



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

SCHWANNY ROBERTA COSTA RAMBALDUCCI MOFATI VICENTE

**O Impacto do Diagnóstico de Anomalia Congênita: *Coping* e Indicadores Emocionais
Maternos**

**Vitória, ES
2013**

SCHWANNY ROBERTA COSTA RAMBALDUCCI MOFATI VICENTE

O Impacto do Diagnóstico de Anomalia Congênita: *Coping* e Indicadores Emocionais Maternos

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob orientação da Professora Doutora Kely Maria Pereira de Paula.

**Vitória, ES
2013**

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

S398i Schwanny Roberta Costa Rambalducci Mofati, 1988-
O impacto do diagnóstico de anomalia congênita : coping e indicadores emocionais maternos / Schwanny Roberta Costa Rambalducci Mofati Vicente. – 2013.
196 f. : il.

Orientador: Kely Maria Pereira de Paula.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Mães. 2. Stress (Psicologia). 3. Ansiedade. 4. Depressão em mulheres. 5. Anomalias humanas. 6. Coping. I. Paula, Kely Maria Pereira de, 1967-. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

Nome: Schwanny Roberta Costa Rambalducci Mofati Vicente

Título: O impacto do diagnóstico de anomalia congênita: *coping* e indicadores emocionais maternos.

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

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA



Professora Doutora Kely Maria Pereira de Paula
Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo (Orientadora)



Professora Doutora Gimol Benzaquen Perosa
Instituição: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho



Professora Doutora Luziane Zacché Avellar
Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, a quem devo minha vida e todas as minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a todas as **mães participantes** da pesquisa, que com todo o sofrimento e angústia se dispuseram a participar do estudo falando sobre suas experiências. Sem a participação e colaboração de vocês nada disso teria acontecido. Muito obrigada!

Agradeço à minha orientadora, professora **Kely Maria Pereira de Paula**, por ter contribuído de forma tão significativa para meu crescimento pessoal e profissional; pelos ensinamentos que me acompanharão ao longo da minha vida; e pela paciência nos momentos de dificuldade e de ansiedade.

À professora **Sônia Regina Fiorim Enumo**, que tanto contribuiu com meu aprendizado no decorrer da Iniciação Científica, quem ensinou os primeiros passos de como fazer pesquisa. Por todas as dicas durante o mestrado e pela disponibilidade de sempre.

À **Fabiana Pinheiro Ramos**, que depositou tanta confiança em mim quando ainda estava na graduação, a quem devo todo meu percurso na vida acadêmica, e a quem tenho grande admiração como pessoa e como profissional. Obrigada por tudo que fez e faz por mim, por toda disponibilidade sempre que preciso. Jamais esquecerei todo carinho que tem por mim.

Às alunas de Iniciação Científica, **Camila Nasser Mancini** e **Sarah Almeida Muniz**, que se dedicaram de forma tão importante durante um ano de iniciação científica, participando diretamente nesta na pesquisa; são alunas dedicadas sempre prontas para auxiliar em tudo que é necessário. Agradeço também à aluna **Flávia Gomes Pedroni**, que participou durante pouco tempo, mas, nesse período, deu o seu melhor, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa.

Agradeço a todo o **Grupo de Pesquisa em Psicologia Pediátrica da Universidade Federal do Espírito Santo**, que com discussões teóricas e metodológicas colaborou de forma

tão importante com meu desempenho acadêmico durante reuniões formais do grupo e também encontros casuais no laboratório.

A toda equipe dos três hospitais onde a pesquisa foi realizada. No HEIMABA, à **Aline Liparizi** responsável pela avaliação do projeto; **Eliane Barbosa**, assistente social da UTIN, **Virgínia Effigen**, psicóloga do hospital e **Ângela Nascimento**, enfermeira responsável pela UTIN. No HDDS, à **Débora Silva**, responsável pela avaliação do projeto e pela UTIN; **Milena Cordeiro** e **Viviane Junquillo**, psicólogas da UTIN e da maternidade; e **Dayselane Custódio** e **Marilene Nogueira Silva**, enfermeiras que auxiliaram na identificação da amostra. No HUCAM, ao **Dr. Marco Antônio Rosetti de Oliveira**, pediatra responsável pela UTIN, **Fernanda Stange**, psicóloga do setor onde a pesquisa foi realizada; e as estudantes de psicologia e estagiárias na UTIN, **Rovena Esmidre Silva**, **Jéssica Dadalto** e **Lívia Ramos**.

A **Franciane Figueiredo**, estatística, que auxiliou no processamento e análise dos dados, sua colaboração foi essencial neste momento.

A todos os professores do Programa de Pós Graduação em Psicologia, sempre dispostos a tirarem mais uma dúvida e a contribuírem para a qualidade do trabalho. Agradeço de forma especial às professoras **Luziane Zacché Avellar** e **Maria Cristina Smith Menandro** que participaram da Banca de qualificação e que com seus conhecimentos e experiências contribuíram de forma significativa para o sucesso da pesquisa.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo financiamento da pesquisa.

Agradeço também a todos os colegas que ingressaram no mestrado comigo e que deixaram as aulas mais divertidas, principalmente à **Manoela Pagotto**, **Sandra Bonfim Leonel** e **Terezinha Lyrio**. E também à **Maria Luiza Guidoni Macedo**, bolsista de apoio técnico do Grupo de Pesquisa e que estava sempre presente, tornando os dias mais agradáveis.

Agradeço a **Deus**, por ter permitido que tudo isso acontecesse na minha vida, por ter dado força a cada dia para continuar neste caminho tão gratificante.

Agradeço, também, aos meus pais, **Gomes Roberto Vicente** e **Corina Maria Rambalducci Vicente**, que sempre confiaram e acreditaram no meu potencial, que investiram no meu desenvolvimento e que passaram por cima de suas vontades e sonhos para realizar minhas vontades e meus sonhos. A vocês devo tudo que sou e tudo que tenho.

Ao meu noivo e futuro esposo, **Pedro Paulo Favato Barcelos**, pela paciência e dedicação, que auxiliou de forma tão ativa no decorrer deste trabalho, sempre disposto a revisar mais uma vez o texto, a formatar mais uma tabela ou planilha. Pelas muitas vezes que abriu mão de fazer uma atividade sua para dar uma carona ao hospital. Muito obrigada por tudo!

Aos meus **irmãos** que sempre acreditaram e apoiaram, mesmo que indiretamente, vocês são essenciais nesta jornada, pois mesmo sem falar uma só palavra são capazes de dar força para que eu continue seguindo.

Aos meus **avós** que sempre souberam e confiaram na minha força de vontade e capacidade de lutar por aquilo que acredito. Por respeitarem e apoiarem meus sonhos.

Por fim, a **Maria Eugênia Soares Vicente**, prima, que oferece todo suporte emocional necessário. E às amigas que me acompanham desde a graduação, **Ane Kelly Coelho Barbosa**, **Cintia Moreira de Souza** e **Fernanda Gomes dos Santos**, pela compreensão e apoio durante esse tempo que estamos juntas.

“Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas.”

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

Vicente, Schwanny Roberta Costa Rambalducci Mofati (agosto, 2013). *O impacto do diagnóstico de Anomalia Congênita: Coping e indicadores emocionais maternos*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES. 196 pp.

A anomalia congênita (AC) caracteriza-se por alterações durante o desenvolvimento embrionário. Quando o bebê nasce com algum tipo de malformação, o impacto dessa notícia poderá influenciar vários aspectos sociais e afetivos na dinâmica familiar. Sendo assim, este estudo teve como principal objetivo verificar o *coping* adotado por mães de bebês com AC e seus níveis de estresse, ansiedade e depressão, considerando a influência de variáveis como o impacto do diagnóstico e as crenças maternas sobre o desenvolvimento do filho. Participaram da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 25 mães (M = 25 anos) com filhos diagnosticados com AC (ex.: sistema circulatório, nervoso e digestivo), internados em três Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) da Grande Vitória, ES. Na primeira etapa da pesquisa foram aplicados os seguintes instrumentos: Questionário de Dados Sociodemográficos, Questionário de Dados do Bebê; Protocolo Momento da Notícia; Critério de Classificação Econômica Brasil; Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL); e Inventários Beck de Ansiedade e Depressão (BAI e BDI). Na segunda etapa foi realizada entrevista semiestruturada com objetivo de identificar as expectativas acerca do desenvolvimento do filho, e as estratégias de *coping* frente ao diagnóstico de AC e hospitalização do bebê na UTIN. Dados referentes aos testes padronizados foram analisados a partir dos critérios normativos estabelecidos. Os demais dados obtidos foram submetidos à análise qualitativa com base na Teoria Motivacional do *Coping*. A amostra foi composta por mães com mais de um filho (M = 2,33), ensino médio completo (n = 9) e que viviam em união estável (n=23). A maioria (n=9) pertencia à classe C1, com renda média familiar de R\$ 1.495,00. Em 56% dos casos o diagnóstico foi fornecido pelo obstetra e em 36% pelo pediatra. Para 40% das mães, as informações fornecidas foram corretas, mas insuficientes. Parte da amostra (64%) avaliou positivamente a forma como o médico comunicou o diagnóstico, mas 76% das respostas estavam associadas a sentimentos negativos no momento da notícia. As mães ressaltaram a necessidade de mais explicações; apesar de avaliarem positivamente o momento da notícia, sentiram falta de informações consistentes sobre a saúde e o diagnóstico. Em relação ao estresse, a maioria (n=12) se

encontrava na fase de resistência, 6 na fase de quase exaustão, e 3 em exaustão. No tocante à ansiedade, 8 mães apresentaram nível moderado, 6 nível leve e 5 nível grave. Na avaliação da depressão, 7 mães apresentaram nível leve, 7 moderado e 3 nível grave. No que tange ao *coping*, estratégias adaptativas positivas como *Autoconfiança* e *Busca de Suporte* foram muito utilizadas. Estratégias adaptativas negativas como *Delegação* e *Desamparo* também foram usadas pelas participantes, o que requer atenção da equipe de saúde, pois tal fato poderá refletir negativamente em longo prazo em seu bem-estar psicológico. A partir dos resultados, confirma-se o diagnóstico de AC como estressor potencial e, as demandas emocionais e de informação deverão ser consideradas pela equipe durante o processo de comunicação do diagnóstico. Intervenções dirigidas às mães durante a hospitalização poderão reduzir o impacto emocional negativo e contribuir para adaptação da família à condição da criança, sendo relevantes os estudos sobre o enfrentamento para subsidiar tais intervenções.

Palavras-chave: *Coping*; Mães; Estresse psicológico; Ansiedade; Depressão; Anomalia Congênita.

Área(s) de Conhecimento: 7.07.07.00-6 - Psicologia do Desenvolvimento Humano

ABSTRACT

Vicente, Schwanny Roberta Costa Rambalducci Mofati (August, 2013). *The impact of the Congenital Anomaly diagnosis: Coping and maternal emotional indicators*. Master Thesis, Graduate Program in Psychology, Centre for Human and Natural Sciences, Federal University of Espírito Santo. Vitória, ES. 196 p.

Congenital anomaly is characterized by any changes during embryonic development. When the baby is born with some kind of anomaly, the impact of such event may influence various social and affective aspects of the family dynamics. Therefore, this study aimed to verify the coping adopted by mothers of babies diagnosed with congenital anomalies and their stress, anxiety and depression levels, considering the influence of variables like the impact of the diagnosis and maternal beliefs about the development of the child. By signing the consent form, 25 mothers ($M = 25.04$ years) of children diagnosed with congenital anomalies (e.g.: congenital malformations of the circulatory system, of the nervous system, and of the digestive system) participated in the study. Their children were hospitalized in three Neonatal Intensive Care Units (NICU) of Vitória, ES. In the research's first stage, the following instruments were applied: Socio-Demographic Data Questionnaire; Baby's Data Questionnaire; News' Moment Protocol; Economic Classification Criterion Brazil; Lipp's Adult Stress Symptoms Inventory (ISSL, in Portuguese); and Beck Anxiety and Depression Inventory (BAI and BDI). In the second stage a semi structured interview was conducted with the objective to identify the child's development expectations, as well as the coping strategies adopted because of the congenital anomaly diagnosis and because of the baby's hospitalization in the NICU. Data related to the standardized tests were analyzed according to the established normative criteria. The remaining obtained data were subjected to a qualitative analysis based on the Motivational Theory of Coping. The sample consisted of mothers who had more than one child ($M = 2.33$), who completed high school ($n = 9$), and had stable relationship ($n = 23$). The majority of mothers belongs to the class C1 ($n = 9$), i.e., living on an average income of R\$ 1459. In 56% of the cases, the diagnosis was provided by obstetricians and, in 36%, by the pediatrician. For 40% of the mothers, the provided information was correct, but insufficient. Part of the sample (64%) positively evaluated how the physician communicated the diagnosis, but 76% of the responses were associated with negative feelings at the time of the news. Mothers emphasized the need for further explanation, i.e., although the mothers positively assess the news' communication, they felt that more consistent information were lacking about the baby's health and diagnosis.

Regarding the stress, the majority (n = 12) of mothers was in the resistance stage, 6 at the almost exhaustion stage, and 3 in the exhaustion stage. 8 mothers showed moderate level of anxiety, 6 showed a mild level, and 5 showed a severe anxiety level. In the assessment of depression, 7 mothers had mild level of depression, 7 had moderate and 3 a severe level. Regarding coping, positive adaptive strategies such as Self Reliance and Seeking Support were very used by mothers. Negative adaptive strategies like Delegation and Helplessness were also used by the participants, a fact that requires attention from the health care team, as this fact may reflect negatively in the long run in their psychological wellness. Thus, from these results, it is confirmed that the diagnosis of congenital anomaly is a potential stressor for mothers and that the emotional and information demands should be considered by the health team during the diagnosis communication process. There is a need for interventions directed to mothers during hospitalization in order to reduce the negative emotional impact and to contribute for a better family adaptation to the condition of the child. It is emphasized the importance of studies on coping to support these interventions.

Keywords: Coping; Mothers; Psychological Stress; Anxiety; Depression; Congenital Anomaly.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1. Concepção da estrutura hierárquica de <i>coping</i> | 52 |
| Figura 2. Tipo de Anomalia Congênita | 75 |
| Figura 3. Momento em que a notícia foi informada aos familiares | 81 |
| Figura 4. Famílias de <i>Coping</i> adotadas pela amostra | 92 |
| Figura 5. Uso de estratégias adaptativas positivas e adaptativas negativas relatadas por Hortênsia | 102 |
| Figura 6. Uso de estratégias adaptativas positivas e adaptativas negativas relatadas por Bromélia | 105 |
| Figura A1. Relação entre variáveis estudadas | 179 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----|
| Tabela 1. Definição das Famílias de <i>Coping</i> | 53 |
| Tabela 2. Famílias de <i>Coping</i> Proposta por Skinner et al. (2003) | 68 |
| Tabela 3. Caracterização sociodemográficas da amostra | 74 |
| Tabela 4. Tipo de anomalia congênita e sexo do bebê | 77 |
| Tabela 5. Níveis de sintomas de estresse | 83 |
| Tabela 6. Níveis de ansiedade e depressão da amostra | 84 |
| Tabela 7. Expectativas sobre o desenvolvimento do bebê | 86 |
| Tabela 8. Crenças sobre o motivo do diagnóstico de anomalia congênita | 89 |
| Tabela 9. Justificativas sobre a forma como as mães se sentiam | 90 |
| Tabela 10. Associações entre variáveis sociodemográficas, fases de estresse e níveis de ansiedade e depressão | 96 |
| Tabela 11. Correlação entre variáveis idade e tempo de internação e uso de Estratégias Adaptativas Positivas e Negativas | 97 |
| Tabela 12. Análise de comparação entre medianas das variáveis qualitativas e quantitativas | 98 |
| Tabela 13. Análise de associação das variáveis sociodemográficas e o uso das famílias de <i>coping</i> | 99 |
| Tabela 14. Níveis de estresse, ansiedade e depressão de Hortênsia | 101 |
| Tabela 15. Níveis de estresse, ansiedade e depressão de Bromélia | 104 |
| Tabela A1. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (agrupadas conforme descrito no CID-10) | 150 |
| Tabela A2. Artigos em português encontrados nas bases de dados: Periódicos CAPES, SciELO e BVS-Psi, ordenados por ano e ordem alfabética do título | 153 |
| Tabela A3. Identificação dos objetivos, tipos de variáveis e instrumentos da pesquisa | 178 |
| Tabela A4. Análise da entrevista de <i>coping</i> – parte da entrevista da participante Jasmim | 190 |

| | |
|---|-----|
| Tabela A5. Análise situacional da entrevista de <i>coping</i> – parte da entrevista da participante Orquídea | 192 |
| Tabela A6. Resultados encontrados da análise da entrevista de <i>coping</i> com foco na categoria situacional | 196 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

AC- Anomalia Congênita

APAE- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

BAI- Inventário de Ansiedade Beck

BDI- Inventário de Depressão Beck

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde Psicologia

CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CCEB- Critério de Classificação Econômica Brasil

EMEP- Escalas Modos de Enfrentamento de Problema

ES- Espírito Santo

HDDS- Hospital Dr. Dório Silva

HEIMABA- Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves

HUCAM- Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes

PSF- Programa de Saúde da Família

SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*

IDATE- Inventário de Ansiedade Traço-Estado

ISSL- Inventário de Stress para Adultos de Lipp

MS- Ministério da Saúde

MT- Mato Grosso

RMF- Renda Média Familiar

RN- Recém-nascido

SCIELO- *Scientific Eletronic Library Online*

TGD- Transtorno Global do Desenvolvimento

TMC – Teoria Motivacional do *Coping*

UCI- Unidade de Cuidados Intermediários

UFES- Universidade Federal do Espírito Santo

UTIN- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

VD- Variável Dependente

VI- Variável Independente

VMe- Variável Mediadora

VMo- Variável Modereadora

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| APRESENTAÇÃO..... | 22 |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 24 |
| 1.1 Anomalia congênita como fator de risco ao desenvolvimento infantil..... | 27 |
| 1.2 O momento da notícia..... | 34 |
| 1.3 Indicadores emocionais maternos..... | 38 |
| 1.4 <i>Coping</i> | 47 |
| 1.5 Problema de pesquisa, justificativa e relevância..... | 55 |
| 1.6 Objetivos..... | 57 |
| 1.6.1 Objetivo Geral..... | 57 |
| 1.6.2 Objetivos Específicos..... | 57 |
| 2. MÉTODO..... | 59 |
| 2.1 Contexto da pesquisa..... | 59 |
| 2.2 Participantes..... | 60 |
| 2.3 Instrumentos..... | 61 |
| 2.4 Procedimento..... | 64 |
| 2.5 Análise de dados..... | 65 |
| 2.6 Riscos e benefícios da pesquisa..... | 69 |
| 3. RESULTADOS..... | 71 |
| 3.1 Caracterização geral da Amostra..... | 71 |
| 3.1.1 Caracterização dos Pais..... | 72 |

| | |
|--|-----|
| 3.1.2 Caracterização dos Bebês | 74 |
| 3.2 Momento da Notícia | 78 |
| 3.3 Análise de Indicadores Emocionais..... | 83 |
| 3.4 <i>Coping</i> | 84 |
| 3.4.1 Expectativas acerca do desenvolvimento do filho..... | 84 |
| 3.5 Análises Estatísticas entre Variáveis | 96 |
| 3.6 Estudos de Caso..... | 100 |
| 3.6.1 Descrição do caso 1 | 100 |
| 3.6.2 Descrição do caso 2 | 103 |
| 4. DISCUSSÃO | 107 |
| 5. CONCLUSÃO..... | 128 |
| REFERÊNCIAS | 130 |
| APÊNDICES | 150 |
| APÊNDICE A | 150 |
| APÊNDICE B..... | 153 |
| APÊNDICE C..... | 178 |
| APÊNDICE D | 179 |
| APÊNDICE E..... | 180 |
| APÊNDICE F | 182 |
| APÊNDICE G | 183 |
| APÊNDICE H | 184 |
| APÊNDICE I..... | 186 |

| | |
|------------------|-----|
| APÊNDICE J..... | 187 |
| APÊNDICE K | 190 |
| APÊNDICE L..... | 192 |
| APÊNDICE M..... | 194 |
| APÊNDICE N | 196 |

APRESENTAÇÃO

Desde que cursava o ensino médio tinha grande interesse pela carreira acadêmica e comentava com amigos e familiares sobre o desejo de fazer mestrado. Durante a graduação realizada na Faculdade Católica do Espírito Santo, tive oportunidade de participar de pesquisa como aluna de Iniciação Científica na Universidade Federal do Espírito Santo, o que despertou ainda mais meu desejo pela carreira acadêmica.

Após incansável ano de estudo, para ingressar no mestrado da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, o resultado positivo me deixou imensamente feliz, mas outra preocupação surgiu: O que estudar exatamente? Algo relacionado ao *coping* é claro, em função do interesse decorrente da trajetória durante a graduação, mas como, onde e em qual população? Surgiu, então, em uma das reuniões do grupo de pesquisa, a ideia de continuar a investigação na linha do *coping* materno, que já havia sido o tema estudado durante a Iniciação Científica, no entanto, deixaria de ser *coping* materno diante prematuridade e baixo peso do filho e passaria a ser o estudo do *coping* em mães de bebês diagnosticados com anomalia congênita (AC), assunto ainda pouco explorado e que muito me interessou. Como as mães de bebês nascidos com AC enfrentavam o diagnóstico e os meses de internação hospitalar do bebê?

A partir de então, muita leitura sobre o tema e revisões sistemática de literatura foram realizadas, afim de melhor compreender as lacunas existentes nessa área. Mediante leitura e pesquisa sobre o tema, o projeto de pesquisa foi delineado e os preparativos para o exame de qualificação estavam a todo vapor. Com a aprovação da Banca, em 03 de maio de 2012, e após os ajustes solicitados, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Humanas e Naturais da UFES e, posteriormente, ao Comitê de Ética em

Pesquisa do Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória¹. Mediante todas essas etapas a fase de coleta de dados foi iniciada e ocorreu do dia 18 de Julho de 2012 ao dia 31 de outubro do mesmo ano, totalizando, então, três meses e treze dias de coleta.

Este estudo foi baseado na Teoria Motivacional do *Coping* (MTC), desenvolvida por Skinner e Wellborn (1994). A escolha por tal teoria se deve a busca de uma análise mais abrangente do fenômeno e a compreensão do *coping* como ação regulatória, procurando capturar o processo sob uma perspectiva desenvolvimentista. Apesar de se tratar de uma teoria pouco explorada no país, nos últimos anos, alguns estudos, com esse enfoque, foram desenvolvidos no Grupo de Pesquisa em Psicologia Pediátrica deste Programa. Dessa forma, o modelo proposto ainda se constitui em desafio teórico-metodológico na ciência do Desenvolvimento Humano.

Para melhor compreensão e sistematização, a dissertação foi organizada em cinco capítulos, são eles: introdução, que apresenta o aporte teórico que fundamenta os principais conceitos investigado; método, onde é descrito todo o procedimento do estudo; resultados, seção onde será apresentada descrição pormenorizada de todas as variáveis do estudo, além de análises qualitativa e quantitativa efetuadas; discussão, onde os dados serão discutidos de acordo com a literatura; e, conclusão na qual apresentaremos uma síntese dos pontos mais relevantes.

¹Comitê de Ética Responsável por regulamentar as pesquisas realizadas em todos os hospitais estaduais do Espírito Santo.

1. INTRODUÇÃO

Desde as primeiras semanas de gestação o equilíbrio físico e psicológico da mãe é alterado (Kruel & Lopes, 2012; Spers, Penachim, & Garbellini, 2011) e os pais depositam grande expectativa acerca do novo membro da família. Os pais começam, desde então, a idealizar “a criança perfeita”. Quando a criança nasce com algum tipo de AC, o impacto de tal acontecimento pode influenciar vários aspectos sociais e afetivos, como o tipo de relação que será estabelecida entre a díade mãe-bebê, entre a família e com outros membros da sociedade (formação de vínculo de amizade e inserção social, por exemplo) (Bazon, Campanelli, & Blascovi-Assis, 2004; Bernardo, 2012; Cunha & Pereira, 2004). Diante disso, a forma de comunicação do diagnóstico, o tipo de AC e o grau de comprometimento, entre outros fatores, implicarão significativamente nos processos interativos da criança, bem como no seu desenvolvimento (Merks, Kamebeek, Caron, & Hennekam, 2003).

As AC² podem ser caracterizadas como estados patológicos originados de fatores causais e surgem simultaneamente ao nascimento, ou seja, trata-se de qualquer tipo de alteração durante o desenvolvimento embrionário, incluindo variação estrutural ou funcional do desenvolvimento (Santos & Dias, 2005). A anomalia estrutural presente ao nascimento pode variar desde pequenas malformações a deformidades mais graves (APÊNDICE A) (Horovitz, Llerena-Junior, & Mattos, 2005). As principais causas da AC estão relacionadas a eventos ocorridos durante a gestação, mesmo que o problema não seja identificado logo após o nascimento, sendo classificadas como hereditárias (quando é de natureza genética), de natureza ambiental ou, muitas vezes, por causas desconhecidas, ou seja, não possui causa específica (Alberto, Galdos, Miglino, & Santos, 2010).

²Neste trabalho os termos anomalia congênita, malformação ou malformação congênita serão utilizados como sinônimos.

A incidência de AC é considerável, de acordo com Horovitz et al.(2005), no Brasil e no mundo, 5% das crianças nascidas vivas apresentam alguma AC. As alterações monogênicas³ ocorrem em 2%; 0,7% por causas cromossômicas e a maior parte decorrente de causas multifatoriais. Em 2009, 2,7% das internações em crianças menores de 1 ano, no Brasil, ocorreram em função dos diagnósticos de malformação congênita, deformidades e anomalias cromossômicas. No Espírito Santo, este número é maior, em torno de 3,5% (Ministério da Saúde [MS], 2010).

Em estudo transversal descritivo, realizado em Cáceres, MT (Reis, 2010), cujo objetivo foi identificar as ocorrências de malformação congênita naquele município, utilizou-se como fonte de dados os prontuários de dois hospitais (Hospital Regional de Cáceres e Hospital São Luiz), com registro feito no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2009. Na amostra eram incluídos recém-nascidos (RN) vivos ou mortos, diagnosticados com malformação congênita, idade gestacional maior ou igual a 22 semanas e peso igual ou maior que 500 gramas, sendo excluídos prontuários incompletos ou ilegíveis. Assim, foram notificados 312 registros no período, e atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, 174 registros compuseram a amostra. Os resultados mostraram que as malformações do sistema nervoso central (por exemplo, hidrocefalia) foram mais recorrentes, totalizando 37,9% da amostra, seguidas por malformações no sistema osteomuscular (ex. pé torto congênito) com 20,66%⁴. Um percentual de 8,57% recebeu diagnóstico de malformação no sistema cardiovascular e respiratório (ex. cardiopatia congênita e malformação pulmonar) e 8% de malformações na cabeça, face e pescoço (ex. malformação na calota craniana). Um grupo de malformações múltiplas, incluindo Síndrome de Down, Síndrome de Patau⁵, entre outras, representou 15,48% da amostra.

³ Doenças genéticas hereditárias.

⁴ Em alguns casos, o pé torto congênito é consequência da hidrocefalia congênita.

⁵ Malformação grave do sistema nervoso central.

Na Colômbia, um estudo mais detalhado foi realizado por Zarante, Franco, López e Fernández (2010). Cerca de 30.000 crianças atendidas pelo serviço de genética do país passaram por avaliação, sendo identificadas entre as anomalias mais recorrentes: anormalidades da orelha; talipes (deformidades do pé); polidactilia; síndrome de Down; nevo (malformação observada na pele e mucosas); fissura de lábio e palato; cardiopatias; displasia do desenvolvimento do quadril; defeito do tubo neural; hemangioma (lesão ou tumor vascular); redução dos membros; e defeito da parede abdominal. A ocorrência de malformação congênita do sistema nervoso é mais frequente em meninas, em contrapartida, as malformações digestivas e cardíacas são mais comuns em meninos (Alberto et al., 2010).

As pequenas malformações podem ser denominadas anomalias menores e são consideradas por alguns autores variações morfológicas. Estas são menos perceptíveis e mais comuns, enquanto as anomalias maiores podem ter efeitos diversos em qualquer função ou aceitação social do indivíduo, sendo, ao contrário, mais perceptíveis e menos comuns (Maciel, Gonçalves, Alvarenga, Polone, & Ramos, 2006). No entanto, múltiplas anomalias menores podem ter efeitos de aneuploidia⁶ e podem repercutir de forma acentuada no desenvolvimento da criança (Merks et al., 2003). Dessa forma, o bebê pode herdar/adquirir uma ou mais anomalias menores ou uma maior e sua repercussão na vida da criança e da família terá diversos efeitos.

O fato de a criança nascer com AC, considerando algumas consequências mais severas e as repercussões do diagnóstico poderão se configurar em risco ao desenvolvimento infantil (Gomes, Piccinini, & Prado, 2009), que tenderá a ser menos ou mais adequado de acordo com a estrutura familiar (Browne & Talmi, 2005).

⁶Aneuploidias são as alterações cromossômicas mais comuns.

1.1 Anomalia congênita como fator de risco ao desenvolvimento infantil

O desenvolvimento pode ser entendido como mudanças cognitivas, comportamentais e biológicas, que sofrem alterações desde o nascimento até a morte, e inclui os processos implicados por estas mudanças, por exemplo, intencionalidade, pensamento, percepção e sentimento (Overton, 2006), e não podemos deixar de citar as influências que o ambiente (aspectos sociais e/ou culturais) exerce ao longo do desenvolvimento do ser humano (Seidl-de-Moura, Oliva, & Vieira, 2009). Além das influências culturais, devemos considerar também as influências ambientais, como fator de risco ou proteção. O tempo de internação na UTIN, um dos primeiros ambientes de contato do bebê, e precisa ser considerado, uma vez que nele a criança é constantemente exposta a procedimentos dolosos que são inerentes à sua sobrevivência, mas que de alguma maneira poderão influenciar negativamente em seu desenvolvimento (Linhares, Martins, & Klein, 2004; Martins, Dias, Enumo, & Paula, 2013).

No que concerne ao desenvolvimento infantil, as mudanças ocorridas compreendem os períodos que vão do nascimento à adolescência (Oliveira, Couceiro, & Rocha, 2006). Neste intervalo de tempo, a criança passa por estágios, havendo um processo de aprendizagem gradual e cumulativa (Shaffer & Kipp, 2010). Para Bronfenbrenner e Morris (2006), o desenvolvimento humano é visto como um fenômeno contínuo de mudanças biopsicológicas, seja no processo de individualidade ou de grupos.

A família, assim como a sociedade, exerce importante influência no desenvolvimento da criança (Feldman, 2007), uma vez que o meio no qual está inserida afeta o ritmo de crescimento. A partir das relações estabelecidas com os pais, os bebês terão base para o desenvolvimento da autoconfiança, estabilidade emocional, vontade de aprender e do repertório de competências sociais (Browne & Talmi, 2005; Jaffe, Moffitt, Caspi, & Taylor, 2003). Tais relações também influenciarão na maneira como a criança se organiza, o que irá refletir no ajustamento do comportamento e da personalidade. Sendo assim, os primeiros

relacionamentos, especialmente entre cuidador-bebê, poderão incidir diretamente sobre o desenvolvimento da criança (Fonseca & Cunha, 2003; Paula et al., 2003).

Diante da influência que a família exerce sobre o desenvolvimento infantil (Carvalho, Linhares, & Martinez, 2001; Cowan & Cowan, 2006; Escobar et al., 2002; Seidl-de-Moura et al., 2009), frente à condição de uma deficiência, é importante que os pais e a família como um todo confiem na capacidade da criança, caso contrário, ela poderá apresentar comportamentos de insegurança e baixa autoestima. Um ambiente familiar interativo, com condições adequadas de estimulação (Browne & Talmi, 2005), e de acordo com o nível de desenvolvimento que a criança se encontra, são aspectos importantes para minimizar as consequências da deficiência (Paula et al., 2003). Com um apoio apropriado por parte da família, a criança é capaz de resolver problemas de forma mais segura, lançando mão de ajuda, quando necessário, e utilizar essa ajuda de forma adequada. Posteriormente, ela conseguirá generalizar este aprendizado para novos contextos (Cunha, Enumo, & Canal, 2006).

Para que se possa compreender a importância da família no desenvolvimento da criança, três conceitos são fundamentais: fatores de risco, proteção e resiliência. Entendemos por fatores de risco os eventos negativos da vida, que, quando presentes, aumentam a probabilidade de resultados também negativos (Masten, 2011) e envolvem aspectos psicológicos/individuais, físicos/biológicos e sociais/contextuais (Dell'Aglio, Koller, & Yunes, 2006; Morais & Koller, 2004). Os fatores de risco não devem ser analisados de maneira isolada, independente e fragmentada; é necessário incluir na análise os diferentes contextos (Brasil, Alves, Amparo, & Frajorge, 2006). Já os fatores de proteção são aqueles que modificam, melhoram ou alteram respostas individuais diante dos riscos (Calvetti, Muller, & Nunes, 2007; Dell'Aglio et al., 2006; Maria-Meneguel & Linhares, 2007; Rutter, 1985). O aleitamento materno, por exemplo, pode ser considerado um fator de proteção ao

desenvolvimento infantil no período pós natal (Guimarães, 2010). Risco e proteção são, assim, dois conceitos que nos ajudam na compreensão dos processos de resiliência.

A resiliência diz respeito à proteção, que ao invés de eliminar os riscos, oferece forças para que o indivíduo vivencie os mesmos de maneira efetiva, ou seja, na presença do risco proporciona resultados positivos, por meio da utilização dos fatores protetivos (Masten, 2001; Morais & Koller, 2004; Sapienza & Pedromônico, 2005; Yunes, 2003). Em outras palavras, o conceito remete à adoção de comportamentos adaptativos frente à situação de risco (Ceconello, 2003; Masten, 2011).

No campo da Psicologia, a resiliência pode ser entendida, ainda, como a habilidade que um indivíduo possui de retornar rapidamente ao seu estado usual de saúde ou de espírito depois de passar por doenças e dificuldades; ou seja, refere-se à capacidade de lidar com um evento estressante sem se debilitar (Zimmerman & Arunkumar, 1994; Blum, 1997). Nas palavras de Rutter (1999) o termo é compreendido como “resistência em relação às experiências de riscos psicossociais” (p. 120).

A resiliência ocorre a partir de uma interação dinâmica entre características individuais e do contexto ecológico em que o sujeito está imerso (Poletto & Koller, 2008), ou seja, varia de acordo com as diferenças individuais, com a situação de risco em que foi exposto, e o momento que está vivenciando. Como a forma de experimentar o evento estressor depende de fatores individuais e ambientais, não se pode considerar o processo de resiliência como algo inalterado ou fixo. Se uma pessoa passa por um evento estressante em um determinado período de sua vida, não significa que reagirá da mesma maneira se vivenciar a mesma situação em outro período (Dell’Aglia et al., 2006). Assim como a resiliência, os processos de risco e proteção devem ser vistos como dinâmicos. À medida que os fatores ambientais vão se alterando no decorrer do desenvolvimento os fatores de risco e proteção também se alteram (Rutter, 1999).

Segundo Zimmerman e Arunkumar (1994), quando há respostas ineficazes diante de uma situação de alto risco, há maior predisposição do indivíduo em desenvolver variadas formas de psicopatologia. A vulnerabilidade psicológica é determinada por um déficit de recursos frente ao risco, assim como pela relação entre o padrão de ajustes individuais e os recursos utilizados para afastar as ameaças (Lazarus & Folkman, 1984).

Alguns fatores podem representar proteção ou risco ao indivíduo, assim, eventos externos podem acentuar os riscos ao desenvolvimento da criança com malformação, principalmente no que tange ao contexto familiar (Maria-Meneguel & Linhares, 2007), como falta de coesão familiar, alto nível de estresse materno, baixo nível afetivo, desarmonia familiar, ambiente familiar caótico ou mesmo família muito numerosa (Gomes et al., 2009). Outros fatores também importantes deverão ser considerados como o número de eventos estressantes que a criança vivencia e as redes de apoio que serão estabelecidas no decorrer das suas experiências de vida. Há uma interação entre risco e proteção, cujo resultado não está definido a priori, pois os aspectos citados devem ser considerados de forma ampla em suas relações transacionais (Sameroff, 2010), devido às influências positivas ou negativas que exercerão ao longo do desenvolvimento (Blum, 1997).

Vivenciar sentimentos positivos como autoeficácia, autonomia, autoestima, além da capacidade de lidar bem com mudanças e adaptar-se a elas auxiliam no desenvolvimento da resiliência. É neste sentido que a família tem papel fundamental (Barakat et al., 2007), pois poderá estimular a criança, proporcionando tais vivências (Dell'Aglio et al., 2006; Morais & Koller, 2004) e fomentando um melhor desenvolvimento (Cunha, Enumo, & Canal, 2006).

Os aspectos ambientais, como o contexto familiar em que a criança está inserida, devem ser analisados como um todo para melhor compreensão do conceito de resiliência. A teoria bioecológica parte do pressuposto de que ambiente e hereditariedade se complementam (Bronfenbrenner, 1986; 1996; 2011; Bronfenbrenner & Morris, 2006; Polonia, Dessen, &

Silva, 2005). Olson e Lunkenheimer (2009) compartilham a ideia de que o ambiente social exerce influência sobre o desenvolvimento; a criança afeta e é afetada pelo contexto social no qual está inserida (Ferreira & Marturano, 2002). Assim, o ambiente contribui para a regulação do comportamento da criança (Chang, Olson, Sameroff, & Sexton, 2011).

No contexto do diagnóstico de AC, ainda que limitações estejam presentes, é necessário ter uma visão positiva acerca do desenvolvimento da criança, evitando a estigmatização mediante um diagnóstico reducionista de irreversibilidade que limita suas possibilidades (Dell'Aglio et al., 2006). É necessário avaliar tal condição dentro dos diferentes contextos (ex. família e hospital), que se considerados adequadamente estimuladores, poderão reduzir ou minimizar as consequências da doença/deficiência.

Entre as diferentes teorias psicológicas que permitem uma análise do processo de desenvolvimento tem-se a teoria bioecológica, desenvolvida por Urie Bronfenbrenner (Bronfenbrenner & Morris, 2006). O autor parte do princípio de que os fatores ambientais estão entrelaçados, dando sentido psicológico e sociológico aos territórios topológicos identificados (Bronfenbrenner, 1996). O desenvolvimento, nessa perspectiva, é influenciado pelo ambiente, mesmo que o sujeito não faça parte diretamente desse contexto, assim, todas as formas de influência ambiental são consideradas na trajetória do indivíduo (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). Aspectos hereditários também são analisados e o desenvolvimento é compreendido a partir de uma interação ativa e dinâmica entre quatro fatores: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo (Dell'Aglio et al., 2006; Narvaz & Koller, 2004).

O primeiro fator, denominado *processo*, é um constructo central no modelo bioecológico. Os processos proximais são formas particulares de interação entre características do organismo e do ambiente, e podem ser vistos como os principais motores do desenvolvimento (Bronfenbrenner & Morris, 2006). As interações recíprocas entre indivíduo

e contexto, ou mesmo as interações face a face são características dos processos proximais, que são fundamentais ao longo do desenvolvimento da criança (Dell'Aglio et al., 2006; Narvaz & Koller, 2004).

