

GISELE FERNADES DE LIMA FOCH

**ENFRENTAMENTO RELIGIOSO-ESPIRITUAL DE
MÃES DE BEBÊS EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL**

PUC-CAMPINAS

2015

GISELE FERNANDES DE LIMA FOCH

**ENFRENTAMENTO RELIGIOSO-ESPIRITUAL DE
MÃES DE BEBÊS EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Ciência e Profissão.

Orientadora: Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo.

PUC-CAMPINAS

2015

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

302
F852e

Foch, Gisele Fernandes de Lima.
Enfrentamento religioso-espiritual de mães de bebês em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal / Gisele Fernandes de Lima Foch. - Campinas: PUC-Campinas, 2015.
218p.

Orientadora: Sônia Regina Fiorim Enumo.
Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Indui bibliografia.

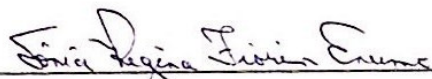
1. Psicologia social. 2. Psicologia e religião. 3. Stress (Psicologia). 4. Emergências neonatais. 5. Tratamento intensivo neonatal. I. Enumo, Sônia Regina Fiorim. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22. ed. CDD – 302

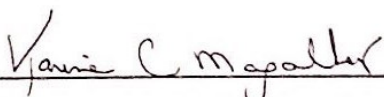
GISELE FERNANDES DE LIMA FOCH

**ENFRENTAMENTO RELIGIOSO-ESPIRITUAL DE
MÃES DE BEBÊS EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL**

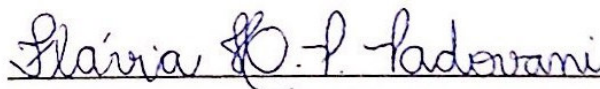
BANCA EXAMINADORA



Presidente Prof^ª Dr^ª Sônia Regina Fiorim Enumo



Prof^ª. Dr^ª. Karina de Carvalho Magalhães



Prof^ª. Dr^ª. Flávia Helena Pereira Padovani

PUC-CAMPINAS

2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Deus, companheiro importante em minha caminhada, À quem recorro para agradecer, amparar-me e guiar-me.

À minha família.

Ao meu marido, Fernando, por seu amor, compreensão e suporte constante.

À minha filha, Gabriela, por me ensinar tanto e iluminar minha vida, deixando tudo mais leve e colorido.

Ao meu pai, Claudi, por me ensinar a continuar sempre e a ser forte.

À minha amiga e irmã de coração Andressa, que por sua amizade e carinho me ajudou a ser forte e acreditar em mim, mesmo quando estava sem coragem e forças para continuar.

E especialmente à minha querida mãe, Vera, que me ofereceu o amor mais belo deste mundo. Obrigada, mãezinha, por enfrentar tantos desafios para me ajudar, proteger e encorajar a seguir meus sonhos. Te amo!

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo, por acreditar em meu trabalho, pela sensibilidade, apoio e sabedoria no ensinar;

Às mães, que, voluntariamente, participaram desta pesquisa e, por compartilharem experiências tão particulares e delicadas, sem o auxílio e disposição de vocês não seria possível a realização deste trabalho;

Ao Coordenador médico da UTIN da Santa Casa de Misericórdia de Araras, Dr. Sérgio Amaral Chiquito e à administradora Sra. Shirlei Cristina Bonina, por autorizarem a realização da pesquisa nesta instituição, e ao Sr. Régis Roberto Olivério, que sempre me atendeu de modo tão gentil e viabilizou todo contato para que o deferimento da coleta de dados;

Ao Sr. José Roberto da Silva, Diretor de Vigilância em Saúde da Prefeitura Municipal de Araras, por disponibilizar tão prontamente os dados demográficos necessários para este estudo;

Às estudantes de Psicologia, Carla Carlos Martins, Jessica de Souza Câmara e Rebeca de Menezes, pela ajuda na coleta de dados, com interesse e cuidado especial dedicados a esta tarefa;

À Professora Doutora Raquel Gherke Panzini, por autorizar o uso da Escala CRE tão prontamente. Certamente, seu trabalho na tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE oferece importantes contribuições aos estudos da área no Brasil;

Às Professoras Doutoras Elisa Medici Pizao Yoshida, Márcia Hespanhol Bernardo, Raquel Souza Lobo Guzzo, Solange Muglia Wechsler, Tatiana de Cassia Nakano Primi e Vera Lúcia Trevisan de Souza, que, no momento mais delicado de minha vida, puderam ser sensíveis ao exercer o papel de educadores. Eternamente serei grata;

A todos os meus colegas de curso, pelo acolhimento e alegria compartilhados nessa caminhada, especialmente a doutoranda Andressa Melina Becker da Silva pela ajuda no processamento e análise de dados e por tanta disposição em me auxiliar e acalmar, apoio imprescindível em minha caminhada. E ao Allan de Oliveira, por compartilhar materiais, auxiliando na revisão de literatura;

À CAPES, pela bolsa de Mestrado, que possibilitou a realização do curso.

RESUMO

FOCH, Gisele Fernandes de Lima. *Enfrentamento religioso-espiritual de mães de bebês em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. 2015. 218 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia como Profissão e Ciência) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, 2015.

O enfrentamento (*coping*) é definido como a forma com que as pessoas regulam seu comportamento, emoção e orientação sob estresse. Este processo ocorre quando há ameaça ou desafio a três necessidades psicológicas básicas: Relacionamento, Autonomia e Competência, pela *Motivational Theory of Coping* [MTC]. A internação em Unidade Terapia Intensiva Neonatal [UTIN] é um estressor que afeta a vida da família, podendo ameaçar ou desafiar essas necessidades psicológicas. Nesse contexto, é comum o uso do enfrentamento religioso-espiritual. Esta pesquisa analisou o processo de enfrentamento, destacando o enfrentamento religioso-espiritual, de 20 mães de bebês em UTIN. Foram analisadas variáveis neonatais pela Ficha do Bebê. As mães responderam estes instrumentos: a) Questionário para registro de dados gerais; b) Critério de Classificação Econômica Brasil; c) Protocolo de Entrevista de Enfrentamento da Hospitalização do bebê, com 22 questões, com uma adaptação da *Motivational Theory of Coping Scale-12* [MTC-12], avaliando 12 famílias de enfrentamento, sendo seis adaptativas (*Autoconfiança, Busca de suporte, Resolução de problemas, Busca de informações, Acomodação, Negociação*) e seis mal adaptativas (*Delegação, Isolamento, Desamparo, Fuga, Submissão, Oposição*); e d) uma adaptação da Escala RCOPE (*Escala de Coping Religioso-Espiritual - CRE*), com 87 itens, classificando as estratégias de enfrentamento em CREP (positivo - 8 fatores, 66 itens) e CREN (negativo - 4 fatores, 21 itens). Foi feita uma correspondência entre os itens da Escala CRE e a MTC-12 e as funções da Escala CRE, avaliada por 4 juízes, com concordância média acima de 70%. Foram feitas análises descritivas e correlacionais entre os dados das escalas entre si, e com as variáveis maternas e do bebê. As mães tinham entre 17-35 anos, a maioria era católica, de uma classe socioeconômica mais desfavorecida, com Ensino Médio incompleto e 3 filhos. A internação na UTIN variou de 1-181 dias ($M = 10,5$), com predominância de nascimentos a termo ($N = 9$), por cesariana, de baixo risco gestacional. O apoio social recebido e percebido pela maioria das mães vinha principalmente dos familiares, pelo auxílio nas tarefas domésticas. O acesso ao apoio profissional psicológico mostrou-se limitado. O principal estressor era a preocupação com a saúde do bebê. Neste contexto, a *Submissão* e o *Desamparo* foram frequentes, mas também ocorrem a *Busca de Informação, a Acomodação e a Resolução de Problemas*, esta correlacionada ao aumento do CREP. Houve um nível “médio” de uso do enfrentamento religioso-espiritual, também com predomínio de CREN sobre CREP. O *coping transformacional* foi identificado em todas as mães, e um aumento da fé, especialmente da crença sobre o apoio de Deus. Houve várias correlações, destacando-se as expectativas positivas em relação ao filho e EE adaptativas (*Autoconfiança*); o maior nível socioeconômico e CREP, e entre baixa escolaridade e CREN. Metodologicamente, este estudo contribuiu para a compreensão do enfrentamento da internação do filho em UTIN, apresentando as relações entre as EE da MTC-12 e as funções do enfrentamento religioso-espiritual do CRE, para análise desse conceito. Essa análise auxiliou a compreensão das condições que favorecem o enfrentamento adaptativo dessas mães, o qual pode promover resultados positivos na saúde e desenvolvimento dos bebês.

Palavras-chave: Enfrentamento; Mães; Nascimento prematuro.

Áreas de conhecimento (CNPq): 7.07.00.00-1 Psicologia;

7.07.10.00-7 – Tratamento e Prevenção Psicológica.

SUMMARY

FOCH, Gisele Fernandes de Lima. *Spiritual-religious coping of babies' mothers in the Neonatal Intensive Care Unit*. 2015. 218 f. Dissertation (Master in Psychology Profession and Science) - Graduate Program in Psychology, University of Campinas, Campinas, SP, 2015.

Coping is the way in which people regulate their behavior, emotion and orientation under stress. This process occurs when there is a threat or challenge to three basic psychological needs: Relationship, Autonomy and Competence, by the Motivational Theory of Coping [MTC]. The admission to the neonatal intensive care unit [NICU] is a stressor that affects family life, and may threaten or challenge these psychological needs. In this context, it is common to use the spiritual-religious coping. This research analyzes the coping process, but in evidence the spiritual-religious coping of 20 mothers of babies in the NICU. Neonatal outcomes were analyzed by Baby Hospitalization Protocol. Mothers answered these instruments: a) Questionnaire of General Data; b) Economic Classification Criterion Brazil; c) Coping with Baby Hospitalization Interview, with 22 questions, and an adaptation of the Motivational Theory of Coping Scale-12 [MTC-12], evaluating 12 families of coping - six adaptive (Self-confidence, Support Search, Resolution Problems, Information Search, Accommodation, Negotiation), and six maladaptive (Delegation, Isolation, Helplessness, Escape, Submission, Opposition); d) an adapted version of RCOPE Scale (Spiritual/Religious Coping Scale - SRCOPE Scale), with 87 items, classifying the coping strategies in SRCP (positive - 8 factors, 66 items), and SRCN (negative - 4 factors, 21 items). The correspondence between the items of SRCOPE and MTC-12 and functions of spiritual-religious coping was evaluated by four judges, with an average above 70% agreement was made. Descriptive analyzes and correlational were made between the data of the scales with each other and with the mother and baby variables. The mothers were between 17-35 years, most were Catholic, more lower socioeconomic classes, with incomplete high school, and 3 children. The admission to the NICU ranged from 1-181 days (mean = 10.5), with a predominance of term births (N = 9), by cesarean section, low-risk pregnancy. The social support and perceived by most mothers came mainly from family, for helping with household tasks. Access to psychological professional support proved to be limited. The main stressor was the concern for the health of the baby. In this context, the Submission and the Helplessness were frequent, but also occur Search Information, Accommodation, and Problem Resolution correlated with increased SRCP. There was an "average" level of use of religious-spiritual coping, also with a predominance of RSCN on SRCP. The transformational coping was identified in all mothers, and an increase of faith, especially the belief in God's support. There were several correlations, highlighting the positive expectations for the child and adaptive families of coping (Self-confidence); the higher socioeconomic level and SRCP, and between low education and SRCN. Methodologically, this study contributes to the understanding of coping with the admission of their child in the NICU, showing the relationship between MTC-12 and the role of religious and spiritual coping of SRCOPE for analysis of this concept. This analysis helped the understanding of the conditions that promote adaptive coping with these mothers, which can promote positive health outcomes and development of babies.

Keywords: Coping; Mothers; Preterm birth.

Area (s) of knowledge (CNPq): 7.07.00.00-1 Psychology;

7.07.10.00-7 – Psychological Treatment and Prevention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Hierarquia da estrutura do enfrentamento segundo a Teoria Motivacional do <i>Coping</i>	33
Figura 2. Principais aspectos do processo de enfrentamento da internação em UTIN pelas mães (N = 20)	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Definição das 12 famílias de enfrentamento e exemplos de estratégias de enfrentamento	34
Tabela 2. As 12 famílias de enfrentamento segundo a Teoria Motivacional do Coping	35
Tabela 3. Relações entre as famílias de enfrentamento, sua função e os processos adaptativos	36
Tabela 4. Tipos de internações na UTIN no período da coleta de dados (134 dias)	50
Tabela 5. Descrição da composição da amostra	52
Tabela 6. Procedimento e instrumentos do estudo	57
Tabela 7. Consistência interna e fidedignidade da Escala CRE e de suas dimensões e fatores	61
Tabela 8. Dados descritivos da amostra de mães de bebês internados em UTIN (N = 20)...	69
Tabela 9. Resultados descritivos sobre religiosidade e espiritualidade de mães de bebês internados na UTIN (N = 20).....	71
Tabela 10. Dados da gestação, parto e nascimento dos bebês internados na UTIN (N = 20)	72
Tabela 11. Dados descritivos dos bebês internados na UTIN (N = 20)	74
Tabela 12. Dados descritivos do relacionamento conjugal das mães de bebês internados na UTIN (N = 20)	76
Tabela 13. Apoio social percebido por mães de bebês internados em UTIN (N = 20).....	76
Tabela 14. Sentimentos das mães e conhecimentos sobre UTIN	78
Tabela 15. Estressores e enfrentamento da hospitalização do filho na UTIN, pelas mães (N = 20)	80
Tabela 16. Médias das famílias de enfrentamento da internação do filho na UTIN pela MTC-12 (N = 20).....	81
Tabela 17. Estratégias de enfrentamento da internação do filho e sua avaliação pelas mães (N = 20)	82
Tabela 18. Enfrentamento religioso-espiritual da internação do filho na UTIN, pela Escala CRE (N = 20).....	86
Tabela 19. Classificações das mães de bebês internados na UTIN na Escala CRE (N = 20)	87

Tabela 20. <i>Correlação dos dados obtidos pela MTC-12 (Lees, 2007) e Escala CRE (Panzini, 2004)</i>	89
Tabela 21. Índices de concordância entre juízes sobre a correspondência entre itens da Escala CRE e a Teoria Motivacional do Coping e as funções do CRE	93
Tabela 22. Análise dos itens da Escala CRE segundo as categorias de enfrentamento da Teoria Motivacional do Coping	95
Tabela 23. Funções do enfrentamento religioso-espiritual dos itens da Escala CRE segundo Pargament et al. (2000)	96
Tabela 24. Percentual das famílias de enfrentamento nos itens da Escala CRE (N = 87)....	97
Tabela 25. Percentual das funções do enfrentamento religioso-espiritual nos itens da Escala CRE (N = 87)	97
Tabela 26. Família de enfrentamento mais citada pelas mães (N = 20).....	98
Tabela 27. Enfrentamento materno da internação do bebê na UTIN pela Escala CRE, segundo as categorias de enfrentamento da Teoria Motivacional do Coping (N = 20).....	99
Tabela 28. Enfrentamento materno da internação do bebê na UTIN pela Escala CRE, segundo as categorias propostas por Pargament et al. (2000) (N = 20)	99
Tabela 29. Correlação entre as 12 famílias do enfrentamento do estresse (MTC-12, Skinner et al., 2003) e as cinco funções do enfrentamento religioso-espiritual (Pargament et. al., 2000) com dados da Escala CRE (Panzini, 2004)	101
Tabela 30. Relação de influência da variável independente sobre a dependente entre as 12 famílias de enfrentamento (TMC – Skinner, et al., 2003) e funções do enfrentamento religioso-espiritual (Pargament et al., 2000).....	107
Tabela 31. Resultados da correlação entre as variáveis contínuas do CRE, dados do bebê e da mãe, e do suporte social percebido (N = 20).....	110
Tabela 32. Resumo dos principais resultados do processo de enfrentamento segundo MTC-12 (Lees, 2007), Escala CRE (Panzini, 2004) e Funções do enfrentamento religioso-espiritual (Pargament et al., 2000)	118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP = Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

CCEA = Critério de Classificação Econômica Brasil

CFP = Conselho Federal de Psicologia

CICSDD = Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis

CNS = Conselho Nacional de Saúde

CRE = *Coping* religioso-espiritual

CRE NEGATIVO = índice da média dos itens da CREN (quantidade do uso de CRE negativo)

CRE NEGATIVO INVERTIDO = Dimensão de *Coping* Religioso-Espiritual negativo invertido

CRE POSITIVO = índice da média dos itens da CREN quantidade do uso de CRE positivo)

CREN = *Coping* Religioso-Espiritual Negativo

CREP = *Coping* Religioso-Espiritual Positivo

CRETOTAL = *Coping* Religioso-Espiritual Total (CRE POSITIVO + CRE NEGATIVO Invertido)

DOGA = Doença obstétrica na gravidez atual

DP = Desvio padrão

EE = Estratégias de Enfrentamento

EPad = Erro padrão

HRA = História reprodutiva anterior

IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC = Intercorrências clínicas

M = Média

Mdn = Mediana

MN = Mortalidade Neonatal

N = Número de sujeitos da amostra total

N1 = Reavaliação Negativa de Deus (Fator Negativo N° 1 da CREN)

N2 = Posicionamento Negativo frente a Deus (Fator Negativo N° 2 da CREN)

N3 = Reavaliação Negativa do Significado (Fator Negativo N° 3 da CREN)

N4 = Insatisfação com o Outro Institucional (Fator Negativo N° 4 da CREN)

NSE = Nível socioeconômico

P1 = Transformação de Si e/ou de sua Vida (Fator Positivo N° 1 da CREP)

P2 = Ações em Busca de Ajuda Espiritual (Fator Positivo N° 2 da CREP)

P3 = Oferta de Ajuda ao Outro (Fator Positivo N° 3 da CREP)

P4 = Posicionamento Positivo frente a Deus (Fator Positivo N° 4 da CREP)

P5 = Busca Pessoal de Crescimento Espiritual (Fator Positivo N° 5 da CREP)

P6 = Ações em Busca do Outro Institucional (Fator Positivo N° 6 da CREP)

P7 = Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual (Fator Positivo N° 7 da CREP)

P8 = Afastamento através de Deus, da Religião e/ou da Espiritualidade (Fator Positivo N° 8 da CREP)

PNDS = Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

QRDG = Questionário para Registro de Dados Gerais

Razão CREN/CREP = Razão entre CRE NEGATIVO sobre CRE POSITIVO

SUS = Sistema Único de Saúde

TCLE = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTIN = Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Protocolo de entrevista MTC-12 – adaptado de Lees (2007) para o processo de enfrentamento da hospitalização do filho na UTIN por mães	153
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa (TCLE).....	155
APÊNDICE C - Carta de apresentação e Aprovação da Pesquisa junto à Instituição PUC-Campinas – Centro de Ciências da Vida Programa de Pós-Graduação em Psicologia.....	157
APÊNDICE D - Folheto informativo para mães de bebês em UTIN	159
APÊNDICE E - Tabela E.23. Siglas utilizadas para análise dos dados das variáveis Dummy	160
APÊNDICE F – Definição das funções do <i>coping</i> religioso-espiritual (Pargament et al., 2000) e das famílias de <i>coping</i> e suas respectivas estratégias de enfrentamento identificadas na Escala CRE (Panzini, 2005), segundo sistema de categorias proposto por Skinner et al. (2003)	163
APÊNDICE G - Tabela G.25. Relação da Escala de Coping Religioso-Espiritual [CRE] (Panzini, 2004) com as cinco funções do enfrentamento religioso-espiritual (Pargament et al., 2000).....	175
APÊNDICE H – Tabela F.24. Relação da Escala de Coping Religioso-Espiritual [CRE] (Panzini, 2004) com as 12 famílias do coping – Teoria Motivacional do Coping	181
APÊNDICE I – Autorização para uso da Escala CRE	188
APÊNDICE J - Parecer Consubstanciado do CEP	189
APÊNDICE K - Carta de anuência dos juízes	191
APÊNDICE L - Tabela L.35. Dados sociodemográficos das mães dos bebês internados em UTIN (N=20)	192
APÊNDICE M - Tabela M.36. Pontuação dadas pelas mães das famílias de enfrentamento da internação do filho na UTIN pela MTC-12 (N = 20)	193
APÊNDICE N - Tabela N.37. Classificação da frequência de uso e funcionalidade adaptativa do enfrentamento segundo a Escala CRE	194

APÊNDICE O - Tabela O.38. Resultados da Correlação de Spearman para as variáveis contínuas em relação aos fatores de enfrentamento geral e as características do bebê e da gestação, da mãe e do suporte social percebido (N = 20)	195
APÊNDICE P - Tabela P.39. Resultados das análises de correlação para as variáveis contínuas de religião, enfrentamento religioso e enfrentamento geral	196

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Ficha do Bebê (FB).....	198
ANEXO B - Questionário para Registro de Dados Gerais (QRDG).....	199
ANEXO C - Escala de <i>Coping</i> Religioso-Espiritual [CRE].....	201
ANEXO D - Tabela D. 40 - Fatores de risco à gravidez – MS – Gestante de Alto Risco ...	207
ANEXO E - Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).....	208
ANEXO F - Tabela F.41. Descrição dos fatores, funções correspondente a cada item da Escala CRE (Panzini, 2004).....	209

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	6
RESUMO.....	8
SUMMARY	9
APRESENTAÇÃO	20
1. INTRODUÇÃO.....	22
1.1. Processos de estresse e enfrentamento.....	29
1.2. O enfrentamento religioso-espiritual	37
1.3. O problema de pesquisa.....	44
1.4. Objetivos	47
2. MÉTODO	48
2.1. Participantes, fontes de dados e local de coleta de dados.....	48
2.1.1. Local de coleta de dados	49
2.2. Instrumentos e materiais.....	52
2.3. Procedimento	55
2.4. Processamento e análise de dados	58
2.5. Avaliação ética de riscos e benefícios	65
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	67
3.1. Caracterização da amostra	68
3.1.1. As mães dos bebês internados na UTIN	68
3.1.2. Os bebês - dados da gestação, parto e nascimento.....	71
3.1.3. Apoio social percebido pelas mães	75
3.1.4. Sentimentos e conhecimento das mães sobre a UTIN	77
3.2. O processo de enfrentamento da hospitalização do filho em UTIN	79
3.3. Enfrentamento religioso-espiritual de mães de bebês internados na UTIN	84
3.3.1. Relações entre o enfrentamento geral da UTIN e o enfrentamento religioso-espiritual	88
3.3.2. Funções do enfrentamento religioso-espiritual segundo a Teoria Motivacional do <i>Coping</i> e a proposta de Pargament et al. (2000).....	92
3.3.2.1. Correspondência entre itens da Escala CRE e MTC-12 e funções do enfrentamento religioso-espiritual	92
3.3.2.2. Análise dos dados da Escala CRE segundo a Teoria Motivacional do <i>Coping</i> e a proposta de Pargament et al. (2000)	97
3.4. Relações entre variáveis maternas e do bebê, variáveis psicossociais e o enfrentamento do contexto da UTIN	109
3.5. Resumo geral dos resultados.....	116
4. DISCUSSÃO GERAL.....	123
5. CONCLUSÕES.....	131

REFERÊNCIAS	133
APÊNDICES.....	152
ANEXOS.....	197

APRESENTAÇÃO

A questão de como as pessoas lidam com as diferentes situações que geram ou são percebidas como estressantes é o tema comum, senão central, do processo terapêutico. Lidar com as dificuldades de enfrentamento de pacientes tem sido uma constante na minha vida profissional há cinco anos. Nesse contexto, a busca por melhor capacitação para atuar na área passei por um Projeto de Extensão em Psicologia da Saúde em 2007 e 2008; em 2011, participei da Formação em Terapia por Contingências de Reforçamento no Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento (ITCR – Campinas), quando foi possível ter acesso a demandas específicas de enfrentamento de doenças, fato que serviu de incentivo ao aprofundamento de conhecimento nesta área, especificamente no que concerne ao enfrentamento de estresse.

