Marcon, S.S. (2007) A família em expansão: Experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. *Texto e Contexto Enfermagem*, 16 (1), 120-128. Recuperado Agosto 11, 2009, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100015&lng=pt&nrm=isso

- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2008). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Recuperado Novembro 10, 2008, de <http://www.abep.org>
- Azeredo, N. S., Rocha, C. F., & Carvalho, P. R. A. (2011). O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35 (1), 37-43.
- Baldini, S. M., & Crebs, V. L. J. (1998). Grupo de pais: Necessidade ou sofisticação no atendimento em unidades de terapia intensiva? *Pediatria*, 20 (4), 323-331.
- Bandstra, N. F. (2007). Knowledge translation in psychological interventions for pediatric pain: Bridging the gap between research and practice. *Pediatric Pain Letter*, 9 (3), 32-36.
- Barbetta, P. A. (2005). *Estatística aplicada às ciências sociais*. Florianópolis, SC: Editora da UFSC.
- Barbosa, E. C. V., & Rodrigues, B. M. R. D. (2004). Humanização nas relações com a família: Um desafio para a enfermagem em UTI Pediátrica. *Acta Scientiarum Health Sciences*, 26 (1), 205-212.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Barros, L. (2001). Unidade de Cuidados Intensivos de desenvolvimento como unidade de promoção do desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 297-316). Coimbra: Quarteto Editora.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L. (2009). Modelo de Intervenção com pais numa perspectiva desenvolvimentista e construtivista: Objectivos e fases de mudança. In T. Brandão, & F. Gaspar (Eds). *Formação Parental em análise: Conceitos, modelos e resultados*. Porto Editora.
- Barros, S. M. M., Menandro, P. R. M., & Trindade, Z. A. (2006). Vivências paternas em UTIN neonatal. *Psicologia Hospitalar*, 4 (2), 1-18. Recuperado Março 31, 2012, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v4n2/v4n2a03.pdf>
- Barros, S. M. M., Trindade, Z. A. (2007). Maternidade “prematura”: Uma investigação psicossociológica na unidade de terapia intensiva neonatal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (2), 253-269.
- Batista, C. G. (1985). Objectivos da avaliação de fidedignidade em estudos observacionais. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 1 (3), 205-214.
- Blount, R. L., Simons, L. E., Devine, K. A., Jaaniste, T., Cohen, L. L., Chambers, C. T., & Hayutin, L. G. (2008). Evidence-based assessment of coping and stress in pediatric. *Journal of Pediatric Psychology*, 33 (9), 1021-1045.

- Blühler, K. E. B., Flabiano, F. C., Mendes, A. E., & Limongi, S. C. O. (2007). Construção da permanência do objeto em crianças nascidas pré-termo muito baixo peso. *Revista CEFAC*, 9 (3), 300-307.
- Bond, M., Gardiner, S. T., Christian, J., & Sigel, J. J. (1983). An empirical examination of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 40, 333-338.
- Borba, R. I. H., Ribeiro, C. A., & Hauser, M. B. (2009). O enfrentamento e a força dos pais que vivenciam a situação do filho hospitalizado. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 9 (2), 87-95.
- Bordin, M. B. M., Linhares, M. B. M., & Jorge, S. M. (2001). Aspectos cognitivos e comportamentais na média meninice de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 17 (1), 49-57.
- Bortoletto-Dunker, A. C., & Lordelo, E. R. (1993). Um novo bebê: Interpretações sobre competências. *Psicologia Ciência e Profissão*, 13 (4), 10-15.
- Braga, N., & Morsch, D. (2004). Cuidando da família: maternagem ampliada (pais, irmãos e avós). In M. E. L. Moreira, J. M. A. Lopes, & M. Carvalho (Orgs.). *O recém-nascido de alto risco: Teoria e prática do cuidar* [online] (pp. 542-563). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Britton, J. R. (2005). Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: Prevalence and correlates. *Acta Paediatrica*, 94 (1), 1771-1.776.
- Browne, J. V., & Talmi, A. (2005). Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Psychology Advanced Accesses Published online*, 1-11. Recuperado Janeiro 11, 2009, de <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/jpsi053v1>
- Brum, E. H. M., & Schermann, L. (2007). Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17 (2), 12-23.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1): 163-177.
- Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: Repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1), 139-146.
- Carnier, L. E. (2010). *Stress e coping em crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica e stress do acompanhante: Estabelecendo relações*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Bauru, São Paulo, Brasil.

- Carvalho, A. E. V. (2005). *Indicadores emocionais materno e intervenção psicológica durante a internação do bebê prematuro pré-termo em UTI neonatal*. Tese do doutoramento não publicada, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
- Carvalho, A. E. V., & Linhares, M. B. M. (2001). *Lembretes preciosos para a mamãe: Orientação psicológica de mães de recém-nascido pré-termo*. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
- Carvalho, A. E. V., Linhares, M. B. M., Machado, C., & Martinez, F. E. (2003) Desenvolvimento de bebês pré-termo no primeiro ano de vida. *Paidéia*, 13, 59-72.
- Carvalho, A. E. V., Linhares, M. B. M., & Martinez, F. E. (2001) História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (< 1.500 g). *Psicologia Reflexão e Crítica*, 14 (1), 1-33.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review Psychology*, 61, 679-704.
- Castro, G., & Mastropieri, M. A. (1986). The efficacy of early intervention programs: A meta-analysis. *Exceptional Children*, 52 (5), 417-424.
- Chamon, E. M. Q. O. (2006). Estresse e estratégias de enfrentamento: O uso da escala toulousane no Brasil. *Revista de Psicologia Organizacional e do Trabalho*, 6 (2), 43-64.
- Coelho, M. C. R., & Gomes, M. L. B. (2008) A criação do Hospital Doutor Dório Silva e a configuração de vagas para enfermeiros. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, 12 (3), 444-451.
- Cohen, S., Goldlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. G. Underwood & B. H. Goldlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp.12-13). New York: Oxford Press.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 10 (3), 393-403.
- Compas, B. E. (2006). Psychological process of stress and coping: Implications for resilience in children and adolescents – comments on the papers of Romeo & McEwen and Fisher et al. *Annual New York Academy of Sciences*, 1094, 226-234.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127 (1), 87-127.

- Compas, B. E., Connor, J., Osowiecki, D., & Welch, A. (1997). Effortful and involuntary responses to stress: Implications for coping with chronic stress. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 105-130). New York: Plenum.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Banez, G. A. (1992). Coping with psychosocial stress: A developmental perspective. In B. N. Carpenter (Ed.). *Personal coping: Theory, research, and application* (pp. 47-63). London: Praeger.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (3), 405-411.
- Conselho Nacional de Saúde (1996). *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 196/96*. Recuperado Março 20, 2008, de <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>
- Correia, L. L., Carvalho, A. E. V., & Linhares, M. B. M. (2008). Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16 (1), 64-70.
- Correia, K. S.L., & Pinto, M. A. M. (2008). Stress, *coping* e adaptação na transição para o segundo ciclo de escolaridade: efeitos de um programa de intervenção. *Alethéia*, 27, 7-22.
- Costa Junior, A. L. (2000). Avaliação do processo de enfrentamento em crianças com câncer: Pesquisa para implantação de programa de intervenção. *Pediatria Moderna*, 36 (10), 699-703.
- Couceiro, A. G. D. (2008). *Avaliação das estratégias de coping nas crianças e adolescentes: questões desenvolvimentistas*. Dissertação de Mestrado não publicada, Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Coutinho, H. R. B., & Morsch, D. S. (2006). A paternidade em cuidados intensivos neonatais. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 9 (1): 55-69.
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: Further process for adaptation. *American Psychologist*, 55, 637-646.
- Crepaldi, M. A. (1998). Famílias de crianças hospitalizadas: Os efeitos da doença e da intervenção. *Revista de Ciências da Saúde*, 17 (1), 82-92.
- Crepaldi, M. A., Linhares, M. B. M., & Perosa, G. B. (Orgs.) (2006). *Temas em Psicologia Pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Crepaldi, M. A., & Varella, P. B. (2000). A recepção da família na hospitalização de crianças. *Paidéia*, 10 (19), 33-39.

- Cruvinel, F. G., & Pauletti, C. M. (2009). Formas de atendimento humanizado ao recém-nascido pré-termo ou de baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Uma revisão. *Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 9 (1), 102-125.
- Cunha, A. C. B., Monteiro, L. F., Rocha, C. T., Medeiros, A. P. A. S., Rodrigues, A. M., Pereira, C. S., Ramos, F. P., Vicente, S. R. C. R. M., Macedo, M. L. G., Paula, K. M. P., & Enumo, S. R. F. (2011). Análise de uma proposta de intervenção com mães de bebês prematuros e com baixo peso internados em UTIN. In Anais do VIII Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento. Brasília: Universidade de Brasília, p. 257-259.
- DeLongis, A., & Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support and personality in coping. *Journal of Personality*, 76 (6), 1-24.
- Dittz, E. S., Melo, D. C. C., & Pinheiro, Z. M. M. (2006). A terapia ocupacional no contexto da assistência à mãe e à família de recém-nascidos internados em terapia intensiva. *Revista de Terapia Ocupacional*, 17 (1), 42-47.
- Engler, A. J. (2005). Maternal stress and white coat syndrome: A case study. *Pediatric Nursing*, 31 (6), 470-473.
- Espiridião, M. A., & Trad, L. A. B. (2005). Avaliação de satisfação de usuários: Considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (6), 1267-1276.
- Espiridião, M. A., & Trad, L. A. B. (2006). Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (supl.), 303-312.
- Espírito Santo, J. L., Portuguese, M. W., & Nunes, M. L. (2009). Status cognitivo-comportamental de prematuros de baixo peso ao nascimento em idade pré-escolar que vivem em país em desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, 85 (1), 35-41.
- Eyberg, S.M. (1993). Consumer satisfaction measures for assessing parent training programs. In L. VandeCreek, S. Knapp, & T.L. Jackson (Eds.). *Innovations in Clinical Practice: A source book* (Vol. 12, pp.377-382). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Evans, G. W., & Wachs, T. D. (Eds.). (2010). *Chaos and its influence on children's development: An ecological perspective*. Washington: American Psychological Association.
- Fagundes, A. J. F. M. (1999). *Descrição, definição e registro de comportamento*. São Paulo: Edicon.
- Faria, J. B., Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18 (3), 381-389.

- Feldman, R. (2007). Maternal versus child-risk and the development of parent-child and family relationships in five high-risk populations. *Development and Psychopathology* 19, 293-312.
- Ferreira, D. C. (2010). O conceito de incontroleabilidade na pesquisa experimental e na terapia comportamental da depressão. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará.
- Ferreira, E. A. P. (2006) Adesão ao tratamento em psicologia pediátrica. In M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares, & G. B. Perosa (Orgs.). *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp. 147-190). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1), 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992-1003.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review Psychology*, 55, 745-774.
- Fonseca, V. F., & Cunha, A. C. B. (2003). *Teoria da Experiência de Aprendizagem Mediatizada e Interação Familiar: Prevenção das perturbações de desenvolvimento e de aprendizagem*. Lisboa: Serviço de Edições da Faculdade de Motricidade Humana.
- Fonseca, L. M., & Scochi, C. G. S. (2009) *Cuidados com o bebê prematuro: Orientações para a família*. Ribeirão Preto, São Paulo: FIERP.
- Formiga, C. K., Pedrazzani, E. S., Silva, F. P. S., & Lima, S. D. (2004). Eficácia de um programa de intervenção precoce com bebês pré-termo. *Paidéia*, 14 (29), 301-311.
- Fraga, D. A., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., & Martinez, F. E. (2008). Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. *Psicologia em Estudo*, 13 (2), 335-344.
- Fraga, I. T. G., & Pedro, E. N. R. (2004). Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: Implicações para a enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 25 (1), 89-97.
- Gama, D., Ferracioli, F., & Corrêa, S.M.P. (2004). Estimulação sensório-motora nos bebês de risco em hospitais. *Reabilitar*, 6 (23), 45-50.
- Garel, M., Bahuaud, M., & Blondel, B. (2004). Conséquences pour la famille d'une naissance très premature deux mois après le retour à la maison: Resultats de l'enquête qualitative d'EPIPAGE. *Archives de Pediatrics*, 11, 1.299-1.307.

- Garnezy, N. (1996). Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy, M. Rutter. *Stress, risk and resilience in children and adolescents: Process, mechanisms and intervention* (pp. 1-18). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Gasparetto, S., Bussab, V. S. R. (1994). A necessidade de um trabalho preventivo em maternidade: Instruções sobre o comportamento do recém-nascido. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 4 (2), 30-34.
- Gasparetto, S., Bussab, V. S. R., & Barros, L. (2008). A abordagem construtivista-desenvolvimentista: Elaboração e metodologia de aplicação de vídeos didáticos na intervenção junto a mães de bebês recém-nascidos pré-termo. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4 (1), s/p.
- Gesteira, S. M. A., Barbosa, V. L. & Endo, P. C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (4), 462-467.
- Gimenes, M. G. G. & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs). *A mulher e o câncer* (pp. 171-195). Campinas: Editorial Psy.
- Glaser, A., Busher, H. U., Moergeli, H., Fauchère, J. & Buechi, S. (2007). Loss of a preterm infant: Psychological aspects in parents. *Swiss Medical Weekly*, 137, 392-401.
- Gorenstein, C., Andrade, L. H. S. G., & Zuardi, A. W. (Orgs.). (2000). *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Editora Lemos.
- Goulart, A. L. (2004). Caracterização da população neonatal. In B. I. Kopelman, A. M. N. Santos, A. L. Goulart, M. F. B. Almeida, M. H. Miyoshi, & R. Guinsburg. (Eds.). *Diagnóstico e tratamento em neonatologia* (pp. 3-11). São Paulo: Atheneu.
- Goulart, L. M. H. F., Somarriba, M. G., & Xavier, C. C. (2005). A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: Uma investigação além dos números. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (3), 715-723.
- Grupo de Trabalho em Psicologia Pediátrica. (2010). *Proposta ANPEPP 2010-2012*. Material não publicado.
- Guimarães, F. H. C. (2010). As relações entre estratégias de enfrentamento e aleitamento materno de prematuros. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Projeto Minter-Dinter, Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, Pernambuco, Brasil.
- Guimarães, G. P. & Monticelli, M. (2007). A formação do apego pais/-recém-nascido pré-termo e/ou baixo peso no método Mãe Canguru: Uma contribuição da Enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 16 (4), 626-635. Recuperado Março 21, 2009 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=PT

- Gutierrez, B. A. O., & Ciampone, M. H. T. (2006). Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (4), 456-461.
- Gutierrez, B. A. O., & Ciampone, M. H. T. (2007). O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (4), 660-667.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending: Process of self-environment organization*. New York: Academic Press.
- Hill, P. D., Aldag, J. C., Demirtas, H., Zinaman, M., & Chatterton, R. T. (2006). Mood states and milk output in lactating mothers of preterm and term infants. *Journal of Human Lactation*, 22 (3), 305-314.
- Hoffmann, L. (1993). A morte na infância e sua representação para o médico: Reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), 364-374.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress, resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner, & N.S. Endler (Eds.). *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp.24-43). New York: Wiley.
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples for the child-clinical and Pediatric Psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (4), 599-610.
- Ibidi, S. M., & Cardoso, L. E. M. B. (2011). Classificação do recém-nascido: Cuidados com o RNPIG e RNGIG. In F. A. C. Vaz, E. M. A. Diniz, M. E. J. R. Ceccon, & V. L. J. Krebs. (Orgs.) *Neonatologia* (pp. 3-12). Barueri, São Paulo: Manole.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2009). *IBGE: População brasileira envelhece em ritmo acelerado*. Recuperado Outubro 01, 2009, de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272&id_pagina=1
- Johnson, L. S. (2005). From knowledge transfer to knowledge translation: Applying research to practice. *Developing Expert Practice*, s/n, 11-14.
- Justice, B. (1988). Stress, coping and health outcomes. In: M.L. Russell (Org.). *Stress management for chronic disease* (pp.14-30). New York: Pergamon Press.
- Kelleher, K. J. (1999). Commentary: Pediatric Psychologist as investigator in primary care. *Journal of Pediatric Psychology*, 24 (5), 459-462.

- Klein, V. C., Gasparido, C. M., & Linhares, M. B. M. (2011). Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (3), 504-512.
- Klein, V. C., & Linhares, M. B. M. (2004). Estresse, resiliência e cuidado no desenvolvimento de neonatos de alto risco. In E. G. Mendes, M. A. Almeida, & L. C. A. Williams (Orgs.). *Temas em educação especial: Avanços recentes* (pp.315-324). São Carlos: EdUFSCar.
- Kotogal, U. & Nolan, T. (2010). Commentary: The application of quality improvement in Pediatric Psychology: Observations and applications. *Journal of Pediatric Psychology*, 35 (1), 42-44.
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158 (6), 848-856.
- Kramer, U., & Drapeau, M. (2009). The cognitive errors and coping patterns of child molesters as assessed by external observers: A pilot study. *The Open Criminology Journal*, 2, 24-28.
- Krohne, H. W. (2002). Stress and coping theories. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 15563-15170). London: Elsevier Oxford. Recuperado Janeiro, 11, 2012, de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B0080430767038171>
- Lamy, Z. C., Gomes, M. A. S. M., Gianini, N. O. M., & Hennig, M. A. S. (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: A proposta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 659-668.
- Lanski, S. (2006). Perinatologia: Situação atual e perspectivas. In N. Alves Filho, M. D. Corrêa, J. M. S. Alves Júnior, & M. D. Corrêa Júnior. (Orgs.). *Perinatologia Básica* (pp. 1-6). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lazarus, R. S. (1993a). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. S. (1993b). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, 38, 245-254.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

- Lees, D. C. (2007). *An empirical investigation of the Motivational Theory of Coping in middle to late childhood*. Unpublished doctoral thesis, School of Psychology, Griffith University, Brisbane, Australia.
- Leipold, B., & Greve, W. (2009). Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14 (1), 40-50.
- Lidz, C. (2002). *Early Childhood Assessment*. New Jersey: Wiley & Sons Inc.
- Linhares, M. B. M., Bordin, M. B. M., & Carvalho, A. E. V. (2004). Aspectos do desenvolvimento psicológico da criança ex-prematura na fase escolar. In E. Marturano, M.B.M. Linhares, & S.R. Loureiro (Orgs.). *Vulnerabilidade e proteção: Indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar* (pp. 75-106). São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP.
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M., & Jorge, S. M. (2006). Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento < 1500g: na UTI-neonatal e no seguimento longitudinal. *Temas em Psicologia*, 7 (3), 245-262.
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Correa, L. L., Gasparido, C. M., & Padovani, F. H. P. (2006). *Psicologia pediátrica e neonatologia de alto risco: Promoção precoce do desenvolvimento de bebês prematuros* (pp. 109-145). In M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares, G. B. Perosa (Orgs.) *Temas em Psicologia Pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Padovani, F. H. P., Bordin, M. B. M., Martins, I. M. B., & Martinez, F. E. (2004) A compreensão do fator de risco da prematuridade sob a ótica desenvolvimental. In E. Marturano, M. B. M. Linhares, & S.R. Loureiro (Orgs.). *Vulnerabilidade e proteção: Indicadores na trajetório de desenvolvimento do escolar* (pp. 11-38). São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP.
- Linhares, M. B. M., Chimello, J. T., Bordin, M. B. M., Carvalho, A. E. V., & Martinez, F. E (2005). Desenvolvimento psicológico na fase escolar de crianças nascidas pré-termo em comparação com crianças nascidas a termo. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18 (1), 109-117.
- Linhares, M. B. M., & Doca, F. N. P. (2010). Dor em neonatos e crianças: Avaliação e intervenções não-farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 307-325.
- Linhares, M. B. M., Escolano, A. C. M., & Enumo, S. R.F. (Orgs.) (2006). *Avaliação assistida: Fundamentos, procedimentos e aplicabilidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (1996). Stress: Conceitos básicos. In M. E. N. Lipp (Ed.) *Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco* (pp. 17-31). Campinas: Papirus.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Lipp, M. E. N. (Org.). (2003). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lodge, J. (2006). Exploring the measurement and structure of children's coping through the development of a short form of coping. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, 23 (2), 35-45.
- Luthar, S.S., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71 (3), 543-562.
- Luthar, S. S., Sawyer, J. A. & Brown, P. J. (2006). Conceptual issues in studies of resilience: Past, present, and future research. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1094, 105 - 115.
- Malerbi, F. E. (2000). Adesão ao Tratamento. In R. R. Kerbauy (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição* (Vol. 5, pp. 148-155). Santo André: ARBytes.
- Martinez, C. M. S., Joaquim, R. H. V. T., Oliveira, E. B., & Santos, I. C. (2007). Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: Um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11 (1), 73-81.
- Martins, S. W., Enumo, S. R., Paula, K. M. P., Azevedo, R. R., Ramos, F. P. R., & Lorencini, G. R. F. (2012). Variáveis associadas à prematuridade e ao baixo peso ao nascimento em uma amostra ambulatorial de 12 anos [Resumo]. In Sociedade Iberoamericana de Neonatologia (Org.), *Livro de Resumos do IX Congresso Iberoamericano de Neonatologia (SIBEN)* (pp. 320-321). Belo Horizonte: SIBEN.
- Masten, A. S., & Gewirtz, A. H. (2006). Resilience in development: The importance of early childhood. In R. E. Tremblay, R. G., Barr, R. de V. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development* (pp. 1-6) [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. Recuperado Maio, 30, 2011, de <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Masten-GewirtzANGxp.pdf>
- Meert, K. L, Thruston, C. S., & Thomas, R. (2001). Parental coping and bereavement outcome after the death of a child in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 2 (4), 324-328.
- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Alpert-Gilis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A., Stone, P. W., Small, L., Tu, X., & Gross, S. J. (2006). Reducing premature infant's length of stay and improving parent's mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 118, e-1414-e-1427.
- Melo, D. F., & Rocha, S. M. M. (1999) Assistência de enfermagem a crianças prematuras: Uma revisão da literatura sobre o seguimento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52 (1), 14-21.

- Meltzoff, J. (2001). *Critical thinking about research: Psychology and related fields*. Washington: American Psychological Association.
- Mendonça, M. B.; Ferreira, E. A. P. (2005). Adesão ao tratamento da asma na infância: Dificuldades enfrentadas por cuidadoras. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*; 15 (1), 56-68.
- Menezes, M., Moré, C. O., & Barros, L. (2008). Psicologia Pediátrica e seus desafios atuais na formação, pesquisa e intervenção. *Análise Psicológica*, 2 (XXVI): 227-238.
- Miles, M. S., Holditch-Davis, D., Schwartz, T. A., & Scher, M. (2007). Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28(1), 36-44.
- Ministério da Saúde. (2002). Método mãe-canguru: Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Recuperado Novembro, 29, 2011, de <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/manualcanguru.pdf>
- Ministério da Saúde. (2008a). *HumanizaSUS: Documento base para trabalhadores e gestores do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2008b). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança*. Brasília/DF. Recuperado Janeiro 20, 2009, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf
- Ministério da Saúde (2009). *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Brasília/DF. Recuperado Março, 07, 2009, de http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=3205002486199
- Monteiro, T. M. T., Silva, L. M. S., & Silva, M. V. S. (2002). Reações de mães diante do nascimento de um filho prematuro. *Cogitare Enfermagem*, 7 (1), 36-42.
- Moraes, E. O., & Enumo, S. R. F. (2008). Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *Psico USF*, 13 (2), 221-231.
- Morsch, D. S., Braga, N. A., Borges, J. S., Kislanov, S. & Cupolillo, S. (2009). Redes de suporte à parentalidade em UTI Neonatal: Um relato de experiência. In C. A. Piccinini, & P. Alvarenga (Orgs.). *Maternidade e paternidade: A parentalidade em diferentes contextos* (pp. 59-82). Santo Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moreira, H., Silva, S., Oliveira, C., Pedrosa, A. A., Canavarro, M. C., & Barros, L. (2009). Percepção neonatal na transição para a maternidade: Estudos psicométricos do Inventário de Percepção Neonatal numa amostra de mães da população portuguesa. *Revista Ibero-americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 28 (2), 81-104.

- Moritz, R. D. (2007) Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [online], 19 (4), 485-489.
- Motta, A. B. (2001). *Brincando no hospital: Avaliação do enfrentamento da hospitalização no câncer infantil*. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.
- Motta, A. B. (2007). *Brincando no hospital: Uma proposta de intervenção psicológica para crianças hospitalizadas com câncer*. Tese de doutoramento não publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2010). Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (3), 445-454.
- Motta-Loss, A. B., Felizardo, G. R., & Enumo, S. R. F. (2011). Avaliação informatizada do enfrentamento da hospitalização em crianças [Trabalho completo]. In Universidade de Lisboa (Org.), *Livro de Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica e XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 1389-1401). Universidade de Lisboa.
- Motta, K. G. S., Abreu-Rodrigues, J., & Sanabio-Heck, E. T. (2007). Revisão dos efeitos da história de incontabilidade sob contingências de variação comportamental. *Psicologia em Estudo*, 12 (3), 617-626.
- Motta, M. G. C., Issi, H. B., & Ribeiro, N. R. R. (2009). Grupos como estratégia de ensino e cuidado de família, criança e adolescente com doença crônica. *Ciência e Cuidado em Saúde*, 8 (supl.), 155-161.
- Oliveira, C. G. T. (2008). *Indicadores cognitivos, lingüísticos, comportamentais e acadêmicos de pré-escolares prematuros e nascidos a termo*. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.
- Oliveira, F. P. S. & Ferreira, E. A. P. (2010). Adesão ao tratamento do hipotireoidismo congênito segundo relato de cuidadores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (1), 19-28.
- Ouwehand, C., Ridder, D. T. D., & Bensing, J. M. (2006). Situational aspects are more important in shaping proactive coping behavior than individual characteristics: A vignette study among adults preparing for aging. *Psychology and Health*, 21 (6), 809-825.
- Pacheco, S. T. A. & Cabral, I. E. (2011). Alimentação do bebê de baixo peso no domicílio: Enfrentamentos da família e desafios para a enfermagem. *Escola Anna Nery*, 15 (2), 314-322

- Padovani, F. H. P., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Duarte, G. & Martinez, F. E. (2004). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após a hospitalização em UTI-Neonatal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (4), 251-254.
- Panzini, R. G. & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (1), 126-135.
- Paparelli, R. (2011). Grupo de enfrentamento do desgaste mental no trabalho bancário: discutindo saúde mental do trabalhador no sindicato. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36 (123), 139-146.
- Pedromônico, M.R.M. (2004). Instrumentos de triagem e vigilância do desenvolvimento da criança de 0 a 6 anos. In E. G. Mendes, M. A. Almeida, & L. C. A. Williams (Orgs.). *Temas em educação especial: Avanços recentes* (pp.325-324). São Carlos: EdUFSCar.
- Pedromônico, M.R.M. (2006). O atendimento psicológico a crianças de risco e a formação em Psicologia Pediátrica. In E. F. M. Silveiras (Org.). *Atendimento psicológico em clínicas-escola* (pp. 109-125). Campinas: Alínea.
- Pereira, J. C. R. (1999). Análise de dados qualitativos: Estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde. São Paulo: EDUSP.
- Perosa, G. B., & Ranzani, P. M. (2008). Capacitação do médico para dar más notícias à criança. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32 (4), 468-473.
- Peterson, L. (1989). Coping by children undergoing stressful medical procedures: Some conceptual, methodological, and therapeutic issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (3), 380-387.
- Pianta, R. C., & Stuhlman, M. W. (2004) Conceptualising risk in relational terms: Associations among the quality of child-adult relationships prior to school entry and children's developmental outcomes in first grade. *Educational and Child Psychology*, 21 (1), 32-45.
- Raeside, L. (1997), Perceptions of environmental stressors in the neonatal unit. *British Journal of Nursing*, 6 (16), 914-923.
- Ramos, F. P. (2002). *Inserção laboral: Impactos na identidade e nas relações sociais de adolescentes carentes*. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.
- Ramos, F. P., & Enumo, S. R. F. (2009). Fatores de adesão e desistência em pesquisas conduzidas no âmbito de um programa de pós-graduação: Dificuldades e propostas. In R. C. Wielenska (Org.). *Sobre comportamento e Cognição: Desafios, soluções e questionamentos* (Vol. 23, pp. 296-307). Santo André: Esetec.

- Ramos, F. P., & Enumo, S. R. F. (2010). Avaliação de um grupo de intervenção no hospital com enfoque desenvolvimentista por mães de bebês prematuros e com baixo peso internados em UTIN. In *Memorias do II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología, v. IV, p. 300-301.
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., Balbi Neto, R. R. Q., Santos, P. B., Amorim, T. N. & Mofat, S. R. C. R. (2008). Avaliação de estresse, depressão e ansiedade em mães de recém-nascidos internados em UTIN [Resumo]. In Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (Org.), *Anais do XVII Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental* (pp. 320-321). Campinas: ABPMC. Recuperado Março, 20, 2009 de <http://www.abpmc.org.br>
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. (2009). *Livro de Apoio à Intervenção em Grupo de Mães na UTIN*. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., Paula, K. M. P., & Vicente, S. R. C. R. M. (2010). Concepções de funcionários de Utin sobre competências desenvolvimentais de recém-nascidos. *Psicologia: Teoria e Prática* (Impresso), v. 12, p. 144-157.
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., Paula, K. M. P., Vicente, S. R. C. R. M., & Macedo, M. L. G. M. (2011). Análise de comportamentos não-verbais em situação de intervenção com grupo de mães de bebês prematuros. In *Anais do XX Encontro Brasileiro de Psicologia e Medicina Comportamental e I Encontro Sulamericano de Análise do Comportamento*. Salvador: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental.
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., Vicente, S. R. C. R. M., Macedo, M. L. G. M., & Machado, L. G. (2010). Avaliação das Estratégias de Enfrentamento Utilizadas por Mães de Bebês Prematuros e com Baixo Peso internados em UTIN. In *Anais do XIX Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental*. São Paulo: Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental, p. 197-197.
- Ramos, T. C. L., Hoffmann, V. M. B., & Regen, M. (1985). As dificuldades em transmitir a notícia: Pesquisa junto a pais de pacientes portadores de Síndrome de Down. *Revista Brasileira de Deficiência Mental*, 18, 47-69.
- Ramos, F. P., Vicente, S. R. C. R. M., Macedo, M. L. G., Martins, S. W., Enumo, S. R. F., Monteiro, L. F., Rodrigues, A. M., Pereira, C. S., Medeiros, A. P. A. S., Rocha, C. T., & Cunha, A. C. B. (2011). Avaliação do *coping* de mães frente à hospitalização de bebês prematuros em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. In *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica/XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: formas e contextos*. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, p. 1414-1427.