O segundo fator considerado por Bronfenbrenner e Morris (2006) refere-se às características da *pessoa*, que influenciam de maneira direta os processos proximais. O ser humano é entendido como um ser biológico e psicológico que interage de forma constante com o contexto; é, então, o produto dessa interação ativa, não linear, dinâmica, que ao longo do tempo sofre alterações (Prati, Couto, Moura, Poletto, & Koller, 2008).

O terceiro componente do modelo bioecológico é o *contexto*. Este é entendido a partir da interação entre quatro níveis do ambiente; são eles: 1) microssistema- composto pelo padrão de atividades, papéis e relações que a pessoa percebe e atribui significado; 2) mesossistema- constituído pelo conjunto de microssistemas; 3) exossistema- ambientes nos quais o indivíduo não frequenta, mas que o influenciam ativamente; e 4) macrossistema- engloba o micro e o mesossistema e reflete o conjunto de ideologias, valores, crenças, forma de governo, cultura e subculturas que demarcam uma época (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Por fim, o quarto fator que compõe o modelo é o *tempo*, que possui um papel no desenvolvimento a partir das continuidades e discontinuidades do ciclo vital. Em outras palavras, é uma forma de considerar as influências e as mudanças ocorridas ao longo do tempo no desenvolvimento humano e nos diversos contextos nos quais o indivíduo irá transitar (Dell'Aglio et al., 2006; Narvaz & Koller, 2004; Prati et al., 2008).

Como são diversos os fatores que influenciam o desenvolvimento, a ligação afetiva estabelecida entre a criança e a família é compreendida como um dos suportes mais importantes (Blum, 1997; Cunha & Pereira, 2004; Fonseca & Cunha, 2003). Quando falamos do bebê com algum tipo de alteração devemos considerar que o grau de comprometimento

(Paula et al., 2003) e as circunstâncias ambientais associadas ao nascimento (Browne & Talmi, 2005) poderão influenciar a maneira como o vínculo será estabelecido entre a criança e a família (Cunha et al., 2006). Se configurado de forma adequada, este apego terá um efeito protetivo ao desenvolvimento (Brum & Schermann, 2007; Formiga, 2003; Maria-Meneguel & Linhares, 2007).

A gravidez por si só é considerada um período sensível (Correia & Linhares, 2007) e, quando nasce um bebê prematuro, com alguma doença ou malformação, a ansiedade pode ser agravada (Cruz, Oliveira, Cardoso, & Lúcio, 2010) resultando em os problemas emocionais em função da situação inesperada e da sobrecarga relacionada aos cuidados. Além desses aspectos, características da criança e expectativas geradas em relação à futura condição de vida (Benute, Nomura, Lucia, & Zugaib, 2006; Perosa, Canavez, Silveira, Padovani, & Peracoli, 2009) afetarão os sentimentos maternos.

Em pesquisa realizada por Horovitz et al. (2005), no Instituto Fernandes Figueira e na Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, a terceira causa de internações, no período de janeiro de 1999 a julho de 2003, foi decorrente de malformações congênitas, representando 37% das internações pediátricas. A mortalidade no grupo de crianças internadas com tal diagnóstico foi significativamente maior do que em crianças sem o diagnóstico; o tempo de internação também foi maior para esta população.

As internações e a mortalidade decorrentes do diagnóstico de malformação congênita são crescentes e podem ser decorrentes de causas variadas, dentre elas, os fatores genéticos. Nesses casos, dois aspectos são considerados: número inusual de cromossomos ou defeito em um gene ou conjunto de genes, muitas vezes herdado. Por esse motivo, o aconselhamento genético é extremamente importante (Belsky, 2010). Nesse sentido, a comunicação da informação genética à família é uma conduta que deverá ser adotada como rotina, devendo os profissionais de saúde apoiar os pais e incentivar que comuniquem o diagnóstico aos demais

familiares, desenvolvendo programas de intervenção para esse grupo (Forrest, Delatycki, Skene, & Aitken, 2007), durante o processo de internação, bem como no *follow-up*.

O aconselhamento genético tem como um dos principais objetivos facilitar a adaptação ao risco ou à condição genética, além de ser uma fonte eficaz de identificação dos riscos (Belsky, 2010). A adaptação tem sido muito estudada em adultos diagnosticados com doenças de grande impacto social como câncer, diabetes, doenças cardiovasculares e deficiências, todavia, a adaptação em pais de crianças diagnosticadas com doenças raras, congênitas e malformações tem sido investigada de forma mais limitada (Biesecker & Erby, 2008).

Como discutido até o momento, podemos considerar que existem vários fatores que poderão influenciar de maneira significativa o desenvolvimento da criança que nasce com AC. A equipe de saúde deve ter cautela e, sempre que possível, minimizar fatores que podem expor a criança a novos riscos, a começar pela forma de dar a notícia aos familiares. Em outras palavras, os níveis de estresse parental e do contexto familiar podem ampliar o risco prejudicando o desenvolvimento (Maria-Meneguel & Linhares, 2007), devendo esse momento ser realizado de forma adequada, buscando reduzir o impacto inicial e oferecer suporte profissional aos pais do bebê (Benute et al., 2006).

1.2 O momento da notícia

De acordo com Vandekiet (2001), o momento do diagnóstico de uma doença grave ou crônica pode ser definido como qualquer notícia que altera drástica e negativamente a vida atual do paciente e seu futuro e gera altos níveis de estresse. A notícia do diagnóstico, muitas vezes, é frequentemente associada à fase terminal de uma doença, mas, na verdade, envolve também outras situações, como, por exemplo, a descoberta de morte fetal após ultrassom ou diagnóstico de esclerose múltipla (Brosig, Whitstone, Frommelt, Frisbee, & Leuthner, 2007; Fonseca, Nazaré, & Canavarro, 2012).

Segundo Vandekieft (2001) a maneira de informar notícias desagradáveis poderá reduzir o impacto emocional da família, o mnemônico por ele citado como mais adequado é ABCDE (A-*Advance Preparation*; B-*Build a therapeutic environment/relationship*; C-*Communicate well*; D-*Deal with patient and family reaction*; e E-*Encourage and validate emotions*). O primeiro passo no momento da notícia é a preparação antecipada, em que o profissional deve ter em mãos o prontuário do paciente e/ou exames para conseguir responder às possíveis perguntas; deve também estar preparado para fornecer informações básicas sobre o prognóstico e as opções de tratamento (Bazon et al., 2004). O segundo passo da notícia é a construção de um ambiente ideal, que envolve a vontade do paciente e a sua decisão de quem estará presente ou não no momento da notícia, e o uso de toque no paciente e/ou familiares, quando necessário. O passo seguinte a ser dado é a comunicação de qualidade, para isso é necessário saber o que o paciente e sua família já sabem e compreendem; é preciso falar com delicadeza sem omitir nenhuma informação, evitando eufemismos e jargões. É um momento onde também se devem estimular perguntas, que o paciente fale o que entendeu, assim, evitam-se mal entendidos. É necessário repetir as principais informações, pois, muitas vezes, os pacientes esquecem aquilo que foi dito no momento inicial. O quarto passo refere-se à forma como lidar com a reação do paciente e da família, o profissional deve avaliar e responder às reações emocionais, além disso, é preciso estar atento às estratégias cognitivas de enfrentamento utilizadas. O quinto e último passo é o encorajamento: o profissional deve dar esperanças reais sobre as opções disponíveis. O trabalho deve ser desenvolvido de forma interdisciplinar de modo a aprimorar o atendimento e, sempre que necessário, o paciente deve ser encaminhado a outros profissionais.

Apesar da contribuição que as formas estruturadas de informação do diagnóstico têm para a prática médica, dando suporte técnico-instrumental ao profissional, cabe ressaltar que a notícia é um processo que se dará ao longo da internação. Além disso, a informação do

diagnóstico deve considerar a individualidade do paciente e/ou seus familiares. Desse modo, o mnemônico proposto por Vandekieft (2001), por exemplo, pode ser compreendido como um ponto de partida para a comunicação, não um modelo fechado contendo instrução passo a passo para a sua execução, pois aspectos afetivo-emocionais de cada família devem ser considerados pela equipe (Kohlsdorf & Seidl, 2011), garantindo a singularidade de cada momento.

Esse processo de comunicação do diagnóstico faz parte da política de humanização do atendimento (MS, 2000; 2002), o que poderá também amenizar o impacto do estresse familiar diante do diagnóstico de AC, reduzindo-se, assim, o choque e a angústia, além de promover o vínculo profissional-paciente/família que repercutirá em maior facilidade no decorrer do tratamento (Bazon et al., 2004). A humanização no contexto hospitalar se traduz em prestação de serviço de qualidade, articulação de avanços tecnológicos e acolhimento, melhoria das condições de trabalho para o profissional, além de uma comunicação de excelência entre a equipe e a família (MS, 2011; Roseiro, 2010).

Em meados do ano 2000, o processo de humanização na assistência em saúde ganhou força quando o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar com o intuito de promover novas formas de atendimento no âmbito da saúde, visando à eficácia e à qualidade dos serviços prestados (Deslandes, 2004; Portal da Saúde, 2012; Rede HumanizaSUS, 2012). Assim, o médico, no momento da notícia, deve estar atento às necessidades e individualidades de seus pacientes, uma vez que o diagnóstico de uma doença poderá interromper a realização de um sonho (Antunes & Patrocínio, 2007). O desenvolvimento da habilidade em dar notícias do diagnóstico proporciona aos médicos menos desconforto e ao paciente menor insatisfação em recebê-la (Perosa & Ranzani, 2008; Vandekieft, 2001).

O vínculo afetivo mãe-bebê também poderá ser influenciado pelo diagnóstico e prognóstico dos médicos. Dessa maneira, a forma como a notícia é dada pode ter influência direta na díade, também, sob este aspecto. É importante que os médicos estejam atentos também ao linguajar utilizado, pois a falta de informação acerca da deficiência repercutirá de forma negativa para a criança e sua família (Paula et al., 2003). Com o intuito de minimizar esses efeitos as mães necessitam imediatamente de informações explícitas, precisas e compreensíveis (Asplin, Wessel, & Öhman, 2012). É importante que possíveis dúvidas sejam esclarecidas, mesmo que profissionais de várias especialidades sejam consultados, a fim de favorecer o entendimento completo sobre o diagnóstico, prognóstico e passos do tratamento (Bazon et al., 2004) e, sendo o momento do diagnóstico de grande importância para os familiares, é provável que os pais experimentem uma série de sentimentos desagradáveis (Drotar, Baskiewicz, Irvin, Kennell, & Klaus, 1975), o que deve ser valorizado pela equipe.

Em um estudo realizado por Lalor, Begley e Galavan (2008), as mães, ao receberem a notícia de anormalidade fetal, necessitaram de alto nível de informação para retomar o controle da situação. A busca de informação auxiliou o grupo na administração do estresse, sendo esta uma estratégia que se repetia diante de cada nova situação/informação.

Ter um bebê diagnosticado com AC implica em perdas: perda de uma identidade anterior como uma pessoa saudável e perda das expectativas de ter um bebê sem diferenças ou comprometimento médico (Perosa et al., 2009). O diagnóstico de qualquer doença que ameaça significativamente a saúde gera estresse e angústia emocional, seja congênita, crônica, ou doença grave, repercutindo em desgaste do paciente e sua família (Biesecker & Erby, 2008; Bazon et al., 2004; Schmidt, Dell'Aglio, & Bosa, 2007).

A forma de reagir a uma dada notícia varia consideravelmente e isso pode refletir na relação do casal (Lalor et al., 2008). Com o intuito de minimizar os efeitos negativos devem

ser respeitados a cultura, raça, religião e valores dos pais da criança (Antunes & Patrocínio, 2007) no momento do diagnóstico.

Em relação ao melhor momento de dar a notícia aos pais de bebês nascidos com AC, estudo realizado com objetivo de comparar a notícia no pré-natal e no pós-natal comprovou que a maioria dos pais que recebem a notícia no pré-natal teve níveis de ansiedade reduzidos após o nascimento (Brosig et al., 2007). Tal fato também foi esclarecido durante a entrevista, onde os pais afirmavam que se sentiam melhor quando a notícia era fornecida antes do nascimento. Os dados mostraram que independentemente do momento em que a notícia foi dada os pais necessitam de apoio. Estudo realizado por Asplin et al. (2012) também mostrou que, muitas vezes, as mães percebiam as informações oferecidas pelos profissionais de maneira confusa e incerta, o que provavelmente influenciou na forma como a mesma lidou com a situação, além de ter acentuado níveis de ansiedade e ter dificultado a compreensão do diagnóstico e prognóstico.

Como exposto, a maneira como a notícia é dada à família refletirá na forma como irá lidar com o problema, maximizando ou minimizando o impacto da mesma sobre os membros da família. Considera-se que há maior impacto negativo quando os níveis de estresse, ansiedade e depressão estão mais elevados; para minimizar o impacto da notícia a equipe poderá proporcionar à família possibilidades de apoio adequadas, de modo a favorecer o bem-estar psicológico dos pais, e o vínculo afetivo com o bebê.

1.3 Indicadores emocionais maternos

O estresse começou ser estudado por Hans Selye na década de 30 como uma maneira de explicar as alterações sofridas pelo organismo (Aquino, 2005). Foi a partir de então que o autor propôs o conceito de Síndrome de Adaptação Geral e passou a entender o termo estresse como um conjunto de defesas do organismo para reagir contra a exposição contínua a um agente de estresse (Selye, 1965).

Desde então, o tema vem sendo bastante estudado e pode ser considerado o mal do século (Preto & Pedrão, 2009). O estresse tem sido definido como uma resposta do organismo diante de uma situação entendida pelo sujeito como ameaçadora, e através de tal resposta, o organismo procura meios de equilibrar-se (Sardá Jr, Legal & Jablonski Jr., 2004). O surgimento de inúmeras demandas exige que o sujeito utilize seus recursos individuais (Blount et al., 2008; Lazarus & Folkman, 1984). O estresse também pode ser considerado como um estado de tensão que causa ruptura no equilíbrio interno do indivíduo que vivencia tal situação (Lipp, 2000a). Por se tratar de uma cadeia de reações que objetiva adaptar o organismo a determinada condição, o estresse também pode ser considerado um processo (Sardá Jr et al., 2004).

O estresse pode surgir diante de várias situações e abrange tanto dimensões objetivas, tais como internação, diagnóstico de doença crônica, divórcio e situações que produzem angústia, quanto dimensões subjetivas, por exemplo, uma ameaça percebida pelo sujeito (Blount et al., 2008; Rodrigues & Schiavo, 2011). Tomando por base uma definição de estresse bastante abrangente, conforme Aldwin (2007), o constructo se refere à qualidade da experiência, em um processo de transação entre a pessoa e o ambiente, que por meio de uma hiperativação ou hipoativação do organismo, resulta em sofrimento físico ou psicológico.

O desenvolvimento do estresse está relacionado a três principais fatores: intolerância às mudanças, sensação de não estar no controle da própria vida e falta de motivação em alguma área (Lipp, 2003). Ainda de acordo com Aldwin (2007) o estresse inclui três componentes. O primeiro deles é a tensão, que gera reações psicológicas (ativação simpática, supressão parassimpática, estimulações e supressões neuroendócrinas, entre outros) e emocionais (efeito negativo, por exemplo). O segundo componente é o estressor, sendo considerado o tipo de estressor (trauma, evento da vida ou mesmo estressores diários) e a dimensão temporal (duração de exposição ao estressor, por exemplo). O terceiro e último

componente são as avaliações cognitivas (evento visto como prejudicial ou como perda, como ameaça ou como desafio, entre outros) e a intensidade (fraco, moderado ou forte). Considerando estes componentes podemos compreender o estresse como um processo.

O estresse atua diminuindo a imunidade do organismo, pois reduz a qualidade e a quantidade de sono, período em que o corpo produz substâncias imunossupressoras, assim, a produção de tais substâncias também fica deficiente. Os efeitos emocionais, assim como os fisiológicos, necessitam de atenção, pois podem trazer prejuízos na vida da pessoa. Dentre alguns sintomas do estresse estão o terror noturno, dificuldades interpessoais, desânimo, insegurança, agressividade e até mesmo a ansiedade e a depressão (Lipp, 2003).

Por meio do instrumento elaborado por Lipp (2000b) o nível de estresse é identificado através das fases em que se apresentam. A primeira fase do estresse é a que chamamos de alerta, considerada um momento relativamente passageiro em que surgem sintomas de estresse. Quando essa fase se mantém por períodos mais prolongados ou mesmo quando surgem outros estressores, é possível evoluir para a fase de resistência em que o organismo reage para que não ocorra o desgaste total de energia. Há então uma tentativa de reestabelecimento da homeostase, uma queda da imunidade, e quanto mais tenta se reestabelecer, maior o desgaste do organismo. Quando se consegue a adaptação, há uma estagnação no processo de estresse, caso contrário, há uma queda na resistência e surge, então, a fase de quase exaustão. Na fase de exaustão há certa oscilação dos sentidos, em alguns momentos, o sujeito consegue resistir e tem sensações boas e em determinados momentos não mais. A partir de então, inicia-se o processo de adoecimento e alguns órgãos começam ser afetados; caso não haja redução de estressores, possivelmente o sujeito evoluirá para fase de exaustão. Nesta última fase, há uma queda na produtividade pessoal, como concentração e eficácia nas atividades desenvolvidas, e pode-se notar aumento na exaustão psicológica e física. Podem também surgir doenças graves como pressão alta, úlcera, psoríase,

vítligo, enfarte, entre outras. Neste caso, as intervenções para gerenciamento do estresse são urgentes.

Pesquisa desenvolvida por Carnier, Rodrigues e Padovani (2012), em que 54 mães/acompanhantes de crianças hospitalizadas para realização de procedimento cirúrgico eletivo foram avaliadas no que tange ao nível de estresse e os resultados comparados com variáveis demográficas. Foi utilizado o Inventário de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) que indicou que 82% da amostra apresentavam estresse em algum nível; os resultados estatísticos mostraram que há relação entre o nível de estresse e a criança nunca ter sido submetida a outros procedimentos cirúrgicos. Dessa forma, quanto menor a experiência prévia em procedimentos cirúrgicos, maior o nível de estresse materno.

Estudo realizado por Barbosa e Oliveira (2008) teve por objetivo avaliar e descrever as características do estresse e as estratégias de enfrentamento em pais de crianças com necessidades especiais. Para tanto, foram utilizados o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus. A maioria dos participantes se encontrava na fase de resistência (77,78%) e a minoria na fase de exaustão (22,22%), portanto, toda a amostra apresentava estresse em algum nível, sendo 55,56% com sintomas físicos e psicológicos e 44,44% com sintomas psicológicos. Quanto às estratégias de enfrentamento, *Resolução de Problemas* foi a mais utilizada para lidar com as situações decorrentes do diagnóstico e *Afastamento* a estratégia menos utilizada pelo grupo.

Outro aspecto importante a ser analisado por estar relacionado às instabilidades emocionais maternas é a ansiedade (Correia & Linhares, 2007). O conceito de ansiedade começou a ser usado no século XIX por autores como Freud e Kierkegaard e era entendido como mal estar vago que se distinguia do medo pelo fato de não existir perigo (Kaipper, 2008). Mais tarde, os experimentos de Pavlov com animais, envolvendo medo e frustrações, contribuíram significativamente para os estudos da ansiedade (Spielberger, 1966).

Atualmente, a ansiedade é temática bastante estudada por ser um dos transtornos psiquiátricos mais recorrentes e seus sintomas, cada vez mais presente na vida das pessoas (Faisal-Cury & Menezes, 2006). A ansiedade passa a ser definida como um estado desagradável que gera excitação e sentimento de ameaça, e existem três condições básicas que provocam ansiedade: a superestimulação, quando os estímulos geram excitação exagerada; a incongruência cognitiva, decorrente da impossibilidade de dar sentido às coisas; e a impossibilidade de o indivíduo emitir respostas em uma dada situação (Biaggio, 2000; Borcsik, 2006).

A ansiedade é um comportamento ou estado ocasionado por algum evento, gerado quando ocorre a antecipação ou previsão de dano futuro, mesmo quando o estímulo em si não está presente, resultante da percepção de impossibilidade de interrupção do evento estressor (Pessotti, 1978). Também pode ser entendida como um estado emocional que envolve aspectos psicológicos, fisiológicos e sociofamiliar (Correia & Linhares, 2007), que leva o sujeito a vivenciar sentimentos de medo, insegurança e apreensão antecipada, pensamentos recorrentes de incompetência pessoal ou ideias catastróficas, elevação no estado de vigília, tensão, dor muscular, entre vários outros sintomas somáticos decorrentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo (Perosa, Silveira, & Canavez, 2008).

Em estudo realizado por Franco (2009), cujo objetivo foi conhecer o efeito da informação visual na assistência de gestantes de bebês com AC (meningomielocle, onfalocele e gastrosquise). Para alcançar os objetivos foi mostrado um álbum de fotos durante o período pré-natal e em seguida foi realizada uma entrevista, com o intuito de avaliar o nível de compreensão da mãe sobre o diagnóstico do filho; para identificar o nível de ansiedade das mães utilizou-se o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), instrumento que avalia a ansiedade como estado (período transitório) ou traço (aspectos da personalidade) e também o nível de apego materno-fetal. Durante o período pré-natal, quando a mãe recebia o

diagnóstico, uma intervenção era realizada utilizando fotografias de bebês com o mesmo diagnóstico e uma série de informações sobre as malformações. Posteriormente, as mães eram avaliadas quanto ao nível de ansiedade. Após o parto, o nível de ansiedade foi novamente avaliado. Em geral, o nível de apego foi mantido após o diagnóstico e durante toda a etapa da pesquisa (pré e pós-natal) as mães relataram ter gostado de ver as fotos e não apresentaram ansiedade-traço. As participantes em que foi identificada ansiedade-estado no pós-natal foram as mesmas com este perfil na primeira avaliação.

Segundo Miller, Pallant e Negri (2006) a ansiedade durante o pós-parto vem sendo associada à depressão, ou seja, há uma sobreposição destes constructos (Andrade & Gorenstein, 1998). Apesar de haver uma relação, muitas vezes a ansiedade está presente neste período independentemente da depressão. No entanto, quando há um diagnóstico de depressão, geralmente, a ansiedade é ignorada. Por tais motivos os autores ressaltam a necessidade de maior atenção a essa questão.

Um terceiro elemento investigado quando se considera o impacto emocional parental decorrente do diagnóstico de uma doença ou deficiência do filho é a depressão, comumente associada aos estados de estresse e ansiedade no período gestacional ou após o nascimento do bebê (Linhares & Correia, 2007; Verdoux, Sutter, Glatigny-Dallay, & Minisini, 2002). A depressão pode ser influenciada por aspectos genéticos, psicológicos, culturais ou por mudanças fisiológicas no ciclo vital. Outro aspecto que parece tornar mais propenso a presença de humor depressivo, é quando o sujeito justifica eventos negativos a causas internas, estáveis e globais, em contrapartida, quando os eventos negativos são, pelo sujeito, atribuídos a causas externas, instáveis e específicas esta propensão a depressão diminui (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Metalsky, Abramson, Seligman, Semmel & Peterson, 1982). Foi somente a partir do século XX com o avanço da ciência que surgiu espaço para pesquisas mais sistemáticas acerca da depressão; no século XXI, passou a ser considerada

uma psicopatologia e pesquisadores preocupavam-se em investigar formas de tratamento e prevenção (Gonçales & Machado, 2007).

A depressão tem se tornado um problema cada vez mais comum, sobretudo no período gestacional (Elgar, McGrath, Waschbusch, Stewart, & Curtis, 2004), é um fator de risco no desenvolvimento da criança, dessa forma, contribui para o desencadeamento de sérios problemas desenvolvimentais (Cummings & Kouros, 2009; Goodman & Gotlib, 1999; Mendes, Loureiro, & Crippa, 2008). Esta psicopatologia se associa à incapacitação funcional e ao comprometimento físico (Fleck et al., 2003). Pode ser caracterizada por alterações no apetite e sono, crise de choro, desatenção, falta de concentração e energia, dificuldade de realizar atividades, que até então eram consideradas agradáveis e, ainda, sensação de incapacidade em lidar com novas situações (Frizzo & Piccinini, 2005; Moraes et al., 2006; Perosa et al., 2008).

O grande problema acerca da depressão é que ela vem sendo subdiagnosticada e por consequência subtratada; o tratamento não adequado influenciará em resultados negativos ao longo da vida da pessoa (Teng, Humes, & Demetrio, 2005). Para um diagnóstico eficaz da depressão os sintomas são divididos em fundamentais⁷ e acessórios⁸. Um episódio leve ocorre quando existem dois sintomas fundamentais e dois acessórios, o episódio moderado é caracterizado por dois sintomas fundamentais e três a quatro sintomas acessórios e o terceiro e último episódio, o grave, ocorre diante da presença de três sintomas fundamentais e mais de quatro sintomas acessórios (Fleck et al., 2003).

Em estudo empírico realizado por Gross, Shaw, Moilanen, Dishion e Wilson (2008), dados de que a depressão parental influencia o comportamento da criança são apresentados de forma evidente. O estudo investigou 731 díades mãe-criança em dois momentos, aos 2 e aos 4 anos, sendo a amostra composta por famílias geograficamente e etnicamente diversificadas.

⁷Caracterizado por humor deprimido, perda de interesse e fatigabilidade.

⁸Concentração e atenção reduzida, autoestima e autoconfiança reduzida, ideias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, ideias ou atos autolesivos ou suicidas, sono perturbado e apetite diminuído.

Os autores buscaram analisar as relações dos comportamentos das crianças de 2 anos, os sintomas depressivos dos pais e os problemas de comportamento aos 4 anos. Os resultados indicaram um efeito bidirecional entre o comportamento das crianças e os sintomas depressivos parentais, em que os sintomas maternos foram moderados aos 2 anos e diminuíram nas idades seguintes, enquanto os sintomas depressivos paternos foram moderados aos 2 anos, aumentando ligeiramente em função da idade. Os sintomas depressivos parentais também apresentaram associação com problemas de internalização e externalização aos 4 anos.

Moraes et al. (2006) realizou estudo com 410 puérperas, cujo parto havia sido realizado em um intervalo de tempo entre 35 e 40 dias, com o objetivo de identificar o nível de depressão dessas mães. Variáveis sociodemográficas, como renda familiar, a preferência pelo sexo da criança e o não desejo da gravidez, estavam associadas à prevalência da depressão.

Em estudo realizado por Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte e Martinez (2004), que avaliou os sintomas de ansiedade, disforia e depressão em mães de bebês nascidos pré-termo, a mãe, assim como toda a família, encontraram dificuldades diante da distorção da imagem idealizada do bebê antes do nascimento. A avaliação desses indicadores foi importante na identificação de mães com maiores problemas no enfrentamento da situação de estresse, sendo possível planejar uma intervenção psicológica adequada.

Perosa et al. (2008) compararam a condição emocional de 17 mães de bebês nascidos com malformações visíveis em dois momentos, antes e após a alta hospitalar, investigando os níveis de ansiedade e depressão através do Inventário de Depressão Beck (BDI) e do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Os níveis de ansiedade e depressão reduziram após a alta hospitalar. Os resultados mostraram que fatores como maior convívio e

familiaridade da mãe com o bebê, condição socioeconômica e apoio de um companheiro foram capazes de influenciar os níveis de ansiedade e depressão da amostra.

Outro estudo realizado por Perosa et al. (2009) comparou os sintomas de ansiedade e depressão em dois grupos, sendo 22 mães de recém-nascidos com malformação aparente (Grupo M), internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal, e o mesmo número de mães de recém-nascidos eutróficos (Grupo E), isto é, bebês bem-nutridos sem malformações aparentes. Além dos instrumentos utilizados na pesquisa de Perosa et al., (2008) , foram levantadas informações sociodemográficas contidas em prontuários. De acordo com os dados coletados, os autores puderam constatar que, por ordem do diagnóstico de malformação do bebê, a adaptação das mães foi mais difícil, alterando a dinâmica familiar. Ainda, o fato de o bebê ter sido encaminhado à UCI agravou os estados de ansiedade e depressão das mães.

Em geral, as mães e os familiares de bebês diagnosticados com AC vivenciam a situação de maneira particular (Franco, 2009), no entanto, toda a família espera e idealiza o bebê “perfeito” e saudável durante a gestação. Quando o bebê nasce com algum tipo de problema ou recebe o diagnóstico de malformação, as dificuldades maternas, se existentes, podem ser acentuadas e causam grande frustração, o que poderá influenciar as expectativas em relação ao cuidado e acarretar mudanças na estrutura familiar (Perosa et al., 2009). Uma vez que as dificuldades poderão ser intensificadas após o diagnóstico, a equipe de saúde deve ser capacitada para auxiliar a mãe nesse momento, pois a imagem do bebê idealizada durante a gravidez terá que ser reconstruída pela família (Gomes et al., 2009; Perosa et al., 2008).

A expectativa não correspondida acerca do nascimento pode significar uma situação de adversidade e, conseqüentemente, os níveis de estresse, ansiedade e depressão podem se elevar como forma de resposta física e/ou mental (Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte, & Martinez, 2006; Pinto, Padovani, & Linhares, 2009). Para a adaptação do organismo e

regulação desses níveis, o indivíduo lança mão do *coping* que, por sua vez possibilita uma estabilidade psicológica.

1.4 *Coping*

O *coping*⁹, que pode ser considerado como a possibilidade do indivíduo se adaptar e lidar com situações que ameaçam, desafiam ou excedem a capacidade psicológica e biológica das pessoas (Lees, 2007). É um conceito que vem sendo estudado há décadas, central para o desenvolvimento humano.

Historicamente, existem três abordagens teóricas sobre o *coping* (Antoniuzzi, Dell’Aglia, & Bandeira, 1998; Lazarus, 1993; Ramos, 2012). A primeira, chamada de Perspectiva dos Estilos Hierárquicos de *Coping*, começou a ser estudada nas décadas de 60 e 70, e compreende o *coping* como um conceito hierárquico que foi desenvolvido por autores da psicanálise, não havia, então, uma ideia de *coping* como processo. Posteriormente, surgiu a teoria denominada de Modelo Interativo do Stress e *Coping*, que teve início nas décadas de 80 e 90; o *coping* passa a ser visto com um processo de interação estabelecido entre o sujeito e o ambiente (Lazarus & Folkman, 1984). Em meados da década de 90 surgiu a terceira abordagem, o *Coping* como Ação Regulatória, em que o sujeito é capaz de regular seu comportamento diante das situações consideradas estressantes, por meio do conhecimento de si e do meio (Skinner & Wellborn, 1994).

As definições de *coping*, assim como as formas de investigação, variam muito, de acordo com a abordagem teórica adotada (Aldwin, 2007; Lazarus & Folkman, 1984; Skinner & Wellborn, 1994). Uma das concepções mais adotadas refere-se a pensamentos e comportamentos usados para gerenciar demandas externas e internas diante de um evento considerado estressante. Trata-se de um conceito bastante dinâmico, influenciado por aspectos individuais e ambientais (Blount et al., 2008).

⁹O conceito *coping* tem sido traduzido para o português como “lidar com”, “estratégias de enfrentamento” ou mesmo “enfrentamento”. Neste trabalho, eventualmente, serão utilizados esses termos de forma equivalente.

Para Lazarus e Folkman (1984) as definições de enfrentamento devem incluir os esforços voltados para o gerenciamento de eventos estressantes, a despeito dos resultados obtidos (Barros, 2007; Faria & Seidl, 2005, Gobatto & Araujo, 2010; Panzini & Bandeira, 2007; Suit & Pereira, 2008). Desse modo, não devemos considerar uma estratégia em si melhor que outra; o que irá determinar seu valor adaptativo será o efeito gerado em longo prazo. Para Biesecker e Erby (2008) as composições centrais da adaptação são os modelos de *coping* e estresse. A adaptação envolve duas dimensões: a primeira, no âmbito intrapessoal, refere-se a aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais; já a dimensão interpessoal está relacionada com a maneira pela qual os relacionamentos com familiares e amigos são estabelecidos.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), o enfrentamento é diferente de comportamentos adaptativos automatizados, uma vez que demanda esforço por parte do indivíduo e o comportamento adaptativo é involuntário. Contudo, para os autores, é possível que o enfrentamento se torne automatizado por meio dos processos de aprendizagem.

O *coping* descreve a maneira como o indivíduo lida com um estressor específico ou com um determinado contexto. A maneira como as pessoas enfrentam situações não se relaciona apenas a fatores pessoais, mas também a situações de estresse, recursos sociais disponíveis, e especialmente ao significado que o indivíduo atribui ao evento estressor (Skinner, 2007). Em outras palavras, há uma combinação de múltiplos fatores na forma como os sujeitos enfrentam determinadas situações (Aldwin, 2007).

Na compreensão das relações entre estresse, *coping* e recursos individuais, de acordo com Aldwin (2007), adotando-se um modelo transacional de análise, cada uma dessas variáveis influencia e sofre influência das demais. De acordo com o modelo, o estresse surge devido à falta de recursos necessários para lidar com o problema, e à medida que a situação vai sendo resolvida, deixa de ser percebido como estressor. A avaliação do *coping* baseada em

um modelo transacional tende a captar relações mais complexas possibilitando resultados abrangentes. Nesse sentido, questionários de avaliação do *coping* têm sido criticados por não incluir na avaliação uma perspectiva transacional (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001).

A avaliação do *coping* possui, então, três características que devem ser consideradas:

1) as avaliações focam o que a pessoa pensa, em contraste com o que de fato faz, faria ou deveria fazer; 2) o que a pessoa pensa ou efetivamente faz geralmente é avaliado dentro de determinado contexto; assim, para compreender e avaliar o enfrentamento, é necessário identificar o evento estressor, pois quanto melhor definida a situação, mais fácil torna-se o entendimento do contexto relacionado à estratégia particular de enfrentamento; e 3) o enfrentamento remete à mudança da forma de pensar e agir frente a um evento estressante (Lazarus & Folkman, 1984). É necessário uma avaliação ampla e envolver vários aspectos não relacionados com o evento em si, mas também aspectos individuais, tais como: autoestima e autoconfiança, níveis de estresse, ansiedade e depressão; e a forma como se lida com o problema, buscando abranger respostas cognitivas e emocionais (Biesecker & Erby, 2008; Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003).

Apesar de o *coping* ser estudado em casos individuais e influenciado por recursos pessoais, devemos também considerar o enfrentamento como evento social. Ambientes sociais estão envolvidos no processo de *coping*, seja como forma de suporte ao enfrentamento ou como fonte de eventos estressantes. O *coping* é também uma construção organizacional, envolvendo a regulação coordenada entre idade, orientação, coordenação, motivação, modulação, direcionamento do comportamento e emoção durante eventos estressantes. Desse modo, diante de tais eventos, a pessoa tenta moldar a experiência emocional, mas também controlar suas reações fisiológicas, comportamento motor, atenção e cognição, pois eles

também podem influenciar as reações dos ambientes físicos e sociais (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2009).

De acordo com Skinner (2007), *coping* deve ser entendido como um processo dinâmico em que o indivíduo pode enfrentar de maneiras diversas um mesmo estressor ou estressores diferentes. Dentro de um mesmo episódio, as formas de enfrentamento podem ser alteradas a depender de como a situação se desenvolverá. No decorrer das situações, novos estressores podem surgir e se, diante disto, a estratégia mostrar-se ineficaz, poderá ser substituída. Assim, o *coping* retrata uma luta de grande esforço, ativo e contínuo de reestruturação e reparação das necessidades psicológicas básicas e possibilita a recuperação frente às adversidades e preparação para desafios futuros (Skinner, 1999). Esta forma de definir *coping* integra a regulação do comportamento, emoção e orientação motivacional às respostas de *coping* e à natureza da experiência estressante vivenciada (Lees, 2007; Skinner & Wellborn, 1994).

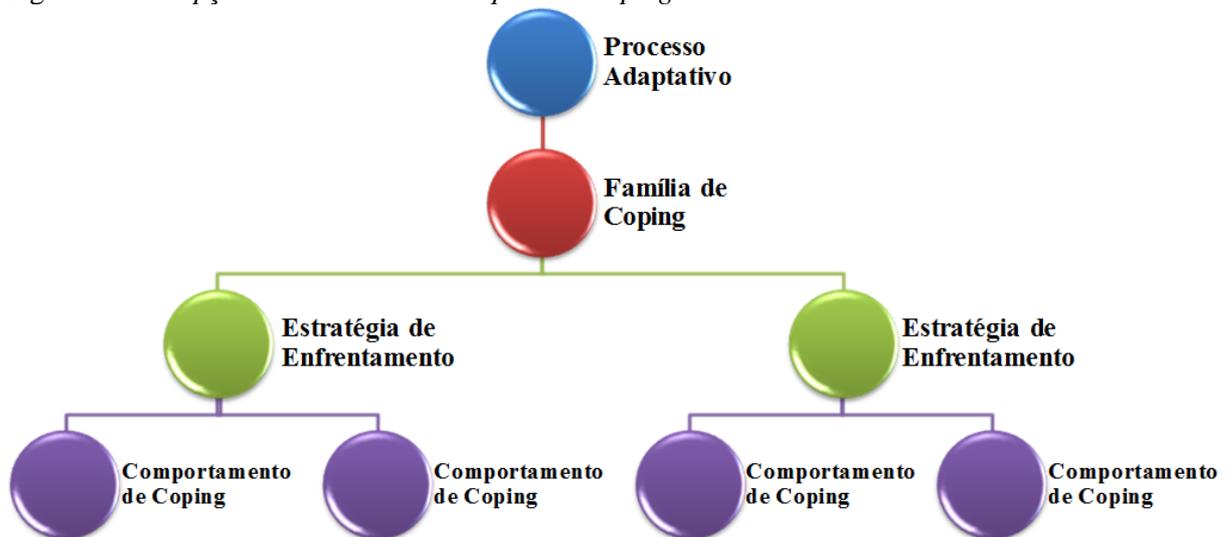
Coping, compreendido como ação regulatória, é auxiliado pelas funções executivas como memória, planejamento, sequenciamento e controle inibitório. Esse conjunto de habilidades cognitivas serve de base para o desenvolvimento do *coping* e da regulação emocional (Compas, 2009). Chama-se de “ação” regulatória os padrões organizados de comportamento, emoção, cognições, ambiente e respostas fisiológicas. Tais padrões, quando ativados por determinado estressor, consistem em uma atividade de autorregulação intencional (Grassi-Oliveira, Daruy-Filho, & Brietzke, 2008; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2009).

A Teoria Motivacional do *Coping* - TMC, desenvolvida por Skinner e Wellborn (1994), e ampliada por Skinner et al. (2003), analisa o constructo a partir da postulação de 12 famílias de *coping*. Por se tratar de uma abordagem teórica mais recente, poucas pesquisas empíricas foram desenvolvidas adotando a perspectiva motivacional na compreensão do

enfrentamento (Beers, 2012; Couceiro, 2008; Garioli, 2011; Lees, 2007; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2010; Snyder, 2011; Ramos, 2012).

Nessa nova perspectiva, foi proposto um modelo hierárquico para melhor compreender e mensurar o *coping*. A identificação de categorias principais, que é de fato o *coping*, ou seja, a forma como as pessoas enfrentam determinada situação, não pode ser caracterizada por um comportamento específico e sim uma construção organizacional, na qual é utilizada inúmeras ações e pensamentos para lidar com um evento estressor (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). No nível inferior dessa estrutura encontramos as instâncias de *coping* ou comportamentos de *coping* (o que a pessoa faz ou pensa para lidar com o evento e podem ser capturados por auto relatos de comportamentos); o segundo nível é composto pelas estratégias de *coping* que são categorizações das instâncias de *coping* (considerando a função que cada comportamento exerce); e finalmente, nos níveis mais elevados estão as famílias de *coping*, em que o enfrentamento é visto como estratégia de adaptação e têm funções evolutivas maiores (Ramos, 2012; Skinner et al., 2003). Tal forma de hierarquização não se traduz em uma avaliação de valor das estratégias de *coping* como sendo mais ou menos maduras. As famílias de ordem superior estão relacionadas com as estratégias de adaptação, enquanto que os níveis que estão na base correspondem às “instâncias de *coping*”, ou seja, respostas usadas pelos indivíduos para lidar com situações estressantes específicas (Grassi-Oliveira et al., 2008). Na Figura 1. podemos identificar como esta estrutura hierárquica é proposta.