Mantendo esta tônica, ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas, em 2013, no Grupo de Pesquisa da Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo, foi possível propor este estudo, partindo de variáveis já identificadas anteriormente em outros trabalhos do grupo (Guimarães, 2010; Guimarães, Paula, & Enumo, 2013; Ramos, 2012), com mães de bebês internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal [UTIN]. Nesses estudos, foi possível constatar que as mães conseguiam lidar com essa situação muito estressante recorrendo também a crenças e práticas religiosas, confirmando outras pesquisas mostrando que, nesse contexto de hospitalização, é comum o uso de estratégias de enfrentamento religioso-espiritual (Faria & Seidl, 2005; Gobatto & Araújo, 2010; Koenig, 2001; Panzini & Bandeira, 2007). Pois este é o tema central desta pesquisa, que está vinculada à pesquisa sobre “Processos de Enfrentamento em contextos de risco ao

desenvolvimento de adolescentes”, sob a coordenação da Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo, com apoio do CNPq¹ e da CAPES, por meio da bolsa de Mestrado.

Estudar o enfrentamento do estresse de ter o filho internado em UTIN é relevante em muitas medidas, primeiro, em razão do aumento no percentual de prematuridade no Brasil, que subiu de 7,2% em 2010, para 11,8% em 2013 (UNICEF Brasil, 2013), colocando nosso país no mesmo patamar de países de baixa renda, cujo percentual médio é de 9,4%. Apesar da prematuridade ser uma condição para internação em UTIN, esta pesquisa não se restringe a prematuridade como critério de inclusão para composição da amostra, dando ênfase ao enfrentamento da internação do filho recém-nascido em UTIN independente da causa da internação, fato que amplia este trabalho, na medida em que permite identificar na amostra as diversas causas de internação neste setor. Em segundo lugar, a internação em UTIN implica em uma condição considerada estressante à família e ao bebê, lidar com esta situação de modo mal adaptativo pode trazer consequências importantes no desenvolvimento geral dessa população. Nessa medida, é relevante estudos que contribuam para conhecer e viabilizar repertório funcional ao enfrentamento desta condição estressante.

Esta Dissertação está estruturada de forma a apresentar, na Introdução, os temas: o processo de estresse-enfrentamento, o enfrentamento religioso-espiritual e o enfrentamento de pais de bebês internados em UTIN. No Método, serão apresentados os participantes, o local em que foi realizada a coleta de dados, os materiais e instrumentos que foram utilizados, os procedimentos de coleta de dados, o processamento dos dados, as questões éticas. Os Resultados e a Discussão serão apresentados a partir da caracterização da amostra, que apresenta dados das mães, da gestação, e dos bebês. Seguem os dados da percepção das mães sobre o apoio social recebido, incluindo seus sentimentos e conhecimentos sobre UTIN, como forma de contextualizar a situação que as estratégias de enfrentamento acontecem.

¹ Proc. nº 308710/2013-4; Proc. nº 455543-2014-3.

Posteriormente, serão apresentados os resultados e a discussão do processo de enfrentamento da hospitalização do filho em UTIN e os resultados descritivos sobre religiosidade e espiritualidade. Os dados de correlação dos dados recolhidos nos diversos instrumentos; e, por fim, as Conclusões.

1. INTRODUÇÃO

A descoberta de uma gravidez pode ser um momento positivo para algumas famílias e, para outras, um momento de frustração; no entanto, em todas as famílias é, certamente, um momento importante, repleto de expectativas (Moura-Ramos & Canavarro, 2007; Oliveira, Veronez, Higarashi, & Corrêa, 2013). Tão importante quanto esta descoberta é o nascimento, compreendido como um rito de passagem, uma vez que é caracterizado por um processo de mudanças físicas, simbólicas e sociais, que envolvem a família e a rede de apoio dos pais da criança. Quando o nascimento da criança ocorre, para algumas famílias, validam-se nesta ocasião alguns sonhos e anseios (Centa, Moreira, & Pinto, 2004).

Não obstante, quando esta criança chega antes do momento ideal ou com algum problema de saúde e precisa ser internada em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal [UTIN], um momento de dificuldades se instala (Barros, Menandro, & Trindade, 2006; Pinheiro et al., 2009). Morsch e Braga (2007) esclarecem que toda e qualquer UTIN é marcada por uma sucessão de desencontros entre o bebê e seus pais, não havendo possibilidades de garantir que a dupla parental consiga conciliar seu bebê imaginado com o bebê real, que necessita de cuidados médicos para manter-se vivo. Nesta ocasião, “[...] *sonhos e fantasias são – ao menos temporariamente - esmagados pela concretude de um ambiente intensivista, repleto de recém-nascidos de aparência frágil e, por vezes, diminuta.*” (Morsh & Braga, 2007, p. 625).

As condições de instabilidade orgânica do bebê, a necessidade de cuidados médicos especializados e, então, a separação do bebê, a incerteza sobre a evolução

clínica e sobrevivência, a distorção entre imagem do “bebê idealizado” e o “bebê real”, o ambiente estranho e assustador da UTIN, todas estas situações configuram-se em um evento estressante, de intensa ansiedade e imprevisível para algumas famílias (Dittz, Melo, & Pinheiro, 2006; Gaíva & Scochi, 2005; Kennell & Klaus, 1992; Linhares et al., 2000; Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte, & Martinez, 2004).

O estresse é compreendido enquanto uma reação do organismo que inclui componentes físicos, psicológicos, mentais e hormonais, que são gerados pela necessidade de lidar com algum evento percebido enquanto ameaça (Lipp, 2000). As avaliações cognitivas podem moldar as respostas emocionais, fisiológicas e comportamentais frente às condições estressantes (Lazarus & Folkman, 1984). Fatores sociais, como pobreza e baixa escolaridade e baixo índice de consultas pré-natais, têm sido apontados por diversos estudos como uma condição de vulnerabilidade ao estresse e à internação do filho em UTIN (Edward et al., 2001; Ministério da Saúde, 2008; 2012; Ramos & Cuman, 2009; Rodrigues et al. 2011; Serruya, Cecatti, & Lago, 2004). Pesquisas citam ainda que a condição de estresse devido à internação em UTIN pode trazer consequências negativas, tanto ao desenvolvimento do bebê, quanto à saúde da mãe (Barros, 2010; Feldman, Weller, Sirota, & Eidelman, 2002; Formiga, Pedrazzani, Silva, & Lima, 2004; Melnyk, Feinstein, & Fairbanks, 2006).

Estresse e enfrentamento são conceitos profundamente relacionados, uma vez que enfrentamento refere-se ao modo pelo qual as pessoas regulam seu comportamento, emoção e orientação motivacional frente a estressores. Os recursos de enfrentamento são as condições disponíveis para o indivíduo enfrentar o estressor e as consequências do processo de enfrentamento no curto e longo prazos são analisadas enquanto processos adaptativos ou mal adaptativos (Skinner & Wellborn, 1994). Sendo compreendido enquanto um processo, deve ser analisado em vários momentos ao longo do tempo, preferencialmente na ocasião em que o enfrentamento

ocorre, para que, então, a análise quanto à sua funcionalidade possa ser mais fidedigna (Carver & Connor-Smith, 2010; Lees, 2007; Zimmer-Gembeck et al., 2009).

No contexto de internação hospitalar, o enfrentamento adaptativo é decorrente da habilidade da família em realizar mudanças no sistema familiar. Tal possibilidade decorre de recursos internos e sociais disponíveis a cada um de seus membros (Pinelli, 2000). Quando é necessária a internação do bebê em UTIN, dadas as intensas adversidades decorrentes, a importância de cuidado e apoio da equipe de saúde em relação à família ganha proporções ainda maiores (Centa, Moreira, & Pinto, 2004). Dar assistência à família, oferecendo melhores condições para que assumam os cuidados de seus filhos, pode contribuir para o restabelecimento e o desenvolvimento saudável dos bebês (Carmona, Coca, Vale, & Abrão, 2011).

Se a criança internada em UTIN precisa dos pais, estes, por sua vez, precisam ser cuidados para enfrentar esta experiência (Andreani, Custódio, & Crepaldi, 2006; Centa et al., 2004). Como já dito, o apoio deve ser oferecido por todos da equipe de saúde. No entanto, é comum o ambiente da UTIN ter grande rotatividade de profissionais, voltados, em primeira instância, aos cuidados clínicos do bebê. São apenas algumas instituições que dispõem de psicólogos destinados a dedicar atenção ao enfrentamento dos pais de bebês em cuidados intensivos neonatais, apesar de pesquisas indicarem o crescimento de equipes multidisciplinares com a participação de psicólogos (Linhares et al., 1999).

Essa participação do psicólogo pode incluir práticas assistenciais que contemplem: visão integrada do bebê; auxílio aos pais na organização de pensamentos e sentimentos referente ao nascimento diferente; auxílio na comunicação pais-bebê e pais-equipe; no olhar do bebê como outro; oferecer aos avós participação no cuidado com a família no período de internação do bebê; facilitação na aproximação pais-bebês; e trabalhar possíveis perdas ocorridas na UTIN (Valansi & Morsch, 2004). O oferecimento desses cuidados pode favorecer o enfrentamento adaptativo, uma vez que a presença de uma nova vida completamente

dependente já impõe a necessidade de adaptação, a qual varia individualmente (Reis & Santos, 2013). A ausência deste tipo de atenção pode facilitar a ocorrência de um enfrentamento mal adaptativo, com estratégias de enfrentamento de delegação, isolamento, desamparo, fuga, submissão e oposição, por exemplo (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2009).

Compreende-se, portanto, que as dificuldades no enfrentamento transpõem as expectativas frustradas do filho “idealizado”. Deve-se estender os cuidados após o nascimento e durante a fase de luta pela vida, na qual, uma atividade simples, natural e relevante como o amamentar, é fragilizada em virtude das limitações gástricas, digestivas e nutricionais (Serra & Scochi, 2004).

Para ajudar nesse processo, políticas públicas têm sido implantadas. Em 2001, o Ministério da Saúde, ao propor a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, através do Método Canguru, estabeleceu que especial atenção deve ser dada no sentido de estimular a entrada dos pais na UTIN, incentivando o contato pele a pele, de modo gradual e agradável a ambos. Deve-se trabalhar também para o estímulo à lactação e a participação dos pais nos cuidados do bebê (Brasil, Ministério da Saúde, 2001). Essa legislação se apoia em pesquisas retratando os inúmeros benefícios da presença da família no desenvolvimento e enfrentamento da internação em UTIN (Gaíva & Scochi, 2005; Molina, Varela, Castilho, Bercini, & Marcon, 2007; Morsch & Delamonica, 2005; Tronco, Paula, Padoin, & Langendorf, 2010). Contudo, a situação em nossa realidade não mudou muito, havendo na maioria dos hospitais restrição e controle de visitas por normas rígidas, justificadas com frequência pela execução de procedimentos invasivos, horário da visita médica, espaço físico pequeno e escassez de recursos humanos (Gaíva & Scochi, 2005).

A situação se agrava quando observamos os outros membros da família, uma vez que poucos são os serviços hospitalares que permitem a entrada de outras pessoas que não os pais. Morsch e Delamonica (2005) atentam para a insegurança que o irmão de um recém-nascido internado em UTIN pode sofrer, alertando sobre as

alterações de rotina, como, por exemplo, a necessidade de mudança provisória para a casa dos avós, a mudança de quarto, a ausência da mãe na saída da escola, a frustração e tristeza por não levarem o bebê para a casa, aliados à ausência dos pais. O sofrimento pode se estender a todos da família, sendo importante a compreensão de tal aspecto, dada a relevância das implicações do estresse no desenvolvimento (Barros, 2010; Feldman et al., 2002; Formiga et al., 2004; Melnyk, Feinstein, & Fairbanks, 2006).

Estudos de natureza sociocultural discutem questões referentes aos sentimentos, preocupações e expectativas dos familiares de bebês internados em UTIN (Centa et al., 2004; Klaus & Kennell, 1993; Padovani et al., 2004; Padovani, Linhares, Pinto, Duarte, & Martinez, 2008; Tronco et al., 2010). Esses estudos enfatizam a dimensão individual na assistência, fato que revela a importância da equipe de saúde incentivar e facilitar a presença e a postura ativa dos pais durante a internação hospitalar. Entretanto, segundo Valansi e Morsch (2004), intervir nesse momento pressupõe o conhecimento dos aspectos peculiares desse período. É um momento que traz consigo demandas únicas e pontuais, requerendo também o respeito e reconhecimento da experiência particular de cada família no enfrentamento da internação de um bebê.

Não atender a essas demandas tem consequências. O próprio Ministério da Saúde (2001), por exemplo, adverte acerca das consequências do distanciamento dos pais de bebês pré-termo, explicando que tal condição pode aumentar o nível de estresse do bebê, aumentando assim o nível de cortisol, fato que pode danificar o metabolismo, a imunidade e o cérebro do bebê. Estudos recentes sobre os impactos do “estresse tóxico” no desenvolvimento indicam que uma estimulação excessiva ou prolongada do sistema fisiológico de gerenciamento do estresse, na ausência de suporte dos adultos, pode levar a um menor desenvolvimento do cérebro, entre outras consequências (Garner et al., 2012; National Scientific Council on the Developing Child, 2010). As crianças nascem com predisposições programadas para reagir ao

estresse e relações de intimidade são consideradas fundamentais para o atendimento das necessidades das crianças, sendo primordiais ao desenvolvimento do processo de enfrentamento (Skinner & Wellborn, 1994).

Nessa relação mãe-bebê, é importante considerar que a construção do papel materno é um processo cognitivo-afetivo complexo, com origem fundada na própria experiência enquanto filha, processada ao longo da gestação (Carmona et al., 2011). É um processo que se estende a uma série de agenciamentos sociais, como cultura e ciência, que determinam e modelam as concepções e práticas relacionadas à maternagem (Moura & Araújo, 2004). Sendo assim, é importante considerar a particularidade daqueles que estão vivenciando a internação de um bebê em UTIN, fato que pode potencializar os resultados da atenção ao neonato e à sua família, minimizando assim as dificuldades no desenvolvimento do cuidado familiar (Tronco et al., 2010). Inclui-se nestas particularidades analisar o uso de estratégias religiosas para o enfrentamento, tema do presente estudo.

Para que se possa avaliar e intervir no processo de enfrentamento de mães com bebês internados em UTIN, considerando o modelo de enfrentamento como aqui proposto, segundo a *Motivational Theory of Coping* (Teoria Motivacional do *Coping* - TMC) (Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003; Skinner & Wellborn, 1994), devem ser avaliados também o suporte social percebido pelas mães e as variáveis neonatais e sociodemográficas.

A experiência de uma mãe com bebê internado em UTIN pode representar ameaça a qualquer uma das três necessidades básicas - relacionamento, competência e autonomia - uma vez que o tempo e as condições da internação podem afastá-la da vida social o que pode influenciar na interação entre mãe e bebê e aleitamento (Guimarães, 2010; Guimarães, Paula, & Enumo, 2013; Morgado et al., 2013; Müller & Silva, 2009; Roseiro & Paula, 2013; Serra & Scochi, 2004), podendo implicar também na falta recursos ou informações importantes para os cuidados referentes ao bebê. A

percepção de ameaça em relação a internação em UTIN, pode representar ainda a falta de autonomia com relação à evolução da saúde do bebê (Ramos, 2012).

Diante desse contexto ameaçador, a religiosidade e a espiritualidade têm sido destacadas por diversas pesquisas como recurso de enfrentamento (Gobatto & Araújo, 2010; Koenig, 2001; Panzini & Bandeira, 2007; Pargament, 2007; Taunay et al., 2012). Mediante o ambiente estranho e tecnológico da UTIN, as dificuldades e riscos que ele indica e a aceitação/enfrentamento da morte, caso ocorra, o apego religioso e a fé podem ser suportes para o enfrentamento deste momento (Ramos, 2012; Vêras, Veira, & Morais, 2010).

Lamy et al. (2011) esclarecem que o uso da religiosidade/espiritualidade pode se expressar através da crença em um Deus facilitador na recuperação do bebê, que dá forças para que consigam permanecer junto do filho internado em UTIN mediante a tantos desafios. Na fase inicial, quando o medo da morte e de notícias ruins está mais presente, a fé oferece consolo e traz esperança, enquanto que, na fase final da internação, Deus ocupa um lugar de coparticipante e determinante do resultado positivo de tal condição.

Nesse sentido, o processo pelo qual as pessoas usam a fé, a espiritualidade ou a religião para tentar entender e/ou lidar com as exigências pessoais ou situacionais é denominado *coping* religioso-espiritual (Pargament, 1997). Já as crenças referem-se ao modo pelo qual as pessoas percebem o mundo, baseado na história genética e social, podendo facilitar ou não, a resolução de um problema (Wright, Watson, & Bell, 1996).

O bom cuidado individualizado à família tem sido apontado como um preditor positivo ao desenvolvimento e à saúde do bebê, protegendo a integridade do sistema nervoso, preservando habilidades e competências evolutivas, estabelecendo vínculos afetivos seguros e estáveis (Feldman et al., 1999; Lamy et al., 2011; Ministério da Saúde, 2001). Tendo em vista o sentimento de impotência frente à recuperação do filho, o uso da religiosidade/espiritualidade se apresenta como forma efetiva de

amparo e esperança (Crepaldi, 1998, Faria & Seidl, 2005; Goulart, Somarriba & Xavier, 2005; Ramos, 2012; Vêras et al., 2010).

O uso da religiosidade e da espiritualidade é considerado, portanto, como uma forma de enfrentamento. Esta pode ter ou não função adaptativa, ou positiva ou negativa segundo a classificação de Pargament (1997). No primeiro caso, positivo, refere-se a um enfrentamento com melhores preditores de saúde, maior suporte social e menores índices de desordens emocionais e comportamentais; no segundo caso, há uma inversão desses aspectos. O processo de estresse e enfrentamento será melhor apresentado posteriormente em tópicos separados.

1.1. Processos de estresse e enfrentamento

O estresse é um termo derivado da Física, referindo-se à soma de forças que atuam contra quaisquer resistências (Petersen, Bauer, & Koller, 2004). Na Saúde, este constructo surge a partir do conceito de Síndrome de Adaptação Geral, descrito por Hans Selye [1907-1982]. Este descreve o estresse como uma resposta corpórea geral e inespecífica do organismo a um estímulo físico ou psicológico nocivo (Selye, 1946).

As fontes de estresse podem ser externas, tratando-se de eventos que ocorrem fora do organismo da pessoa, mas que afetam diretamente a vida; ou por fontes internas, com eventos que ocorrem dentro do organismo, como, por exemplo, pensamentos, expectativas irrealistas e crenças (Lipp & Malagris, 2001). Considerado pela *Teoria Psicológica do Estresse* a partir do modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984), este conceito deve ser compreendido de modo relacional, ou seja, pela avaliação que a pessoa faz do ambiente como excedendo ou não seus recursos de enfrentamento, e que pode ser percebido pela pessoa como um estímulo que danifica (*harm*), ameaça (*treath*) ou desafia (*challenge*) seu bem-estar. O *dano* se refere ao prejuízo psicológico que já aconteceu, enquanto a *ameaça* é antecipação de

um dano que está prestes a acontecer, e o *desafio* ocorre quando a pessoa percebe o estímulo como uma condição que ela pode controlar por seus próprios recursos.

Essa concepção sobre o estresse, portanto, o define como uma resposta a uma situação percebida pelo indivíduo como algo que ultrapassa seus recursos para enfrentá-la (Aldwin, 2009; Lazarus & Folkman, 1984). Contudo, o estresse nem sempre traz consequências negativas às pessoas, uma vez que ele pode oferecer uma oportunidade para a pessoa exercitar suas competências (Skinner & Wellborn, 1994). Assim, o mais importante nos estudos de estresse não é saber se ele é bom ou ruim, mas é saber em que condições sociais e pessoais ele é prejudicial ou útil (Lazarus & Folkman, 1984).

Eventos estressantes podem ser prejudiciais, toleráveis, ou benéficos, dependendo da intensidade da resposta física provocada pelo evento estressor e do tempo que ela dura. Isto depende se a experiência estressante é controlável, com que frequência e por quanto tempo o sistema de estresse do organismo foi ativado no passado e da rede de suporte social disponível. Assim, o impacto do evento estressante depende mais de características individuais do que da própria natureza do evento estressor (National Scientific Council on the Developing Child, 2009).

De acordo com esta abordagem (National Scientific Council on the Developing Child, 2010) o estresse tóxico exerce um papel importante no desenvolvimento cerebral. Ele é definido pela ativação excessiva ou prolongada do sistema fisiológico do gerenciamento do estresse. Muitos fatores e experiências ambientais não hereditárias têm o poder de marcar quimicamente genes e controlar suas funções. Essas influências criam uma nova paisagem genética, conhecida por epigenoma. Experiências que mudam o epigenoma no início da vida, quando as células de órgãos, como o cérebro, coração e rins, estão se desenvolvendo, pode ter um impacto sobre a saúde física e mental para a vida toda, afetando o quão bem ou mal responderão ao estresse como adultos, aumento de riscos de doenças do adulto.