- Ramos, F. P., Vicente, S. R. C. R. M., Macedo, M. L. G. M., Paula, K. M. P., & Enumo, S. R. F. (2011). Análise da mediação em intervenção grupal para mães de bebês prematuros e com baixo peso internados em UTIN. In Anais do VIII Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento. Brasília: Associação Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento, p. 347-349.
- Ribas Júnior, R. C., & Moura, M. L. S. (2004). Adaptação brasileira da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne. *Avaliação Psicológica*, 3 (2), 83-92.
- Ribeiro, M. C., Baraldi, S., & Silva, M. J. P. (1998). A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: Ritual de preparo do corpo “pós-morte”. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32 (2), 117-123.
- Roseiro, C. P. (2010). O cuidado ao recém-nascido em UTIN: Concepções e práticas de humanização. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.
- Rudolph, K. D., Dennig, M. D., & Weisz, J. R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting: Conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118 (3), 328-357.
- Rueda, M. R., & Rothbart, M. K. (2009). The influence of temperament on the development of coping: The role of maturation and experience. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2009, 19–31.
- Ruiz, A. L., Cernadas, J. M. C., Craverdi, V., & Rodríguez, D. (2005). Estrés y depresión em madres de prematuros: Um programa de intervención. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103 (1), 36-45.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316-331.
- Rutter, M. (2007). Commentary: Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect* 31, 205–209.
- Rutter, M., & Sroufe, L.A. (2000) Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12,, 265–296.
- Ryan-Wenger, N. M. (1990). Development and psychometric properties of The Schoolagers' Coping Strategies Inventory. *Nursing Research*, 39(6), 344-349.
- Sadeck, L. S. R., Calil, V. M. C. T., Livramento, M. L., Madjar, S. M., Toma, E., Ramos, J. L. A., & Leone, C. R. (1986). A equipe multiprofissional e o grupo de pais de recém-nascidos de alto risco: Opinião das mães. *Pediatría*, 8, 90-93.
- Salome, G. M., Cavali, A., & Esposito, V. H. C. (2009). Sala de emergência: O cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (5), 681-686.

- Sameroff, A. J. (1987). The social context of development. In N. Eisenberg (Ed.). *Contemporary Topics in Developmental Psychology* (pp.167-189). New York: Wiley.
- Sameroff, A. J. (Ed.) (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Santana, J. J. R. A., Zanin, C. R., & Maniglia, J. V. (2008). Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia*, 18 (40), 371-384.
- Santos, S. M.; & Menandro, P. R. M. (2005). Relatos de mães com bebês internados em UTI Neonatal sobre relações familiares e conjugais. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15 (2), 22-35.
- Santos, K. M. A. B., & Silva, M. J. P. (2006). Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com familiares de pacientes em UTIs. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59, 1, 61-66.
- Savoia, M. G. (1999). Escala de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (2), s/p. Recuperado Abril, 23, 2009 de [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo\(57\).htm#autor](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo(57).htm#autor)
- Savoia, M. G. (2000). Instrumentos para a avaliação de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping) em situações de estresse (pp. 377-386). In: C. Gorestein, L. H. S. G. Andrade & A. W. Zuardi (Orgs.) *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Savoia, M. G., Santana, P., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. *Revista de Psicologia USP*, 7 (1-2), 183-201.
- Schermann, L. B., & Brum, E. H. M. (2009). Parentalidade no context do nascimento pré-termo: A importância das intervenções pais-bebê. In C. A. Piccinini, & P. Alvarenga (Orgs.). *Maternidade e paternidade: A parentalidade em diferentes contextos* (pp. 35-58). Santo Paulo: Casa do Psicólogo.
- Schwarzer, R. & Schwarzer, C. (1996). A critical curvey of coping instruments. In: M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.). *Handbook of Coping*, (pp. 107-132). New York: Wiley.
- Scochi, C. G. S., Kokuday, M. L. P., Riul, M. J. S., Rossanez, L. L. S., Fonseca, L. M. M., & Leite, A. M. (2003) Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: As intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (4), 539-543. Recuperado Janeiro, 19, 2009, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692003000400018&lng=en&nrm=isso

- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17 (3), 225-234.
- Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology* 6, 117-231.
- Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Serruya, S. J., Cecatti, J. G., & Lago, T. G. (2004). O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: Resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública* [online], 20 (5), 1281-1289. Recuperado Janeiro, 28, 2012, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500022>
- Shimizu, H. E., & Ciampone, M. H. T. (2002). As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade de Terapia Intensiva em um hospital-escola. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36 (2), 148-155.
- Silva, M. R. S., Elsen, I., & Lacharité, C. (2003). Resiliência: Concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia*, 13 (26), 147-156.
- Silva, F. G. R., Leitão, M. G. C., & Cardoso, M. V. M. L. (2008). Buscando os marcos conceituais para a validação de manual de estimulação visual para mães de crianças internadas em unidades neonatais. *Enfermeria Global*, 13,1-10. Recuperado Janeiro, 25, 2009, de <http://www.um.es/eglobal>
- Singer, L. T., Salvator, A., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., & Baley, J. (1999) Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. *The Journal of the American Medical Association*, 281 (9), 799-805.
- Siqueira, M. B. C., & Dias, M. A. B. (2011). A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21 (1), 27-36.
- Skinner, E. A. (1992). Perceived control: Motivation, coping and development. In R. Schwarzer. *Self-efficacy: Thought control of action* (pp.91-106). Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Skinner, E. A. (1999). Action regulation, coping and development. In J. B. Brandtstädter & R. M. Lerner (Eds.) *Action and self-development* (pp. 465-503). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Skinner, E. A. (2007). Coping assessment. In: S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, et al. (Eds.). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (2 ed., pp. 245-250). Cambridge UK: Cambridge University Press.

- Skinner, E. A., Chapman, M., & Baltes, P. B. (1988). Beliefs about control, means-ends, and agency: A new conceptualization and its measurement during childhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 117-133.
- Skinner, E. A., & Edge, K. (1998). Reflections on Coping and Development across the life span. *International Journal of Behavioral Development*, 22 (2), 357-366.
- Skinner, E. A., & Edge, K. (2002a). Parenting, motivation, and the development of coping. In L. J. Crockett (Ed.). *The Nebraska Symposium on Motivation: Motivation, agency, and the life course* (pp. 77-143). Lincoln NB: University of Nebraska Press.
- Skinner, E. A., & Edge, K. (2002b). Self-determination, coping and development. In E. L. Deci, & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp. 297-337). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 216-269.
- Skinner, E. A., Furrer, C., Marchand, G., & Kindermann, T. (2008). Engagement and disaffection in the classroom: Part of a larger motivational dynamic? *Journal of Educational Psychology*, 100, 765-781.
- Skinner, E. A., Johnson, S. J., & Snyder, T. (2005). Six dimensions of parenting: A motivational model. *Parenting: Science and Practice*, 2, 175 - 235.
- Skinner, E. A., Kindermann, T. A., Connell, J. P., & Wellborn, J. G. (2009). Engagement as an organizational construct in the dynamics of motivational development. In K. Wentzel & A. Wigfield (Eds.), *Handbook of motivation in school* (pp. 223-245). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Skinner, E. A., Kindermann, T. A., & Furrer, C. (2009). A motivational perspective on engagement and disaffection: Conceptualization and assessment of children's behavioral and emotional participation in academic activities in the classroom. *Educational and Psychological Measurement*, 69, 493-525.
- Skinner, E. A., & Pitzer, J. (2012). Developmental dynamics of engagement, coping, and everyday resilience. In S. Christenson, A. Reschly, & C. Wylie (Eds.), *The Handbook of Research on Student Engagement* (pp. 21-45). New York: Springer Science.
- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. In D.L. Featherman, R.M. Lerner, & M. Perlmutter (Eds.), *Life-Span Development and Behavior*, (v. 12, pp. 91-133). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1997). Children's coping in the academic domain. In S. A. Wolchik & I. N. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping with common stressors: Linking theory and intervention* (pp. 387 - 422). New York: Plenum Press.

- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2009). Challenges to the developmental study of coping. In: E. A. Skinner & M. J. Zimmer-Gembeck. (Eds.) *Coping and the development of regulation: New directions for child and adolescent development*, (pp. 5-17). San Francisco: Jossey-Bass.
- Soares, D. S. (2008). Vivenciando o ser prematuro extremo e sua família no contexto hospitalar e domiciliar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10 (3), 864-865. Recuperado Janeiro, 13, 2012, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a36.htm>
- Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (1990). *Manual de follow-up do recém-nascido de alto risco: Rotinas*. Rio de Janeiro.
- Sousa, J. C., Silva, L. M. S. & Guimarães, T. A. (2008). Preparo para a alta hospitalar de recém-nascido em unidade de tratamento intensivo neonatal: Uma visão da família. *Pediatria*, 30 (4), 217-227.
- Souza, N. L., Araújo, A. C. P. F., Azevedo, G. D., Jerônimo, M. B., Barbosa, L. M., & Sousa, N. M. L. (2007). Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclampsia. *Revista de Saúde Pública*, 41 (5), 704-710.
- Souza, N. L., Araújo, A. C. P. F., Costa, I. C. C., Carvalho, J. B. L., & Silva, M. L. C. (2009). Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (5), 729-733.
- Souza, S. R. O. R., Chaves, S. R. F., & Silva, C. A. (2006). Visita na UTI: Um encontro entre desconhecidos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (5), 609-613.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Starzewski Junior, A., Rolim, L. C., & Morrone, L. C. (2005). O preparo do médico e a comunicação com familiares sobre a morte. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 51 (1), 11-16.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Stroebe, M. & Schut, H. (2010). The dual process of coping with bereavement: A decade on. *Omega Journal of Death and Dying*, 61 (4), 273-290.
- Tamayo, M. R. & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: Relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7 (1), 37-46.

- Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S., & Carney, M. A. (2000). A daily processes approach to coping: Linking theory, research and practice. *American Psychologist*, 55 (6), 626-636.
- The Lancet. (2011). *Saúde no Brasil*. The Autor. Recuperado Janeiro, 13, 2012, de <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>
- Thoits, P. A. (1995). Stresse, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue*, 53-69.
- Tommiska, V., Östberg, M., & Fellman, V. (2002). Parental stress in families of 2 year old extremely low birthweight infants. *Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal*, 86, F161-F164.
- Turini, B., Neto, D. M., Tavares, M. S., Nunes, S. O. V., Silva, V. L. M., & Thomson, Z. (2008) Comunicação no ensino médico: Estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32 (2), 264-270.
- Ukpong, D. I., Fatoye, F. O., Oseni, S. B., & Adewuya, A. O. (2003), Post partum emotional distress in mothers of preterm infants: A controlled study. *East African Medical Journal*, 80 (6), 248-251.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D. & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Votre, S. J., Rosa, M. C., Salis, L. H. A., Carvalho, D. M., & Silva, N. A. S. (2009). Pergunte de mais de uma maneira: Alternativas para aumentar a eficácia da anamnese. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33 (4), 648-657.
- Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience*. The Guilford Press: New York.
- Weiss, H. (2004). Growing up in poverty as a developmental risk: Challenges for early intervention. *Educational and Child Psychology*, 21 (1), 8-19.
- Wellborn, J. G. (1991). *Engaged and disaffected action: The conceptualization and measurement of motivation in the academic domain*. Unpublished doctoral dissertation, University of Rochester, New York.
- Wellborn, J. G., Connell, J. P., & Skinner, E. A. (1989). *The Students Perceptions of Control Questionnaire (SPOCQ): Academic Domain*. Technical Report, University of Rochester, Rochester, NY.
- Wright, L.M., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: Um guia para a avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.

- World Health Organization. (1977). Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause perinatal deaths. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 56, 247-53.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Lees, D., Bradley, G., & Skinner, E. A. (2009). Use of an analogue method to examine children's appraisals of threat and emotion in response to stressful events. *Motivation and Emotion*, 33, 136-149.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Lees, D., & Skinner, E. A. (2011). Children's emotions and coping with interpersonal stress as correlates of social competence. *Australian Journal of Psychology*, 63 (3), 131-141.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents coping with stress: Development and diversity. *The Prevention Researcher*, 15 (4), 3-7.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2009). Coping, development influences. In: H. T. Reis, & S. Sprecher, *Encyclopedia of Human Relationships*. Newbury: Sage.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35, 1-17.

APÊNDICE A – Artigos em português sobre o enfrentamento

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento: artigos em português encontrados nas bases de dados: Periódicos CAPES, SciELO e BVS-Psi, ordenados por ano e ordem alfabética do título do artigo*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
1	A influência da rede de relações, do coping e do neuroticismo na satisfação de vida de jovens estudantes	2011	Serafini, A. J. & Bandeira, D. R.	<i>Estudos de psicologia</i> , 28 (1), 15-25	http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n1/a02v28n1.pdf
2	Alimentação do bebê de baixo peso no domicílio: enfrentamentos da família e desafios para a enfermagem	2011	Pacheco, S. T. A. & Cabral, I. E.	<i>Escola Anna Nery</i> , 15 (2), 314-322	http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a14.pdf
3	Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas com hemodiálise crônica	2011	Bertolin, D. C., Pace, A. E., Kusumota, L. & Haas, V.	<i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , 45 (5), 1070-1076	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500006&lng=pt&nrm=iso
4	Cardiopatía fetal e estratégias de enfrentamento	2011	Benute, G. R. G., Nonnenmacher, D., Evangelista, L. F. M., Lopes, L. M., Lucia, M. C. S., & Zugaib, M.	<i>Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia</i> , 33 (9), 227-233	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000900002&lng=pt&nrm=iso
5	"Circuloterapia": uma metáfora para o enfrentamento da dor crônica em duas clínicas de dor	2011	Lima, M. A. G. & Trad, L. A. B.	<i>Physis</i> , 21 (1), 217-236	http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a12.pdf
6	Enfrentamento do adolescente em condição crônica: importância da rede social	2011	Araújo, Y. B., Collet, N., Gomes, I. P. & Nóbrega, R. D.	<i>Revista brasileira de enfermagem</i> , 64 (2), 281-286	http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a10v64n2.pdf
7	Enfrentamento do câncer em família	2011	Salci, M. A., & Marcon, S. S.	<i>Texto e Contexto Enfermagem</i> , 20, 178-186	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500023&lng=pt&nrm=iso
8	Estratégias de enfrentamento dos dilemas bioéticos gerados pela violência na escola	2011	Santos, F. P. A., Vidal, L. M., Bittencourt, I. S., Boery, R. N. S. O. & Sena, E. L. S.	<i>Physis</i> , 21 (1), 267-281	http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a15.pdf
9	Estratégias de enfrentamento parental e perfil clínico e sociodemográfico de crianças e adolescentes com enurese	2011	Emerich, D. R., Sousa, C. R. B., & Silveiras, E. F. M.	<i>Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano</i> , 21 (2), 240-250	http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000200007&lng=pt&nrm=iso

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento... (cont.)*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
10	Estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno	2011	Leite, F. M. C., Amorim, M. H. C., Castro, D. S., Vasconcelos, E. G., & Primo, C. C.	<i>Revista Mineira de Enfermagem</i> , 15 (3), 394-398	http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4e8da8407cc5a.pdf
11	Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de burnout	2011	Moreno, F. N., Gil, G. P., Haddad, M. C. L., & Vannuchi, M. T. O.	<i>Revista de Enfermagem da UERJ</i> , 19 (1), 140-145	http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a23.pdf
12	Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários	2011	Chaves, T. V., Sanchez, Z. M., Ribeiro, L. A. & Nappo, S. A.	<i>Revista de Saúde Pública</i> , no.ahead, p.0-0.	http://www.scielo.br/pdf/rsp/2011nahead/2774.pdf
13	Grupo de enfrentamento do desgaste mental no trabalho bancário: discutindo saúde mental do trabalhador no sindicato	2011	Paparelli, R.	<i>Revista Brasileira de Saúde Ocupacional</i> , 36 (123), 139-146	http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20123%20Grupos%20de%20enfrentamento.pdf
14	Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à AIDS	2011	Pelúcio, L.	<i>Saúde e Sociedade</i> , 20 (1), 76-85	http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/10.pdf
15	Modos de enfrentamento da morte violenta: a atuação dos servidores do departamento de criminalística do Insituto Geral de Perícias do Rio Grande do Sul	2011	Cavedon, N. R.	<i>Revista de Admnsitração do Mackenzie</i> , 12 (4), 75-104	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-69712011000400004&lng=pt&nrm=iso
16	O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina	2011	Azeredo, N. S. G., Rocha, C. F. & Carvalho, P. R. N.	<i>Revista brasileira de educação médica</i> , 35 (1), 37-43	http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a06v35n1.pdf
17	O enfrentamento de mulheres portadoras de ostomia frente à eliminação intestinal	2011	Schallenberger, E., Maraschin, M., Tonini, N. S.	<i>Nursing</i> , 13 (155), 214-218	Resumo: http://www.nursing.com.br/paper.php?p=579
18	O portador de esclerose múltipla e suas formas de enfrentamento à doença	2011	Bertotti, A. P., Lenzi, M. C. R., & Portes, J. R. M.	<i>Barbarói</i> , 34, 101-124	http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1539/1558
19	Paralisia cerebral: estudo sobre o enfrentamento familiar	2011	Andrade, M. B., Vieira, S. S., & Dupas, G.	<i>Revista Mineira de Enfermagem</i> , 15 (1), 86-96	Resumo: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=600152&indexSearch=ID
20	Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento	2011	Santos, A. C. W. & Moré, C. L. O. O.	<i>Paidéia</i> , 21 (49), 227-235	http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/10.pdf

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento... (cont.)*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
21	Trabalho, HIV/Adis: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres	2011	Ferreira, R. C. M., Figueiredo, M. A. C. & Souza, L. C.	<i>Psicologia em Estudo</i> , 16 (2), 259-267	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000200009&lng=pt&nrm=iso
22 *	Uma análise das políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS na perspectiva da interseccionalidade de raça e gênero	2011	López, L. C.	<i>Saúde e Sociedade</i> , 20 (3), 590-603	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300006&lng=pt&nrm=iso
23	Vivendo entre o pesadelo e o despertar: o primeiro momento no enfrentamento da diálise peritoneal	2011	Santos, F. K. & Valadares, G. V.	<i>Escola Anna Nery</i> , 15 (1), 39-46	http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/06.pdf
24	A atividade física e o enfrentamento do estresse em idosos	2010	Andréa, F., Lanuez, F. V., Machado, A. N., Jacob Filho, W.	<i>Einsetein</i> , 8 (4), 419-422	http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1549-Einsteinv8n4_pg419-422_eng.pdf
25 *	Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil	2010	Paixão, A. C. W. & Deslandes, S. F.	<i>Saúde e Sociedade</i> , 19 (1), 114-126	http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/09.pdf
26	A relação docente-acadêmico no enfrentamento do morrer	2010	Pinho, L. M. O. & Barbosa, M. A.	<i>Revista da Escola de Enfermagem</i> , 44 (1), 107-112	http://www.scielo.br/pdf/reesp/v44n1/a15v44n1.pdf
27	Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: <i>stress</i> e enfrentamento	2010	Del Bianco, A. M. F. & Cardoso, C. L.	<i>Estudos de Psicologia</i> , 27 (1), 13-20	http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a02.pdf
28 *	Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, em Feira de Santana, Bahia	2010	Costa, M. C. O., Carvalho, R. C., Santana, M. A. O., Silva, M. L. S. & Silva, M. R.	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , 15 (2), 563-574	http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a33.pdf
29	Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância	2010	Silva, M. A. S., Collet, N., Silva, K. L. & Moura, F. M.	<i>Acta Paulista de Enfermagem</i> , 23 (3), 359-365	http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a08.pdf
30 *	Do enfrentamento à "harmonização".	2010	Almeida, C.	<i>Cadernos de Saúde Pública</i> , 26 (7), 1287-1289	http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n7/06.pdf
31	Emoções, "stress", ansiedade e "coping": estudo qualitativo com treinadores de nível internacional	2010	Dias, C., Cruz, J. F. & Fonseca, A. M.	<i>Revista Brasileira de Educação Física e Esporte</i> , 24 (3), 331-342	http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v24n3/a04v24n3.pdf

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento... (cont.)*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
32	Enfrentamento de estresse no trabalho: relações entre idade, experiência, autoeficácia e agência	2010	Fontes, A. P., Neri, A. L. & Yassuda, M. S.	<i>Psicologia: ciência e profissão</i> , 30 (3), 620-633	http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300013
33	Enfrentamento de problemas conceituais e de planejamento ao final da formação inicial	2010	Ustra, S. R. V. & Hernandez, C. L.	<i>Ciência & Educação</i> , 16 (3), 723-733	http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v16n3/v16n3a15.pdf
34 *	Entre o público e o privado: as estratégias atuais no enfrentamento à questão social	2010	Bonfim, P.	<i>Revista Katálysis</i> , 13 (2), 270-275.	http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n2/14.pdf
35	Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família	2010	Horta, A. L. M., Ferreira, D. C. O. & Zhao, L. M.	<i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> , 63 (4), 523-528	http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/04.pdf
36	Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor: revisão	2010	Rizzardi, C. D.L., Teixeira, M. J., & Siqueira, S. R. D. T.	<i>Mundo Saúde</i> , 34 (4), 483-487	http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/483e487.pdf
37	Estratégias de <i>coping</i> e sintomas de <i>stress</i> na adolescência	2010	Kristensen, C. H., Schaefer, L. S. & Busnello, F. B.	<i>Estudos de Psicologia</i> , 27 (1), 21-30	http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a03.pdf
38	Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas	2010	Tavares, J. S. C. & Trad, L. Alves B.	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , 15 (1), 1349-1358	http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/044.pdf
39	Estresse psicológico e enfrentamento em mulheres com e sem câncer	2010	Neme, C. M. B. & Lipp, M. E. N.	<i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i> , 26 (3), 475-483	http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a10v26n3.pdf
40	Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer	2010	Motta, A. B. & Enumo, S. R. F.	<i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i> , 26 (3), 445-454	http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a07v26n3.pdf
41	Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento	2010	Rockembach, J. V., Casarin, S. T., & Siqueira, H. C. H.	<i>Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste</i> , 11 (2), 63-71	http://www.revistarene.ufc.br/11.2/a07v11n2.pdf
42	Mulheres, estressores no relacionamento interpessoal e seu enfrentamento	2010	Borloti, E., Bezerra, A. C. M., & Balbi-Neto, R. R. Q.	<i>Interpersona</i> , 4 (1), 127-156	http://www.doaj.org/doi/func=fulltext&passMe=http://abpri.files.wordpress.com/2010/12/interpersona-41_6.pdf
43 *	Oportunidades e barreiras para políticas locais e subnacionais de enfrentamento das mudanças climáticas em áreas urbanas: evidências de diferentes contextos	2010	Martins, R. D'A. & Ferreira, L. C.	<i>Ambiente & Sociedade</i> , 13 (2), 223-242	http://www.scielo.br/pdf/asoc/v13n2/v13n2a02.pdf

Tabela A1. Estratégias de Enfrentamento... (cont.)

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
44	O professor e os conflitos na escola: a indiferença ou o enfrentamento?	2010	Jorge, M. & Kowalski, M. O.	<i>Roteiro</i> , 33 (2), 267-282	http://editora.unoesc.edu.br/index.php/roteiro/article/view/330/79
45	Profissionais de saúde mental: estresse, enfrentamento e qualidade de vida	2010	Santos, A. F. O. & Cardoso, C. L.	<i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i> , 26 (3), 543-548	http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a17v26n3.pdf
46	Relação entre fatores de personalidade e estratégias de coping em adolescentes	2010	Diniz, Si. S. & Zanini, D. S.	<i>Psico-USF</i> , 15 (1), 71-80	http://www.scielo.br/pdf/psuf/v15n1/08.pdf
47	Resiliência e enfrentamento do estresse em adolescentes: efeitos mediadores dos valores culturais	2010	Omar, A., Almeida da Silva Junior, S. H., Paris, Aguiar de Souza, M., & Pino Pena, R.	<i>Psicologia em Revista</i> , 16 (3), 448-468	http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682010000300003
48*	Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro	2009	Borsoi, T. S., Brandão, E. R. & Cavalcanti, M. L. T.	<i>Interface - Comunicação, Saúde e Educação</i> , 13 (28), 165-174	http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a14.pdf
49	Análise de estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados	2009	Vivan, Souza and Argimon, Irani Iracema de Lima	<i>Cadernos de Saúde Pública</i> , 25 (2), 436-444	http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n2/22.pdf
50*	A gerontologia como ferramenta de enfrentamento da mudança do perfil populacional	2009	Cardim, M. F. M.	<i>Revista Kairós</i> , 4, 71-82	http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2529/1613
51	A relação entre as modalidades de enfrentamento e as variáveis clínicas de mulheres com diagnóstico de câncer	2009	Leite, M. C. F., & Amorim, M. H. C.	<i>Revista de Odontologia da UFES</i> , 11 (4), 55-61	http://publicacoes.ufes.br/RBPS/article/viewFile/356/267
52	As redes de apoio no enfrentamento da doença renal crônica	2009	Schwartz, E., Muniz, R. M., Burille, A., Zillmer, J. G. V., Silva, D. A., Feijó, A. M., & Bueno, M. E. N.	<i>Revista Mineira de Enfermagem</i> , 13 (2), 193-201	http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e49f32d824.pdf
53	Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico	2009	Caetano, E. A., Gradim, C. V. C., Santos, L. E. S.	<i>Revista de Enfermagem da UERJ</i> , 17 (2), 257-261	http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a21.pdf
54	Cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia: análise de estratégias de enfrentamento	2009	Mensorio, M. S., Kohlsdorf, M., & Costa Junior, A. L.	<i>Psicologia em Revista</i> , 15 (1), 158-176.	http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v15n1/v15n1a10.pdf
55	Diabetes na infância e adolescência: o enfrentamento da doença no cotidiano da família	2009	Leal, D. T., Fialho, F. A., Dias, I. M. A. V., Nascimento, L., & Arruda, W. C.	<i>Revista do Hospital Universitário da UFJF</i> , 35 (4) 288-295	http://www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/831/285

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento... (cont.)*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
56 *	Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade	2009	Gomes, N. P., Diniz, N. M. F., Silva Filho, C. C., & Santos, J. N. B.	<i>Revista de Enfermagem da UERJ</i> , 17 (1), 14-17	http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a002.pdf
57	Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia	2009	Parente, E. O., Nascimento, R. O. & Vieira, L. J. E. S.	<i>Revista de Estudos Feministas</i> , 17 (2), 445-465	http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n2/08.pdf
58	Enfrentamento, lócus de controle e preconceito: um estudo com pessoas de orientação sexual homoafetiva	2009	Santos, A. F., & Santos Fernandes, S. C.	<i>Psicologia em Revista</i> , 15 (3), 101-119	http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000300007&lng=pt&nrm=iso
59	Enfrentamento entre cuidadores de pacientes pediátricos em tratamento de leucemia	2009	Kohlsdorf, M., Costa Júnior, A. L., &	<i>Interação Psicologia</i> , 13 (2), 263-274	http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/13103/11372
60	Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados	2009	Vivian, A. S., & Argimon, I. I. L.	<i>Cadernos de Saúde Pública</i> , 25 (2), 436-444	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200022&lng=pt&nrm=iso
61	Estratégias de enfrentamento do adoecimento: um estudo sobre o trabalho da enfermagem	2009	Dal Pai, D. & Lautert, L.	<i>Acta Paulista de Enfermagem</i> , 22 (1), 60-65	http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a10v22n1.pdf
62	Eventos estressores e estratégias de coping em adolescentes: implicações na aprendizagem	2009	Busnello, F. B., Schaefer, L. S. & Kristensen, C. H.	<i>Psicologia Escolar e Educacional</i> , 13 (2), 315-323	http://www.scielo.br/pdf/pee/v13n2/v13n2a14.pdf
63	Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento	2009	Tavares, J. S. C. & Trad, L. A. B.	<i>Interface - Comunicação, Saúde e Educação</i> , 13 (29), 395-408	http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n29/v13n29a12.pdf
64	Formação de professores em serviço: fragilidades e descompassos no enfrentamento do fracasso escolar	2009	Bahia, N. P.	<i>Educação e Pesquisa</i> , 35 (2), 317-329	http://www.scielo.br/pdf/ep/v35n2/a07v35n2.pdf
65	Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico	2009	Damião, E. B. C., Rossato, L. M., Fabri, R. S. O. & Dias, V. C.	<i>Revista da Escola de Enfermagem</i> , 43 (2), 1199-1203	http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a09v43s2.pdf
66	Jovens vivendo com HIV/AIDS: a influência da rede de relações, do coping e do neuroticismo sobre a satisfação de vida	2009	Serafini, Ad. J. & Bandeira, D. R.	<i>Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul</i> , 31 (1), 51-59	http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a10.pdf

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento... (cont.)*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
67*	O enfrentamento pela via legal: a utilização do aparato jurídico por mulheres pobres nas primeiras décadas republicanas	2009	Guimarães, J. E.	<i>Revista de Estudos Feministas</i> , 17 (1), 265-283	http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a16v17n1.pdf
68	Os professores e seus mecanismos de fuga e enfrentamento	2009	Santos, G. B.	<i>Trabalho, Educação e Saúde</i> , 7 (2), 285-304	http://www.revista.epsjv.fiocruz.br//include/mostrarpdf.cfm?Num=249
69	O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento	2009	Wai, M. F. P., & Carvalho, A. M. P.	<i>Revista de Enfermagem da UERJ</i> , 17 (4), 563-568	http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a19.pdf
70	Personalidade e <i>coping</i> em pacientes com transtornos alimentares e obesidade	2009	Tomaz, R. & Zanini, D. S.	<i>Psicologia: Reflexão e Crítica</i> , 22 (3), 447-454	http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n3/v22n3a16.pdf
71	Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento	2009	Telles, H. & Pimenta, A. M. C.	<i>Saude e Sociedade</i> , 18 (3), 467-478	http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n3/11.pdf
72	Sintomas de estresse e estratégias de coping em idosos saudáveis	2009	Souza-Talarico, J. N., Caramelli, P., Nitrini, R. & Chaves, E. C.	<i>Revista da Escola de Enfermagem</i> , 43 (4), 803-809	http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a10v43n4.pdf
73	Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama.	2009	Andolhe, R., Guido, L. A. & Bianchi, E. R. F.	<i>Revista da Escola de Enfermagem</i> , 43 (3), 711-720	http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a30v43n3.pdf
74	Vulnerabilidade ao <i>stress</i> , estratégias de <i>coping</i> e autoeficácia em professores portugueses	2009	Pocinho, M. & Capelo, M. R.	<i>Educação e Pesquisa</i> , 35 (2), 351-367	http://www.scielo.br/pdf/ep/v35n2/a09v35n2.pdf
75*	A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição	2008	Coutinho, J. G., Gentil, P. C. & Toral, N.	<i>Caderno de Saúde Pública</i> , 24 (2), s332-s340.	http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/18.pdf
76	Adultos jovens portadores de HIV: análise dos processos subjetivos no enfrentamento da doença	2008	Seben, G., Gauer, G. J. C.; Giovelli, G. R. M., & Vieira, R. G.	<i>Psicologia</i> , 9 (1), 63-72	http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142008000100008&lng=pt&nrm=iso
77	Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS	2008	Seidl, E. M. F. & Machado, A. C. A.	<i>Psicologia em estudo</i> , 13 (2), 239-247	http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a06v13n2.pdf
78	Bem-estar subjetivo emocional e <i>coping</i> em adultos de baixa renda de ambientes urbano e rural	2008	Albuquerque, F. J. B., Martins, C. R. & Neves, M. T. S.	<i>Estudos de Psicologia</i> , 25 (4), 509-516	http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a05v25n4.pdf