Figura 1. *Concepção da estrutura hierárquica de coping*



Nota. Figura adaptada de Skinner et al. (2003, p. 218) e Ramos (2012, p.57) .

Na TMC cada família ou categoria de *coping* é considerada a partir do contexto e do evento vivenciado, incluindo uma série de estratégias que o indivíduo adota para enfrentar um novo desafio ou situação adversa (Tabela 1.). Nesse modelo apresentado, todas as famílias de *coping* são vistas como adaptativas, uma vez que se trata de uma ação regulatória, sendo a família utilizada a maneira que o sujeito encontra para lidar/enfrentar a adversidade ou o evento estressor (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2009).

Tabela 1. *Definição das Famílias de Coping*

| 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 Informação | Encontrar contingências adicionais | Ler, Observar, Perguntar a outros. |
| 5. Acomodação | Ajuste flexível de preferências às opções individuais 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 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 de desejoso. |
| 11. Submissão | Desistir de preferência por meio de.... | Ruminação, Pensamentos intrusivos, Perseveração rígida. |
| 12. Oposição | Remover obstáculos por meio de... | Culpar os outros, Projeção, Agressão, Desafiar. |

Nota. Extraído de Ramos (2012, p. 63).

As famílias de *coping* também são classificadas de acordo com três necessidades psicológicas básicas: a) de competência (necessidade de interação efetiva com o ambiente, buscando resultados positivos); b) de relacionamento (necessidade de manter relacionamento próximo com outras pessoas); e c) de autonomia (possibilidade de escolha) (Skinner, 1999). Estas três necessidades refletirão nas variações intra ou interindividuais, estabelecidas a partir da qualidade das interações com o meio social. Assim, as experiências e a forma como os relacionamentos ocorrem influenciarão diretamente na forma como o sujeito vivenciará determinadas situações; e as experiências em um contexto afetarão o desempenho em outro contexto social (Snyder, 2011).

As relações sociais devem ser consideradas na análise das estratégias de enfrentamento de adultos, bem como de crianças, na medida em que pais, irmãos, parentes,

amigos, professores, vizinhos e demais pares influenciam de maneira significativa o tipo de *coping* adotado (Lees, 2007). Pessoas que compartilham os mesmos ambientes desempenham importante papel na determinação do estresse, da mesma forma que contribuem para o desenvolvimento de recursos de enfrentamento. Os ambientes sociais moldam a reatividade ao estresse nas crianças por meio da qualidade do apego, e a reatividade ao estresse em parceiros sociais irá auxiliá-las na regulação de sua reatividade (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2009). Por tais motivos, a forma como os pais vivenciam situações adversas é tão importante e influência de maneira direta o comportamento de seus filhos (Sameroff & Seifer, 1983).

Estudo realizado por Vasconcelos e Petean (2009) buscou avaliar a forma como ocorre o estabelecimento do apego materno-fetal, os modos de enfrentamento e os indicadores afetivos (ansiedade e depressão na fase pré-natal) de gestantes que receberam a notícia de malformação do feto. Para isso, os autores utilizaram a Escala de Apego Materno-Fetal, a Escalas Modos de Enfrentamento de Problema (EMEP) e os Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck. Entre os resultados destaca-se que o diagnóstico não influenciou o apego da díade, mas a maioria das mães apresentou alto nível de ansiedade e em contrapartida ausência de indicadores clínicos para depressão. Em relação aos resultados de *coping* identificaram a busca de prática religiosa/pensamento fantasioso como a estratégia de enfrentamento mais utilizada pelas participantes. Para Pargament (2011), por muito tempo a dimensão religiosa como foi negligenciada, mas para algumas pessoas este pode ser um recurso potente para o enfrentamento de situações estressantes.

Ramos (2012) realizou ampla revisão de literatura identificando os estudos publicados no Brasil sobre a temática *coping* nas principais bases de dados, como *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde Psicologia (BVS-Psi) e Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A busca foi realizada para os períodos de 2004 a 2011 utilizando o descritor enfrentamento e *coping*;

assim, foram incluídos 195 artigos nas análises realizadas, destes, 8 citam a TMC. Podemos encontrar no APÊNDICE B a tabela de revisão de literatura atualizada.

Como ainda são poucos os estudos no campo da Psicologia que investigam a influência de variáveis psicológicas maternas no desenvolvimento da criança com malformação, são relevantes as propostas que têm por objetivo avaliar o impacto emocional do diagnóstico de AC sobre as expectativas maternas acerca do desenvolvimento do filho. Ainda, considerar nessa relação fatores como estresse, ansiedade e depressão e tipo de *coping* utilizado, ou seja, a identificação de variáveis pessoais e recursos do ambiente poderão traduzir a dinâmica entre risco e proteção nessa população.

1.5 Problema de pesquisa, justificativa e relevância

A criança, ao interagir em determinados contextos, afeta e é afetada pelos mesmos (Hooper, Burchinal, Roberts, Zeisel, & Neebe, 1998; Olson & Lukenheimer, 2009; Sameroff, Seifer, Barocas, Zax, & Greenspan, 1987), o que significa que há uma interação mútua entre criança e seu ambiente. Esse processo de interação onde há o envolvimento ativo de ambas as partes constitui a base do modelo transacional de desenvolvimento (Sameroff & Mackenzie, 2003). É um modelo adequado por descrever as diferentes interações estabelecidas, pois compreende o desenvolvimento cognitivo infantil como resultado do envolvimento ativo da criança e do meio em que está inserida (Fonseca & Cunha, 2003), sendo assim, é necessário conhecer o sistema familiar para que possamos identificar as fontes de influência sobre o desenvolvimento da criança (Lidz, 2003).

A interação mãe-bebê é vista como um dos suportes para o desenvolvimento infantil (Fonseca & Cunha, 2003), onde o vínculo afetivo estabelecido entre a díade e as experiências e expectativas que a mãe possui acerca do desenvolvimento do bebê são fatores que influenciam o seu desenvolvimento (Cunha & Pereira, 2004; Ribas-Junior, Moura, & Bornstein, 2007). Se a criança é diagnosticada com algum tipo de AC, é possível que o

número de variáveis negativas aumente, exercendo influência ainda mais intensa no desenvolvimento da criança, dado o elevado nível de estresse materno (Cousino & Hazen, 2013; Perosa et al., 2009), ainda que as consequências do diagnóstico sejam moderadas pela natureza e gravidade da condição, envolvendo também as características parentais (Lidz, 2003).

Diante dos argumentos acima citados e da necessidade de novas pesquisas sobre o tema, o presente estudo visa responder as seguintes questões: 1) *Quais as estratégias de enfrentamento mais frequentemente adotadas por mães de bebês nascidos com AC e quais os níveis de estresse, ansiedade e depressão maternos em função desse diagnóstico e da hospitalização do filho na UTIN?*; e 2) *Qual o impacto do diagnóstico de AC sobre as expectativas maternas de desenvolvimento da criança?*

De acordo com Vasconcelos e Petean (2009), é importante estudar esse impacto da comunicação do diagnóstico de malformação após o nascimento do bebê, uma vez que alguns aspectos da relação são agravados quando a mãe entra em contato direto com o recém-nascido e se manifestam em função da aparência do bebê, influenciando as concepções e as emoções maternas. Dentre as dificuldades percebidas após o nascimento da criança destacam-se: o estabelecimento do apego; um tempo maior de internação na UTIN e a ansiedade gerada pela ocorrência de uma cirurgia, quando existe a possibilidade de reversibilidade da malformação.

Como as crianças que nascem com AC comumente ficam internadas na UTIN (Perosa et al., 2009), é necessário ampliar as investigações nesse contexto, uma vez que os procedimentos ali realizados incluem estímulos invasivos e dolorosos em larga medida, representando risco ao desenvolvimento (Klein & Linhares, 2007), ainda que sejam inerentes aos cuidados para a sobrevivência dos bebês. Dessa maneira, espera-se, então, que este estudo possa fornecer suporte aos profissionais da saúde que trabalham diretamente com bebês com desenvolvimento atípico e sua família, auxiliando na elaboração de intervenções dirigidas que

possibilitem melhor atendimento a essa população, conseqüentemente, reduzindo as condições de risco ao desenvolvimento infantil, e melhorando a qualidade de vida da díade, uma vez que o impacto emocional materno pode influenciar negativamente o desenvolvimento do bebê (Correia & Linhares, 2007).

De forma geral, diante das lacunas existentes na literatura sobre enfrentamento sob a perspectiva da TMC, este estudo contribui para a ampliação dos conhecimentos científicos acerca do *coping* do diagnóstico de AC, também no âmbito das investigações que mapeiam os níveis de estresse, ansiedade e depressão maternos e a relação com diferentes estressores. Nesse sentido, a análise desses fatores poderá subsidiar estudos sobre desenvolvimento e saúde no campo da Psicologia Pediátrica.

É importante ressaltar que grande parte de estudos realizados sobre o impacto emocional materno frente ao nascimento de um bebê com problemas gira em torno da prematuridade, sendo necessário ampliar as investigações acerca da AC (Perosa et al., 2009). A partir disso, poderão ser desenvolvidos programas de prevenção e intervenção de modo a minimizar o impacto negativo sobre o desenvolvimento infantil nessa condição específica.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo Geral

Verificar associações entre estratégias de enfrentamento (*coping*) utilizadas por mães de bebês internados em UTIN com AC, indicadores emocionais, variáveis sociodemográficas e clínicas do bebê, descrevendo a presença de fatores como o momento da notícia e as expectativas maternas sobre o desenvolvimento do filho.

1.6.2 Objetivos Específicos

- 1) Identificar níveis clínicos de estresse, ansiedade e depressão na amostra;

- 2) Descrever as percepções maternas sobre a forma de comunicação do diagnóstico de AC realizada pela equipe de saúde;
- 3) Descrever crenças e expectativas maternas acerca do desenvolvimento do filho após o diagnóstico;
- 4) Descrever, a partir da Teoria Motivacional do *Coping* (TMC), as estratégias de enfrentamento do diagnóstico de AC; e
- 5) Analisar possíveis associações entre as principais variáveis do estudo.

2. MÉTODO

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa descritiva, pois visa identificar variáveis presentes em determinada realidade (Campos, 2008; Gil, 2002). Considerando a forma de abordagem do problema (Creswell, 2010), a adoção de um delineamento qualitativo e quantitativo agrega características que resultam em ampla compreensão dos problemas de pesquisa. Assim, este estudo utilizou um método qualitativo, que possibilita entender a forma como as pessoas ou os grupos pensam sobre um determinado fenômeno e o significado que atribuem a ele, associado a um método quantitativo, que por meio do levantamento de dados, observações e medidas empíricas, conduzem a uma interpretação expressiva de uma dada realidade.

Para Meltzoff (2001), os estudos do tipo descritivo devem assegurar ao leitor de que a amostra e o fenômeno são representativos dentro do universo investigado, e a forma como os dados foram obtidos deve estar descrita de maneira satisfatória, gerando informações objetivas e válidas. A descrição deve ser compartilhada por tal grupo e se faz necessário especificar em quais pontos a população estudada se distingue dos demais.

Dessa forma, o *coping* materno, considerado neste estudo a variável mediadora (VMe) (Lima & Enumo, 2001), será analisado de modo a identificar como se apresenta frente aos estressores: impacto do diagnóstico, hospitalização do filho e momento da notícia. Também serão considerados os níveis de estresse, ansiedade e depressão maternos e as expectativas acerca do desenvolvimento do filho (APÊNDICES C e D).

2.1 Contexto da pesquisa

Diante da dificuldade de acesso a população, a pesquisa foi realizada nos principais hospitais da Grande Vitória, ES, níveis estadual e federal, entre eles: a) Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, localizado em Vitória (HUCAM); b) Hospital Estadual Infantil

e Maternidade Dr. Alzir Bernardino Alves (HEIMABA), em Vila Velha; e c) Hospital Dr. Dório Silva (HDDS), na Serra.

- a) *HUCAM*: como Hospital-Escola da UFES possui estrutura para atendimentos de baixa, média e alta complexidade, com cerca de 1.030 profissionais e, no que tange ao atendimento em UTIN, 22 leitos (MS, 2012).
- b) *HEIMABA*: é qualificado para atendimentos de baixa, média e alta complexidade, com 33 leitos para UTIN. Cerca de 290 profissionais colaboram com a assistência aos pacientes (MS, 2012).
- c) *HDDS*: Referência em gravidez de alto risco, conta com 32 vagas na UTIN; trata-se de um hospital estadual com atendimento de alta complexidade e uma equipe de aproximadamente 1.000 profissionais (MS, 2012).

2.2 Participantes

Participaram deste estudo 25 mães de bebês nascidos com AC. No projeto inicial foi prevista a participação de 30 mães, no entanto, por se tratar de uma população específica em que o diagnóstico não é tão recorrente e considerando também o tempo de coleta de dados, a amostra, de conveniência, com aproximadamente cinco nascimentos por mês em cada hospital, é representativa dentro do universo investigado.

Os seguintes critérios de seleção foram estabelecidos:

- a) Ter filho com diagnóstico de AC e submetido a procedimentos médicos e terapêuticos recorrentes, com comprometimento físico ou intelectual; e
- b) A mãe na condição de acompanhante do filho com AC internado na UTIN de um dos hospitais em que a pesquisa foi realizada.

Foram excluídos da amostra os demais acompanhantes¹⁰ de crianças com AC, que não a genitora. O segundo critério de exclusão decorre de diagnóstico de distúrbio psiquiátrico materno, indicado em prontuários do hospital.

As mães foram convidadas a participar da pesquisa no próprio hospital em que o bebê encontrava-se internado, sendo a participação condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E). Todos os participantes estavam cientes do procedimento e dos instrumentos da pesquisa.

2.3 Instrumentos

Os instrumentos necessários para que os objetivos da pesquisa fossem atendidos estão abaixo descritos:

- 1) *Questionário de Dados Sociodemográficos* (APÊNDICE F): proposto a partir do Protocolo de Dados Gerais elaborado por Ramos (2009), contém 29 itens e visa identificar diferentes aspectos sobre a mãe, o bebê e sua família (idade, endereço, escolaridade, entre outros).
- 2) *Questionário de Dados do Bebê* (APÊNDICE G): O questionário apresenta 21 itens levantando informações sobre gestação e nascimento do bebê, idade gestacional, número de consultas pré-natais, hospital que o bebê nasceu, peso ao nascer, tipo de parto, entre outros.
- 3) *Questionário Momento da Notícia* (Ramos, Hoffman, Regen, 1985) (APÊNDICE H): o instrumento foi originalmente elaborado com o intuito de dar suporte aos

¹⁰ Sem desconsiderar a importância que os pais têm nos cuidados de seus filhos, devendo também ser alvo de pesquisas e intervenções na área da saúde, na realidade de muitos hospitais, a mãe normalmente se apresenta como a principal cuidadora e acompanhante do bebê internado na UTIN. Por isto, a amostra desta pesquisa ficou restrita às mães, considerando o local (hospital) e períodos (manhã e tarde) de coleta de dados previamente estabelecidos.

atendimentos realizados pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de São Paulo no Projeto Momento da Notícia do Programa Comunitário desta instituição (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais [APAE], s/d). Para esta pesquisa, foi realizada a adaptação do instrumento de modo a adequá-lo a população estudada, ficando com 13 itens que investigaram a forma como a notícia foi dada à família e como a mesma avaliou este momento (quem primeiro recebeu a notícia, por quem foi dada a notícia, como foi comunicada, por exemplo).

- 4) *Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB* (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2011): instrumento desenvolvido para identificar o perfil econômico da população brasileira, contém 9 itens domiciliares de conforto (quantidade de TV, DVD, geladeira, carro, entre outros), além do nível de escolaridade do chefe da família (APÊNDICE I).

- 5) *Escalas Beck (BAI e BDI)* (Cunha, 2001): O Inventário de Ansiedade Beck (BAI) é constituído por 21 afirmações que medem os sintomas de ansiedade (tais como ocorrência de dormência, tremor nas pernas, medo de acontecimentos ruins, sensação de formigamento, dificuldade de respirar, medo de morrer, entre outros). Para cada uma das questões o respondente deverá marcar “0” quando não apresentar aquele sintoma, “1” se for leve, “2” para moderado e “3” para grave. O BDI também é composto por 21 afirmações (que incluem questões sobre humor, pessimismo, sentimento de fracasso, sentimentos de punição e culpa, entre outros), estimando o nível de sintomas de depressão; as respostas são dadas seguindo o mesmo padrão do BAI.

- 6) *Escala de Estresse – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)* (Lipp, 2000b): é composta por 53 itens em que o respondente deve assinalar “sim” ou “não” para cada sintoma, baseando-se em três tempos: último mês, última semana e nas últimas 24 horas (abordando questões como dores recorrentes, alimentação inadequada, insônia, instabilidade emocional, entre outros).
- 7) *Entrevista de Coping* (APÊNDICE J): é composto por questões semiestruturadas, elaborada para este estudo, com o objetivo de identificar e compreender as estratégias de *coping* materno frente ao diagnóstico de AC. A primeira parte do instrumento foi baseada na *Entrevista sobre o impacto do TGD's na Família* desenvolvida por Schmidt (2004). A segunda parte, mais focalizada no *coping* foi baseada na Escala Modos de Enfrentamento de Problemas - EMEP (Seidl, Tróccoli, & Zannon, 2001), no projeto de Ramos (2009) e no questionário *Coping Response Booklet* de Lees (2007). A entrevista proposta neste estudo teve como objetivo ampliar qualitativamente a análise, abrangendo as “*famílias de coping*”, como propõe Skinner et al. (2003). As 45 questões que compõem a EMEP foram adaptadas e organizadas em novo formato com o intuito de atender a análise proposta, baseada na Teoria Motivacional do *Coping* (*Motivational Theory of Coping*), elaborada por Skinner e Wellborn (1994). A entrevista contém 35 perguntas que podem ser alteradas no decorrer da interação, pela flexibilidade que a entrevista semiestruturada oferece ao entrevistador. As perguntas foram organizadas a fim de investigar como a mãe lidava com sentimentos decorrentes da condição do bebê (diagnóstico e hospitalização), suas percepções sobre a situação, se guardava os sentimentos para si ou se compartilhava com os demais, entre outros aspectos do enfrentamento dos estressores. Após a elaboração da entrevista, foi

solicitado às bolsistas de Iniciação Científica¹¹ e a alguns leigos que lessem as perguntas, processo este que permitiu avaliar a linguagem empregada e o grau de compreensão das questões.

Os instrumentos acima descritos foram aplicados em procedimento padrão para todos os participantes da pesquisa, nesse sentido, será descrito adiante o passo a passo da realização da coleta de dados.

2.4 Procedimento

O presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e ao Comitê de Ética do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória e, após a aprovação em ambos os Comitês, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (MS, 1996), que prevê a regulamentação de pesquisas realizadas com seres humanos, o estudo foi iniciado.

Inicialmente foram realizados contato com a direção dos hospitais e com a coordenação das UTIN, de modo a prestar informações acerca da pesquisa, assim como estabelecer data e local de realização da mesma.

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas, conduzida nas dependências do próprio hospital. Em cada instituição, o pesquisador convidou as mães a participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO E).

Primeiramente, o pesquisador estabeleceu o *rapport* com participante a fim de retirar quaisquer dúvidas acerca da pesquisa e, em seguida, foram aplicados, nesta ordem, os seguintes instrumentos: 1) Questionário de Dados Sociodemográficos (APÊNDICE F); 2) Questionário de Dados do Bebê (APÊNDICE G); 3) Protocolo Momento da Notícia (APÊNDICE H) (Ramos et al., 1985); 4) CCEB (APÊNDICE I) (ABEP, 2011); 5) Escala de Estresse (ISSL) (Lipp, 2000b); 6) Inventário de Ansiedade Beck (BAI); e 7) Inventário de

¹¹ A partir deste estudo, foi proposto um projeto de Iniciação Científica do qual participaram duas alunas graduandas em Psicologia na UFES, Camila Nasser Mancini e Sarah Almeida Muniz.

Depressão Beck (BDI) (Cunha, 2001). Após a aplicação desses instrumentos, a segunda etapa da pesquisa foi agendada, também realizada nas dependências do hospital, de modo a manter o menor intervalo de tempo possível entre as etapas, tendo em média 2 sessões/mãe.

A segunda etapa da pesquisa caracterizou-se pela condução da entrevista semiestruturada (APÊNDICE J). Com a permissão da participante, foi realizada a gravação em áudio para posterior transcrição.

No decorrer da pesquisa as participantes receberam uma devolutiva em formato de laudo dos testes aplicados e se necessário as mesmas foram encaminhadas para as instituições públicas especializadas ou para atendimento pelo serviço de psicologia do próprio hospital. Além disso, as participantes poderiam retirar quaisquer dúvidas tanto sobre o procedimento da pesquisa, e também, sobre os resultados apresentados.

2.5 Análise de dados

A metodologia de análise dos dados foi qualitativa e quantitativa. Os instrumentos padronizados foram analisados conforme os critérios normativos estabelecidos. Para os instrumentos abertos, foram levantadas categorias de análise para os relatos das participantes. Nesta sessão será descrito mais detalhadamente a análise dos dados.

O CCEB para a caracterização do perfil econômico da amostra foi analisado de acordo a versão mais recente publicada pela ABEP até a data da coleta de dados (ABEP, 2011). Cada perfil apresenta uma variabilidade em termos de renda média familiar (RMF), a saber: Classe A1 com total de 42 a 46 pontos e renda bruta de R\$11.480,00; Classe A2, pontuação de 35 a 41 e renda de R\$8.295,00; Classe B1 com 29 a 34 pontos e renda de R\$4.754,00; Classe B2 com pontuação de 23 a 28 e renda bruta de R\$2.656,00; Classe C1, 18 a 22 pontos e renda de R\$1.459; Classe C2 pontuação variando de 14 a 17 e renda de R\$962,00; Classe D, total de 8 a 13 e renda de R\$680,00; e Classe E com variação de 0 a 7 pontos e renda bruta de R\$415,00.

Nos instrumentos BAI e BDI foram somadas as pontuações de cada participante separadamente e classificadas conforme sugerido no manual. A classificação no BAI é realizada da seguinte forma: 0 a 10 pontos= mínimo; 11 a 19 pontos = leve; 20 a 30 pontos = moderado; e 31 a 63 pontos = grave. No BDI a classificação sofre pequenas alterações: 0 a 11 pontos = mínimo; 12 a 19 = leve; 20 a 35 pontos = moderado; e 36 a 63 pontos = grave (Cunha, 2001). A Escala de Estresse (ISSL) também foi analisada conforme as fases sugeridas por Lipp (2000b). São elas: ausência de estresse (4 pontos); alerta (5 pontos); resistência/quase exaustão (14 pontos); e exaustão (20 pontos).

O Questionário de Dados Sociodemográficos e o Questionário de Dados do Bebê, aplicado para caracterização da amostra foi tabelado em uma planilha para melhor visualização dos dados. A partir de então, foi possível identificar e extrair média da idade das participantes, o número de participantes que vivem em união estável, grau de escolaridade, tipo de malformação, data de nascimento, tipo de parto, entre outros.

O Protocolo Momento da Notícia, como ressaltado anteriormente, é constituído por questões objetivas e subjetivas, assim, nas questões objetivas foi calculada a frequência simples das respostas enquanto que na parte discursiva do questionário, primeiramente foi realizada leitura das respostas e em leitura posterior foram elaboradas categorias de respostas; em seguida, as respostas foram classificadas nas categorias previamente elaboradas.

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas com o auxílio do *software IBM Via Voice* versão 09; trata-se da última versão do programa adaptado para o português. Com a transcrição da entrevista, foi realizada leitura criteriosa das respostas, da parte introdutória da entrevista e também a pergunta referente ao comentário final da participante, sendo estabelecidas categorias, por meio da técnica de “Análise de Conteúdo” (Bardin, 1977).

As perguntas referentes a cada família de *coping* foram analisadas de acordo com a definição das mesmas, ou seja, a resposta da participante era classificada dentro de determinada família de *coping*, tendo como base o conceito descrito por Skinner et al. (2003). Após leitura da entrevista, foi elaborada uma tabela de análise (APÊNDICE K), na qual foram incluídas todas as respostas, transcritas, referentes a essa parte da entrevista. Nas três primeiras colunas foram incluídas informações sobre as perguntas, nas cinco colunas seguintes dados relacionados às respostas. No tocante às respostas: na quarta coluna foi inserida uma classificação indicando se a resposta estava ou não dentro da família investigada; na quinta coluna, a transcrição da resposta emitida; na sexta coluna a identificação se havia ou não presença do estressor (quando a fala da mãe era referente ao diagnóstico ou hospitalização do bebê); na sétima coluna, se fosse o caso, a reclassificação da família em que a resposta se enquadrava; na oitava coluna, a descrição das estratégias utilizadas, conforme categoria predefinida na Tabela 2.

Tabela 2. Modelo de Famílias de *Coping* proposto por Skinner et al. (2003)

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

Nota. Adaptação de Ramos (2012, p. 61)

Além da classificação acima especificada, uma segunda forma de considerar os dados, também a partir dos relatos maternos, foi a criação de categorias, de modo a compreender em quais situações vivenciadas as mães utilizavam determinada família de *coping*, analisadas como *categoria situacional*. Para tal, foi realizada leitura minuciosa das respostas emitidas pelas mães, e a seguir foram criadas categorias referentes aos momentos/situações;

posteriormente, foi realizada a classificação das respostas. Após a classificação foi verificada a frequência das famílias adotadas pelas mães, de acordo com cada situação vivenciada. Exemplo desse segundo sistema de análise pode ser visualizado em tabela apresentada no Apêndice L.

Por se tratar de uma entrevista de *coping* elaborada para este estudo, considerando a possibilidade de nova aplicação do instrumento em outras pesquisas, alguns ajustes são propostos, de modo a reduzir o tamanho do instrumento, mantendo duas perguntas para cada família de *coping*; ainda, para oferecer melhor compreensão, algumas perguntas foram alteradas. Desse modo, uma segunda versão da entrevista foi gerada após a coleta de dados, uma vez que estes ajustes só foram possíveis após uma análise integrada das respostas das participantes (vide APÊNDICE M).

Os dados estatísticos, como os de associações, por exemplo, foram processados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. Com o auxílio do *software*, foram aplicados três testes, entre eles, Qui-Quadrado, para associação de variáveis qualitativas, *Mann Whitney*, para associação entre medianas das variáveis quantitativas e qualitativas, e *Spearman*, para correlação entre variáveis quantitativas, excetuando-se as categorias *Acomodação* e *Busca de Suporte*, por se tratar de famílias de *coping* utilizadas por toda a amostra.

2.6 Riscos e benefícios da pesquisa

No decorrer de toda a pesquisa e mesmo após a realização do estudo, aspectos como sigilo em relação à identificação dos participantes e dos dados informados, possibilidade de se desligar da pesquisa a qualquer momento e acesso aos dados coletados foram assegurados. Aspectos éticos como um todo foram respeitados, obedecendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (MS, 1996), uma vez que se considera imprescindível o respeito ao participante.

A pesquisa não oferece riscos de ordem física e em todo o seu curso os participantes não passaram por nenhum procedimento invasivo ou por quaisquer etapas que não desejaram, tampouco por qualquer experiência que causasse dano. Como a pesquisa investigou aspectos como as estratégias de *coping* materno, os níveis de estresse, ansiedade e depressão, além das experiências sobre o momento do diagnóstico de AC e as crenças acerca do desenvolvimento da criança, qualquer desconforto ou incômodo notado pela pesquisadora foi prontamente observado, com interrupção da entrevista, se a mãe assim desejasse. Todavia, a recordação de possíveis experiências de tristeza ou sofrimento não se constitui em si condição de risco psicológico para a participante. Em qualquer momento da pesquisa, as mães que apresentarem níveis elevados nos indicadores emocionais especificados serão encaminhadas para atendimento psicológico em instituições públicas especializadas, como por exemplo, unidades de saúde, para a realização de intervenções que melhorem o bem-estar da mãe e minimizem o impacto negativo desses fatores sobre o desenvolvimento da criança, promovendo, assim, maior qualidade de vida, tanto para a mãe quanto para a criança. Podemos considerar a identificação desses aspectos como possíveis benefícios para a díade e sua família.

3. RESULTADOS

Inicialmente serão apresentados resultados gerais de caracterização geral da amostra, composta por 25 mães, incluindo dados clínicos dos bebês e de organização da família. Em seguida, serão apresentados os dados relacionados ao momento da notícia, detalhando a forma como vivenciaram a experiência de receberem o diagnóstico de AC do filho. Dados sobre o impacto emocional também apresentam os níveis de estresse, ansiedade e depressão diante da situação. A entrevista de *coping* será apresentada da seguinte forma: descrição das expectativas acerca do desenvolvimento do bebê; e dados de *coping* sob a perspectiva motivacional, incluindo a análise das famílias de *coping* e das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas participantes. Serão apresentados, ainda, dados de associação e correlação entre as variáveis do estudo e, por fim, dois estudos de caso serão descritos.

Cabe ressaltar que foram utilizados nomes fictícios para apresentação dos dados, escolhidos aleatoriamente, de modo a preservar a identidade das participantes, ordenados de acordo com a data da primeira fase de coleta. No caso dos bebês, profissionais ou terceiros (pai, avós, tios, entre outros), foi utilizada a inicial do nome, pois, ao aparecerem em algum relato materno, questões éticas, como o sigilo, por exemplo, são preservadas.

3.1 Caracterização geral da Amostra

Para caracterização da amostra foram utilizados os instrumentos Questionário de Dados Sociodemográficos, Questionário de Dados do Bebê e o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). No que diz respeito à distribuição da amostra (n=25) nos hospitais, 60% das participantes estavam com seus bebês internados na UTIN do HEIMABA e 36% no HDDS; no HUCAM, durante o período de coleta de dados, apenas uma mãe (4%) se propôs participar da pesquisa. Portanto, a maioria estava internada no HEIMABA, provavelmente pelo fato deste hospital ser referência no estado do ES em cirurgia cardíaca,

recebendo grande parte dos bebês diagnosticados com AC no aparelho circulatório. A pequena amostra encontrada no HUCAM se deve ao fato de que bebês com AC são encaminhados para o HEIMABA ou HDDS, sendo as mães abordadas nestes locais.

Cabe ressaltar que, embora o tamanho da amostra seja reduzido, houve considerável representatividade em relação ao total de mães internadas nos referidos hospitais. De um total de 36 mães com bebês internados nas três UTINS no período da coleta (3 meses), 25 mães participaram de toda a pesquisa, duas participaram apenas da primeira etapa¹², uma vez que uma das participantes recebeu alta e a outra teve um bebê que evoluiu a óbito no intervalo entre a primeira e a segunda etapa; e nove mães não quiseram ou não puderam participar por diversos motivos (por exemplo, falta de tempo ou motivação). Do total de mães que não participaram da pesquisa em nenhuma das etapas (n=9), a maioria estava com seus bebês internados no HEIMABA (n=6), seguido pelo HDDS (n=2) e HUCAM (n=1).

3.1.1 Caracterização dos Pais

As participantes tinham em média 25 anos e os pais 29,5 anos, sendo que duas participantes não relataram a idade do pai do bebê. Em relação ao número de filhos, quatro mães eram primíparas, ou seja, aquela foi sua primeira gestação; 13 participantes tiveram duas gestações, cinco três gestações, duas quatro gestações e uma mãe seis gestações, sendo a média 2,33 gestações/mulher.

No tocante ao local de residência da família, a maioria (n=24) residia no Espírito Santo (ES), sendo que 68% moravam na Grande Vitória (Serra, Cariacica, Guarapari, Vila Velha, Vitória e Viana) e 28% no interior do estado (São Mateus, Venda Nova do Imigrante, Baixo Guandú, Aracruz e Nova Venécia). A grande maioria vivia em união estável¹³ (n=23) e apenas duas mães estavam solteiras no período da coleta de dados.

¹² Estes dois casos foram excluídos da amostra, uma vez que não participaram da etapa de entrevista do coping.

¹³ A condição de união estável foi considerada quando o casal morava junto, independente do estado civil.

Em relação ao nível de escolaridade¹⁴ (n=25), 12 participantes completaram o ensino médio e oito o ensino fundamental; cinco mães tinham ensino fundamental incompleto, e uma mãe não concluiu o ensino médio. Sobre a formação dos pais, oito não completaram o ensino fundamental, sete concluíram o ensino médio, mas quatro não o finalizaram; três tinham o ensino fundamental completo e um pai o ensino superior completo. Não foi possível obter com duas mães informações sobre os pais.

No que diz respeito ao perfil econômico da amostra (n=25) os dados levantados pelo CCEB revelaram que nove mães pertenciam à classe C1 (RMF de R\$1.459), sete à classe C2 (RMF de R\$962,00), seis à classe B2 (RMF de R\$2.656,00) e três à classe D (RMF de R\$680). O sustento da família era provido primordialmente pelo esposo, uma vez que 72% das mães não trabalhavam e somente 28% tinham algum tipo de ocupação (vendedora, manicure, treinadora em lanchonete de *fast food*, operadora em caixa de supermercado, secretária e auxiliar de serviços gerais); já todos os pais trabalhavam. Assim, para a maioria, o pai se constituía no único provedor financeiro da família.

Segundo o relato das mães (n=25) sobre a presença e participação dos pais, 88% estavam ajudando de alguma maneira: a) cuidados com o bebê internado (66,66%), por meio de visitas e interesse sobre a situação do bebê; auxílio financeiro (14,81%), comprando fraldas e roupas para o bebê, por exemplo; ajuda nas tarefas de casa (11,11%), limpando ou cozinhando; e cooperação de forma geral em tudo o que é necessário (7,40%), como, por exemplo, no cuidado dos outros filhos.

No que tange à religião, a maioria das participantes (64%) se denominou evangélica (batista, assembleia, mundial e adventista), algumas (24%) católicas, e poucas (12%) relataram não ter uma religião específica. Na Tabela 3. podemos encontrar os dados sociodemográficos da amostra.

¹⁴ As categorias previamente estabelecidas para nível de escolaridade foram: Ensino fundamental incompleto, Ensino fundamental completo, Ensino médio incompleto, Ensino médio completo e Ensino superior.

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica da amostra

| Faixa Etária (anos) | N | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| 18-24 | 12 | 48 |
| 25-35 | 13 | 52 |
| Classe Econômica (CCEB) | N | % |
| B2 | 6 | 24 |
| C1 | 9 | 36 |
| C2 | 7 | 28 |
| D | 3 | 12 |
| Nível de Escolaridade | N | % |
| Ensino Fundamental Incompleto | 5 | 20 |
| Ensino Fundamental Completo | 8 | 32 |
| Ensino Médio Incompleto | 1 | 4 |
| Ensino Médio Completo | 12 | 48 |
| Local onde Mora | N | % |
| Grande Vitória | 17 | 68 |
| Interior do Estado do ES | 7 | 28 |
| Interior de Outros Estados | 1 | 4 |
| Ocupação | N | % |
| Não trabalhavam | 18 | 72 |
| Trabalhavam | 7 | 28 |
| Religião | N | % |
| Evangélica | 16 | 64 |
| Católica | 6 | 24 |
| Sem religião | 3 | 12 |

3.1.2 Caracterização dos Bebês

Os bebês que compõem a amostra nasceram com o peso médio de 2.757 gramas; 84% dos partos foram cesarianas e 16% normais. Esta amostra é composta em sua maioria por meninos, totalizando 56%.

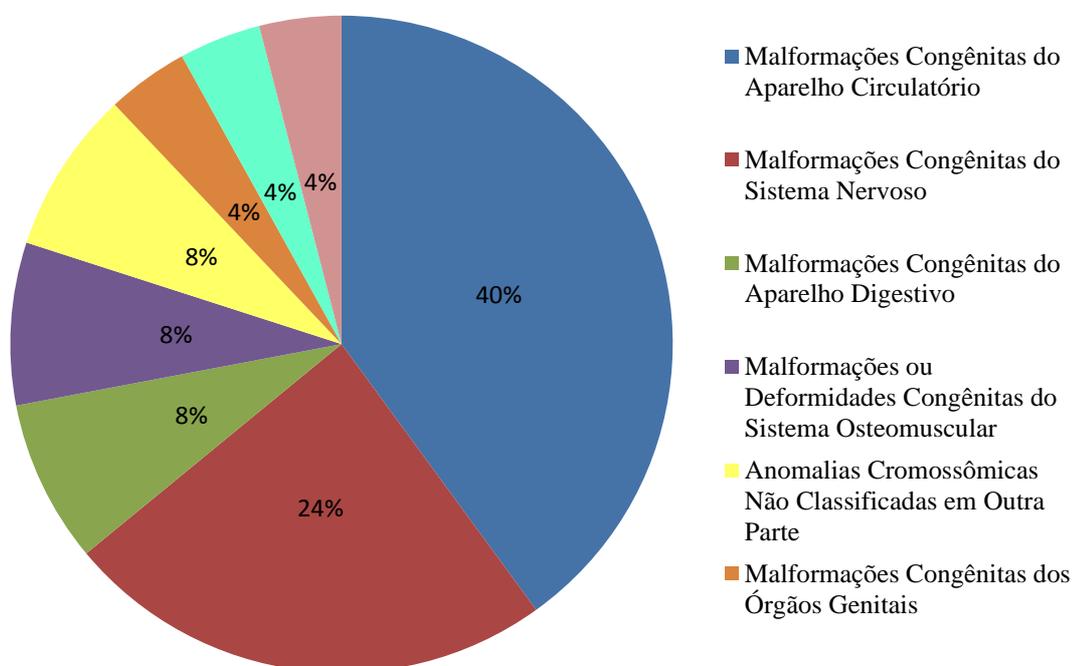
A média de consultas realizadas durante o pré-natal foi de 7,28 (3 - 14), sendo que 20% realizaram 7 consultas. Outro aspecto importante e que deve ser considerado é que em 52% dos casos a gravidez não foi planejada.

A maioria dos bebês permanecia internado no hospital em que havia nascido (64%), no entanto, alguns bebês foram transferidos (36%). Destes, oito (32%) foram transferidos antes do início da coleta de dados e um bebê (4%) foi transferido durante a coleta de dados, sendo que a primeira etapa ocorreu no hospital em que havia nascido e a segunda etapa no hospital em que foi transferido. Estes números indicam que uma parcela da amostra foi encaminhada para o hospital de referência da respectiva anomalia durante a gestação para melhor atender o bebê logo após o nascimento, por exemplo, quando o feto era diagnosticado

com cardiopatia a gestante era encaminhada para o HEIMABA (hospital de referência em cirurgia cardíaca). Assim, o tempo médio de internação até o dia da última etapa da coleta dos dados, ou seja, até a entrevista de coping foi de 36,48 dias e o tempo médio de internação até a data da alta hospitalar foi de 66,31 dias.