Os conceitos de estresse e enfrentamento estão intimamente relacionados. *Coping* é um termo em inglês, utilizado para definir comportamentos emitidos para lidar com perigo, inimigo, situações ameaçadoras ou problemáticas (Gimenes, 2000). Em português, significa “lidar com”, referindo-se ao conceito de “enfrentamento” ou estratégias de enfrentamento (*ways of coping*) apresentadas diante de condições de estresse.

A origem das primeiras compreensões acerca do enfrentamento funda-se nas teorias psicodinâmicas, na qual é compreendido como estilos hierárquicos por autores da Psicologia do Ego. Esta concepção baseia-se na formulação psicanalítica do desenvolvimento humano e utiliza dos conceitos de mecanismos de defesa, que são dirigidos principalmente para conflitos internos (Aldwin, 2009).

No entanto, devido às inúmeras críticas (Aldwin, 2011; Antoniazzi, Dell’Aglia, & Bandeira, 1998; Lazarus, 1993), foi proposto um *modelo cognitivo do estresse e enfrentamento*, no qual este último passa a ser compreendido como um processo resultante da interação entre o indivíduo e o ambiente. Nesse processo, ocorrem “[...] *mudanças constantes nos esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais*” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141). A abordagem cognitiva define o enfrentamento como as mudanças constantes nos esforços cognitivos e comportamentais das pessoas na tentativa de lidar com demandas internas ou externas, avaliadas como excedendo os recursos pessoais para o enfrentamento (Lazarus & Folkman, 1984). Baseia-se em quatro pressupostos:

- 1) o processo de enfrentamento depende de sua avaliação da situação;
- 2) as escolhas pelo modo de enfrentamento são flexíveis e podem se modificar de acordo com as demandas do problema;
- 3) enfrentamento incluem tanto estratégias focadas na solução do problema, quanto no controle da emoção;

4) deve-se identificar quais estratégias de enfrentamento são utilizadas em situações específicas e as condições em que as estratégias podem ou não promover a adaptação positiva (Aldwin, 2009).

Para Lazarus e Folkman (1984), o processo de enfrentamento pode apresentar-se segundo duas categorias funcionais, sendo analisadas pelo propósito ou finalidade:

1) as estratégias focalizadas no problema buscam definir o problema, encontrar soluções alternativas para controlar ou alterar a situação que gerou o estresse;

2) as estratégias focalizadas na emoção são tentativas para se manter otimista, incluindo comportamentos de distanciamento, reavaliação positiva, visando à regulação da perturbação emocional e envolvendo apenas mudança no significado da situação (Lazarus & Folkman, 1984).

Embora esta seja a perspectiva teórica de maior impacto na área, recebeu críticas, pois muitas estratégias de enfrentamento podiam ser classificadas em ambas as categorias. Ao longo do tempo, surgiu outra abordagem, a *Teoria Motivacional do Coping* (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994). Esta considera que estressores são eventos que ameaçam ou desafiam as necessidades básicas de vinculação com outras pessoas, de competência e de autonomia, assim definidas:

- a) *Necessidade de relacionamento*: necessidade de ter relacionamentos próximos com outras pessoas e sentir-se seguro e conectado, ter autoestima e capacidade de amar;
- b) *Necessidade de competência*: conseguir ser efetivo em interações com o ambiente, alcançando resultados positivos e evitando negativos;
- c) *Necessidade de autonomia*: refere-se à capacidade de escolha, de determinar o próprio plano de ação (Skinner & Wellborn, 1994).

Esta nova abordagem tem caráter desenvolvimentista, compreendendo que o nível de desenvolvimento influencia na capacidade de enfrentamento (Zimmer-

Gembeck & Skinner, 2009). O processo de enfrentamento passa a ser entendido como ação regulatória, que consiste na capacidade de monitorar o próprio comportamento em resposta a diferentes situações (Sameroff, 2009). De acordo com esta análise, o enfrentamento precisa ser entendido por seus antecedentes e por suas consequências, como uma análise funcional do comportamento, no qual os antecedentes são os recursos de enfrentamento – são condições que estão disponíveis para indivíduo enfrentar o estressor - e as consequências do enfrentamento e os efeitos a curto e longo prazo podem ser analisados enquanto processos adaptativos ou mal adaptativos (Skinner & Wellborn, 1994).

Os autores da abordagem do enfrentamento como ação regulatória propuseram um sistema estrutural e hierárquico que apresenta o relacionamento entre os comportamentos de enfrentamento, as estratégias de enfrentamento, as famílias de enfrentamento e o processo adaptativo (Skinner et al., 2003) (Figura 1).

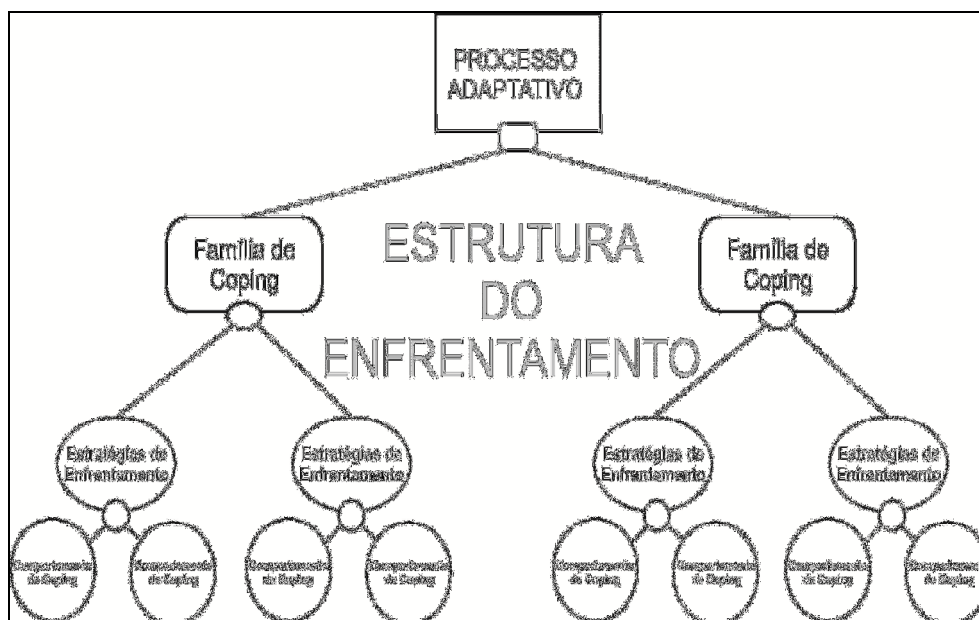


Figura 1. Hierarquia da estrutura do enfrentamento segundo a Teoria Motivacional do Coping. Fonte: Ramos (2012, p. 57, em tradução livre do texto de Skinner et al., 2003), p. 218).

Na base do esquema (nível “inferior”), são apresentados os comportamentos de enfrentamento ou *instâncias de enfrentamento*, descritos por aquilo que as pessoas

fazem ou pensam ao lidar com condições que consideram estressantes. Acima, estão as *estratégias de enfrentamento* (EE), são as categorizações dos comportamentos de enfrentamento a partir de seu propósito, significado ou valor funcional. No nível mais alto, estão as *famílias de enfrentamento*, que são as classificações das EE que fazem ligação com os processos adaptativos e são multidimensionais e multifuncionais (Skinner et al., 2003; Ramos, 2012) (Figura 1).

As famílias de enfrentamento contemplam as funções adaptativas e de baixa ordem. Diferentes estratégias de enfrentamento são utilizadas, dependendo da avaliação do estressor, que pode ser percebida como *ameaça* ou *desafio*, sendo as estratégias dirigidas ao *self* (si mesmo) ou ao *contexto* (Skinner et al., 2003). As 12 famílias de enfrentamento, suas definições e exemplos de estratégia de enfrentamento são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. *Definição das 12 famílias de enfrentamento e exemplos de estratégias de enfrentamento*

Famílias de Enfrentamento	Definição	Exemplos de Estratégias de Enfrentamento
1. Autoconfiança	Proteger recursos sociais disponíveis usando...	... Regulação emocional, regulação comportamental, expressão emocional, aproximação emocional.
2. Busca de Suporte	Usar recursos sociais disponíveis por meio de...	... Busca de contato, busca de conforto, ajuda instrumental, referenciamento social.
3. Resolução de problemas	Ajustar ações para ser efetivo incluindo...	... Planejar estratégias, ação instrumental, planejamento, domínio.
4. Busca de informações	Encontrar contingências adicionais	Ler, observar, perguntar a outros.
5. Acomodação	Ajuste flexível de preferências às opções disponíveis por meio de...	... Distração cognitiva, reestruturação cognitiva, minimização, aceitação.
6. Negociação	Encontrar novas opções usando...	... Barganha, persuasão, estabelecimento de prioridades.
7. Delegação	Limitação no uso de recursos por meio de...	... Reclamação, autculpa, lamentação, busca de suporte mal adaptativo.
8. Isolamento	Afastamento de contextos sociais não apoiadores por meio de...	... Afastamento social, evitação de outros, dissimulação, "congelar" /paralisar.
9. Desamparo	Encontrar limites para a ação por meio de...	... Confusão, interferência cognitiva, exaustão cognitiva, passividade.
10. Fuga	Fugir de ambientes não contingentes por meio de...	... Afastamento mental, negação, pensamento desejoso.
11. Submissão	Desistir de preferências por meio de...	... Ruminação, pensamentos intrusivos, perseveração rígida.
12. Oposição	Remover obstáculos por meio de...	... Culpar outros, projeção, agressão, desafiar.

Nota. Ramos (2012, p. 63, em tradução livre baseada em Skinner e Zimmer-Gembeck, 2007; 2009; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Skinner et al., 2003).

Cada *família* representa uma classe de preocupações organizadas em padrões de respostas ou tendências de ação, que podem envolver diversas categorias tanto de baixa quanto de alta ordem. A apresentação acerca de como podem ser organizadas a partir da percepção do estressor (Tabela 2).

Tabela 2. As 12 famílias de enfrentamento segundo a Teoria Motivacional do Coping

	RELACIONAMENTO		COMPETÊNCIA		AUTONOMIA	
	DESAFIOS ao SELF	DESAFIOS ao CONTEXTO	DESAFIOS ao SELF	DESAFIOS ao CONTEXTO	DESAFIOS ao SELF	DESAFIOS ao CONTEXTO
C O M P O R T A M E N T O	Autoconfiança	Busca de suporte	Resolução de problemas	Busca de informações	Acomodação	Negociação
	Assumir/arcar	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
O R I R R I N T A C Ã O	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	AMEAÇAS AO CONTEXTO	AMEAÇAS AO SELF	AMEAÇAS AO CONTEXTO
C O M P O R T A M E N T O	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
O R I R R I N T A C Ã O	Abandono Irritação	Desconectar-se	Pânico Confusão	Procrastinação	Obsessão Ruminação Pensamentos intrusivos	Vingança

Fonte: Ramos (2012, p. 61, em tradução livre do texto de Skinner et al., 2003, p. 239, para uso em pesquisa).

Primeiramente, ocorre a avaliação em termos de *ameaça* ou *desafio*, no qual, o primeiro conjunto de famílias se refere à necessidade de Relacionamento. Se o estressor é percebido enquanto *desafio*, as famílias relacionadas serão a da *Autoconfiança* e *Busca de suporte*. Se percebidos enquanto *ameaça*, as famílias relacionadas serão *Delegação* e *Isolamento*. O processo adaptativo em jogo é coordenação da confiança e dos recursos sociais disponíveis (Tabela 2).

O segundo conjunto de famílias de enfrentamento se refere à necessidade de Competência. Neste, se o estressor é percebido enquanto *desafio*, as famílias relacionadas serão *Resolução de problemas* e *Busca de informações*; se percebido enquanto *ameaça*, as famílias relacionadas serão *Desamparo* e *Fuga*. O processo adaptativo em jogo é a coordenação de ações e contingências.

O terceiro conjunto de famílias de enfrentamento refere-se à necessidade de Autonomia. Se o estressor for percebido enquanto *desafio*, as famílias relacionadas serão *Acomodação* e *Negociação*; se *ameaça*, serão *Submissão* e *Oposição*. O processo adaptativo em jogo é a coordenação de preferências e opções disponíveis (Skinner et al., 2003; Ramos, 2012). A explicação apresentada pode ser ilustrada através da Tabela 3.

Tabela 3. *Relações entre as famílias de enfrentamento, sua função e os processos adaptativos*

Família de Enfrentamento adaptativo	Função da família no processo adaptativo	Processo
1. Autoconfiança	Proteger recursos sociais disponíveis.	
2. Busca de suporte	Usar recursos sociais disponíveis.	Coordenar a confiança e os recursos sociais disponíveis.
3. Delegação	Encontrar limites de recursos.	
4. Isolamento	Afastar-se de contexto no qual não há suporte.	
1. Resolução de problemas	Ajustar ações para ser efetivo.	
2. Busca de informações	Encontrar contingências adicionais.	
3. Desamparo	Encontrar limites das ações.	
4. Fuga	Fuga de ambiente não contingente.	
9. Acomodação	Flexibilidade para ajustar preferências e opções.	Coordenar preferências e opções disponíveis.
10. Negociação	Encontrar novas opções.	
11. Submissão	Desistir de preferências.	

Fonte: Ramos (2012, p. 64, em tradução livre do texto de Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007, p. 126, para uso em pesquisa).

As EE visam à restauração ou restabelecimento da satisfação das necessidades e os resultados efetivos do enfrentamento são presumidos pela modificação ou ajustamento do estresse. O enfrentamento considerado efetivo deve, no curto prazo, aliviar a angústia e, no longo prazo, promover desenvolvimento social, cognitivo e da personalidade, três tipos de desenvolvimento que envolvem transformação do eu e do contexto (Skinner & Wellborn, 1994).

Nesse processo de lidar com estressores, pode ocorrer o chamado *coping transformacional*. Trata-se de uma atitude otimista frente ao evento estressante, podendo acarretar em mudanças de valores, visões de mundo, estilos de vida, conversão espiritual, diminuindo tensões e o estresse negativo (Maddi, 2002; Wong, Wong, & Scott, 2006). Pode ser relacionado à estratégia de enfrentamento de *reestruturação cognitiva*, ligada à família de *Acomodação* (Skinner et al., 2003).

Entre essas diversas formas de enfrentamento do estresse, tem-se o enfrentamento religioso-espiritual. O tipo de enfrentamento pode ser classificado dentro de diferentes “famílias”, sendo, portanto, necessária uma análise cuidadosa acerca da função que esta estratégia ocupa. Essas funções podem ser resposta a *desafios* - respostas de caráter ativo, positivo e orientadas em direção à situação ou atividade. Podem também ser resposta a *ameaças* - respostas emocionalmente negativas, orientadas em direção ao evento ou atividade, podendo ser passivas ou ativas. As respostas às *ameaças* objetivam lutar pelas necessidades, e diferenciam das respostas aos desafios pelo tom de ansiedade e privação. Essas relações são discutidas no tópico seguinte.

1.2. O enfrentamento religioso-espiritual

A religião ocupa um espaço importante na vida e na ciência, uma vez que há certo consenso de que a religião é uma importante instância de significação e ordenação da vida, de seus revezes e sofrimentos. Mostra-se fundamental em momentos de maior impacto para os indivíduos, como perda de pessoas próximas, doença grave, incapacitação e morte (Dalgarrondo, 2008). De igual importância, ambas de frente a tais impactos, mobilizam-se: a religião, ocupando-se em atribuir “sentido”; e a ciência, buscando explicar a “causalidade” (Hefner, 1997). De um modo ou de outro, é fato que:

[...] o homem continua buscando entender a si próprio, entender o mundo e as atrocidades que são mostradas, e carecendo de se apropriar de um lugar, uma explicação ou uma referência para continuar sua vida, sem desintegrar-se em seu cotidiano cheio de desafios e oposições à sua felicidade e paz. (Lessa, 2008, p. 39).

Paiva (2007) esclarece que a relação entre Psicologia, religião e ciência é uma questão que assume diversas feições, na medida em que a Psicologia tem uma dimensão que aproxima das Ciências Naturais e Biológicas e outra dimensão que a aproxima das ciências históricas e hermenêuticas. Porém, estas dimensões não podem ser entendidas como separadas uma da outra, tal fato demonstra-se pelas pesquisas entre neurociência e religiosidade/espiritualidade (Cescon, 2011; Mendes & Tedrus, 2012).

Mediante essas considerações, compreende-se que há diversas razões para estudar a religiosidade e sua influência na saúde e no enfrentamento de condições de vida difíceis. Uma delas refere-se à observação acerca dos aspectos culturais que influenciam o modo como as pessoas vivenciam a espiritualidade (Gobatto & Araujo, 2010). Este é um quadro mais frequente em países latino-americanos, com forte tradição religiosa (Dalgarrondo, 2008).

O Brasil é um país de rica diversidade cultural e, portanto, de diversas tradições religiosas. O último levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010a) aponta uma população brasileira composta por mais de 190 milhões de pessoas. Desse total, somente 8% declaram não ter nenhuma religião, semelhante a países como os Estados Unidos da América (7% da população de 309 milhões de habitantes) (Gallup, 2000) ².

Mesmo com esse perfil, quando se observa a produção científica brasileira acerca da religiosidade, apesar do crescente número de estudos, ainda são poucos. Em uma revisão de publicações nacionais utilizando os descritores “religião” e “saúde”, foram encontrados, na base de dados *Scientific Eletronic Library On Line* (SciELO), 125 resultados, comparados a 10.612 em base de produção internacional (Foch, Silva, & Enumo, 2014).

Estes dados apresentam a importância da religiosidade, uma vez que ela é utilizada para mediar processos da vida, fato que a torna relevante para estudos como este, que visa compreender como a religiosidade e a espiritualidade fazem a mediação do processo de enfrentamento de condições estressantes, como, por exemplo, o risco à saúde de neonatos.

É importante distinguir religiosidade e espiritualidade, a primeira refere a uma relação pessoal com Deus que se mostra por meio de rituais que ocorrem através de práticas sociais vinculadas a doutrinas coletivas e comportamentos morais e espirituais específicos. A espiritualidade relaciona-se a uma experiência mais pessoal, a questões religiosas mais independentes, podendo ocorrer dentro ou fora da religião (Camboim & Rique, 2010; Dalgalorrondo, 2008; George, Larson, Koenig, & McCullough, 2000; Vandenberghe, 2005). Panzini e Bandeira (2007) esclarecem que a utilização distinta dos termos religião e espiritualidade cresceu nos últimos anos, surgindo a partir de 1997 um movimento discutindo e buscando diferentes

² Gallup. Recuperado em 23 de abril de 2013 de <http://www.gallup.com/poll/1690/religion.aspx>

conceituações/operacionalizações dessas palavras, visando ter uma linguagem teórica uniforme.

Neste trabalho, não serão diferenciadas a religiosidade e a espiritualidade, em função do foco estar na função e avaliação do uso de comportamentos religiosos e espirituais frente a uma condição considerada estressante. Sob este ângulo, o foco será no enfrentamento religioso-espiritual, que se refere ao uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a solução de problemas e prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas de circunstâncias de vida estressantes (Pargament, 1997).

Este conceito do enfrentamento religioso-espiritual está inserido em diversas áreas, como a Psicologia Cognitivo-Comportamental, Psicologia da Religião, Psicologia Positiva, Psicologia da Saúde e no escopo de estudos sobre religião e saúde, Medicina e espiritualidade, tendo sido delineado a partir da abordagem cognitivista do estresse e do enfrentamento (Panzini & Bandeira, 2007). Pargament (1997) define enfrentamento a partir da perspectiva da Psicologia da Religião, que se dedica ao estudo do comportamento religioso, comportamento que se refere a um objeto transcendente, que, na cultura ocidental, é denominado “Deus”. O enfrentamento é compreendido como uma busca por significado em tempos de estresse, sendo um processo através do qual os indivíduos procuram entender e lidar com as demandas significantes de suas vidas. Considera ainda que, quando as pessoas utilizam a religião ou espiritualidade para lidar com o estresse, ocorre o enfrentamento religioso-espiritual.

Aldwin (2009) esclarece que a religião pode fornecer pelo menos a ilusão de controle mediante circunstâncias incontroláveis, ter o poder de transformar a vida das pessoas e ainda ser um elemento de apoio social. O papel da religião pode ser encontrado em todas as fases do processo de enfrentamento, incluindo as funções de enfrentamento; eventos de vida críticos e avaliações desses eventos, métodos de enfrentamento, e os resultados do enfrentamento (Pargament, 2011).

Pargament, Koenig e Perez (2000) consideram que o enfrentamento religioso tem cinco funções principais: busca por significado, controle, conforto espiritual, intimidade com Deus e com outras pessoas, e transformação da vida, conforme as definições a seguir:

1) a *busca por significado* pode ser compreendida pelo uso de explicações religiosas para atribuição de sentido sobre o estresse vivenciado;

2) o *controle*, pelo uso da fé ou de qualquer elemento da religiosidade para tentar administrar o estresse percebido;

3) o *conforto espiritual* como o sentimento de aconchego, de consolo pela fé;

4) a *intimidade com Deus e com outras pessoas* ocupa a função de sentimento de proteção e apoio de Deus e de iguais; e

5) a *transformação* tem a função de viabilizar mudança na vida da pessoa pelo uso da fé.

É importante atentar para a diferença entre *coping transformacional* e a *função de transformação* do enfrentamento religioso-espiritual sugerida por Pargament et al. (2000). O *coping transformacional* é capaz de alterar a vida da pessoa e a forma como ela enfrenta os estressores, seja isso feito mantendo-se EE adaptativas, ou aprendendo com os erros e diminuindo a frequência de EE mal adaptativas, até que esses comportamentos entrem em extinção. Em contrapartida, a *função de transformação* está relacionada apenas aos aspectos religiosos-espirituais em que a mudança na vida da pessoa se dá pelo uso da fé.

Seria um equívoco pensar que o enfrentamento religioso-espiritual é uniformemente vantajoso. Frente a estas diferentes funções do enfrentamento religioso, Pargament (1997) classificou as estratégias em positivas e negativas. As categorizações entre estratégias positivas e negativas são avaliadas e representadas por seus resultados.