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento... (cont.)*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
79	Coping como função executiva	2008	Grass-Oliveira, R.; Darury Filho, L., & Brietzke, E.	<i>Psico</i> , 39 (3), 275-281.	http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/3852/3368
80	Coping e adoecimento cardíaco em um trabalhador de saúde	2008	Santos, K., & Martendal, L.	<i>Psicologia Argumento</i> , 26 (55), 281-292	www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=2524&dd99=pdf
81	<i>Coping</i> em jovens frente à expectativa de inserção ocupacional e indicadores de depressão	2008	Coelho, J. A. P. M., Albuquerque, F. J. B., Martins, C. R., D'Albuquerque, H. B. & Neves, M. T. S.	<i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i> , 24 (4), 527-534	http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n4/17.pdf
82	<i>Coping</i> e satisfação com a vida em adultos com AIDS	2008	Resende, M. C.; Silva, R. M., Marques, T. P., & Abreu, M. V.	<i>Psico</i> , 39 (2) 232-239	http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1437/3047
83	Dificuldade funcional e coping em idosos	2008	Vivian, A. S., & Argimon, I. I. L.	<i>Barbarói</i> , 28, 136-146.	online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/453/583
84	Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza - CE	2008	Carvalho, C. M. L. & Galvão, M. T. G.	<i>Revista da Escola de Enfermagem</i> , 42 (1), 90-97	http://www.scielo.br/pdf/reesp/v42n1/12.pdf
85	Enfrentamento de desastres naturais: o uso de um <i>coping</i> coletivo	2008	Krum, F. M. B. & Bandeira, D. R.	<i>Paidéia</i> , 18 (39), 73-84	http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n39/v18n39a08.pdf
86	Estratégias de <i>coping</i> desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica	2008	Simonetti, J. P. & Ferreira, J. C.	<i>Revista da Escola de Enfermagem</i> , 42 (1), 19-25	http://www.scielo.br/pdf/reesp/v42n1/03.pdf
87	Estratégias de <i>coping</i> em educadores de infância portugueses	2008	Gomes, R. M. S. & Pereira, A. M. S.	<i>Psicologia Escolar e Educacional</i> , 12 (2), 319-326	http://www.scielo.br/pdf/pee/v12n2/v12n2a03.pdf
88	Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado	2008	Moraes, E. O., & Enumo, S. R. F.	<i>Psico USF</i> , 13 (2), 221-231	http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712008000200009&lng=pt&nrm=iso
89	Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer	2008	Kohlsdorf, M. & Costa Junior, Á. L.	<i>Estudos de Psicologia</i> , 25 (3), 417-429	http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n3/a10v25n3.pdf
90	Estresse e enfrentamento em pais de pessoas com necessidades especiais	2008	Barbosa, A. J. G., & Oliveira, L. D.	<i>Psicologia em Pesquisa</i> , 2 (2) 36-50	http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472008000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
91	Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento	2008	Calderero, A. R. L., Miasso, A. I., & Corradi-Webster, C. M.	<i>Revista Eletronica de Enfermagem</i> , 10 (1), 51-62	http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a05.htm

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento... (cont.)*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
92	Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade.	2008	Fortes-Burgos, A. C. G., Neri, A. L. & Cupertino, A. P. F. B.	<i>Psicologia: Reflexão e Crítica</i> , 21 (1), 74-82	http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n1/a10v21n1.pdf
93	Fatores de estresse ocupacional e coping entre policiais civis	2008	Dela Coleta, A. S. M., & Dela Coleta, M. F.	<i>Psico USF</i> , 13 (1), 59-68	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712008000100008&lng=pt
94	Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura	2008	Bertolin, D. C., Pace, A. E., Kusumota, L., & Ribeiro, R. C. H. M.	<i>Acta Paulista de Enfermagem</i> , 21 (spe), 179-186.	http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a08v21ns.pdf
95	Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social	2008	Santana, J. J. R. A., Zanin, C. R. & Maniglia, J. V.	<i>Paidéia</i> , 18 (40), 371-384	http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/13.pdf
96 *	Processos sociais de exclusão e políticas públicas de enfrentamento da pobreza	2008	Lopes, J. R.	<i>Caderno CRH</i> , 21 (53), 347-360	http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v21n53/a11v21n53.pdf
97	Síndrome de Burnout e estratégias de enfrentamento em professores	2008	Mazon, V., Carlotto, M. S. & Câmara, S.	<i>Arquivos Brasileiros de Psicologia</i> , 60 (1), 55-66	http://seer.psicologia.ufjf.br/index.php/abp/article/view/98/163
98	Síndrome de Burnout e estratégias de enfrentamento em professores de escolas públicas e privadas	2008	Carlotto, M. S., & Câmara, S. G.	<i>Psicologia da Educação</i> , 26, 29-46	http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752008000100003&lng=pt&nrm=iso
99	Stress, coping e adaptação na transição para o segundo ciclo de escolaridade: efeitos de um programa de intervenção	2008	Correia, K. S.L., & Pinto, M. A. M.	<i>Alethéia</i> , 27, 7-22	http://www.redalyc.com/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=115012525002
100	Universidade como <i>coping</i> para lidar com o trabalho na assistência do mestrando enfermeiro	2008	Bujdoso, Y. L. V. & Cohn, A.	<i>Revista de Saúde Pública</i> , 42 (2), 273-278	http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6445.pdf
101	Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV	2008	Suit, D. & Pereira, M. E.	<i>Psicologia USP</i> , 19 (3), 317-340	http://www.scielo.br/pdf/psp/v19n3/v19n3a04.pdf
102	A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico	2007	Tenani, A. C., & Pinto, M. H.	<i>Arquivos de Ciência da Saúde</i> , 14 (2), 85-91, s.p.	http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-2/IIDD225%20PDF.pdf
103	Avaliação da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama	2007	Macieira, R. C., Cury, M. C. S., Mastese, J. C., Novo, N. F., & Barros, A. F. S. D.	<i>Revista Brasileira de Mastologia</i> , 17 (3), 102-106	Resumo: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=551560&indexSearch=ID

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento... (cont.)*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
104	Câncer infantil: percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico	2007	Beltrão, M. R. L. R., Vasconcelos, M. G. L., Pontes, C. M. & Albuquerque, M. C.	<i>Jornal de Pediatria</i> , 83 (6), 562-566	http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n6/v83n6a14.pdf
105	Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer	2007	Santos, S. S. C., Pelzer, M. T. & Rodrigues, M. C. T.	<i>Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano</i> , 4 (2), 114-126	http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/133
106	Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes	2007	<u>Holanda, V. R., Dias, M. D. & Ferreira-Filha, M. O.</u>	<i>Revista Eletronica de Enfermagem</i> , 9 (1), 79-92	http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a06.pdf
107	Coping e gênero em adolescentes	2007	Câmara, S. G. & Carlotto, M. S.	<i>Psicologia em Estudo</i> , 12 (1), 87-93	http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n1/v12n1a10.pdf
108	Coping (enfrentamento) religioso/espiritual	2007	Panzini, R. G. & Bandeira, D. R.	<i>Revista de Psiquiatria Clínica</i> , 34 (1), 126-135	http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a16v34s1.pdf
109	<u>Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema</u>	2007	Toledo, M. M., Rodrigues, S. C. & Chiesa, A. M.	<i>Texto contexto - enfermagem</i> , 16 (2), 233-238	http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a04v16n2.pdf
110	Enfrentamento à lesão medular traumática	2007	Murta, S. G. & Guimarães, S. S.	<i>Estudos de Psicologia</i> , 12 (1), 57-63	http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n1/a07v12n1.pdf
111	Enfrentamento e regulação emocional de crianças filhas de mães depressivas	2007	Lopes, J., & Loureiro, S. R.	<i>Interação Psicologia</i>	http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/6807/8146
112*	Enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes: Projeto Escola que Protege	2007	Francischini, R. & Souza-Neto, M. O.	<i>Revista do Departamento de Psicologia</i> , 19 (1), 243-251	http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-80232007000100018&script=sci_arttext
113	Estratégias de <i>coping</i> de mães de portadores de autismo: lidando com dificuldades e com a emoção	2007	Schmidt, C., Dell'Aglio, D. D. & Bosa, C. A.	<i>Psicologia: Reflexão e Crítica</i> , 20 (1), 124-131	http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n1/a16v20n1.pdf
114	Estratégias de enfrentamento (coping) dos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva	2007	Oliveira, J. F., Watanabe, C. E., & Romano, B. W.	<i>Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo</i> , 17 (3A), 4-9	Resumo: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=471887&indexSearch=ID
115	Estratégias de enfrentamento utilizadas por gogos adultos, não submetidos à terapia	2007	Gomes, M. J. C., & Kerbauy, R. R.	<i>Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva</i> , 9 (1), 81-102	http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452007000100007&lng=pt&nrm=iso
116	Estresse e estratégias de enfrentamento em mestrandos de ciências da saúde	2007	Santos, A. F. & Alves Júnior, A.	<i>Psicologia: Reflexão e Crítica</i> , 20 (1), 104-113	http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n1/a14v20n1.pdf

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento... (cont.)*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
117	Estressores e estratégias de <i>coping</i> em uma amostra de psicólogos clínicos	2007	Sanzovo, C. É. & Coelho, M. E. C.	<i>Estudos de psicologia</i> 24 (2), 227-238	http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n2/v24n2a09.pdf
118	Eventos de vida e estratégias de coping de idosos socialmente ativos	2007	Wathier, J. L., Wilhelm, f., Giacomoni, C. H., Dell'Aglio, D. D.	<i>Estudos Interdisciplinares de Envelhecimento</i> , 12, 35-52	seer.ufgrs.br/RevEnvelhecer/article/download/4978/2847
119	Fatores associados a condutas de enfrentamento violento entre adolescentes escolares	2007	Câmara, S. G., Sarriera, J. C. & Carlotto, M. S.	<i>Estudos de psicologia</i> , 12 (3), 213-219	http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n3/a03v12n3.pdf
120	Fisioterapia no enfrentamento de perdas em pacientes com doenças neurológicas	2007	Bim, C. R., Carvalho, M. D., & Pelloso, S. M.	<i>Fisioterapia em Movimento</i> , 20 (3), 71-78	Resumo: www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=1597&dd99=view
121	Identities sexuais não-hegemônicas: processos identitários e estratégias para lidar com o preconceito	2007	Madureira, A. F. A. & Branco, A. M. C. U. A.	<i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i> , 23 (1), 81-90	http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n1/a10v23n1.pdf
122 *	O enfrentamento à exploração sexual de crianças e adolescentes: desafios e caminhos	2007	Faria, T. D., Oliveira, P. A. F. & Mendes, R.	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , 12 (5), 1115-1118	http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/03b.pdf
123	O enfrentamento de profissionais de enfermagem no cuidado de pessoas com AIDS	2007	Guedes, J. A. D., Borenstein, M. S., & Meirelles, B. H. S.	<i>On line Brazilian Journal of Nursing</i> , 6 (2), sp.	http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.802
124 *	<u>O Programa Saúde da Família no enfrentamento das desigualdades sociais</u>	2007	Peres, E. M.	<i>Aquichan</i> , 7 (1), 64-76	http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/100/200
125	Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal	2007	Ravagnani, L. M. B., Domingos, N. A. M. & Miyazaki, M. C. O. S.	<i>Estudos de psicologia</i> , 12 (2), 177-184	http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a10v12n2.pdf
126	Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas	2007	Paiva, G. J.	<i>Estudos de Psicologia</i> , 24 (1), 99-104	http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n1/v24n1a11.pdf
127	Adolescentes trabalhadores: estratégias de coping e concepções acerca de sua situação laboral	2006	Arteche, A. X., & Bandeira, D. R.	<i>Interação em Psicologia</i> , 10 (1), 31-42.	http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/5780/4216
128	A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório	2006	Medeiros, V. C. C. & Peniche, A. C. G.	<i>Revista da Escola de Enfermagem</i> , 40 (1), 86-92	http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a11v40n1.pdf
129	As estratégias de fuga e enfrentamento frente às adversidades do trabalho docente	2006	Santos, G. B.	<i>Estudos e Pesquisas em Psicologia</i> , 6 (1), 128-133	http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812006000100012&lng=pt&nrm=iso

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento... (cont.)*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
130	Consistência interna e fatorial do Inventário Multifatorial de Coping para adolescentes	2006	Balbinotti, M. A. A., Barbosa, M. L. L., & Wiethaeuper, D.	<i>Psico USF</i> , 11 (2), 175-183.	http://www.scielo.br/pdf/psuf/v11n2/v11n2a06.pdf
131	Depressão, rendimento escolar e estratégias de coping em adolescentes	2006	Tomé, G., & Matos, M. G.	<i>Revista Brasileira de Terapia Cognitiva</i> , 2 (1), 85-93	http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872006000100009&script=sci_arttext
132 *	Educação e diversidade: estratégias de enfrentamento e mudança	2006	Souza, M. P. R. & Lomônaco, J. F. B.	<i>Psicologia Escolar e Educacional</i> , 10 (2), 315-320	http://www.scielo.br/pdf/pee/v10n2/v10n2a16.pdf
133	Enfrentamento de pais e mães de pacientes portadores de fissura labiopalatal durante a espera da cirurgia	2006	Trojão, A. L. F., & Tavano, L. D'Áquino	<i>Pediatria Moderna</i> , 42 (2) 90-94	http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3276
134	Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores	2006	Pereira, M. E. M. S. M., & Araujo, T. C. C. F.	<i>Psico</i> , 37 (1), 37-45	http://www.pucrs.br/notfound.htm?pagina=/psico/revistapsico/volume37/P37-1p37-45.pdf
135	Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase	2006	Silva, J. D. T., Muller, M. C. & Bonamigo, R. R.	<i>Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia</i> , 81 (2), 143-149	http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a05.pdf
136	Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina	2006	Zonta, R. R., Couto, A. C. & Grosseman, S.	<i>Revista Brasileira de Educação e Medicina</i> , 30 (3), 147-153	http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n3/04.pdf
137	Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecistectomia	2006	Santos, A. F., Santos, L. A., Melo, D. O., & Alves Júnior, A.	<i>Interação em Psicologia</i> , 10 (1), 63-73	http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/5772/4208
138	Estresse e estratégias de enfrentamento: o uso da escala toulousiane no Brasil	2006	Chamon, E. M. Q. O.	<i>Revista de Psicologia Organizacional e do Trabalho</i> , 6 (2), 43-64	http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572006000200003&lng=pt&nrm=iso
139	Estrutura fatorial do inventário multifatorial de coping para adolescentes	2006	Balbinotti, M. A. A., Barbosa, M. L. L., Wiethaeuper, D. & Teodoro, M. L. M.	<i>Psico</i> , 37 (2), 123-130	http://revistaseletronicas.pucrs.br/face/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1426/1119
140	Gênero e enfrentamento da dor	2006	Nogueira, M. & Casetto, S. J.	<i>Psicologia em Revista</i> , 15 (2), 161-176	Resumo: http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/
141 *	Intoxicação por chumbo e saúde infantil: ações intersetoriais para o enfrentamento da questão	2006	Padula, N. A. M. R., Abreu, M. H., Miyazaki, L. C. Y. & Tomita, N. E.,	<i>Caderno de Saúde Pública</i> , 22 (1), 163-171	http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/17.pdf

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento... (cont.)*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
142	Processos de enfrentamento do estresse e sintomas depressivos em pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática	2006	Costa, A. L. S. & Chaves, E. C.	<i>Revista da Escola de Enfermagem</i> , 40 (4), 507-514	http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a08.pdf
143	Processos que sustentam o enfrentamento da experiência de abuso sexual na infância: um estudo de caso	2006	Schwanck, R. H., & Silva, M. R. S.	<i>Ciência, Cuidado e Saúde</i> , 5 (3), 380-388	http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5038/3261
144	Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos	2006	Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., B. Seabra, M. A. & Guedea, R. L. D.	<i>Psicologia: Reflexão e Crítica</i> , 19 (2), 301-308	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000200017&lng=en&nrm=iso
145	Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS	2006	Faria, J. B., & Seidl, E. M. F.	<i>Psicologia em Estudo</i> , 11 (1), 155-164	http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a18.pdf
146 *	<u>Renunciantes de direitos? A problemática do enfrentamento público da violência contra a mulher: o caso da delegacia da mulher</u>	2006	Brandão, E. R.	<i>Physis</i> , 16 (2), 207-231	http://www.scielo.br/pdf/physis/v16n2/v16n2a05.pdf
147	Representações sociais sobre saúde e estratégias de enfrentamento das doenças entre as mulheres dos pescadores do município de Porto Rico, Paraná	2006	Bercini, L. O., Tomanik, E. A.	<i>Ciência, Cuidado e Saúde</i> , 5, 71-76	http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5157/3342
148	Stress e estratégias de coping em crianças e adolescentes em contexto escolar	2006	Raimundo, R. C. P., & Pinto, M. A. P. M.	<i>Alethéia</i> , 24, 9-19	http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942006000300002&script=sci_arttext
149	As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia	2005	Lorencetti, A. & Simonetti, J. P.	<i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i> , 13 (6), 944-950	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600005&lng=en&nrm=iso
150	Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero	2005	Meneghel, S. N., Barbiani, R., Brener, C., Teixeira, G., Sttfeen, H., Silva, L. B., Rosa, M. D., Balle, R., Brito, S. G. R. & Ramão, S.	<i>Ciência e saúde coletiva</i> , 10 (1), 111-118	http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100018&lng=en&nrm=iso

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento... (cont.)*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
151	Crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento	2005	<u>Seidl, E. M. F., Rossi, W. S., Viana, K. F., Meneses, A. K. F. & Meireles, E.</u>	<i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i> , 21 (3), 279-288	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722005000300004&lng=en&nrm=iso
152	<u>Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS</u>	2005	Seidl, E. M. F.	<i>Psicologia em Estudo</i> , 10 (3), 421 -429	http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a09.pdf
153	Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde	2005	Trentini, M., Silva, S. H., Valle, M. L. & Hammerschmidt, K. S. A.	<i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i> , 13 (1), 38-45	http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a07.pdf
154	Escala de <i>coping</i> religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto	2005	Panzini, R. G. & Bandeira, D. R.	<i>Psicologia em Estudo</i> , 10 (3), 507-516	http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a18.pdf
155	Estratégias de coping utilizadas por uma idosa: um estudo de caso	2005	Lara, L. R., Finato, M. S. S., Zazula, R., & Morete, V. S.	<i>Estudos Interdisciplinares em Envelhecimento</i> , 8, 83-97	http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4776
156	Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular	2005	Pereira, M. E. M. S. M. & Araujo, T. C. C. F.	<i>Arquivos de Neuro-Psiquiatria</i> , 63 (2b), 502-507	http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n2b/a25v632b.pdf
157	Mobbing (assédio psicológico): relações com transtornos mentais e coping em trabalhadores do gasoduto Bolívia-Brasil	2005	Guimaraes, L. A. M., Vasconcelos, E. F., Andrade, P. R., Stephanini, I. C.; & Rego, R. M.	<i>Revista de Psicologia Organizacional e do Trabalho</i> , 5 (2) 15-34	http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/7780/7157
158	<u>Mulheres vítimas de estupro: contexto e enfrentamento dessa realidade</u>	2005	Sudário, S. A., Paulo C. & Jorge, M. S. B.	<i>Psic. Soc.</i> , 17 (3), 80-86	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000300012&lng=en&nrm=iso
159	Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida	2005	Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C. & Tróccoli, B.T.	<i>Psicologia Reflexão e Crítica</i> , 18 (2), 188-195	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000200006&lng=en&nrm=iso
160	Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura	2005	Faria, J. B. & Seidl, E.M. F.	<i>Psicologia Reflexão e Crítica</i> , 18 (3), 381-389	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000300012&lng=en&nrm=iso
161	Tratamento de hepatite C: sintomas psicológicos e estratégias de enfrentamento	2005	Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., Valério, N. I., Souza, E. F., & Silva, R. C. M. A.	<i>Revista Brasileira de Terapia Cognitiva</i> , 1 (1), 119-126	http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100014&lng=pt&nrm=iso

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento... (cont.)*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
162*	Administrando o risco: uma teoria substantiva da adaptação estratégica de pequenas empresas a ambientes turbulentos e com forte influência governamental	2004	Bandeira-de-Mello, R. & Cunha, C. J. C. A.	<i>Revista de Administração Contemporânea</i> , 8 (spe), 157-179	http://www.scielo.br/pdf/rac/v8nspe/v8nespa09.pdf
163	<u>Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil</u>	2004	Motta, A. B. & Enumo, S. R. F.	<i>Psicologia em Estudo</i> , 9 (1), 18-28	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000100004&lng=en&nrm=iso
164	Câncer infantil: uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização	2004	Motta, A. B. & Enumo, S. R. F.	<i>Estudos de Psicologia</i> , 21 (3), 193-202	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2004000300004&lng=en&nrm=iso
165	Enfrentamento e admissão hospitalar para realização da cirurgia por câncer de mama	2004	Ferreira, C. B., Almeida, A. M., Kebbe, L. M., & Panobianco, M. S.	<i>Psicologia Argumento</i> , 22 (36), 67-74	Resumo: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=437311&indexSearch=ID
166	Estratégias não sistemáticas de coping em situações críticas de jogo no tênis de mesa	2004	Lima, F. V., Samulski, D. M., & Vilani, L. R. P.	<i>Revista Brasileira de Educação Física</i> , 18 (4), 363-375	http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092004000400005&lng=pt&nrm=iso
167	Eventos estressantes na relação com o paciente e estratégias de enfrentamento: estudo com acadêmicos de medicina	2004	Silva, L. C. G. & Rodrigues, M. M. P.	<i>Jornal Brasileiro de Psiquiatria</i> , 53 (3), 185-196	Resumo: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=402303&indexSearch=ID
168	O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer	2004	Caldeira, A. P.; Ribeiro, R. C. H. M.	<i>Arquivos de Ciências da Saúde</i> , 11 (2), 100-104	http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-2/ac08%20-%20id%2027.pdf
169	Adolescentes com <i>Diabetes mellitus</i> tipo 1: seu cotidiano e enfrentamento da doença	2003	Santos, J. R. & Enumo, S. R. F.	<i>Psicologia: Reflexão e Crítica</i> , 16 (2), 411-425	http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n2/a21v16n2.pdf
170	<u>Afastamento para tratamento de saúde: sintoma institucional e recurso precário no enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho docente</u>	2003	Goulart, J. A., Santiago A. R. F. & Drügg, Â.	<i>Revista Mal-estar e Subjetividade</i> , 3 (2), 372-394	http://redalyc.uaemex.mx/pdf/271/27130207.pdf
171	Análise fatorial da escala de afrontamento para adolescentes	2003	Câmara, S. G., Castellá, J. S., & Remor, E. A.	<i>Alethéia</i> , 16, 15-31	Resumo: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=404008&indexSearch=ID

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento... (cont.)*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
172	Ansiedade e mecanismos de <i>coping</i> utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais	2003	Moraes, L. O. & Peniche, A. C. G.	<i>Revista da Escola de Enfermagem</i> , 37 (3), 54-62	http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/07.pdf
173	Coping em uma população do nordeste brasileiro	2003	Noriega, V. J. A., Albuquerque, F. J. B., Alvarez, J. F. L. & Pimentel, C. E.,	<i>Avaliação Psicológica</i> , 2 (1), 17-27	http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712003000100003&script=sci_arttext
174	Estilos de coping na predição de bem-estar psicológico de adolescentes	2003	Cámara, S. G., & Castellá, J. S	<i>Aletheia</i> , 17, 83-93	http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1150/115013455009.pdf
175	<u>Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de coping através do lazer</u>	2003	Santos, L. R., Ribeiro, J. P. & Guimarães, L.	<i>Análise Psicológica</i> , 21 (4), 441-451	http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312003000400003&lng=en&nrm=isso
176	Estratégias de enfrentamento a mudanças de vida em alunos de psicologia	2003	Teixeira, M. C. T. V., Furtado, R. M. G.; Poça, S. R. S.; Rossini, A. C.. & Caggiano, J. o.	<i>Revista de Enfermagem da UERJ</i>	Resumo: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=400164&indexSearch=ID
177	Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário	2003	Mendes, A. M., Costa, V. P., & Barros, P. C. R.	<i>Estudos e Pesquisas em Psicologia</i> , 3 (1) 59-72	http://www.revispsi.uerj.br/v3n1/artigos/Artigo%204%20-%20V3N1.pdf
178	Estudo de adaptação da escala “coping with health injuries and problems” em pessoas com doenças das artérias coronárias	2003	Ferreira, T. J. R., Ribeiro, J. L., Meira, M. D., & Guerreiro, S.	<i>Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar</i> , 6 (2), 24-36	Resumo: <a \$"&nextaction='lnk&label=REVISTA%20DA%20SBPH%20(todos%20os%20anos"' href="http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=P&base=INDEXPSI&indexSearch=Ta&exprSearch=" rev.%20sbph="">http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=P&base=INDEXPSI&indexSearch=Ta&exprSearch="REV.%20SBPH/\$"&nextAction=lnk&label=REVISTA%20DA%20SBPH%20(todos%20os%20anos
179	Mensuração de coping no ambiente ocupacional	2003	<u>Pinheiro, F. A., Tróccoli, B. T. & Tamayo, M. R.</u>	<i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i> , 19 (2), 153-158	http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722003000200007
180	Tudo na vida tem remédio? Comportamento auto-referido de adesão, estratégias de enfrentamento e percepção da doença entre pacientes infectados pelo vírus HIV em tratamento ambulatorial	2003	Zihlmann, K., Santos, N. O., Quayle, J., Moretto, M. L. T., Duarte, A., & De Lucia, M. C. S.	<i>Psicologia Hospitalar</i> , 1 (2), 35-45	Resumo: http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=P&base=INDEXPSI&indexSearch=Ta&exprSearch=%22PSICOL.%20HOSP.%22&nextAction=lnk&label=PSICOLOGIA%20HOSPITALAR%20(todos%20os%20anos
181	Uma análise conceitual de enfrentamento: aplicações a psico-oncologia	2003	Costa Junior, A. L.	<i>Psicologia Argumento</i> , 21 (32), 23-36	Resumo: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=357411&indexSearch=ID

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento... (cont.)*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
182	Doença crônica: o enfrentamento pela família	2002	Silva, L. F., Guedes, M. V. C., Moreira, R. P., & Souza, A. C. C.	<i>Acta Paulista de Enfermagem</i> , 15 (1), 40-47	http://www.unifesp.br/denf/acta/2002/15_1/pdf/art5.pdf
183	Enfrentamento e sua relação com a ansiedade e com a depressão em mulheres com hipertensão	2002	Chaves, E. C., & Cade, N. V.	<i>Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva</i> , 4 (1), 1-11	http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000100002&lng=pt&nrm=iso
184	Estratégias de coping de crianças e adolescentes em eventos estressantes com pares e com adultos	2002	Dell'Aglio, D. D. & Hutz, C. S.	<i>Psicologia USP</i> , 13 (2), 203-225	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200012&lng=pt&nrm=iso
185	<u>Estratégias de coping de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica</u>	2002	Lisboa, C., Koller, S. H., Ribas, F. F., Bitencourt, K., Oliveira, L., Porciuncula, L. P. & Marchi, R. B.	<i>Psicologia: Reflexão e Crítica.</i> , 15 (2), 345-362	http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n2/14358.pdf
186	Estratégias de coping e estilo atribucional de crianças em eventos estressantes	2002	Dell'Aglio, D. D. & Hutz, C. S.	<i>Estudos em Psicologia</i> , 7 (1), 5-13	http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n1/10949.pdf
187	Estratégias de coping dos psicólogos frente ao stress no trabalho em hospitais	2002	Fernandes, I., & Pérez-Ramos, A. M. Q.	<i>Psico</i> , 33 (1), 77-95	http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&b ase=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=334983&indexSearch=ID
188	<u>Estudo das qualidades psicométricas do SCSI (Schoolagers' Coping Strategies Inventory) numa população portuguesa</u>	2002	Lima, L., Lemos, M. S. & Guerra, M. P.	<i>Análise Psicológica</i> , 20 (4), 555 -570	http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n4/v20n4a02.pdf
189	<u>Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho</u>	2002	Tamayo, M. R. & Tróccoli, B. T.	<i>Estudos em Psicologia</i> , 7 (1), 37-46	http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2002000100005
190	Mobilização de estratégias de enfrentamento em pacientes infantis submetidos a enxerto ósseo alveolar secundário	2002	Gullero, S. Y.; Tavano, L. D.; Neme, C. M. B.	<i>Pediatria Moderna</i> , 38 (4), 125-132	http://ampliatta.com.br/wp-content/uploads/2011/10/enxerto-osseo-alveolar.pdf
191	O enfrentamento das dificuldades da vida cotidiana pelos idosos de baixa renda	2002	Barbosa, N. S., Silva, M. J., & Miranda, M. C.	<i>Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste</i>	Resumo: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&b ase=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=11170&indexSearch=ID

Tabela A1. Estratégias de Enfrentamento... (cont.)