Em relação ao diagnóstico¹⁵ dos bebês incluídos na amostra, como apresentados na Figura 2, a maioria (40%) nasceu com malformações do aparelho circulatório e 24% foram diagnosticados com malformações do sistema nervoso. Outras AC que foram encontradas em menor percentual foram as seguintes: malformações do aparelho digestivo (8%), do sistema osteomuscular (8%), anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte (8%), seguidas por malformações congênicas do aparelho circulatório (8%), sendo que o segundo diagnóstico pode ser decorrente do primeiro; malformações congênicas dos órgãos genitais (4%); do aparelho urinário (4%); e outras malformações congênicas (4%).

Figura 2. Tipo de Anomalia Congênita



¹⁵ Foi utilizada a nomenclatura da Anomalia Congênita conforme sugerida na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2008).

Há AC que possuem correção cirúrgica, como no caso de algumas malformações cardíacas e também nos casos de gastrosquise, por exemplo, e as que não possuem (ex.: microcefalia). Há também procedimentos que não corrigem tal condição, mas que, de certa forma, melhoram a qualidade de vida da criança, como ocorre em alguns casos de hidrocefalia e síndromes. Na amostra em questão, 52% dos bebês poderão passar por cirurgia corretiva, mesmo que em idade mais avançada. Destes bebês que serão submetidos à cirurgia corretiva mais tarde, quatro já foram submetidos a uma cirurgia paliativa. Em 24% dos casos não há correção total, mas com procedimento cirúrgico haverá a possibilidade de aumentar a expectativa e a qualidade de vida do bebê (no caso do diagnóstico de hidrocefalia, por exemplo, a válvula é o tratamento que evita o acúmulo de líquido na região da cabeça), mas para 24% da amostra não é possível nem mesmo a cirúrgica paliativa.

Conforme a Tabela 4, os dados revelam que dos 40% da amostra diagnosticada com malformações congênitas do aparelho circulatório, 32% eram meninos. Em relação à malformação congênita do sistema nervoso (24%), 16% eram meninos. Malformações no aparelho digestivo (8%), dos órgãos genitais (4%) e outras malformações congênitas (4%) ocorreram apenas em meninos, as malformações do sistema osteomuscular (8%) e as anomalias cromossômicas (8%) ocorreram tanto em meninos (4%) quanto em meninas (4%) e as malformações do aparelho urinário ocorreram apenas em meninas (4%).

Tabela 4. *Tipo de anomalia congênita e sexo do bebê*

| | | % |
|--|---------|----|
| Malformações Congênitas do Aparelho Circulatório | Meninos | 32 |
| | Meninas | 8 |
| Malformações Congênitas do Sistema Nervoso | Meninos | 16 |
| | Meninas | 8 |
| Malformações Congênitas do Aparelho Digestivo | Meninos | 8 |
| | Meninas | - |
| Malformações ou Deformidades Congênitas do Sistema Osteomuscular | Meninos | 4 |
| | Meninas | 4 |
| Anomalias Cromossômicas Não Classificadas em Outra Parte | Meninos | 4 |
| | Meninas | 4 |
| Malformações Congênitas dos Órgãos Genitais | Meninos | 4 |
| | Meninas | - |
| Malformações Congênitas do Aparelho Urinário | Meninos | - |
| | Meninas | 4 |
| Outras Malformações Congênitas | Meninos | 4 |
| | Meninas | - |

A maioria dos bebês (56%) tinha necessidade de acompanhamento terapêutico, ou seja, além do atendimento médico, eram atendidos também por fonoaudiólogo e/ou fisioterapeuta.

Durante a gestação, 40% das participantes ficaram internadas por um tempo médio de 7,2 dias. Os motivos das internações foram os seguintes: dores (12%); infecção urinária (8%); perda ou redução do líquido amniótico (8%); troca de medicamento em função do diagnóstico de diabetes (4%); tomar soro por não conseguir comer em função dos enjoos decorrentes da gravidez (4%); e pressão alta (4%).

No que tange à ingestão de medicamentos durante a gestação, 96% das gestantes tomaram medicamento, a maioria, ácido fólico e vitaminas recomendadas pelos médicos. Todas as participantes (n=6) cujo bebê recebeu o diagnóstico de AC do sistema nervoso relataram utilizar ácido fólico, sendo que três mães ingeriram durante toda a gestação, duas durante dois meses e uma durante 8 meses de gestação.

O tempo médio entre a primeira e a segunda etapa da coleta de dados foi de 5,72 dias (1-22). Apesar de a proposta inicial considerar o menor tempo possível o mais adequado entre as etapas do estudo, na maioria das vezes, não foi possível fazer a coleta no dia seguinte à

primeira etapa, por diversos motivos, como ausência da mãe na UTIN ou falta de disponibilidade ou bem-estar para responder à entrevista. Assim, o intervalo de tempo foi maior do que o esperado. Todavia, considerando que o bebê permanecia internado, conseqüentemente, os mesmos estressores estavam presentes, não comprometendo os objetivos do estudo.

3.2 Momento da Notícia

O momento da comunicação do diagnóstico de AC é muito importante e poderá ser determinante no decorrer da hospitalização e do tratamento. Nesse momento, a mãe está sensibilizada e necessita de muita atenção por parte da equipe de saúde. É necessário que os profissionais compreendam as dificuldades que a família encontrará no decorrer do processo de hospitalização do bebê e das possíveis incompreensões sobre a condição da criança ou desenvolvimento.

Quando a participante (n=25) foi questionada sobre o que sabia a respeito da situação do bebê, 64% das respostas se referiam à AC, ou seja, relacionadas diretamente ao diagnóstico recebido. No entanto, 36% das respostas estavam mais voltadas ao quadro do bebê, às suas necessidades e não diretamente ao diagnóstico. Essas categorias podem ser identificadas respectivamente nos exemplos que se seguem:

Só que eles me disseram que ela tem pouquíssimo cérebro e que tem mais líquido que cérebro. [Exória]

O que as médicas falaram é que ela está bem, não precisa de aparelho nem medicamento. Precisa de cirurgia corretiva. [Magnólia]

Em relação à forma como o diagnóstico foi comunicado à mãe (n=25), 48% das respostas abordaram a maneira como o médico deu a notícia, a descrição do que aconteceu ou a própria reação ao receber a notícia. Outra parte das respostas (32%) foi uma repetição do que o médico disse e nesse grupo, apenas uma resposta incluiu a reação materna ao receber a

notícia. Para 20% das respostas, os conteúdos estavam relacionados ao prognóstico do bebê, sendo que uma das respostas também abordou a reação frente à comunicação.

Ele fez uma cara que assustou e a gente perguntou o que era. Ele disse que ela tinha um probleminha que ia passar por cirurgia, mas que não ia ser sério. [Bromélia]

Falou que meu bebê tinha um buraco na região do umbigo. Na hora eu tomei um choque. A gravidez era de alto risco. [Hortênsia]

“Seu bebê está com probleminha.” O obstetra falou que tinha hidrocefalia, que tinha problema nas pernas e que em alguns casos pode nascer bem, em outros não.

[Açucena]

Explicou que tinha que fazer exame, que tinha problema no coração e que precisava de tratamento. Que ia cansar muito para brincar e que vai precisar de cirurgia.

[Angélica]

Em relação à forma como as mães (n=25) se sentiram ao receber a notícia, 76% das respostas eram relacionadas a sentimentos negativos. Algumas participantes (n=3) descreveram sentimentos de tristeza, mas visando aspectos positivos: *“Me senti um pouco triste, mas saber que ele está vivo é bom. Vai ajudar a me amadurecer. Já estou muito mais descansada, tem os recursos”* (Gérbera). Relatos sobre a reação ao diagnóstico e sentimentos negativos também foram abordados: *“Não sei nem explicar, comecei a chorar. Senti medo. Não sabia se ele ia aguentar... Nossa é tanta coisa...”* (Açucena). Só uma pequena parcela das respostas (4%) estava relacionada exclusivamente à reação da mãe, sem que fosse citado o sentimento diante da notícia desagradável: *“Chorei até não querer mais, quando falaram da cirurgia, foi o fim do mundo... Até explicarem.”* (Margarida).

Quando questionada sobre como se sentia, naquele momento, em relação ao bebê (n=25), 64% das respostas envolviam sentimentos positivos, 28% sentimentos opostos ao mesmo tempo e 8% das respostas se referiram a sentimentos negativos.

Agora eu estou tranquila, conversei com os médicos, tirei minhas dúvidas, sei que ela está bem. [Tulipa]

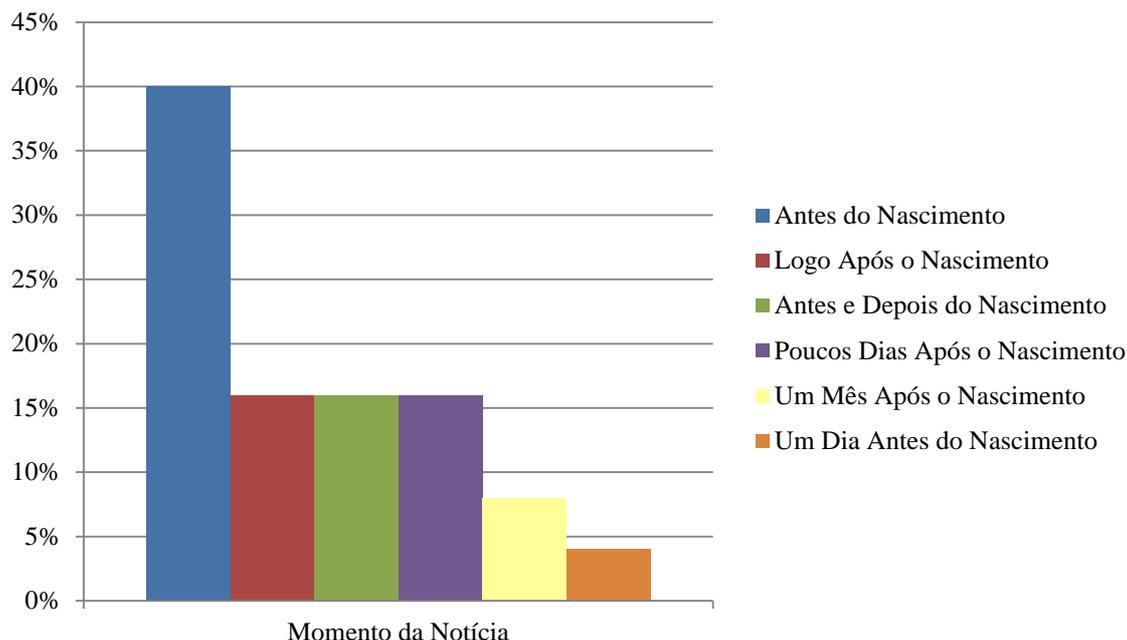
Preocupada, com medo, triste, feliz quando ele abre o olho. Turbilhão de sentimentos.
[Orquídea]

Tanta coisa. Queria ficar aqui com ele, mas não posso por causa do outro. Não sei, cada dia que eu volto parece pior, estava no médio risco, agora voltou... [Açucena]

Em relação ao momento em que as mães (n=25) foram informadas, 40% das participantes relataram que receberam o diagnóstico antes do nascimento do bebê, 16% receberam a notícia logo após o nascimento, e 16% em dois momentos, durante a gestação e após o nascimento, quando o diagnóstico foi confirmado e outras patologias foram identificadas. Apenas uma minoria recebeu o diagnóstico poucos dias após o nascimento (16%), um mês após o nascimento (8%) ou um dia antes do nascimento do bebê (4%) (Figura 3).

Para a maior parte (n=25), a notícia do diagnóstico foi efetuada pelo obstetra (56%) ou pediatra (36%). Para uma das mães o diagnóstico foi conduzido inicialmente pelo obstetra e, em seguida, o pediatra forneceu informações adicionais sobre a condição da criança; ou foi realizado pelo anestesista (n=1).

Figura 3. Momento em que a notícia foi informada aos familiares



Em relação à forma como a participante (n=25) acreditava que o diagnóstico deveria ser comunicado, 64% envolviam questões que deveriam ter sido consideradas no momento na notícia, tornando a informação do diagnóstico insuficiente: 24% das mães falaram da necessidade de explicação durante a comunicação do diagnóstico; 20% faziam referência à tranquilidade por parte do médico no momento da notícia; 8% disseram que os pais deveriam estar juntos; 8% sentiram necessidade de preparação antes da notícia, inclusive psicológica, necessidade de equipe transdisciplinar; e 4% das respostas estavam relacionadas a aspectos de consolo por parte do médico. Enquanto que 36% das mães disseram que deveria ser do mesmo jeito, que a forma como lhe foi dada a notícia foi suficiente.

Deveria dar mais informação, mas a maneira não tem muito jeito, de qualquer forma assusta. [Dália]

Na realidade, do jeito que foi. Não adiantava falar mentira, precisa falar a realidade. [Margarida]

Outro aspecto investigado pelo instrumento foi a avaliação sobre o nível de satisfação/insatisfação e de correção/incorreção do conteúdo informado pela equipe de saúde. Os dados revelam (n=25) que, para a maioria, as informações foram corretas, mas

insuficientes (40%) ou corretas e suficientes (36%). Poucas consideraram que os conteúdos informados estavam incorretos e insuficientes (16%) ou incorretos, entretanto, suficientes (8%).

Ao se tratar da forma como as participantes (n=25) avaliaram a maneira como receberam a notícia do diagnóstico, 64% das mães consideraram que a notícia foi dada de forma positiva. A seguir, exemplos de avaliação positiva e avaliação negativa:

Diretos, mas foram zelosos em dar a notícia, foram cautelosos. [Gardênia]

Falou de forma muito correta, eu gostei. Acho que ela [a médica] ficou mais chocada que eu. [Açucena]

Muito ruim, falou logo de cara, não me preparou para conversar. [Erica]

Poderia ter explicado melhor e ter mais sensibilidade. [Hortênsia]

Sobre a companhia de um familiar no momento da notícia (n=25) houve a seguinte distribuição: em mais da metade dos casos (52%) a mãe estava sozinha e recebeu a notícia do diagnóstico antes dos demais familiares; em 24% dos casos os pais receberam a notícia juntos; em 12% dos casos os pais foram os primeiros a receber a notícia e não estavam acompanhados de qualquer outro familiar; em 8% dos casos a mãe recebeu a notícia em companhia da avó do bebê; e em 4% a mãe estava acompanhada da madrinha do bebê.

No que tange à necessidade de conversar (n=25) com outras pessoas após o momento da notícia, 44% das participantes relataram não sentir vontade, 24% disseram que sentiram vontade de conversar com o esposo, a mãe, entre outros pares significativos; somente uma mãe (4%) disse não lembrar se sentiu ou não necessidade de falar sobre o assunto. A maioria (56%) acredita que a relação com o esposo mudou para melhor após o diagnóstico, outras (20%) não notaram mudança no relacionamento, mas algumas (16%) relataram que o relacionamento ficou pior. Em poucos casos (8%) a mãe não tinha mais contato com o pai do bebê.

3.3 Análise de Indicadores Emocionais

Na avaliação do estresse, medido pelo ISSL (Lipp, 2000b), houve predomínio das participantes na fase de resistência (48%), quando o estresse está presente e o organismo reage para que não ocorra maior desgaste físico, seguido da fase de quase exaustão (24%), quando há uma quebra na resistência do organismo. O terceiro grupo de participantes estava na fase de exaustão (12%), o último nível de estresse categorizado pelo instrumento indica maior vulnerabilidade, em que há oscilação de sentimentos (Tabela 5).

Tabela 5. *Níveis de sintomas de estresse*

| | f | % |
|----------------|----|----|
| Ausência | 4 | 16 |
| Resistência | 12 | 48 |
| Quase exaustão | 6 | 24 |
| Exaustão | 3 | 12 |

Do total de participantes 84% apresentaram sintomas de estresse, seja na fase de resistência, quase exaustão, ou mesmo exaustão. Destes 84%, a maioria (76%) apresentou o chamado estresse psicológico, ou seja, há um desgaste emocional e, mediante a situação, grande necessidade de acompanhamento terapêutico.

Quanto aos níveis de ansiedade da amostra, investigados por meio da Escala Beck (Cunha, 2001), 32% apresentaram ansiedade em nível moderado, seguidos pelos níveis mínimo (24%) e leve (24%), porém, 20% apresentaram ansiedade no nível grave. Os dados podem ser visualizados na Tabela 6. Considerando que 76% das participantes apresentam algum nível de ansiedade, é possível afirmar que essas mulheres estão vivenciando certa instabilidade emocional e se sentindo ameaçadas pelo estressor em questão (Correa & Linhares, 2007; Biaggio, 2000), ou seja, o diagnóstico de AC e a decorrente hospitalização do filho na UTIN.

Tal como a Escala de Ansiedade, a Escala Beck de Depressão (Cunha, 2001) considera os sentimentos da última semana vivida, incluindo o dia em que o participante está

respondendo o questionário. Os dados mostraram que 32% das participantes apresentavam grau mínimo de depressão, seguido pelos graus leve (28%) e moderado (28%), mas 12% estavam em nível mais grave de depressão (Tabela 6).

Tabela 6. *Níveis de ansiedade e depressão da amostra*

| | Ansiedade | | Depressão | |
|----------|-----------|----|-----------|----|
| | f | % | f | % |
| Mínimo | 6 | 24 | 8 | 32 |
| Leve | 6 | 24 | 7 | 28 |
| Moderado | 8 | 32 | 7 | 28 |
| Grave | 5 | 20 | 3 | 12 |

3.4 Coping

A entrevista, cujo objetivo foi capturar as expectativas que as mães tinham acerca do desenvolvimento do bebê e o enfrentamento materno diante do diagnóstico e da hospitalização do filho, foi dividida em duas partes. A primeira parte estava relacionada às expectativas maternas acerca do desenvolvimento do bebê e a segunda parte, composta de perguntas específicas para cada família de *coping*, proposta pela TMC.

3.4.1 Expectativas acerca do desenvolvimento do filho

De forma geral, as mães (n=25) apresentaram boas expectativas acerca do desenvolvimento do bebê (92%). Os relatos abaixo indicam que as mães estavam confiantes em um desenvolvimento adequado:

Pra melhor! Ele tá só crescendo, tomando o leiteinho direitinho, entendeu? Tá correspondendo aos sinais vitais, às vezes eu converso com ele (...) [Acácia]

Ah, ele tá melhorando bastante... (...) Que agora só tá faltando sugar para ir embora... Aí ele não tomava nem 5 ml de leite, agora ele tá tomando 45, 50 (...) [Íris].

(...) ele esta desenvolvendo melhor, eu estou vendo que a cada dia que passa o desenvolvimento dele vai se abrindo (...) [Bonina]

Os tipos de respostas sobre as expectativas acerca do desenvolvimento do filho estão apresentadas na Tabela 7. Do total (n=25), 50% correspondem à melhora da criança, ou seja, discorrem sobre a evolução clínica do quadro, inclusive com esperança de cura, como identificados em algumas falas:

Assim, dessas três semanas para cá eu estou achando o desenvolvimento dela bem melhor. Que antes eu nem podia pegar ela no colo porque ela tinha que ficar no oxigênio, então agora já tirou o oxigênio e está com o desenvolvimento bem melhor. E daqui para frente eu espero que ela respire melhor, que ela pare de ficar cansadinha, entendeu? Que ela se adapte com o próximo leite, porque agora vai precisar se adaptar com um outro leite, e que não precise de nenhum acompanhamento né?! Que seja... que ela saia daqui já boa. Entendeu? [Liz]

(...) Que ele está parecendo ser muito forte, eu não sei se é coisa de mãe, ou se ele tá, apesar de que, eu falei com a médica dele e ela falou que ele realmente teve muitas..., como eu comentei não foi nem a bile. Eu falei “doutora eu estou achando ele tão forte”, porque ele tem um problema muito grave pelo que eles falam, “eu tô [sic] achando ele tão forte”; ela olhou assim pra mim e falou: “Oh, realmente, ele é muito forte”. Então, assim, eu acho que ele vai se dar bem, eu acho que depois da cirurgia ele vai conseguir viver. É igual uma médica uma vez falou comigo, que depois da cirurgia tem criança que vive quase normal, praticamente normal, só tem algumas restrições de exercício, ela falou. [Orquídea]

Outras respostas estavam relacionadas à alta hospitalar (18,42%). Durante a internação do bebê havia, por parte das mães e familiares, grande expectativa da alta, sendo que algumas mães estavam totalmente focadas neste aspecto:

(...) E nossa, eu todo dia que eu chego aqui eu falo “Senhor tira meu filho daquele oxigênio eu quero ir embora, eu já não aguento mais”. Aí, eu procuro... procurar a...

as médicas, né, pra [sic] saber como que ele tá ficando hoje... olha, mexendo essa porta minhas pernas começam até a ficar frouxas porque eu tenho até medo do meu filho voltar por tubo de novo, né? (...) [Gardênia]

Ir embora é a primeira coisa que espero, chegar em casa, meu filho nem foi em casa ainda. A primeira coisa que eu quero é ir embora, é sair desse lugar, já são dezoito dias já. [Hortênsia]

Em outros casos, os relatos estavam relacionados à confiança em Deus (15,78%) ou com o planejamento da vida em função do bebê (13,15%), apresentados respectivamente a seguir:

Hum, ele tá desenvolvendo bem, assim, porque pra nascer uma criança dessas... se fosse uma criança saudável, né? Mas, tipo assim, não posso falar o que é que eu sinto, mas lógico que o melhor pra ele é eu tá junto dele, mas num posso, né? Ele agora tá nas mãos de Deus, porque eu não posso mesmo ficar aqui. [Açucena]

Olha, eu vou precisar de muito cuidado porque é uma criança muito especial (...) [Gardênia].

E em apenas uma das respostas (2,63%) a mãe fazia referência ao desenvolvimento normal do bebê:

Hoje eu vejo ela fazer tudo que as outras crianças fazem. Ela faz tudo que uma criança normal faz, só a cabecinha que ela tem dificuldade de sustentar, mas eu vejo que ela tem futuro. [Camélia]

Tabela 7. Expectativas sobre o desenvolvimento do bebê

| Respostas | % |
|---------------------------------|-------|
| Melhora do Bebê/Evolução Médica | 50 |
| Alta Hospitalar | 18,42 |
| Confiança em Deus | 15,78 |
| Planejando o Futuro da Criança | 13,25 |
| Desenvolvimento Normal do Bebê | 2,63 |

Outro aspecto considerado na primeira parte da entrevista foi o motivo da ocorrência da AC do bebê (Tabela 8), questão também importante para a compreensão a respeito do enfrentamento materno do diagnóstico e da hospitalização do bebê. Parte das respostas (28%) estava relacionada ao fato de ter acontecido em função da vontade de Deus; alguns relatos indicavam maior resignação do que outros:

Nem eu sei explicar. Nem eu sei por que aconteceu comigo né?! Vai ver que é porque Deus quis que acontecesse. Num [sic] sei. Não dá nem pra eu te responder. [Begônia]

Na minha opinião, acho que nada acontece na vida da gente se não for da vontade de Deus, alguma coisa deu certo. Eu posso só dizer pra você o seguinte, pra mim prova... não está sendo uma prova, está sendo mais uma experiência de vida que Deus tá me dando, porque talvez se eu não estivesse aqui hoje, eu poderia estar em uma situação, a qual Deus não queria que eu estivesse, entendeu? Então, pra muitos eu sei que é uma coisa difícil, pra mim também está sendo, mas eu acho melhor estar aqui hoje do que não estar nem aqui com meus filhos nos braços, entendeu [se referindo ao bebê e à filha mais velha]. Eu estando aqui eu sei que pra mim está sendo difícil, mas estou com eles. [Bonina]

Os demais relatos (28%) discorreram sobre os problemas ocorridos durante a gestação, o que indica que a mãe tinha consciência de que alguns acontecimentos contribuíram ou mesmo desencadearam a situação:

Eu acho que foi por causa do medicamento. Eu acho que foi por causa da fórmula pra emagrecer (...) [Rosa]

Olha, minha opinião, né? Num [sic] é querendo julgar ninguém, sabe? Mas, na minha opinião, foi uma queda que eu tomei, né? Quando eu tava [sic] grávida dela de 6 meses, eu tomei uma queda e bati minha barriga no chão. Então, pra mim, o problema dela foi causado mais por isso, por essa queda. Eu desmaiei, fiquei muito nervosa, aí

quando eu fiz a ultrassom já causou que ela já tava [sic] com essa mancha no rim, né? Até os 5 meses ela estava ótima, eu também estava bem, depois que passou dos 5 meses pra cá é que eu comecei a sentir dores, né? [Azaleia]

A falta de compreensão sobre o acontecimento surgiu em 24% das respostas, ou seja, em muitos casos, as mães não conseguiam entender o motivo pelo qual o filho recebeu o diagnóstico de AC, tampouco encontrava sentido em pensamentos religiosos.

Isso aí eu não sei, tem tantas pessoas passando por isso, mas aí eu pergunto “por que é que isso tá acontecendo comigo?” Aí, eu num [sic] sei, sei nem o que te dizer, será que eu mereço? Porque nem é comigo, né? É com a criança, ele que vai sofrer, né? Então nem sei te responder. É difícil. [Açucena]

Em alguns casos (12%) as mães acreditaram que aconteceu porque tinha que acontecer, sem um motivo específico. Essa categoria envolve, de certa forma, conformismo com a situação:

Ah... Aconteceu porque tinha que acontecer (...) Não, não tem um motivo pra acontecer. Aconteceu. (...) Como acontece com qualquer mãe, acontece com qualquer criança. É só aceitar. [Bromélia]

Para uma das participantes (4%) a situação estava relacionada com a experiência vivenciada, ou seja, o diagnóstico e a hospitalização foram vistos como forma de aprendizado e crescimento pessoal:

Ah, eu acho assim que... todos nós somos pecadores, estamos sujeitos a tudo. Eu penso assim, que isso acontece, não com todo mundo, mas faz com que a gente, é... tomar pra vida toda, receber isso não pra ser “ah, é um câncer...”, num [sic] é assim, entendeu? Tem tratamento? Tem, então vamos tratar... vamos ajudar ele... Eu penso assim, que é... às vezes, isso acontece também pra unir mais o casal, apesar de que a gente já era bem unido, agora a gente tá mais unido ainda, entendeu? Mas, assim,

isso... isso, por tudo que aconteceu eu louvo à Deus! Já reclamei: “Senhor, por que comigo?”, entendeu? Porque, assim, isso acontece com todo mundo, entendeu? Tipo assim, a gente não pode abaixar a cabeça pros problemas. E é isso que eu penso, assim, aconteceu? Vamos cuidar, vamos tratar, vamos dar mais amor, né? Que nesse momento ele precisa mais de amor, que nesse momento ele precisa mais da gente, né? É isso que eu penso... [Acácia]

Em outra resposta (4%) havia a crença de que a situação estava acontecendo em função de comportamentos que teve no passado e que atualmente julga inadequado:

Eu acho que é castigo, eu acho. Assim, no meu ponto de vista, porque, às vezes, as pessoas me veem por fora e num [sic] sabe o que eu aprontei lá atrás, né? Eu acho que é castigo, eu pretendo com isso num mexer na família de ninguém (risos)... depois que isso aconteceu é cada um no seu lugar, tipo assim, o que é meu, é meu, o que é da pessoa é da pessoa, entendeu? Num vou mexer com a família de ninguém, acho que é castigo. [Violeta]

Tabela 8. Crenças sobre o motivo do diagnóstico de anomalia congênita

| Respostas | % |
|------------------------------|----|
| Vontade de Deus | 28 |
| Problemas Durante a Gravidez | 28 |
| Não Sabe | 24 |
| Tinha que Acontecer | 12 |
| Aprendizado | 4 |
| Comportamentos Passados | 4 |

A forma como a mãe se sente passando por essa experiência foi um tema abordado de forma mais geral na primeira parte da entrevista, e de forma mais específica ao longo da investigação sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas. Os relatos (n=25) acerca de aspectos positivos dessa experiência corresponderam às respostas de 48% das mães; 36% das mães fizeram referência a sentimentos negativos e 16% dos relatos faziam referência à instabilidade emocional vivenciada.

As justificativas (n=33) levantadas nos relatos maternos estão apresentadas na Tabela 9. Considerando que cada participante poderia ter mais de uma justificativa em um mesmo episódio que descrevia os sentimentos experimentados naquele contexto, os seguintes itens foram identificados: aprendizado/amadurecimento (24,24%); ao fato da mãe se sentir forte, apesar de tudo que está vivenciando (21,21%); tristeza (12,12%); desespero (9,09%); alegria (9,09%); culpa (9,09%); tranquilidade (9,09%); preocupação (3,03%); e medo (3,03%).

Tabela 9. *Justificativas sobre a forma como as mães se sentiam*

| Respostas | % |
|----------------------------|-------|
| Aprendizado/Amadurecimento | 24,24 |
| Fortalecimento | 21,21 |
| Tristeza | 12,12 |
| Desespero | 9,09 |
| Alegria | 9,09 |
| Culpa | 9,09 |
| Tranquilidade | 9,09 |
| Preocupação | 3,03 |
| Medo | 3,03 |

3.4.2 Análise do *coping* a partir da perspectiva motivacional

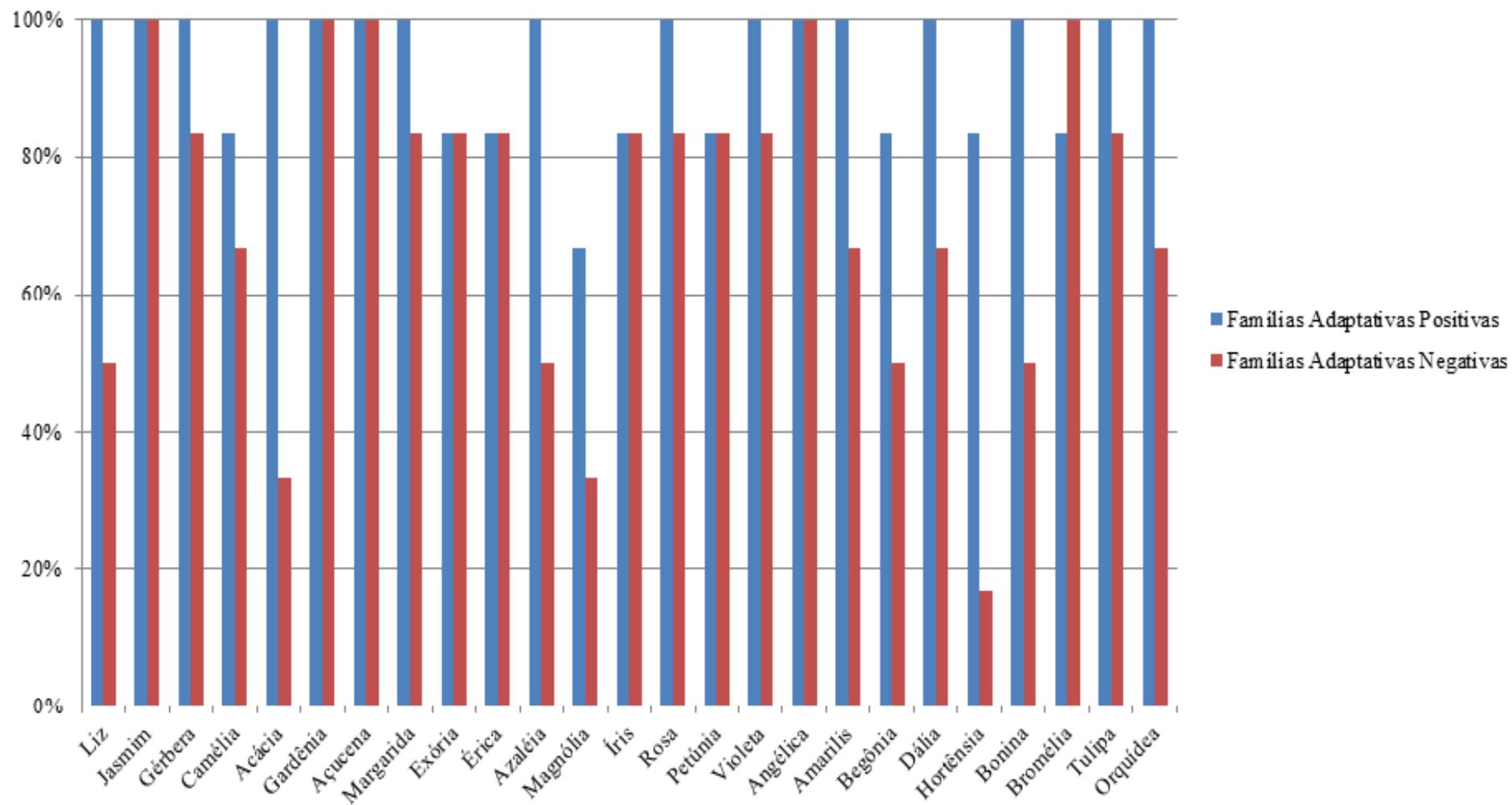
Considerando o modelo de análise proposto pela TMC, todas as estratégias de enfrentamento são consideradas adaptativas, no entanto, algumas categorias de ordem superior ou *famílias de coping* em longo prazo poderão repercutir de forma negativa na vida da pessoa. Sendo assim, tais famílias são divididas em dois grupos, sendo um de estratégias adaptativas positivas e outro de adaptativas negativas. A seguir, serão analisadas as famílias de coping e também as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães frente aos principais estressores como o diagnóstico de AC e hospitalização do bebê na UTIN.

3.4.2.1 Análise das Famílias de *Coping* adotadas pela amostra

A partir das análises descritivas realizadas, foi identificado que as mães (n=25) utilizaram, de forma geral, os dois grupos de estratégias de enfrentamento, no entanto, houve preponderância no uso de estratégias adaptativa positivas. Para 64% (n=16), a utilização de mais estratégias adaptativas positivas se comparadas com o uso de estratégias adaptativas negativas; 32% (n=8) utilizaram tanto estratégias adaptativas positivas quanto negativas; e

somente uma mãe (4%) adotou mais estratégias adaptativas negativas ao lidar com as adversidades. Dessa maneira, acredita-se que em longo prazo o desfecho do enfrentamento do diagnóstico e da hospitalização tenha sido positivo para grande parte das mães. Os dados poderão ser visualizados na Figura 4.

Figura 4. Famílias de Coping adotadas pela amostra



3.4.2.2 Análise das estratégias de *coping* adotadas pela amostra

A análise das estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelas mães de bebês nascidos com AC foi realizada com base nas categorias propostas por Skinner et al. (2003). Em cada família de *coping* (ex.: *Autoconfiança*, *Delegação*) um conjunto de estratégias de enfrentamento é agrupado segundo sua função adaptativa (positiva ou negativa), com base nas respostas obtidas por meio da entrevista. Cada estratégia de enfrentamento, por sua vez, reúne comportamentos, emoções e orientação motivacional em torno de um eixo comum (função). De forma complementar, análise de conteúdo da entrevista permitiu identificar em que *momento* do enfrentamento do diagnóstico e/ou durante o período de internação do bebê a família de *coping* foi utilizada pela amostra (APÊNDICE N).

Na primeira família de *coping* investigada, *Autoconfiança*, utilizada *Quando a mãe pensa no que pode fazer pelo bebê* (88%), as estratégias mais frequentemente adotadas foram *aceitar responsabilidade* e *autofala positiva* relatados por 92% das mães, seguidas pela estratégia *acalmar-se* (72%) e por *segurança* e *preocupação com os outros*, utilizadas em 68% da amostra. *Proteção* (32%) e *blindagem* (20%) foram as estratégias menos utilizadas nesta categoria.

A segunda família investigada foi *Busca de Suporte*, mais utilizada *Quando a mãe pensa em como se sente* (100%), sendo, *busca de conforto* e *confiança* as estratégias utilizadas por toda a amostra. A segunda estratégia mais frequente nesta família foi *busca de ajuda*, adotada por 92% da amostra; com menor frequência temos as estratégias *valorização* (16%) e *reconhecimento* (8%).

Na família *Resolução de Problema* as estratégias mais utilizadas foram *planejar estratégia* e *encorajamento* efetuadas por 64% das participantes, seguidas por *determinação* (60%). *Confiança* foi a estratégia adotada por 48% das mães; *domínio* (16%) e *reparação*

(4%) foram as estratégias menos utilizadas. Esta família foi mais utilizada pelas participantes *Quando pensava no que podia fazer pelo bebê* (80%).

Busca de Informação, terceira família investigada, foi utilizada predominantemente *No momento do diagnóstico* (76%). No que tange às estratégias de enfrentamento, *interesse* foi a mais utilizada pelas participantes (96%). Pouco mais da metade da amostra (56%) apresentou *otimismo* como estratégia; *estudar* (40%) e *esperança* (32%) foram estratégias utilizadas por algumas participantes, e poucas mães relataram *observação* (16%) e *planejamento* (8%).

Na família *Acomodação* as estratégias *aceitação* e *convicção* foram utilizadas por 88% das participantes, seguida pela categoria *compromisso* (72%); empenho foi utilizado por 56% da amostra. Só uma pequena parcela (16%) relatou a adoção da estratégia *cooperação*, e somente uma mãe indicou o uso de *concessão* (4%) e *empenho* (4%). Esta família foi mais utilizada pela mãe *Quando pensava no diagnóstico do bebê* (60%).

A última família investigada entre as estratégias adaptativas positivas foi *Negociação* e, nesta, a estratégia *definição de objetivo* estava contida nos relatos de 18 mães (72%). A segunda estratégia mais utilizada foi *definição de prioridades* com 48%, *compromisso* (40%), *assumir a perspectiva do outro* (16%) e *persuasão* (4%). O uso desta família foi identificado *Quando a mãe pensava no que podia fazer pelo bebê* (60%).

Na família *Delegação*, utilizada *Quando a mãe pensava no diagnóstico do bebê* (52%), a estratégia *depende de outros* (76%) foi a mais identificada nos relatos, seguida por *lamentação*, em 52% da amostra. Estratégias como *autopiedade* (16%), *dependência* (4%), *exigência* (4%), *vergonha* (4%) e *irritação* (4%) foram pouco relatadas.

Isolamento foi a segunda família das estratégias adaptativas negativas analisadas e a categoria mais utilizada pelas mães foi *desolação* (68%), em seguida, *solidão*, utilizada por 64% e *afastamento* por 52%. As menos utilizadas foram as estratégias *paralisar* e

desconectar-se, citada apenas por uma das participantes. Quando a família Isolamento foi utilizada a mãe se referiu à *Forma como se sentia* (52%).

A família *Desamparo* também foi utilizada *Quando a mãe pensava na forma como se sentia* (60%), e a estratégia *dúvidas* aparece em grande escala (88%), seguida por *desânimo* (80%), *sucumbir* (64%) e *confusão* (40%). As estratégias *culpa* (8%), *tentativas aleatórias* (4%) e *pânico* (4%) foram menos utilizadas pelas participantes.

Fuga foi uma categoria adotada em poucos momentos, sendo identificada *Quando a mãe pensava no diagnóstico do bebê* (28%). Nos relatos foi mais representada por meio das estratégias *evitação* (56%), *escapar* (48%) e *procrastinação* (36%). Poucas mães fizeram referência a *pessimismo* (8%), *desesperança* (8%) e *medo* (4%) como emoções ligadas à quarta família com função adaptativa negativa.

Na família *Submissão*, identificada *Quando a mãe pensava na forma como se sentia* (52%), 76% das mães utilizou a estratégia *autoculpa*, seguida por *descontentamento/desgosto* (68%), *ruminação* (60%) e *pensamentos intrusivos* (52%). Já as estratégias *perseveração* e *obsessão* foram utilizadas somente por uma das participantes.