As EE religiosas-espirituais positivas representam a expressão de um relacionamento seguro com Deus, de uma crença de que existe um sentido maior a

ser encontrado na vida e de um senso de conectividade espiritual com outras pessoas. As estratégias de enfrentamento positivas contemplam estratégias como buscar apoio/suporte espiritual, resolver problemas em colaboração com Deus, redefinir o estressor de forma benevolente, buscar ajuda/conforto na literatura religiosa, buscar perdoar e ser perdoado, orar pelo bem estar dos outros, buscar ajuda do clero e membros da instituição religiosa, entre outras (Koenig, Pargament, & Nielsen, 1998; Pargament et al., 2000; Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998). Entre os diversos benefícios proporcionados pela utilização de estratégias positivas de enfrentamento religioso-espiritual, Gobatto e Araujo (2010) sugerem maior adesão ao tratamento, esperança e redução de sintomas depressivos, produção de sentido/propósito da vida, reforçando ainda a facilitação do acesso a redes de suporte e integração social.

Já as estratégias de enfrentamento religioso-espiritual negativas refletem uma relação oposta com Deus, envolvendo EE que geram consequências prejudiciais ao indivíduo, como questionar existência, amor e atos de Deus, sentir insatisfação ou descontentamento em relação a Deus ou sua instituição religiosa (por exemplo, sentir que Deus o abandonou), presença de conflitos interpessoais com membros do grupo religioso (como por exemplo, julgamento de outros na congregação), duvidar dos poderes de Deus para interferir na situação estressora, delegar a Deus a resolução dos problemas, a crença de um Deus punitivo (Koenig et al., 1998; Pargament et al., 1998, 2000). Do uso de estratégias negativas de enfrentamento pode decorrer usos impróprios de serviços de saúde, orientando as pessoas de maneira rígida e inflexível, desestimulando a busca por cuidados médicos; quando usada para induzir culpa, vergonha, medo ou justificar raiva e agressão; como agente de controle social, pode ser restritiva e limitante, isolando socialmente aqueles em desacordo com os padrões religiosos (Almeida & Stroppa, 2010; Alves, Alves, Barbosa, & Souto, 2010; Koenig, 2001; Panzini & Bandeira, 2007).

Mediante esta apresentação que elucida a variedade de usos do enfrentamento religioso-espiritual, fica claro o que Pargament (1997) afirmou sobre este não poder

ser definido meramente comportamentos defensivos/passivos, focados na emoção ou como forma de negação, como proposto nas primeiras compreensões acerca do enfrentamento. Kohlsdorf e Costa Jr. (2008) advertem ainda que o uso de estratégias de enfrentamento religioso-espiritual deve também ser problematizado enquanto função comportamental que exerce. Para isso, devem ser considerados os recursos disponíveis para o enfrentamento do estresse e analisadas as consequências das estratégias utilizadas no curto e longo prazo, para que então se possa classificar o uso de tais estratégias como estratégias de enfrentamento adaptativas ou mal adaptativas em relação ao estresse (Skinner & Wellborn, 1994).

De acordo com o modelo de avaliação cognitiva proposto por Lazarus (1984), a partir das funções que exerce, o enfrentamento pode ser classificado como: a) estratégias focadas no problema – ações práticas mediante o estressor; b) focadas na emoção – ações que tendem a regulação da resposta emocional (Folkman & Lazarus, 1980).

Adotando esta classificação, com base nas estratégias focadas no problema, Pargament et al. (1988) propuseram três padrões de enfrentamento religioso-espiritual:

1) Autodireção (*selfdirecting*): considera o sujeito ativo e Deus com caráter passivo na resolução de problemas, sendo Aquele que dá liberdade e meios para que o sujeito tome controle sobre sua vida;

2) Delegação (*deferring*): sujeito passivo esperando que Deus solucione seus problemas;

3) Colaboração (*collaborative*): tanto sujeito quanto Deus são ativos, havendo parceria na resolução dos problemas. Posteriormente, Pargament (1997) sugeriu um quarto estilo de enfrentamento religioso-espiritual: Súplica (*pleading*), no qual o sujeito roga a Deus, tentando influenciá-lo para que Ele intervenha e resolva o problema.

Pargament (1997) afirma que existem três meios pelos quais a religião pode estar envolvida no processo de enfrentamento: a) podendo ser parte, esclarecendo que o enfrentamento de condições difíceis contempla algum tipo de uso religioso-espiritual, e que qualquer compreensão da resposta a momentos críticos, sem a apreciação da religião, é considerada incompleta; b) contribuir para o processo, sendo um recurso mediador do enfrentamento; e c) ser resultado/produto dele, ocorrendo quando a religião-espiritualidade aparecem como efeitos do processo de enfrentamento na significação da situação vivida. Estes dois últimos meios são exemplos do aspecto bidirecional do enfrentamento. O último caso ocorre quando se considera o enfrentamento religioso-espiritual em termos de “estilos” de enfrentamento, referindo mais aos resultados de enfrentamento ou características de personalidade, ao invés de referir-se às estratégias de enfrentamento como ações cognitivas/comportamentais vinculadas a fatores situacionais (Antoniazzi et al., 1998; Carver, & Sheier, 1994). É relevante considerar as funções que o enfrentamento religioso-espiritual podem ter caráter adaptativo ou não adaptativo, característica que receberá maior atenção nesta pesquisa, para a compreensão e análise do enfrentamento de mães com bebês internados em UTIN.

1.3. O problema de pesquisa

A rotina dos familiares que acompanham o bebê na UTIN é rodeada por medos, incertezas, busca por informações, ansiedade, sentimento de culpa e tantos outros sentimentos que permeiam este ambiente (Gaíva & Scochi, 2005; Morch & Braga, 2007; Ramos, 2012). Pesquisas apontam a internação de um bebê em UTIN como uma situação de estresse importante, que pode trazer consequências negativas tanto ao desenvolvimento do bebê quanto a saúde da mãe (Barros, 2010; Feldman et al., 2002; Formiga et al., 2004; Melnyk et al., 2006).

Considera-se que a condição de internação de um bebê em UTIN pode ameaçar as três necessidades psicológicas básicas dos pais, uma vez que a autonomia quanto ao cuidado do bebê é retirada ou ao menos diminuída pela necessidade de atenção médica do bebê; a necessidade de relacionamento pode ser comprometido pela rotina da família, que passa a seguir os horários impostos pela instituição; e necessidade de competência, que passa a ser relativizada pela necessidade de cuidados específicos e que não são familiares a muitas famílias. Esta é uma condição de vulnerabilidade à família, pelo risco de apresentar com isso problemas emocionais como ansiedade e depressão, fato que pode comprometer a relação mãe-bebê, trazendo consequências negativas ao desenvolvimento da criança (Barros, 2010; Correia & Linhares, 2007; Correia, Carvalho, & Linhares, 2008; Feldman et al., 2002; Formiga et al., 2004; Melnyk et al., 2006; Ministério da Saúde, 2001; Padovani et al., 2004; Pinto, Padovani, & Linhares, 2009).

As estratégias de enfrentamento utilizadas pela mãe podem facilitar ou não o processo de adaptação, o que vai depender, inicialmente, da avaliação feita do estressor. O desconhecimento prévio das condições estressantes por parte da mãe contribui para a percepção de um ambiente caótico, com base no aspecto da novidade presente nesse contexto (Skinner, 1999; Skinner & Edge, 2002b). É comum a ignorância ou baixo conhecimento sobre prematuridade, baixo peso e outras condições para internação em UTIN, bem como a associação da UTIN como um local de sofrimento e morte, o que pode tornar a internação em UTIN uma situação inesperada e de forte impacto emocional (Arruda & Marcon, 2007; Barros & Trindade, 2007; Fraga & Pedro, 2004; Guimarães, 2010; Guimarães et al., 2013; Guimarães & Monticelli, 2007; Ramos, 2012; Sousa, Silva, & Guimarães, 2008).

Devido a tantas dificuldades por que passam pais de bebês internados em UTIN, a religiosidade é uma das estratégias de enfrentamento utilizadas por esses pais, para manejar os estressores da situação. As pessoas possuem um sistema de crenças e práticas que implica na compreensão e enfrentamento de situações difíceis.

A religião é parte desse sistema (Gobatto & Araujo, 2010; Koenig, 2001; Panzini & Bandeira, 2007; Pargament, 1990, 2007). Se os indivíduos acreditam que, de algum modo, podem controlar a condição estressora, o nível de estresse tende a diminuir (Lazarus & Folkman, 1984; Skinner, 1992; Skinner & Edge, 2002b; Skinner & Wellborn, 1994).

Em famílias de crianças hospitalizadas, a crença em Deus para mudar a situação aparece em primeiro lugar enquanto estratégia para lidar com a situação (Crepaldi, 1998). Se isso ocorre, o enfrentamento da hospitalização do bebê em UTIN é visto como um *desafio* a ser superado, e a religiosidade e a fé aparecem como elementos decisivos na *percepção de controle* da situação, dando forças para suportar o sofrimento, sendo um contexto de suporte social e instrumental para o enfrentamento (Faria & Seidl, 2005; Goulart, Somarriba, & Xavier, 2005; Panzini & Bandeira, 2007; Ramos, 2012).

Dado o frequente uso de estratégias de enfrentamento religioso-espiritual por mães de bebês internados em UTIN (Borba, Ribeiro & Hauser, 2009; Faria & Seidl, 2005; Goulart et al., 2005; Lamy, Gomes, & Carvalho, 1997; Monteiro, Silva, & Silva, 2002; Ramos, 2012), propõe-se aqui a seguinte pergunta de pesquisa do tipo descritiva e de classificação (Meltzoff, 2011):

Como o enfrentamento religioso/espiritual ocorre no conjunto das estratégias de enfrentamento de mães de bebês internados na UTIN?

Espera-se que os resultados possam contribuir para a descrição e análise do enfrentamento religioso-espiritual no conjunto de EE propostos pela Teoria Motivacional do *Coping*. Como esta definição tem como base o enfrentamento de mães de bebês internados em UTIN, espera-se também que os resultados deste estudo possam subsidiar ações efetivas na promoção de saúde, facilitando a humanização no atendimento hospitalar.

1.4. Objetivos

Esta pesquisa pretendeu descrever e analisar o enfrentamento religioso-espiritual de mães de bebês internados em Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no processo de enfrentamento dessa situação de estresse.

Mais especificamente, pretendeu-se:

- 1) identificar, descrever e analisar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães de bebês internados em UTIN, segundo a Teoria Motivacional do *Coping*;
- 2) comparar a frequência do uso das estratégias religiosas/espirituais a outras estratégias enfrentamento;
- 3) Classificar os itens da Escala CRE (Panzini, 2004) segundo as famílias do enfrentamento - *Teoria Motivacional do Coping* (Skinner et al., 2003) e as cinco funções do enfrentamento religioso-espiritual proposto por Pargament et al., 2000.

2. MÉTODO

Esta é uma pesquisa do tipo descritivo-correlacional (Meltzoff, 2011). A escolha por este método decorre da complexidade existente nas discussões acerca de saúde e religiosidade, que impõe uma análise do objeto de estudo – *coping religioso-espiritual*. Este pode ser compreendido como um processo dinâmico, através de uma perspectiva multimetodológica, que permitirá uma análise mais adequada das estratégias de enfrentamento de mães com bebês internados em UTIN.

2.1. Participantes, fontes de dados e local de coleta de dados

O estudo teve uma amostra de conveniência (Meltzoff, 2011), composta por 20 mães de bebês internados na UTIN do Hospital Municipal da cidade de Araras, SP³. Este tinha 118.898 habitantes, com população estimada para 2014 de 127.661 (IBGE, 2010b). Em 2014, Araras, registrou um total de 1.387 bebês nascidos vivos, sendo que na Santa Casa, local da coleta dos dados, o número de nascidos vivos foi equivalente à 909 bebês, sendo 170 prematuros⁴.

Foram selecionadas, para compor a amostra deste projeto, as mães que preencheram os requisitos:

- 1) ser mãe do bebê internado em UTIN;
- 2) estar ciente dos objetivos da pesquisa e ter concordado, espontaneamente, em participar;
- 3) responder a todos os instrumentos psicológicos definidos na pesquisa;

Foram excluídas da amostra as mães que se enquadrarem nas seguintes condições:

- 1) não concordância em participar da pesquisa;

³ Local de residência da pesquisadora.

⁴ Dados fornecidos pela Secretaria da Saúde de Araras, referentes ao período de 01/01/2014 à 15/11/2014.

2) não responder a todas as perguntas de qualquer um dos instrumentos aplicados;

3) preenchimento inadequado do instrumento.

2.1.1. Local de coleta de dados

A coleta foi realizada no Hospital São Luiz da Santa Casa de Misericórdia de Araras, Estado de São Paulo, que, segundo dados do *site* da instituição - <http://iscma.com.br/>, declaram sua fundação em dezembro de 1905, denominando-se como associação civil sem fins lucrativos, filantrópica, de benemerência, regida por Estatuto e pelas leis vigentes na República Federativa do Brasil, sem tempo determinado para existência, com personalidade jurídica autônoma e independente de seus associados.

Este é o maior hospital que atende aos clientes do SUS - Sistema Único de Saúde, contando com 182 leitos, sendo 20 leitos Obstétricos, destes, 10 são disponibilizados ao SUS. A Unidade de Neonatologia – Tipo III conta com quatro leitos neonatais e três leitos pediátricos, todos para atendimento ao SUS (dados baseados em informações disponibilizadas pela Secretaria de Atenção à Saúde pelo cadastro nacional de estabelecimento de saúde, com atualização em 09-10-2013). Somam, no total, sete leitos. A diferenciação quanto ao número de leitos neonatais e pediátricos refere-se apenas aos faturamentos de recursos financeiros, uma vez que os leitos estão disponíveis a qualquer bebê que precise de cuidados. As visitas na UTIN acontecem das 13-14 h e das 19-20 h, podendo entrar duas pessoas por horário. A rotina da UTIN inclui atendimento e conversa aos pais durante o horário da visita, no qual é apresentado o quadro de saúde e a evolução do bebê, como o controle de peso, por exemplo.

A instituição conta com uma capela localizada próximo à recepção das visitas. Em frente à porta da UTIN, existe uma imagem do Sagrado Coração de Maria, refletindo a característica religiosa desta Instituição, uma vez que este recebe auxílio das irmãs

Canossianas da cidade. Estas conversam com os pacientes, fazem orações e prestam cuidados básicos, como a limpeza de pacientes, auxílio para ir ao banheiro, no caso daqueles que não contam com apoio familiar.

No período de coleta de dados (134 dias), havia um bebê internado na UTIN (IG = 35, MBP: 1.350 g) e outros 27 bebês deram entrada posteriormente, sendo classificados em cinco condições clínicas⁵:

- 1) *Clínico*: refere-se a bebês nascidos a termo (idade gestacional: IG entre 37 e 40 semanas de gestação), que ficam internados para cuidados especiais após o nascimento. No caso, 17 bebês foram internados nesta condição;
- 2) *Pediatra Clínico*: bebês a partir do 12º dia de vida internados em UTIN;
- 3) *Pediatra Cirúrgico*: bebês nascidos a termo, pré-termo (menos de 37 semanas de gestação) ou que sofreram intervenção cirúrgica durante o tempo de internação ou ficam internadas neste setor para recuperação cirúrgica;
- 4) *Obstetrícia*: internação na UTIN pós-internação no Setor de Obstetrícia ou ainda por danos sofridos no parto;
- 5) *Neonatal*: prematuros internados na UTIN (Tabela 4).

Tabela 4. *Tipos de internações na UTIN no período da coleta de dados (134 dias)*

Enquadramento	Entradas N	Saídas N	Óbitos f (%)	Transferências N	Permanência - dias (Média/bebê)
Clínico (a termo)	17	3	5 (29,40)	10	102 (6,00)
Pediatra Clínico	2	0	1 (50,00)	1	7 (3,50)
Pediatra Cirúrgico	0	0	0 (0,00)	1	0 (0,00)
Obstetrícia	1	0	0 (0,00)	0	0 (0,00)
Neonatal (prematuros)	7	1	3 (42,80)	3	82 (11,70)
Total	27	4	9 (33,30)	15	191 (7,00)

*Nota. Esta Tabela não inclui os dados referentes ao bebê que já estava internado no início da coleta, explicando, assim, o total de 27 bebês.

Observa-se que a maioria das internações refere-se a bebês nascidos a termo, seguido de 7 bebês internados por prematuridade. Apesar desse dado indicar direção oposta com o que se evidencia sobre o aumento do índice de nascimento prematuro, é

⁵ Nomenclaturas utilizadas pelo hospital para classificação de pacientes.

um dado relevante na medida em que indica a necessidade de atenção a outros fatores que afetam negativamente a saúde do bebê, determinando a internação em UTIN. Além disso, os óbitos ocorridos nesta amostra representam um índice alto, sendo que 5 (29,4%) do total referem-se às internações clínicas, ou seja, a bebês que nasceram a termo e com peso ideal ao nascer (Tabela 4).

Dos 28 bebês que estiveram internados neste setor no período da coleta de dados, a maioria nasceu a termo (≥ 37 semanas), sendo 8 prematuros moderados (PTM: 32–36 semanas) e com baixo peso, que permaneceram internados, em média, 11,7 dias:

- a) Extremo Baixo Peso [EBP] (Até 999 g) - 2 bebês: 795 g e 990 g;
- b) Muito Baixo Peso [MBP] (1.000 g até 1.499 g inclusive) - 2 bebês: 1.350 g e 1.470 g;
- c) Baixo Peso [BP] (1.500 g até 2.499 g inclusive) – 7 bebês, variando de 1.600 g a 2.245 g;
- d) Peso normal – (> 2.500 g) - 8 bebês, variando de 2.750 g a 3.780 g.

Os dados referentes a *saídas* são relacionados diretamente com a melhora do quadro clínico e a consequente alta da UTIN e transferência para outro setor (Pediatria, Berçário ou Obstetrícia quando ocorre da mãe ainda estar internada e o bebê ficar em alojamento conjunto). As *transferências* ocorrem quando o paciente é enviado para outro serviço/instituição, como, por exemplo, na liberação de leito em hospitais particulares que não dispunham de leitos na ocasião da internação ou ainda envio para instituição com condições de dar assistência específica caso não disponha dos recursos necessários.

Os dados referentes à *permanência* dos pacientes no período da coleta de dados apontam uma média total de 191 dias de internação, sendo os pacientes *neonatos* os de maior tempo de permanência no setor de UTIN, ficando em média 11,7 dias neste setor. A média de ocupação de leitos ($M = 7$ dias) indica que, durante

todo o período de coleta de dados, todos os leitos da UTIN desta instituição permaneceram lotados, acolhendo neste período 28 pacientes (Tabela 4).

Com essa amostra de 28 mães, não se atingiu o número pretendido inicial de participantes (N = 40), com base nos dados de internação do ano anterior, no período de quatro meses. Sete dessas mães se recusaram a participar, por motivos como: falta de tempo para continuar no hospital em razão de ter que cuidar de outros filhos; horário de saída da ambulância para retorno para sua cidade de residência; outras ainda não justificaram sua recusa em participar.

Contou-se, no final, com a participação de 21 mães. Contudo, por preenchimento inadequado dos instrumentos, foram analisados os dados de 20 mães (Tabela 5).

Tabela 5. *Descrição da composição da amostra*

Bebês internados (N = 28)	f (%)
Recusa em participar	7 (35,00)
Preenchimento inadequado de instrumentos	1 (5,00)
Total	20 (100,00)

Nota. Período: 28/04 a 08/09/2014.

2.2. Instrumentos e materiais

Para coleta de dados, foram aplicados 5 instrumentos, descritos a seguir:

1) *Ficha do Bebê*: protocolo adaptado de Ramos (2012) para registro de variáveis neonatais do bebê, tais como: data de nascimento, peso ao nascer, idade gestacional, tempo de internação na UTIN, entre outros, obtidos nos prontuários médicos dos recém-nascidos internados (ANEXO A);

2) *Questionário para Registro de Dados Gerais* (ANEXO B) – adaptado de Ramos (2012) usado para a caracterização dos participantes. É um questionário de entrevista elaborado especificamente para esta pesquisa, composto por 41 itens como: dados de identificação (iniciais do nome); idade; estado civil; escolaridade, profissão, número de filhos, questões acerca da religião, rotina das mães no hospital, vida pessoal e profissional e os

sentimentos envolvidos neste processo. Além desses dados, contempla também três questões que investigam o apoio social (questão 37 – Quem está te ajudando nos afazeres de casa: a) familiares; b) ninguém; c) familiares e vizinhos; questão 38 – De que forma estas pessoas te ajudam: a) apoio emocional; b) cuidados com a casa; c) cuidados com outros filhos; d) apoio financeiro; e) locomoção até o hospital; f) cuidados com a casa e filhos; g) apoio financeiro, cuidados com a casa e locomoção até o hospital; h) acompanhando nas visitas e cuidados com a casa; questão 39 – Qual outro tipo de ajuda tem recebido: a) emocional; b) profissional;

3) *Protocolo de Entrevista de Enfrentamento adaptado da Motivational Theory of Coping Scale-12 [MTC-12]* (Lees, 2007), para o processo de enfrentamento da hospitalização do filho na UTIN por mães (APÊNDICE A) - desenvolvido para identificação das estratégias de enfrentamento da internação do filho na UTIN.

Contém 22 perguntas no total, sendo:

a) 13 questões em escala de 5 pontos (0 = *nada*; 1 = *muito pouco*; 2 = *pouco*; 3 = *médio*; 4 = *razoável*; 5 = *muito*) abordando o quanto utiliza de cada uma das 12 famílias do enfrentamento de estresse (Autoconfiança, Busca de Suporte, Resolução de Problemas, Busca de Informações, Acomodação, Negociação, Delegação, Isolamento, Desamparo, Fuga, Submissão e Oposição) além de investigar também a percepção sobre informações e suporte social recebido; e

b) 9 questões abertas, que contemplam variados modos de enfrentamento das mães de bebês internados em UTIN, incluindo sobre o uso da religiosidade ou/e espiritualidade.