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
192	O enfrentamento dos familiares à imagem corporal alterada do laringectomizado	2002	Pedrolo, F. T., & Zago, M.M.F	<i>Revista Brasileira de Cancerologia</i> , 48 (1), 49-56	http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/artigo4.html
193*	O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento I - Mortes por causas naturais	2002	Jorge, M. H. P. M., Gotlieb, S. L. D. & Laurenti, R.	<i>Revista brasileira de epidemiologia</i> , 5 (2), 197-211	http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000200007&lng=en&nrm=iso
194	Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento	2001	<u>Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L.C.</u>	<i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i> , 17 (3), 225-234	http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722001000300004&script=sci_arttext
195	Câncer: fatores psicossociais que podem facilitar ou dificultar o enfrentamento da doença	2001	Silva, C. B.	<i>Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro</i> , 4 (6) 85-90	Resumo: http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=P&base=INDEXPSI&indexSearch=Ta&exprSearch=%22REV.%20SOC.%20PSICOL.%20TRIANGULO\$%22&nextAction=lnk&label=REVISTA%20SOCIEDADE%20PSICOLOGIA%20TRIANGULO%20MINEIRO%20(todos%20os%20anos)
196	<u>Convivendo e enfrentando situações de stress profissional</u>	2001	Mendes, I. A. C.	<i>Revista latino-americana de enfermagem</i> , 9 (2), 1-5	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200001
197	Estratégias de enfrentamento, ansiedade e depressão em crianças com câncer	2001	Risso, G., Santos, A. R. R., Sabino, A. V., Bernardes-da-Rosa, L. T., & Borim, L. N. B.	<i>Revista SBPH</i> , 4 (2) 35-38	Resumo: http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=P&base=INDEXPSI&indexSearch=Ta&exprSearch=%22REV.%20SBPH/\$%22&nextAction=lnk&label=REVISTA%20DA%20SBPH%20(todos%20os%20anos)
198	Estratégias de enfrentamento do cotidiano conjugal	2001	Garcia, M. L. T. & Tassara, E. T. O.	<i>Psicologia Reflexão e Crítica</i> , 14 (3), 635-642	http://www.scielo.br/pdf/prc/v14n3/7849.pdf
199	<u>Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses</u>	2001	Pais-Ribeiro, J. & Santos, C.	<i>Análise Psicológica</i> , 19 (4), 491 -502	http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v19n4/v19n4a01.pdf
200	Avaliação do processo de enfrentamento em crianças com câncer: pesquisa para implantação de programa de intervenção	2000	Costa Junior, A. L.	<i>Pediatria Moderna</i> , 36 (10), 699-703	http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=98
201	Coping: significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem	2000	Chaves, E. C., Cade, N. V., Montovani, M. F., OLeite, R. C. B. & Spire, W. C.	<i>Revista da Escola de Enfermagem</i> , 34 (4), 370-375	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000400008&lng=pt&nrm=iso

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento... (cont.)*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
202	<u>Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca</u>	2000	Coelho, M. & Ribeiro, J.	<i>Psicologia Saúde & Doenças</i> , 1 (1), 79-87	http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a09.pdf
203	O enfrentamento do câncer em crianças: a intervenção da Psicologia	2000	Costa Junior, A. L.; Coutinho, S. M. G.; & Kanitz, S.	<i>Pediatria Moderna</i> , 36 (5), 350-333	http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000300007&script=sci_arttext
204	Enfrentamento da depressão: estilo explanatório e tipo de experiência depressiva	1999	Smith, V. H.	<i>Estudos em Psicologia</i> , 16 (3), 19-31	Resumo: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=278558&indexSearch=ID
205	Enfrentando o morrer: a experiência de luto (a) do paciente com câncer avançado e seus familiares	1999	Jaen, V.	<i>Psicologia em Revista</i> , 8, 11-22	Resumo: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=288311&indexSearch=ID
206	Escala de eventos vitais e estratégias de enfrentamento (coping)	1999	Savioa, M. G.	<i>Revista de Psiquiatria Clínica</i> , 26 (2), 57-67	http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo(57).htm
207	Estratégias de enfrentamento: um estudo com idosos participantes de grupos de orientação e controle da hipertensão arterial	1999	Vieira, V. A., Trindade, Z. A., & Antunes, N. M.	<i>Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo</i> , 9 (1A), 11-18	http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=475340&indexSearch=ID
208	O capital emocional como recursos de enfrentamento das psicopatologias do trabalho	1999	Stella, M. I. J., Rossetto, M. A. C., Hames, S. L., Antonini, P., Rosetto Junior, J. A., & Coelho, A. C. P.	<i>Psikhe</i> , 2 (4) 15-23	http://fmu.br/graduacao/psicologia/arquivos/revista_psiuke/psikhe-v.4-n.2.pdf
209	Um estudo diferencial sobre crenças de portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), relacionadas ao enfrentamento psicológico das condições de contágio	1999	Figueiredo, M. A. C.; Terenzi, N. M. & Machado, A. A.	<i>Medicina, Ribeirão Preto</i> , 32 (3), 294-302	http://www.fmrp.usp.br/revista/1999/vol32n3/um_estudo_diferencial_crenças_portadores_hiv.pdf
210	Com o olhar nos professores: desafios para o enfrentamento das realidades escolares	1998	Marin, A. J.	<i>Cadernos Cedes</i> , 19 (44), 8-18	http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/com-olhar-nos-professores-desafios-enfrentamento-das-realidades-escolares/id/513708.html
211	O conceito de coping: uma revisão teórica	1998	Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R.	<i>Estudos em Psicologia</i> , 3 (2), 273-294	http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n2/a06v03n2.pdf

Tabela A1. *Estratégias de Enfrentamento... (cont.)*

N	TÍTULO DO ARTIGO	ANO	NOME DOS AUTORES	NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA	ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO
212	<u>Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca</u>	2000	Coelho, M. & Ribeiro, J.	<i>Psicologia Saúde & Doenças</i> , 1 (1), 79-87	http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a09.pdf
213	O enfrentamento do câncer em crianças: a intervenção da Psicologia	2000	Costa Junior, A. L.; Coutinho, S. M. G.; & Kanitz, S.	<i>Pediatria Moderna</i> , 36 (5), 350-333	http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000300007&script=sci_arttext
214	Enfrentamento da depressão: estilo explanatório e tipo de experiência depressiva	1999	Smith, V. H.	<i>Estudos em Psicologia</i> , 16 (3), 19-31	Resumo: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=278558&indexSearch=ID
215 *	Enfrentando o morrer: a experiência de luto (a) do paciente com câncer avançado e seus familiares	1999	Jaan, V.	<i>Psicologia em Revista</i> , 8, 11-22	Resumo: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=288311&indexSearch=ID
216	Escala de eventos vitais e estratégias de enfrentamento (coping)	1999	Savioa, M. G.	<i>Revista de Psiquiatria Clínica</i> , 26 (2), 57-67	http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo(57).htm

APÊNDICE B – Instrumentos de Avaliação do *Coping*

Tabela B1. *Instrumentos utilizados para avaliar o coping em artigos empíricos no Brasil*

Instrumento utilizado	Frequência
1. Entrevista elaborada	74
2. <i>Inventário de Estratégias de Coping</i> (Folkman & Lazarus, 1985) – <i>Ways of Coping</i> - versão adaptada por Savóia et al. (1996)	22
3. <i>Escala Modos de Enfrentamento de Problemas</i> (EMEP), validada por Seidl et al. (2001)	22
4. Observação	19
5. <i>Inventário de Estratégias de Coping</i> (Folkman & Lazarus, 1985) – <i>Ways of Coping Checklist</i> , sem especificar a versão ou tradução	8
6. <i>Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização</i> (AEH) (Motta & Enumo, 2002)	5
7. Questionário elaborado	2
8. <i>Escala de Afrontamiento del Estrés para Adolescentes</i> (Frydenberg, 1997)	2
9. <i>Inventário Multifatorial de Coping para Adolescentes - IMCA-43</i> (Antoniazzi, 2000)	2
10. <i>Escala Breve de Enfrentamento Religioso</i> (Pargament, Koenig & Perez, 2000) (baseada no BriefRCOPE)	2
11. <i>Escala de Coping Religioso-Espiritual</i> (Escala CRE), adaptação da escala RCOPE por Pargament et al. (2000)	2
12. <i>Escala de Coping com Problemas de Saúde (Coping with Health Problems - CHIP)</i> (Endler, Parker & Summerfeldt, 1998)	2
13. <i>Coping Response Inventory-Y</i> (CRI-Y) (Moos, 1993)	2
14. <i>Coping Response Inventory Adult Form</i> (CRI –A) (Moos, 1993)	1
15. <i>Inventário de Coping</i> (Jalowiec, 1987)	1
16. <i>Coping Job Scale</i> (CJS) (Latack, 1986), adaptada por Jesus e Pereira (1994)	1
17. <i>Escala de Enfrentamento para Adolescentes – ASC</i> (Frydenberg & Lewis, 1997), traduzida e adaptada por Câmara, Sarriera e Remor (2002)	1
18. <i>Inventário Multifatorial de Coping para Adolescentes - IMCA-43</i> (Antoniazzi, 2000)	1
19. <i>Coping Strategies Inventory</i> (Ryan-Wenger, 1990), adaptado por Lima et al. (2002)	1
20. <i>Escala Toulousaine de Coping</i> (ETC - <i>Echelle Toulousaine de Coping</i>) (Esparbès-Pistre, Sordes-Ader & Tap. 1994)	1
21. <i>Escala de Coping</i> (Billings & Moos, 1991), traduzida, adaptada e validada por Guimarães, Coelho e Freire (2005)	1
22. <i>Escala de Estilos de Coping</i> (EEC) (Góngora & Reyes, 1998) validada para a população do México por Vera-Noriega e Silva (2000)	1
23. <i>Escalas de Coping através do Lazer</i> (ECL) (Iwasaki & Mannell, 2000)	1
24. <i>Schoolagers' Coping Strategies Inventory – SCSI</i> (Ryan-Wenger, 1990)	1
Total de ocorrências	175

Nota. Foram excluídos artigos teóricos, de intervenção e aqueles que não avaliassem as EE. No caso de artigos que utilizaram mais de um instrumento, foram computadas as ocorrências dos dois (ou mais) instrumentos.

APÊNDICE C – Sugestão de roteiro de leitura sobre a Teoria Motivacional do *Coping*

TEORIA MOTIVACIONAL DO COPING (MTC)

Textos disponíveis em: <http://www.pdx.edu/psy/ellen-skinner-2>

COMECE POR:

1. Skinner, E.A., & Wellborn, J.G. (1994). Coping during childhood and adolescence: a motivational perspective. In D.L. Featherman, R.M. Lerner, & M. Perlmutter (Eds.), <i>Life-Span Development and Behavior</i> , (v. 12, pp. 91-133). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.	Neste trabalho as autoras expõem em detalhes a proposta da MTC a partir dos fundamentos teóricos da teoria, discutindo-os em relação principais tópicos da literatura sobre estresse e <i>coping</i> . Texto fundamental para a compreensão dos pilares da teoria, deve ser o primeiro a ser lido por quem ainda está iniciando no assunto.
2. Skinner, E. A. (1999). Action regulation, coping and development. In J. B. Brandstädter & R. M. Lerner (Eds.) <i>Action and self-development</i> (pp. 465-503). Thousand Oaks, CA: Sage.	Neste texto Skinner trabalha a compreensão do conceito de “ação regulatória” dentro de sua proposta teórica, com as definições do conceito e seus determinantes pessoais e sociais. Texto complementar ao primeiro. Amplifica a compreensão do modelo teórico.

EM SEGUIDA LEIA:

1. Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H. (2003). Searching for the Structure of Coping: a review and critique of category systems for Classifying ways of coping. <i>Psychological Bulletin</i> , 129 (2), 216-269.	Neste trabalho a autora revisa 100 trabalhos na literatura e suas proposições de classificação do enfrentamento. Apresenta como a derivação de estratégias em famílias é feita, bem como as críticas propostas aos sistemas de outros autores. É um clássico da área pelo valor científico e mérito do esforço da proposta. Ajuda a entender com base em que argumentos os autores propõem o sistema de 12 famílias.
---	--

INTERESSE EM: AVALIAÇÃO DO COPING

1. Skinner, E. A. (2007). Coping assessment. In: S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, et al. (Eds.). <i>Cambridge handbook of psychology, health and medicine</i> (2 ed., pp. 245-250). Cambridge UK: Cambridge University Press.	Neste texto a autora apresenta os principais desafios na avaliação do coping, especificamente no que se refere ao seu aspecto de processo. O texto ajuda a compreender algumas dificuldades metodológicas da área. Também vale à pena olhar a Tabela 1 na página 248 que apresenta uma boa síntese das 12 famílias de enfrentamento.
---	--

**INTERESSE EM:
ASPECTOS DESENVOLVIMENTAIS DO COPING**

1. Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. <i>Annual Review of Psychology</i> , 58, 119-144.	Neste texto Skinner descrever aspectos conceituais e metodológicos relacionados à pesquisa do <i>coping</i> na infância e as mudanças desenvolvimentais no enfrentamento, mostrando, dentro do sistema de 12 famílias, como algumas das possibilidades de enfrentamento em cada uma dessas famílias mudam de acordo com o tempo. Este texto é fundamental para entender os diferentes níveis de desenvolvimento e suas relações com o <i>coping</i> e sintetiza, de alguma forma, os outros materiais sobre desenvolvimento e <i>coping</i> .
2. Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2009). Coping, development influences. In: H. T. Reis, & S. Sprecher, <i>Encyclopedia of Human Relationships</i> . Newbury: Sage.	Neste texto Skinner aborda a relação entre regulação e <i>coping</i> , especialmente no que se refere à busca de suporte social. Explica também as influências sociais no desenvolvimento do <i>coping</i> . Texto que apresenta uma visão mais periférica dos aspectos desenvolvimentais do coping.
3. Skinner, E. A., & Edge, K. (1998). Reflections on Coping and Development across the life span. <i>International Journal of Behavioral Development</i> , 22 (2), 357-366	Neste texto Skinner aborda alguns aspectos da relação entre coping e desenvolvimento, e mostra o papel do indivíduo e do contexto na construção da percepção do estressor como ameaça ou desafio. Aborda também o papel das intervenções para a promoção do enfrentamento, especialmente no que se refere à relação da mudança com o conceito de “ação” ou “padrões de ação”. A parte da intervenção é especialmente relevante neste texto, pois aparece pouco na obra de Skinner como um todo.
4. Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2009). Challenges to the developmental study of coping. In: E. A. Skinner & M. J. Zimmer-Gembeck. (Eds.) <i>Coping and the development of regulation. New directions for child and adolescent development</i> , (pp. 5-17). San Francisco: Jossey-Bass.	Skinner apresenta os principais desafios metodológicos no estudo do <i>coping</i> e apresenta as 12 famílias de enfrentamento e as principais características do coping por faixa etária (0 a 18 meses; 2 a 5 anos; 6 a 8 anos; 10 a 12 anos; 14 a 16 anos e 18 a 22 anos). Texto fundamental para quem irá propor a avaliação e/ou intervenção nas estratégias de enfrentamento em crianças.
5. Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents coping with stress: development and diversity. <i>The Prevention Researcher</i> , 15 (4), 3-7.	Aborda aspectos específicos do coping na adolescência. Apesar do interesse mais específico deste texto, vale à pena olhar a Tablea 1.1 na página 5 pois ela apresenta as 12 famílias de enfrentamento, sua relação com os processos adaptativos e exemplos de estratégias em cada uma das famílias.
6. Aldwin, C. M., Skinner, E. A., Zimmer-Gembeck, M. J. & Taylor, A. (in press). Coping and self-regulation across the lifespan. In: K. Fingerma, C. Berg, T. Antonicci, & J. Smith, <i>Handbook of Lifespan Psychology</i> . Berlin: Springer.	Aborda as relações entre coping e autorregulação, especificamente no que se refere às categorias de controle primário e secundário. A autora mostra como esses tipos de controle vão se desenvolvendo com o tempo, e a relação deles com a emergência do <i>coping</i> e seu desenvolvimento em vários momentos do ciclo vital. Texto mais teórico/conceitual, de particular interesse para quem irá trabalhar com coping infantil.

**INTERESSE EM:
PAPEL DOS PAIS/ADULTOS NO DESENVOLVIMENTO DO COPING INFANTIL**

<p>1. Skinner, E. A., & Edge, K. (2002a). Parenting, motivation, and the development of coping. In L. J. Crockett (Ed.). <i>The Nebraska Symposium on Motivation: motivation, agency, and the life course</i> (pp. 77-143). Lincoln NB: University of Nebraska Press.</p>	<p>Neste texto Skinner aborda os fatores de risco e de proteção que contribuem, respectivamente, para um mau ou bom funcionamento do <i>coping</i>. A autora explica como os pais podem contribuir com o coping infantil e também como o comportamento da criança “modela” o comportamento dos pais, especialmente no que se refere ao fornecimento de suporte, apresentando assim uma perspectiva parecida com a do Sameroff (influências recíprocas entre pais e filhos). Apresenta também dados de pesquisa que investigaram essa relação: pais – filhos – coping. Texto enorme, cuja leitura vale muito à pena pois, além de ter várias figuras e esquemas que facilitam a compreensão, o modelo explicativo proposto para a promoção do <i>coping</i> da criança é bem consistente com achados da literatura e pode ser “extrapolado” também para adultos.</p>
<p>2. Skinner, E. A., Johnson, S. J., & Snyder, T. (2005). Six dimensions of parenting: A motivational model. <i>Parenting: Science and Practice</i>, 2, 175 - 235.</p>	<p>Apresenta uma série de trabalhos da literatura que demonstram que os três aspectos por ela propostos (fornecimento de estrutura, ambiente envolvente e caloroso, e suporte para o desenvolvimento da autonomia) são fundamentais para um “bom” <i>coping</i>. Neste texto Skinner aborda a relação entre regulação e <i>coping</i>, especialmente no que se refere à busca de suporte social. Explica também as influências sociais no desenvolvimento do <i>coping</i>. Vale à pena dar uma olhada na figura 1 da página 186, que sintetiza os três aspectos promotores de um “bom” <i>coping</i>.</p>

**INTERESSE EM:
PERCEPÇÃO DE CONTROLE**

<p>1. Skinner, E. A. (1992). Perceived control: Motivation, coping, and development. In R. Schwarzer (Ed.), <i>Self-efficacy: Thought control of action</i> (pp. 91 - 106). London: Hemisphere Publishing Corporation.</p>	<p>Analisa a participação da percepção de controle no processo de estresse e <i>coping</i>. Texto mais de detalhamento para aqueles que forem trabalhar com essa variável “percepção de controle” de forma mais caracterizada.</p>
--	--

**INTERESSE EM:
OUTROS ASPECTOS DA TEORIA**

<p>1. Skinner, E. A., Kindermann, T. A., Connell, J. P., & Wellborn, J. G. (2009). Engagement as an organizational construct in the dynamics of motivational development. In K. Wentzel & A. Wigfield (Eds.), <i>Handbook of motivation in school</i> (pp. 223-245). Mahwah, NJ: Erlbaum</p>	<p>Trabalho o conceito de ação e a relação disso com o engajamento ou desengajamento no <i>coping</i>. Propõe uma aproximação com o modelo bioecológico de Bronfenbrenner. Texto referência para quem trabalha com o <i>coping</i> de crianças no contexto escolar.</p>
<p>2. Skinner, E. A. & Kindermann, T. (2008). A Motivational Perspective on Engagement and Disaffection: conceptualization and assessment of children's behavior and emotional participation in academic activities in the classroom.</p>	<p>Texto dentro da mesma linha conceitual do anterior, com a diferença que apresenta os resultados de uma pesquisa feita pela autora no contexto escolar. Texto fundamental para quem vai trabalhar com o coping e motivação no ambiente escolar.</p>

APÊNDICE D – Cartaz de divulgação do treinamento: “Humanização na UTIN: cuidado ao recém-nascido e comunicação com a família”

HUMANIZAÇÃO NA UTIN: cuidado ao recém-nascido e comunicação com a família.

Treinamento da Equipe Técnica da UTIN.

Datas: 13 e 14 de outubro de 2010, 17h e 19h.

Local: Sala de Psicologia/Serviço Social da Maternidade.

Responsáveis: Ms. Cláudia Paresqui Roseiro, Programa de Pós-graduação em Psicologia/UFES.

Ms. Fabiana Pinheiro Ramos, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia/UFES.

O treinamento inclui a devolução dos resultados de pesquisas conduzidas na UTIN pela equipe da Profa. Dra. Sônia R. F. Enumo e da Profa. Dra. Kely Maria Pereira de Paula, do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFES.



APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
 CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL DE DO DESENVOLVIMENTO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
 HOSPITAL Dr. DÓRIO SILVA
 CNPq/MCT Proc. n. 485564/2006-8

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título do Projeto: Grupo de mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas.

Pesquisadoras Responsáveis: Prof^a Dr^a Sônia Regina Fiorim Enumo, Prof^a Dr^a Kely Maria Pereira de Paula (docentes do PPGP/UFES) e Ms. Fabiana Pinheiro Ramos, doutoranda do PPGP/UFES.

Instituições: Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento, Programa de Pós-Graduação em Psicologia; Hospital Dr. Dório Silva, UTIN.

Objetivo: Analisar os efeitos de um programa de intervenção para mães de crianças nascidas prematuras e com baixo peso, sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães para lidar com a situação de estresse advinda das condições de nascimento e conseqüente hospitalização do bebê.

Participantes: 15 mães de crianças nascidas prematuras e/ou baixo-peso e internadas na UTIN e no médio risco do HDDS.

Síntese dos Procedimentos: Na fase de pré-teste serão aplicados os seguintes instrumentos: 1) Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP); 2) Questionário “Momento da Notícia”; 3) Protocolo de Registro de Dados Gerais e 4) Critério de Classificação Econômica Brasil. Na fase de intervenção será aplicado o instrumento: Questionário de Avaliação da Intervenção. No pós-teste será aplicado: 1) EMEP; 2) Inventário de Satisfação do Usuário; 3) Entrevista Semi-dirigida. No seguimento será aplicado: 1) EMEP; 2) Inventário de Satisfação do Usuário; 3) Entrevista Semi-dirigida.

Esclarecimentos:

a) o participante terá direito a quaisquer esclarecimentos em relação à pesquisa em qualquer momento da sua execução;

- b) a participação na pesquisa é voluntária, o participante não receberá nem pagará nada para participar da pesquisa;
- c) o participante autoriza a gravação das entrevistas em áudio, respeitados os princípios de sigilo e confidencialidade das informações, a gravação das entrevistas será destruída após a transcrição dos dados;
- d) os dados obtidos com os instrumentos ficarão em poder do pesquisador por 5 anos, serão mantidos o sigilo e o caráter confidencial de todas as informações obtidas, a identificação dos participantes não será exposta nas conclusões ou publicações do trabalho;
- e) o participante tem liberdade de se recusar a participar da pesquisa, sem qualquer tipo de constrangimento;
- f) o participante poderá se desligar em qualquer fase da pesquisa, sem quaisquer constrangimentos ou prejuízos de qualquer ordem, inclusive sem qualquer prejuízo ao atendimento realizado no hospital;
- g) a pesquisa não oferece qualquer risco aos participantes e como benefício espera-se a ampliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização da criança e a melhoria da relação mãe-bebê, com possíveis impactos positivos no desenvolvimento da criança;
- h) quaisquer recursos, reclamações ou dúvidas poderão ser encaminhados aos pesquisadores responsáveis via coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFES pelo telefone (27) 3335-2501 ou pelo e-mail: ppgp.ufes@gmail.com. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFES pelo telefone: (27) 3335-7504 ou pelo e-mail: cep@ccs.ufes.br ou entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da SESA: (27) 3325-5546.

Consentimento:

Eu, _____,
 abaixo assinado, em pleno uso e gozo de minhas faculdades mentais, declaro que aceito participar da pesquisa acima referida sem qualquer ônus financeiro, pessoal ou moral. Tenho conhecimento de que os resultados deste estudo poderão ser apresentados em reuniões e publicações de cunho científico; entretanto, recebi garantias de que serão mantidos absoluto sigilo e respeito sobre minha identidade. Declaro ainda que, tenho plena liberdade para me retirar deste estudo a qualquer momento que decidir, sem que haja qualquer tipo de perda ou constrangimento. Considero plenamente satisfatórias as informações prestadas, bem como as respostas às dúvidas por mim suscitadas e responsabilizando-me pela veracidade das informações por mim fornecidas. Assim, aceito assinar o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RG ou Carteira Profissional da participante: _____ Órgão Emissor: _____-

Vitória, ES, __ de _____ de 20__.

 Assinatura do Participante

 Ms. Fabiana Pinheiro Ramos
 Doutoranda do PPGP/UFES

 Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo/
 Profa. Dra. Kely Maria Pereira de Paula
 Pesquisadoras Responsáveis PPGP/UFES

APÊNDICE F – Programa de Treinamento da Equipe de Pesquisa

O treinamento foi conduzido pela pesquisadora responsável pela presente pesquisa, contando com a participação de quatro alunas de graduação em Psicologia (uma bolsista do CNPq e três voluntárias), selecionadas especificamente para esta pesquisa.

O programa do treinamento, bem como sua carga horária, ocorreu da seguinte maneira:

CONTEÚDO	CARGA HORÁRIA
1. Leitura e discussão do projeto	2 horas
2. Discussão detalhada dos instrumentos a serem utilizadas visando a tirar possíveis dúvidas dos participantes quanto a seu preenchimento	2 horas
3. Discussão detalhada do procedimento, definição de escala de trabalho e atribuições	4 horas
4. Ambientação no HDDS	2 horas
CARGA HORÁRIA TOTAL	10 horas

Além do treinamento inicial, a equipe de pesquisa se reunia, em média, a cada quinze dias para discussão das atividades realizadas durante e coleta de dados.

APÊNDICE G – Protocolo de Registro de Dados Gerais (PRDG)

1. Data de hoje: ____/____/____
2. Nome completo: _____
3. Data de nascimento: ____/____/____ 4. Idade: _____
5. Telefone(s) para contato: _____
6. E-mail: _____
7. Endereço: R./Av. _____
8. Bairro: _____ 9. Cidade: _____ 10. CEP _____
11. Escolaridade: () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Médio Incompleto
 () Ensino Fundamental Completo () Ensino Superior Incompleto
 () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Completo
12. Estado Civil: _____ 13. O companheiro atual é o pai do bebê? () Sim () Não
14. Há quanto tempo vive com esse companheiro? _____ 15. Idade dele? _____
16. O companheiro trabalha? () Sim () Não 17. Se sim, em quê? _____
18. Nome completo do bebê: _____
19. Data de nascimento do bebê: ____/____/____ 20. Primeira gestação? () Sim () Não
21. Foi gravidez de gêmeos? () Sim () Não 22. Gravidez foi de risco? () Sim () Não
23. Se sim, por quê? _____
24. Idade dos outros filhos: _____
25. Já teve outro bebê prematuro e/ou baixo peso? () Sim () Não
26. Trabalha? () Sim () Não 27. Se sim, em quê? _____
28. Há quanto tempo? _____ 29. Tipo de vínculo empregatício: _____
30. Carga horária semanal de trabalho: _____ horas 31. Religião: _____
32. Se evangélica, de qual denominação? _____
33. Praticante? () Sim () Não 34. Se sim, do que participa na igreja? _____
35. Possui alguma doença ou problema de saúde? () Sim () Não
36. Se sim, qual? _____
37. Agora que seu filho está internado no hospital, quem está te ajudando nos afazeres de casa e/ou cuidado dos outros filhos e outras atribuições? _____
38. De que forma essa(s) pessoa(s) está te ajudando? _____

39. Além dessa ajuda, você tem recebido algum outro tipo de ajuda? Explique _____

40. O que mais tem preocupado você, além da situação do seu filho? _____

Caso seja necessário, você poderá utilizar o verso da folha para responder às questões.

APÊNDICE H – Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

Data de hoje: ____/____/____

Nome:

Por favor, marque um X na quantidade de itens disponíveis na casa onde você mora:

Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro *	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel **	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar ***	0	1	2	3	4 ou +
Videocassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

No caso dos bens, não considerar na contagem os seguintes casos: bem emprestado ou quebrado há mais de 6 meses, bem de propriedade de empregados.

* Não considerar banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação). Contar apenas banheiros que possuam vaso sanitário.

** Veículos utilizados para atividades profissionais não devem ser contados.

*** Considerar apenas máquinas de lavar automáticas e semi-automáticas. O tanquinho não deve ser considerado.

Assinale o grau de instrução do chefe da família:

NOMENCLATURA ANTIGA		NOMENCLATURA ATUAL
Analfabeto/primário incompleto	()	Analfabeto/ até a 3ª série fundamental
Primário completo	()	4ª série fundamental
Ginasial completo	()	Fundamental completo
Colegial completo	()	Médio completo
Superior completo	()	Superior completo

APÊNDICE I – Ficha do Bebê (FB)

1. Data: ____/____/____
2. Nome da mãe: _____
3. Nome do bebê: _____
4. Data de nascimento: ____/____/____ 5. Sexo: () M () F
6. Peso ao nascimento: _____ gramas 7. Idade gestacional: _____ semanas
8. Escore Apgar: 1º minuto _____ 5º minuto _____
9. Tempo de internação: _____ dias () UTIN () Médio risco
10. Doenças ou problemas do bebê durante a internação: _____

11. Número de consultas no pré-natal: _____ consultas
12. Tipo de parto: () Normal () Cesáreo
13. Data da alta do bebê: ____/____/____ 14. Total de dias da internação: _____
15. Peso do bebê na alta: _____ gramas
16. Alguma seqüela na alta? _____
17. Previsão de retorno ao hospital: ____/____/____

APÊNDICE J – Questionário Momento da Notícia (QMN)



O “Momento da Notícia” foi aquele em que você soube dos problemas de saúde do seu bebê. Gostaríamos de entender o que você vivenciou naquele momento. Para responder ao questionário, tente se lembrar do que você pensou e sentiu no momento em que disseram a você que seu bebê tinha algum problema de saúde e teria que ficar internado por algum tempo na UTIN.

Data: ___/___/___

Nome: _____

1. O que você sabe sobre o problema do seu filho? _____

2. Quem deu a notícia sobre a situação do seu bebê?

Pediatra/Neonatologista () Ginecologista/Obstetra () Enfermeira ()

Psicóloga () Outros () Quem? _____

3. Como foi dada a notícia?(relatar detalhadamente) _____

4. Quem recebeu a notícia primeiro?

Mãe () Pai () Outros () Quem? _____

5. Em que momento você recebeu a notícia?

() durante a gravidez () durante o parto () após o nascimento do bebê

6. O que você achou da forma como lhe foi dada a notícia? Explique _____

7. Como você se sentiu ao receber a notícia? _____

8. Ao saber do problema de seu filho você sentiu necessidade de conversar com alguém sobre isso?

Não () Sim () Se sim, com quem? _____

9. Como o pai do bebê reagiu quando soube da notícia? _____

10. A situação do bebê causou alguma mudança no relacionamento do casal? (caso tenha companheiro)

Qual? _____

11. Na sua opinião, como a notícia deveria ser dada? _____

12. Como é que você se sente atualmente em relação ao problema de seu filho? _____

13. Alguma outra coisa você gostaria de acrescentar a respeito do momento e da maneira que você foi comunicada sobre o estado do seu bebê? _____

Caso seja necessário, você poderá utilizar o verso da folha para responder às questões.

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE K – Protocolo de Registro de Sessão (PRS)

Número do Grupo de Mães: GM____ Data: ____/____/____

Nome _____ do _____ observador:

() Sessão 1 () Sessão 2

1. Descrição do ambiente físico:

/ Porta/	Legenda:
----------	----------

2. Descrição do ambiente social (clima do grupo):

3. Descrição das atividades realizadas:

4. Observações/comentários:

APÊNDICE L – Protocolo de Avaliação do Comportamento Verbal e Não Verbal das Mães em Situação de Grupo (PAC-GM)

Data: ____/____/____ Número do grupo: GM____ Dia do Grupo de Mães: () Sessão 1 () Sessão 2

Avaliador: _____ Horário de início da observação: _____ Horário de término da observação: _____

Legenda (nome da mãe): M1 _____

M2 _____

M3 _____

M4 _____

M5 _____

M6 _____

M7 _____

M8 _____

M9 _____

Legenda: M = mediador; GM= grupo de mães.

Categoria	Itens Avaliados	Critério	M	M	M	
Comportamentos não verbais	NV 1. Estabelece contato visual com o M.	0 – Nunca 1 - Quase nunca 2 - Quase sempre 3 - Sempre				
	NV 2. Estabelece contato visual com os outros membros do GM.					
	NV 3. Mostra estar à vontade ou confortável na situação de GM.					
	NV 4. Segue as instruções de M.					
	NV 5. Demonstra indisposição ou cansaço.					
	NV 6. Mostra-se retraída ou tensa.					
	NV 7. Distrai-se com o ambiente.					
	NV 8. Sai da sala durante a intervenção.		Quantidade de vezes durante a sessão			
	NV 9. Chora ou embarga a voz.					
	NV 10. Sorri.					
Comportamentos Verbais	V 1. Responde a pergunta feita por M.	Quantidade de vezes durante a sessão				
	V 2. Faz pergunta ao M.					
	V 3. Faz pergunta a outros membros do GM.					
	V 4. Expressa empatia em relação a membros do GM.					
	V 5. Fornece informações ou dicas a outros membros do GM.					