A última família adaptativa negativa analisada, *Oposição*, foi pouco referida pela amostra: 32% utilizaram as estratégias *explosão* e *raiva* e 24% *desabafo* e *projeção*; 12% indicaram a categoria *culpar os outros* e uma das participantes utilizou a estratégia *agressão* (4%). Essa família foi identificada de forma predominante *Quando a mãe pensava na forma como se sentia* (32%).

A entrevista também foi composta por uma pergunta complementar, cujo objetivo foi permitir às mães se expressar livremente, apenas 36% das participantes apresentaram comentários adicionais. As respostas foram assim organizadas: 55,55% estavam relacionadas ao fato da entrevista ter ajudado a enfrentar a situação adversa vivenciada; 22,22% faziam novamente referência à fé para superar o diagnóstico e a hospitalização do filho; 11,11%

ressaltavam o fato de poder ficar no hospital o dia todo, o que ajudava a enfrentar positivamente a hospitalização e diagnóstico do bebê; e 11,11% tratavam de reclamações em relação à equipe de saúde, principalmente o médico.

3.5 Análises Estatísticas entre Variáveis

A seguir apresentaremos as análises estatísticas¹⁶ realizadas a partir dos dados encontrados. Na análise de associação entre variáveis maternas e indicadores emocionais o fato de a mãe ser primípara está associado ao nível de ansiedade. A variável depressão está associada ao grau de escolaridade, ao nível de estresse e ao nível de ansiedade. De forma geral, no contexto do diagnóstico de AC e hospitalização do filho, as variáveis ser primípara e nível de instrução se associam a variáveis emocionais e estresse e ansiedade se associam a depressão (Tabela 10).

Tabela 10. Associação entre variáveis sociodemográficas, fases do estresse e níveis de ansiedade e depressão

| | Primípara | Classe Econômica | Escolaridade | Estresse | Ansiedade | Depressão |
|------------------|-----------|------------------|--------------|----------|-----------|-----------|
| Primípara | - | 0,539 | 0,424 | 0,113 | 0,019* | 0,592 |
| Classe Econômica | - | - | 0,13 | 0,299 | 0,867 | 0,417 |
| Escolaridade | - | - | - | 0,39 | 0,323 | 0,046* |
| Estresse | - | - | - | - | 0,129 | 0,032* |
| Ansiedade | - | - | - | - | - | 0,024* |
| Depressão | - | - | - | - | - | - |

Nota. Para análise das variáveis foi realizado o teste estatístico Qui-Quadrado. O p valor utilizado, para os resultados aqui apresentados foi de 5%.

Neste estudo, identificamos que algumas variáveis maternas que podem influenciar na forma como a situação é vivenciada e enfrentada pela mãe. A Tabela 11 apresenta as relações existentes entre o tempo de internação do bebê, a idade materna e o uso de estratégias adaptativas positivas e negativas adotadas pelas participantes. De acordo com o teste estatístico não paramétrico *rho Spearman*, quanto maior o tempo de internação do bebê maior também o uso de estratégias adaptativas positivas, ou seja, o uso destas estratégias não está

¹⁶ Não foi possível realizar análises estatísticas para as famílias *Acomodação* e *Busca de Suporte*, pois as mesmas foram utilizadas por todas as participantes, o que torna inviável a aplicação dos testes.

correlacionado com a idade materna e sim com a experiência vivenciada. Dessa forma, quanto maior o tempo de internação do bebê, maior a habilidade materna em encontrar novos meios de adaptação a tal condição.

Tabela 11. *Correlação entre variáveis idade e tempo de internação e uso de Estratégias Adaptativas Positivas e Negativas*

| | Idade | Tempo de Internação | Estrat. Adaptativa Positiva (n=6) | Estrat. Adaptativa Negativa (n=6) |
|-----------------------------|-------|---------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Idade | - | 0,742 | 0,917 | 0,792 |
| Tempo de internação | - | - | 0,015* | 0,562 |
| Estrat. Adaptativa Positiva | - | - | - | 0,403 |
| Estrat. Adaptativa Negativa | - | - | - | - |

Nota. Para esta análise estatística foi utilizado o teste *rho Spearman*. O p valor utilizado foi de 5%.

Na Tabela 12 são destacadas as associações (*Teste Mann Whitney*) entre as variáveis do estudo – estresse, ansiedade e depressão - e variáveis qualitativas (dados socioedemográficos e famílias de *coping*) e quantitativas (total de estratégias adaptativas positivas e negativas e tempo de internação do bebê). Os dados indicaram as seguintes associações entre variáveis: a) ansiedade e uso de estratégias adaptativas negativas; b) *Resolução de Problema* e uso de estratégias adaptativas positivas; *Negociação* e uso de estratégias adaptativas positivas e negativas, e tempo de internação do bebê; c) *Isolamento* e uso de estratégias adaptativas negativas; d) *Desamparo* e uso de estratégias adaptativas positivas e negativas; e e) *Fuga, Submissão e Oposição* com uso de estratégias adaptativas negativas.

Tabela 12. Análise de comparação entre medianas das variáveis qualitativas e quantitativas

| | | Variáveis Quantitativas | | |
|------------------------|-----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------|
| | | Estratégia Adaptativa Positiva (n=6) | Estratégia Adaptativa Negativa (n=6) | Tempo de Interação |
| Variáveis Qualitativas | Primípara | 0,903 | 0,068 | 0,233 |
| | Classe Econômica | 0,693 | 0,638 | 0,48 |
| | Escolaridade | 0,152 | 0,599 | 0,433 |
| | Estresse | 1 | 0,18 | 0,773 |
| | Ansiedade | 0,637 | 0,047* | 1 |
| | Depressão | 0,361 | 0,058 | 0,296 |
| | Resolução de Problema | 0,002* | 0,939 | 0,327 |
| | Busca de Informação | 0,216 | 0,668 | 0,693 |
| | Acomodação | 0,216 | 0,668 | 0,581 |
| | Negociação | 0,002* | 0,039* | 0,014* |
| | Delegação | 0,597 | 0,126 | 0,473 |
| | Isolamento | 0,307 | 0,049* | 0,845 |
| | Desamparo | 0,02* | 0,02* | 0,11 |
| | Fuga | 0,166 | 0,002* | 0,869 |
| | Submissão | 0,054 | 0,001* | 0,461 |
| | Oposição | 0,698 | 0,001* | 0,307 |

Nota. Foi utilizado o teste estatístico *Mann Whitney* para análise entre variáveis. O p valor utilizado foi de 5%.

Os dados também foram analisados por meio do teste estatístico Qui-Quadrado. O fato de a mãe ser primípara está associado à ansiedade e ao uso das famílias de *coping Isolamento* e *Submissão*; a classe econômica da família associada ao uso da família *Isolamento*; o nível de escolaridade materno associado ao nível de depressão; o estresse relaciona-se com a depressão e com o uso da família *Submissão*; a ansiedade está associada ao uso de *Oposição*; depressão associada ao uso de *Submissão* e *Oposição*; a família *Resolução de Problemas* associada à *Fuga*; *Negociação* ao uso de *Desamparo* e *Submissão*; e, por fim, foi identificada associação entre as famílias de *coping Desamparo* e *Submissão* (Tabela 13).

Tabela 13. Análise de associação das variáveis sociodemográficas e o uso das famílias de coping

| | Primí- para | Classe Econô- mica | Esco- lari- dade | Estres- se | Ansie- dade | Depres- são | Reso- lução de Pro- blema | Busca de Infor- mação | Aco- moda- ção | Nego- ciação | Dele- gação | Isola- mento | De- sampa- ro | Fuga | Sub- missão | Oposi- ção |
|-------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------|---------------|----------------|----------------|------------------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------|----------------|-----------------|---------------------|--------|----------------|---------------|
| Primí- para | - | 0,539 | 0,424 | 0,113 | 0,019* | 0,592 | 0,79 | 0,499 | 0,499 | 0,79 | 0,79 | 0,048* | 0,334 | 0,312 | 0,048* | 0,688 |
| Classe Econô- mica | - | - | 0,13 | 0,299 | 0,867 | 0,417 | 0,212 | 0,499 | 0,335 | 0,056 | 0,636 | 0,043* | 0,176 | 0,67 | 0,306 | 0,773 |
| Escola- ridade | - | - | - | 0,39 | 0,323 | 0,046* | 0,364 | 0,393 | 0,718 | 0,364 | 0,115 | 0,178 | 0,687 | 0,122 | 0,276 | 0,146 |
| Estresse | - | - | - | - | 0,129 | 0,032* | 0,537 | 0,679 | 0,335 | 0,082 | 0,263 | 0,08 | 0,373 | 0,902 | 0,023* | 0,149 |
| Ansie- dade | - | - | - | - | - | 0,024 * | 0,112 | 0,393 | 0,499 | 0,462 | 0,987 | 0,626 | 0,176 | 0,426 | 0,155 | 0,001* |
| De- pressão | - | - | - | - | - | - | 0,607 | 0,448 | 0,448 | 0,094 | 0,607 | 0,309 | 0,135 | 0,051 | 0,029* | 0,001* |
| Reso- lução de Problema | - | - | - | - | - | - | - | 0,55 | 0,55 | 0,61 | 0,216 | 0,959 | 0,237 | 0,032* | 0,212 | 0,305 |
| Busca de Infor- mação | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,773 | 0,55 | 0,55 | 0,084 | 0,68 | 0,306 | 0,453 | 0,219 |
| Aco- modação | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,55 | 0,55 | 0,453 | 0,68 | 0,306 | 0,453 | 0,219 |
| Nego- ciação | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,61 | 0,212 | 0,004* | 0,659 | 0,016* | 0,305 |
| Dele- gação | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,119 | 0,237 | 0,659 | 0,959 | 0,305 |
| Isola- mento | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,404 | 0,569 | 0,103 | 0,91 |
| De- samparo | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,766 | 0,012* | 0,096 |
| Fuga | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,128 | 0,137 |
| Sub- missão | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,067 |
| Oposição | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

Nota. Para esta análise estatística foi utilizado o teste Qui-Quadrado. O p valor utilizado foi de 5%.

3.6 Estudos de Caso

A seguir, apresentaremos de forma mais detalhada dois casos da amostra. Em função do número de participantes (n=25), foram escolhidas duas mães que apresentaram resultados de *coping* mais discrepantes do geral da amostra, tanto para o predomínio de uso de estratégias adaptativas positivas, quanto para uso de estratégias adaptativas negativas. Por meio do estudo de caso, é possível maior aproximação com os relatos e experiências das participantes, identificando de forma mais evidente as estratégias de enfrentamento.

3.6.1 Descrição do caso 1

Hortênsia, 19 anos no início do estudo, foi a 21^a mãe a participar da pesquisa; vivia em união estável com o pai do bebê, de 23 anos. O casal, com um filho de 2 anos e 6 meses, residia na Grande Vitória, ES. Hortênsia cursou o Ensino Médio Completo e seu companheiro o Ensino Fundamental Completo; ambos tinham emprego fixo, ela como treinadora de um estabelecimento de venda de *fast food* e ele como encarregado de obras. A família foi classificada no estrato econômico C1, ou seja, sobreviviam com uma RMF de R\$1.459,00. A participante frequentava a Igreja Mundial; embora não fosse tão assídua devido a grande carga horária dedicada ao trabalho, relatou que sempre que possível frequentava a igreja com o filho mais velho, que residia com o casal.

R., filho de Hortênsia, cuja gravidez foi planejada, foi diagnosticado com gastrosquise¹⁷, ficando internado por 27 dias. A criança nasceu por meio de parto cesárea, com 36,5 semanas e 2.770 gramas, permaneceu internada no hospital onde nasceu e não precisou de acompanhamento terapêutico durante este tempo. A mãe relatou ter ingerido as vitaminas prescritas pelo médico durante 8 meses da gestação.

¹⁷A Gastrosquise é caracterizada por uma abertura na região abdominal em que os órgãos, como intestino ficam expostos (Classificação do CID: Q79.3).

Hortênsia foi informada do diagnóstico de AC no 3º mês de gestação, realizado pelo obstetra. De acordo com mãe, o médico comunicou que o bebê tinha um buraco na região do umbigo e que a gravidez seria de alto risco; “em estado de choque” foi a reação descrita. Desse modo, considerou que a forma como a notícia lhe foi comunicada foi incorreta e insuficiente, faltando informações: “[...] *poderia ter explicado melhor e ter mais sensibilidade*”. Assim que recebeu o diagnóstico, Hortênsia se sentiu mal e se responsabilizou pelo fato: “*Achei que ia botar uma pessoa no mundo para sofrer. Eu não queria que ele sofresse. Achei que nós dois íamos morrer*”. Em relação à forma ideal como acredita que a notícia deve ser dada, a mãe destaca que solidariedade e carinho são necessários por parte da equipe de saúde, sobretudo dos médicos.

No decorrer da entrevista, através do protocolo sobre o momento da notícia, Hortênsia relatou que sentiu vontade de conversar com outras pessoas, especialmente com a vizinha, técnica de enfermagem, e também com a mãe e com a sogra. Acredita que a situação do filho não tem influência na dinâmica familiar; isto só ocorreria caso o bebê não sobrevivesse, já que se tratava de uma AC com correção cirúrgica. O diagnóstico, segundo a mãe, aproximou mais o casal. No que tange à forma como se sentia em relação ao bebê, relatou que estava tranquila, uma vez que o bebê já havia passado pela cirurgia, encontrava-se fora de risco e estava mamando.

O impacto do diagnóstico do filho e sua hospitalização na UTIN pode ser estimado, em parte, pelos indicadores emocionais apresentados por Hortênsia, conforme a Tabela 14. A mãe apresentou estresse na fase de resistência, com predomínio de estresse psicológico, com nível moderado de ansiedade e depressão leve.

Tabela 14. *Níveis de estresse, ansiedade e depressão de Hortênsia*

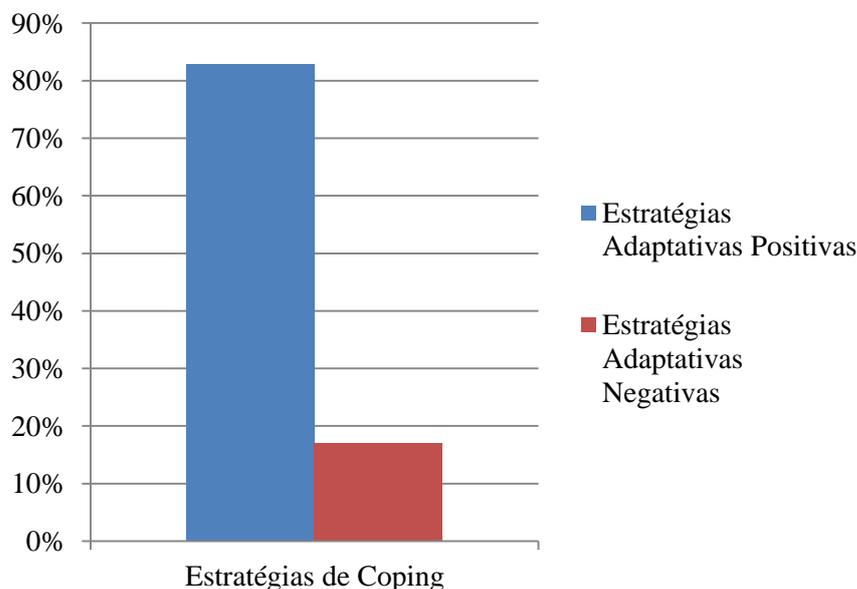
| Variável | Nível |
|-----------|-------------|
| Estresse | Resistência |
| Ansiedade | Moderado |
| Depressão | Leve |

Hortênsia tem expectativas positivas acerca do desenvolvimento do filho. No dia da entrevista, o bebê já havia passado pela cirurgia e estava mamando, apresentando uma recuperação rápida e sem intercorrências. Dessa maneira, a mãe estava bastante focada na alta hospitalar.

Em relação ao motivo do diagnóstico, tem crenças de que “aconteceu porque tinha acontecer”, embora, no início, tenha considerado que a AC era decorrente do uso de tabaco pelo esposo. Após esclarecimentos do médico, ficou mais tranquila, pois o mesmo informou que essa não era necessariamente a causa. Apesar disso, Hortênsia destaca que nunca culpou o marido. No que tange aos sentimentos em relação à experiência vivenciada, mencionou mais uma vez se sentir tranquila; só não se sentia melhor por não poder dormir com o filho, mas compreendia que a internação era necessária para que ele se recuperasse bem e de forma satisfatória.

Mais especificamente sobre o perfil de *coping* adotado, Hortênsia utilizou de forma predominante estratégias adaptativas positivas (Figura 5). Foi verificado que a participante utiliza cinco estratégias adaptativas positivas e das adaptativas negativas utiliza apenas uma, *Isolamento*.

Figura 5. *Uso de estratégias adaptativas positivas e adaptativas negativas relatadas por Hortênsia*



Diante dos relatos, podemos afirmar que em determinados momentos Hortênsia se sentiu culpada pelo nascimento do filho, sobretudo quando as informações ainda não eram suficientes, ficando mais tranquila após esclarecimentos por parte da equipe de saúde sobre os possíveis motivos da ocorrência da AC. Apresentou também algum nível de estresse, ansiedade e depressão, no entanto, lança mão de estratégias adaptativas positivas, o indica que tem enfrentado o diagnóstico e a hospitalização como uma situação desafiadora.

3.6.2 Descrição do caso 2

Bromélia, 29 anos, mãe de J., foi a 23ª participante da pesquisa, apresenta ensino fundamental completo e vive em união estável com o pai de J., 40 anos, ensino médio completo. A família residia na Grande Vitória. O casal tinha quatro filhos: o primeiro com 6 anos, o segundo, com 5 anos, o terceiro, com 3 anos e J., recém nascida. O pai, além de ser o provedor do lar, trabalhava como pintor de carro e, segundo Bromélia, estava presente nos cuidados do bebê. A família foi classificada no estrato C2, conforme o critério Brasil utilizado, ou seja, com RMF de R\$ 962,00.

J. foi diagnosticada com uma malformação congênita não especificada¹⁸, e apesar da cirurgia corretiva ter sido realizada, ainda não era possível identificar se haveria algum tipo de sequela neurológica. Após a cesariana, a criança ficou internada por um período de 35 dias, e nasceu com 3000 gramas. Segundo a mãe, a gravidez foi planejada e durante toda a gestação fez uso dos medicamentos recomendados, como sulfato ferroso e o ácido fólico. Sendo o ácido fólico o medicamento que previne a malformação do sistema nervoso, neste caso o tempo ingerido foi insuficiente, pois este medicamento deve ser administrado antes da concepção.

No que diz respeito ao momento da notícia, pouco tempo antes do nascimento, o diagnóstico foi realizado pelo obstetra e Bromélia estava acompanhada do esposo. Durante a

¹⁸Classificação do CID: Q89.9 Malformações Congênicas Não Especificadas (OMS, 2008)

ultrassonografia, segundo o relato materno, “o médico fez uma cara que assustou” e disse que o bebê precisaria passar por uma cirurgia. Bromélia considerou as informações corretas e suficientes, no entanto, o médico “*tinha que ser mais calmo, sem assustar [a mãe]*”, deveria sentar e conversar com calma, falar tudo que aconteceu e não falar no momento da ultrassonografia. Embora tenha relatado que ficou satisfeita e ter considerado corretas as informações oferecidas pelo médico, Bromélia fez uma avaliação negativa, pensando de forma geral, na forma como lhe foi dada a notícia. Todavia, após o diagnóstico, disse que se sentia bem em relação à filha, pois estava próxima e podia acompanhá-la durante o período de hospitalização.

Bromélia disse que esse diagnóstico a deixou triste e assustada; não esperava tal acontecimento, pois não havia passado por experiência semelhante em nenhuma das outras gestações. A mãe sentiu vontade de conversar a sós com o esposo e afirmou que o diagnóstico da filha não alterou o planejamento familiar e acredita que no futuro também não irá alterar. Bromélia considerou que o relacionamento do casal não sofreu alterações após o diagnóstico do bebê.

Bromélia apresentou estresse psicológico em estágio mais avançado (fase de exaustão) de acordo com o ISSL, além de níveis moderados de ansiedade e depressão (Tabela 15). Como a falta de concentração e de produtividade aumentam o nível de estresse psicológico e físico, essa fase requer cuidado por parte dos profissionais, pois pode precipitar o surgimento de doenças graves, especialmente quando associada a outros transtornos.

Tabela 15. *Níveis de estresse, ansiedade e depressão de Bromélia*

| Variável | Nível |
|-----------|----------|
| Estresse | Exaustão |
| Ansiedade | Moderado |
| Depressão | Moderado |

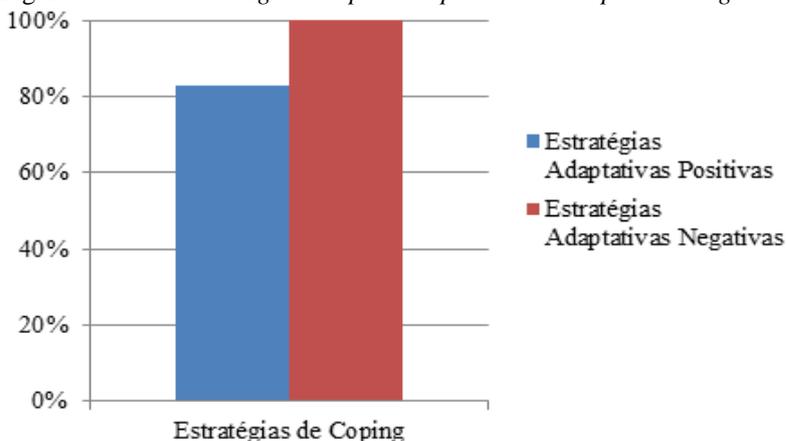
Na entrevista Bromélia relatou a esperança de que J. se desenvolva bem, como uma criança normal, sem o diagnóstico de AC. A mãe espera que o prognóstico seja favorável e que o bebê não fique com sequelas. No momento da coleta, a avaliação neurológica ainda não

havia sido realizada, mas havia grande expectativa da mãe de que o resultado fosse negativo. Segundo Bromélia, o diagnóstico “*aconteceu porque tinha que acontecer*”, como poderia ter acontecido com qualquer outra criança, mas fez comparações com os outros filhos, que não foram diagnosticados com AC. Em relação à forma como se sentia, relatou estar experimentando sentimentos negativos, pois três filhos eram saudáveis, mas o quarto havia recebido o diagnóstico de AC. Considera o fato de que se não tivesse engravidado não estariam passando por tal situação. Em alguns momentos se culpa pelo diagnóstico, como podemos identificar na fala a seguir:

“Ah, às vezes eu me sinto culpada do probleminha dela... Ah, porque talvez se eu não tivesse engravidado ela não ia vim [sic] assim com esses problemas. Mas aí veio e tem que cuidar, dar apoio a ela, ficar do lado dela.” [Bromélia]

No que se refere à análise do *coping*, esta mãe utilizou mais famílias adaptativas negativas do que positivas, indicando um perfil diferente das outras participantes (Figura 6) que apresentaram mais famílias positivas ou ambas as famílias com a mesma frequência. Mais especificamente, no grupo de famílias adaptativas positivas *Resolução de Problema* não foi utilizada, e todas as seis famílias com provável desfecho negativo foram identificadas em seu relato.

Figura 6. *Uso de estratégias adaptativas positivas e adaptativas negativas relatadas por Bromélia*



Bromélia apresentou estresse em nível muito elevado, como destacado, o que podendo ocasionar comprometimento físico e psicológico. Acredita-se que os níveis moderados de ansiedade e depressão tenham contribuído de forma significativa no tipo de enfrentamento materno.

Ao longo da entrevista Bromélia apresentou pouca capacidade de compreensão das questões, que foram explicadas várias vezes, o que não aconteceu com as outras participantes. Dificuldades cognitivas e o baixo nível de escolaridade podem ter contribuído para a pouca compreensão das perguntas. Destacam-se, ainda, os níveis de estresse, ansiedade e depressão apresentados por Bromélia. O uso predominante de estratégias adaptativas negativas poderá prejudicar o processo de adaptação materna em longo prazo.

4. DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo principal verificar associações entre o tipo de *coping* adotado por mães de bebês diagnosticados com AC, indicadores emocionais como estresse, ansiedade e depressão, e variáveis demográficas e clínicas do bebê, descrevendo a presença de fatores como a comunicação do diagnóstico e as crenças maternas sobre o desenvolvimento do filho. Com o intuito de atender aos objetivos específicos utilizamos instrumentos para caracterização geral da amostra, como Questionário de Dados Sociodemográficos, Questionário de Dados do Bebê e Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). O Questionário Momento da Notícia foi utilizado para identificar a forma como o diagnóstico foi informado à família e, para avaliar o impacto emocional materno, utilizamos o Inventário de *Stress* para Adultos de Lipp e os Inventários Beck de Ansiedade e Depressão. A entrevista foi o meio empregado para compreender tanto as expectativas maternas acerca do desenvolvimento do bebê quanto as estratégias de enfrentamento adotadas. Instrumentos abertos têm sido utilizados para capturar de forma ampla a maneira pela qual as pessoas enfrentam situações adversas (Beers, 2012; Ramos, 2012).

Ao analisar as características sociodemográficas de uma população a partir de uma perspectiva biopsicossocial, devemos considerar que alguns aspectos são de fundamental importância para o desenvolvimento da criança. De acordo com a teoria bioecológica (Bronfenbrenner, 1986; 1996; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 2006), a família faz parte do microssistema da criança, ou seja, está em contato direto com o bebê e a dinâmica familiar poderá se configurar como risco ou proteção ao desenvolvimento infantil. Assim, o número de integrantes da casa, se os pais vivem juntos ou não, o nível de escolaridade dos pais, o rendimento familiar, bem como a religião, são fatores que podem interferir no desenvolvimento do bebê, já que aumentam a probabilidade de resultados

negativos (Blum, 1997; Browne & Talmi, 2005; Dell'Aglio et al., 2006; Narvaz & Koller, 2004; Formiga, 2003; Maria-Meneguel & Linhares, 2007). O ambiente onde o bebê está internado, tal como o ambiente familiar, faz parte do microsistema do bebê, e também influi sobre seu desenvolvimento (Martins et al., 2013; Roseiro, 2010).

Alguns aspectos podem influenciar no desenvolvimento da criança diagnosticada com AC. A realização de consultas pré-natais e acompanhamento adequado poderão implicar no planejamento do tratamento ou mesmo em intervenções precoces (ex.: realização de cirurgia durante a vida intrauterina), enquanto que a ingestão do ácido fólico está relacionada com a prevenção de malformações cerebrais, especialmente as do sistema nervoso (Mezzomo et al., 2007). No entanto, estudos apontam que a quantidade de ácido fólico ingerido pelas mulheres, em geral, ainda é baixa já que, muitas vezes, a gravidez não é planejada e o medicamento passa a ser administrado após a descoberta da gravidez (Grillo & Silva, 2003; Mezzomo et al., 2007; Santos & Pereira, 2007). Neste estudo, mais da metade da amostra não planejou a gestação e mesmo as mães que a planejaram não ingeriram medicamentos como o ácido fólico no tempo mínimo recomendado (a ingestão deve ser iniciada três meses antes da concepção e durante todo o período gestacional). Diante disso, faz-se necessário maior informação fornecida por médicos e agentes de saúde, além de campanhas de divulgação ligadas ao Programa de Saúde da Família (PSF) sobre a necessidade da ingestão deste medicamento antes e durante a gestação (MS, 2002).

As malformações mais comuns nos bebês desta amostra foram as do aparelho circulatório e do sistema nervoso. Os dados são próximos aos resultados do estudo conduzido por Reis (2010), em Cáceres-MT, em que apesar das diferenças regionais e socioculturais, encontraram que as anomalias mais comuns foram do sistema nervoso, sistema osteomuscular, cardiovascular e respiratório. No tocante a distribuição em função do gênero, tal como no estudo de Maciel et al. (2006) sobre o perfil epidemiológico da malformação

congenita em Vitória, ES, a ocorrência é maior em meninos. No tocante às subclassificações, malformações digestivas e cardíacas foram mais frequentes em meninos, como indicado em revisão de literatura realizada por Alberto et al. (2010), mas o mesmo não se apresentou no tocante a malformação do sistema nervoso, que ocorreu mais em meninas. Certamente, são necessários novos estudos sobre as malformações congênitas no Estado para investigar variáveis associadas a essa condição e fomentar medidas de prevenção mais dirigidas a nossa população.

Analisando no microsistema das UTIN do estudo a rotina de atendimento dos bebês, a maioria era assistida por uma equipe que incluía, além de médicos e enfermeiros, fonoaudiólogo e fisioterapeuta, no entanto, as outras especialidades não atuavam de forma sistematizada dentro das UTIN investigadas. Alguns autores apontam que um tratamento com atuação interdisciplinar, é relevante para o bem-estar da criança em curto e longo prazo, como no caso da fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional (Spers et al., 2011; Oliveira et al., 2006). Profissionais dessas áreas trabalham juntos visando reduzir o impacto da doença, viabilizar melhor qualidade de vida para a criança e para os pais, possibilitando a alta hospitalar. Ao se tratar especificamente da participação da psicologia, nos hospitais onde a coleta foi realizada, o quantitativo desse profissional ainda é bem reduzido na equipe interdisciplinar. Apesar de os psicólogos atenderem às UTIN, as demandas eram muito grandes, pois também realizavam atendimento em vários setores do hospital. Dessa maneira, se faz necessário ampliar o número de psicólogos nestes ambientes para que seja possível a realização de atividades voltadas para a população específica da UTIN, como grupos de intervenção, acompanhamento da família, bem como reuniões interdisciplinares visando a excelência do atendimento prestado. Vale ressaltar que, em alguns diagnósticos, o tratamento e o acompanhamento da equipe interdisciplinar será necessário ao longo de toda vida da criança.

É necessário também que a equipe esteja preparada pra informar o diagnóstico aos pais, bem como, fornecer novas informações explícitas, precisas e compreensíveis ao longo da internação (Asplin et al., 2012; Lalor et al., 2008). Dificuldades apontadas por Pina-Neto e Petean (1998), na comunicação das primeiras informações do diagnóstico de AC, vão ao encontro dos resultados identificados neste estudo no tocante a avaliação materna: as informações oferecidas pelo profissional, embora corretas, eram insuficientes. Grande parte das mães não ficou satisfeita com a quantidade de informações oferecidas pelo profissional, necessitando de maior esclarecimento para as dúvidas suscitadas em torno do diagnóstico. Tal fato também pode ter ocorrido em função da experiência particular de cada participante, além disso, a notícia sempre é algo ruim.

Ainda em relação ao momento da notícia, a maioria da amostra relatou estar sozinha e ressaltou a necessidade de os pais serem informados juntos, o que se assemelha aos resultados de Pina-Neto e Petean (1998) com pais de crianças com deficiência e/ou diagnosticadas com AC. E no que tange à forma como a mãe se sentiu, a maior parte dos relatos também descreveu sentimentos negativos no momento do diagnóstico. Contudo, quando o que está em foco é a interação e o cuidado com o bebê, as mães relatam sentimentos positivos, de tranquilidade, esperança, felicidade, certeza de que o bebê terá alta hospitalar, que também envolvem expectativas positivas sobre o seu desenvolvimento.

Como algumas mães relataram reações de choque e desestruturação, além de sentimentos de medo e culpa, há necessidade de intervenções visando minimizar o impacto do diagnóstico, que é bastante elevado. Estudo realizado por Kruehl e Lopes (2012), com pais e mães cujos primogênitos foram diagnosticados com cardiopatia congênita, também ressaltam esse impacto negativo diante do diagnóstico de malformação; os dados são semelhantes nesse grupo mais específico. Conforme Pina-Neto e Petean (1998), o tipo de diagnóstico não influencia na reação parental, o que significa que intervenções dirigidas são necessárias,

independente do tipo de malformação, se há ou não correção cirúrgica ou se o prognóstico é mais ou menos favorável (Browne & Talmi, 2005; Forrest et al., 2007; Padovani et al., 2004).

Diante do exposto, podemos afirmar que se faz necessário a implementação de um protocolo de comunicação do diagnóstico, como propõe Vandekieft (2001), levando-se em consideração aspectos apontados pelos familiares, como a inserção de informações mais detalhadas sobre diagnóstico e prognóstico, a presença de uma rede de apoio (companheiro, por exemplo) e preparação da família antes da notícia. Tal prática ajudaria a equipe técnica no momento de informar a notícia, realizando a comunicação de forma adequada, minimizando o impacto negativo emocional parental, sobretudo materno, frente ao diagnóstico.

Pesquisas sobre o enfrentamento materno destacam a importância da rede de apoio para lidar com o estresse elevado e, por vezes, duradouro (Barros, 2007; Bernardo 2012; Schmidt et al., 2007). As mães consideraram que a relação com o esposo melhorou após ter recebido o diagnóstico do filho. Nesse caso, o sofrimento pela condição do bebê uniu ainda mais o casal. De acordo com Guimarães (2010), cujo trabalho identificou o *coping* materno da prematuridade de bebês internados em Unidade Neonatal, o apoio recebido do companheiro e da família foi fundamental para o enfrentamento das adversidades e para o sucesso do aleitamento. A *Busca de Suporte* foi uma das estratégias mais adotadas pelas mães e associada à participação em grupos de apoio oferecidos pelo hospital. Em estudo realizado por Ramos (2012), também com mães de bebês prematuros e baixo peso internados em UTIN, foi possível identificar que as participantes utilizaram consideravelmente o uso dessa estratégia e destacavam diferentes fontes de apoio social, principalmente do companheiro. Neste estudo, todas as mães utilizaram, em algum momento, a *Busca de Suporte* e a maioria lançou mão da estratégia *busca de ajuda* (92%). Em curto prazo, a implicação dos pais, no tratamento do bebê, por exemplo, pode refletir, de forma significativa, no bem-estar materno, sendo umas das principais fontes de apoio destas mães, segundo seus relatos. Como destacado nos estudos

citados, os dados aqui apresentados confirmam que tal estratégia é relevante no enfrentamento materno da hospitalização do bebê em UTIN (Vasconcelos, 2009), indicando o companheiro e demais familiares como principais fontes de apoio à mãe que está na condição de acompanhante do recém-nascido, o que deve ser valorizado pela equipe de saúde.

Na avaliação dos indicadores emocionais grande parte das mulheres apresentou estresse em algum nível (84%), principalmente na fase de resistência, com predominância de estresse psicológico, ou seja, fase em que sintomas como sensibilidade emotiva excessiva, irritabilidade, diminuição da libido, por exemplo, estão começando a surgir. Nesta fase o organismo reage para que não haja o desgaste total de energia, o fato de a maioria das mães estarem ainda na fase de resistência pode ter auxiliado o maior uso de estratégias adaptativas positivas, tais como *Autoconfiança*, *Busca de Suporte*, *Busca de Informação*, entre outras.

O uso de estratégias adaptativas positivas se constitui em fator de proteção do desenvolvimento infantil (Schmidt, 2004). A forma como os pais vivenciam situações estressantes poderá influenciar na forma como os filhos também irão lidar com tais eventos. Os pais possuem um papel fundamental na vulnerabilidade ou resistência ao estresse, no que tange a fatores biológicos como também comportamentais, uma vez que as crianças aprendem comportamentos de socialização através do ambiente (Lipp, 2003). Dessa maneira, fatores externos como o estresse materno poderão influenciar na vida do filho, não apenas durante a gestação, como também no decorrer de toda a vida da criança (Olson & Lukenheimer, 2009; Snyder, 2011). Sendo assim, intervenções que visam a redução do estresse parental servem como alvos indiretos na melhoria da saúde e bem-estar psicológico da criança (Cousino & Hazen, 2013).

Considerando o estresse como constructo relacionado à qualidade da experiência em que os sintomas surgem por meio de uma hiperativação ou hipoativação do organismo (Aldwin, 2007), em alguns casos, mesmo se deparando com um acontecimento inesperado,

como um diagnóstico de malformação, a mãe pode vivenciar a experiência sem haver elevado desgaste físico ou psicológico. Tal forma de experimentar a situação pode ser de grande importância, tanto para a relação que será estabelecida com o bebê, como nas possíveis intercorrências, uma vez que a criança, em muitos casos, necessitará de acompanhamento médico ao longo da infância ou durante toda a vida. De acordo com Cousino e Hazen (2013) a família inicialmente poderá se mostrar fortalecida diante da doença crônica, no entanto, fatores como mudança de papéis, novas responsabilidades (com tratamento médico de longo prazo, por exemplo) e necessidade de mais recursos financeiros (em função do tratamento) poderão afetar negativamente a dinâmica familiar.

Níveis de estresse encontrados nesta amostra estão em consonância com resultados do estudo realizado por Barbosa e Oliveira (2008) com pais de crianças com deficiência, algumas destas com AC, em que os pais apresentavam sintomas na fase de resistência (77,78%), seguido por quase exaustão (22,22%). No entanto, uma diferença encontrada foi que a maioria dos pais apresentou sintomas de estresse tanto físico quanto psicológico e, neste estudo, a maioria das participantes apresentou estresse psicológico. Tal fato pode ter ocorrido em função da população estudada, em que o estressor era crônico, já que se tratava de crianças maiores, e os pais lidavam com a situação há mais tempo, diferente dos estressores aqui avaliados, considerando o tempo decorrido entre a comunicação do diagnóstico e o relato do enfrentamento, a internação na UTIN e a possibilidade de cirurgia para algumas crianças.

Estudo realizado por Carnier et al. (2012), que avaliou o nível de estresse em mães de bebês submetidos a procedimentos cirúrgicos, também apresentou alguns resultados semelhantes aos nossos, pois a maioria (82%) das mães estava na fase de resistência do estresse. Como grande parte dos bebês desta amostra também foi submetidos a procedimentos cirúrgicos, ambos os estudos apresentam um contexto similar no que se refere aos estressores maternos. Pode-se afirmar que os resultados das pesquisas empíricas citadas corroboram

dados da literatura que indicam que cuidadores de crianças diagnosticadas com doenças crônicas, em geral, experimentam níveis mais elevados de estresse (Barbosa & Oliveira, 2008) se comparados com pais de crianças saudáveis (Cousino e Hazen, 2013).

Outro aspecto relevante diz respeito ao nível de ansiedade experimentado pelas participantes (n=19), fator pode estar associado ao nível de depressão. O diagnóstico de AC e a hospitalização da criança refletem em ansiedade nos familiares, pela insegurança e instabilidade que geralmente a criança se encontra. Análise estatística (teste Qui-Quadrado) mostrou associações entre o fato de a mãe ser primípara e o nível de ansiedade, confirmando dados de pesquisas (Kruel & Lopes, 2012; Spers et al., 2011) que indicam a gravidez como um fator gerador de ansiedade. Podemos supor que uma primeira gestação, acrescida de tantos acontecimentos inesperados (como por exemplo, prematuridade, diagnóstico de AC, entre outros) se reflita em níveis ainda mais elevados de ansiedade (Correa & Linhares, 2007). Como as mães desta pesquisa também utilizaram mais as famílias *Isolamento* e *Submissão* acredita-se que tal fato esteja associado com o alto nível de ansiedade experimentado pelas primigestas.

Estudos realizados com mães de bebês nascidos com AC investigaram o nível de ansiedade que as mesmas apresentaram (Perosa et al, 2008; Perosa et al., 2009). Embora tenham utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), os resultados confirmam a magnitude do estressor avaliado, uma vez que as pesquisadoras identificaram que após a alta hospitalar os níveis de ansiedade reduziram, (Perosa et al., 2008). Perosa et al. (2009) demonstraram que o diagnóstico de malformação congênita dificulta a adaptação materna, além de a internação em UTIN influenciar significativamente os níveis de ansiedade, como apresentado nesta pesquisa.