Para a análise estatística de dados, as 12 questões do tipo *likert* foram divididas conforme a função de processo adaptativo em estratégias de enfrentamento adaptativas (questões 3, 4, 5, 6, 8, 9) e mal adaptativas (questões 10, 11, 12, 13, 14 e 15). As questões referentes a EE adaptativas receberam peso positivo, e as questões referentes a EE mal adaptativas receberam peso negativo, tendo a pontuação invertida. Para um *score* total somou-se as EE adaptativas e as EE mal adaptativas já invertidas, calculando-se a mediana e erro-padrão para o grupo de participantes;

4) *Escala de Coping Religioso-Espiritual [CRE]* (Panzini, 2005) (ANEXO C) – esta escala é uma adaptação da escala americana RCOPE *Scale*, elaborada por

Pargament et al. (2000) para avaliação do enfrentamento religioso-espiritual em adultos. Sua aplicação, na versão adaptada, foi autorizada pela pesquisadora (APÊNDICE H). A versão original completa tem 21 subescalas, com cinco itens cada uma, totalizando 105 itens. Como resultado do trabalho de Panzini (2004), as análises fatoriais geraram uma Escala CRE com duas dimensões: CRE Positivo (CREP) (oito fatores, 66 itens) e CRE Negativo (CREN) (quatro fatores, 21 itens) (vide os itens para cada fator no ANEXO F). A adaptação validada apresenta uma breve introdução acerca do interesse em saber o quanto a pessoa utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse, esclarecendo também a compreensão sobre o estresse. Segue solicitando que seja descrita a maior situação de estresse vivenciado nos últimos três anos, no entanto, nesta pesquisa, foi solicitado que a pessoa que respondesse esta pergunta descrevendo os maiores estressores que ela identifica na internação do filho em UTIN e que após assinalasse as alternativas sob controle da internação do filho em UTIN. Após, segue-se uma lista de 87 afirmativas nas quais pode ser classificado via uma escala tipo *likert*, de 5 pontos, variando entre “*nem um pouco*” e “*muitíssimo*”. Sua confiabilidade é alta (alfa = 0,97) (Panzini, 2004).

Tem sido usada em pesquisas nacionais (Guerreiro, 2011; Pereira, 2012; Vitt, 2009). Foi escolhida por ser uma escala já adaptada e validada para o Brasil e atender à necessidade desta pesquisa para analisar o uso de estratégias de enfrentamento religioso-espiritual;

5) *Critério de Classificação Econômica Brasil* [CCEA], da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2014⁶) (ANEXO E): este material foi utilizado para caracterizar o nível socioeconômico das participantes a partir do estabelecimento de cinco classes econômicas, sendo as três primeiras subdivididas para possibilitar uma distribuição mais consistente com a realidade brasileira (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E).

⁶ Para o desenvolvimento da pesquisa, foi utilizada a versão 2014 lançada em janeiro deste mesmo ano.

Para a realização da pesquisa, foram necessários os seguintes materiais: folha de papel sulfite, caneta, prancheta e computador. Todos os gastos decorrentes desses materiais foram arcados com a bolsa de estudos (CAPES⁷) da pesquisadora.

2.3. Procedimento

A pesquisa foi realizada em 5 etapas descritas a seguir (Tabela 6):

Etapa Preliminar – três estudantes de Psicologia foram treinadas pela pesquisadora, formada em Psicologia em 2009, para aplicação dos instrumentos; e foi feita a equivalência dos itens da escala CRE com as 12 famílias de enfrentamento, calculando-se o índice de concordância por três juízes (APÊNDICE K);

Etapa 1 – a solicitação para consentimento livre e esclarecido para coleta de dados na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Araras (APÊNDICE C - autorização do Diretor do Hospital);

Etapa 2 - a coleta dos dados aconteceu no período de 28 de abril de 2014 à 8 de setembro de 2014 (4 meses e 10 dias);

Etapa 3 – a tabulação e análise dos dados;

Etapa 4 – a redação final, o depósito da dissertação, a redação do artigo e a devolutiva para a instituição.

O contato com as mães só era possível nos dois horários de visita da UTIN, das 13-14 h ou das 19-20 h, a abordagem das mães acontecia ao final de cada visita na porta da UTIN, num espaço reservado à troca de vestimentas para a visitação e cuidados com os bebês.

A coleta foi feita em 21 sessões, com a duração média de 55 min. Aquelas que aceitavam participar da entrevista eram dirigidas a uma sala disponibilizada pela direção da instituição localizada no corredor do Centro de Terapia Intensiva. Nesta ocasião, era apresentado o TCLE e entregue um instrumento de cada vez, explicando anteriormente como ele deveria ser respondido. Algumas entrevistadas preferiam falar

⁷ Agradecemos à CAPES pelo apoio financeiro.

enquanto a pesquisadora ou as auxiliares⁸ anotavam as informações que eram prestadas. Ao término de cada entrevista, a pesquisadora ou auxiliares agradeciam a participação e anotavam o Escore Apgar⁹ (Diniz, 1996) do bebê, com a equipe de enfermagem.

⁸ Agradecemos o apoio de três estudantes de Psicologia – Carla C. Martins, Jéssica S. Câmara e Rebeca de Menezes- na coleta dos dados.

⁹ Apgar: método de avaliação da vitalidade do recém-nascido realizado no primeiro e no quinto minuto de vida (Diniz, 1996).

Tabela 6. *Procedimento e instrumentos do estudo*

Etapas Mês/Ano	Preliminar	Etapa 1 Out./2013 a março/2014	Etapa 2 Abril-Set./ 2014	Etapa 3 Set-Out./ 2014	Etapa 4 Nov.-Dez./2014
Participantes	Estudantes de Psicologia	Direção do hospitalar	20 mães de bebês internados em UTIN	---	Instituição
Objetivos/ Atividades junto aos participantes	Treinamento dos instrumentos para coleta de dados; Validação da equiparação do CRE com as 12 categorias de enfrentamento.	---	- Contato com os participantes; - Processo de consentimento livre e esclarecido; - Aplicação dos instrumentos: 1) Questionário para registro de dados gerais; 2) CCEB; 3) Protocolo de entrevista do processo de enfrentamento das mães de bebês internados em UTIN + MTC-12; 4) Escala CRE.	---	---
Forma de aplicação	Em grupo (treino)/ individual (juízes)	Individual	Individual e em pequeno grupo	---	Individual
Objetivos/ Atividades da equipe de pesquisa	Instrumentalizar as estudantes sobre normas éticas e aplicação adequada dos instrumentos; Equivalência da Escala CRE com as 12 categorias de enfrentamento.	Processo de consentimento livre e esclarecido	- Coleta dos dados na Ficha do bebê; - Aplicação dos instrumentos	Tabulação e Análise dos dados	- Redação final - Devolutiva para instituição - Depósito da dissertação - Redação do artigo

2.4. Processamento e análise de dados

Os dados obtidos com a Escala CRE foram avaliados de acordo com as normas indicadas (Panzini, 2004). São analisadas duas dimensões: *Coping* Religioso Positivo [CREP] e *Coping* Religioso Negativo [CREN] (Panzini & Bandeira, 2005). Esta Escala CRE permite identificar:

- 1) Qual foi a situação de maior estresse vivenciada desde o momento de internação do filho em UTIN, através da resposta dada pela entrevistada na questão aberta.

Após, pelas respostas assinaladas sobre o quanto a pessoa fez ou não o que está escrito em cada item para lidar com esta situação estressante, podem ser analisados ainda:

- 2) *Índice de CRE Positivo* [CREP]: calculado pela média das 66 questões da Dimensão CREP; estas são distribuídas em oito fatores descritos neste tópico;
- 3) *Índice de CRE Negativo* [CREN]: é a média das 21 questões da Dimensão CREN; estas são distribuídas em quatro fatores descritos neste tópico;
- 4) *Índice de CRE Total*: obtido pela divisão do índice CREP e do índice CREN Invertido (média dos valores invertidos das respostas aos 21 itens de CREN), podendo variar de 1,00 a 5,00, de forma que, quanto maior o valor, mais a pessoa usa estratégias religiosas-espirituais, seja positiva ou negativa, indicando a quantidade total de CRE praticado pela pessoa;
- 5) *Razão CREN/CREP*: obtida pela divisão simples entre os índices básicos do CREN pelo CREP, indica a proporção de CREN utilizado em relação ao CREP (Panzini & Bandeira, 2005). O valor da razão pode variar entre 0,20 e 5,00. Quanto mais alto for este valor, maior é índice de CREN em relação ao CREP. É desejável um índice de CREP mais elevado em relação ao CREN,

uma vez que as consequências são também mais positivas ao sujeito (Panzini, 2004).

Os oito fatores de CREP, compostos por 66 itens, segundo Panzini (2004, p. 101-102) são:

Fator P1: Transformação de Si e/ou Sua Vida (coping transformacional) (itens 79; 17; 43; 38; 30; 86; 33; 34; 56; 28; 82; 48; 49; 65): “modificação interna (de si, por meio de revisão de suas atitudes que passam a ser coerentes com as leis de Deus ou com preceitos de sua religiosos-espirituais que se filia) e/ou externa (de sua vida, como modificação de direção, objetivos e/ou circunstâncias pessoais de vida) ocasionada pelo comportamento de enfrentamento religioso-espiritual. Estas mudanças podem ocorrer já pelo objetivo de transformação ou esta acontece como consequência posterior da prática” (p. 101);

Fator P2: Ações em Busca de Ajuda Espiritual (itens 68; 57; 66; 12; 29; 60; 46; 81): “todo comportamento de busca por ajuda, seja no outro individual, institucional, familiar ou social, seja por tratamentos espirituais, orientação com entidades espirituais, reposição de energias vitais, ações em busca da espiritualidade ou de maior conexão com esta” (p. 101);

Fator P3: Oferta de Ajuda ao Outro (itens 10; 24; 62; 31; 1; 55; 3): “comportamento de CRE no qual a pessoa procura ajudar ao outro, seja por orações, apoio e/ou orientação espiritual, atos de caridade, trabalho voluntário e/ou modificações internas afetivo-cognitivas em benefício de outras pessoas” (p. 101-102);

Fator P4: Posicionamento Positivo frente a Deus (itens 69; 76; 2; 47; 13; 26; 25; 5; 40; 58; 11): “comportamento de CRE que expõe um posicionamento pessoal frente a Deus em relação à situação, podendo manifestar-se através de estilos de CRE, estabelecimento de limites religiosos, busca de apoio em Deus, de uma maior conexão com Ele e/ou de reavaliações positivas através de Deus. Contemplam atitudes como contar, colaborar, suplicar, se aproximar e/ou se apoiar em Deus, independente da ajuda de Deus” (p. 102);

Fator P5: Busca Pessoal de Crescimento Espiritual (itens 85; 80; 71; 67; 70): “comportamento de CRE que revela, ou uma busca individual de Deus e/ou da espiritualidade, ou uma busca de si mesmo através de Deus e /ou da Espiritualidade. Podem apresentar-se

através de reavaliações positivas, práticas não institucionais, busca de conexão profunda consigo ou com forças transcendentais ao indivíduo” (p. 102);

Fator P6: Ações em Busca do Outro Institucional (itens 63; 39; 74; 21; 75; 44; 87; 8; 14; 19): “movimento de aproximação com o institucional (locais, membros ou representantes religiosos, ou ainda com as manifestações formais e institucionais das religiões)” (p. 102);

Fator P7: Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual (itens 72; 77; 54; 52; 16): “busca por um maior conhecimento religioso-espiritual, com objetivos variados, podendo ser: fortalecimento espiritual em relação ao problema, ao mundo e/ou aos desígnios divinos; incremento da prática religiosa ou das próprias atitudes; procura de auxílio para lidar e/ou entender a situação; busca de acréscimo intelectual” (p. 102);

Fator P8: Afastamento através de Deus, da Religiosidade e/ou Espiritualidade (itens 37; 61; 22; 27; 42; 20): “pessoa afasta-se do problema aproximando-se de Deus e/ou questões religiosas-espirituais e tem como consequência um afastamento do problema ou da situação de estresse. Diferencia-se do enfrentamento de esquiva uma vez que a pessoa não nega o problema nem tenta fugir do mesmo, apenas encontra alívio temporário procurando focar sua atenção em aspectos religiosos-espirituais” (p. 102-103).

A definição dos quatro fatores da Dimensão de *Coping* Religioso-Espiritual Negativo (CREN), que contém 21 itens (4, 6, 7, 9, 23, 32, 35, 36, 41, 42, 50, 51, 53, 59, 64, 69, 73, 76, 78, 83 e 84) da escala CRE são, segundo Panzini (2004, p. 104-105):

Fator N1: Reavaliação Negativa de Deus (itens 84; 50; 51; 83; 32; 6; 4; 23): “reavaliação cognitiva negativa da ideia que a pessoa faz de Deus, seja de suas características, comportamentos, etc, levantando questionamentos em relação a Deus e seus desígnios (como existência, poder, amor, proteção, responsabilidade, vontade, atos e/ou punições de Deus). Envolve a expressão de sentimentos negativos como revolta, culpa, mágoa e desamparo” (p. 104-105);

Fator N2: Posicionamento Negativo Frente a Deus (itens 35; 7; 64; 45): “pessoa pede ou espera que Deus tome o controle da situação e resolva, sem sua participação

individual. Pode expressar-se através do estilo de enfrentamento delegação religiosa passiva ou do estilo de enfrentamento de súplica negativa, quando a prece roga pela modificação da vontade divina” (p. 105);

Fator N3: Reavaliação Negativa do Significado (itens 53; 59; 36; 9; 78): “reavaliação negativa do significado da situação como um ato e/ou consequência do Mal ou como punição a seus comportamentos. Mal pode estar associado a ser personalizado figurado, a uma figura abstrata ou ainda encarnado em figuras que praticam este mal” (p. 105);

Fator N4: Insatisfação com o Outro Institucional (itens 15; 73; 18; 44): “revela sentimentos de insatisfação, desgosto ou mágoa com qualquer representante institucional” (p. 105).

As médias são classificadas em: a) Nenhuma/irrisória (1 a 1,5); Baixa (1,51 a 2,5); Média (2,51 a 3,5); Alta (3,51 a 4,5); Altíssima (4,51 a 5) (Panzini, 2004).

Este instrumento apresenta ótimo nível de consistência interna, como apresentado na Tabela 7, para o alfa de Cronbach (α) do conjunto de itens da Escala CRE eram esperados valores acima de 0,80 para o conjunto da escala e ambas as dimensões. Pelo menor número de itens, os fatores podem apresentar valores mais baixos, considerando-se acima de 0,70 um bom nível e acima de 0,60 um nível aceitável. Os valores desta escala, variaram entre 0,59 e 0,97, bem como para as duas dimensões e seus fatores (Panzini, 2004).

Tabela 7. *Consistência interna e fidedignidade da Escala CRE e de suas dimensões e fatores*

Aspecto Avaliado	α	N	Nº de itens
Escala CRE	0,97	492	87
Dimensão CRE Positivo	0,98	515	66
Dimensão CRE Negativo	0,86	559	21
FATOR P1 – Transformação de Si e/ou de sua Vida	0,93	578	14
FATOR P2 – Ações em busca de Ajuda Espiritual	0,88	590	8
FATOR P3 – Oferta de Ajuda ao Outro	0,87	600	7
FATOR P4 – Posicionamento Positivo Frente a Deus	0,93	589	11
FATOR P5 – Busca Pessoal de Crescimento Espiritual	0,78	597	5
FATOR P6 – Ações em busca do Outro Institucional	0,90	581	10
FATOR P7 – Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual	0,83	600	5
FATOR P8 – Afastamento Através de Deus/Relig./Espirit.	0,81	596	6
FATOR N1 – Reavaliação Negativa de Deus	0,83	594	8
FATOR N2 – Posicionamento Negativo frente a Deus	0,68	598	4
FATOR N3 – Reavaliação Negativa do Significado	0,75	591	5
FATOR N4 – Insatisfação com o Outro Institucional	0,59	599	4

Fonte. Panzini (2004, p. 108).

Através dos testes estatísticos Kolmogorov-Smirnov e Levene, verificou-se a normalidade e homogeneidade dos dados, respectivamente. Contudo, considerando o pequeno número de participantes ($N = 20$) e uma distribuição não normal e não homogênea dos dados, optou-se pelo uso de testes estatísticos não paramétricos.

Empregou-se, então, a Correlação de Spearman, visando a verificar a relação das variáveis. As variáveis que eram consideradas categóricas, como expectativas em relação ao filho, de que forma te ajudam, doenças problemas de internação, entre outros, foram transformadas em variáveis Dummy, para processamento das informações (ver Dicionário da planilha no APÊNDICE E). O teste estatístico Kruskal-Wallis foi usado para verificar a relação que a variável independente têm sobre a variável dependente entre as variáveis enfrentamento religioso e enfrentamento geral. Para essas análises, utilizou-se o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 18.0. O nível de significância adotado foi $p \leq 0,05$ ¹⁰.

Buscou-se também, com esse instrumento, sua classificação segundo a *Teoria Motivacional do Coping* (Skinner et al., 2003), agrupando as questões segundo as famílias de enfrentamento. Fez-se assim para que se pudesse também avaliar a função que cada questão da Escala tinha com as 12 famílias do enfrentamento segundo a TMC (Skinner et. al., 2003). Para isso, contou-se com o auxílio de 3 juízes, especialistas na área¹¹, que receberam por e-mail os seguintes materiais: a) carta de anuência (APÊNDICE J); b) Classificação das Estratégias de Enfrentamento nas Famílias de Enfrentamento e nas cinco funções de Enfrentamento Religioso-Espiritual, já classificado e tabulado, para que avaliassem se concordavam com a classificação proposta pela pesquisadora.

¹⁰ Agradecemos à doutoranda Andressa M.B. da Silva pelo auxílio no processamento e análise de dados.

¹¹ Juízes são pesquisadores do enfrentamento do estresse segundo a Abordagem Motivacional do *Coping*.

Com base nas notas dos juizes, avaliaram-se as discordâncias e uma quarta juíza¹² contribuiu com a avaliação das divergências viabilizando assim o resultado usado para esta análise (APÊNDICE F e G).

Para saber qual a família de enfrentamento foi mais utilizada, calculou-se a média de cada participante para cada família e cada classificação do enfrentamento religioso-espiritual (Pargament et al., 2000), considerando os itens que compõem cada um deles de acordo com a classificação dada pelos juizes:

Média = soma das notas dos itens
 número de perguntas que avaliam a família ou a função do enfrentamento religioso-espiritual

Em seguida, utilizou-se o teste estatístico não paramétrico de correlação de Spearman, para verificar a concordância entre essas classificações propostas, considerando um nível de significância de $p \leq 0,05$.

Para a análise da relação de influência entre as classificações (se a função de enfrentamento religioso-espiritual utilizada influenciava significativamente as famílias de enfrentamento utilizadas), foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (equivalente ao teste ANOVA), considerando um nível de significância de $p \leq 0,05$. Vale lembrar que as seis famílias de enfrentamento mal adaptativas (Skinner et al., 2003), e as cinco funções do enfrentamento religioso-espiritual (Pargament et al., 2000), tiveram pontuações invertidas. Assim, foi calculado o índice geral de enfrentamento do indivíduo, bem como qual família mais utilizada em relação ao enfrentamento religioso-espiritual.

Para análise dos dados de Entrevista de Enfrentamento baseada na MTC-12, as respostas foram analisadas de acordo com os objetivos da pesquisa, pela Teoria Motivacional do *Coping* (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994). Para os

¹² Pesquisadora no enfrentamento do estresse segundo a Abordagem Motivacional do *Coping*, orientadora deste trabalho.

dados quantitativos da escala de enfrentamento (MTC-12 adaptada), foi possível identificar, entre as 12 famílias de enfrentamento, aquelas mais frequentes:

- a) com desfecho adaptativo no médio e longo prazo – Autoconfiança, Busca de suporte, Resolução de problemas, Busca de informações, Acomodação, Negociação;
- b) com desfecho mal adaptativo no médio e longo prazo - Delegação, Isolamento, Desamparo, Fuga, Submissão e Oposição. (As definições e exemplos dessas famílias estão no APÊNDICE G).

Estas famílias de enfrentamento foram relacionadas à percepção de ameaça ou desafio a cada uma das três necessidades básicas de Relacionamento, Competência e Autonomia, além de identificar o processo adaptativo a que se referem, segundo a TMC.

As respostas das mães sobre como percebiam sua relação com a religião após internação do bebê foram classificadas em:

- 1 = Aumento de frequência de rituais Religiosos-Espirituais;
- 2 = Não mudou;
- 3 = Aumento da fé.

As formas de ajuda da religião relatadas foram classificadas em:

- 1 = Fé na recuperação;
- 2 = Rituais religiosos para melhora;
- 3 = Não declararam;
- 4 = Sentimento de força para lidar com situação.

As atividades religiosas que participava:

- 1 = Catequese;
- 2 = Estudos;
- 3 = Culto;
- 4 = Missa;
- 5 = Dizimo e ofertas.

Os relatos relacionados ao *coping transformacional*¹³ foram classificados em:

- a) ações, como:

¹³ Análise de *coping transformacional* foi criada com base na questão 17 do protocolo de entrevista MTC-12 (APÊNDICE A).

“Fiquei mais responsável” [M4; IG = 36, BP:2.245 g];

b) pensamentos , com relatos, como:

“Mudou meu modo de pensar sobre as coisas, vejo as coisas de um jeito diferente” [M10; IG = 36, peso: 3.100 g];

c) fé, com relatos, como:

“Passei a crer mais em Deus.” [M8; IG = 38, peso: 2.790g];

d) emoções, com relatos, como:

“Sou mais positiva” [M7; IG = 38, peso: 3.140 g];

e) fé e rotina, com relatos, como:

“Minha vida mudou, tive que me adaptar. Sempre aprendemos algo, oro muito mais hoje pedindo ajuda”. [M6; IG = 40, peso: 3.750 g; internado por aspiração de fezes ao nascimento];

e) pensamento e fé, com relatos, como:

“Penso que não posso mais reclamar de nada, passei a agradecer à Deus por aquilo que tenho”. [M9; IG = 33, MBP: 1.470 g];

f) pensamento, ação e rotina, com relatos, como:

“Mudou tudo. O que eu pensava, minhas atitudes diante da vida, minha vida mudou inteira.” [M1; IG = 35, MBP: 1.350 g].

Foram analisadas as relações entre as respostas dadas na Escala CRE (ANEXO C) e as respostas dadas aos instrumentos: Questionário para Registro de Dados Gerais, Ficha do Bebê, Protocolo de Entrevista de Enfrentamento e do Critério de Classificação Econômica Brasil.