APÊNDICE M – Instrumento para Observação do Padrão de Interação do Mediador em Situação de Grupo (IOPIM) (adaptado de Lidz, 2000)

Data da observação: ___/___/___

Nome do observador: _____

Nome do mediador: _____

Observe a atuação do mediador (M) do início ao fim da sessão de grupo (G).

(escreva NA se não se aplica)

Use a escala de avaliação que se segue e registre comentários descritivos adicionais abaixo:

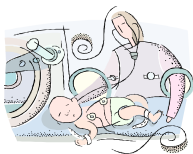
Legenda: M= mediador; P = participante(s); GM = grupo de mães

4.....	3.....	2.....	1.....
o comportamento	o comportamento	o comportamento	o comportamento
apontado ocorre	apontado ocorre	apontado ocorre	apontado NUNCA
SEMPRE	MUITAS VEZES	POUCAS VEZES	ocorre

- | | |
|---|---------|
| 1. M produz uma mensagem clara ao GM, com objetivo de engajá-lo nas atividades da sessão | 4 3 2 1 |
| 2. M consegue com sucesso manter a atenção do GM ao longo da sessão | 4 3 2 1 |
| 3. Quando P perdem a atenção, M procura meios eficazes de fazê-los retomar a concentração nas atividades do grupo | 4 3 2 1 |
| 4. M produz suporte apropriado, visível e concreto para o alcance dos objetivos da sessão | 4 3 2 1 |
| 5. M usa voz, gestos e movimentos para vivenciar a apresentação dos conteúdos da sessão | 4 3 2 1 |
| 6. M especificamente aponta características extras e elementos dos materiais e conteúdos importantes de serem notados | 4 3 2 1 |
| 7. M promove pensamentos que associam o conteúdo da sessão com experiências anteriores | 4 3 2 1 |
| 8. M promove pensamentos que associam o conteúdo a experiências futuras | 4 3 2 1 |
| 9. M demonstra perceber as experiências ou perspectivas dos P (o que a mãe deve estar pensando ou sentindo) | 4 3 2 1 |
| 10. M compartilha seus próprios pensamentos ou experiências relevantes para os objetivos da sessão | 4 3 2 1 |
| 11. M comunica de forma clara a proposta da sessão em termos do que é esperado dos P | 4 3 2 1 |

12. M organiza ou planeja a sessão de forma clara 4 3 2 1
13. M promove pensamentos de estratégias nos P (ex: perguntando questão “como”, sugerindo estratégias de enfrentamento da situação) 4 3 2 1
14. Quando dá instruções sobre como realizar a tarefa (preencher instrumentos e livro de apoio, por exemplo), M inclui informações sobre os princípios básicos da tarefa; 4 3 2 1
15. M faz comentários positivos e observações que encorajam P 4 3 2 1
16. M faz observações sobre a participação, incluindo *feedback* sobre como estão (ou não) participando da sessão de GM 4 3 2 1
17. M interpreta as dicas comportamentais dos P e responde a esses comportamentos e necessidades, atendendo em tempo e de maneira apropriada (isso inclui a oferta de momentos em que se deve esperar) 4 3 2 1
18. M é capaz de contrabalançar a participação daqueles que falam pouco com as que falam muito 4 3 2 1
19. M faz solicitações ou questões que promovem a integração de dados das diferentes sessões 4 3 2 1
20. M oferece oportunidade aos participantes para reconhecer e sintetizar suas experiências de aprendizagem no GM 4 3 2 1
21. As interações do M promovem uma autorregulação e uma responsabilidade pessoal diante das ações 4 3 2 1
22. Os objetivos da sessão e a seleção dos materiais promovem o envolvimento ativo dos P 4 3 2 1
23. O conteúdo das sessões conduz a respostas e soluções alternativas no que se refere ao enfrentamento dos P 4 3 2 1

APÊNDICE N – Questionário de Avaliação da Intervenção (QUAI)



Data: ___ / ___ / ___

Nome: _____

1. Você considera que o grupo de hoje te ajudou no enfrentamento da situação do seu bebê?

() Sim () Não

Por quê? _____

2. O que você achou mais interessante ou importante no grupo hoje e por quê?

3. O que você achou que não foi interessante ou importante no grupo hoje e por quê?

4. Como você esta se sentindo após a realização do grupo hoje (marque um x):

1. muito pior do que antes	2. pior do que antes	3. me sinto igual	4. um pouco melhor do que antes	5. muito melhor do que antes
-------------------------------	-------------------------	-------------------	---------------------------------------	---------------------------------

APÊNDICE O – Inventário de Satisfação do Usuário (ISU)

Data: _____

Nome: _____

Por favor, circule a resposta para cada questão que melhor expresse como você realmente se sente:

1. Ao participar das reuniões do Grupo de Mães, acho que aprendi sobre o bebê internado na UTIN:

1. nada	2. muito pouco	3. alguma coisa	4. várias coisas	5. muitas coisas
---------	----------------	-----------------	------------------	------------------

2. Ao participar das reuniões do Grupo de Mães, acho que eu aprendi sobre como lidar com o bebê internado na UTIN:

1. nada	2. muito pouco	3. alguma coisa	4. várias coisas	5. muitas coisas
---------	----------------	-----------------	------------------	------------------

3. Para cuidar do bebê internado na UTIN, sinto que depois das reuniões do Grupo de Mães, eu estou:

1. nada confiante	2. um pouco confiante	3. o mesmo que antes	4. mais confiante	5. muito mais confiante
-------------------	-----------------------	----------------------	-------------------	-------------------------

4. Em relação a enfrentar a internação do bebê, acho que o Grupo de Mães:

1. não ajudou	2. ajudou pouco	3. nem ajudou, nem atrapalhou	4. ajudou um pouco	5. ajudou muito
---------------	-----------------	-------------------------------	--------------------	-----------------

5. Meu sentimento sobre participar das reuniões do Grupo de Mães:

1. eu detestei muito	2. eu detestei um pouco	3. eu me sinto neutro (a)	4. eu gostei um pouco	5. eu gostei muito
----------------------	-------------------------	---------------------------	-----------------------	--------------------

6. Se eu pudesse resumir meus sentimentos ou minhas percepções sobre ter participado do Grupo de Mães, em uma frase, eu diria que:

7. Outras observações (use o verso da folha, se necessário):

APÊNDICE P – Entrevista Semidirigida I

Inicialmente, lembrar de fazer um breve *rapport* com a mãe, dizendo que o objetivo da entrevista é conhecer mais profundamente a experiência dela com a UTIN e com o Grupo de Mães, e que não existem respostas certas ou erradas, o que queremos é que ela fale das suas experiências tal qual ela percebe.

1. Até o nascimento do seu bebê você sabia alguma coisa sobre prematuridade e baixo peso?
2. Que informação você recebeu sobre seu bebê por parte da equipe de saúde?
3. Você tem alguma dúvida sobre seu bebê que ainda não foi respondida pela equipe de saúde?
4. Como foi para você a primeira vez que entrou na UTIN e viu seu bebê?
5. E hoje, como está sendo para você lidar com a situação do seu bebê?
6. O que tem te ajudado a atravessar esse momento?
7. Quem são as pessoas com as quais você pode contar neste momento? De que maneira estas pessoas estão te apoiando?
8. Com que frequência o pai do bebê vem visitá-lo na UTIN?
9. Como ele está lidando com a situação do bebê?
10. Como sua família e amigos estão lidando com a situação do bebê?
11. Quais são as suas maiores preocupações neste momento?
12. Quais são as suas expectativas em relação ao que vai acontecer com o seu bebê nos próximos dias?
13. Como você imagina que será o dia a dia após a alta do bebê do hospital?
14. Você acha que mudou alguma coisa na sua vida após essa experiência de hospitalização do bebê na UTIN?
15. Você acha que o GM te ajudou de alguma forma no enfrentamento da situação do seu bebê? (Se sim, como? Se não, por quê?)
16. O que você achou mais interessante nas reuniões? Por quê?
17. Houve algum momento que tenha sido mais difícil para você no GM? Explique.
18. O que você acha que poderia ser modificado no grupo de forma a ajudar outras mães a enfrentar a mesma situação que você?
19. Você tem alguma dúvida sobre seu bebê que não foi abordada no GM?
20. Se você pudesse resumir tudo que tem vivido nestes dias em uma frase o que você diria?
21. Há mais alguma coisa que você gostaria de falar sobre o enfrentamento da situação do seu bebê ou sobre as dificuldades e sentimentos que está experimentando?

Ao final da entrevista, lembrar de agradecer à mãe pela participação, abertura e disponibilidade e frisar que nos encontraremos novamente quando ela voltar ao hospital, após 2 meses de alta do bebê.

APÊNDICE Q – Entrevista Semidirigida II

Inicialmente, lembrar de fazer um breve *rapport* com a mãe, dizendo que o objetivo da entrevista é conhecer mais profundamente a experiência dela com o bebê em casa, e que não existem respostas certas ou erradas, o que queremos é que ela fale das suas experiências tal qual ela percebe.

1. De modo geral, como está sua vida hoje com o bebê em casa?
2. Como tem sido sua rotina com seu bebê após esses dois meses de alta do hospital?
3. A rotina atual é diferente daquilo que você esperava (imaginava) quando seu bebê estava internado? Explique.
4. Seu bebê tem tido algum problema ou dificuldade agora que está em casa?
5. Você tem tido alguma dificuldade para lidar com seu bebê? Explique.
6. (Caso a resposta anterior tem sido afirmativa) Tem alguma coisa ou alguém que tem ajudado você a lidar com essa dificuldade?
7. Quais são suas maiores preocupações neste momento? E em relação ao seu bebê, alguma coisa te preocupa? (Caso a resposta anterior não seja em relação ao bebê)
8. Quais são as suas expectativas em relação ao que vai acontecer com seu bebê nos próximos meses?
9. (Caso o bebê tenha sido transferido) O bebê está sendo acompanhado? (Investigar se a mãe tem levado o bebê a consultas de rotina e onde isso tem sido feito).
10. Como seu companheiro está lidando com o bebê em casa hoje? Ele tem tido alguma dificuldade?
11. Como sua família e amigos estão lidando com a situação do bebê hoje?
12. Olhando hoje para as dificuldades que você enfrentou no momento da hospitalização do seu filho e para as dificuldades que você experimenta hoje, qual desses dois momentos você considera mais difícil de enfrentar? Por quê?
13. Como você avalia hoje a experiência que passou com seu filho na UTIN? Explique.
14. Na época em que seu bebê estava internado, como você lidava com as informações que a equipe te dava sobre o estado do bebê?
15. Ter participado do GM no período em que seu bebê estava internado te ajudou de alguma forma no enfrentamento da situação do seu bebê? Explique.
16. Existe algo que tenha te marcado mais no GM?

17. Você se recorda de algo que foi dito no GM (alguma informação, por exemplo) que tem sido útil para você?
18. Você ainda tem o livreto que foi entregue no GM? Tem utilizado ele de alguma forma? Explique. (Investigar se o livreto tem sido útil de alguma maneira)
19. Você ainda tem alguma dúvida sobre o desenvolvimento do seu bebê?
20. Há mais alguma coisa que você gostaria de falar sobre o enfrentamento da situação do seu bebê ou sobre as dificuldades e sentimentos que está experimentando hoje?

APÊNDICE R – Entrevista Semidirigida III

Inicialmente, lembrar de fazer um breve *rapport* com a mãe, dizendo que o objetivo da entrevista é conhecer mais profundamente a experiência dela após a morte do bebê, e que não existem respostas certas ou erradas, pois o que queremos é que ela fale das suas experiências tal como ela percebe.

1. De modo geral, como está sua vida hoje, após o falecimento do bebê?
2. Como você lida hoje com a perda do bebê?
3. Existe algo que esteja te ajudando a superar essa perda?
4. Como seu companheiro está lidando com a perda do bebê?
5. E seus familiares e amigos, como estão lidando com a situação?
6. Olhando hoje para as dificuldades que você enfrentou no momento da hospitalização do seu filho e para as dificuldades que você experimenta hoje, enfrentando a morte do bebê, qual desses dois momentos você considera mais difícil de enfrentar? Por quê?
7. Como você avalia hoje a experiência que passou com seu filho na UTIN? Explique.
8. Na época em que seu bebê estava internado, como você lidava com as informações que a equipe lhe dava sobre o estado do bebê?
9. Como você foi comunicada do falecimento do seu bebê? O que você achou da forma como a notícia foi dada?
10. Ter participado do GM, no período em que seu bebê estava internado, ajudou-lhe de alguma forma no enfrentamento da situação do seu bebê? Explique.
11. Existe algo que tenha lhe marcado mais no GM?
12. Você se recorda de algo que foi dito no GM (alguma informação, por exemplo) que tenha sido útil para você?
13. Há mais alguma coisa que você gostaria de falar sobre o enfrentamento da situação da morte do seu bebê ou sobre as dificuldades e sentimentos que está experimentando hoje?

APÊNDICE S – Cartaz de divulgação do grupo de mães na UTIN

Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas

OBJETIVO Fornecer acolhimento e suporte psicológico para mães de bebês prematuros e baixo peso internados na UTIN, auxiliando-as no enfrentamento da condição de hospitalização do bebê.

QUEM PODE PARTICIPAR Mães que desejem compartilhar suas experiências e obter mais informações sobre como ajudar o desenvolvimento do bebê prematuro e baixo peso.

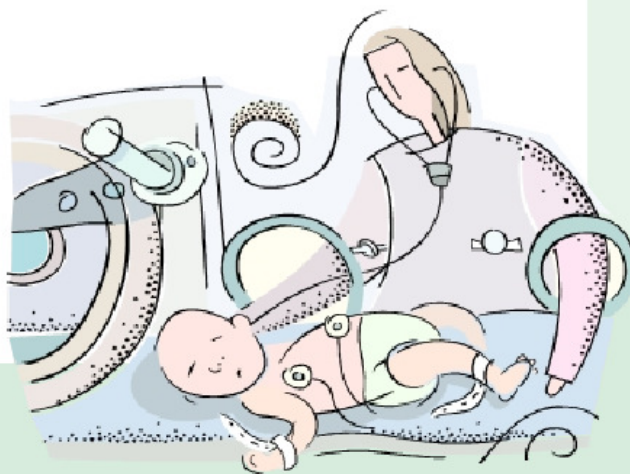
O grupo tem duração de 2 dias no horário de 13h30min às 15h30min

Datas

Na sala da Psicologia/Serviço Social (maternidade)

RESPONSÁVEL Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFES.

O grupo de mães é parte de uma pesquisa de avaliação e intervenção com crianças prematuras e baixo peso, suas mães e profissionais da UTIN, realizada no Hospital Dr. Dório Silva por uma equipe de pesquisadores do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFES. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética CEP/HINSG/SESA, protocolo 51/09 e pelo Comitê de Ética CCS/UFES, protocolo 211/09.



APÊNDICE T – Folder de divulgação do grupo de mães na UTIN

As pessoas têm diferentes reações diante de eventos inesperados: medo, choro, raiva, ansiedade, tristeza, apatia, indiferença, dentre outros. Você pode ter sentido (ou estar sentindo ainda) algumas dessas sensações diante da situação do seu bebê. É perfeitamente compreensível que tenhamos dificuldades de lidar com uma situação nova, que nunca vivenciamos anteriormente e que traz desconforto e insegurança. Ao processo de lidar com esses sentimentos e todas as conseqüências da situação do seu bebê prematuro e/ou baixo peso chamamos **enfrentamento**. O Grupo de mães na UTIN busca ajudar você a lidar com esta situação.



Programa de Pós-Graduação
em Psicologia



Grupo de Mães na UTIN: Promoção de Estratégias de Enfrentamento Maternas

Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas.

OBJETIVO

Fornecer um espaço de acolhimento e suporte psicológico para mães, auxiliando-as no enfrentamento da condição de hospitalização do bebê.

O grupo de mães é parte de uma pesquisa de avaliação e intervenção com crianças prematuras e baixo peso, suas mães e profissionais da UTIN, realizada no Hospital Dr. Dório Silva por uma equipe de pesquisadores do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFES.

QUEM PODE PARTICIPAR

Mães de bebês prematuros e baixo peso internados na UTIN e no Médio Risco do Hospital Dr. Dório Silva que desejem compartilhar suas experiências e obter mais informações sobre como ajudar o desenvolvimento do bebê.

DURAÇÃO

O grupo tem duração de 2 dias no horário de 13h30min às 15h30min.

QUANDO

Dias _____

LOCAL

Sala da Psicologia/Serviço Social, na maternidade.

PROGRAMA

1º dia:

- Acolhida, explicação sobre o funcionamento do grupo
- Características do bebê prematuro e baixo peso e do ambiente da UTIN.

2º dia:

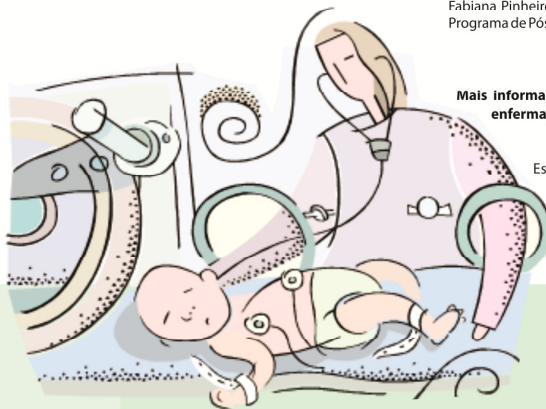
- O momento da notícia e o enfrentamento da condição do bebê.
- Desenvolvimento do bebê: enfrentando o dia-a-dia com o bebê em casa.

RESPONSÁVEL

Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFES.

Mais informações sobre o grupo no posto de enfermagem da maternidade.

Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética CEP/HINSG/SESA, protocolo 51/09.




APÊNDICE V – Slides da Sessão 1 do Grupo de Mães



**Grupo de Mães na UTIN:
Promoção de Estratégias
de Enfrentamento Maternas**

Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, Mestre em Psicologia,
Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da
UFES e bolsista CNPq.

Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN




Quem é o bebê prematuro (PT)?

- Nascido abaixo de 37 semanas de idade gestacional - IG (OMS);
- Antes de 32 a 34 semanas de idade gestacional → não coordena a sucção-deglutição-respiração, necessitando ser alimentado por sonda (nasogástrica ou orogástrica) para evitar aspiração de alimento.


Quem é o bebê com baixo peso ao nascimento (BP)?

- Nascido com peso abaixo de 2.500 gramas (OMS), independente de sua idade gestacional.




Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq.
Sônia R.F. Enumo e Kelly M. P. Paula – PPGP/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN




Bebês PT e BP:

- Biologicamente mais vulneráveis devido à imaturidade orgânica;
- Necessitam de medidas rigorosas de higiene para prevenir infecções;
- Permanecem na incubadora (temperatura constante e oxigênio) pois tem dificuldade de manter a temperatura corporal.
- A incubadora evita que o recém-nascido (RN) perca calor e peso pelo esforço (gasto de calorias) para manter a temperatura;




Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq.
Sônia R.F. Enumo e Kelly M. P. Paula – PPGP/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN



- Bebê PT/BP, não é um bebê a termo deficiente, mas um organismo único, bem equipado e funcionando adequadamente dentro do seu grau de desenvolvimento;
- Embora ainda imaturo, tem os sentidos funcionando e reage especialmente aos sons;
- **Capazes de interagir e aprender com o ambiente, sobretudo com você, MÃE!**




Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq.
Sônia R.F. Enumo e Kelly M. P. Paula – PPGP/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN

Características do ambiente da UTIN:

- A UTIN é um ambiente extremamente diferente daquele onde o bebê se encontrava anteriormente;
- RN privado de sono profundo e descanso por fatores ambientais (luz, manipulações diversas) levando a desequilíbrio do seu ritmo biológico;
- RN privado, até certo ponto, de interações iniciais importantes para seu desenvolvimento (contato pele-a-pele, colo, afago da mãe e de outros familiares);




Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq.
Sônia R.F. Enumo e Kelly M. P. Paula – PPGP/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN

→ É preciso auxiliar o bebê a se adaptar a esse ambiente e manter um nível de estimulação adequada sem stressá-lo, portanto, **evite:**

- Falar alto dentro da UTIN;
- Batucar na incubadora ou colocar objetos em cima dela;
- Mudanças súbitas de postura do bebê.

Além disso, é necessário conhecer os **estados comportamentais** do bebê, pois cada um deles possibilita ou não certas intervenções.



Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq.
Sônia R.F. Enumo e Kelly M. P. Paula – PPGP/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN

Estados comportamentais do bebê:

- 1) **Sono ativo:** olhos fechados, mais flutuam entre o aberto e o fechado, movimento de olhos sob a pálpebra, respiração rápida e irregular, o bebê sorri, faz caretas e movimentos de sucção. Deve-se facilitar a diferenciação dia e noite mediante controle de luminosidade.



Fonte: google imagens



Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq
Sônia R.F. Enumo e Kelly M. P. Paula – PPG/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN

Estados comportamentais do bebê:

- 2) **Sono profundo/tranquilo:** face relaxada, pálpebras fechadas e imóveis, não há movimentos do corpo (só leve), respiração regular. Deve-se respeitar os períodos de sono do bebê pois são fundamentais para a auto-organização, especialmente o período de sono profundo.



Fonte: google imagens



Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq
Sônia R.F. Enumo e Kelly M. P. Paula – PPG/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN

Estados comportamentais do bebê:

- 3) **Inatividade alerta:** atividade motora reduzida, energia do bebê canalizada para ver e ouvir. Estado extremamente propício para a interação através da fala, se possível, a mãe deverá ficar na posição "en face" (20 a 25 cm de distância, no máximo).



www.fotosearch.com.br



Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq
Sônia R.F. Enumo e Kelly M. P. Paula – PPG/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN

Estados comportamentais do bebê:

Inatividade alerta: estimulações possíveis neste estado:

- Falar com o bebê (principalmente antes de tocá-lo);
- Chamar o bebê pelo nome e conversar com ele;
- Tocar de forma rítmica e vagarosa (facilita a organização do bebê) ao invés de toques leves e rápidos;
- Fornecer limites e suporte com rolinhos de tecido em volta do bebê "aninhar".



Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq
Sônia R.F. Enumo e Kelly M. P. Paula – PPG/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN

- Exemplo de toque rítmico e vagaroso:



Fonte: google imagens



Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq
Sônia R.F. Enumo e Kelly M. P. Paula – PPG/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN

Lembre-se:

- Sempre que possível incluir o pai do bebê/companheiro nos cuidados, bem como outros membros da família.
- A estimulação adequada acelera o desenvolvimento do bebê!
- Tudo que fazemos com o bebê é captado pelos seus sentidos e serve de estímulo para o desenvolvimento de sua motricidade e sua inteligência.



Se tiver dúvidas do que pode ou não fazer com seu bebê na UTIN, não tenha medo de perguntar à equipe de saúde, ela está ali para orientá-la e tirar suas dúvidas.



Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq
Sônia R.F. Enumo e Kelly M. P. Paula – PPG/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN

Estados comportamentais do bebê:

- 4) **Alerta ativo:** movimentos frequentes, olhos olham ao redor, bebê faz pequenos sons, geralmente ocorre antes de comer ou quando o bebê está inquieto.



Fonte: google imagens



Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq.
Sônia R.F. Enume e Kelly M. P. Paula – PPG/PAFES, CNPq Proc. n. 495564/2006-9, n. 481483/2009-8

Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN

Estados comportamentais do bebê:

- 5) **Choro intenso:** face contorcida e vermelha, braços e pernas se movem vigorosamente, expressa dor, desconforto ou fome. Neste estado, procurar atender à necessidade que está gerando desconforto ao bebê, e depois, ajudá-lo a se organizar através da contenção.



Fonte: fotosearch.com



Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq.
Sônia R.F. Enume e Kelly M. P. Paula – PPG/PAFES, CNPq Proc. n. 495564/2006-9, n. 481483/2009-8

Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN

- ➔ **Contenção do bebê (aproximação dos membros da linha média):** facilita a auto-organização e reduz o gasto energético.

Pode ser utilizada durante a realização de procedimentos estressantes ou invasivos para o bebê. Evitar outros estímulos no momento da contenção.



Fonte: <http://www.cuidadoinfantil.net/lactancia-en-bebes-prematuros.html>



Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq.
Sônia R.F. Enume e Kelly M. P. Paula – PPG/PAFES, CNPq Proc. n. 495564/2006-9, n. 481483/2009-8

Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN

Método Canguru:

- assistência neonatal que implica no contato pele-a-pele precoce entre mãe e recém-nascido.

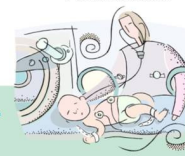
Vantagens:

- Proteção térmica;
- Estimula o vínculo entre a mãe e o bebê (apego);
- Facilita o aleitamento materno;
- Facilita o equilíbrio biológico do bebê.

OBS: Nem todos os RN estão aptos ao canguru logo após o nascimento, a equipe de saúde irá indicar o melhor momento onde isso pode acontecer.



Fonte: google imagens



Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq.
Sônia R.F. Enume e Kelly M. P. Paula – PPG/PAFES, CNPq Proc. n. 495564/2006-9, n. 481483/2009-8

Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN

ACREDITE: VOCÊ É CAPAZ DE APRENDER A FAZER O MELHOR PARA O SEU FILHO !



Crédito: Anne Geddes

Fonte: http://www.annegeddes.com/modules/anne/gallery/browse.asp?ip_galleryid=9



Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Características do bebê prematuro e com baixo peso e do ambiente da UTIN
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq.
Sônia R.F. Enume e Kelly M. P. Paula – PPG/PAFES, CNPq Proc. n. 495564/2006-9, n. 481483/2009-8

APÊNDICE W – Slides da Sessão 2 do Grupo de Mães



**Grupo de Mães na UTIN:
Promoção de Estratégias
de Enfrentamento Maternas**

Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, Mestre em Psicologia,
Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da
UFES e bolsista CNPq.

O enfrentamento da condição do bebê

- ➔ Chamamos de **enfrentamento** todos os esforços em lidar com a situação do seu bebê prematuro e baixo peso e com todas as consequências da hospitalização da criança. O enfrentamento envolve as coisas que você **pensa/sente/e faz** em relação à situação do seu bebê.
- ➔ O que pode acontecer neste momento?
 - Dificuldade de se apegar ao bebê – medo de sofrer caso se vincule ao bebê e ele não sobreviva.
 - Algumas mães não conseguem sentir que aquele bebê “é seu” pois o vêem como sendo da equipe de saúde.



Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Enfrentamento da situação do bebê.
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq.
Sônia R.F. Enume e Kely M. P. Paula – PPG/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

O enfrentamento da condição do bebê

- Algumas mães podem sentir muito medo ou culpa em relação à situação do bebê.
- Outras podem sentir “a cabeça vazia” ou “oca” como se nada daquilo estivesse acontecendo com elas.

Todas essas reações e muitas outras são esperadas em uma situação como essa.

O importante é que você ultrapasse as dificuldades iniciais e busque formas de lidar com a situação do seu filho.



Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Enfrentamento da situação do bebê.
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq.
Sônia R.F. Enume e Kely M. P. Paula – PPG/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

O enfrentamento da condição do bebê

- ➔ Situações ou eventos que podem **dificultar** o enfrentamento:

- negar a situação do seu bebê;
- cobranças excessivas de outras pessoas;
- culpa em relação a achar que fez algo de errado que pudesse ocasionar a prematuridade/baixo peso do bebê;
- dúvidas em relação ao que fazer ou como se comportar;
- falta de apoio por parte dos familiares e amigos.



Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Enfrentamento da situação do bebê.
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq.
Sônia R.F. Enume e Kely M. P. Paula – PPG/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

O enfrentamento da condição do bebê

- ➔ Situações ou eventos que podem **facilitar** o enfrentamento:
 - ter pessoas com quem contar;
 - buscar ajuda sempre que necessário;
 - perguntar à equipe de saúde quando tiver dúvidas sobre a situação do seu bebê;
 - pedir ajuda a outras pessoas no auxílio a tarefas que tenha de fazer fora do hospital;
 - compartilhar com alguém seus sentimentos em relação à situação do seu bebê;
 - aceitar que você possui as habilidades necessárias para cuidar do seu bebê.



Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Enfrentamento da situação do bebê.
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq.
Sônia R.F. Enume e Kely M. P. Paula – PPG/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

Desenvolvimento do bebê

Fatores de risco para o desenvolvimento do bebê:

BAIXO PESO AO NASCIMENTO
< 2.500g

PREMATURIDADE
< 37 semanas gestação



Internação na UTIN



Grupo de Mães na UTIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Desenvolvimento do bebê.
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq.
Sônia R.F. Enume e Kely M. P. Paula – PPG/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

Desenvolvimento do bebê



Fonte: google imagens

O que isso significa?

Que o bebê irá, necessariamente, ter problemas depois?

Não, ➡ mas significa que ele está em maior situação de **vulnerabilidade** e precisa ser devidamente **acompanhado em seu desenvolvimento**.

Desenvolvimento ➡ conjunto de habilidades adquiridas pelo bebê (aprendizagem) a partir de sua interação com o ambiente.



Grupo de Mães na UIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Desenvolvimento do bebê
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq
Sônia R.F. Enume e Kelly M. P. Paula – PPG/P/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8

Desenvolvimento do bebê



Boa notícia !!

- **Qualidade do ambiente familiar** parece possuir maior importância nos resultados de desenvolvimento da criança a médio e longo prazo do que os fatores de risco relativos ao seu nascimento.

- Família ➡ de suma importância para o bebê, pois ela pode se constituir em um **fator de proteção** para o desenvolvimento do bebê.



Grupo de Mães na UIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Desenvolvimento do bebê
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq
Sônia R.F. Enume e Kelly M. P. Paula – PPG/P/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8

Desenvolvimento do bebê



➡ **Fatores de proteção** para o desenvolvimento do bebê

(especialmente nos primeiros meses):

- Ser amamentado ao seio com leite materno;
- Interações face-a-face com o bebê (20 a 25 cm de distância);
- Sorrir e cantarolar para o bebê;
- Acariciar/beijar o bebê (demonstrações físicas de afeto);
- Permitir que o bebê brinque e explore o mundo (objetos, cores, formas e texturas) principalmente com a mão;



Grupo de Mães na UIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Desenvolvimento do bebê
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq
Sônia R.F. Enume e Kelly M. P. Paula – PPG/P/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8

Desenvolvimento do bebê



Fonte: google imagens

➡ **Fatores de proteção** para o desenvolvimento do bebê

(especialmente nos primeiros meses):

- Falar com o bebê (Os bebês tem preferências pela voz humana!);
- “Calor emocional” na realização de atividades com o bebê;
- Fazer “jogos de imitação” com o bebê;
- Permitir que o pai do bebê e outros irmãos ajudem no cuidado com o bebê.



Grupo de Mães na UIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Desenvolvimento do bebê
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq
Sônia R.F. Enume e Kelly M. P. Paula – PPG/P/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8

Desenvolvimento do bebê: enfrentando o dia-a-dia com o bebê em casa



➡ Dicas:

- Procure estar atenta à relação que você estabelece com o bebê, pois cada criança é única e é nesta relação que você poderá encontrar as “pistas” importantes sobre como cuidar do seu filho.
- Preste atenção ao comportamento do seu filho, e em como ele evolui ao longo do tempo.