Diante dos resultados encontrados, podemos afirmar que há necessidade de capacitação da equipe de saúde, de modo que a mesma possa minimizar o impacto causado

pelo diagnóstico de AC e contribuir para a adaptação familiar diante da condição do bebê, uma vez que a previsibilidade das intercorrências poderá minimizar o nível de ansiedade parental (Gomes et al., 2009; Perosa et al., 2008, Pina-Neto & Petean, 1998). Além disso, um programa de intervenção direcionado no período após o diagnóstico, principalmente quando o mesmo ocorre durante a gestação, poderá fazer grande diferença quando se considera o impacto emocional negativo gerado pela comunicação de uma AC no bebê, reduzindo o nível de ansiedade materno, conforme estudo realizado por Franco (2009).

A depressão, indicador emocional crescente nas últimas décadas (Gonçales & Machado, 2007), é caracterizada por alterações físicas (falta de apetite, por exemplo) e psicológicas (como crises de choro). A maioria das participantes apresentaram algum nível de depressão (68%) e tal resultado coloca este grupo em condição de risco para o desenvolvimento de uma série de transtornos, visto que um estado depressivo dificulta a realização de atividades, até então consideradas agradáveis, levando a uma sensação de incapacidade para lidar com novas situações (Frizzo & Piccinini, 2005; Perosa et al., 2008), o que, por sua vez, poderá afetar o novo vínculo com o bebê (Paula et al., 2003). Considerando ainda o efeito que a depressão materna pode exercer sobre o desenvolvimento da criança (Elgar et al., 2004; Cummings & Kouros, 2009; Goodman & Gotlib, 1999), uma vez que os comportamentos parentais influenciam as atitudes da criança (Jaffee et al., 2003).

O estudo realizado por Gross et al. (2008) indica que há um efeito bidirecional entre os sintomas depressivos parentais e os problemas de comportamento das crianças. Enquanto as mães apresentam sintomas depressivos mais elevados quando a criança é mais nova, os pais apresentam sintomas depressivos mais elevados com o passar do tempo. Isso significa que quanto mais nova é a criança maior a tendência das mães apresentarem sintomas depressivos, possivelmente, porque se sentem mais sobrecarregadas nas fases iniciais do desenvolvimento onde é necessário se adaptar às novas tarefas.

Análise estatística (Qui-Quadrado) mostrou que o grau de escolaridade materno está associado ao nível de depressão, corroborando os dados encontrados por Moraes et al. (2006), em que foi verificada associação entre o nível de depressão e os níveis de escolaridade e classe econômica, no pós-parto. Apesar de investigar populações diferentes, podemos encontrar resultados próximos no que tange ao nível de escolaridade e a prevalência de depressão, todavia, não houve associação entre as variáveis classe econômica e depressão. Ainda associada à variável depressão tivemos o uso da família *Oposição* e *Submissão*. Essas duas famílias possuem também relação com outras variáveis, sendo *Oposição* associada à ansiedade e *Submissão* ao estresse. Tais resultados indicam que a predominância de níveis clínicos de estresse, ansiedade e depressão na amostra esteve associado ao uso das estratégias adaptativas negativas como *Oposição* e *Submissão*. De acordo com os estudos realizados por Metalsky et al. (1982) baseado em Abramson et al. (1978) indicam que as pessoas que atribuem causas internas, estáveis e fatores globais a eventos negativos possuem tendência a depressão, muitas participantes apresentarem algum grau de depressão e a associação com as famílias *Oposição* e *Submissão* podem estar relacionadas com estes três fatores (causas internas, estáveis – já que muitas AC não possuem correção cirúrgica, e a fatores globais), no entanto, são necessários novos estudos para que possamos de fato, fazer tais afirmações.

Assim como no estudo de Perosa et al. (2009), o diagnóstico de AC e as possíveis intercorrências no quadro de saúde do bebê agravaram de forma expressiva os níveis de estresse, ansiedade e depressão maternos. Com o intuito de melhor compreender a forma como as mães lidavam com tais estressores a entrevista foi a medida empregada para descrever as expectativas maternas acerca do desenvolvimento da criança e as estratégias de enfrentamento empregadas nessas condições.

No que tange ao conhecimento a respeito do desenvolvimento do recém-nascido, o grupo de mães relatou ter boas expectativas (92%), ou seja, acreditavam que seus filhos se

desenvolveriam de forma adequada; e, para algumas, o diagnóstico de AC sequer influenciava nesse aspecto. Pesquisas mostram que o conhecimento dos pais acerca desse tema refletirá na forma como se relacionam com o filho, influenciando diretamente seu desenvolvimento (Ribas-Junior et al., 2007). Se por um lado, expectativas maternas que não condizem com a real situação da criança (fantasia de que a criança seja “normal” tal qual as outras), como em alguns casos, podem repercutir de forma negativa no relacionamento da díade, por outro lado, boas expectativas contribuem no investimento materno e no estabelecimento de vínculo logo após o nascimento e no decorrer da internação do bebê (Cruz et al., 2010). Se a mãe espera que o bebê se desenvolva de forma típica, quando o tipo de malformação apresenta alguns limites para a aquisição de novas habilidades, ela investirá de forma intensa no bebê, no entanto, em longo prazo poderá ficar frustrada, se ele não se desenvolver conforme esperado. Portanto, as expectativas maternas sobre o desenvolvimento infantil se constituem em importante parâmetro para que a equipe de saúde avalie o tipo e a qualidade do apego durante o período de internação, bem como em programas de follow-up para bebês de risco (Linhares et al., 2004; Vasconcelos 2009).

De acordo com Browne e Talmi (2005), em pesquisa com pais de bebês de alto risco internados em uma UTIN, foram realizados grupos de intervenção visando aumentar o conhecimento da mãe sobre do desenvolvimento infantil. Os resultados mostraram que quanto maior o conhecimento materno sobre o desenvolvimento do bebê, maior a interação e mais sensíveis aos filhos elas estavam, ou seja, quanto maior o conhecimento mais congruente serão as expectativas e maior a contribuição da mãe para com o bebê. Tal fato indica o quão importante é o estabelecimento de grupos de intervenção nas UTIN, já que este conhecimento, de forma geral, ainda pode ser ampliado (Ribas-Junior et al., 2007).

O conhecimento sobre o desenvolvimento do bebê, por parte da mãe, poderá também influenciar os próprios sentimentos em relação ao filho; a maioria relatou ter sentimentos

positivos (sentimento de crescimento pessoal, ao fato de se sentir forte). Outra parcela descreveu sentimentos mais negativos (tristeza, medo) e o terceiro grupo relatou sentimentos que traduzem sua instabilidade emocional (se sente feliz por ter o filho e ao mesmo tempo sente de medo de perdê-lo). Consonantes aos resultados encontrados na análise do *coping* a maioria das participantes também utilizou mais estratégias adaptativas positivas. Dependendo do momento vivenciado pela mãe, ou mesmo, dos sentimentos diante do acontecimento, as estratégias são utilizadas de modo a viabilizar a melhor adaptação à situação. Se o conjunto de estratégias adotadas conduzirá ou não a um resultado positivo é preciso investigar compreender o fenômeno do *coping* como processo, pois mudanças ocorrem ao longo do tempo e das situações experimentadas (Beers, 2012; Couceiro, 2008; Lees, 2010; Skinner et al., 2003; Snyder, 2011; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2009).

As estratégias de enfrentamento foram distribuídas, segundo o modelo proposto pela TMC, em adaptativas positivas e adaptativas negativas. Nesta amostra, um conjunto de estratégias adaptativas positivas foi usado com maior frequência, sobretudo das famílias *Autoconfiança* e *Busca de Suporte*. Apesar da distinção conceitual existente entre essas famílias, podemos afirmar que, de certa maneira, são complementares, uma vez que a família *Autoconfiança* diz respeito à maneira que a pessoa encontra para proteger recursos sociais disponíveis e a segunda se refere à utilização de tais recursos. Dentro da família *Busca de Suporte*, podemos identificar a religiosidade, que aparece de forma acentuada no decorrer das entrevistas. Mesmo as mães que dizem não pertencer ou frequentar determinada religião, em algum momento fazem uso de tal recurso. De igual modo, no estudo de Ramos (2012), as mães de prematuros enfrentaram essa condição adotando as estratégias *Autoconfiança* e *Busca de Suporte* em todas as etapas da pesquisa (antes e depois da alta hospitalar), e a busca de suporte tinha como principal estratégia a prática religiosa.

A religiosidade é inerente a diversas culturas e por tal motivo possibilita o desencadeamento de recursos psicoafetivos que contribuem de maneira significativa para o enfrentamento das adversidades (Faria & Seidl, 2005; Gobatto & Araujo, 2010; Panzini & Bandeira, 2007). Toda amostra relatou muito apego à fé para lidar com a situação do filho, resultado também destacado em estudo realizado por Vasconcelos (2009). No entanto, na análise do *coping* a partir da perspectiva motivacional, diferente de outros estudos na área do enfrentamento (Borcsik, 2006; Suit & Pereira, 2008), a busca pela religiosidade não foi tratada como uma categoria de ordem superior, mas como uma estratégia pertencente à família *Busca de Suporte*. Mesmo as mães que admitiram não frequentar nenhuma religião, disseram que um dos aspectos que as impulsionaram a continuar lutando pelo filho era a crença em Deus. Assim, a fé tem contribuído para o enfrentamento de situações críticas que surgem ao longo da vida, além de uma avaliação positiva da situação. Para as mães, todos os acontecimentos associados ao diagnóstico de malformação estavam oferecendo a elas e à família a chance de crescimento espiritual (Pargament, 2011).

As estratégias, *busca de conforto* e *confiança* foram utilizadas de forma unânime na família *Busca de Suporte*, ou seja, todas as participantes relataram utilizar tal estratégia. Tal fato pode ter ocorrido em função dessa categoria incluir a prática religiosa, e a fé ser um elemento importante nesta amostra.

A análise de correlações entre variáveis (teste de *Spearman*) demonstrou relações estatisticamente significativas entre o uso de estratégias adaptativas positivas e o tempo de internação do bebê, mais especificamente, ao uso da família *Negociação*. O uso de estratégias pertencentes a esta família, como *definição de objetivos*, contribuem no processo adaptativo para um desfecho positivo em longo prazo.

Na categoria *Resolução de Problemas* as estratégias utilizadas de forma mais preponderante foram *planejar estratégia* e *encorajamento*, o que significa que as mães

elaboravam um plano de ação e sentiam-se encorajadas em pôr em prática as estratégias idealizadas. *Interesse* foi a estratégia mais utilizada na família *Busca de Informação*, ou seja, as participantes procuravam, com frequência, ter notícias sobre o estado de saúde de seus bebês. Já na família *Negociação* a *definição de objetivos* foi a estratégia mais relatada. Tal dado é consonante com os encontrados para a família *Resolução de Problema*, na qual fica evidente que a definição de um plano de ação e a definição de objetivos poderão contribuir com o planejamento materno e familiar.

Delegação é uma categoria que integra as famílias adaptativas negativas e, nesta, a estratégia *depende de outros* foi identificada como a mais utilizada. Apesar de as participantes se considerarem importantes no tratamento e recuperação do bebê, elas também ressaltaram que Deus e/ou o médico eram os únicos capazes de fazer algo pelo filho e, deste ponto de vista, se sentiam dependentes diretamente de outros para sua recuperação efetiva. Todavia, em certos momentos da entrevista, as mães relatavam, de forma muito enfática, que o poder de Deus estava acima do poder dos médicos.

Desolação foi a estratégia mais utilizada na análise da família *Isolamento*; assim, quando as mães se sentiam profundamente tristes ou aflitas preferiam ficar sozinhas. Ao longo desse percurso de hospitalização do filho na UTIN, notícias não esperadas (intercorrências) e eventualmente informadas de forma inadequada poderão contribuir para que sentimentos desagradáveis surjam várias vezes no decorrer do dia (Pina-Neto & Petean, 1998; Vasconcelos, 2009). Em tal condição, essa mãe estará muito fragilizada para desenvolver atividades dirigidas ao filho, estimulando-o em interações mais positivas. Caberá à equipe oferecer à mãe o apoio necessário durante esses períodos mais críticos da internação do bebê (Brum & Schermann, 2007; Kruehl & Lopes, 2012).

Na família *Desamparo*, a estratégia *dúvidas* foi preponderante. Tal estratégia possivelmente é usada em função das incertezas provenientes da situação, e estas incertezas

poderão influenciar o plano de ação e também os objetivos traçados pela mãe e pela família diante do diagnóstico, repercutindo negativamente nos sentimentos maternos. De acordo com os dados identificados a partir do Questionário Momento da Notícia as mães necessitam de maior número de informações sobre a situação do bebê, bem como, sobre diagnóstico e prognóstico da doença. Conforme indicado por Lalor et al. (2008), as mães necessitam de alto nível de informação para retomar o controle da situação. Diante da ausência de informações a utilização de estratégias que colocam a mãe em uma situação de desamparo é esperada, uma vez que se trata do momento em que descobre que tudo que idealizou desde a descoberta da gravidez não se concretizará ou que será limitado pelo comprometimento da saúde do bebê. O que se tem percebido, na rotina hospitalar, é que são crescentes a omissão de informação, a minimização, a exacerbação ou a comunicação de forma abrupta (Pina-Neto & Petean, 1998).

Fuga, apesar de ser uma família menos utilizada pela amostra, foi identificada forma mais acentuada mediante a identificação da estratégia *evitação*. O uso desta estratégia surge quando a participante empreende uma série de comportamentos para não se deparar com as notícias desagradáveis decorrentes da situação, como no caso de Iris, que preferia não ir ao hospital para evitar ter notícias do filho, ficando o esposo responsável por acompanhar a criança nos primeiros dias. Para algumas mães, a evitação não deixa de se constituir em uma estratégia adaptativa, pois envolve se esquivar do estressor. Contudo, a adoção de tal padrão de forma contínua ou preponderante certamente impedirá o estabelecimento do vínculo afetivo com o bebê (Bazon et al., 2004).

A estratégia *autoculpa* foi a mais utilizada na família *Submissão*. Possivelmente pela AC ser decorrente de herança genética ou de algum problema ocorrido durante a gestação/nascimento, alguns relatos foram carregados de dúvidas sobre quem eram os responsáveis, de alguma maneira, por aquela situação (Pina-Neto & Petean, 1998; Vasconcelos, 2009),

Na família *Oposição*, também pouco utilizada pela amostra, destacaram-se as estratégias *explosão* e *raiva*, que surgem, em geral, quando há uma culpabilização de outros pela situação em questão. De acordo com Drotar et al. (1975), em alguns momentos, a culpa é projetada para si mesmo, como no caso da estratégia utilizada na família *Submissão* e, em outros, há transferência da culpa e a mesma é projetada para o companheiro ou para os demais familiares.

Diante das análises descritas, pode-se afirmar que os instrumentos utilizados neste estudo foram adequados para investigar os objetivos propostos. O Questionário de Dados Socioeconômicos, o Questionário de Dados do Bebê e o Critério de Classificação Econômica Brasil ofereceram um panorama geral sobre a amostra, bem como, possibilitaram análise mais ampla e descritiva das variáveis em questão. Os instrumentos de avaliação dos sintomas de estresse, ansiedade e depressão utilizados em vários estudos no país (Padovani et al., 2004; Perosa et al., 2009; Pinto et al., 2009; Rodrigues & Schiavo, 2011) se mostraram adequados neste estudo.

O Questionário Momento da Notícia permitiu identificar, a partir das falas das mães, a percepção materna sobre o momento do diagnóstico, tanto o que estava adequado quanto às lacunas da equipe nesse processo de comunicação. Podemos notar que são necessárias melhorias sobre a forma de comunicação profissional de saúde-paciente. Vandekieft (2001) propõe que se houvesse um procedimento padrão, menor seria o impacto sofrido pela família, o que não significa que a comunicação eliminaria todo o sofrimento, mas seria uma ferramenta para reduzi-lo, lembrando que devemos sempre considerar a individualidade no processo de informação da notícia. De acordo com Perosa e Ranzani (2008), os profissionais não estão sendo preparados para comunicar más notícias ao paciente durante a graduação. Infelizmente, a previsão é a de que os profissionais continuem aprendendo por meio da

própria experiência, pois com o elevado número de alunos, o aprendizado por meio de observação está se tornando cada vez mais raro.

É importante considerar aspectos metodológicos da entrevista de *coping* elaborada especialmente para este estudo. Adotando-se o modelo teórico da perspectiva motivacional do *coping* (Skinner & Wellborn, 1994), a entrevista foi formulada basicamente a partir da EMEP (Seidl, Tróccoli, & Zannon, 2001) e outros estudos sobre o enfrentamento (Lees, 2007; Ramos, 2009). Este instrumento se propôs a identificar as expectativas maternas acerca do desenvolvimento infantil (Schmidt, 2004), assim como as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães diante do diagnóstico e da hospitalização do filho.

A parte introdutória da entrevista foi considerada adequada, no entanto, uma das perguntas pertencentes à primeira família de *coping* a *Autoconfiança* (*O que você tem feito para lidar com os sentimentos decorrentes da situação do seu bebê?*) foi agregada ao início, por ser considerada uma pergunta muito ampla. As demais foram consideradas adequadas e mantidas na família. Assim, a primeira parte da entrevista passou a ter quatro perguntas que buscavam investigar as expectativas quanto ao desenvolvimento, como a mãe se sente passando por essa experiência e, de forma geral, o que tem feito para lidar com a situação do bebê.

Em relação à família de *coping*, *Busca de Suporte*, os dois primeiros conjuntos de questões, “*Você compartilha seus sentimentos com outras pessoas? Quem? Isso tem te ajudado? Como?*” e “*Quem ou o que está te ajudando neste momento? Que tipo de ajuda você considera mais importante?*”, geraram respostas muito semelhantes e, nesse sentido, a segunda pergunta foi mantida por ser mais ampla, permitindo maior explanação pela participante. A última pergunta desta família, “*Você tem ido mais à igreja ou a outros locais religiosos depois do diagnóstico do seu bebê? (caso a resposta seja afirmativa: Como você se sente quando frequenta a igreja ou centro...)?*”, também foi excluída, pois a entrevista já

contempla questões nas quais a mãe poderá falar sobre religiosidade. Em uma rotina hospitalar, as mães, comumente, acompanham os bebês durante o dia, ficando com pouco tempo para se dedicar às demais atividades. Além disso, a impossibilidade de frequentar um local religioso não significa que aspectos ligados a crenças ou práticas voltadas à fé não sejam exercidas pela mãe.

Nas questões relacionadas à família *Resolução de Problema* o último item foi excluído, “*Como você tem percebido a situação? Quais atitudes você tem tomado pra lidar com esse problema? (caso a resposta seja afirmativa: Como você se sente após ter essas atitudes?)*”, pois outras questões incluem a percepção sobre a situação e, por se tratar de uma pergunta mais subjetiva, a compreensão da amostra foi bastante limitada.

Na quarta família de *coping* investigada, *Busca de Informação*, as duas perguntas iniciais se mostraram suficientes e de compreensão adequada e foram mantidas. Cabe ressaltar que a segunda pergunta desta família, incluiu avaliação sobre a forma como a mãe se sentiu após buscar informação sobre o diagnóstico do bebê. As mães utilizaram diversos métodos de investigação, assim, aquelas que buscaram informações com a equipe de saúde ou algum conhecido que também atua na área da saúde, obtiveram resultados mais positivos que aquelas que buscaram informações de forma isolada via internet.

Quanto à família *Acomodação*, foram consideradas mais pertinentes as duas primeiras perguntas (com pequenas alterações na segunda), buscando investigar se essa experiência era positiva ou negativa. Tal complemento se faz necessário para melhor compreender a percepção da mãe acerca da situação do bebê. A última pergunta, “*Você acredita que tem aceitado a situação? E como tem se sentido frente a isso?*” fica contemplada nas duas primeiras perguntas, principalmente após a inserção do complemento, além de ser muito direta, logo, excluímos a pergunta.

Na família *Negociação* foram realizadas duas perguntas, sendo a primeira considerada apropriada e a segunda sugerida com pequena alteração. Ao invés de perguntar se a mãe busca resolver, planejar a situação com outras pessoas que também estão envolvidas no processo, que está mais relacionado à categoria *Busca de Suporte*, a questão foi assim reformulada: “*Como você tem buscado planejar/resolver as questões/decisões acerca da hospitalização e do diagnóstico? Isso tem te ajudado? De que maneira?*”. Nesse sentido, a alteração na pergunta teve por objetivo apreender a maneira como a mãe procura resolver e planejar, como tem administrado a situação e encontra novas opções, mais estrita à definição da categoria em questão.

Assim como ocorreu em *Negociação*, a segunda pergunta foi reformulada na categoria *Delegação*: “*Você espera por algum milagre? Como ele seria?*” foi um item substituído por “*Quando você pensa no diagnóstico e na hospitalização do seu bebê, como você se sente? Como você avalia tudo que está acontecendo com vocês?*” Tal alteração permitirá explorar melhor o quanto o indivíduo se sente limitado em relação aos próprios recursos para se adaptar à nova situação.

Na família *Desamparo* a primeira pergunta foi reformulada de forma a ficar menos direta e, conseqüentemente, minimizar a indução da resposta. A segunda pergunta foi excluída em função de ser contemplada em outras perguntas do protocolo e também pelo fato de ser menos compreendida pelas participantes; a terceira pergunta foi considerada adequada para o grupo.

Na família *Fuga* a primeira pergunta foi complementada para verificar a forma como a mãe se sente quando relata que tenta esquecer o problema. Ambas as perguntas foram consideradas pertinentes para a identificação de possíveis estratégias de esquiva, negação, afastamento mental ou pensamento fantasioso.

Quanto à família *Submissão*, as duas primeiras perguntas foram consideradas mais adequadas, no entanto, a segunda pergunta foi complementada, com o intuito de investigar o motivo pelo qual a mãe deseja modificar seus sentimentos, alterar a forma a forma como se sente. A terceira pergunta foi excluída por já estar contemplada na primeira pergunta desta família.

Por fim, não houve alteração no instrumento para as famílias *Isolamento* e *Oposição*. Embora, estratégias desta família tenham sido pouco utilizadas pelas mães que compuseram esta amostra, todas as perguntas foram consideradas adequadas.

Com as modificações descritas, para futuros estudos sobre o enfrentamento do diagnóstico da malformação do filho ou mesmo em outras condições semelhantes, a nova versão da entrevista apresenta 24 questões distribuídas nas 12 famílias adaptativas. O protocolo consta, ainda, de duas últimas questões mais gerais, com o intuito de encerrar a entrevista e estimular a participante a se expressar mais livremente. É um momento reservado para as participantes relatarem outros sentimentos.

Por sua temática e modelo teórico adotado, este estudo trouxe contribuições no campo da Psicologia Pediátrica, considerando os recentes estudos sobre *coping* a partir da perspectiva motivacional (Garioli, 2011; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2010; Ramos, 2012). Ainda, com a avaliação do impacto emocional materno após o nascimento do bebê, e com a investigação das estratégias de enfrentamento utilizadas, é possível organizar programas de prevenção e planejar intervenções precoces, de um lado, minimizando efeitos deletérios no desenvolvimento da criança e, de outro, na promoção de saúde, maximizar a qualidade de vida materna (Cousino & Hazen, 2013).

Cabe ressaltar que estudos, principalmente de cunho longitudinal, são importantes, pois permitem avaliar o impacto que a internação e as estratégias de enfrentamento adotadas pelas mães terão ao longo do desenvolvimento do bebê diagnosticado com a AC. Futuras

pesquisas, que visam ampliar o campo de conhecimento acerca dos níveis de estresse, ansiedade, depressão e as estratégias de enfrentamento utilizadas por pais de crianças diagnosticadas com doenças crônicas possibilitarão maior compreensão sobre a relação existente entre estas variáveis. Ainda hoje há grande escassez de estudos que envolvem as variáveis *coping* e estresse, sendo necessário, ampliação da temática para que haja possibilidade de análises mais conclusivas (Cousino & Hazen, 2013). A TMC, por ser muito recente, possui poucos estudos empíricos, o que dificulta associações, tornando a análise dos resultados mais limitados, nesse sentido, além da expansão do estudo entre as variáveis acima citadas, se faz importante novas pesquisas que utilizem este referencial teórico.

O universo paterno no tocante ao diagnóstico e enfrentamento da condição e hospitalização do bebê é outro aspecto que deve ser mais explorado em futuras pesquisas. Como ocorreu anteriormente, este estudo se limitou em investigar o enfrentamento materno, assim como é mais comum nos estudos da área. Em geral, no contexto hospitalar, são as mães que estão na condição de acompanhante do bebê e se apresentam como cuidadoras primárias (Ramos, 2012), o que dificultou, neste estudo, compor uma amostra conjunta com pais e mães. Todos os pais trabalhavam fora e só algumas mães tinham emprego e, mesmo estas, se encontravam em licença maternidade, por tal motivo, este trabalho ficou restrito à população materna.

Foi possível identificar a necessidade de grupos de intervenção com esta amostra especificamente, uma vez que níveis de estresse, ansiedade e depressão foram elevados, e, apesar de as mães utilizarem estratégias mais adaptativas em longo prazo, o impacto emocional diante de diagnóstico de AC e da hospitalização do filho é evidente. Dessa forma, o planejamento de intervenções direcionadas possibilitariam trocas de experiências entre as mães, o que também auxiliaria no enfrentamento da situação.

5. CONCLUSÃO

1. Como indicado na literatura, o baixo nível de escolaridade materno e o baixo nível socioeconômico familiar, identificados na amostra, se constituem em fatores de risco para o desenvolvimento infantil, em contrapartida, o uso de estratégias como *Autoconfiança* e *Busca de Suporte*, associado às expectativas positivas sobre o filho se apresentam como importantes fatores protetivos do desenvolvimento, fortalecendo o vínculo entre a díade.
2. Os pais se constituíram em importante fonte de apoio emocional e instrumental, auxiliando as mães a lidar com o diagnóstico de AC e hospitalização do bebê na UTIN.
3. Diante do diagnóstico de malformação as mães relataram reações de choque, medo e culpa, havendo a necessidade de intervenções que visem minimizar o impacto negativo da comunicação.
3. A maioria da amostra avaliou positivamente a forma como a notícia do diagnóstico de AC foi proferida pelo profissional de saúde, contudo, a necessidade de maior explicação sobre a condição do RN, a falta de tranquilidade por parte do médico, além da ausência dos pais no momento da notícia foram aspectos apontados como as principais limitações da comunicação.
4. A maioria das participantes também apresentou estresse, principalmente na fase de resistência, com predominância de estresse psicológico; e cerca de metade da amostra níveis clínicos de ansiedade e depressão.
5. A amostra utilizou com maior frequência estratégias adaptativas positivas, especialmente as famílias *Autoconfiança* e *Busca de Suporte*.
7. Foram identificadas as seguintes associações: o fato de a mãe ser primípara e nível de ansiedade; grau de escolaridade materno e nível de depressão; uso das famílias *Oposição* e *Submissão* e elevados níveis de depressão; nível de ansiedade e uso da família *Oposição*; e, por fim, nível de estresse e uso da família *Submissão*.

8. As variáveis *tempo de interação do bebê* e *uso de famílias adaptativas positivas*, mais especificamente, *Negociação*, apresentaram correlação significativa.

REFERÊNCIAS

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. & Teasdale, J. D. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- Alberto, M. V., Galdos, A. R., Miglino, A. & Santos, J. (2010). Anencefalia: Causas de uma malformação congênita. *Revista de Neurociências*, 18(2), 244-248.
- Aldwin, C. (2007). *Stress, coping and development: an interactive perspective* (2 ed.). New York: The Guilford Press.
- Andrade, L. H. S. G. & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 285-290.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglia, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos em Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Antunes, M. C. & Patrocínio, C. (2007). A malformação do bebê. Vivências psicológicas do casal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 239-252.
- Aquino, J. M. (2005). Estressores no trabalho das enfermeiras em centro cirúrgico: consequências pessoais e profissionais. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Asplin, N., Wessel, H., Marions, L. & Öhman, S. G. (2012) Pregnant women’s experiences, needs, and preferences regarding information about malformations detected by ultrasound scan. *Sexual & Reproductive Healthcare*, (in press), 1-6
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2011). Acesso em 15 de agosto de 2011, disponível em ABEP: <http://www.abep.org>
- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais. (s/d). *Programa Comunitário Momento da Notícia*.

- Barakat, L. P., Patterson, C. A., Weinberger, B. S., Simon, K., Gonzalez, E. R. & Dampier, C. (2007). A Prospective Study of the Role of Coping and Family Functioning in Health Outcomes for Adolescents With Sickle Cell Disease. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 29(11), 752-760.
- Barbosa, A. J. G., & Oliveira, L. D. (2008). Estresse e Enfrentamento em Pais de Pessoas com Necessidades Especiais. *Psicologia em Pesquisa*, 2(02), 36-50.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, S. M. M. (2007). Parentalidade “prematura”: Um estudo sob a ótica da Teoria das Representações Sociais. *Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES*.
- Bazon, F. V., Campanelli, E. A. & Blascovi-Assis, S. (2004). A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. *Psicologia: Teoria e Prática*, 6(2), 89-99.
- Beers, J. C. (2012). Teacher Stress and Coping: Does the Process Differ According to Years of Teaching Experience? *Dissertação de Mestrado submetido ao Programa de Psicologia na Portland State University*.
- Belsky, J. (2010). Desenvolvimento pré-natal, gravidez e nascimento. In: J. Belsky, *Desenvolvimento humano: experienciando o ciclo da vida* (pp. 63-97). Porto Alegre: Artmed.
- Benute, G. R. G, Nomura, R. M. Y., Lucia, M. C. S. & Zugaib, M. (2006). Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(1), 10-17.
- Bernardo, M. A. R. (2012). Vinculação e estratégias de *coping* em mães de crianças prematuras. *Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal*.

- Biaggio, A. M. (2000). A ansiedade do dia-a-dia. In: M. E. Lipp, *O Stress está dentro de você* (pp. 51-60). São Paulo: Contexto.
- Biesecker, B. & Erby, L. (2008). Adaptation to living with genetic condition or risk: Mini-review. *NIH Public Access*, 401-407.
- Blount, L. R., Simons, L. E., Devine, K. A., Jaaniste, T., Cohen, L. L., Chambers, C. T., et al. (2008). Evidence-based Assessment of *Coping* and Stress in Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 1021-1045.
- Blum, R. W. (1997). Risco e resiliência: sumário para o desenvolvimento de um programa. *Adolescencia Latinoamericana*, 1(1), 16-19.
- Borcsik, S. P. L. (2006). Avaliação da ansiedade e do enfrentamento em de executivos em situação de desemprego. *Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo, SP.*
- Brasil, K. T., Alves, P. B., Amparo, D. M. & Frajorge, K. C. (2006). Fatores de risco na adolescência: Discutindo dados do DF. *Paidéia*, 16 (35), 377-384.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Development Psychology*, 22(6), 723-743.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados*. (M. V. Veronese, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. (A. Carvalho-Barreto, & S. H. Koller, Trads.) Porto Alegre: Artmed.
- Bronfenbrenner, U. & Ceci, S. J. (1994). Nature-Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A Biological Model. *Psychological Review*, 101(4), 568-586.

- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (2006). The Bioecological Model of Human Developmental. In: W. Damon, & R. M. Lerner, *Handbook of Child Psychology* (6 ed., Vol. 1, pp. 793-828). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Brosig, C. L., Whitstone, B. N., Frommelt, M. A., Frisbee, S. J. & Leuthner, S. R. (2007). Psychological distress in parents of children with severe congenital heart disease: the impact of prenatal versus postnatal diagnosis. *Journal of Perinatology*, 27, 687-692.
- Browne, J. V. & Talmi, A. (2005). Family-Based Intervention to Enhance Infant-Parent Relationships in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(8), 667-677.
- 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.
- Calvetti, P. Ü., Muller, M. C. & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva: Perspectivas e Desafios. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(4), 706-717.
- Campos, L. F. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia*. Campinas, São Paulo: Alínea.
- Carnier, L. E., Rodrigues, O. M. P. R. & Padovani, F. H. P. (2012). Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica. *Estudos de Psicologia*, 29(3), 315-325.
- 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.
- Cecconello, A. M. (2003). Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco. *Tese de Doutorado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS.*

- Chang, H., Olson, S. L., Sameroff, A. J. & Sexton, H. R. (2011). Child Effortful Control as a Mediator of Parenting Practices on Externalizing Behavior: Evidence for a Sex-Differentiated Pathway across the Transition from Preschool to School. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 71- 81.
- Compas, B. E. (2009). *Coping*, regulation, and development during childhood and adolescence, In E. A. Skinner & M. J. Zimmer-Gembeck (Eds), *Coping and the development of regulation. New directions for Child and Adolescent Development*, (pp. 87-99). San Francisco: Jossey-Bass.
- 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.
- Correia, L. L. & Linhares, M. B. M. (2007). Ansiedade materno nos períodos pré e pós-natal: Revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 175-182.
- Couceiro, A. G. D. (2008). Avaliação das estratégias de *coping* nas crianças e adolescentes: Questões desenvolvimentistas. *Mestrado Integrado em Psicologia, Psicologia Clínica e da Saúde. Núcleo de Psicoterapia Cognitivo Comportamental e Integrativa. Portugal*.
- Cousino, M. K. & Hazen, R. A. (2013). Parenting Stress among Caregivers of Children with Chronic Illness: A Systematic Review. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(7), 1-20.
- Cowan, P. A. & Cowan, C. P. (2006). Developmental Psychopathology from Family Systems and Family Risk Factors Perspectives: Implications for Family Research, Practice and Policy. In: D. Cicchetti & D. J. Cohen. *Developmental Psychopathology* (Ed. 1, Vol. 1) (530-587). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de Pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto*. (3 ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Cruz, A. R. M, Oliveira, M. M. C., Cardoso, M. V. L. M. L., Lúcio, I. M. L. (2010). Sentimentos e expectativas da mãe com o filho prematuro em ventilação mecânica. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]*, 12(1), 133-139. Acesso em vinte e sete de maio de dois mil e treze: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a16.htm>.
- Cummings, M. & Kouros, C. D. (2009) Maternal Depression and its Relation to Children's Development and Adjustment. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Acesso em 26 de fevereiro de 2013. Disponível em: <http://www.child-encyclopedia.com/en-ca/home.html>
- Cunha, A. C. B., Enumo, S. R. F. & Canal, C. P. P. (2006). Operacionalização de escala para análise de padrão de mediação materna: um estudo com díades mãe-criança com deficiência visual. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 12(3), 393-412.
- Cunha, A. C. & Pereira, K. M. (Dezembro de 2004). "Porque meu bebê não é normal?" Breve análise da relação entre desenvolvimento infantil e interação mãe-criança com necessidades educativas especiais. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, VIII, 447-458.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dell'Aglio, D., Koller, S. H. & Yunes, M. (2006). *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (1), 7-14.
- Drotar, D., Baskiewicz, A., Irvin, N., Kennell, J. & Klaus, M. (1975). The Adaptation of Parents to the Birth of an Infant With a Congenital Malformation: A Hypothetical Model. *Pediatrics*, 56(5), 710-717.

- Elgar, F. J., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., Stewart S. H. & Curtis, L. J. (2004) Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 24(2004), 441-459.
- Escobar, A. M. U., Ogawa, A. R., Hiratsuka, M., Kawashita, M. Y., Teruya, P. Y., Grisi, S. & Tomikawa, S. O. (2002). Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2(3), 253-261.
- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2006). Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(3), 171-178.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença. *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, M. C. T., & Marturano, E. M. (2002). Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 35-44.
- Fleck, M. P. A., Lafer, B., Sougey, E. B., Porto, J. A. D., Brasil, M. A. & Juruena, M. F. (2003) Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 114-122.
- Fonseca, A., Nazaré, B. & Canavarro M. C. (2012). Parental psychological distress and quality of life after a prenatal or postnatal diagnosis of congenital anomaly: A controlled comparison study with parents of healthy infants. *Disability and Health Journal*, 5(2), 67-74.

- Fonseca, V. & Cunha, A. C. (2003). *Teoria da Experiência de Aprendizagem Mediatizada e Interação Familiar: Prevenção das Perturbações de Desenvolvimento e de Aprendizagem*. Cruz Quebrada, Portugal: Faculdade de Motricidade Humana.
- Formiga, C. K. M. R. (2003). Programa de intervenção com bebês pré-termo e suas famílias: avaliação e subsídios para prevenção de deficiências. *Dissertação de Mestrado submetido ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, SP*.
- Forrest, L. E., Delatycki, M. B., Skene, L., & Aitken, M. (2007). Communicating genetic information in families - a review of guidelines and position papers. *European Journal of Human Genetics* , 612-618.
- Franco, F. C. P. (2009). Assistência pré-natal na meningomielocoele, onfalocele e gastrosquise utilizando imagens fotográficas: compreensão da malformação, ansiedade materna e apego mãe-filho. *Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia, da Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, SP*.
- Frizzo, G. B. & Piccinini, C. (2005). Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 10(1), 57-55.
- Garioli, D. S. (2011). O impacto da dor nas funções executivas e sua relação com as estratégias de enfrentamento em crianças com anemia falciforme. *Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES, 180 p .*
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa?* São Paulo: Atlas.
- Gobatto, C. A., & Araujo, T. C. C. F. (2010). *Coping* religioso-espiritual: reflexões e perspectiva para a atuação do psicólogo em oncologia. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(1), 52-63.

- Gomes, A. G., Piccinini, C. & Prado, L. (2009). Psicoterapia pais-bebê no contexto de malformação do bebê: repercussões no olhar da mãe acerca do desenvolvimento do bebê. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(2), 95-104.
- Gonçales, C. A. V. & Machado, A. L. (2007). Depressão, o mal do século: De que século? *Revista Enfermagem UERJ*, 15(2), 298-304.
- Goodman, S. H. & Gotlib, I. H. (1999). Risk for Psychopathology in the Children of Depressed Mothers: A Developmental Model for Understanding Mechanisms of Transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458-490.
- Governo do Estado do Espírito Santo. (15 de agosto de 2011). *Notícias*. Acesso em 25 de setembro de 2011, disponível em Portal do Governo do Estado do Espírito Santo: <http://www.es.gov.br/site/noticias/show.aspx?noticiaId=99723376>
- Grassi-Oliveira, R., Daruy-Filho, L. & Brietzke, E. (2008). *Coping* como função executiva. *Psico*, 39 (3), 275-281.
- Grillo, E. & Silva, R. J. M. (2003). Defeitos do tubo neural e hidrocefalia congênita. Por que conhecer suas prevalências? *Jornal de Pediatria*, 79(2), 105-106.
- Gross, H. E., Shaw, D. S., Moilanen, K. L., Dishion, T. J. & Wilson, M. N. (2008). Reciprocal models of child behavior and depressive symptoms in mothers and fathers in a sample of children at risk for early conducts problems. *Journal of Family Psychology*, 22(5), 742-751.
- Guimarães, F. H. C. (2010). Relações entre estratégias de enfrentamento e aleitamento materno de prematuros. *Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Petrolina, ES.*
- Hooper, S. R., Burchinal, M. R., Roberts, J. E., Zeisel, S., & Neebe, E. C. (1998). Social and family risk factors for infant development at one year: an application of the cumulative risk model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 19(1), 85-96.