2.5. Avaliação ética de riscos e benefícios

Todos os procedimentos utilizados nesta pesquisa respeitaram as Normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/12, do CNS), as normas do Conselho Federal de Psicologia sobre pesquisa com humanos (Resolução 016/2000, do CFP) e as diretrizes do Comitê de Ética da PUC-Campinas. Além disto, esta pesquisa foi executada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob nº 536.014 (APÊNDICE C), a explicação de toda natureza da pesquisa aos potenciais

participantes, acordo voluntário na participação, e o preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa, pelo participante [TCLE] (APÊNDICE B). A Direção do Hospital deferiu a solicitação para a coleta de dados que iniciou somente após a permissão informal da coordenadoria médica da UTIN, que explicou a necessidade de informar a equipe de profissionais sobre o início da coleta.

O TCLE contém explicações sobre a justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram utilizados. Esclareceu que a participação do sujeito é voluntária e que o mesmo, a qualquer momento, poderia recusar a participar da pesquisa. Garantiu sigilo e privacidade. Esclareceu, ainda, sobre possíveis desconfortos e riscos que pudessem existir, além dos benefícios esperados com a participação no estudo, apresentando providências e cautelas empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que pudessem ocorrer (APÊNDICE B).

Mediante a condição delicada que estes participantes estavam vivendo, previu-se que poderia haver um risco mínimo de alguma expressão emocional; mediante isto, a pesquisadora¹⁴ esteve à disposição dos participantes para acolhimento psicológico necessário ao caso. Cada participante teve o benefício direto de um momento de escuta individual e a possibilidade de apropriar-se de estratégias para o controle do estresse. A pesquisadora se colocou à disposição para orientação sobre qualquer dúvida ou expressão emocional que surgiu durante o processo.

¹⁴ Psicóloga pela Fundação Hermínio Ometto – UNIARARAS (2009), com formação em Terapia por Contingências de Reforçamento pelo Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento de Campinas (2011).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para facilitar a compreensão dos dados obtidos, a análise e discussão dos resultados serão apresentadas a partir da caracterização da amostra, que contém dados das mães, gestação e seus bebês, como as condições de nascimento. A seguir, serão apresentados os dados sobre a percepção das mães sobre o apoio social recebido, incluindo seus sentimentos e conhecimentos sobre UTIN, para contextualizar a situação que as estratégias de enfrentamento acontecem.

No segundo bloco de Resultados, será apresentado e discutido o processo de enfrentamento da hospitalização do filho na UTIN, segundo a Escala MTC-12.

No terceiro bloco, serão apresentados os resultados descritivos e inferenciais sobre enfrentamento religioso-espiritual. Serão apresentados os resultados da Escala CRE e suas relações com os resultados da Escala MTC-12, que avaliou o enfrentamento geral da condição de internação do filho na UTIN. Foram feitas análise de correlação de Spearman.

Após, para uma análise mais consistente metodologicamente do enfrentamento religioso-espiritual desta amostra, uma vez que foram obtidos dados a partir de duas fontes – um instrumento padronizado (CRE) e entrevista (MTC-12) -, foi feita uma análise dos itens da Escala CRE segundo a TMC. Considerando que há uma proposta específica para análise das funções do enfrentamento religioso-espiritual feita por Pargament et al. (2000), criadores da Escala RCOPE, que serviu de base para a Escala CRE aqui aplicada, foi também feita uma análise dos itens desta Escala segundo essas funções, com cálculo de índice de concordância entre juízes. Os dados dessas análises de correspondência, assim como seus resultados com base nas respostas da Escala CRE serão apresentados neste conjunto. Foram feitas análises de correlação de Spearman entre essas duas formas de análise dos dados da Escala

CRE – pela TMC e pela proposta de Pargament et al. (2000), e de relações de influência, pelo teste de Kruskal-Wallis.

No quarto bloco de Resultados, serão apresentadas as relações entre as variáveis maternas e do bebê, variáveis psicossociais e o enfrentamento do contexto da UTIN. Foi feita a correlação de Spearman entre os dados do bebê, da gestação, da mãe e do contexto familiar, e os índices do CREP (positivo), CREN (negativo) CRET (total), mudanças na religiosidade após a internação, a avaliação da contribuição da religião e o tipo de prática religiosa.

No quinto e último bloco, será apresentado um resumo geral dos resultados obtidos para cada uma das mães e para a amostra.

3.1. Caracterização da amostra

3.1.1. As mães dos bebês internados na UTIN

Segundo os dados coletados pelo Questionário para Registro de Dados Gerais [QRDG] (ANEXO B) e Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEXO E), observa-se um predomínio de mães com idade entre 17 e 24 anos ($n = 10$) (Tabela 8). Esses dados são coerentes com aqueles apresentados na última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006 (Ministério da Saúde, 2008), que apontam haver um rejuvenescimento do padrão reprodutivo, estando em torno de 21 anos, com tendência à diminuição da idade. (Os dados sociodemográficos individualizados da amostra estão no APÊNDICE L).

A maioria dessas mães ($n = 17$) pertencia à classe socioeconômica C1 a D-E, que equivale à renda familiar de R\$1.865,00 e R\$895,00, respectivamente ($M = US\$520.00^{15}$), segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil (2013), que, a partir de informações objetivas e de fácil acesso, estima a capacidade de consumo das famílias urbanas, classificando-as em cinco tipos. Este dado é relevante uma vez

¹⁵ Dólar = R\$ 2,65.

que algumas características maternas contribuem para o desenvolvimento, saúde, prematuridade, baixo peso e mortalidade neonatal (MN), sendo a pobreza um fator importante. Neste caso, o estresse relacionado à condição de pobreza pode interferir no aumento da pressão arterial, função imunológica, aumentar a suscetibilidade à infecção e na liberação do hormônio corticotrópico, fatores relacionados com piores resultados perinatais, como prematuridade e suas complicações (Edward et al., 2001).

Tabela 8. *Dados descritivos da amostra de mães de bebês internados em UTIN (N = 20)*

Variáveis da Mãe	Mediana	Erro-Padrão	Min.	Máx.	N f(%)
Idade	25,00	6,64	17	39	-
Escolaridade					
Fundamental Incompleto	-	-	-	-	5 (25,00)
Fundamental Completo	-	-	-	-	4 (20,00)
Médio Incompleto	-	-	-	-	11 (55,00)
Médio Completo	-	-	-	-	0 (0,00)
Superior Incompleto	-	-	-	-	0 (0,00)
Superior Completo	-	-	-	-	0 (0,00)
Estado Civil					
União Estável	-	-	-	-	11 (55,00)
Solteira	-	-	-	-	5 (25,00)
Casada	-	-	-	-	4 (20,00)
Divorciada	-	-	-	-	0 (0,00)
Nível Socioeconômico					
D-E	-	-	-	-	6 (30,00)
C2	-	-	-	-	6 (30,00)
C1	-	-	-	-	5 (25,00)
B2	-	-	-	-	3 (15,00)
B1	-	-	-	-	0 (0,00)
A2	-	-	-	-	0 (0,00)
A1	-	-	-	-	0 (0,00)
Outro filho prematuro					
Não	-	-	-	-	13 (65,00)
Sim	-	-	-	-	7 (35,00)
Outro filho internado em UTIN					
Não	-	-	-	-	17 (85,00)
Sim	-	-	-	-	3 (15,00)
Nº de filhos	2,50	1,27	1	6	
1	-	-	-	-	6 (30,00)
2	-	-	-	-	4 (20,00)
3	-	-	-	-	8 (40,00)
4	-	-	-	-	1 (5,00)
6	-	-	-	-	1 (5,00)

O grau de instrução materna é outro indicador indireto da condição socioeconômica da família e, portanto, um preditor sobre os riscos do parto e da saúde do bebê (Ministério da Saúde, 2012). Nesta amostra, a maioria das mães não completou o Ensino Médio, fato preocupante uma vez que o nível de escolaridade é

um dado muito importante por estar relacionado com muitos eventos analisados na PNDS (Ministério da Saúde, 2008). Em todos eles, conclui-se que, quanto maior o índice de escolaridade materno, melhores são as condições de saúde e seus aspectos relacionados, como reprodução, atenção a gestação e ao parto, prevenção, contracepção etc. (Edward et al., 2001; Ministério da Saúde, 2008; Rodrigues et al. 2011).

A maioria das mães vivia em união estável ou era casada. Apesar de 5 mães declararem ser solteiras, deduziu-se, a partir da resposta dada no QRDG sobre o tempo em que vivia com o companheiro, que 2 delas estavam em união estável na ocasião do nascimento do bebê, há 2 anos e há 7 anos.

Também a maioria (n = 13) nunca teve filho prematuro; mas, das 7 mães que o tiveram, 3 bebês ficaram internados em UTIN. O número de filhos das mães entrevistadas variou entre 1 e 6 filhos, sendo a maioria mãe de 3 filhos (n = 8) (Tabela 8).

Ainda em termos de caracterização dessas mães, há os dados sobre sua religião (Tabela 9). A religiosidade ou a fé são mencionadas com frequência em pesquisas com mães de bebês internados em UTIN (Borba et al., 2009; Lamy et al., 1997; Monteiro et al., 2002; Ramos, 2012). Nesta amostra, todas as mães afirmaram sua crença em Deus, mas não praticantes de sua religião (n = 11). A maioria seguia a religião católica (n = 15), sendo 9 praticantes, participando de cultos, missas, catequese, dízimos e ofertas, estudos e outra atividade não mencionada pela participante (n = 2 para cada um destes itens) (Tabela 9).

Tabela 9. *Resultados descritivos sobre religiosidade e espiritualidade de mães de bebês internados na UTIN (N = 20)*

Variáveis	N f (%)
Crença em Deus	
Sim	20 (100,00)
Não	0 (0,00)
Religião	
Católica	15 (75,00)
Evangélica quadrangular	2 (10,00)
Adventista	1 (5,00)
Evangélica "Deus é amor"	1 (5,00)
Evangélica Mundial	1 (5,00)
Praticante	
Não	11 (55,00)
Sim	9 (45,00)
Práticas religiosas	
Cultos	2 (10,00)
Missa	2 (10,00)
Catequese	2 (10,00)
Estudos	1 (5,00)
Dízimos e ofertas	1 (5,00)
Não mencionou	1 (5,00)

3.1.2. Os bebês - dados da gestação, parto e nascimento

Essas mães estavam em condições propícias ao estresse dadas as condições de nascimento de seus filhos. A maioria das mães não era a primeira gestação e nenhuma tinha gravidez gemelar, tanto que não atribuíram risco à gestação (Tabela 10). As mães que consideraram sua gravidez de risco ($n = 6$) demonstraram baixo conhecimento sobre o que significa alto risco gestacional. Este risco, segundo o Sistema de Referência Hospitalar à gestante de alto risco (Ministério da Saúde, 2001), inclui quatro grandes fatores de risco: I - Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis (CICSDD); II - História reprodutiva anterior (HRA); III - Doença obstétrica na gravidez atual (DOGA); IV - Intercorrências clínicas (IC) (ANEXO D). Contudo, nenhuma mãe citou riscos referentes ao aspecto I (CICSDD) e II (HRA). Relataram aspectos referentes aos fatores III e IV, mas, citando condições que não enquadram a gestação como alto risco, como, por exemplo, sangramento, suspeita de aborto e anemia. Para considerar os dados acerca da infecção urinária e infecção não discriminada pelas mães, seria necessário maior detalhamento acerca de

dados técnicos mais especializados, fato que não ocorreu, o que dificulta o enquadramento e análise específica desses fatores. Confirmando este menor risco gestacional, a maioria das mães (N = 16) relataram não ter problemas de saúde; mas, 4 apresentaram quadros clínicos, como o Diabetes Gestacional (n = 2) (Tabela 10).

Tabela 10. *Dados da gestação, parto e nascimento dos bebês internados na UTIN (N = 20)*

Variáveis Bebê	N f (%)	Erro- Padrão	Min.	Máx.
Primeira Gestação				
Não	14 (70,00)	--	--	--
Sim	6 (30,00)	--	--	--
Gravidez de Gêmeos				
Não	20 (100,00)	--	--	--
Risco à gravidez atribuído pela mãe				
Não	14 (70,00)	--	--	--
Sim	6 (30,00)	--	--	--
Tipo de Risco				
Nenhum	14 (70,00)	--	--	--
Sangramento, suspeita de aborto e pressão alta	1 (5,00)	--	--	--
Pré-eclâmpsia	1 (5,00)	--	--	--
Prematuridade	1 (5,00)	--	--	--
Rompimento da bolsa no sexto mês	1 (5,00)	--	--	--
Infecção urinária	1 (5,00)	--	--	--
Anemia e infecção	1 (5,00)	--	--	--
Doença ou problema de saúde				
Não	16 (80,00)	--	--	--
Sim	4 (20,00)	--	--	--
Tipo de doença ou problema de saúde				
Diabetes	2 (10,00)	--	--	--
Hipertensão	1 (10,00)	--	--	--
Bronquite	1 (5,00)	--	--	--
Nenhum	0 (0,00)	--	--	--
Número de Consultas Pré-Natal				
-	-	2,78	0,00	12,00
0	1 (5,00)	--	--	--
1	1 (5,00)	--	--	--
2	1 (5,00)	--	--	--
4 ou mais consultas	17 (85,00)	--	--	--
Idade Gestacional				
-	-	4,15	26,00	40,00
Nascidos a termo (> 37 semanas)				
Nascidos a termo (> 37 semanas)	9 (45,00)	--	--	--
Prematuro Moderado (PTM 32–36 semanas)				
Prematuro Moderado (PTM 32–36 semanas)	8 (40,00)	--	--	--
Muito prematuro (MPT 28-32 semanas)				
Muito prematuro (MPT 28-32 semanas)	1 (5,00)	--	--	--
Extremamente prematuro (EPT < 28 semanas)				
Extremamente prematuro (EPT < 28 semanas)	2 (10,00)	--	--	--
Tipo de Parto				
Normal	9 (45,00)	--	--	--
Cesárea	11 (55,00)	--	--	--

Apesar dos riscos potenciais de uma gestação, essas mulheres foram bem acompanhadas, pois a maior parte das mães (n = 12) realizou entre 5 e 7 consultas pré-natal. A média de consultas foi de 6 consultas pré-natais (erro-padrão [EP] = ±

2,78, variação = 0-12 consultas) (Tabela 10). Cumpriram, portanto, o preconizado pelo MS dentro do Programa de Humanização no pré-natal e nascimento, que estabelece a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal (Serruya, Cecatti, & Lago, 2004).

A idade gestacional dos bebês variou de 35 a 38 semanas, havendo certa predominância de bebês que nasceram a termo ($n = 9$; 45%), com idade gestacional de 38 semanas (Tabela 10). Este dado é significativo, na medida em que aponta direção oposta a outras pesquisas que indicam que a maior frequência de internação neste setor refere-se a prematuridade. Encontra-se assim resultados que alertam para problemas de saúde como infecções e problemas respiratórios que culminam na necessidade de internação neste setor.

Com relação ao tipo de parto, houve maior realização da cesárea ($n = 11$; 55%), situação está em consonância com os dados apontados na PNDS, que registrou na região Sudeste 52% de partos deste tipo (MS, 2008b).

A maior parte dos bebês era do sexo feminino ($n = 14$), com peso ao nascimento que variou entre 800 g a 3.780 g, estando a maioria com peso normal ($n = 8$), quase equiparado ao número de bebês com BP ($n = 7$) (Tabela 11).

Tabela 11. *Dados descritivos dos bebês internados na UTIN (N = 20)*

Variáveis Bebê	N f (%)	Mediana	Erro- Padrão	Min.	Máx.
Sexo					
Feminino	14 (70,00)	---	---	---	---
Masculino	6 (30,00)	---	---	---	---
Peso		2,17	0,20	0,80	3,78
Escore Apgar (1 minuto)		8,00	1,15	4,00	9,00
4	1 (5,00)	---	---	---	---
6	1 (5,00)	---	---	---	---
7	7 (35,00)	---	---	---	---
8	8 (40,00)	---	---	---	---
9	3 (15,00)	---	---	---	---
Escore Apgar (5 minutos)		9,00	1,18	5,00	10,00
5	1 (5,00)	---	---	---	---
8	5 (25,00)	---	---	---	---
9	8 (40,00)	---	---	---	---
10	6 (30,00)	---	---	---	---
Tempo internação (dias)		10,50	39,76	1,00	181,00
1 - 3	5 (25,00)	---	---	---	---
4 - 6	4 (20,00)	---	---	---	---
10 - 15	6 (30,00)	---	---	---	---
16 - 20	3 (15,00)	---	---	---	---
55 - 181	2 (10,00)	---	---	---	---
UTIN					
Sim	20 (100,00)	---	---	---	---
Médio risco					
Não	17 (85,00)	---	---	---	---
Sim	3 (15,00)	---	---	---	---
Doenças ou problemas durante a internação					
Infecção	5 (25,00)	---	---	---	---
Combinação de Fatores	5 (25,00)	---	---	---	---
Respiratório	4 (20,00)	---	---	---	---
Cardíaco	2 (10,00)	---	---	---	---
Perda de Peso	1 (10,00)	---	---	---	---
Fenda Palatina	1 (5,00)	---	---	---	---
Nenhum	2 (10,00)	---	---	---	---

O Escore Apgar variou com pontuações, no primeiro minuto, entre 4 e 9, e no quinto minuto, de 5 a 10, tendo a maioria dos bebês alcançado 7 pontos ($n = 7$) e 8 pontos ($n = 8$) no primeiro minuto, e 9 pontos ($n = 8$) e 10 pontos ($n = 6$) no quinto minuto. Isto indica que a maioria alcança um escore relativamente alto no primeiro e no quinto minuto, o que pode estar relacionado com o fato da maioria dos bebês serem nascidos a termo. Diniz (1996) esclarece que os fatores que podem interferir para a pontuação do Apgar são idade gestacional, medicações, doenças neuromusculares e a própria condição cardiovascular do recém-nascido. O tempo de internação variou de 1-181 dias ($M = 10,50$); contudo, houve maior incidência de

internação por 3 dias ($n = 3$), 1 dia, 4 dias, 11 dias e 15 dias tiveram 2 bebês em cada um dos dias citados. A minoria dos bebês foi classificada como médio risco ($n = 3 - 15\%$).

Durante a internação, a maioria dos bebês teve algum problema ($n = 18$), como infecção ($n = 5$) e combinação de fatores ($n = 5$), seguido de problemas respiratórios ($n = 4$).

Diante deste quadro, o apoio social recebido e percebido pelas mães influencia inclusive, a interação mãe-bebê e o aleitamento materno (Guimaraes, 2010; Morgado et al., 2013; Müller, & Silva, 2009; Roseiro, & Paula, 2013; Serra, & Scochi, 2004).

3.1.3. Apoio social percebido pelas mães

No processo de enfrentamento de estresse, o apoio social é considerado como um recurso fundamental que molda a maneira como o indivíduo lida com o estressor (Skinner & Edge, 2002b). Neste estudo, os dados sobre o apoio social percebido pelas mães foram coletados pelo Questionário para Registro de Dados Gerais (QRDG) (ANEXO B) e Protocolo de Entrevista MTC-12 – adaptada (APÊNDICE A). Para a compreensão do apoio social, é importante descrever como se configura a relação conjugal dessas mães (Tabela 12).

A maioria das mães declarou que tinha como companheiro o pai da criança ($n = 17$), 2 eram mães solteiras e o pai da criança não era o companheiro da outra. Elas conviviam com o companheiro há mais de um ano (variação: 12-204 meses). Os companheiros dessas mães tinham entre 19 e 44 anos ($M = 29,00$) e apenas 1 deles não estava trabalhando por ocasião da coleta de dados (Tabela 12).

Tabela 12. *Dados descritivos do relacionamento conjugal das mães de bebês internados na UTIN (N = 20)*

Situação conjugal	N f (%)	Mediana	Erro- Padrão	Min.	Máx.
Companheiro atual é o pai do bebê					
Sim	17 (85,00)	---	---	---	---
Mãe Solteira	2 (10,00)	---	---	---	---
Não	1 (5,00)	---	---	---	---
Tempo de convivência com companheiro (meses)	---	36,00	15,14	12,00	204,00
Idade do companheiro	---	29,00	6,54	19,00	44,00
Companheiro trabalha					
Sim	17 (85,00)	---	---	---	---
Não	1 (5,00)	---	---	---	---

Constatou-se ser o apoio disponibilizado principalmente pelos familiares (n = 17), na forma de auxílio nos afazeres domésticos (n = 6) e cuidado com demais filhos (n = 4). Cinco mães declararam estar recebendo outro tipo de ajuda, no caso de cunho emocional e uma relatou receber ajuda profissional, sendo atendida pela psicóloga da UTIN (Tabela 13).

Tabela 13. *Apoio social percebido por mães de bebês internados em UTIN (N = 20)*

Variáveis Mãe	N f (%)
Apoio nos afazeres de casa	
Familiares	17 (85,00)
Familiares e Vizinhos	1 (5,00)
Ninguém	2 (10,00)
Formas de apoio	
Cuidados com a casa	6 (30,00)
Cuidados com outros filhos	4 (20,00)
Cuidados com a casa e filhos	3 (15,00)
Acompanhando nas visitas e cuidados com a casa	2 (10,00)
Apoio emocional	2 (10,00)
Apoio financeiro, cuidados com a casa e locomoção até o hospital	1 (5,00)
Outro tipo de ajuda	
Não	15 (75,00)
Sim	5 (25,00)
Tipo de ajuda	
Emocional	4 (20,00)
Profissional	1 (5,00)

Esses dados mostram que parece ser limitado o acesso aos familiares ao apoio profissional, o qual, em muitas instituições, restringe-se ao atendimento médico e de enfermagem. Esta condição é crítica considerando as peculiaridades do contexto da UTIN, que a torna um ambiente aversivo e de intensa ansiedade para as mães que

têm bebês sob cuidados especiais (Baldini & Krebs, 2000; Gaíva & Scochi, 2005; Gomes, 1999; Morch & Braga, 2007; Ramos, 2012). Apesar de algumas pesquisas citarem o crescimento quanto a formação de equipes multidisciplinares, que incluem a atuação do psicólogo (Linhares et al., 1999) e do incentivo do Ministério da Saúde por uma assistência neonatal humanizada (Ministério da Saúde, 2001), observa-se que a implantação deste tipo de cuidado à saúde ainda é deficitária em alguns serviços. Tal condição pode implicar numa pior avaliação pelas mães do estressor – a internação do filho em UTIN -, bem como no empobrecimento das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães. Este processo será discutido a seguir.