Grupo de Mães na UIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Desenvolvimento do bebê
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq
Sônia R.F. Enume e Kelly M. P. Paula – PPG/P/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8

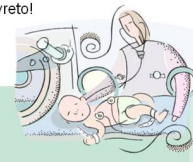
Desenvolvimento do bebê



Fonte: google imagens

➡ Dicas:

- Conhecer alguns marcos do desenvolvimento infantil pode ajudar a perceber como está a evolução da criança.
- Cada criança tem seu ritmo, mas é importante conhecer como algumas das habilidades vão surgindo para melhor acompanhar o desenvolvimento do bebê e perceber de forma precoce quaisquer possíveis problemas.
- Consultar sempre a Tabela de Desenvolvimento do Livro!



Grupo de Mães na UIN: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
Material de Apoio à Intervenção – Slides: Desenvolvimento do bebê
Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16/638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq
Sônia R.F. Enume e Kelly M. P. Paula – PPG/P/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8

Tabela: Desenvolvimento da postura e locomoção

1 mês  Sentado à cabeça	2 meses  Sentado à cabeça e a parte	3 meses  Apoiado cotovelos, cabeça e ombros, tenta se levantar, mantendo o tronco firme	4 meses  Sentado de costas
5 meses  Agente ojeitas	6 meses  Sentado no chão, tenta se levantar, apoiando-se nos braços	7 meses  Fica sentado sozinho	8 meses  Cabeça em posição de apoio
9 meses  Para se apoiar usando os braços e mãos	9 meses  Espalhar o tronco no chão e se levantar	10 meses  Capacidade de se levantar sozinho no chão firme	10 meses  Engatinha sobre o chão firme e no chão
11 meses  Fica em pé sozinho	12 meses  Caminha com o auxílio de um adulto	12 meses  Caminha sozinho	18 meses  Salta e desce escadas

Grupo de Mães na UTIC: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
 Material de Apoio à Intervenção – Slides: Desenvolvimento do bebê
 Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16.638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq;
 Sônia R.F. Enumo e Kely M. P. Paula – PPGPI/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.



Desenvolvimento do bebê

Após a alta hospitalar, é de suma importância que o bebê continue a ser acompanhado pela equipe de saúde. Por mais que existam dificuldades, não deixe de comparecer às consultas agendadas. Fazendo isso, você estará ajudando o seu bebê a se desenvolver melhor !!

Nossa equipe te esperará no *follow-up* (acompanhamento) de 2 meses!



Grupo de Mães na UTIC: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
 Material de Apoio à Intervenção – Slides: Desenvolvimento do bebê
 Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16.638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq;
 Sônia R.F. Enumo e Kely M. P. Paula – PPGPI/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

Desenvolvimento do bebê

Obrigada por cuidar de mim!



Fonte: google imagens



Grupo de Mães na UTIC: promoção de estratégias de enfrentamento maternas
 Material de Apoio à Intervenção – Slides: Desenvolvimento do bebê
 Fabiana Pinheiro Ramos, Psicóloga, CRP 16.638, Mestre em Psicologia, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, bolsista do CNPq;
 Sônia R.F. Enumo e Kely M. P. Paula – PPGPI/UFES, CNPq Proc. n. 485564/2006-9, n. 481483/2009-8.

APÊNDICE X – Itens da EMEP classificados no sistema de Skinner et al. (2003)

Tabela X1. *Classificação dos itens da EMEP no sistema de 12 famílias de enfrentamento de Skinner et al. (2003)*

PERFIL DE ENFRENTAMENTO NA EMEP	ITEM DA EMEP	CLASSIFICAÇÃO NAS FAMÍLIAS PROPOSTAS POR SKINNER et al. (2003)	ESTRATÉGIAS QUE JUSTIFIQUEM O PERTENCIAMENTO À FAMÍLIA
ENFRENTAMENTO FOCALIZADO NO PROBLEMA	1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	Acomodação	Minimização e reestruturação cognitiva
	3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.	Acomodação	Aceitação e minimização
	10. Eu insisto e luto pelo que eu quero.	Negociação	Definição de objetivos
	14. Encontro diferentes soluções para o meu problema.	Resolução de problemas	Planejar estratégias
	15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.	Acomodação	Aceitação
	16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.	Autoconfiança	Regulação emocional
	17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.	Autoconfiança	Proteção, regulação emocional
	19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.	Busca de suporte	Busca de conforto, referenciamento social
	24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.	Resolução de problemas	Domínio e ação instrumental
	28. Estou mudando me tornando uma pessoa mais experiente.	Acomodação	Aceitação e reestruturação cognitiva
	30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.	Acomodação	Aceitação e reestruturação cognitiva
	32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira ideia.	Resolução de problemas	Planejamento
	33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	Resolução de problemas	Ação instrumental e domínio
	36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	Resolução de problemas	Planejamento e domínio
	39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.	Autoconfiança	Autofala positiva e regulação emocional
	40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.	Autoconfiança	Autofala positiva e regulação emocional
	42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.	Resolução de problemas	Planejamento e ação instrumental
	45. Eu tento não fechar portas atrás de mim, tento deixar em aberto várias saídas para o problema.	Resolução de problemas	Planejar estratégia e domínio

Tabela X1. *Classificação dos itens...(cont.)*

PERFIL DE ENFRENTAMENTO	ITEM DA EMEP	CLASSIFICAÇÃO NAS FAMÍLIAS PROPOSTAS POR SKINNER et al. (2003)	ESTRATÉGIAS QUE JUSTIFIQUEM O PERTENCIAMENTO À FAMÍLIA
ENFRENTAMENTO FOCALIZADO NA EMOÇÃO	2. Eu me culpo.	Submissão	Autoculpa
	5. Procuo um culpado para a situação.	Oposição	Culpar outros
	11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.	Desamparo	Autodúvida e desânimo
	12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.	Desamparo	Confusão e interferência cognitiva
	13. Desconto em outras pessoas.	Oposição	Culpar outros e agressão
	18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.	Submissão	Ruminação e autoculpa
	20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.	Oposição	Culpar outros e agressão
	22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.	Submissão	Autoculpa
	23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.	Submissão	Autoculpa
	25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.	Oposição	Culpar outros
	29. Eu culpo os outros.	Oposição	Culpar outros
	34. Procuo me afastar das pessoas em geral.	Isolamento	Afastamento social e evitação de outros
	35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.	Fuga	Negação e pensamento desejoso
	37. Descubro quem mais é ou foi responsável.	Oposição	Projeção e culpar outros
38. Penso em coisas fantásticas ou irrealis (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.	Fuga	Afastamento mental e pensamento desejoso	
BUSCA DE PRÁTICA RELIGIOSA/ PENSAMENTO FANTASIOSO	6. Espero que um milagre aconteça.	Delegação	Dependência; Lamentação
	8. Eu rezo/oro.	Busca de suporte	Busca de conforto
	21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.	Busca de suporte	Busca de contato e busca de conforto
	26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.	Delegação	Lamentação
	27. Tento esquecer o problema todo.	Fuga	Afastamento mental e negação
BUSCA DE SUPORTE SOCIAL	41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.	Fuga	Negação e pensamento desejoso
	44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação.	Busca de suporte	Busca de conforto
	4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.	Isolamento	Afastamento e dissimulação
	7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.	Busca de suporte	Ajuda instrumental e ref. social
	9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo.	Busca de suporte	Busca de contato e busca de conforto
	31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.	Busca de suporte	Ajuda instrumental
	43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação.	Busca de informações	Perguntar a outros

APÊNDICE Y – Descrição das 12 famílias de enfrentamento de Skinner et al. (2003) e seus respectivos itens da EMEP.

Família 1 – Autoconfiança

Item da EMEP	Escores Família 1
16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida	
17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida	
39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela	
40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui	
Média dos escores	

Família 2 – Busca de suporte

Item da EMEP	Escores Família 2
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite	
8. Eu rezo/oro	
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo	
19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém	
21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema	
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema	
44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação	
Média dos escores	

Família 3 – Resolução de problemas

Item da EMEP	Escores Família 3
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema	
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido	
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia	
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo	
36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez	
42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo	
45. Eu tento não fechar portas atrás de mim, Tento deixar em aberto várias saídas para o problema	
Média dos escores	

Família 4 – Busca de informações

Item da EMEP	Escores Família 4
43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação	

Família 5 – Acomodação

Item da EMEP	Escores Família 5
1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas	
3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação	
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	
28. Estou mudando me tornando uma pessoa mais experiente	
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores	
Média dos escores	

Família 6 – Negociação

Item da EMEP	Escores Família 6
10. Eu insisto e luto pelo que quero	

Família 7 – Delegação

Item da EMEP	Escores Família 7
6. Espero que um milagre aconteça	
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou	
Média dos escores	

Família 8 – Isolamento

Item da EMEP	Escores Família 8
4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo *	
34. Procuo me afastar das pessoas em geral	
Média dos escores	

Família 9 – Desamparo

Item da EMEP	Escores Família 9
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo	
12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer	
Média dos escores	

Família 10 – Fuga

Item da EMEP	Escores Família 10
27. Tento esquecer o problema todo	
35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer	
38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor	
41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo	
Média dos escores	

Família 11 – Submissão

Item da EMEP	Escores Família 11
2. Eu me culpo	
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto	
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim	
23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema	
Média dos escores	

Família 12 - Oposição

Item da EMEP	Escores Família 12
5. Procuo um culpado para a situação	
13. Desconto em outras pessoas	
20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema	
25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo	
29. Eu culpo os outros	
37. Descubro quem mais é ou foi responsável	
Média dos escores	

Nota. * Na correção original da EMEP, este item era calculado com escore invertidos (recode, 5=1, 4=2, 3=3, 2=4, 1=5) pois pertencia ao Fator Busca de Suporte Social. Na grade de correção a partir das famílias de Skinner et al. (2003), na qual o item ficou classificado como *isolamento*, ele foi calculado com o escore tal qual marcado pelo sujeito.

APÊNDICE Z – Classificação dos itens do IOPIM

Tabela Z1. *Classificação dos itens do Instrumento de Observação do Padrão de Interação do Mediador em Situação de Grupo a partir dos critérios de mediação de Skinner e Edge (2002a)*

ITEM DO INSTRUMENTO	CLASSIFICAÇÃO
1. M produz uma mensagem clara ao GM, com objetivo de engajá-lo nas atividades da sessão	B
2. M consegue com sucesso manter a atenção do GM ao longo da sessão	A
3. Quando P perdem a atenção, M procura meios eficazes de fazê-los retomar a concentração nas atividades do grupo	A
4. M produz suporte apropriado, visível e concreto para o alcance dos objetivos da sessão	B
5. M usa voz, gestos e movimentos para vivenciar a apresentação dos conteúdos da sessão	A
6. M especificamente aponta características extras e elementos dos materiais e conteúdos importantes de serem notados	B
7. M promove pensamentos que associam o conteúdo da sessão com experiências anteriores	C
8. M promove pensamentos que associam o conteúdo a experiências futuras	C
9. M demonstra perceber as experiências ou perspectivas dos P (o que a mãe deve estar pensando ou sentindo)	A
10. M compartilha seus próprios pensamentos ou experiências relevantes para os objetivos da sessão	A
11. M comunica de forma clara a proposta da sessão em termos do que é esperado dos P	B
12. M organiza ou planeja a sessão de forma clara	B
13. M promove pensamentos de estratégias nos P (ex: perguntando questão “como”, sugerindo estratégias de enfrentamento da situação)	C
14. Quando dá instruções sobre como realizar a tarefa (preencher instrumentos e livro de apoio, por exemplo), M inclui informações sobre os princípios básicos da tarefa	B
15. M faz comentários positivos e observações que encorajam P	A
16. M faz observações sobre a participação, incluindo <i>feedback</i> sobre como estão (ou não) participando da sessão de GM	A
17. M interpreta as dicas comportamentais dos P e responde a esses comportamentos e necessidades, atendendo em tempo e de maneira apropriada (isso inclui a oferta de momentos em que se deve esperar)	A
18. M é capaz de contrabalançar a participação daqueles que falam pouco com as que falam muito	A
19. M faz solicitações ou questões que promovem a integração de dados das diferentes sessões	C
20. M oferece oportunidade aos participantes para reconhecer e sintetizar suas experiências de aprendizagem no GM	C
21. As interações do M promovem uma autorregulação e uma responsabilidade pessoal diante das ações	C
22. Os objetivos da sessão e a seleção dos materiais promovem o envolvimento ativo dos P	B
23. O conteúdo das sessões conduz a respostas e soluções alternativas no que se refere ao enfrentamento dos P	C

Nota. Legenda: GM = Grupo de Mães; P = Participantes; M = Mediador; A = Envolvimento caloroso (itens 2, 3, 5, 9, 10, 15, 16, 17, 18 = 9 questões); B = Fornecimento de estrutura (itens 1, 4, 6, 11, 12, 14, 22 = 7 questões); e C = Suporte para desenvolvimento da autonomia (itens 7, 8, 13, 19, 20, 21, 23 = 7 questões).

APÊNDICE AA – Caracterização das mães participantes da pesquisa e de seus bebês

Tabela AA1. *Caracterização das mães participantes*

Código	Codinome	Grupo	Amostra	Idade	Classe Econômica	Escolaridade	Estado Civil	Trabalha	Religião	Município de residência
M1	Ana	G1	AF	34	E	EMC	Casada/União Estável	Sim	Maranata	Viana
M2	Bia	G1	AI	22	C1	EMC	Casada/União Estável	Não	Maranata	Cariacica
M3	Carla	G1		36	E	EMC	Casada/União Estável	Não	Católica	Afonso Cláudio
			AF							
M4	Denise*	G1	AF	27	B2	EMC	Casada/União Estável	Sim	Católica	Serra
M5	Elisa	G1		19	C2	EMC	Casada/União Estável	Não	Evangélica Pentecostal	Serra
			AI							
M6	Flávia	G2	AG	21	D	EMC	Casada/União Estável	Não	Assembléia de Deus	Serra
M7	Geane	G2	AF	26	E	EFC	Casada/União Estável	Sim	Assembléia de Deus	Serra
M8	Helena	G2	AF	15	E	EFI	Solteira	Não	Batista	Serra
M9	Iara	G3	AI	20	D	EFC	Solteira	Sim	Católica	Serra
M10	Júlia	G4	AI	40	D	EFI	Solteira	Sim	Maranata	Cariacica
M11	Kátia	G4	AF	22	E	EFI	Solteira	Não	Deu é Amor	Serra
M12	Lara	G4	AF	27	E	EFC	Solteira	Não	Católica	Cariacica
M13	Maria	G5	AI	23	C2	EMC	Casada/União Estável	Sim	Católica	Serra
M14	Nara	G5	AG	36	D	EFC	Solteira	Não	Católica	Serra
M15	Olívia	G5	AF	32	D	EMC	Casada/União Estável	Não	Maranata	Serra
M16	Paula	G5	AF	22	E	EMC	Casada/União Estável	Não	Católica	Nova Venécia
M17	Quênia	G6	AF	30	E	EMC	Solteira	Não	Católica	Serra
M18	Rúbia	G6		40	D	EFI	Casada/União Estável	Sim	Católica	Conceição do Castelo
			AF							
M19	Sara	G6	AF	31	E	EMC	Solteira	Sim	Deus é Amor	Serra
M20	Taís	G6	AI	14	D	EMC	Casada/União Estável	Não	Católica	Serra
M21	Uli	G7	AF	18	D	EFI	Casada/União Estável	Sim	Católica	Serra
M22	Valéria	G7	AF	15	E	EFC	Casada/União Estável	Não	Católica	Aracruz
M23	Wanda*	G7		37	D	EFC	Casada/União Estável	Não	Cristo Verdade que Liberta	Serra
			AF							
M24	Xênia	G7	AI	33	D	EFI	Casada/União Estável	Sim	Não tem	Serra
M25	Zélia	G7	AI	38	D	EFC	Solteira	Sim	Católica	Vitória

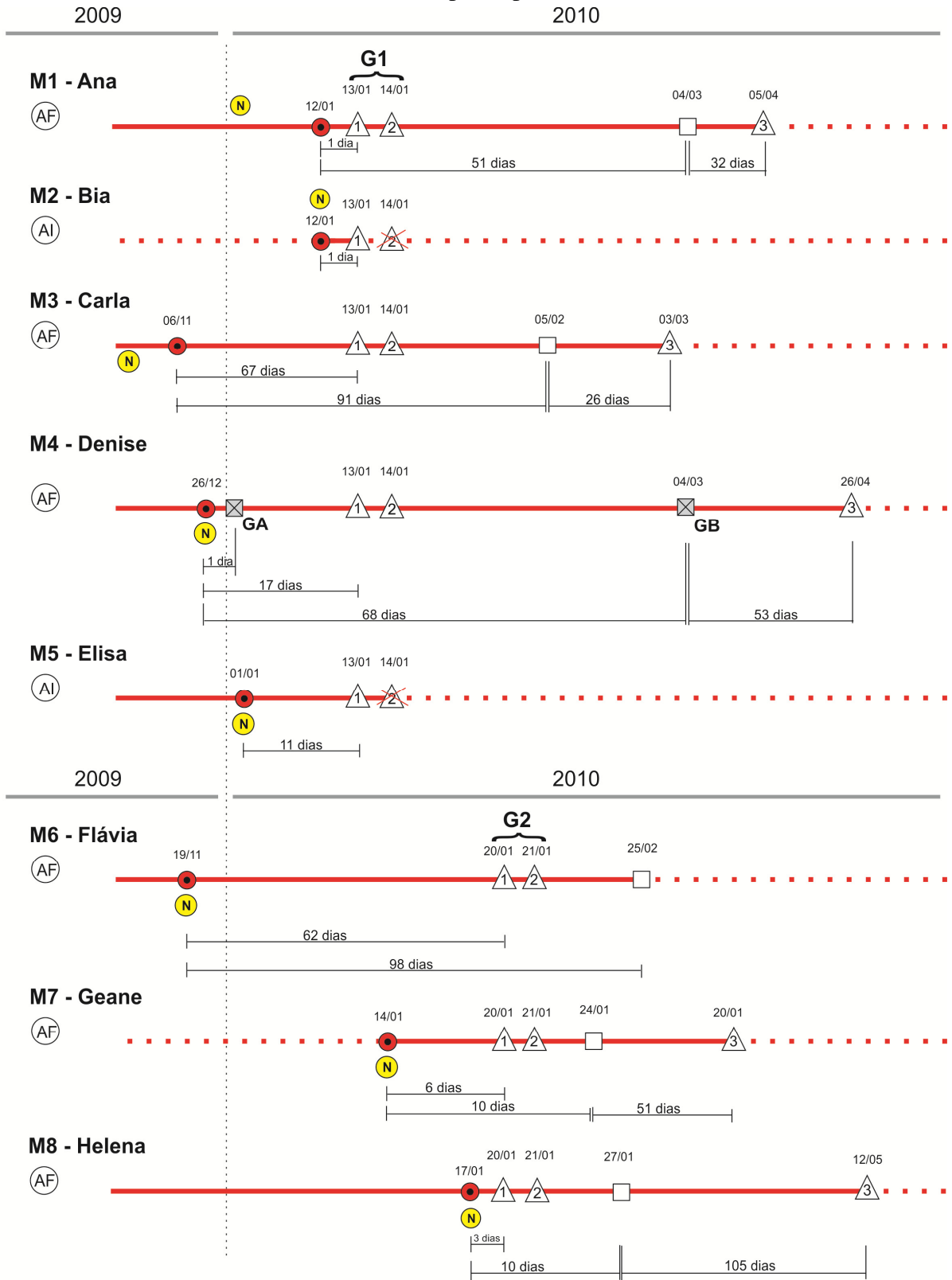
Nota. * Mães cujos bebês foram a óbito. AF= amostra final; AI= amostra inicial; AG= amostra grupo. EFI= Ensino Fundamental Incompleto; EFC= Ensino Fundamental Completo; EMC= Ensino Médio Completo.

Tabela AA2. Dados da gestação, parto e nascimento das mães participantes e de seus bebês

Codinome	Idade Gestacional (em semanas)	Peso ao nascer (em gramas)	Tipo de parto	Número de consultas pré-natal	Primípara	Gravidez de risco	Gravidez gemelar	Já teve outro bebê PT-BP	Sexo do bebê	Apgar 1º minuto	Apgar 5º minuto	Dias de internação
Ana	34	1110	Cesáreo	4	Sim	Sim	Não	Não	M	9	9	51
Bia	37	1830	Cesáreo	7	Sim	Sim	Sim**	Não	F	8	9	-
Carla	27	765	Cesáreo	5	Não	Sim	Não	Não	M	9	9	91
Denise	28	775/1040*	Cesáreo	2	Não	Sim	Sim	Não	M/M*	7/6*	9/8*	68/1*
Elisa	27	1015	Normal	6	Sim	Sim	Não	Não	M	5	7	-
Flávia	26	755	Normal	-	Não	Não	Não	Sim	F	7	8	98
Geane	37	2800	Cesáreo	8	Não	Sim	Não	Não	F	7	9	10
Helena	36	2625	Normal	6	Sim	Não	Não	Não	F	6	9	10
Iara	36	2580	Cesáreo	5	Não	Sim	Não	Não	F	8	9	-
Júlia	36	2975	Normal	5	Não	Não	Não	Não	F	7	9	-
Kátia	29	1145	Cesáreo	-	Não	Sim	Não	Sim	F	8	9	44
Lara	36	2380	Cesáreo	6	Não	Sim	Não	Não	F	8	9	15
Maria	32	1635	Cesáreo	-	Sim	Sim	Não	Não	F	2	5	-
Nara	34	2075	Cesáreo	-	Sim	Sim	Não	Não	M	9	9	-
Olívia	26	1440	Cesáreo	-	Sim	Sim	Não	Não	M	4	8	47
Paula	29	940	Normal	-	Sim	Sim	Não	Não	F	9	9	63
Quênia	33	1185	Cesáreo	-	Não	Sim	Não	Não	M	8	9	53
Rúbia	38	1860	Cesáreo	-	Sim	Não	Não	Não	M	9	10	27
Sara	31	910	Normal	-	Sim	Sim	Não	Não	F	2	5	71
Taís	36	1740	Normal	-	Sim	Não	Não	Não	M	9	10	-
Uli	34	2125	Normal	5	Sim	Não	Não	Não	M	8	9	16
Valéria	36	2335	Normal	7	Sim	Não	Não	Não	M	9	10	22
Wanda	28	915	Normal	6	Não	Não	Não	Sim	F	8	8	36
Xênia	26	553	Normal	5	Não	Sim	Não	Não	M	7	8	-
Zélia	35	1965	Cesáreo	-	Não	Sim	Sim**	Não	M	8	8	-

Nota. * Neste caso de dois registros de peso, sexo, Escore Apgar e número de dias de internação, trata-se de um dos pares de gêmeos. ** No caso destas mães, apesar de suas gravidezes terem sido gemelares, só foram tabulados os dados de um dos gêmeos de cada mãe, pois só um dos bebês de cada par de gêmeos ficou internado na UTIN. M= masculino; F= feminino.

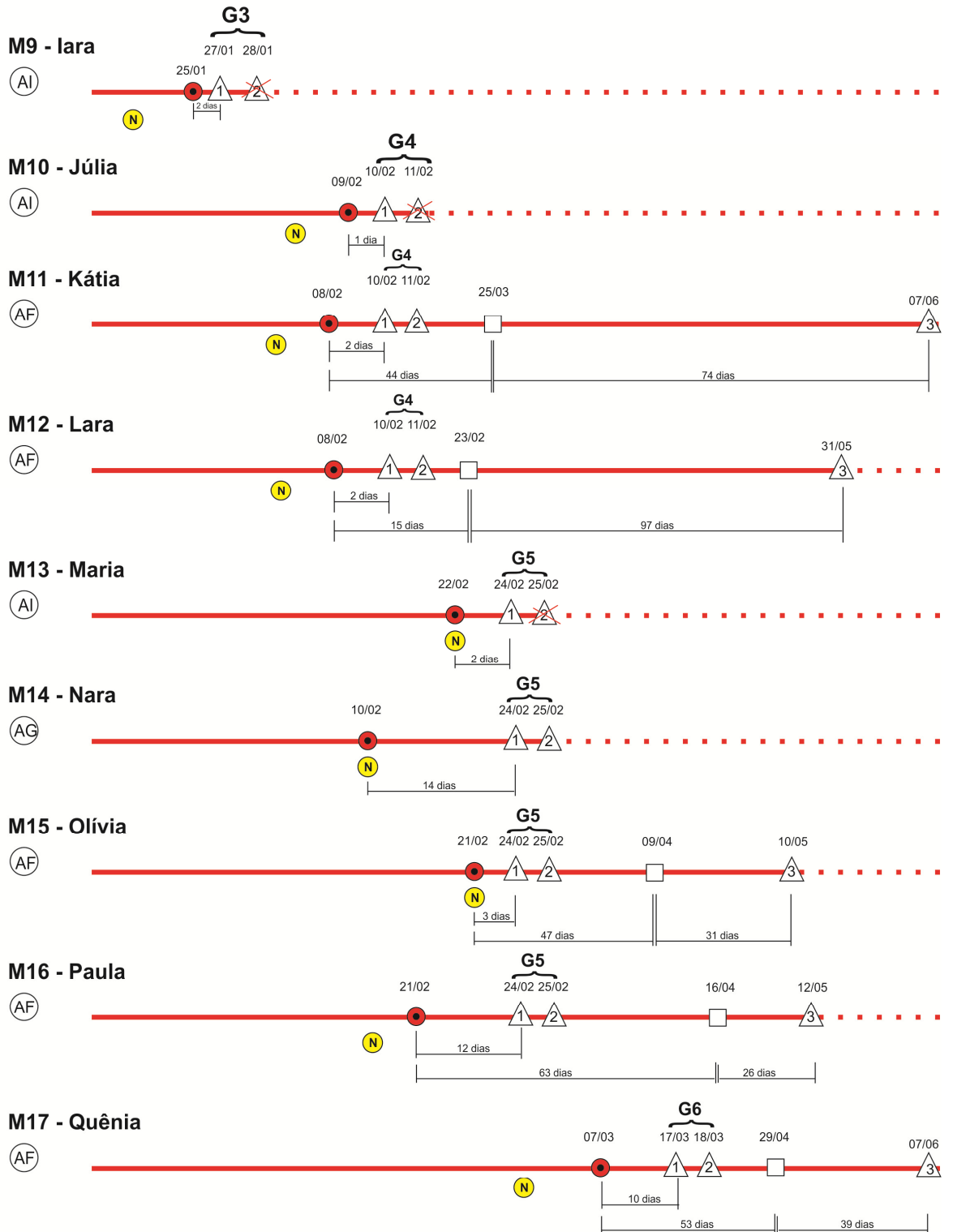
APÊNDICE BB – Linha do tempo do processo de enfrentamento



Legenda:

- Momento da notícia
- Nascimento do bebê
- 1 1º dia do Grupo de Mães
- 2 2º dia do Grupo de Mães
- 3 Alta do bebê
- 3 Follow up
- X Óbito do bebê

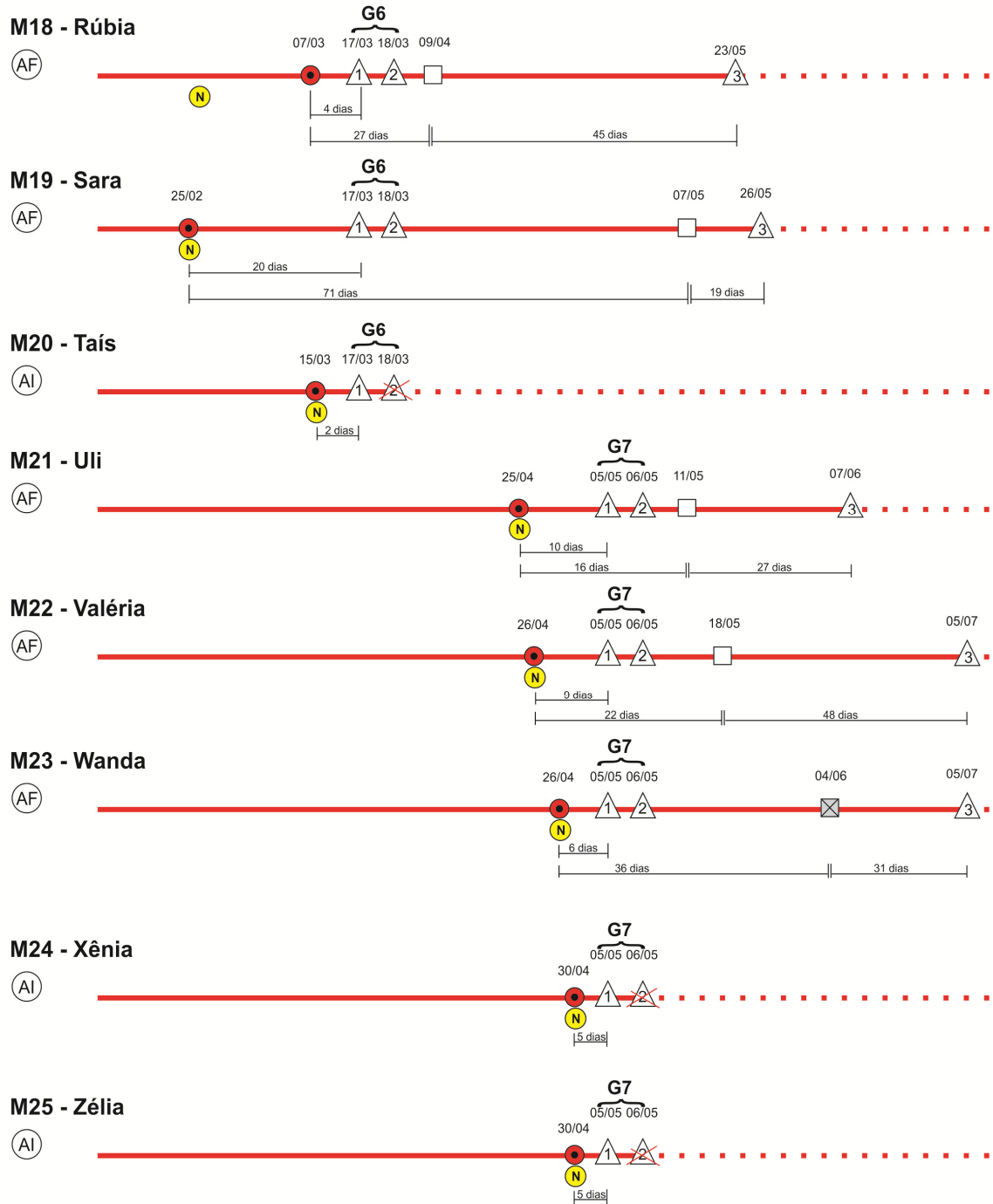
2010



Legenda:

- Momento da notícia
- Nascimento do bebê
- 1 1º dia do Grupo de Mães
- 2 2º dia do Grupo de Mães
- 3 Alta do bebê
- 3 Follow up
- X Óbito do bebê

2010



Legenda:

- (N) Momento da notícia
- Nascimento do bebê
- △ 1 1º dia do Grupo de Mães
- △ 2 2º dia do Grupo de Mães
- Alta do bebê
- △ 3 Follow up
- ⊗ Óbito do bebê

APÊNDICE CC – Média dos itens da EMEP (1ª aplicação)