- Horovitz, D. D., Llerena-Junior, J. C. & Mattos, R. A. (2005). Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 1055-1064.
- Jaffee, S. R., Moffitt, T. E., Caspi, A. & Taylor, A. (2003). Life with (or without) father: The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Development*, 74(1), 109-126.
- Kaipper, M. B., (2008). *Avaliação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) Através da Análise de Rash*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Klein, V. C. & Linhares, M. B. M. (2007). Temperamento, comportamento e experiência dolorosa na trajetória de desenvolvimento da criança. *Paidéia*, 17(36), 33-44.
- Kohlsdorf, M. & Seidl, E. M. F. (2011). Comunicação medico-cuidador-paciente em onco-hematologia pediátrica: Perspectivas e desafios. *Psicologia Argumento*, 66(29), 373-381.
- Kruel, C. S. & Lopes, R. C. S. (2012). Transição para a parentalidade no contexto de cardiopatia congênita do bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 35-43.
- Lalor, J. G., Begley, C. M. & Galavan, E. (2008). A grounded theory study of information preference and coping styles following antenatal diagnosis of foetal abnormality. *Journal of Advanced Nursing*, 64(2), 185-194.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.
- 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. *Tese de doutorado submetido ao Programa de Filosofia e Psicologia Clínica da Griffith University*.
- Lidz, C. S. (2003). Families, Holmes, and Cultural Contexts. In: C. S. Lidz. *Early childhood assessment* (pp.54-79). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Lima, R. M. C. S. & Enumo, S. R. F. (2001). Encaminhamento Genético e Seus Estressores Segundo Pais de Crianças com Suspeita de Fibrose Cística. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3(1), 41-55.
- Linhares, M. B. M., Martins, I. M. B. & Klein, V. C. (2004). Mediação materna como processo de promoção e proteção do desenvolvimento da criança nascida prematura. In: E. Marturano, M. B. M. Linhares, S. R. Loureiro (Org.). *Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, Fapesp, 39-74.
- Lipp, M. N. (2000a). O que eu tenho é estresse? De onde ele vem? In: M. N. Lipp, *O estresse está dentro de você* (2 ed., pp. 9-18). São Paulo: Contexto.
- Lipp, M. N. (2000b). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2003). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teorias e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Maciel, E. L. N., Gonçalves, E. P., Alvarenga, V. A., Polone, C. T. & Ramos, M. C. (2006). Perfil epidemiológico das malformações congênitas no município de Vitória-ES. *Cadernos Saúde Coletiva*, 14(3), 507-518.
- Maria-Meneguel, M. R. S. & Linhares, M. B. M. (2007). Fatores de risco para problema de desenvolvimento infantil. *Revista Latino-Americano de Enfermagem*, 15(número especial), 1-6.

- Martins, S. W., Dias, F. S., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. (2013). Pain assessment and control by nurses of a neonatal intensive care unit. *Revista Dor, 14*(1), 21-26.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience process in development. *American Psychologist, 56*(3), 227-238.
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: framework for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology, 23*, 493-506.
- Meltzoff, J. (2001). *Critical thinking about research: psychology and related fields*. Washington: American Psychological Association.
- Mendes, A. V., Loureiro, S. R. & Crippa, J. A. S. (2008). Depressão materna e saúde mental de escolares. *Revista de Psiquiatria Clínica, 35*(5), 178-186.
- Merks, J. H., Karnebeek, C. D., Caron, H. N. & Hennekam, R. C. (2003). Phenotypic Abnormalities: Terminology and Classification. *American Journal of Medical Genetics, 211-230*.
- Metalsky, G. I., Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., Semmel, A., & Peterson, C. (1982). Attributional Styles and Life Events in the Classroom: Vulnerability and Invulnerability to Depressive Mood Reactions. *Journal of Personality and Social Psychology, 43*(3), 612-617.
- Mezzomo, C. L. S, Garcias, G. L., Sclowitz, M. L., Sclowitz, I. T., Brum, C. B., Fontana, T. & Unfried, R. I. (2007). Prevenção de defeitos do tubo neural: prevalência de uso de suplementação de ácido fólico e fatores associados em gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública, 23*(11), 2716-2726.
- Ministério da Saúde (1996). *Conselho Nacional de Saúde: Resoluções*. Acesso em 12 de Dezembro de 2011, disponível em Conselho Nacional de Saúde: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm

- Ministério da Saúde (2000). *Manual do PNHAH*. Brasília. Acesso em 26 de fevereiro de 2012, disponível em PORTAL DA SAÚDE: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342
- Ministério da Saúde (2002). *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília. Acesso em 24 de julho de 2013, disponível em: http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf1.pdf
- Ministério da Saúde (2010). *Cadernos de informação da saúde*. Acesso em 22 de março de 2012, disponível em DATASUS: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>
- Ministério da Saúde. (2011). *Cadernos HumanizaSUS: Atenção hospitalar* (vol. 3). Acesso em 24 de julho de 2013, disponível em PORTAL DA SAÚDE: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf
- Ministério da Saúde. (2012). *Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde*. Acesso em 11 de janeiro de 2012, disponível em DATASUS: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Clientela.asp?VEstado=32&VMun=00
- Moraes, E. O. & Enumo, S. R. F. (2008). Estratégia de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *Psico-USF*, 13(2), 221-231.
- Moraes, I. G. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L., Sousa, P. L. R. & Faria, A. D. (2006). Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40(1), 65-70.
- Morais, N. A. & Koller, S. H. (2004). Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano, Psicologia Positiva e Resiliência: Ênfase na Saúde. In: S. H. Koller, *Ecologia do Desenvolvimento Humano* (pp. 91-107). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Motta, A. B. & Enumo, S. R. F. (2010). Intervenção lúdica para o enfrentamento da hospitalização de crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 445-454.
- Narvaz, M. G. & Koller, S. (2004). O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In: S. Koller, *Ecologia do desenvolvimento humano* (pp. 51-65). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, L. S., Couceiro, L. S. & Rocha, R. S. B. (2006). Fisioterapia no desenvolvimento neuropsicomotor da Síndrome 18 Q-: Estudo de um caso. *Fisioterapia em Movimento*, 19(4), 63-71.
- Olson, S. L. & Lunkenheimer, E. S. (2009). Expanding concepts of self-regulation to social relationships: transactional process in the development of early behavioral adjustment. In: A. Sameroff, *The transactional model of development: how children and contexts shape each other* (pp. 55-76). Washington: American Psychological Association.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (10 ed.). São Paulo: Edusp.
- Overton, W. F. (2006). Developmental Psychology: Philosophy, concepts, methodology. In: R. M. Lerner & W. Damon, *Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development* (6^a Eds). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Padovani, F. P., Linhares, M. M., Carvalho, A. V., Duarte, G., & Martinez, F. E. (2004). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *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.

- Pargament, K. I. (2011). Religion and Coping: The current state of knowledge. In: S. Folkman. *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* (1 eds) (pp. 269-288). New York: Oxford University Press.
- Paula, K. M., Cunha, A. C., Nunes, L. R., Glat, R., Ferreira, J. R. et al. (2003). Relações Familiares do Portador de Necessidades Especiais e Outras Condições de Risco de Desenvolvimento: Estado da Arte. In: S. R. Enumo, S. S. Queiroz, & A. Garcia, *Desenvolvimento humano e aprendizagem: algumas análises e pesquisas* (pp. 79-101). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Perosa, G. B., Canavez, I. C., Silveira, F. P., Padovani, F. P. & Peracoli, J. (2009). Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(9), 433-439.
- Perosa, G. B. & Ranzani, P. M. (2008). Capacitação dos médicos para comunicar más notícias à criança. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(4), 468-473.
- Perosa, G. B., Silveira, F. P. & Canavez, I. (2008). Ansiedade e Depressão em Mães de Recém-nascidos com Malformações Visíveis. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(1), 29-36.
- Pessotti, I. (1978). Processos Cognitivos na ansiedade. In: I. Pessotti, *Ansiedade* (pp. 75-95). São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária (EPU).
- Petean, E. B. L. & Pina-Neto, J. M. (1998). Investigações em Aconselhamento Genético: Impacto da primeira notícia – a reação dos pais a deficiência. *Medicina*, 31, 288-295.
- Pinto, I. D., Padovani, F. H. P., & Linhares, M. B. M. (2009). Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 75-83.
- Poletto, M. & Koller, S. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416.

- Polonia, A. C., Dessen, M. & Silva, N. P. (2005). O modelo bioecológico de Bronfenbrenner: contribuições para o desenvolvimento humano. In: M. Dessen, & A. Costa-Júnior, *A ciência do desenvolvimento humano: tendências e perspectivas futuras* (pp. 71-89). Porto Alegre: Artmed.
- Portal da Saúde SUS (2012). *Política Nacional de Humanização*. Acesso em 15 de Abril de 2012, disponível em Portal da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342
- Prati, L. E., Couto, M. C. P. P., Moura, A., Poletto, M. & Koller, S. H. (2008). Revisando a Inserção Ecológica: Uma Proposta de Sistematização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 160-169.
- Preto, V. A. & Pedrão, L. J. (2009). O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, 43(4), 841-848.
- Ramos, F. P. (2009). Grupo de Mães na UTIN: Promoção de Estratégia de Enfrentamento Maternas. *Projeto de pesquisa aprovado em Exame de Qualificação de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES.*
- Ramos, F. P. (2012). Grupo de Mães na UTIN: Promoção de Estratégia de Enfrentamento Maternas. *Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES.*
- Ramos, T. C., Hoffmann, V. M. & 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*, 418-425.
- Rede HumanizaSUS (2012). *Rede de colaboração para humanização da gestão e da atenção no SUS*. Acesso em 15 de Abril de 2012, disponível em REDE HUMANIZASUS: <http://www.redehumanizasus.net/rede-hs>

- Reis, L. L. A. S. (2010). Perfil Epidemiológico das Malformações Congênicas no Município de Cáceres-Mato Grosso no Período de 2004 a 2009. *Dissertação não publicada, apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Ciências da Saúde à Universidade de Brasília, DF.*
- Ribas-Junior, R. C., Moura, M. L. S. & Bornstein, M. H. (2007). Cognições maternas acerca da maternidade do desenvolvimento humano: Uma contribuição ao estudo da psicologia parental. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17(1), 104-113.
- Rodrigues, O. M. P. R. & Schiavo, R. A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(9), 252-257.
- Roseiro, C. P. (2010). O cuidado ao recém-nascido em UTIN: Concepções e práticas de humanização. *Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES.*
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy* (21), 119-144.
- Sameroff, A. J. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81(1), 6-22.
- Sameroff, A. J. & Mackenzie, M. J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and Psychopathology*, 15, 613-640.
- Sameroff, A. J. & Seifer, R. (1983). Familial Risk and Child Competence. *Child Development*, 54 (5), 1254-1268.

- Sameroff, A. J., Seifer, R., Barocas, R., Zax, M., & Greenspan, S. (1987). Intelligence Quotient Scores of 4-Year-Old Children: Social-Environmental Risks Factors. *Pediatrics*, 79(3), 343-350.
- Santos, L. M. P. & Pereira, M. Z. (2007). Efeito da fortificação com ácido fólico na redução dos defeitos do tubo neural. *Caderno de Saúde Pública*, 23(1), 17-24.
- Santos, R. S. & Dias, I. M. (2005). Refletindo sobre a malformação congênita. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 592-596.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, Proteção e Resiliência no Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Sardá Jr, J. J., Legal, E. J. & Jablonski Jr, S. J. (2004). *Estresse: conceitos, métodos, medidas e possibilidades* (1 ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Schmidt, C. (2004). Estresse, auto-eficácia e o contexto de adaptação familiar de mães de portadores de transtornos globais do desenvolvimento. *Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS*.
- Schmidt, C., Dell'Aglio, D. D., & Bosa, C. A. (2007). Estratégias de *coping* de mães de portadores de autismo: lidando com dificuldades e com a emoção. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 124-131.
- Seidl, E. M., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégia de enfrentamento. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 225-234.
- Seidl-de-Moura, M. L., Oliva, A. D. & Vieira, M. L. (2009). Human Development in an Evolutionary Perspective. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(2), 252-562.
- Selye, H. (1965). *Stress: a tensão da vida*. (Trad. F. Branco) (2 ed). São Paulo: Ibrasa.
- Shaffer, D. R. & Kipp, K. (2010). Introduction to Developmental Psychology and Its Research Strategies. In: D. R. Shaffer & K. Kipp. (8 Eds) *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence* (pp.1-39). Belmont, CA: Cengage Learning

- Skinner, E. A. (1999). Action regulation, *coping*, and development. In J. Brandtstandter & R. M. Lerner (Eds). *Action and self-development: Theory and research through the lifespan* (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., *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (2 ed., pp. 245-250). Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Skinner, E. A. & Wellborn, J. G. (1994). *Coping* during childhood and adolescence: A motivational perspective. In: D. Featherman, R. M. Lerner, & M. Perlmutter, *Life-span development and behavior* (pp. 91-133). Hillsdale: Erlbaum.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H. (2003). Search for the Structure of *Coping*: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of *Coping*. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Snyder, T. (2011). Parent and Teacher Influences on Children's Academic Motivation. *Tese de doutorado submetida ao Programa de Filosofia de Portland State University*.
- Spers, V. R. E., Penachim, E. A. S. & Garbellini, D. (2011). *Mielomeningocele: o dia a dia, a visão dos especialistas e o que esperar do futuro*. Piracicaba: Unigráfica.
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and Research on Anxiety. In: Charles D. Spielberger. *Anxiety and Behavior* (3-20). New York: Academic Press.
- Suit, D. & Pereira, M. E. (2008). Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com HIV. *Psicologia USP*, 19(3), 317-340.
- Teng, C. T., Humes, E. C. & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.
- Vandekieft, G. K. (2001). Breacking Bad News. *American Family Physician*, 1975-1978.

- Vasconcelos, L. (2009). Impacto da malformação fetal: enfrentamento e indicadores afetivos da gestante. *Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo.*
- Vasconcelos, L. & Petean, E. L. (2009). O Impacto da Malformação Fetal: Indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento em gestantes. *Psicologia, Saúde & Doenças, 10(1)*, 69-82.
- Verdoux, H., Sutter, A. L., Glatigny-Dallay, E., & Minisini, A. (2002) Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta Psychiatr Scand, 106*: 212–219
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia Positiva e Resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo, 8(Especial)*, 75-84.
- Zarante, I., Franco, L., López, C. & Fernández, N. (2010). Frecuencia de malformaciones congénitas: evaluación y pronóstico de 52.744 en tres ciudades colombianas. *Biomédica: Revista del Instituto Nacional de Salud, 30(1)*, 65-71.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2009). *Coping*, developmental influences. In: H. Reis, & S. Sprecher, *Encyclopedia of human relationships*. Newbury Park: Sage.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E, A. (2011). Review: The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development, 35(1)*, 1-17.
- Zimmerman, M. A. & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: implications for school and policy. *Social Policy Report, 8(4)*, 1-20.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Tabela A1. *Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (agrupadas conforme descrito no CID-10) (OMS, 2008)*

| Lista de Anomalias Congênicas | |
|---|---|
| Q00-Q07 Malformações congênicas do sistema nervoso | Q00 Anencefalia e malformações similares |
| | Q01 Encefalocele |
| | Q02 Microcefalia |
| | Q03 Hidrocefalia congênita |
| | Q04 Outras malformações congênicas do cérebro |
| | Q05 Espinha bífida |
| | Q06 Outras malformações congênicas da medula espinhal |
| Q10-Q18 Malformações congênicas do olho, do ouvido, da face e do pescoço | Q07 Outras malformações congênicas do sistema nervoso |
| | Q10 Malformações congênicas das pálpebras, do aparelho lacrimal e da órbita |
| | Q11 Anoftalmia, microftalmia e macroftalmia |
| | Q12 Malformações congênicas do cristalino |
| | Q13 Malformações congênicas da câmara anterior do olho |
| | Q14 Malformações congênicas da câmara posterior do olho |
| | Q15 Outras malformações congênicas do olho |
| | Q16 Malformações congênicas do ouvido causando comprometimento da audição |
| | Q17 Outras malformações congênicas da orelha |
| | Q18 Outras malformações congênicas da face e do pescoço |
| | Q20-Q28 Malformações congênicas do aparelho circulatório |
| Q21 Malformações congênicas dos septos cardíacos | |
| Q22 Malformações congênicas das valvas pulmonar e tricúspide | |
| Q23 Malformações congênicas das valvas aórtica e mitral | |
| Q24 Outras malformações congênicas do coração | |
| Q25 Malformações congênicas das grandes artérias | |
| Q26 Malformações congênicas das grandes veias | |
| Q27 Outras malformações congênicas do sistema vascular periférico | |
| Q28 Outras malformações congênicas do aparelho circulatório | |
| Q30-Q34 Malformações congênicas do aparelho respiratório | |
| | Q31 Malformações congênicas da laringe |
| | Q32 Malformações congênicas da traquéia e dos brônquios |
| | Q33 Malformações congênicas do pulmão |
| | Q34 Outras malformações congênicas do aparelho respiratório |
| Q35-Q37 Fenda labial e fenda palatina | Q35 Fenda palatina |
| | Q36 Fenda labial |

Tabela A1. *Malformações congênicas... (continuação)*

| Lista de Anomalias Congênicas | |
|--|--|
| Q38-Q45 Outras malformações congênicas do aparelho digestivo | Q37 Fenda labial com fenda palatina Q38 Outras malformações congênicas da língua, da boca e da faringe Q39 Malformações congênicas do esôfago Q40 Outras malformações congênicas do trato digestivo superior Q41 Ausência, atresia e estenose congênita do intestino delgado Q42 Ausência, atresia e estenose congênita do cólon Q43 Outras malformações congênicas do intestino Q44 Malformações congênicas da vesícula biliar, das vias biliares e do fígado Q45 Outras malformações congênicas do aparelho digestivo |
| Q50-Q56 Malformações congênicas dos órgãos genitais | Q50 Malformações congênicas dos ovários, das trompas de Falópio e dos ligamentos largos Q51 Malformações congênicas do útero e do colo do útero Q52 Outras malformações congênicas dos órgãos genitais femininos Q53 Testículo não descido Q54 Hipospádias Q55 Outras malformações congênicas dos órgãos genitais masculinos Q56 Sexo indeterminado e pseudo-hermafroditismo |
| Q60-Q64 Malformações congênicas do aparelho urinário | Q60 Agenesia renal e outros defeitos de redução do rim Q61 Doenças císticas do rim Q62 Anomalias congênicas obstrutivas da pelve renal e malformações congênicas do ureter Q63 Outras malformações congênicas do rim Q64 Outras malformações congênicas do aparelho urinário |
| Q65-Q79 Malformações e deformidades congênicas do sistema osteomuscular | Q65 Malformações congênicas do quadril Q66 Deformidades congênicas do pé Q67 Deformidades osteomusculares congênicas da cabeça, da face, da coluna e do tórax Q68 Outras deformidades osteomusculares congênicas Q69 Polidactilia Q70 Sindactilia Q71 Defeitos, por redução, do membro superior Q72 Defeitos, por redução, do membro inferior Q73 Defeitos por redução de membro não especificado Q75 Outras malformações congênicas dos ossos do crânio e da face Q74 Outras malformações congênicas dos membros Q76 Malformações congênicas da coluna vertebral e dos ossos do tórax Q77 Osteocondrodisplasia com anomalias de crescimento dos ossos longos e da coluna vertebral Q78 Outras osteocondrodisplasias Q79 Malformações congênicas do sistema osteomuscular não classificadas em outra parte |

Tabela A1. *Malformações congênicas... (continuação)*

| Lista de Anomalias Congênicas | | |
|---|------------|---|
| Q80-Q89 Outras malformações congênicas | | Q80 Ictiose congênita Q81 Epidermólise bolhosa Q82 Outras malformações congênicas da pele Q83 Malformações congênicas da mama Q84 Outras malformações congênicas do tegumento Q85 Facomatoses não classificadas em outra parte Q86 Síndromes com malformações congênicas devidas a causas exógenas conhecidas, não classificadas em outra parte Q87 Outras síndromes com malformações congênicas que acometem múltiplos sistemas Q89 Outras malformações congênicas não classificadas em outra parte |
| Q90-Q99 Anomalias cromossômicas classificadas em outra parte | não | Q90 Síndrome de Down Q91 Síndrome de Edwards e síndrome de Patau Q92 Outras trissomias e trissomias parciais dos autossomos, não classificadas em outra parte Q93 Monossomias e deleções dos autossomos, não classificadas em outra parte Q95 Rearranjos equilibrados e marcadores estruturais, não classificados em outra parte Q96 Síndrome de Turner Q97 Outras anomalias dos cromossomos sexuais, fenótipo feminino, não classificadas em outra parte Q98 Outras anomalias dos cromossomos sexuais, fenótipo masculino, não classificadas em outra parte Q99 Outras anomalias dos cromossomos, não classificadas em outra parte |

APÊNDICE B

Revisão de literatura de artigos sobre coping publicados no Brasil – Atualizado de Ramos (2012)

Tabela A2. Artigos em português encontrados nas bases de dados: Periódicos CAPES, SciELO e BVS-Psi, ordenados por ano e ordem alfabética do título

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|----|---|------|--|---|---|
| 1* | A contribuição da psicologia escolar na prevenção e no enfrentamento do <i>Bullying</i> | 2012 | Freire, A. N., & Aires, J. S. | <i>Psicologia Escolar e Educacional</i> , 16(1), 55-60. | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572012000100006&lng=pt&nrm=iso |
| 2* | A determinação/produção dos agravos à saúde dos trabalhadores e seu enfrentamento: uma questão estritamente técnica? | 2012 | Jackson Filho, J.M. | <i>Revista Brasileira de Saúde Ocupacional</i> 37(126): 193-194 | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000200001&lang=pt&tlng= |
| 3* | A função do educador físico no enfrentamento do fenômeno bullying no âmbito escolar | 2012 | Costa, T. P; Neto, N.T. A; Saint'clair, E.D. M; Calomeni, M.R. | <i>Perspectivas Online : Biológicas e Saúde</i> , 2(4), 28. | http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/CBS/article/viewFile/142/69 |
| 4 | A religiosidade como estratégia de enfrentamento do processo de incapacidade funcional dos idosos da cidade de Bambuí, Minas Gerais/ | 2012 | Dos Santos, W. J. | | http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/D_80.pdf |
| 5 | Análise dos planos de ação e planos de enfrentamento de obstáculos para a redução do consumo de sal entre mulheres com hipertensão arterial sistêmica | 2012 | Agondi, R.D.F; Gallani, M. C. B.J;Cornélio,M.E;Rodrigues, R.C.M. | <i>Revista Latino Americana de Enfermagem</i> ; 20(3), 486-494. | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692012000500002&lang=pt&tlng= |
| 6 | Aplicabilidade da auriculoterapia para reduzir estresse e como estratégia de <i>coping</i> em profissionais de enfermagem | 2012 | Kurebayashi, L. F. S.; Gnatta, J. R.; Borges, T. P., & Silva, M. J. P. da. | <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i> , 20(5), 980-987. | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt |
| 7 | Bem-estar no trabalho: um estudo sobre suas relações com clima social, <i>coping</i> e variáveis demográficas | 2012 | Rocha, F. S. & Porto, J. B. | <i>Revista de Administração Contemporânea</i> , 16(2), 253-270. | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552012000200006&lng=pt&nrm=iso |

Tabela A2. Artigos em português... (continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|-----|--|------|--|--|---|
| 8 | Burnout em professores: a sua relação com a personalidade, estratégias de coping e satisfação com a vida. | 2012 | David, I. C. & Quintão, S. | Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. | http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:ojs.www.actamedicaportuguesa.com:article/24 |
| 9 | Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico | 2012 | Valcanti, C. C.; Chaves, É. de C. L.; Mesquita, A. C.; Nogueira, D. A., & Carvalho, E.C. de. | <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , 46(4), 838-845. | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S080-62342012000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt |
| 10 | Coping religioso-espiritual e consumo de alcoólicos em hepatopatas do sexo masculino | 2012 | Martins, M. E.; Ribeiro, L. C.; Feital, T. J.; Baracho, R. A., & Ribeiro, M. S. | <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , 46(6), 1340-1347. | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S080-62342012000600009&lng=pt&nrm=iso |
| 11 | Enfrentamentos experienciados por homens que vivem com HIV/Aids no ambiente de trabalho. | 2012 | Freitas, J. G. de; Galvão, M. T. G.; Araujo, M. F. M.; Costa, Ê., & Lima, I. C. V. de. | <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> , 46(3), 720-726. | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S080-62342012000300026&lng=pt&nrm=iso |
| 12 | Enfrentando a violência: a percepção de profissionais da educação sobre a violação dos direitos de crianças e adolescentes | 2012 | Siqueira, A.C. & Alves, C.F.; Leão, F.E. | <i>Educação : Revista do Centro de Educação UFSM</i> , 37(2), 365. | http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reeducacao/article/view/2726/3246 |
| 13* | Estágio de neonatologia na graduação de enfermagem: enfrentamentos e desafios num contexto de mudanças | 2012 | Gesteira, E. R., & Goldenberg, P. | <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> , 65(1), 65-71. | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S034-71672012000100009&lng=pt&nrm=iso |
| 14 | Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama | 2012 | Leite, F. M.C.; Amorim, M. H. C.; Castro, D. S. de, & Primo, C. C. | <i>Acta Paulista de Enfermagem</i> , 25(2), 211-217. | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200009&lng=pt&nrm=iso |
| 15 | Estratégias de enfrentamento em professores com queixa de voz | 2012 | Zambon, F.C. | <i>Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia</i> , 17(2), 237. | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342012000200024&lng=pt&nrm=iso |
| 16 | Estratégias de enfrentamento (Coping) de filhos que tem a mãe ou o pai internado em uma | 2012 | Lima, F. de A.; Amazonas, M. C. L. de A., & Menezes, W. N. de. | <i>Diversitas: Perspectivas en Psicología, Bogotá</i> , 8(1). | http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982012000100011&lng=pt&nrm=iso |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|----|---|------|--|--|---|
| 17 | Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Identificação das competências brasileiras como subsídio no enfrentamento de algumas doenças tropicais negligenciadas | 2012 | De Magalhães, J.L.; Boechat, N.; Antunes, A.M.D.S. | <i>Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical</i> , 45(3), 415-417 | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822012000300030&lang=pt&tlng= |
| 18 | O papel da experiência religiosa no enfrentamento de aflições e problemas de saúde/ | 2012 | Mota, C.S.; Trad, L.A.B.; Villas Boas, M.J.V.B. | <i>Interface: comunicação saúde educação</i> ; 16(42), 665-675 | http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n42/v16n42a07.pdf |
| 19 | O processo de coping em funcionários de uma instituição financeira que vivenciaram uma operação de aquisição | 2012 | Rodrigues, M. L.; Sachuk, M. I. & Silva, A. L. | <i>Revista Organizações em Contexto</i> , 8(16), 1 | https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/OC/article/view/2737 |
| 20 | Os agentes sociais da rede de proteção e atendimento no enfrentamento da exploração sexual comercial | 2012 | De Fatima Pereira Alberto, M ; Serafim Da Silva, A.C ; Cavalcante Gomes, V ; Valesca Mota Santana, R ; Melo Soares, A. | <i>Psicologia: Reflexão & Crítica</i> , 25(1), 130-139. | http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA296951687&v=2.1&u=capex58&it=r&p=AONE&sw=w |
| 21 | Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher | 2012 | Gomes, N.P; Bomfim, A.N.A; Diniz, N.M.F; Souza, S.S; Couto, T.M. | <i>Revista Enfermagem UERJ</i> , 20(2): 173-178 | http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a06.pdf |
| 22 | Planos de ação e de enfrentamento de obstáculos relacionados ao comportamento de adesão à terapia medicamentosa em coronariopatas | 2012 | Lourenço, L. B. de A.; Rodrigues, R. C. M.; Spana, T. M.; Gallani, M. C. B. J., & Cornélio, M. E. | <i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i> , 20(5), 821-829. | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt |
| 23 | Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento | 2012 | Yazbek, M.C | <i>Serviço Social & Sociedade</i> (110), 288-322 | http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n110/a05n110.pdf |
| 24 | Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico- | 2012 | Kanno, N. de P.; Bellodi, P. L., & Tess, B. H. | <i>Saúde e Sociedade</i> , 21(4), 884- | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400008&lng=pt&nrm=iso |

Tabela A2. Artigos em português... (continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|----|--|------|--|---|---|
| | sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento | | | 894. | |
| 25 | Relacionamentos de amizade e coping entre jovens adultos | 2012 | DeSousa, D. A., & Cerqueira-Santos, E. | <i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i> , 28(3), 345-356. | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000300010&lng=pt&nrm=iso |
| 26 | 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 |
| 27 | 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/eann/v15n2/v15n2a14.pdf |
| 28 | 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=S080-62342011000500006&lng=pt&nrm=iso |
| 29 | Cardiopatia 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 Obstetria</i> , 33(9), 227-233 | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000900002&lng=pt&nrm=iso |
| 30 | "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 |
| 31 | 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 |
| 32 | 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 |
| 33 | 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 |
| 34 | Estratégias de enfrentamento parental | 2011 | Emerich, D. R., Sousa, C. | <i>Revista Brasileira de</i> | http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|----|--|------|--|---|---|
| | e perfil clínico e sociodemográfico de crianças e adolescentes com enurese | | R. B., & Silveiras, E. F. M. | <i>Crescimento e Desenvolvimento Humano</i> , 21(2), 240-250 | =S0104-12822011000200007&lng=pt&nrm=iso |
| 35 | 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 |
| 36 | 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 |
| 37 | 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 | http://www.scielo.br/pdf/rsp/2011nahead/2774.pdf |
| 38 | 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 |
| 39 | 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 |
| 40 | Modos de enfrentamento da morte violenta: a atuação dos servidores do departamento de criminalística do Instituto Geral de Perícias do Rio Grande do Sul | 2011 | Cavedon, N. R. | <i>Revista de Administração do Mackenzie</i> , 12(4), 75-104 | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-69712011000400004&lng=pt&nrm=iso |
| 41 | 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 |
| 42 | 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 |
| 43 | 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 |
| 44 | Paralisia cerebral: estudo sobre o | 2011 | Andrade, M. B., Vieira, S. | <i>Revista Mineira de</i> | Resumo: http://bases.bireme.br/cgi- |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|-----|--|------|---|---|---|
| | enfrentamento familiar | | S., & Dupas, G. | <i>Enfermagem</i> , 15(1), 86-96 | bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=600152&indexSearch=ID |
| 45 | 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 |
| 46 | 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 |
| 47* | 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 |
| 48 | 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 |
| 49 | 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 |
| 50* | Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil | 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 |
| 51 | 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/reensp/v44n1/a15v44n1.pdf |
| 52 | 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 |
| 53* | 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 |
| 54 | Cotidiano da família no | 2010 | Silva, M. A. S., Collet, N., | <i>Acta Paulista de</i> | http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a08.pdf |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|-----|--|------|---|---|---|
| | enfrentamento da condição crônica na infância | | Silva, K. L. & Moura, F. M. | <i>Enfermagem</i> , 23(3), 359-365 | |
| 55* | 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 |
| 56 | 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 |
| 57 | 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 |
| 58 | 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 |
| 59* | 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 |
| 60 | 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 |
| 61 | 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 |
| 62 | Estratégias de coping e sintomas de stress 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 |
| 63 | 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 |
| 64 | 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 |
| 65 | Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização | 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 |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|---------|--|------|---|--|---|
| 66 | em crianças com câncer 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 |
| 67 | 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 |
| 68 * | 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 |
| 69 | 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 |
| 70 | 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 |
| 71 | 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 |
| 72 | 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 |
| 73 * | 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 |
| 74 | 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 |
| 75 | A gerontologia como ferramenta de | 2009 | Cardim, M. F. M. | <i>Revista Kairós</i> , 4, 71-82 | http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2529/ |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|---------|---|------|---|--|---|
| * | enfrentamento da mudança do perfil populacional | | | | 1613 |
| 76 | 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 |
| 77 | 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 |
| 78 | 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 |
| 79 | 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 |
| 80 | 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 |
| 81 * | 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 |
| 82 | 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 |
| 83 | Enfrentamento, locus 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 |
| 84 | 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 |
| 85 | Estratégias de enfrentamento, | 2009 | Vivian, A. S., & Argimon, | <i>Cadernos de Saúde</i> | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01 |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|---------|---|------|---|--|---|
| | dificulddes funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados | | I. I. L. | <i>Pública</i> , 25(2), 436-444 | 02-311X2009000200022&lng=pt&nrm=iso |
| 86 | 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 |
| 87 | Eventos estressores e estratégias de coping em adolescentes: implicações na aprendizagem | 2009 | Busnelo, 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 |
| 88 | 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 |
| 89 | 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 |
| 90 | 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/reensp/v43nspe2/a09v43s2.pdf |
| 91 | 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 |
| 92 * | 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 |
| 93 | 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 |
| 94 | 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 |
| 95 | Personalidade e coping em pacientes com transtornos | 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 |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|------|--|------|--|---|---|
| 96 | alimentares e obesidade 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 |
| 97 | 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 |
| 98 | 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 |
| 99 | Vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping 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 |
| 100* | 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 |
| 101 | Adultos jovens portadores de HIV: análise dos processos subjetivos no enfrentamento da doença | 2008 | Seben, G., Gauer, G. J. C.; Gioielli, 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 |
| 102 | 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 |
| 103 | Bem-estar subjetivo emocional e coping 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 |
| 104 | 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 |
| 105 | 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 |
| 106 | Coping 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 |
| 107 | Coping e satisfação com a vida em | 2008 | Resende, M. C.; Silva, R. | <i>Psico</i> , 39(2) 232-239 | http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico |

Tabela A2. Artigos em português... (continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|------|---|------|---|--|--|
| | adultos com AIDS | | M., Marques, T. P., & Abreu, M. V. | | /article/viewFile/1437/3047 |
| 108 | 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 |
| 109 | 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/reeusp/v42n1/12.pdf |
| 110* | Enfrentamento de desastres naturais: o uso de um coping 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 |
| 111 | Estratégias de coping 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/reeusp/v42n1/03.pdf |
| 112 | Estratégias de coping 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 |
| 113 | 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 |
| 114 | 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 |
| 115 | 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 |
| 116 | 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 |
| 117 | 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 |
| 118 | Fatores de estresse ocupacional e | 2008 | Dela Coleta, A. S. M., & | <i>Psico USF</i> , 13(1), 59-68 | http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14 |

Tabela A2. Artigos em português... (continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|----------|---|------|--|--|---|
| 119 | coping entre policiais civis Modos de enfrentamento dos estressores de pessoas em tratamento hemodialítico: revisão integrativa da literatura | 2008 | Dela Coleta, M. F. Bertolin, D. C., Pace, A. E., Kusumota, L., & Ribeiro, R. C. H. M. | <i>Acta Paulista de Enfermagem</i> , 21(spe), 179-186. | 13-82712008000100008&lng=pt http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a08v21ns.pdf |
| 120 | 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 |
| 121 * | 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 |
| 122 | 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.ufrj.br/index.php/abp/article/view/98/163 |
| 123 | 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 |
| 124 | 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 |
| 125 | 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 |
| 126 | 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/pusp/v19n3/v19n3a04.pdf |
| 127 | A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico | 2007 | Tenani, A. C., & Pinto, M. H. | Arquivos de Ciência da Saúde, 14(2), 85-91,s.p. | http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-2/IIDD225%20PDF.pdf |
| 128 | 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 |
| 129 | Câncer infantil: percepções maternas e estratégias de | 2007 | Beltrão, M. R. L. R., Vasconcelos, M. G. L., | <i>Jornal de Pediatria</i> , 83(6), 562-566 | http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n6/v83n6a14.pdf |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|-----|--|------|---|---|---|
| | enfrentamento frente ao diagnóstico | | Pontes, C. M. & Albuquerque, M. C. | | |
| 130 | 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 |
| 131 | Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes | 2007 | Holanda, V. R., Dias, M. D. & Ferreira-Filha, M. O. | <i>Revista Eletronica de Enfermagem</i> , 9(1), 79-92 | http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a06.pdf |
| 132 | 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 |
| 133 | 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 |
| 134 | Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema | 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 |
| 135 | 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 |
| 136 | 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 |
| 137 | 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 |
| 138 | Estratégias de coping 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 |
| 139 | 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 |
| 140 | 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 |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|----------|--|------|---|--|---|
| 141 | 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 |
| 142 | Estressores e estratégias de coping 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 |
| 143 | Eventos de vida e estratégias de coping de idosos socialmente ativos | 2007 | Wathier, J. L., Wilhelm, f., Giacomoni, C. H., DellAglío, D. D. | <i>Estudos Interdisciplinres de Envelhecimento</i> , 12, 35-52 | seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/download/4978/2847 |
| 144 | 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 |
| 145 | Fisioterapia no enfrentamento de perdas em pacientes com doenças neurológicas | 2007 | Bim, C. R., Carvalho, M. D., & Pelloso, S. M. | <i>Fioseterapia em Movimento</i> , 20(3), 71-78 | Resumo: www2.pucpr.br/reol/index.php/RFM?dd1=1597&dd99=view |
| 146 | Identidades 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 |
| 147 * | 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 |
| 148 | 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)(spe). | http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.802 |
| 149 * | O Programa Saúde da Família no enfrentamento das desigualdades sociais | 2007 | Peres, E. M. | <i>Aquichan</i> , 7(1), 64-76 | http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/100/200 |
| 150 | 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 |
| 151 | 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 |
| 152 | Adolescentes trabalhadores: | 2006 | Arteche, A. X., & | <i>Interação em Psicologia</i> , | http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|------|---|------|--|--|---|
| | estratégias de coping e concepções acerca de sua situação laboral | | Bandeira, D. R. | 10(1), 31-42. | /5780/4216 |
| 153 | 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 |
| 154 | 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 |
| 155 | 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/pusf/v11n2/v11n2a06.pdf |
| 156 | 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 |
| 157* | 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 |
| 158 | Enfrentamento de pais e mães de pacientes portadores de fissura labiopalatal durante a espera da cirurgia | 2006 | Troijo, 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 |
| 159 | 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 |
| 160 | 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 |
| 161 | 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 |
| 162 | Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes que | 2006 | Santos, A. F., Santos, L. A., Melo, D. O., & Alves | <i>Interação em Psicologia</i> , 10(1), 63-73 | http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/5772/4208 |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|----------|---|------|--|---|---|
| | serão submetidos à cirurgia de colecistectomia | | Júnior, A. | | |
| 163 | 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 |
| 164 | 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/revista-psico/article/viewFile/1426/1119 |
| 165 | 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/ |
| 166 * | 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 |
| 167 | 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 |
| 168 | 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 |
| 169 | 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 |
| 170 | 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 |
| 171 * | Renunciantes de direitos? A problemática do enfrentamento público da violência contra a mulher: o caso da delegacia da mulher | 2006 | Brandão, E. R. | <i>Physis</i> , 16(2), 207-231 | http://www.scielo.br/pdf/physis/v16n2/v16n2a05.pdf |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|-----|---|------|---|--|---|
| 172 | 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 |
| 173 | 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 |
| 174 | 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 |
| 175 | Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero | 2005 | Meneghel, S. N., Barbiani, R., Brener, C., Teixeira, G., Sttefen, 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.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100018&lng=en&nrm=iso |
| 176 | Crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento | 2005 | Seidl, E. M. F., Rossi, W. S., Viana, K. F., Meneses, A. K. F. & Meireles, E. | <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 |
| 177 | Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS | 2005 | Seidl, E. M. F. | <i>Psicologia em Estudo</i> , 10(3), 421-429 | http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a09.pdf |
| 178 | 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 |
| 179 | Escala de coping 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 |
| 180 | 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 |

Tabela A2. Artigos em português... (continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|----------|--|------|---|--|---|
| 181 | 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 |
| 182 | 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 |
| 183 | Mulheres vítimas de estupro: contexto e enfrentamento dessa realidade | 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 |
| 184 | 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 |
| 185 | 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 |
| 186 | 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 |
| 187 * | 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 |
| 188 | Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil | 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 |
| 189 | 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 |
| 190 | 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 |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|-----|--|------|--|---|---|
| 191 | 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 |
| 192 | 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 |
| 193 | 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 |
| 194 | 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 |
| 195 | Afastamento para tratamento de saúde: sintoma institucional e recurso precário no enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho docente | 2003 | Goulart, J. A., Santiago A. R. F. & Drügg, Á. | <i>Revista Mal-estar e Subjetividade</i> , 3(2), 372-394 | http://redalyc.uaemex.mx/pdf/271/27130207.pdf |
| 196 | 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 |
| 197 | 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/reusp/v37n3/07.pdf |
| 198 | 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 |
| 199 | Estilos de coping na predição de bem-estar psicológico de adolescentes | 2003 | Câmara, S. G., & Castellá, J. S | <i>Aletheia</i> , 17, 83-93 | http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1150/115013455009.pdf |
| 200 | Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de coping através do lazer | 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 |
| 201 | Estratégias de enfrentamento a | 2003 | Teixeira, M. C. T. V., | <i>Revista de Enfermagem</i> | Resumo: http://bases.bireme.br/cgi- |

Tabela A2. Artigos em português... (continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|-----|--|------|--|---|--|
| | mudanças de vida em alunos de psicologia | | Furtado, R. M. G.; Poça, S. R. S.; Rossini, A. C. & Caggiano, J. O. | <i>da UERJ</i> | bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=400164&indexSearch=ID |
| 202 | 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 |
| 203 | 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 http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722003000200007 |
| 204 | Mensuração de coping no ambiente ocupacional | 2003 | Pinheiro, F. A., Tróccoli, B. T. & Tamayo, M. R. | <i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i> , 19(2), 153-158 | |
| 205 | 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 |
| 206 | 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 |
| 207 | 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 |
| 208 | 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 |
| 209 | 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 |
| 210 | Estratégias de coping de crianças | 2002 | Lisboa, C., Koller, S. H., | <i>Psicologia: Reflexão e</i> | http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n2/14358.pdf |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|----------|---|------|--|--|---|
| | vítimas e não vítimas de violência doméstica | | Ribas, F. F., Bitencourt, K., Oliveira, L., Porciuncula, L. P. & Marchi, R. B. | <i>Crítica</i> , 15(2), 345-362 | |
| 211 | Estratégias de <i>coping</i> 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 |
| 212 | 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&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=334983&indexSearch=ID |
| 213 | Estudo das qualidades psicométricas do SCSI (Schoolagers' Coping Strategies Inventory) numa população portuguesa | 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 |
| 214 | Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho | 2002 | Tamayo, M. R. & Tróccoli, B. T. | <i>Estudos em Psicologia</i> , 7(1), 37-46 | http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2002000100005 |
| 215 | 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 |
| 216 | 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&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=11170&indexSearch=ID |
| 217 | 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 |
| 218 * | 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.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000200007&lng=en&nrm=iso |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|-----|---|------|---|---|---|
| 219 | Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento | 2001 | Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L.C. | <i>Psicologia: Teoria e Pesquisa</i> , 17(3), 225-234 | http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722001000300004&script=sci_arttext |
| 220 | 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) |
| 221 | Convivendo e enfrentando situações de stress profissional | 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 |
| 222 | 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) |
| 223 | 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 |
| 224 | Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses | 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 |
| 225 | 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 |
| 226 | 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 |
| 227 | Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca | 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 |
| 228 | O enfrentamento do câncer em | 2000 | Costa Junior, A. L.; | <i>Pediatria Moderna</i> , | http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102- |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|-----|--|------|---|--|---|
| | crianças: a intervenção da Psicologia | | Coutinho, S. M. G.; & Kanitz, S. | 36(5), 350-333 | 37722010000300007&script=sci_arttext |
| 229 | 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 |
| 230 | 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 |
| 231 | 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 |
| 232 | 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 |
| 233 | 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_psike/psike-v.4-n.2.pdf |
| 234 | 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 |
| 235 | 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 |
| 236 | 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 |
| 237 | Influência do suporte social e do | 2000 | Coelho, M. & Ribeiro, J. | <i>Psicologia Saúde &</i> | http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a09.pdf |

Tabela A2. Artigos em português...(continuação)

| N | TÍTULO DO ARTIGO | ANO | NOME DOS AUTORES | NOME DA REVISTA, NÚMERO E VOLUME E PÁGINA | ENDEREÇO PARA ACESSO AO ARTIGO |
|------|---|------|---|--|---|
| | coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca | | | <i>Doenças</i> , 1(1), 79-87 | |
| 238 | 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 |
| 239 | 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 |
| 240* | 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 |
| 241 | 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 |

Nota 1. Foi realizada a atualização desta revisão de literatura para o ano de 2012.