3.1.4. Sentimentos e conhecimento das mães sobre a UTIN

A necessidade de cuidados especializados ao bebê coloca os pais em um ambiente desconhecido que passa a fazer parte de seu cotidiano, especialmente em casos de longa internação (Dittz et al., 2006). A maioria das mães desta amostra (n = 14) declarou não ter conhecimento sobre UTIN antes da internação do filho (Tabela 14), confirmando ser um ambiente desconhecido e estranho para mães de bebês internados (Dittz et al., 2006; Gaíva & Scochi, 2005; Kennell & Klaus, 1992; Lamy, 1995; Linhares et al., 2000; Padovani et al., 2004).

Tabela 14. *Sentimentos das mães e conhecimentos sobre UTIN*

Variáveis analisadas	f (%)
Conhecimento sobre UTIN	
Não	14 (70,00)
Sim	6 (30,00)
Tipo de informação sobre UTIN	
Não explicaram	3 (15,00)
Conhecimento compatível com a definição comum de UTIN	2 (10,00)
Lugar associado a risco de morte	1 (5,00)
Expectativas em relação ao filho internado em UTIN	
Recuperação da saúde	12 (60,00)
Alta	5 (25,00)
Recuperação associada à alta hospitalar	3 (15,00)
Outras preocupações	
Nenhuma	10 (50,00)
Depressão	2 (10,00)
Preocupação com a família	2 (10,00)
Apenas a saúde do bebê	2 (10,00)
Impossibilidade de visitar o bebê em alguns dias	2 (10,00)
Locomoção	1 (5,00)
Contas	1 (5,00)

Entre as mães que afirmaram ter algum conhecimento ($n = 6$; 30%), 3 (15%) não explicaram o que sabiam e 2 mães (10%) verbalizaram ser um “lugar que o bebê vai para receber cuidados especializados”. As expectativas em relação ao bebê relacionaram-se à recuperação da saúde ($n = 12$; 60%), coerente com a percepção de ser um local de cuidados especializados à saúde. Tal condição pode implicar tanto negativa quanto positivamente na interação inicial entre mãe-bebê. Positivamente, quando ela confere a este lugar uma percepção positiva de possibilidades de cuidados especiais mediante a fragilidade do bebê, condição que pode salvar a vida ou garantir segurança enquanto ele se desenvolve, ganha peso, se recupera. E negativamente, uma vez que o ressentimento decorrente da separação do bebê, o distanciamento imposto pela rotina institucional de cuidados em UTIN, a percepção acerca da substituição por quem tem conhecimentos técnicos para dedicar estes cuidados (Klaus & Kennell, 1993; Linhares et al., 2000).

Apesar dessas condições, metade da amostra ($n = 10$) declarou não ter outras preocupações. Esta variável deve ser relacionada com outros dados uma vez que

pode indicar diversas condições, como o apoio social, o uso da fé no enfrentamento, como analisado a seguir.

3.2. O processo de enfrentamento da hospitalização do filho em UTIN

As condições de nascimento e parto, o estado do bebê, o tempo de internação, o apoio percebido, as informações e sentimentos gerados no contexto da UTIN constituem o contexto que essas mães tinham que lidar, no período da coleta de dados. Serão apresentados esses dados antes daqueles referentes à forma como as mães enfrentam essa situação. Após, serão mostrados os dados do processo de enfrentamento geral da condição da UTIN, segundo a Escala MTC-12.

Como já esclarecido anteriormente, a internação do filho em UTIN implica em uma condição de estresse para as mães - o ambiente tecnológico e pouco acolhedor da UTIN, a rotina alterada, a instabilidade sobre a saúde e vida do bebê, bem como o luto do bebê idealizado são condições comuns a todas, podendo ameaçar suas necessidades de Competência, Relacionamento e Autonomia. Nesse contexto estressor, as estratégias de enfrentamento são acionadas para lidar com esta condição, podendo ser adaptativas ou não (Skinner & Wellborn, 1994; Skinner et al., 2003).

Avaliar o comportamento segundo os critérios de adaptação impõe a necessidade de observação do uso das EE e de seus resultados no curto, médio e longo prazo (Skinner & Wellborn, 1997). A literatura, porém, já indica que o uso de algumas EE relacionadas ao desamparo, à oposição, ao isolamento, à submissão, por exemplo, tende a ter desfechos menos adaptativos em termos desenvolvimentais e de saúde física e mental (Guimarães, 2010; Ramos, 2012; Skinner et al., 2003) Este estudo considerou os seguintes aspectos: a) estressores avaliados pelas mães; e b) sentimentos na internação (Tabela 15).

Tabela 15. *Estressores e enfrentamento da hospitalização do filho na UTIN, pelas mães (N = 20)*

Variáveis Mãe	Mães f (%)
<i>Estressores</i>	
Saúde do bebê	14 (70,00)
Procedimentos médicos invasivos	2 (10,00)
Morte do bebê	2 (10,00)
Ter êxito na amamentação	1 (5,00)
Cuidados depois da alta hospitalar	1 (5,00)
<i>Sentimentos na internação</i>	
Sentimento negativo	10 (50,00)
Fé	6 (30,00)
Sentimento positivo	3 (15,00)
Não declarou	1 (5,00)

A maioria das mães (n = 14; 70%) identificou como principais estressores a preocupação com a saúde do bebê, além dos procedimentos médicos (n = 2; 10%), da possibilidade de morte do bebê (n = 2; 10%). Preocupavam-se também com os cuidados depois da alta (n = 1; 5%) e se teriam êxito na amamentação (n = 1; 5%) (Tabela 15).

Esses estressores relacionados ao período de internação (questão 18 do MTC-12) estavam associados, para metade das mães, a sentimentos negativos, e para 3 mães (15%) mães a sentimentos positivos, como autoconfiança e percepção positiva sobre o futuro (Tabela 15).

Analisando os dados da MTC-12 desta amostra, vê-se que a pontuação média das famílias de enfrentamento adaptativas foi 4,0, sendo maior que a média das famílias mal adaptativas, com valor correspondente a 3,13 (Tabela 16). (Os dados individualizados das mães estão no APÊNDICE M).

Tabela 16. *Médias das famílias de enfrentamento da internação do filho na UTIN pela MTC-12 (N = 20)*

MTC-12 Famílias de enfrentamento	Mín.-Máx.	Média (DP)
Autoconfiança	3-5	4,15 (\pm 0,87)
Busca de Suporte	0-5	3,80 (\pm 1,54)
Resolução de Problemas	0-5	4,55 (\pm 1,14)
Busca de Informação	3-5	4,65 (\pm 0,58)
Acomodação	0-5	3,20 (\pm 1,67)
Negociação	1-5	3,65 (\pm 0,98)
<i>Total adaptativas</i>		4,00
Delegação	1-5	3,30 (\pm 1,75)
Isolamento	0-5	2,20 (\pm 1,67)
Desamparo	0-5	4,45 (\pm 1,23)
Fuga	0-5	2,55 (\pm 2,06)
Submissão	2-5	4,70 (\pm 0,80)
Oposição	0-5	1,60 (\pm 2,16)
<i>Total mal adaptativas</i>		3,13
<i>Enfrentamento total</i>		3,5

Nota. Escala: 0 = nada; 1 = muito pouco; 2 = pouco; 3 = médio; 4 = razoável; 5 = muito.

As famílias de enfrentamento com maior frequência foram: *Submissão* ($M = 4,70$), *Busca de Informação* ($M = 4,65$), *Resolução de Problemas* ($M = 4,55$), *Desamparo* ($M = 4,45$) e *Autoconfiança* ($M = 4,15$), todas acima do ponto médio (Tabela 16). Contudo, comparando as médias das famílias adaptativas e das famílias mal adaptativas acima do ponto médio, vê-se que a média das famílias mal adaptativas foi maior ($M = 4,70$, contra 4,65).

As famílias adaptativas mais frequentes foram: *Resolução de Problemas*, e *Busca de Informação*, ambas relacionadas à percepção de desafio à necessidade de Competência, e a família de *Autoconfiança*, relacionada à necessidade de Relacionamento. A *Submissão*, que inclui estratégias de enfrentamento como ruminação, pensamentos intrusivos e perseverança rígida, relaciona-se à percepção de ameaça à necessidade de Autonomia, e o *Desamparo*, por sua vez, à percepção de ameaça à necessidade Competência. Assim, no contexto da UTIN, duas necessidades básicas foram desafiadas (Competência e Relacionamento) e duas foram ameaçadas (Autonomia e Competência), confirmando a condição estressora desse ambiente.

Em um segundo momento, foram analisados os dados de entrevista com base nas respostas do Questionário para Registro de Dados Gerais e do Protocolo de Entrevista de Enfrentamento [MTC-12]. Foram elaboradas algumas categorias que permitem analisar o processo de enfrentamento da hospitalização de uma forma mais ampla (Tabela 17).

Tabela 17. *Estratégias de enfrentamento da internação do filho e sua avaliação pelas mães (N = 20)*

Enfrentamento	Mães
<i>Famílias de enfrentamento</i>	
Desamparo	11 (55,00)
Autoconfiança	4 (20,00)
Busca de Suporte (Fé)	3 (15,00)
Acomodação (Distração)	2 (10,00)
Adaptativas*	14 (70,00)
Mal adaptativas**	6 (30,00)
<i>Mudanças na religiosidade ou espiritualidade após a internação do bebê</i>	
Aumentou na fé	8 (40,00)
Aumentou a frequência de rituais religiosos	7 (35,00)
Não mudou	5 (25,00)
<i>Pós-coping (se a religiosidade ou espiritualidade ajuda a enfrentar a internação do filho)</i>	
Sim	20 (100,00)
<i>Como</i>	
Fé na recuperação	12 (60,00)
Rituais religiosos para melhorar	4 (20,00)
Não declarou	2 (10,00)
Sentimento de força para lidar com a situação	2 (10,00)
<i>Coping Transformacional</i>	
Ações	5 (29,42)
Pensamentos	4 (23,53)
Fé	3 (17,65)
Emoções	2 (11,77)
Fé e rotina	1 (5,89)
Pensamento e fé	1 (5,89)
Pensamentos, ação e rotina	1 (5,89)

Nota. Resultados provenientes do instrumento protocolo de entrevista MTC12: *adaptativas - questões 3, 4, 5, 6, 8, 9;

** mal adaptativas - questões 10, 11, 12, 13, 14 e 15.

Após a internação do filho na UTIN, todas as mães avaliaram que a religião/fé ajudou a enfrentar esta condição, especialmente em termos de acreditar na recuperação do bebê (n = 12; 60%). Para 8 mães (40%) das mães, houve um aumento de sua fé. A religiosidade tem sido apontada em muitas pesquisas como um recurso que ajuda no enfrentamento da internação do filho (Borba et al., 2009; Faria & Seidl, 2005; Goulart et al., 2005; Lamy et al., 1997; Monteiro et al., 2002; Ramos,

2012) auxiliando na regulação emocional em relação aos estressores e autofalhas positivas.

A partir da questão aberta do protocolo de entrevista MTC-12 (*Como você está lidando com a situação do seu bebê estar internado na UTIN?*), foi possível observar que a percepção que as mães têm para lidar com esses estressores, sendo que os relatos da maioria das mães indicaram a família de enfrentamento de *Desamparo* (n = 11) (Tabela 17), como nos exemplos:

Desamparo	<i>"Nada depende da gente, pode ser planejado ou ocorrer como queremos, pedimos."</i> [M3 IG = 32, MBP: 1.780 g]
	<i>"Foi com o tempo que percebi a situação. Fiquei confusa, não entendia, não sei o que aconteceu."</i> [M20 IG = 38, BP: 2.110 g].

Quatro mães mostraram lidar com a situação com estratégias de enfrentamento relacionados à família de enfrentamento de *Autoconfiança* (Tabela 17), com relatos como:

Autoconfiança	<i>Eu consigo! "Basta ter calma, tudo no seu tempo."</i> [M9 IG = 33, MBP: 1.470 g]
	<i>"Deus é maior que tudo isso, me ajuda a lidar com essa situação e tenho fé que até o final de semana ele vai estar em casa comigo."</i> [M7 IG = 38, peso: 3.140 g]
	<i>"Estou aprendendo muito com isso. Sinto que ajudo, ela precisa de mim."</i> [M5 IG = 39, BP: 1.700G]
	<i>"Tiro leite, fico com ela, converso, toco, sei que ela precisa disso, que ela sente e daqui a pouco ela vai estar em casa, comigo em meu colo, vai passar."</i> [M1 IG = 35, MBP: 1.350 g].

A *Busca de suporte* (fé) foi a família de enfrentamento identificada nos relatos de 3 mães (Tabela 17):

Busca de suporte	<i>"Situação difícil, complicada, comecei a orar mais para Deus me ajudar."</i> [M6 IG = 40, peso: 3.750 g]
	<i>"Basta crer, que para Deus nada é impossível."</i> [M8 IG = 38, peso: 2.790g]
	<i>"Tenho ido mais na igreja e isso com certeza me ajuda mais."</i> [M4 IG = 36, BP: 2.245 g].

E 2 mães usavam EE da família da *Acomodação* (distracção) (Tabela 17):

Acomodação	<i>"Não consigo dormir, como obrigada, me sinto cansada, não faço nada, assisto TV para me distrair."</i> [M11 IG = 34, BP: 1.600 g]
	<i>"Procuro me ocupar com outras coisas, qualquer coisa para não pensar."</i> [M12 IG = 27, EBP: 990 g].

A maioria das mães usava EE adaptativas (n = 14; 70%), baseadas nas questões 3, 4, 5, 6, 8, 9; e 6 mães (30%) usaram de EE mal adaptativas, baseadas

nas questões 10, 11, 12, 13, 14 e 15 do protocolo MTC-12. Com base com no cálculo estatístico realizado – somatório dos itens das questões em escala *likert*, com inversão da pontuação das questões correspondentes a processo pouco adaptativo – obteve-se a Mediana = 3,03; \pm 0,21; min. = 1,91; max. = 6,50.

Experiências marcantes como esta podem gerar mudanças de valores, de visões de mundo, de estilos de vida e até uma conversão espiritual, especialmente quando a situação estressante é percebida como além do controle pessoal – é o chamado “*coping transformacional*” (Wong et al., 2006). Todas as mães relataram este tipo de EE, incluindo comportamentos como: ações (n = 5); pensamentos (n = 4); fé (n = 3); emoções (n = 2); fé e rotina (n = 1); pensamento e fé (n = 1); pensamento, ação e rotina (n = 1).

Particularmente, 2 mães usavam a fé para compreender esses eventos, como pode ser visto nos relatos a seguir:

Fé	“Nada acontece se não for da vontade de Deus.” [M6 IG = 40, peso: 3.750 g, internado por aspiração de fezes ao nascimento]
	“Meu Deus, socorro!” [M15 IG = 39, BP: 1.700 g].

Nesse conjunto de EE, o enfrentamento religioso-espiritual é comum em situações de estresse relacionadas a condições de saúde (Lamy et al., 2011; Ramos, 2012; Vêras et al., 2010). A seguir, serão apresentados e analisados os dados do enfrentamento religioso-espiritual.

3.3. Enfrentamento religioso-espiritual de mães de bebês internados na UTIN

A aplicação da Escala CRE mostrou que as mães obtiveram um índice de CRET (Total), que representa o conjunto da quantidade de CRE praticado pelas mães, equivalente a 3,08, valor considerado “Médio” segundo os parâmetros de Panzini (2004), que estabelece com referência: *Irrisória* ou *Nenhuma* (1 a 1,5), *Baixa* (1,51 a 2,5), *Média* (2,51 a 3,5), *Alta* (3,51 a 4,5) e *Altíssima* (4,51 a 5).

O CREP (+) das mães foi de 2,93 (Tabela 18), podendo variar de entre 1,00 a 5,00, de forma que, quanto mais alto o índice, maior é o uso de CREP praticado pela mãe. Este valor indica um nível “médio” de enfrentamento religioso-espiritual positivo praticado, segundo os critérios arbitrários de Panzini (2004). *Ter um posicionamento positivo frente a Deus* (Fator P4) foi o padrão mais frequente do CREP (Tabela 18). Representa uma atitude de aproximação de Deus, definido por uma maior conexão com Deus, reavaliação positiva através Dele, contemplando comportamentos como contar, colaborar, independente da ajuda de Deus. Este dado pode ser ilustrado pelas seguintes afirmativas:

Fator P4- Ter um posicionamento positivo frente a Deus	“Não só peço, mas agradeço pela vida dele.” [M7 IG = 38, peso: 3.140 g]
	“Através das orações, sinto que Deus tem me atendido.” [M3 IG = 32, peso: 1.780 g].

O valor de CREN (-) apresentou média de a 2,14. Este índice representa o nível de enfrentamento religioso-espiritual negativo utilizado pelas mães, de forma que, quanto mais alto, maior será o uso de CREN (seu valor também deverá se situar entre 1,00 e 5,00). O Fator Negativo mais utilizado foi o N2 – *Posicionamento Negativo frente a Deus*, o que representa delegação religiosa passiva ou súplica negativa, atribuindo a Deus o controle para resolução da situação (Tabela 18). Exemplos de itens do CREN:

Fator N2- Posicionamento negativo frente a Deus	“Me sinto fragilizada e acho injusto isso.” [M20, IG = 38, peso: 2,110g].
	“Me salva meu Deus, me tira daqui, não queria estar aqui.” [M19, IG = 26, peso: 0,795]

A razão de CREN/CREP pode variar entre 0,20 e 5,00; e quanto mais alto for este valor, maior é índice de CREN em relação ao CREP, e vice-versa. Nesta amostra, observou-se que os índices foram: CREN = 2,14; CREP = 2,93, de forma que a razão¹⁶ CREN/CREP foi igual 0,73, indicando que as mães usam 73% de CREN da quantidade de CREP usadas (Tabela 18), ultrapassando a proporção encontrada por

¹⁶ Razão CREN/CREP = obtida pela divisão simples entre os índices básicos do CREN pelo CREP; indica a proporção de CREN utilizado em relação ao CREP (Panzini & Bandeira, 2005).

Panzini (2004) em seu estudo, que foi $CREN/CREP = 0,54$. A autora propõe que, para o alcance mínimo de um resultado final positivo, a relação deve ser de $\frac{2 \text{ CREP} : 1 \text{ CREN}}$, com razão $CREN/CREP \leq 0,50$; nesta amostra, 17% das mães se enquadraram nesta faixa, indicando um resultado positivo somente para essas 3 mães.

Tabela 18. *Enfrentamento religioso-espiritual da internação do filho na UTIN, pela Escala CRE (N = 20)*

Fatores da Escala CRE	Nº de itens	n (%)	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média (Desvio-padrão)
Índice CREP (+)	66	75,85	1,74	3,92	2,93 (± 0,67)
Índice CREN (-)	21	24,15	1,09	4,09	2,14 (± 0,83)
Razão CREN/CREP*			0,62	1,04	0,73
Índice CRET (Total)**	87	100,00	1,15	3,83	3,08 (± 0,62)
CREP					
P1 – Transformação de si e/ou de sua vida	14	16,09	1,00	4,71	3,34 (± 1,02)
P2 – Ações em busca de ajuda espiritual	8	9,20	1,12	3,87	2,17 (± 0,73)
P3 – Oferta de ajuda ao outro	7	8,05	1,57	3,71	2,53 (± 0,85)
P4 – Posicionamento positivo frente a Deus	11	12,64	3,81	4,72	4,25 (± 0,36)
P5 – Busca pessoal de crescimento espiritual	5	5,75	1,40	4,20	2,76 (± 0,85)
P6 – Ações em busca do outro institucional	10	11,49	1,10	3,90	2,19 (± 0,79)
P7 – Busca pessoal de conhecimento espiritual	5	5,75	1,00	3,80	1,88 (± 0,93)
P8 – Afastamento através de Deus/religião/espiritualidade	6	6,90	1,83	4,16	3,25 (± 0,81)
CREN					
N1 – Reavaliação negativa de Deus	8	9,20	1,00	3,25	1,82 (± 0,78)
N2 – Posicionamento negativo frente a Deus	4	4,60	1,25	4,75	2,83 (± 1,18)
N3 – Reavaliação negativa do significado	5	5,75	1,00	3,40	2,34 (± 0,85)
N4 – Insatisfação com o outro institucional	4	4,60	1,00	2,25	1,73 (± 0,86)

Nota. *variação = 0,20 a 5,00; quanto maior a razão, pior o resultado, com CREN maior do que CREP, e vice-versa;

**variação = 1,00 a 5,00.

Os dados demonstram um nível “alto” (40%) e “médio” (40%) de uso geral de enfrentamento religioso-espiritual pelas mães, segundo a Escala CRE (Panzini, 2004) (Tabela 19). Esses dados corroboram com outras pesquisas que indicam a frequência

alta de uso do enfrentamento religioso-espiritual da internação do filho (Crepaldi, 1998, Faria & Seidl, 2005; Goulart et al., 2005; Ramos, 2012).

Tabela 19. *Classificações das mães de bebês internados na UTIN na Escala CRE (N = 20)*

Classificações da Escala CRE	CREP (+)	CREN (-)	CRET (Total)
	n (%)	n (%)	n (%)
Nenhuma ou irrisória (1,0 a 1,5)	0 (0,00)	7 (35,00)	2 (10,00)
Baixa (1,5 a 2,5)	6 (30,00)	5 (25,00)	2 (10,00)
Subtotal	6	12	4
Média (2,51 a 3,5)	7 (35,00)	7 (35,00)	8 (40,00)
Alta (3,51 a 4,5)	5 (25,00)	1 (5,00)	8 (40,00)
Altíssima (4,51 a 5,0)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Subtotal	12	8	16
Total de mães	20	20	20

Todas as mães usaram estratégias religiosas-espirituais positivas (CREP) no enfrentamento dessa situação da UTIN. Comparando as classificações “média” e “alta” do uso do enfrentamento religioso-espiritual, 12 mães usaram o CREP, contra 8 mães que usaram o CREN nesses níveis (Tabela 20). Pela Escala CRE, 7 mães relataram um nível “médio” de uso do CREP, enquanto 6 (30%) apresentaram um uso “baixo” e 5 mães relataram um uso “alto” de estratégias de enfrentamento religiosas-espirituais positivas (Tabela 19). Esses dados indicam que o uso de estratégias religiosas-espirituais positivas é um recurso frequente no enfrentamento adaptativo dessas condições de estresse. Pode ter reflexos positivos, uma vez que pode facilitar a interação e formação de vínculo, na percepção mais positiva sobre o evento e na busca por EE de enfrentamento também mais adaptativas (Lamy et al., 2011; Ramos, 2012; Vêras et al., 2010).