Tabela CC1. Média dos itens da EMEP na primeira aplicação

Item	Média
1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas	4,2
2. Eu me culpo	2,4
3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação	3,72
4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo	2,76
5. Procuro um culpado para a situação	1,76
6. Espero que um milagre aconteça	4,16
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite	3,36
8. Eu rezo/oro	4,64
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo	2,72
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero	4,36
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo	2,42
12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer	3,08
13. Desconto em outras pessoas	1,36
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema	2,96
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	4,42
16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida	4,2
17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida	4,4
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto	3,76
19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém	4,38
20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema	1,88
21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema	3,84
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim	2,4
23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema	3,28
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido	3,76
25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo	1,92
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou	4,44
27. Tento esquecer o problema todo	2,72
28. Estou mudando me tornando uma pessoa mais experiente	4
29. Eu culpo os outros	1,36
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores	3,04
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema	2,68
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia	2,88
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo	3,16
34. Procuro me afastar das pessoas em geral	1,88
35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer	3,65
36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez	3,52
37. Descubro quem mais é ou foi responsável	2
38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor	1,68
39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela	4,64
40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui	4,12
41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo	3,68
42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo	3,28
43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação	3,64
44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação	4,79
45. Eu tento não fechar portas atrás de mim, Tento deixar em aberto várias saídas para o problema	4,28

APÊNDICE DD – Resultados da ANOVA

Tabela DD1. Resultados da ANOVA da primeira avaliação da EMEP em relação à Idade Materna

CATEGORIAS DE ANÁLISE	FAIXA ETÁRIA	Descritivas			ANOVA		
		N	Média	Erro Padrão	F	p	
FATORES ORIGINAIS DA EMEP	FOCO PROBLEMA	14 a 22 anos	10	4,10	0,13	2,231	0,131
		23 a 31 anos	7	3,96	0,20		
		32 a 40 anos	8	3,65	0,16		
	FOCO EMOÇÃO	14 a 22 anos	10	2,39	0,25	0,637	0,538
		23 a 31 anos	7	2,54	0,23		
		32 a 40 anos	8	2,15	0,22		
	PRATICAS RELIGIOSAS	14 a 22 anos	10	4,01	0,18	0,796	0,464
		23 a 31 anos	7	4,29	0,16		
		32 a 40 anos	8	3,93	0,24		
	BUSCA DE SUPORTE SOCIAL	14 a 22 anos	10	2,84	0,36	0,421	0,662
		23 a 31 anos	7	3,06	0,34		
		32 a 40 anos	8	3,25	0,24		
12 FAMÍLIAS DE ENFRENTAMENTO	AUTOCONFIANÇA	14 a 22 anos	10	4,53	0,16	0,850	0,441
		23 a 31 anos	7	4,32	0,25		
		32 a 40 anos	8	4,19	0,18		
	BUSCA SUPORTE	14 a 22 anos	10	3,80	0,22	0,333	0,720
		23 a 31 anos	7	3,94	0,32		
		32 a 40 anos	8	3,65	0,14		
	DELEGAÇÃO	14 a 22 anos	10	4,05	0,42	1,475	0,251
		23 a 31 anos	7	4,86	0,14		
		32 a 40 anos	8	4,19	0,28		
	ISOLAMENTO SOCIAL	14 a 22 anos	10	3,10	0,43	1,569	0,231
		23 a 31 anos	7	2,64	0,26		
		32 a 40 anos	8	2,13	0,42		
	RESOLUÇÃO DE PROBLEMA	14 a 22 anos	10	3,77	0,27	1,447	0,257
		23 a 31 anos	7	3,44	0,34		
		32 a 40 anos	8	3,12	0,23		
	BUSCA DE INFORMAÇÃO	14 a 22 anos	10	3,00	0,58	1,568	0,231
		23 a 31 anos	7	4,29	0,57		
		32 a 40 anos	8	3,88	0,40		
	DESAMPARO	14 a 22 anos	10	2,60	0,34	0,944	0,404
		23 a 31 anos	7	3,29	0,42		
		32 a 40 anos	8	2,50	0,50		
	FUGA	14 a 22 anos	10	2,93	0,39	0,289	0,752
		23 a 31 anos	7	3,25	0,22		
		32 a 40 anos	8	2,93	0,29		
ACOMODAÇÃO	14 a 22 anos	10	4,11	0,12	2,092	0,147	
	23 a 31 anos	7	4,13	0,25			
	32 a 40 anos	8	3,64	0,22			
NEGOCIAÇÃO	14 a 22 anos	10	4,60	0,22	0,477	0,627	
	23 a 31 anos	7	4,00	0,72			
	32 a 40 anos	8	4,38	0,38			
SUBMISSÃO	14 a 22 anos	10	3,08	0,24	1,444	0,258	
	23 a 31 anos	7	3,11	0,43			
	32 a 40 anos	8	2,44	0,28			
OPOSIÇÃO	14 a 22 anos	10	1,70	0,25	0,132	0,877	
	23 a 31 anos	7	1,87	0,30			
	32 a 40 anos	8	1,71	0,23			
FAMÍLIAS AGRUPADAS POR NECESSIDADES BÁSICAS	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "APEGO/RELACIONAMENTO"	14 a 22 anos	10	3,87	0,13	2,880	0,077
		23 a 31 anos	7	3,94	0,13		
		32 a 40 anos	8	3,54	0,09		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "COMPETÊNCIA"	14 a 22 anos	10	3,07	0,24	1,276	0,299
		23 a 31 anos	7	3,57	0,22		
		32 a 40 anos	8	3,11	0,23		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "AUTONOMIA"	14 a 22 anos	10	3,37	0,12	1,351	0,280
		23 a 31 anos	7	3,28	0,17		
		32 a 40 anos	8	3,04	0,17		
FAMÍLIAS AGRUPADAS EM PERCEÇÃO DE AMEAÇA OU DESAFIO	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE DESAFIO"	14 a 22 anos	10	3,97	0,16	0,328	0,724
		23 a 31 anos	7	4,02	0,26		
		32 a 40 anos	8	3,81	0,14		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE AMEAÇA"	14 a 22 anos	10	2,91	0,20	1,578	0,229
		23 a 31 anos	7	3,17	0,12		
		32 a 40 anos	8	2,65	0,23		

Tabela DD2. Resultados da ANOVA da primeira avaliação da EMEP em relação à Classe Econômica

CATEGORIAS DE ANÁLISE	CLASSE ECONÔMICA	Descritivas			ANOVA		
		N	Média	Erro Padrão	F	p	
FATORES ORIGINAIS DA EMEP	FOCO PROBLEMA	B2, C1 e C2	4	4,30	0,29	1,799	0,189
		D	11	3,88	0,14		
		E	10	3,80	0,13		
	FOCO EMOÇÃO	B2, C1 e C2	4	2,12	0,20	0,286	0,754
		D	11	2,42	0,22		
		E	10	2,39	0,24		
	PRATICAS RELIGIOSAS	B2, C1 e C2	4	4,26	0,09	0,287	0,753
		D	11	4,03	0,16		
		E	10	4,01	0,22		
	BUSCA DE SUPORTE SOCIAL	B2, C1 e C2	4	3,00	0,55	0,042	0,959
		D	11	2,98	0,21		
		E	10	3,10	0,36		
12 FAMÍLIAS DE ENFRENTAMENTO	AUTOCONFIANÇA	B2, C1 e C2	4	4,88	0,07	2,488	0,106
		D	11	4,20	0,18		
		E	10	4,33	0,16		
	BUSCA SUPORTE	B2, C1 e C2	4	4,18	0,31	0,978	0,392
		D	11	3,64	0,15		
		E	10	3,80	0,25		
	DELEGAÇÃO	B2, C1 e C2	4	4,88	0,13	0,884	0,427
		D	11	4,09	0,37		
		E	10	4,35	0,28		
	ISOLAMENTO SOCIAL	B2, C1 e C2	4	3,25	0,43	0,566	0,576
		D	11	2,55	0,38		
		E	10	2,55	0,39		
	RESOLUÇÃO DE PROBLEMA	B2, C1 e C2	4	3,76	0,62	0,549	0,585
		D	11	3,55	0,22		
		E	10	3,28	0,24		
	BUSCA DE INFORMAÇÃO	B2, C1 e C2	4	4,00	1,00	0,815	0,455
		D	11	3,18	0,46		
		E	10	4,00	0,47		
	DESAMPARO	B2, C1 e C2	4	2,75	0,43	0,117	0,890
		D	11	2,64	0,43		
		E	10	2,90	0,36		
	FUGA	B2, C1 e C2	4	2,69	0,28	1,069	0,360
		D	11	3,32	0,29		
		E	10	2,82	0,31		
	ACOMODAÇÃO	B2, C1 e C2	4	4,40	0,24	1,467	0,252
		D	11	3,88	0,15		
		E	10	3,88	0,20		
	NEGOCIAÇÃO	B2, C1 e C2	4	4,75	0,25	2,809	0,082
		D	11	4,82	0,12		
		E	10	3,70	0,54		
SUBMISSÃO	B2, C1 e C2	4	3,13	0,48	0,161	0,852	
	D	11	2,84	0,23			
	E	10	2,83	0,35			
OPOSIÇÃO	B2, C1 e C2	4	1,12	0,08	2,071	0,150	
	D	11	1,80	0,21			
	E	10	1,95	0,25			
FAMÍLIAS AGRUPADAS POR NECESSIDADES BÁSICAS	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "APEGO/RELACIONAMENTO"	B2, C1 e C2	4	4,29 ^a	0,11	6,882	0,0048*
		D	11	3,62 ^b	0,08		
		E	10	3,76 ^b	0,12		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "COMPETÊNCIA"	B2, C1 e C2	4	3,30	0,40	0,060	0,942
		D	11	3,17	0,23		
		E	10	3,25	0,20		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "AUTONOMIA"	B2, C1 e C2	4	3,35	0,17	1,012	0,380
		D	11	3,33	0,12		
		E	10	3,09	0,16		
FAMÍLIAS AGRUPADAS EM PERCEÇÃO DE AMEAÇA OU DESAFIO	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE DESAFIO"	B2, C1 e C2	4	4,33	0,30	1,466	0,252
		D	11	3,88	0,12		
		E	10	3,83	0,18		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE AMEAÇA"	B2, C1 e C2	4	2,97	0,16	0,037	0,963
		D	11	2,87	0,17		
		E	10	2,90	0,23		

Nota. * Diferença significativa pela ANOVA a 5% de significância.

Médias seguidas de letras distintas indicam diferença significativa pelo teste de Tukey a 5%.

Tabela DD3. Resultados da ANOVA da primeira avaliação da EMEP em relação à Escolaridade

CATEGORIAS DE ANÁLISE	ESCOLARI DADE	Descritivas			ANOVA		
		N	Média	Erro Padrão	F	p	
FATORES ORIGINAIS DA EMEP	FOCO PROBLEMA	EFI	6	3,82	0,17	0,164	0,850
		EFC	7	3,92	0,16		
		EMC	12	3,96	0,16		
	FOCO EMOÇÃO	EFI	6	2,22	0,30	0,722	0,497
		EFC	7	2,62	0,22		
		EMC	12	2,27	0,21		
	PRATICAS RELIGIOSAS	EFI	6	4,24	0,27	0,700	0,507
		EFC	7	4,14	0,22		
		EMC	12	3,92	0,16		
BUSCA DE SUPORTE SOCIAL	EFI	6	2,77	0,37	0,313	,734	
	EFC	7	3,09	0,46			
	EMC	12	3,13	0,23			
12 FAMÍLIAS DE ENFRENTAMENTO	AUTOCONFIANÇA	EFI	6	4,29	0,16	1,501	0,245
		EFC	7	4,11	0,25		
		EMC	12	4,54	0,15		
	BUSCA SUPORTE	EFI	6	3,56	0,17	0,844	0,444
		EFC	7	3,69	0,34		
		EMC	12	3,96	0,17		
	DELEGAÇÃO	EFI	6	4,83	0,17	1,265	0,302
		EFC	7	4,36	0,28		
		EMC	12	4,04	0,37		
	ISOLAMENTO SOCIAL	EFI	6	2,50	0,58	0,380	0,688
		EFC	7	3,00	0,56		
		EMC	12	2,54	0,27		
	RESOLUÇÃO DE PROBLEMA	EFI	6	3,17	0,29	0,539	0,591
		EFC	7	3,62	0,28		
		EMC	12	3,54	0,27		
	BUSCA DE INFORMAÇÃO	EFI	6	4,00	0,52	0,315	0,733
		EFC	7	3,29	0,71		
		EMC	12	3,67	0,47		
	DESAMPARO	EFI	6	2,67	0,65	1,687	0,208
		EFC	7	3,43	0,34		
		EMC	12	2,42	0,31		
	FUGA	EFI	6	3,04	0,49	3,021	0,069
		EFC	7	3,64	0,29		
		EMC	12	2,64	0,20		
	ACOMODAÇÃO	EFI	6	4,06	0,22	0,427	0,658
		EFC	7	4,07	0,19		
		EMC	12	3,85	0,19		
	NEGOCIAÇÃO	EFI	6	4,33	0,33	0,425	0,659
		EFC	7	4,71	0,29		
		EMC	12	4,17	0,46		
SUBMISSÃO	EFI	6	2,71	0,26	0,270	0,766	
	EFC	7	2,79	0,24			
	EMC	12	3,02	0,34			
OPOSIÇÃO	EFI	6	1,81	0,39	0,066	0,936	
	EFC	7	1,80	0,20			
	EMC	12	1,69	0,22			
FAMÍLIAS AGRUPADAS POR NECESSIDADES BÁSICAS	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "APEGO/RELACIONAMENTO"	EFI	6	3,80	0,18	0,009	0,991
		EFC	7	3,79	0,12		
		EMC	12	3,77	0,12		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "COMPETÊNCIA"	EFI	6	3,22	0,32	0,870	0,433
		EFC	7	3,49	0,23		
		EMC	12	3,07	0,19		
MÉDIA DAS FAMÍLIAS "AUTONOMIA"	EFI	6	3,23	0,10	0,286	0,754	
	EFC	7	3,34	0,11			
	EMC	12	3,18	0,17			
FAMÍLIAS AGRUPADAS EM PERCEÇÃO DE AMEAÇA OU DESAFIO	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE DESAFIO"	EFI	6	3,90	0,20	0,022	0,978
		EFC	7	3,91	0,22		
		EMC	12	3,95	0,16		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE AMEAÇA"	EFI	6	2,93	0,29	1,334	0,284
		EFC	7	3,17	0,12		
		EMC	12	2,73	0,17		

Nota. EFI = Ensino Fundamental Incompleto; EFC = Ensino Fundamental Completo; e EMC = Ensino Médio Completo.

APÊNDICE EE – Resultados do Teste *t* de Student

Tabela EE1. Resultados do Teste *t* da primeira avaliação da EMEP em relação ao número de gestações da mãe

	CATEGORIAS DE ANÁLISE	PRIMÍPARA	Descritivas			Teste <i>t</i>	
			N	Média	Erro Padrão	t	<i>p</i>
FATORES ORIGINAIS DA EMEP	FOCO PROBLEMA	Sim	13	3,87	0,11	-0,447	0,659
		Não	12	3,96	0,16		
	FOCO EMOÇÃO	Sim	13	2,04	0,17	-2,759	0,011*
		Não	12	2,70	0,17		
	PRATICAS RELIGIOSAS	Sim	13	4,09	0,16	0,286	0,777
		Não	12	4,02	0,17		
BUSCA DE SUPORTE SOCIAL	Sim	13	2,91	0,27	-0,693	0,495	
	Não	12	3,17	0,26			
12 FAMÍLIAS DE ENFRENTAMENTO	AUTOCONFIANÇA	Sim	13	4,44	0,15	0,772	0,448
		Não	12	4,27	0,17		
	BUSCA SUPORTE	Sim	13	3,80	0,17	0,069	0,945
		Não	12	3,78	0,21		
	DELEGAÇÃO	Sim	13	4,46	0,20	0,723	0,477
		Não	12	4,17	0,37		
	ISOLAMENTO SOCIAL	Sim	13	2,42	0,30	-1,040	0,309
		Não	12	2,92	0,37		
	RESOLUÇÃO DE PROBLEMA	Sim	13	3,39	0,21	-0,532	0,600
		Não	12	3,57	0,26		
	BUSCA DE INFORMAÇÃO	Sim	13	3,62	0,43	-0,079	0,937
		Não	12	3,67	0,48		
	DESAMPARO	Sim	13	2,31	0,30	-2,096	0,047*
		Não	12	3,25	0,33		
	FUGA	Sim	13	2,67	0,28	-2,095	0,047*
		Não	12	3,40	0,21		
	ACOMODAÇÃO	Sim	13	3,83	0,13	-1,212	0,238
		Não	12	4,10	0,18		
NEGOCIAÇÃO	Sim	13	4,77	0,12	1,763	0,102	
	Não	12	3,92	0,47			
SUBMISSÃO	Sim	13	2,73	0,26	-0,850	0,404	
	Não	12	3,04	0,26			
OPOSIÇÃO	Sim	13	1,47	0,18	-2,139	0,043*	
	Não	12	2,05	0,20			
FAMÍLIAS AGRUPADAS POR NECESSIDADES BÁSICAS	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "APEGO/RELACIONAMENTO"	Sim	13	3,78	0,10	-0,014	0,989
		Não	12	3,78	0,12		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "COMPETÊNCIA"	Sim	13	2,99	0,20	-1,827	0,081
		Não	12	3,47	0,16		
MÉDIA DAS FAMÍLIAS "AUTONOMIA"	Sim	13	3,20	0,10	-0,437	0,666	
	Não	12	3,28	0,15			
FAMÍLIAS AGRUPADAS EM PERCEÇÃO DE AMEAÇA OU DESAFIO	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE DESAFIO"	Sim	13	3,97	0,11	0,426	0,674
		Não	12	3,88	0,18		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE AMEAÇA"	Sim	13	2,68	0,17	-2,114	0,046*
		Não	12	3,14	0,13		

Nota. * Diferença significativa pelo teste *t* de Student a 5% de significância.

Tabela EE2. Resultados do Teste t da primeira avaliação da EMEP em relação à condição de trabalho da mãe

CATEGORIAS DE ANÁLISE	TRABALHA	Descritivas			Teste t		
		N	Média	Erro Padrão	t	p	
FATORES ORIGINAIS DA EMEP	FOCO PROBLEMA	Sim	12	3,78	0,13	-1,412	0,171
		Não	13	4,04	0,13		
	FOCO EMOÇÃO	Sim	12	2,30	0,22	-0,411	0,685
		Não	13	2,41	0,17		
	PRATICAS RELIGIOSAS	Sim	12	4,04	0,17	-0,196	0,846
		Não	13	4,08	0,16		
BUSCA DE SUPORTE SOCIAL	Sim	12	2,83	0,23	-1,035	0,311	
		Não	13	3,22	0,28		
	AUTOCONFIANÇA	Sim	12	4,13	0,18	-2,173	0,043*
		Não	13	4,58	0,11		
	BUSCA SUPORTE	Sim	12	3,58	0,18	-1,612	0,121
		Não	13	3,99	0,17		
12 FAMÍLIAS DE ENFRENTAMENTO	DELEGAÇÃO	Sim	12	4,42	0,20	0,452	0,655
		Não	13	4,23	0,35		
	ISOLAMENTO SOCIAL	Sim	12	2,67	0,37	0,026	0,979
		Não	13	2,65	0,32		
	RESOLUÇÃO DE PROBLEMA	Sim	12	3,33	0,25	-0,816	0,423
		Não	13	3,60	0,22		
	BUSCA DE INFORMAÇÃO	Sim	12	3,58	0,45	-0,169	0,867
		Não	13	3,69	0,46		
	DESAMPARO	Sim	12	2,50	0,35	-1,043	0,308
		Não	13	3,00	0,33		
	FUGA	Sim	12	3,20	0,29	0,952	0,351
		Não	13	2,85	0,24		
ACOMODAÇÃO	Sim	12	3,87	0,17	-0,799	0,432	
		Não	13	4,05	0,16		
	NEGOCIAÇÃO	Sim	12	4,83	0,11	2,045	0,061
		Não	13	3,92	0,43		
SUBMISSÃO	Sim	12	2,73	0,28	-0,790	0,438	
		Não	13	3,02	0,24		
OPOSIÇÃO	Sim	12	1,69	0,21	-0,394	0,697	
		Não	13	1,81	0,21		
FAMÍLIAS AGRUPADAS POR NECESSIDADES BÁSICAS	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "APEGO/RELACIONAMENTO"	Sim	12	3,70	0,11	-1,088	0,288
		Não	13	3,86	0,10		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "COMPETÊNCIA"	Sim	12	3,15	0,20	-0,473	0,641
		Não	13	3,29	0,19		
MÉDIA DAS FAMÍLIAS "AUTONOMIA"	Sim	12	3,28	0,11	0,453	0,655	
		Não	13	3,20	0,14		
FAMÍLIAS AGRUPADAS EM PERCEÇÃO DE AMEAÇA OU DESAFIO	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE DESAFIO"	Sim	12	3,89	0,14	-0,404	0,690
		Não	13	3,97	0,15		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE AMEAÇA"	Sim	12	2,87	0,18	-0,248	0,807
		Não	13	2,93	0,15		

Nota. * Diferença significativa pelo teste t de Student a 5% de significância.

Tabela EE3. Resultados do Teste t da primeira avaliação da EMEP em relação à gravidez ser de risco

CATEGORIAS DE ANÁLISE	GRAVIDEZ DE RISCO	Descritivas			Teste t		
		N	Média	Erro Padrão	t	p	
FATORES ORIGINAIS DA EMEP	FOCO PROBLEMA	Sim	17	3,82	0,11	-1,449	0,161
		Não	8	4,11	0,18		
	FOCO EMOÇÃO	Sim	17	2,37	0,17	0,153	0,880
		Não	8	2,33	0,24		
	PRATICAS RELIGIOSAS	Sim	17	4,04	0,14	-0,287	0,777
		Não	8	4,11	0,20		
BUSCA DE SUPORTE SOCIAL	Sim	17	2,92	0,22	-0,884	0,392	
		Não	8	3,28	0,34		
	AUTOCONFIANÇA	Sim	17	4,28	0,14	-1,071	0,295
		Não	8	4,53	0,17		
	BUSCA SUPORTE	Sim	17	3,83	0,16	0,424	0,676
		Não	8	3,71	0,23		
12 FAMÍLIAS DE ENFRENTAMENTO	DELEGAÇÃO	Sim	17	4,29	0,20	-0,183	0,856
		Não	8	4,38	0,50		
	ISOLAMENTO SOCIAL	Sim	17	2,97	0,30	2,025	0,055
		Não	8	2,00	0,30		
	RESOLUÇÃO DE PROBLEMA	Sim	17	3,37	0,20	-0,938	0,358
		Não	8	3,70	0,29		
	BUSCA DE INFORMAÇÃO	Sim	17	3,59	0,39	-0,234	0,817
		Não	8	3,75	0,56		
	DESAMPARO	Sim	17	2,97	0,28	1,297	0,207
		Não	8	2,31	0,45		
	FUGA	Sim	17	2,88	0,19	-1,098	0,284
		Não	8	3,31	0,42		
	ACOMODAÇÃO	Sim	17	3,88	0,14	-1,061	0,300
		Não	8	4,14	0,18		
	NEGOCIAÇÃO	Sim	17	4,18	0,35	-1,500	0,148
		Não	8	4,75	0,16		
	SUBMISSÃO	Sim	17	2,81	0,25	-0,562	0,580
		Não	8	3,03	0,24		
OPOSIÇÃO	Sim	17	1,73	0,18	-0,170	0,866	
	Não	8	1,79	0,27			
FAMÍLIAS AGRUPADAS POR NECESSIDADES BÁSICAS	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "APEGO/RELACIONAMENTO"	Sim	17	3,84	0,10	1,372	0,185
		Não	8	3,65	0,09		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "COMPETÊNCIA"	Sim	17	3,20	0,15	-0,226	0,823
		Não	8	3,27	0,30		
FAMÍLIAS AGRUPADAS EM PERCEÇÃO DE AMEAÇA OU DESAFIO	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE DESAFIO"	Sim	17	3,85	0,13	-1,095	0,285
		Não	8	4,10	0,16		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE AMEAÇA"	Sim	17	2,94	0,16	0,551	0,587
		Não	8	2,80	0,16		

Tabela EE4. Resultados do Teste t da primeira avaliação da EMEP em relação à religião da mãe

CATEGORIAS DE ANÁLISE	RELIGIÃO	Descritivas			Teste t		
		N	Média	Erro Padrão	t	p	
FATORES ORIGINAIS DA EMEP	FOCO PROBLEMA	Católica	13	3,82	0,15	-1,00	0,330
		Evangélica	11	4,01	0,12		
	FOCO EMOÇÃO	Católica	13	2,34	0,19	-0,22	0,831
		Evangélica	11	2,40	0,22		
	PRATICAS RELIGIOSAS	Católica	13	3,97	0,20	-0,64	0,530
		Evangélica	11	4,11	0,11		
	BUSCA DE SUPORTE SOCIAL	Católica	13	3,26	0,26	1,31	0,204
		Evangélica	11	2,76	0,28		
12 FAMÍLIAS DE ENFRENTAMENTO	AUTOCONFIANÇA	Católica	13	4,31	0,19	-0,45	0,655
		Evangélica	11	4,41	0,11		
	BUSCA SUPORTE	Católica	13	3,86	0,20	0,76	0,452
		Evangélica	11	3,66	0,18		
	DELEGAÇÃO	Católica	13	4,35	0,24	0,28	0,783
		Evangélica	11	4,23	0,37		
	ISOLAMENTO SOCIAL	Católica	13	2,54	0,31	-0,55	0,585
		Evangélica	11	2,82	0,41		
	RESOLUÇÃO DE PROBLEMA	Católica	13	3,38	0,25	-0,49	0,626
		Evangélica	11	3,55	0,23		
	BUSCA DE INFORMAÇÃO	Católica	13	3,77	0,43	0,62	0,544
		Evangélica	11	3,36	0,51		
	DESAMPARO	Católica	13	2,69	0,32	0,02	0,983
		Evangélica	11	2,68	0,37		
	FUGA	Católica	13	3,08	0,27	0,58	0,571
		Evangélica	11	2,86	0,27		
	ACOMODAÇÃO	Católica	13	3,82	0,16	-1,27	0,216
		Evangélica	11	4,11	0,17		
	NEGOCIAÇÃO	Católica	13	4,08	0,43	-1,11	0,280
		Evangélica	11	4,64	0,20		
	SUBMISSÃO	Católica	13	2,75	0,24	-0,90	0,378
		Evangélica	11	3,09	0,30		
	OPOSIÇÃO	Católica	13	1,80	0,20	0,11	0,913
		Evangélica	11	1,76	0,23		
FAMÍLIAS AGRUPADAS POR NECESSIDADES BÁSICAS	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "APEGO/RELACIONAMENTO"	Católica	13	3,76	0,10	-0,08	0,934
		Evangélica	11	3,78	0,13		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "COMPETÊNCIA"	Católica	13	3,23	0,18	0,43	0,673
		Evangélica	11	3,11	0,20		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "AUTONOMIA"	Católica	13	3,11	0,12	-1,67	0,110
		Evangélica	11	3,40	0,13		
FAMÍLIAS AGRUPADAS EM PERCEÇÃO DE AMEAÇA OU DESAFIO	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE DESAFIO"	Católica	13	3,87	0,16	-0,40	0,694
		Evangélica	11	3,95	0,13		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE AMEAÇA"	Católica	13	2,87	0,16	-0,16	0,875
		Evangélica	11	2,9061	0,19		

Nota. A categoria "Evangélica" engloba diferentes denominações religiosas.

Tabela EE5. Resultados do Teste t da primeira avaliação da EMEP em relação ao tipo de parto realizado

CATEGORIAS DE ANÁLISE	TIPO DE PARTO	Descritivas			Teste t		
		N	Média	Erro Padrão	t	p	
FATORES ORIGINAIS DA EMEP	FOCO PROBLEMA	Normal	11	4,12	0,11	2,063	0,051
		Cesáreo	14	3,75	0,13		
	FOCO EMOÇÃO	Normal	11	2,28	0,18	-0,457	0,652
		Cesáreo	14	2,41	0,20		
	PRATICAS RELIGIOSAS	Normal	11	4,07	0,17	0,078	0,938
		Cesáreo	14	4,05	0,16		
BUSCA DE SUPORTE SOCIAL	Normal	11	3,13	0,33	0,450	0,657	
	Cesáreo	14	2,96	0,22			
	AUTOCONFIANÇA	Normal	11	4,55	0,12	1,617	0,120
		Cesáreo	14	4,21	0,17		
	BUSCA SUPORTE	Normal	11	3,79	0,20	-0,022	0,983
		Cesáreo	14	3,79	0,18		
12 FAMÍLIAS DE ENFRENTAMENTO	DELEGAÇÃO	Normal	11	4,36	0,39	0,188	0,853
		Cesáreo	14	4,29	0,21		
	ISOLAMENTO SOCIAL	Normal	11	2,32	0,31	-1,293	0,209
		Cesáreo	14	2,93	0,34		
	RESOLUÇÃO DE PROBLEMA	Normal	11	3,80	0,20	1,886	0,072
		Cesáreo	14	3,21	0,23		
	BUSCA DE INFORMAÇÃO	Normal	11	3,82	0,52	0,492	0,627
		Cesáreo	14	3,50	0,40		
	DESAMPARO	Normal	11	2,55	0,38	-0,786	0,440
		Cesáreo	14	2,93	0,31		
	FUGA	Normal	11	3,02	0,35	0,028	0,978
		Cesáreo	14	3,01	0,20		
	ACOMODAÇÃO	Normal	11	4,12	0,13	1,294	0,209
		Cesáreo	14	3,84	0,17		
	NEGOCIAÇÃO	Normal	11	4,82	0,12	1,930	0,072
		Cesáreo	14	4,00	0,41		
	SUBMISSÃO	Normal	11	3,16	0,27	1,384	0,180
		Cesáreo	14	2,66	0,24		
OPOSIÇÃO	Normal	11	1,54	0,19	-1,297	0,207	
	Cesáreo	14	1,91	0,20			
FAMÍLIAS AGRUPADAS POR NECESSIDADES BÁSICAS	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "APEGO/RELACIONAMENTO"	Normal	11	3,75	0,11	-0,331	0,744
		Cesáreo	14	3,81	0,11		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "COMPETÊNCIA"	Normal	11	3,30	0,25	0,483	0,633
		Cesáreo	14	3,16	0,15		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "AUTONOMIA"	Normal	11	3,41	0,12	1,830	0,080
		Cesáreo	14	3,10	0,12		
FAMÍLIAS AGRUPADAS EM PERCEÇÃO DE AMEAÇA OU DESAFIO	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE DESAFIO"	Normal	11	4,15	0,12	1,969	0,061
		Cesáreo	14	3,76	0,15		
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE AMEAÇA"	Normal	11	2,83	0,15	-0,546	0,590
		Cesáreo	14	2,95	0,17		

APÊNDICE FF – Resultados do teste de Correlação de *Pearson*

Tabela FF1. Resultados da Correlação de *Pearson* para os escores da EMEP e as variáveis: idade gestacional, peso do bebê ao nascimento e quantidade de dias de internação do bebê no momento da avaliação

CATEGORIAS DE ANÁLISE		CORRELAÇÃO	IDADE GESTACIONAL	PESO AO NASCER	DIAS DE INTERN.
FATORES ORIGINAIS DA EMEP	FOCO PROBLEMA	Coeficiente de Correlação	-0,220	-0,195	0,016
		p	0,290	0,351	0,939
	FOCO EMOÇÃO	Coeficiente de Correlação	-0,143	-0,116	0,214
		p	0,495	0,581	0,303
	PRATICAS RELIGIOSAS	Coeficiente de Correlação	0,077	0,089	-0,362
		p	0,715	0,671	0,075
	BUSCA DE SUPORTE SOCIAL	Coeficiente de Correlação	-0,031	-0,205	0,101
		p	0,883	0,326	0,631
12 FAMÍLIAS DE ENFRENTAMENTO	AUTOCONFIANÇA	Coeficiente de Correlação	-0,274	-0,143	0,162
		p	0,185	0,495	0,440
	BUSCA SUPORTE	Coeficiente de Correlação	-0,232	-0,326	0,026
		p	0,265	0,111	0,900
	DELEGAÇÃO	Coeficiente de Correlação	0,224	0,285	-0,609
		p	0,282	0,167	0,001*
	ISOLAMENTO SOCIAL	Coeficiente de Correlação	-0,227	0,041	0,202
		p	0,275	0,844	0,333
	RESOLUÇÃO DE PROBLEMA	Coeficiente de Correlação	-0,143	-0,271	0,029
		p	0,494	0,189	0,890
	BUSCA DE INFORMAÇÃO	Coeficiente de Correlação	-0,075	-0,235	0,009
		p	0,721	0,257	0,965
	DESAMPARO	Coeficiente de Correlação	-0,309	-0,239	0,022
		p	0,132	0,249	0,918
	FUGA	Coeficiente de Correlação	0,140	0,199	-0,005
		p	0,505	0,340	0,980
	ACOMODAÇÃO	Coeficiente de Correlação	-0,114	0,019	-0,161
		p	0,587	0,928	0,441
NEGOCIAÇÃO	Coeficiente de Correlação	0,054	0,110	-0,221	
	p	0,798	0,600	0,288	
SUBMISSÃO	Coeficiente de Correlação	-0,207	-0,249	0,067	
	p	0,321	0,230	0,751	
OPOSIÇÃO	Coeficiente de Correlação	-0,003	-0,080	0,317	
	p	0,989	0,705	0,123	
FAMÍLIAS AGRUPADAS POR NECESSIDADES BÁSICAS	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "APEGO/RELACIONAMENTO"	Coeficiente de Correlação	-0,227	0,030	-0,176
		p	0,275	0,887	0,400
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "COMPETÊNCIA"	Coeficiente de Correlação	-0,175	-0,256	0,022
		p	0,402	0,217	0,917
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "AUTONOMIA"	Coeficiente de Correlação	-0,109	-0,080	-0,041
		p	0,604	0,704	0,845
FAMÍLIAS AGRUPADAS EM PERCEÇÃO DE AMEAÇA OU DESAFIO	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE DESAFIO"	Coeficiente de Correlação	-0,173	-0,238	-0,070
		p	0,409	0,252	0,741
	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEÇÃO DE AMEAÇA"	Coeficiente de Correlação	-0,136	-0,014	-0,018
		p	0,515	0,947	0,931

Nota. * Correlação significativa no nível de 5% de significância.