Nota 2. Foram encontrados na busca 25 artigos, sendo que 4 foram excluídos, pois apesar de apresentarem a palavra enfrentamento/*coping* no título não abarcavam o processo de enfrentamento. Destes 25 artigos, nenhum utilizou a Teoria Motivacional o *Coping*.

APÊNDICE C

Identificação dos objetivos, tipos de variáveis e instrumentos da pesquisa

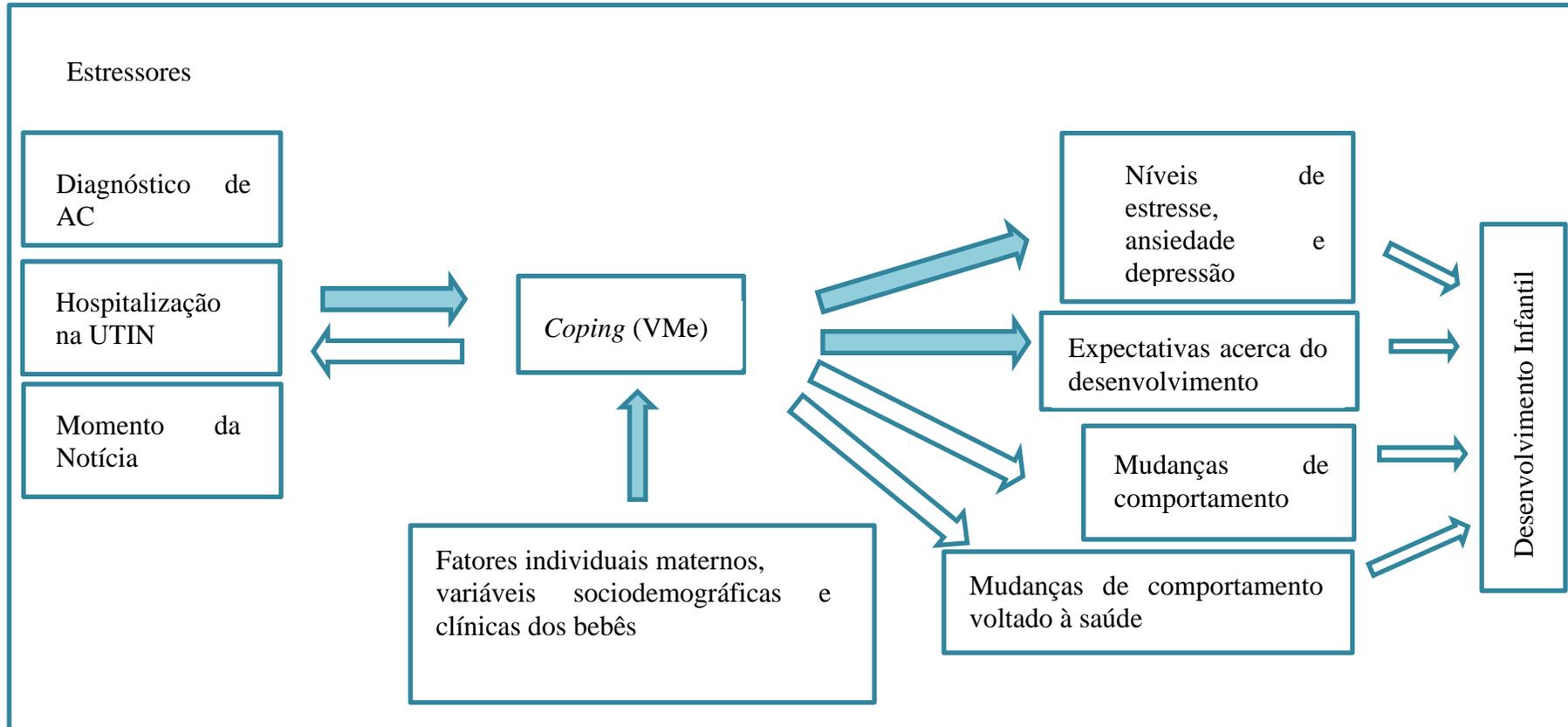
Tabela A3. Identificação dos objetivos, tipos de variáveis e instrumentos da pesquisa

| Objetivo Geral | Objetivo Específico | Variáveis | Instrumento |
|--|--|--|---|
| | Identificar níveis clínicos de estresse, ansiedade e depressão na amostra; | Níveis de estresse, ansiedade e depressão | Escalas Beck (BAI e BDI); Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL) |
| Verificar associações entre estratégias de enfrentamento (<i>coping</i>) utilizadas por mães de bebês internados em UTIN com AC, indicadores emocionais e variáveis sociodemográficas e clínicas do bebê, descrevendo a presença de fatores como o impacto do diagnóstico (momento da notícia) e as crenças maternas sobre o desenvolvimento do filho. | Descrever as percepções maternas sobre a forma de comunicação do diagnóstico de AC realizada pela equipe de saúde; | Notícia do diagnóstico | Questionário momento da notícia |
| | Descrever crenças e expectativas maternas acerca do desenvolvimento do filho após o diagnóstico; | Expectativas acerca do desenvolvimento | Entrevista |
| | Descrever as estratégias de enfrentamento do diagnóstico de AC a partir da Teoria Motivacional do Coping (TMC). | Estratégias de <i>coping</i> | Entrevista |
| | Analisar possíveis associações entre as principais variáveis do estudo. | Níveis de estresse, ansiedade e depressão e estratégias de <i>coping</i> | Escalas Beck (BAI e BDI); Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL); e entrevista |

APÊNDICE D

Relação entre variáveis

Figura A1. *Relação entre as variáveis estudadas*



VMe = Variável Mediadora. Neste trabalho serão estudadas as setas coloridas, as brancas influenciam ou são influenciadas por alguns fatores, mas não serão investigadas. Adaptado de Lima e Enumo (2001).

APÊNDICE E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



I. Dados sobre a pesquisa científica:

Título da pesquisa: O impacto do diagnóstico de Anomalia Congênita: *Coping* e indicadores emocionais maternos.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Kely Maria Pereira de Paula

Pesquisadora: Schwanny Roberta Costa Rambalducci Mofati Vicente (mestranda do PPGP/UFES, bolsista CAPES).

II. Informações sobre o projeto:

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo

Objetivo: O presente estudo busca verificar o *coping* mais frequentemente adotado por mães de bebês diagnosticados com anomalia congênita e os indicadores emocionais como estresse, ansiedade e depressão materna, considerando a influência de variáveis como o impacto do diagnóstico e as crenças maternas sobre o desenvolvimento do filho.

Síntese dos procedimentos: A pesquisa será realizada em duas etapas. Na primeira etapa será realizado o contato inicial com a mãe e aplicação dos seguintes instrumentos: 1) Questionário de Dados Sociodemográficos; 2) Questionário de Dados do Bebê; 3) Protocolo Momento da Notícia; 4) Critério de Classificação Econômica Brasil; 5) Escala de Estresse (ISSL); 6) Inventário de Ansiedade Beck (BAI); e 7) Inventário de Depressão Beck (BDI). Na segunda etapa da pesquisa será realizada entrevista semiestruturada para identificação das formas de enfrentamento (gravação de áudio) diante de eventos estressantes, bem como sobre as expectativas maternas sobre o desenvolvimento do bebê. Todos os encontros serão realizados no hospital, em sala destinada à pesquisa.

Outros esclarecimentos:

- a) os participantes terão direito a quaisquer informações a qualquer momento da pesquisa;
- b) os participantes poderão se desligar do projeto, sem prejuízo para a criança nos demais atendimentos que esteja recebendo junto ao hospital;
- c) as informações obtidas na pesquisa serão mantidas em sigilo e terão caráter confidencial e a identificação dos participantes não será exposta nas conclusões ou publicações do trabalho;
- d) a pesquisa não acarretará quaisquer prejuízos aos participantes; e
- e) quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES pelo telefone (27) 3335-2501 ou ao Comitê de Ética da UFES, Campus Goiabeiras pelo telefone 4009-2430 ou e-mail: cep.goiabeiras@gmail.com.

Estando assim de acordo, assinam o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Consentimento: *Eu, _____ RG _____, tendo recebido as devidas informações acima, e ciente de todos os procedimentos da pesquisa, podendo me desligar do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, e recebendo a garantia de que os dados serão mantidos em sigilo e de que não haverá identificação nas possíveis publicações científicas, concordo em participar do presente estudo.*

Vitória, ES, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do Participante

Profª. Dra. Kely Maria P. de Paula
Orientadora

Schwanny R. C. R. M. Vicente
Mestranda do PPGP

APÊNDICE F

Questionário de Dados Sociodemográficos (adaptado de Ramos, 2009)

1. Data de Hoje: ___/___/_____
2. Nome Completo da Mãe: _____
3. Nome Completo do Pai: _____
4. Data de Nascimento da Mãe: ___/___/_____
5. Idade da Mãe: _____
6. Data de Nascimento do Pai: ___/___/_____
7. Idade do Pai: _____
8. Telefone para Contato: _____
9. Estado Civil: _____
10. Endereço: _____

11. Bairro: _____
12. Cidade: _____
13. CEP: _____ - _____
14. Escolaridade:
 Mãe: () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Médio Incompleto
 () Ensino Fundamental Completo () Ensino Superior Incompleto
 () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Completo
 Pai: () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Médio Incompleto
 () Ensino Fundamental Completo () Ensino Superior Incompleto
 () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Completo
15. Primeira Gestação: () Sim () Não
16. Idade dos Outros Filhos: _____
17. O pai está presente nos cuidados do bebê? Como? _____

18. Você trabalha: () Sim () Não
19. Em quê: _____
20. Há quanto tempo: _____
21. Tipo de vínculo empregatício: _____
22. Carga Horária semanal de trabalho: _____ horas
23. O pai trabalha: () Sim () Não
24. Em quê: _____
25. Há quanto tempo: _____
26. Tipo de vínculo empregatício: _____
27. Carga Horária semanal de trabalho: _____ horas
28. Possui religião? _____
29. Qual: _____

APÊNDICE G**Questionário de Dados do Bebê**

1. Nome Completo do Bebê: _____
2. Data de nascimento do bebê: ___/___/_____ 3. Idade do Bebê: _____
4. Sexo: () M () F
5. Idade Gestacional: _____ 6. Número de consultas pré-natal: _____
7. Hospital que o bebê nasceu: _____
8. Peso ao nascimento: _____ gramas
9. Tipo de parto: () Normal () Cesáreo
10. A gravidez foi planejada: () Sim () Não
11. Qual o diagnóstico/hipótese diagnóstica? _____

12. Faz uso de alguma medicação? () Sim () Não
13. Quais? _____
14. O bebê necessita de algum acompanhamento terapêutico (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, entre outros)? () Sim () Não
15. Quais? _____
16. Durante a gestação você ficou internada? () Sim () Não 17. Quanto tempo? _____
18. Por qual motivo? _____

19. Durante a gestação tomou algum tipo de medicação? () Sim () Não
20. Quais? _____
21. Por quanto tempo? _____

APÊNDICE H

Questionário “Momento da Notícia” (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, s/d)

1. O que você sabe sobre a situação do seu filho?

2. Quem recebeu a notícia primeiro? () Pai () Mãe () Outros

3. Quem deu a notícia? () Pediatra () Obstetra () Enfermeira () Outros

4. Como foi dada a Notícia (descreva de forma detalhada)?

5. Você acha que as informações foram: () Corretas () Incorretas

() Suficientes () Insuficientes

6. O que você achou da forma como lhe foi dada a notícia?

7. Quando a notícia foi dada? Antes ou após o parto? Quanto tempo após o parto?

8. Como você se sentiu ao receber a notícia?

9. Ao receber a notícia sobre seu filho você sentiu necessidade de conversar com alguém? () Sim () Não

Quem? _____

10. A situação do seu filho influenciou de alguma forma o planejamento de sua família?
_____ Como?

11. Houve alguma mudança no relacionamento do casal após o nascimento do bebê?
_____ Qual?

12. Na sua opinião como a notícia deveria ser dada?

13. Como você se sente atualmente em relação à situação de seu filho?

APÊNDICE I

Critério de Classificação Econômica Brasil – 2011 (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2011)

Data: __/__/____

Nome: _____

Marque um X, na quantidade de itens disponíveis na casa que você mora:

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|-----------|
| Televisões em cores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais |
| Rádio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais |
| Banheiro (contar banheiros que possuam vaso sanitário) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais |
| Automóvel (não considerar veículos utilizados para fins profissionais) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais |
| Empregada mensalista | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais |
| Máquina de lavar (automáticas ou semi-automáticas) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais |
| Vídeo Cassete e/ou DVD | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais |
| Geladeira | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais |
| Freezer (independente ou parte da geladeira duplex) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais |

Assinale o grau de instrução do chefe da família:

| Nomenclatura antiga | | Nomenclatura Atual |
|--------------------------------|-----|--|
| Analfabeto/primário incompleto | () | Analfabeto/ até 3 ^a série fundamental |
| Primário Completo | () | 4 ^a série fundamental |
| Ginasial Completo | () | Fundamental Completo |
| Colegial Completo | () | Médio Completo |
| Superior Completo | () | Superior Completo |

APÊNDICE J

Entrevista de Coping¹⁹

Em nosso último encontro eu fiz perguntas acerca do nascimento do seu bebê, como você tem se sentido, as pessoas que tem te ajudado no cuidado dele... Hoje queremos entender como você tem feito para lidar com a situação como um todo. É importante que você se lembre que não há respostas certas ou erradas. O importante é a sua forma de pensar e lidar com o processo de hospitalização e com o diagnóstico do seu bebê.

| |
|---|
| <p>PERGUNTAS INTRODUTÓRIAS</p> |
| <p>1. Como você percebe o desenvolvimento do seu filho? (como acha que pode ajuda-lo, quais suas expectativas em relação ao desenvolvimento dele, expectativas em relação ao prognóstico)</p> <p>2. Na sua opinião, porque acha que isso aconteceu com você?</p> <p>3. Como você se sente passando por esta experiência?</p> |
| <p><i>Família 1: AUTOCONFIANÇA</i></p> |
| <p>4. O que você tem feito para lidar com os sentimentos decorrentes da situação do seu bebê?</p> <p>5. Em quais situações você tenta se concentrar e focar seu pensamento? Como você se sente em relação a estes pensamentos?</p> <p>6. Você acha que essa situação de alguma maneira influenciará sua vida? Como?</p> |
| <p><i>Família 2: BUSCA DE SUPORTE</i></p> |
| <p>7. Você compartilha seus sentimentos com outras pessoas? Quem? Isso tem te ajudado? Como?</p> <p>8. Quem ou o que está te ajudando neste momento? Que tipo de ajuda você considera mais importante?</p> <p>9. Você considera que a religião, a fé tem te ajudado de alguma forma a superar essa situação? Como?</p> <p>10. Você tem ido mais à igreja ou a outros locais religiosos depois do diagnóstico do seu bebê? (caso a resposta seja afirmativa: Como você se sente quando frequenta a igreja ou centro...)?</p> |
| <p><i>Família 3: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS</i></p> |
| <p>11. Você tem buscado soluções alternativas para lidar com a situação? Como você tem buscado resolver o problema?</p> <p>12. Você acha que existe algo que deva ser feito? O quê, por exemplo? Você tem feito isso?</p> <p>13. Como você tem percebido a situação? Quais atitudes você tem tomado pra lidar com</p> |

¹⁹ Elaborada a partir dos trabalhos de Lees (2007), Schmidt (2004), Seidl, Tróccoli, e Zannon, (2001), Skinner e Wellborn (1994) e Ramos (2009).

| |
|--|
| esse problema? (caso a resposta seja afirmativa: Como você se sente após ter essas atitudes?) |
| <i>Família 4: BUSCA DE INFORMAÇÃO</i> |
| 14.Quando você recebeu o diagnóstico de anomalia congênita procurou se informar sobre o que o médico estava falando? Como? Você continua buscando informações? |
| 15.Você conversou com alguém para obter maiores informações? Quem? Sentiu-se melhor com isso? |
| <i>Família 5: ACOMODAÇÃO</i> |
| 16.Você tenta encarar esta situação de uma maneira positiva? Como? |
| 17.Você considera que essa situação tem te tornado uma pessoa mais experiente? Como? |
| 18. Você acredita que tem aceitado a situação? E como tem se sentido frente a isso? |
| <i>Família 6: NEGOCIAÇÃO</i> |
| 19.Mesmo diante de uma situação difícil, você insiste e luta pelo que deseja? Como faz isso? Como se sente em relação ao resultado que geralmente obtém? |
| 20. Você tem buscado resolver/planejar essa situação com outras pessoas que também estejam envolvidas (pai do bebê, médicos...)? Como tem feito isso? |
| <i>Família 7: DELEGAÇÃO</i> |
| 21.Você sonha e imagina um tempo melhor do que este que está vivenciando? Como você imagina que seria esse tempo? |
| 22.Você espera por algum milagre? Como ele seria? |
| <i>Família 8: ISOLAMENTO</i> |
| 23.Você tende a guardar seu sentimento para si mesma? Por quê? Como você se sente? |
| 24.Quando você está passando por uma situação difícil você tende a se afastar das pessoas? Como faz isso? |
| <i>Família 9: DESAMPARO</i> |
| 25.Diante destas situações difíceis você se recusa a acreditar nos acontecimentos? (caso a resposta seja afirmativa: E busca acreditar em quê?) |
| 26.Você briga consigo mesma e fica controlando o que deve ou não fazer? E como você se sente diante disso? |
| 27. Você acredita que não pode fazer nada a respeito da situação? (caso a resposta seja negativa: E o que você acha que pode fazer?/ caso a resposta seja afirmativa: E como você se sente?) |
| <i>Família 10: FUGA</i> |
| 28.Você tenta esquecer o problema em algum momento? Que momento é este? |
| 29.Você fica imaginando como as coisas poderiam ter acontecido de uma forma diferente? Como você imagina? E como você se sente nestes momentos? Com que frequência você faz isso? |
| <i>Família 11: SUBMISSÃO</i> |

30.Você se culpa pelo que aconteceu? O que e como você acha que poderia ter feito diferente?

31.Você deseja mudar a forma como você se sente?

32.Você se sente mal por não ter podido evitar o problema? O que você faz quando se sente assim?

Família 12: OPOSIÇÃO

33.Você procura identificar um culpado ou quem seja mais culpado pela situação? Com que frequência? Qual o seu sentimento em relação a essa pessoa?

34.Você desconta seu problema em outras pessoas? Quem são essas pessoas?

35.Você deseja acrescentar algo sobre o que conversamos? Deseja fazer algum comentário?

APÊNDICE K

Organização e análise qualitativa dos relatos da Entrevista de Coping

Tabela A4. Análise da entrevista de coping – parte da entrevista da participante Jasmim

| Família | Estrutura do COPING | Perguntas | Respostas | | Justificativa | Estressor | Família Utilizada | Função de Coping |
|--------------------------|-------------------------------|--|-----------|-----|---|-----------|-----------------------|---|
| | | | Sim | Não | | | | |
| Família 1: AUTOCONFIANÇA | RELACIONAMENTO – Desafio Self | 4.O que você tem feito para lidar com os sentimentos decorrentes da situação do seu bebê? | | X | Pedi forças a Deus para seguir em frente. Porque eu quase, quase, quase estava entrando em depressão por causa do J.. Aí eu coloquei o joelho no chão, pedi a Deus, botei o nome dele nas igrejas, pedi oração... a avó dele colocou uma peça de roupa dele na igreja para orar... a aí eu segui em frente, com a minha cabeça em frente. [...] | X | Busca de Suporte | Busca de Conforto Busca de Ajuda |
| | | | | X | [...] Tá na mão de Deus, eu entreguei na mão de Deus, então Deus sabe o que faz. | X | Delegação | Depender de Outros |
| | | | X | | Eu segui em frente, com a minha cabeça erguida. Não deixei nada me abater não. Segui com a minha cabeça erguida para dar forças para ele. Se eu estivesse triste hoje, ele não estaria aí forte como ele está agora. Estaria caído, cheio de aparelho... cada manhã que eu chego... o dia que eu não venho eu fico triste em casa. Aí quando eu venho mato a vontade de ficar com ele, pego no colo, cheiro, beijo, brinco com ele, ele fica me encarando... é bom porque as crianças, assim como meu mesmo, tem as minhas outras amigas lá no quarto. Mas o meu mesmo, quando eu chego, eu falo assim "E aí meu nego!" aí ele já arregalha os olhos pra me ver já. Aí as enfermeiras falam que ele é muito esperto.[...] | X | Autoconfiança | Acalmar-se Proteção Autofala Positiva |
| | | 5.Em quais situações você tenta se concentrar e focar seu pensamento? Como você se sente em relação a estes pensamentos? | | X | Então vou precisar de sair daqui do hospital, porque eu penso só nisso. Que ele saia e que não precise vim mais. Só precisar vir aqui fazer a outra operação e vir embora. [...] | X | Resolução de Problema | Determinação Encorajamento |

Tabela A4. *Análise da entrevista...(continuação)*

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|---|-----------------------|--|
| | | | X | | Na alta dele, só. Na alta dele eu só penso que vai ter mô festa quando ele chegar em casa. Até a vizinha estava falando que geralmente a gente tem que fazer uma festa de agradecimento por J. ... Ah filha, se eu tiver dinheiro no dia eu faço se eu não tiver não faço não! Você vai fazer para mim? Aí ela: "Claro que nós faz!, [...] Aí minha filha fica assim: "Mamãe, cadê J. mãe?. Aí eu digo assim: "J. está no hospital filha". Aí ela "Eu quero ver J.!" | X | Autoconfiança | Autofala Positiva |
| | | 6.Você acha que essa situação de alguma maneira influenciará sua vida? Como? | | X | Não, não. Assim, vai mudar, por que ele vai chegar em casa e vai mudar tudo. Porque minha filha não está no colégio, vai ser difícil, vou colocar ela na creche, vou pagar uma creche para ela essa semana. | X | Resolução de Problema | Planejar Estratégia Determinação Confiança Domínio |

APÊNDICE L

Organização e análise qualitativa dos relatos da Entrevista de Coping com foco na Categoria Situacional

Tabela A5. Análise situacional da entrevista de coping – parte da entrevista da participante Orquídea

| Família | Estrutura do COPING | Perguntas | Respostas | | Justificativa | Estressor | Família Utilizada | Categoria Situacional |
|-----------------------|------------------------------|---|-----------|-----|--|-----------|-----------------------|---|
| | | | Sim | Não | | | | |
| Família 6: NEGOCIAÇÃO | AUTONOMIA – Desafio Contexto | 19. Mesmo diante de uma situação difícil, você insiste e luta pelo que deseja? Como faz isso? Como se sente em relação ao resultado que geralmente obtém? | | X | Olha, é a primeira vez que eu passo por uma situação tão difícil. E eu no momento, eu não tinha nada, eu tava voltada só pra essa gravidez, tentando associar o que tinha acontecido aqui, então eu não sei, eu não sei. [...] Ainda eu não passei por isso. Mas eu acredito que se ele falar eu luto até o fim. Não, eu não vou desistir nunca, jamais. Eu não passei, então eu não sei como que vai ser mas eu acho que se acontecer de ele falar... [...] Agora a minha vida está envolvida com isso. Então não tem outra coisa que eu esteja lutando. Então em relação a ele, que é o que tá acontecendo no momento, o que estiver no meu alcance e o que não tiver eu vou lutar. [...] Olha, eu... Quando eu quero uma coisa eu tento. Eu tento, não passo por cima de ninguém, não machuco ninguém, eu tento só, o que eu posso fazer eu faço. Eu faço, eu corro atrás, eu tento, eu luto, eu procuro pessoas que possam me ajudar, se for fulano de tal eu vou, ah não, é aquele lá, eu vou. Até... eu conseguir. [...] Ah, quando a gente corre atrás e consegue é ótimo. O ruim é quando você não consegue né, quando você corre atrás, nada, nada e morre na praia. Igual quando aconteceu o que: eu na gravidez, meu médico falou que era para eu ir a Cachoeiro de Itapemirim que lá que tinha a cirurgia do meu neném. Ele não falou que era aqui. Até eu chegar aqui, foi mérito meu mesmo, porque o meu médico ele não me ajudou não. Fui, sem dinheiro, tava sem dinheiro, minha irmã tem carro, mas eu e meu marido não tava com dinheiro. Mas mesmo assim colocamos gasolina no carro pelo cartão, fomos a Cachoeiro de Itapemirim, sem meu marido nem saber como que ia pagar esse tanto de gasolina, cem reais de gasolina, pra gente é muita coisa. [...] Então a gente foi, fomos no médico, aquela luta, eu, minha e irmã e meu marido, fomos ao médico, chegamos lá o médico só olhou pra minha cara e falou “A cirurgia a gente não tem aqui, mas eu queria que você viesse pra eu te explicar o quê que é. Mas só em São Paulo”. Eu entrei em desespero. Eu entrei em desespero falei “Meu | X | Resolução de Problema | Quando pensa no que pode fazer pelo bebê. |

Tabela A5. Análise situacional...(continuação)

| | | | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|------------------|-------------------------------|--|
| | | | | | Deus!?. Primeiro, só em São Paulo. Segundo que gastamos dinheiro que não tinha pra ouvir só que só tem em São Paulo? Meu médico me mandou pra cá porque ele disse que aqui tinha. Aí foi. Queria que eu fizesse um ecocardiograma com uma médica que ele que indicou. Cheguei na clínica lá, a mulher queria quatrocentos reais pra fazer o ecocardiograma. Como que eu ia fazer isso? Quatrocentos reais! Então eu liguei pra minha irmã que eu tinha feito um lá por cento e cinquenta, liguei pra ela, conversei com ela. Ela conseguiu um eco com um eco que eu já tinha feito, ai de lá de Cachoeiro, minha irmã nunca tinha pego estrada, foi a primeira vez que ela pegou. De lá de Cachoeiro fomos parar em Campos, no Rio, que é onde a minha irmã mora. Foi ela, com a cara e a coragem, nunca tinha pego estrada, já era de tarde. Foi ela com a cara e a coragem pegando estrada, fomos nós. No outro dia eu consegui fazer o ecocardiograma com a outra médica e voltamos pra casa. Foi muito bom, porque a gente lutou, lutou e conseguiu. Lutou e conseguiu. E fomos pra casa e aqui, fazendo uma ultrassom dopler que o médico pediu, depois disso o médico que trabalha aqui, mas eu tava na clínica dele fazendo, comentou comigo que achava que aqui tinha e consegui pra mim uma consulta com o cardiologista daqui. Vim eu atrás do cardiologista daqui, e consegui, falou pra mim que o meu médico tava doido. O cardiologista falou nervoso, que ele tava louco, que aqui tem a cirurgia do meu filho, pra quê que ele queria me mandar pra São Paulo. Então assim, esse é um exemplo, a gente lutou, lutou, conseguiu e no final foi muito bom. Muito bom. [...] Graças a Deus! | | | |
| | 20. Você tem buscado resolver/planejar essa situação com outras pessoas que também estejam envolvidas (pai do bebê, médicos...)? Como tem feito isso? | | X | Não, eu não faço nada sem falar com meu marido. É sempre eu e ele. Em relação ao M. e tudo lá em casa sempre foi eu e ele. Nem ele toma nenhuma decisão sozinho, nem eu sozinha. Em relação ao M., a gente ainda não precisou tomar nenhuma decisão. Os médicos que estão tomando a frente e a gente tá depois até. A gente não precisou, mas se um dia precisar, vai ser sempre eu e ele. [...] Converso. É, se eu estiver aqui eu ligo, ou se eu estiver em casa precisando resolver alguma coisa eu ligo, mas é sempre conversando. | X | Busca de Suporte | Quando precisa tomar decisões | |

APÊNDICE M

Entrevista de Coping – Versão Atualizada²⁰

Em nosso último encontro eu fiz perguntas acerca do nascimento do seu bebê, como você tem se sentido, as pessoas que tem te ajudado no cuidado dele... Hoje queremos entender como você tem feito para lidar com a situação como um todo. É importante que você se lembre de que não há respostas certas ou erradas. O importante é a sua forma de pensar e lidar com o processo de hospitalização e com o diagnóstico do seu bebê

| |
|--|
| <i>Família 1: AUTOCONFIANÇA</i> |
| 1. Em quais situações você tenta se concentrar e focar seu pensamento? Como você se sente em relação a estes pensamentos? |
| 2. Você acha que essa situação de alguma maneira influenciará sua vida? Como? |
| <i>Família 2: BUSCA DE SUPORTE</i> |
| 3. Quem ou o que está te ajudando neste momento? Que tipo de ajuda você considera mais importante? |
| 4. Você considera que a religião ou a fé tem ajudado de alguma forma a superar esta situação? Como? |
| <i>Família 3: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS</i> |
| 5. Você tem buscado soluções alternativas para lidar com a situação? Como você tem buscado resolver o problema? |
| 6. Você acha que existe algo que deva ser feito? O quê, por exemplo? Você tem feito isso? |
| <i>Família 4: BUSCA DE INFORMAÇÃO</i> |
| 7. Quando recebeu o diagnóstico de anomalia congênita você procurou se informar sobre o que o médico estava falando? Como? Você continua buscando informações? |
| 8. Você conversou com alguém para obter maiores informações? Quem? Sentiu-se melhor com isso? |
| <i>Família 5: ACOMODAÇÃO</i> |
| 9. Como você tenta encarar esta situação? |
| 10. Você considera que essa situação tem te tornado uma pessoa mais experiente? Como? (Caso a participante não fale perguntar se a experiência é positiva ou negativa) |

²⁰ Elaborada a partir dos trabalhos de Lees (2007), Schmidt (2004), Seidl, Tróccoli, e Zannon, (2001), Skinner e Wellborn (1994) e Ramos (2009)

| |
|--|
| <i>Família 6: NEGOCIAÇÃO</i> |
| <p>11. Mesmo diante de uma situação difícil, você insiste e luta pelo que deseja? Como faz isso? Como se sente em relação ao resultado que geralmente obtém?</p> <p>12. Como você tem buscado planejar/resolver as questões/decisões acerca da hospitalização e do diagnóstico? Isso tem te ajudado? De que maneira?</p> |
| <i>Família 7: DELEGAÇÃO</i> |
| <p>13. Você sonha e imagina um tempo melhor do que está vivenciando neste momento? Como você imagina que seria esse tempo?</p> <p>14. Quando você pensa no diagnóstico e na hospitalização do seu bebê, como você se sente? Como você avalia tudo que está acontecendo com você e sua família?</p> |
| <i>Família 8: ISOLAMENTO</i> |
| <p>15. Você tende a guardar seu sentimento para si mesma? Por quê? Como você se sente?</p> <p>16. Quando você está passando por uma situação difícil você tende a se afastar das pessoas? Como faz isso?</p> |
| <i>Família 9: DESAMPARO</i> |
| <p>17. Diante das situações difíceis como você reage?</p> <p>18. Você acredita que pode fazer algo a respeito da situação? Como você se sente? (caso a resposta seja afirmativa: E o que você acha que pode fazer?)</p> |
| <i>Família 10: FUGA</i> |
| <p>19. Por vezes, você tenta esquecer o problema? Quais seriam esses momentos? Como se sente?</p> <p>20. Você fica imaginando que as coisas poderiam ter acontecido de forma diferente? Como você imagina? E como você se sente nesses momentos? Com que frequência você faz isso?</p> |
| <i>Família 11: SUBMISSÃO</i> |
| <p>21. Você se culpa pelo que aconteceu? O que você acha que poderia ter feito diferente?</p> <p>22. Você deseja mudar a forma como você se sente? (Caso não fale, perguntar por qual motivo)</p> |
| <i>Família 12: OPOSIÇÃO</i> |
| <p>23. Você procura identificar um culpado ou quem seja mais culpado pela situação? Com que frequência? Qual o seu sentimento em relação a essa pessoa?</p> <p>24. Você desconta seu problema em outras pessoas? Em quem?</p> |

I - Você deseja acrescentar algo sobre o que conversamos ou fazer algum comentário?

II - Se você pudesse resumir essa experiência em uma palavra ou frase o que diria?

APÊNDICE N

Organização dos resultados da análise qualitativa dos relatos da Entrevista de Coping com foco na Categoria Situacional

Tabela A6. Resultados encontrados da análise da entrevista de coping com foco na categoria situacional

| | Quando pensa na forma como se sente | Quando se lembra do período gestacional | No momento do nascimento | No momento do diagnóstico | Quando pensa no diagnóstico do bebê | Quando pensa no que pode fazer pelo bebê | Quando precisa tomar decisões | Quando chega ao hospital | Quando está perto do bebê | Quando pensa na situação de outros bebês | Quando está perto de outras pessoas | Quando está sozinha | Quando pensa na alta hospitalar | Quando pensa no futuro | Quando precisa falar sobre o diagnóstico do bebê | Diante de notícias desagradáveis |
|--------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|---------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|--|-------------------------------------|---------------------|---------------------------------|------------------------|--|----------------------------------|
| Autoconfiança | 68% | 4% | 4% | 4% | 12% | 88% | 4% | 4% | - | 4% | - | 4% | 28% | 12% | - | 4% |
| Busca Suporte | 100% | - | 4% | 8% | 20% | 40% | 28% | - | 16% | 24% | 24% | - | 12% | - | - | 12% |
| Resolução Problema | - | 4% | - | 4% | 4% | 80% | 4% | 20% | - | - | - | - | 8% | 4% | - | 4% |
| Busca Informação | 8% | - | - | 76% | 28% | 12% | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 12% |
| Acomodação | 48% | - | - | - | 60% | 20% | - | - | 8% | 12% | - | - | 32% | 16% | - | 4% |
| Negociação | 4% | - | - | - | 4% | 60% | 12% | - | - | - | - | - | - | 28% | 12% | - |
| Delegação | 4% | 12% | - | - | 52% | 48% | - | - | - | 4% | - | - | 8% | 4% | - | 4% |
| Isolamento | 52% | - | 4% | - | 12% | - | 12% | - | - | - | - | 8% | 4% | - | 24% | 12% |
| Desamparo | 60% | 4% | 8% | 32% | 36% | 12% | - | - | - | 12% | - | 12% | - | 16% | - | 28% |
| Fuga | 16% | - | - | 12% | 28% | - | - | 4% | - | - | - | 8% | 4% | - | - | 16% |
| Submissão | 52% | 44% | - | 8% | 24% | 12% | - | - | - | 4% | - | - | 4% | - | - | - |
| Oposição | 32% | 4% | - | - | 12% | - | - | - | - | 4% | - | - | - | - | - | - |