APÊNDICE GG – Duração das sessões de Grupo de MãesTabela GG1. *Duração das sessões de Grupo de Mães*

Grupos	Duração das sessões (minutos)	
	S1	S2
GM1	39	41
GM2	47	39
GM3	28	18
GM4	42	61
GM5	43	32
GM6	83	42
GM7	44	55
Média	47	41

APÊNDICE HH – Comportamentos verbais durante as sessões dos Grupos de Mães por categorias

Tabela HH1. *Frequência de comportamentos verbais durante as sessões do Grupo de Mães por categorias*

Categorização das verbalizações	GM1		GM2		GM3		GM4		GM5		GM6		GM7		Total
	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	S1	S2	
V6. Verbalizações positivas ou otimistas sobre o bebê	1	4	2	0	0	0	2	1	1	1	1	0	0	0	13
V7. Verbalizações que indicam preocupação ou ansiedade em relação ao bebê	0	5	0	0	0	0	3	1	1	0	2	2	3	1	18
V8. Verbalizações de outros sentimentos associados à situação do bebê	0	7	4	4	0	0	0	0	0	0	3	5	0	0	23
V9. Verbalizações que indicam busca ou fornecimento de suporte social	0	2	0	0	0	0	0	1	0	5	0	6	0	2	16
V10. Verbalizações de relato de outras estratégias de enfrentamento	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	1	2	0	0	8
V11. Verbalizações sobre a situação do bebê	4	2	4	0	0	0	4	0	6	0	11	0	9	0	40
V12. Verbalizações de descrições de comportamentos da mãe em relação ao bebê	4	1	1	0	0	0	2	1	1	0	0	2	1	1	14
V13. Verbalizações sobre outros temas que fogem ao objetivo da sessão do GM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V14. Verbalizações que indicam discordância ou queixa em relação à fala do M	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1
V15. Verbalizações de queixas ou reclamações sobre a situação do bebê o sobre o hospital ou sobre a equipe de saúde	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0	9
V16. Verbalizações de dúvidas em relação à situação do bebê ou a algo que foi abordado no GM	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	1	1	1	1	8
V17. Outras verbalizações	2	8	4	2	2	0	3	1	5	0	12	5	2	9	47
Total	11	29	15	9	3	0	18	5	14	9	32	23	19	9	195

APÊNDICE I I – Resultados da ANOVA para análise dos observadores

Tabela I I 1. Resultados da ANOVA da comparação das notas entre observadores por sessão de grupo

SESSÕES DE GRUPO			OBSERVADORES			Descritivas			ANOVA	
						N	Média	Erro Padrão	F	p
G1	S1	A	22	3,59	0,14	1,201	0,308	0,063	0,939	
		B	22	3,82	3,56					
		C	22	3,82	0,08					
	S2	A	23	3,78	0,11					
		B	23	3,83	0,10					
		C	23	3,78	0,09					
G2	S1	A	22	3,82	0,08	1,120	0,333	6,542	0,003*	
		B	22	3,82	0,08					
		C	22	3,64	0,12					
	S2	A	23	3,87 ^a	0,07					
		B	23	3,65 ^{ac}	0,10					
		C	23	3,39 ^{bc}	0,10					
G3	S1	A	21	4,00 ^a	0,00	12,955	0,000*	6,125	0,004*	
		B	21	3,71 ^{ac}	0,10					
		C	21	3,29 ^{bc}	0,14					
	S2	A	21	3,81	0,09					
		B	22	3,86 ^a	0,08					
		C	21	3,38 ^b	0,15					
G4	S1	A	22	3,86 ^a	0,08	10,086	0,000*	1,706	0,190	
		B	22	3,73 ^b	0,10					
		C	19	3,21 ^a	0,15					
	S2	A	23	3,61	0,10					
		B	22	3,68	0,10					
		C	23	3,39	0,11					
G5	S1	A	22	3,91 ^a	0,06	5,107	0,009*	7,333	0,001*	
		B	20	3,65 ^{ac}	0,13					
		C	20	3,35 ^{bc}	0,17					
	S2	A	19	3,79 ^a	0,10					
		B	23	3,87 ^b	0,07					
		C	22	3,41 ^a	0,11					
G6	S1	A	22	3,82	0,11	0,477	0,623	2,339	0,105	
		B	21	3,67	0,13					
		C	22	3,73	0,10					
	S2	A	23	3,83	0,08					
		B	22	3,86	0,08					
		C	22	3,59	0,13					
G7	S1	A	22	3,64	0,12	1,758	0,181	4,637	0,013*	
		B	21	3,71	0,10					
		C	19	3,37	0,18					
	S2	A	19	3,95 ^a	0,05					
		B	23	3,74	0,09					
		C	22	3,55 ^b	0,11					

Nota. * Diferença significativa pela ANOVA a 5% de significância.

Médias seguidas de letras distintas indicam diferença significativa pelo teste de Tukey a 5%.

APÊNDICE JJ – Resultados do Teste *t* pareado

Tabela JJ1. Resultados do Teste *t* pareado com os escores da primeira e segunda avaliações da EMEP, com todas as mães da amostra final

CATEGORIAS DE ANÁLISE			Descritivas			Teste <i>t</i> pareado		
			N	Média	Erro Padrão	t	<i>p</i>	
FATORES ORIGINAIS DA EMEP	Pair 1	FOCO PROBLEMA 1	15	3,85	0,13	-0,529	0,605	
		FOCO PROBLEMA 2	15	3,91	0,09			
	Pair 2	FOCO EMOÇÃO 1	15	2,29	0,19	0,073	0,943	
		FOCO EMOÇÃO 2	15	2,28	0,16			
	Pair 3	PRÁTICA RELIGIOSA 1	15	4,03	0,17	0,697	0,497	
		PRÁTICA RELIGIOSA 2	15	3,91	0,17			
	Pair 4	BUSCA SUPORTE SOCIAL 1	15	3,21	0,25	-1,097	0,291	
		BUSCA SUPORTE SOCIAL 2	15	3,49	0,18			
12 FAMÍLIAS DE ENFRENTAMENTO	Pair 5	AUTOCONFIANÇA 1	15	4,35	0,13	1,264	0,227	
		AUTOCONFIANÇA 2	15	4,16	0,15			
	Pair 6	BUSCA SUPORTE 1	15	3,88	0,19	-0,538	0,599	
		BUSCA SUPORTE 2	15	3,98	0,20			
	Pair 7	DELEGAÇÃO 1	15	4,40	0,21	2,946	0,011*	
		DELEGAÇÃO 2	15	3,50	0,31			
	Pair 8	ISOLAMENTO SOCIAL 1	15	2,37	0,28	-0,109	0,915	
		ISOLAMENTO SOCIAL 2	15	2,40	0,31			
	Pair 9	RESOLUÇÃO DE PROBLEMA 1	15	3,34	0,22	-0,792	0,441	
		RESOLUÇÃO DE PROBLEMA 2	15	3,48	0,18			
	Pair 10	BUSCA DE INFORMAÇÃO 1	15	4,00	0,34	1,103	0,288	
		BUSCA DE INFORMAÇÃO 2	15	3,60	0,32			
	Pair 11	DESAMPARO 1	15	2,80	0,31	-0,581	0,571	
		DESAMPARO 2	15	3,00	0,30			
	Pair 12	FUGA 1	15	2,76	0,24	-2,276	0,039*	
		FUGA 2	15	3,22	0,21			
Pair 13	ACOMODAÇÃO 1	15	3,89	0,17	-0,925	0,371		
	ACOMODAÇÃO 2	15	4,05	0,12				
Pair 14	NEGAÇÃO 1	15	4,07	0,38	-0,878	0,395		
	NEGAÇÃO 2	15	4,47	0,22				
Pair 15	SUBMISSÃO 1	15	2,82	0,26	1,512	0,153		
	SUBMISSÃO 2	15	2,48	0,25				
Pair 16	OPOSIÇÃO 1	15	1,84	0,20	0,145	0,887		
	OPOSIÇÃO 2	15	1,81	0,20				
FAMÍLIAS AGRUPADAS POR NECESSIDADES BÁSICAS	Pair 17	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "APEGO/RELACIONAMENTO" 1	15	3,75	0,10	1,801	0,093	
		MÉDIA DAS FAMÍLIAS "APEGO/RELACIONAMENTO" 2	15	3,51	0,14			
	Pair 18	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "COMPETÊNCIA" 1	15	3,23	0,19	-0,645	0,529	
		MÉDIA DAS FAMÍLIAS "COMPETÊNCIA" 2	15	3,33	0,16			
	Pair 19	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "AUTONOMIA" 1	15	3,15	0,12	-0,357	0,727	
		MÉDIA DAS FAMÍLIAS "AUTONOMIA" 2	15	3,20	0,13			
	FAMÍLIAS AGRUPADAS EM PERCEPÇÃO DE AMEAÇA OU DESAFIO	Pair 20	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEPÇÃO DE DESAFIO" 1	15	3,92	0,15	-0,211	0,836
			MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEPÇÃO DE DESAFIO" 2	15	3,96	0,10		
MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEPÇÃO DE AMEAÇA" 1			15	2,83	0,18			
Pair 21		MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEPÇÃO DE AMEAÇA" 1	15	2,73	0,16	0,851	0,409	
		MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEPÇÃO DE AMEAÇA" 2	15	2,73	0,16			

Nota. * Diferença significativa pelo teste *t* pareado no nível de 5% de significância

Tabela JJ2. Resultados do Teste *t* pareado com os escores da primeira e segunda avaliações da EMEP, excluindo as mães da amostra final cujos bebês foram à óbito

CATEGORIAS DE ANÁLISE			Descritivas			Teste <i>t</i> pareado	
			N	Média	Erro Padrão	t	p
FATORES ORIGINAIS DA EMEP	Pair 1	FOCO PROBLEMA 1	13	3,71	0,11	-1,256	0,233
		FOCO PROBLEMA 2	13	3,85	0,09		
	Pair 2	FOCO EMOÇÃO 1	13	2,26	0,21	0,038	0,970
		FOCO EMOÇÃO 2	13	2,26	0,17		
	Pair 3	PRÁTICA RELIGIOSA 1	13	3,98	0,20	0,414	0,686
		PRÁTICA RELIGIOSA 2	13	3,90	0,20		
	Pair 4	BUSCA SUPORTE SOCIAL 1	13	3,09	0,28	-1,385	0,191
		BUSCA SUPORTE SOCIAL 2	13	3,48	0,20		
12 FAMÍLIAS DE ENFRENTAMENTO	Pair 5	AUTOCONFIANÇA 1	13	4,29	0,14	1,441	0,175
		AUTOCONFIANÇA 2	13	4,04	0,15		
	Pair 6	BUSCA SUPORTE 1	13	3,80	0,20	-0,921	0,375
		BUSCA SUPORTE 2	13	3,97	0,23		
	Pair 7	DELEGAÇÃO 1	13	4,31	0,23	2,213	0,047*
		DELEGAÇÃO 2	13	3,62	0,35		
	Pair 8	ISOLAMENTO SOCIAL 1	13	2,38	0,31	0,245	0,811
		ISOLAMENTO SOCIAL 2	13	2,31	0,27		
	Pair 9	RESOLUÇÃO DE PROBLEMA 1	13	3,14	0,20	-1,657	0,123
		RESOLUÇÃO DE PROBLEMA 2	13	3,39	0,18		
	Pair 10	BUSCA DE INFORMAÇÃO 1	13	3,85	0,37	0,743	0,472
		BUSCA DE INFORMAÇÃO 2	13	3,54	0,37		
	Pair 11	DESAMPARO 1	13	2,65	0,33	-1,184	0,259
		DESAMPARO 2	13	3,08	0,33		
	Pair 12	FUGA 1	13	2,72	0,28	-2,052	0,063
		FUGA 2	13	3,19	0,24		
Pair 13	ACOMODAÇÃO 1	13	3,75	0,16	-1,477	0,165	
	ACOMODAÇÃO 2	13	4,02	0,13			
Pair 14	NEGAÇÃO 1	13	3,92	0,43	-1,262	0,231	
	NEGAÇÃO 2	13	4,54	0,22			
Pair 15	SUBMISSÃO 1	13	2,71	0,29	1,187	0,258	
	SUBMISSÃO 2	13	2,42	0,28			
Pair 16	OPOSIÇÃO 1	13	1,89	0,23	0,626	0,543	
	OPOSIÇÃO 2	13	1,75	0,21			
FAMÍLIAS AGRUPADAS POR NECESSIDADES BÁSICAS	Pair 17	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "APEGO/RELACIONAMENTO" 1	13	3,70	0,10	1,375	0,194
		MÉDIA DAS FAMÍLIAS "APEGO/RELACIONAMENTO" 2	13	3,48	0,16		
	Pair 18	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "COMPETÊNCIA" 1	13	3,09	0,19	-1,335	0,207
		MÉDIA DAS FAMÍLIAS "COMPETÊNCIA" 2	13	3,30	0,18		
	Pair 19	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "AUTONOMIA" 1	13	3,07	0,13	-0,815	0,431
		MÉDIA DAS FAMÍLIAS "AUTONOMIA" 2	13	3,18	0,14		
FAMÍLIAS AGRUPADAS EM PERCEPÇÃO DE AMEAÇA OU DESAFIO	Pair 20	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEPÇÃO DE DESAFIO" 1	13	3,83	0,11	-0,275	0,788
		MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEPÇÃO DE DESAFIO" 2	13	3,87	0,11		
		MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEPÇÃO DE AMEAÇA" 1	13	2,78	0,20		
	Pair 21	MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEPÇÃO DE AMEAÇA" 1	13	2,78	0,20	1,437	0,176
		MÉDIA DAS FAMÍLIAS "PERCEPÇÃO DE AMEAÇA" 2	13	2,61	0,17		

Nota. * Diferença significativa pelo teste *t* pareado no nível de 5% de significância

ANEXO A – Evolução histórica da prematuridade e do baixo peso

Tabela A1. *Evolução histórica da prematuridade e do baixo peso no Brasil, no Espírito Santo e no município de Serra*

Ano	Condições	Brasil	Espírito Santo	Serra
1999	Número de nascidos vivos	3.256.433	60.800	7.610
	Taxa bruta de natalidade	19,9	20,7	25,1
	% com prematuridade	6,2	5,7	6,5
	% com baixo peso ao nascer	7,7	7,2	7,9
2000	Número de nascidos vivos	3.206.761	58.380	7.091
	Taxa bruta de natalidade	18,9	18,8	22,1
	% com prematuridade	6,8	5,5	6,0
	% com baixo peso ao nascer	7,7	7,4	7,5
2001	Número de nascidos vivos	3.115.474	57.092	6.665
	Taxa bruta de natalidade	18,1	18,1	19,9
	% com prematuridade	6,4	5,2	6,3
	% com baixo peso ao nascer	8,0	7,6	8,3
2002	Número de nascidos vivos	3.059.402	55.076	6.435
	Taxa bruta de natalidade	17,5	17,2	18,8
	% com prematuridade	6,4	5,2	5,6
	% com baixo peso ao nascer	8,1	7,7	7,8
2003	Número de nascidos vivos	3.038.251	53.417	6.267
	Taxa bruta de natalidade	17,2	16,4	17,8
	% com prematuridade	6,4	5,2	5,8
	% com baixo peso ao nascer	8,3	7,4	8,0
2004	Número de nascidos vivos	3.026.548	53.243	6.568
	Taxa bruta de natalidade	16,9	16,1	18,2
	% com prematuridade	6,5	5,1	6,0
	% com baixo peso ao nascer	8,2	7,6	8,6
2005	Número de nascidos vivos	3.035.096	52.399	6.528
	Taxa bruta de natalidade	16,5	15,4	17,0
	% com prematuridade	6,6	5,4	6,7
	% com baixo peso ao nascer	8,1	7,4	8,1
2006	Número de nascidos vivos	2.944.928	51.449	6.616
	Taxa bruta de natalidade	15,8	14,9	16,8
	% com prematuridade	6,7	5,9	6,1
	% com baixo peso ao nascer	8,2	7,9	8,3
2007	Número de nascidos vivos	2.891.328	51.020	6.644
	Taxa bruta de natalidade	15,3	14,5	16,4
	% com prematuridade	6,7	6,1	6,9
	% com baixo peso ao nascer	8,2	7,8	8,4
2008	Número de nascidos vivos	2.917.432	51.648	6.582
	Taxa bruta de natalidade	15,4	15,0	16,6
	% com prematuridade	6,7	6,1	7,2
	% com baixo peso ao nascer	8,3	7,8	8,5

Nota. Fonte: *Ministério da Saúde (2011)*

ANEXO B – Aprovação da pesquisa no Comitê de Ética da UFES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 30 de novembro de 2009.


Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof^a. Kely Maria Pereira de Paula
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Grupo de Mães na UTIN: Promoção de estratégias de enfrentamento maternas”**.

Senhor Pesquisador,

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa n^o. **211/09** intitulado: **“Grupo de Mães na UTIN: Promoção de estratégias de enfrentamento maternas”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 25 de novembro de 2009.

Atenciosamente,



Prof^a Dra Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504

ANEXO C – Aprovação da pesquisa no Comitê de Ética do HINSG/SESA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Vitória, 24 de novembro de 2009.

Do : Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

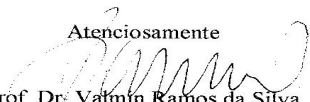
Para: Fabiana Pinheiro Ramos
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“GRUPO DE MÃES NA UTIN: promoção de estratégias de enftetamento maternas”**.

Senhora pesquisadora

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa da Glória, após analisar o Projeto de Pesquisa , nº de **Registro no CEP-51/2009**, intitulado: **“GRUPO DE MÃES NA UTIN: promoção de estratégias de enftetamento maternas”**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos da instituição onde o projeto será realizado, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 08292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião ordinária realizada em 24 de novembro de 2009.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”

Atenciosamente


Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva
Coordenador do CEP-HINSG

**ANEXO D – Aprovação da pesquisa no Comitê de Ética da Maternidade Escola da
Universidade Federal do Rio de Janeiro**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Maternidade-Escola
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 28 de junho de 2010.

Informamos a V. S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – CEP/ME-UFRJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ME-UFRJ - Nº. 30/2009
CAAE: 0033.0.361.361-09

Título do Projeto: *“VULNERABILIDADE, PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: uma proposta de pesquisa-intervenção em Psicologia Pediátrica”*

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisador Responsável: Ana Cristina Barros da Cunha

Instituição onde o trabalho de campo se realizará: Maternidade Escola da UFRJ

Data de recebimento no CEP/ME-UFRJ: 01/12/2009

Data de apreciação: 15/12/2009

Data da reapreciação: 28/06/2010

Parecer do CEP/ME-UFRJ: APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, que o CEP/ME-UFRJ deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças no método) que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador justificar caso, o mesmo venha a ser interrompido.


Dr. Ivo Basílio da Costa Júnior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Maternidade-Escola da UFRJ
CRM: 52.50381-1 SIAPE: 1186327

Rua das Laranjeiras, 180 - Laranjeiras - CEP: 22240-003 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 2285-7935 - Tel/Fax: (21) 2205-9064 - E-mail: pesquisa@me.ufrj.br

ANEXO E – Critério de Classificação Econômica Brasil



O Critério de Classificação Econômica Brasil enfatiza sua função de avaliar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas abandonando o trabalho de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão do mercado de renda abaixo de 14 classes econômicas.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de Itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Emprego mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª Série Fundamental	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colégio incompleto	Fundamental completo	2
Colégio completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

ANEXO F – Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP-Seidl et al., 2001)

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a situação do seu bebê, neste momento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar o problema do seu bebê, no momento atual.

Veja um exemplo: **Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema de saúde**

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

No exemplo acima, você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o problema do seu bebê. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco. Muito obrigado pela sua participação!

Nome: _____

Data: ____/____/____

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	1	2	3	4	5
2. Eu me culpo.	1	2	3	4	5
3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.	1	2	3	4	5
4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.	1	2	3	4	5
5. Procuo um culpado para a situação.	1	2	3	4	5
6. Espero que um milagre aconteça.	1	2	3	4	5
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.	1	2	3	4	5
8. Eu rezo/ oro.	1	2	3	4	5
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo.	1	2	3	4	5
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero.	1	2	3	4	5
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.	1	2	3	4	5
12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.	1	2	3	4	5

13. Desconto em outras pessoas.	1	2	3	4	5
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema.	1	2	3	4	5
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.	1	2	3	4	5
16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.	1	2	3	4	5
17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.	1	2	3	4	5
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.	1	2	3	4	5
19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.	1	2	3	4	5
20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.	1	2	3	4	5
21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.	1	2	3	4	5
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.	1	2	3	4	5
23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.	1	2	3	4	5
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.	1	2	3	4	5
25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.	1	2	3	4	5
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.	1	2	3	4	5
27. Tento esquecer o problema todo.	1	2	3	4	5
28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.	1	2	3	4	5
29. Eu culpo os outros.	1	2	3	4	5
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.	1	2	3	4	5
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia.	1	2	3	4	5
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	1	2	3	4	5
34. Procuro me afastar das pessoas em geral.	1	2	3	4	5
35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.	1	2	3	4	5
36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	1	2	3	4	5
37. Descubro quem mais é ou foi responsável.	1	2	3	4	5
38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.	1	2	3	4	5
39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.	1	2	3	4	5
40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.	1	2	3	4	5
41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.	1	2	3	4	5
42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.	1	2	3	4	5
43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação.	1	2	3	4	5
44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação.	1	2	3	4	5
45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema	1	2	3	4	5

Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com seu problema de saúde?

ANEXO G – Diretrizes para Observação do Padrão de Interação de Professores
(tradução livre e autorizada do *Guidelines for Observing Teaching Interactions*, C. S. Lidz,
2002, p. 46-48)

Nome do professor:

Nome do aluno (se apropriado):

Observador:

Local:

Data:

Tarefa/Atividade:

Observe o professor do início ao fim do processo de toda a tarefa.

(escreva NA se não se aplica)

Use a escala de avaliação que se segue e registre comentários descritivos adicionais abaixo:

4.....3.....2.....1
evidência em evidência em evidência em nenhuma
nível elevado nível moderado nível crescente evidência

O professor é pontuado em todos os componentes para cada um dos níveis de evidência nos comportamentos de mediação abaixo:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. O professor produz uma mensagem clara aos alunos com objetivo de engajá-los na tarefa; | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. O professor consegue com sucesso manter a atenção dos alunos ao longo da tarefa; | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Quando os alunos perdem a atenção, o professor em alguns momentos vai além do necessário para chamar a atenção e provocar uma reação ou um princípio básico (ex: “ <i>Bem, vocês sabem o que é para ser feito!</i> ”); | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. O professor produz um suporte apropriado, visível e concreto, para auxiliar a tarefa; | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. O professor faz uso de voz, gestos e movimentos para vivenciar a apresentação da tarefa; | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. O professor especificamente aponta características extras e elementos dos materiais e conteúdos que são importantes serem notados; | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. O professor vai além da classificação que é apresentada aos alunos para provocar elaborações que aumentem percepções (ex: “ <i>Vocês sentem o ritmo desse poema?</i> ”); | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. O professor promove pensamentos que associam a tarefa a experiências anteriores; | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. O professor promove pensamentos que associam a tarefa a experiências futuras; | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. O professor promove pensamentos/relações de causa e efeito (procurando por trás da situação atual); | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. O professor promove hipóteses e <i>se ... logo pensam</i> (buscando da situação ou pensamento atual); | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. O professor demonstra perceber as experiências ou perspectivas dos alunos (o que o aluno deve estar pensando ou sentindo); | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. O professor compartilha seus próprios pensamentos ou experiências relevantes para a tarefa; | 4 | 3 | 2 | 1 |

14. O professor participa da experiência de aprendizagem do aluno, como um aprendiz que fala consigo próprio ao longo da situação de resolução de problema; 4 3 2 1
15. O professor comunica de forma clara a proposta da tarefa em termos do que é esperado do aluno aprender; esse resultado se inclui no processo; 4 3 2 1
16. O professor organiza ou planeja a tarefa de forma clara; 4 3 2 1
17. O professor promove pensamentos de estratégias nos alunos (ex: perguntando questões “como”, sugerindo estratégias); 4 3 2 1
18. Quando dá instruções sobre como realizar a tarefa, o professor inclui informações sobre os princípios básicos da tarefa; 4 3 2 1
19. O professor ajuda os alunos quando eles não sabem como desenvolver a tarefa na forma correta, ajudando-os a alcançar um melhor resultado; 4 3 2 1
20. O professor faz comentários positivos e observações que encorajam o aluno; 4 3 2 1
21. O professor faz observações sobre o desempenho do aluno que inclui *feedback* sobre como eles estão (e não estão) trabalhando; 4 3 2 1
22. O professor provoca pensamentos e respostas dos alunos e de forma apropriada (em tempo e frequência) conversa com eles sobre estes; 4 3 2 1
23. O professor obtém êxito na criação e manutenção de uma “zona de desafio”, um pouco adiante no desenvolvimento real dos alunos, mas sem frustrá-los; 4 3 2 1
24. O professor interpreta as dicas comportamentais dos alunos e responde a esses comportamentos e necessidades, atendendo em tempo e de maneira apropriada (isso inclui a oferta de momentos em que se deve esperar); 4 3 2 1
25. O professor é capaz de contrabalançar as necessidades de estudantes com uma alta performance com as daqueles que tem baixo desempenho; 4 3 2 1
26. O professor se refere com emoção e sentimentos de cuidado aos alunos; 4 3 2 1
27. O professor oferece oportunidades aos alunos de observarem o que eles aprenderam com sucesso e como eles mudaram como aprendizes (ex: usando exemplos de tarefas em que eles melhoraram); 4 3 2 1
28. O professor oferece oportunidades aos alunos para eles refletirem de como chegaram na resposta ou na solução e não somente qual é a resposta certa; isto inclui solicitar justificativas para as perguntas e respostas; 4 3 2 1
29. O professor faz solicitações ou questões que promovem a integração de dados de mais de uma fonte de informações; 4 3 2 1
30. O professor oferece oportunidades aos alunos para reconhecer e sintetizar suas experiências de aprendizagem; 4 3 2 1
31. O professor avalia a aprendizagem do aluno na tarefa antes de cumprir o objetivo (inclui verificar quais alunos têm necessariamente conhecimentos e habilidades prévias para comprometerem-se em novas aprendizagens); 4 3 2 1
32. As interações do professor promovem uma autorregulação e uma responsabilidade pessoal diante das ações; 4 3 2 1

33. A natureza da tarefa e a seleção dos materiais promove o envolvimento ativo dos alunos; 4 3 2 1

34. O conteúdo das tarefas conduz a respostas e soluções alternativas;

Resumo das INTERAÇÕES DO PROFESSOR:

Resumo do AMBIENTE DE SALA DE AULA:

Descreva a PARTICIPAÇÃO DO ALUNO e a RESPONSABILIDADE:

RECOMENDAÇÕES:

ANEXO H – Escala de Eventos Vitais (EEV)

Nome: _____ Data: ___/___/___

Assinale com um X os eventos que aconteceram com você após a alta do seu bebê:

- morte do cônjuge/companheiro
- separação
- casamento
- morte de alguém da família
- gravidez
- doença na família
- acréscimo ou diminuição do número de pessoas morando em sua casa
- nascimento na família
- mudança de casa
- mudança de escola
- reconciliação matrimonial
- aposentadoria
- perda de emprego
- mudança de trabalho (favorável ou desfavorável)
- dificuldades com a chefia
- reconhecimento profissional
- acidentes
- perdas financeiras
- dificuldades sexuais
- problemas de saúde
- morte de um amigo
- dívidas
- mudanças de hábitos pessoais
- mudanças de atividades recreativas
- mudanças de atividades religiosas
- mudanças de atividades sociais

Adaptado por Savoia (1995) da Escala de Holmes e Rahe (1967) utilizada como roteiro semelhante ao método de painel de Brown (1974).