Referente ao uso de estratégias de CREN, identifica-se uso “médio”, “nenhum” ou “irrisório”, com índice empatados, 7 mães (35%) para cada classificação. Identificou-se que uma mãe (5%) relatou uso “alto” deste tipo de EE, somando-se 8 mães com CREN “médio” e “alto” (40%).

3.3.1. Relações entre o enfrentamento geral da UTIN e o enfrentamento religioso-espiritual

Para verificar as relações entre o processo geral de enfrentamento e o enfrentamento religioso-espiritual, as 12 famílias de enfrentamento do estresse segundo a TMC (Skinner et al., 2003) foram correlacionadas aos dados da Escala CRE (Panzini, 2004) (Tabela 20). Esses dados permitem observar que a *Autoconfiança* apresentou correlação inversamente proporcional ao Fator P6- *Ações em busca do Outro Institucional* e forte correlação inversamente proporcional com o Fator P8- *Afastamento através de Deus, da religião e/ou da espiritualidade*. Isto significa que ter sentimentos de autoconfiança implica na busca de outros recursos para o enfrentamento do estresse, que não de fundo religioso como busca de suporte religioso (Tabela 20).

A *Resolução de Problema* apresentou correlação inversamente proporcional com a Razão CREN/CREP, indicando que, quando ocorrem comportamentos funcionais para dissolução/administração do estresse percebido, o uso positivo do CRE é maior em relação ao uso do CREN (Tabela 20).

Já em relação a *família de Negociação*, observa-se correlação com o Fator P3- *Oferta de Ajuda ao outro* e forte correlação com o Fator P5- *Busca pessoal de crescimento espiritual*. Isso indica que, no processo de enfrentamento, tentar encontrar novas opções para lidar com o estresse, usando de persuasão, barganha, estabelecendo prioridades para ajudar o outro, implica também na tentativa de crescer espiritualmente, aprendendo com a situação, numa relação em que todos tendem a ganhar. Esta família apresenta também correlação com o Fator N2 - *Posicionamento Negativo frente a Deus*, indicando que atribuição para resolução do problema é percebida como sendo Deus Àquele que tem o poder para isso (Tabela 20).

Tabela 20. Correlação dos dados obtidos pela MTC-12 (Lees, 2007) e Escala CRE (Panzini, 2004)

CRE/ MTC-12	Autoco nfiança (+)	Busca de Suporte (+)	Resoluç ão de Proble mas (+)	Busca de Informa ções (+)	Acomo dação (+)	Negoci ação (+)	Delega ção (-)	Isolame nto (-)	Desam paro (-)	Fuga (-)	Submis são (-)	Oposiç ão (-)	EE adaptati vas	EE mal adaptati vas
P1	-0,431	0,386	0,088	0,126	-0,272	0,238	-0,129	0,225	0,135	-0,014	0,025	0,521*	0,060	0,253
P2	-0,420	0,032	0,135	0,247	0,067	0,169	-0,245	0,288	-0,127	0,174	-0,334	0,278	0,018	0,107
P3	-0,132	-0,072	0,120	0,108	-0,112	0,470*	0,210	0,532*	0,340	0,005	-0,047	0,447*	-0,042	0,586**
P4	0,020	-0,091	0,201	-0,142	-0,190	0,377	0,095	0,252	0,441	0,133	-0,115	0,040	-0,141	0,383
P5	-0,243	0,101	0,002	0,289	0,222	0,629**	0,431	0,480*	0,234	0,245	-0,356	0,166	0,129	0,541*
P6	-0,499*	0,345	0,215	0,059	-0,254	0,407	0,073	0,473*	0,289	0,164	-0,094	0,368	0,032	0,502*
P7	-0,255	-0,086	0,122	0,179	0,105	0,257	0,167	0,462 *	0,025	0,147	0,009	0,314	-0,022	0,394
P8	-0,620**	0,096	0,213	0,069	-0,162	0,215	-0,047	0,397	0,128	-0,117	-0,212	0,242	-0,052	0,185
N1	-0,184	0,371	0,053	0,249	0,156	0,218	0,048	0,358	-0,140	0,192	-0,253	0,252	0,282	0,260
N2	-0,135	0,296	0,132	0,260	-0,020	0,535*	0,401	0,598**	0,212	0,222	-0,173	0,351	0,223	0,684**
N3	-0,294	0,198	-0,077	0,108	0,230	0,150	0,040	0,362	-0,329	0,233	-0,145	0,324	0,050	0,250
N4	-0,051	0,327	0,033	0,238	0,199	0,427	0,247	0,256	-0,049	0,334	-0,283	0,263	0,418	0,376
CREP	-0,435	0,224	0,236	0,041	-0,194	0,301	-0,151	0,434	0,197	0,135	-0,032	0,407	0,009	0,376
CREN	-0,274	0,352	-0,036	0,209	0,094	0,397	0,237	0,544*	0,008	0,273	-0,385	0,299	0,194	0,509*
CRE	0,088	-0,220	0,294	0,111	0,063	0,210	0,103	-0,078	0,449*	-0,272	0,111	-0,085	0,073	-0,042
Total														
Razão CRE	-0,064	-0,379	-0,500*	-0,323	-0,102	-0,211	0,021	0,162	-0,314	0,285	0,096	-0,198	-0,382	0,080

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$;

P1 = Transformação de si e/ou de sua vida; P2 = Ações em busca de ajuda espiritual; P3 = Oferta de ajuda ao outro; P4 = Posicionamento positivo frente a Deus; P5 = Busca pessoal de crescimento espiritual; P6 = Ações em busca do outro Institucional; P7 = Busca pessoal de conhecimento espiritual; P8 = Afastamento através de Deus, da religião e/ou da espiritualidade; N1 = Reavaliação negativa de Deus; N2 = Posicionamento Negativo frente a Deus; N3 = Reavaliação negativa do significado; N4 = Insatisfação com o outro institucional.

Referente à família de *Isolamento* identificou-se sua correlação com o Fator P3- *Oferta de ajuda ao outro* (Fator P3), P5- *Busca pessoal de crescimento espiritual*, P6- *Ações em busca do outro institucional*, P7- *Busca pessoal de conhecimento espiritual*. O *Isolamento* apresenta também forte correlação com o Fator N2- *Posicionamento Negativo frente a Deus*, e correlação com o resultado de CREN (Tabela 20). Tais resultados indicam que socializar-se neste caso, está relacionado a condições específicas de oferta e busca de ajuda religiosa-espiritual, ou seja, a estabelecimentos de interações na tentativa de administrar o estresse, visando crescimento e conhecimento religioso-espiritual. Não obstante, a relação com Deus no processo de enfrentamento demonstra ser negativa, na medida em que a pessoa delega a Ele a responsabilidade por resolver os problemas, implicando em comportamentos disfuncionais na administração do estressor.

Em relação a família de *Desamparo*, observou-se correlação com o valor de CRE Total, o que significa que perceber-se com limitação para agir na tentativa de resolver o problema, sentir-se confusa, exausta cognitivamente, é condição importante no acionamento de estratégias religiosas-espirituais para o enfrentamento do estresse (Tabela 20).

Já a família de *Oposição* está correlacionada com o Fator P1- *Transformação de si e/ou de sua vida*. Este dado é bastante importante na medida em que posso transformar algo negativo em positivo, ou seja, diante da internação do filho a mãe pode ter pensamentos e comportamentos de oposição à internação, mas que podem resultar em comportamentos religiosos positivos a transformar a vida da pessoa. Esta família também apresentou correlação com o Fator P3- *Oferta de ajuda ao outro*, o que significa que culpar alguém não implica necessariamente em ser insensível às outras pessoas (Tabela 20).

As famílias de *Busca de Suporte*, *Busca por Informações*, *Acomodação*, *Delegação*, *Fuga* e *Submissão*, bem como as EE adaptativas não apresentam correlação com nenhum aspecto da Escala CRE (Tabela 20).

Por fim, as EE mal adaptativas estão fortemente correlacionadas o Fator P3- *Oferta de ajuda ao outro*, também com o Fator P5- *Busca pessoal de crescimento espiritual* e P6- *Ações em busca do outro institucional* (Tabela 20). Este dado é bastante relevante, na medida em que permite refletir para além das ações das mães no enfrentamento do estresse. Considerando que oferecer ajuda ao outro, buscar outros representantes religiosos, associando a isso o crescimento pessoal, são variáveis bastante definidoras daqueles que ofertam apoio religioso-espiritual em instituições de saúde. Isto remete, portanto, à ideia de que a oferta deste auxílio pode vir de pessoas com pobre repertório comportamental funcional, com menos EE adaptativas para o enfrentamento do estresse. A correlação ao valor de CRE Negativo e forte correlação ao Fator N2- *Posicionamento Negativo frente a Deus*, no qual Deus é o responsável pela resolução dos problemas, fortalecem a ideia de necessidade de atenção à funcionalidade desta forma de auxílio (Tabela 20).

Resumindo os dados da Tabela 20, tem-se as seguintes correlações:

- 1) *Autoconfiança e Fator P6 - Ações em busca do outro institucional, e Fator P8 - Afastamento através de Deus, da Religião e/ou da Espiritualidade;*
- 2) *Resolução de Problemas e Razão CRE;*
- 3) *Negociação e Fator P3 - Oferta de Ajuda ao Outro, Fator P5 - Busca Pessoal de Crescimento Espiritual, e Fator N2 - Posicionamento Negativo frente a Deus;*
- 4) *Isolamento e Fator P3 - Oferta de Ajuda ao Outro, Fator P5 - Busca Pessoal de Crescimento Espiritual, P6 - Ações em busca do outro institucional, Fator P7 - Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual, Fator N2 - Posicionamento Negativo frente a Deus e CREN;*
- 5) *Desamparo e CRE Total;*
- 6) *Oposição e Fator P1 - Transformação de Si e/ou de sua Vida, e Fator P3 - Oferta de Ajuda ao Outro;*

7) *EE mal adaptativas e Fator P3 - Oferta de Ajuda ao Outro, Fator P5 - Busca Pessoal de Crescimento Espiritual, Fator P6 - Ações em busca do outro institucional, Fator N2 - Posicionamento Negativo frente a Deus e CREN.*

Os mesmos resultados da amostra à Escala CRE foram analisados após um estudo de correspondência entre seus itens e as famílias de enfrentamento da TMC e segundo as funções do enfrentamento religioso-espiritual propostas por Pargament et al. (2000), criadores da Escala RCOPE. Assim, o tópico a seguir analisa as funções dos itens da Escala CRE, segundo a TMC e associa às funções atribuídas por Pargament et al. (2000), e apresenta os resultados dessas análises.

3.3.2. Funções do enfrentamento religioso-espiritual segundo a Teoria Motivacional do *Coping* e a proposta de Pargament et al. (2000)

Para alcançar o objetivo de descrever e analisar a função do enfrentamento religioso espiritual de mães de bebês internados em UTIN, foi feita uma análise de correspondência entre os itens da Escala CRE (Panzini, 2004) e as 12 famílias de enfrentamento (Skinner et al., 2003) pela orientadora (APÊNDICE F). O mesmo processo foi feito em relação às cinco funções do CRE segundo os autores da escala original (Pargament et al., 2000) (APÊNDICE G). Essas análises foram enviadas a 4 juízes para cálculo de concordância.

3.3.2.1. Correspondência entre itens da Escala CRE e MTC-12 e funções do enfrentamento religioso-espiritual

Para a classificação segundo a TMC, a concordância entre 4 juízes variou de 64,5% a 77%, obtendo-se uma concordância boa de 76,16% (Tabela 21). Este índice está acima dos 70% proposto por alguns autores (Fagundes, 2006), e pode ser considerado bom para este tipo de comparação que envolve muitas categorias complexas.

Tabela 21. Índices de concordância entre juízes sobre a correspondência entre itens da Escala CRE e a Teoria Motivacional do Coping e as funções do CRE

Pares de concordância	Média de concordância CRE-TMC	Média de concordância CRE-funções CRE
AB	77	94,25
AC	69	94,25
AD	65,5	---
BC	85,05	94,25
BD	81,4	---
CD	79,06	---
Concordância média	76,16	94,25

Em relação à correspondência da Escala CRE com os itens do Pargament et al. (2000), a concordância média entre 3 juízes foi de 94,25%, a qual é considerada alta (Fagundes, 2006). Este índice era esperado, considerando que a Escala CRE foi baseada na escala RCOPE, elaborada por Pargament et al. (2000).

Segundo a classificação de Pargament et al. (2000), os cinco itens das funções do enfrentamento religioso-espiritual são descritos apenas em seu aspecto positivo e, nesta escala, há exemplos de usos enfrentamento religioso-espiritual negativo, por isso, atribuiu-se a essas afirmativas o correspondente que se refere a uma das cinco funções, em seu sentido deficitário ou inexistente, como, por exemplo, na questão 73: “Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando”. Para esta questão, o correspondente das funções do enfrentamento religioso-espiritual atribuído foi: “Intimidade com Deus e com outras pessoas”, pois se compreende que é neste aspecto que a função do enfrentamento religioso-espiritual é avaliada.

Mesmo que a descrição destaque os aspectos positivos das funções do enfrentamento, Pargament (1997) afirma que nem sempre o uso da religião ou da fé é positivo no enfrentamento do estresse, diferenciando-as entre enfrentamento religioso positivo e negativo, avaliadas especialmente pelas consequências que geram ao indivíduo, o que viabiliza o enquadramento das cinco funções acima categorizadas.

As descrições das categorias atribuídas às questões da Escala CRE, avaliada por 3 juízes, segundo as famílias de enfrentamento da TMC, estão na Tabela 22 e as

funções do enfrentamento religioso-espiritual por Pargament et al. (2000), na Tabela 23 (A análise detalhada encontra-se no APÊNDICE F e APÊNDICE G).

Uma vez definidas as categorias, observa-se que a Escala CRE tem a seguinte estruturação segundo a TMC – há mais EE adaptativas do que mal adaptativas (67,84% dos itens referentes às famílias de enfrentamento pela TCM são adaptativos) (Tabela 24). De acordo com a TMC, das 12 famílias do enfrentamento, a mais frequentemente identificada na Escala CRE foi a *Busca de Suporte* (25,29%), seguido por *Acomodação* (12,64%). Já as famílias mal adaptativas mais utilizadas foram a *Delegação* (8,05%) e *Oposição* (6,90%) (Tabela 24). Estes dados convergem com o uso comum do enfrentamento religioso-espiritual, uma vez que a religião e a fé permitem significação, ordenação da vida, de seus revezes e sofrimento (Dalgalarrodo, 2008), incluindo momentos de revolta e atribuição de culpa aos céus e seus desígnios. A religião, quando utilizada como forma de enfrentamento positiva [CREP], inclui a *Busca de Suporte Espiritual* e tentativas de resolver o problema em colaboração com Deus, bem como outros usos. Já quando utilizada de modo mal adaptativo [CREN], implica em uma relação oposta com Deus, delegando-Lhe a responsabilidade na resolução do problema ou ainda sentindo-se abandonada por Ele. Os resultados referentes ao uso mal adaptativo das EE indicam que Deus é predominantemente reconhecido por seu poder, seja como Aquele que pode ajudar a dissolver o problema ou o responsável por todo mal que a pessoa está vivendo.

Tabela 22. Análise dos itens da Escala CRE segundo as categorias de enfrentamento da Teoria Motivacional do Coping

Famílias do Enfrentamento	Descrição*	Itens da Escala CRE	Total (%)
Autoconfiança	Tentativa de regulação emocional, comportamental, expressão emocional e aproximação emocional.	25, 34, 43, 47, 49, 55, 63, 85	8 (9,19)
Busca de suporte	Busca de contato, conforto, ajuda instrumental, referenciamento social.	2, 5, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 19, 21, 26, 29, 44, 48, 57, 58, 60, 66, 74, 80, 81, 87	22 (25,29)
Resolução de problemas	Planejar estratégias, ações instrumentais, planejamento, domínio.	28, 30, 39, 40, 45, 67, 68, 71, 75	9 (10,34)
Busca de informações	Ler, observar, perguntar a outros.	16, 38, 52, 54, 72, 77	6 (6,90)
Acomodação	Distração e/ou reestruturação cognitiva, minimização, aceitação.	1, 3, 10, 24, 31, 33, 62, 65, 70, 79, 86	11 (12,64)
Negociação	Barganha, persuasão, estabelecimento de prioridades.	9, 46, 56	3 (3,48)
Total adaptativas			59 (67,84)
Delegação	Reclamação, autculpa, lamentação, busca de suporte mal adaptativo.	7, 22, 23, 35, 59, 61, 64	7 (8,05)
Isolamento	Afastamento, evitação social dissimulação, paralisar.	18, 36, 69, 73, 76	5 (5,75)
Desamparo	Confusão, interferência, exaustão cognitiva, passividade.	15, 32, 41, 50, 51	5 (5,75)
Fuga	Afastamento mental, negação, pensamento desejoso.	20, 27, 42, 82	4 (4,60)
Submissão	Ruminação, pensamentos intrusivos, perseveração rígida.	37	1 (1,15)
Oposição	Culpar outros, projeção, agressão, desafiar.	4, 9, 53, 78, 83, 84.	6 (6,90)
Total mal adaptativas			28 (32,20)

Nota. *Adaptado de Ramos (2012, p. 63, em tradução livre baseada em Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; 2009; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Skinner et al., 2003), e Pargament et al. (2000).

O mesmo ocorreu em relação às funções do enfrentamento religioso-espiritual, segundo Pargament et al.(2000), pois 62,24% dos itens são adaptativos, com maior frequência para a função de *Controle* adaptativo (25 itens) e menor para *Controle* mal adaptativo (2 itens). A *Busca por significado mal adaptativo* foi a função mais frequente dos itens deste tipo (13 itens) (Tabela 25).

Tabela 23. *Funções do enfrentamento religioso-espiritual dos itens da Escala CRE segundo Pargament et al. (2000)*

Funções do enfrentamento religioso-espiritual (Pargament et al., 2000)	Descrição	Itens da Escala CRE com função adaptativa	Itens da Escala CRE com função mal adaptativa
Busca por significado	Uso de explicações religiosas para atribuição de sentido sobre o estresse vivenciado.	3, 16, 29, 34, 38, 56, 70,	4, 6, 9, 23, 32, 36, 50, 51, 53, 59, 78, 83, 84
Total (%)		7 (8,05)	13 (14,95)
Controle	Uso da fé ou de qualquer elemento da religiosidade para tentar administrar o estresse percebido.	1, 11, 21, 24, 39, 40, 48, 52, 54, 57, 58, 60, 63, 66, 67, 68, 71, 72, 74, 75, 77, 81, 82, 85, 87	42, 45
Total (%)		25 (28,80)	2 (2,04)
Conforto espiritual	Percepção acerca do sentimento de aconchego e de consolo pela fé.	2, 13, 47	7, 18, 20, 25, 27, 35, 37, 61, 64, 69
Total (%)		3 (3,48)	10 (11,50)
Intimidade com Deus e com outras pessoas	Percepção acerca do sentimento de proteção e apoio de Deus e de iguais.	5, 8, 10, 12, 14, 19, 31, 44, 49, 55, 62, 80,	15, 22, 26, 33, 41, 73, 76
Total (%)		12 (13,86)	7 (8,05)
Transformação	Percepção sobre mudança na vida da pessoa pelo uso da fé.	28, 30, 43, 46, 65, 79, 86	17
Total (%)		7 (8,05)	1 (1,15)
Total geral (%)		54 (62,24)	33 (37,69)

As EE contemplam percepção de desafio ao contexto e ao *self*, especialmente com regulação de comportamento frente o estressor. Esta condição é coerente com a função adaptativa do enfrentamento religioso-espiritual mais frequente na Escala CRE, segundo Pargament et al. (2000) – *Controle* (28,80%), uma vez que se refere às ações para tentar administrar o estresse percebido. A EE do CRE mal adaptativo mais identificada na Escala CRE foi a *Busca por Significado* (14,95%) (Tabela 25), que significa o uso de explicações religiosas para atribuir sentido a situação de estresse vivenciada.

Tabela 24. *Percentual das famílias de enfrentamento nos itens da Escala CRE (N = 87)*

Famílias de Enfrentamento pela TMC	Número de itens da Escala CRE (%)
<i>Função adaptativa</i>	
Busca de Suporte	22 (25,29)
Acomodação	11 (12,64)
Resolução de Problemas	9 (10,34)
Autoconfiança	8 (9,19)
Busca de Informações	6 (6,90)
Negociação	3 (3,48)
Total adaptativas	59 (67,84)
<i>Função mal adaptativa</i>	
Delegação	7 (8,05)
Oposição	6 (6,90)
Isolamento	5 (5,75)
Desamparo	5 (5,75)
Fuga	4 (4,60)
Submissão	1 (1,15)
Total mal adaptativas	28 (32,20)

Tabela 25. *Percentual das funções do enfrentamento religioso-espiritual nos itens da Escala CRE (N = 87)*

Funções do enfrentamento religioso-espiritual (Pargament et al., 2000)	Número de itens da Escala CRE (%)
<i>Função adaptativa</i>	
Controle	25 (28,80)
Intimidade com Deus e com outras pessoas	12 (13,86)
Busca por significado	7 (8,05)
Transformação	7 (8,05)
Conforto espiritual	3 (3,48)
Total	54 (62,24)
<i>Função (5,75) mal adaptativa*</i>	
Busca por significado	13 (14,95)
Conforto espiritual	10 (11,50)
Intimidade com Deus e com outras pessoas	7 (8,05)
Controle	2 (2,04)
Transformação	1 (1,15)
Total	33 (37,69)

3.3.2.2. Análise dos dados da Escala CRE segundo a Teoria Motivacional do *Coping* e a proposta de Pargament et al. (2000)

Considerando agora as respostas das mães à Escala CRE, segundo uma análise das funções do enfrentamento pela TMC, vê-se que a família de *Submissão* é citada por um maior número de participantes (n = 6), seguida pela *Fuga* (4), *Oposição* (2), *Busca de suporte* (2); as demais famílias de enfrentamento tiveram uma

frequência mínima ($n = 1$). De qualquer forma, todas as famílias de enfrentamento foram identificadas (Tabela 26).

Tabela 26. *Família de enfrentamento mais citada pelas mães (N = 20)*

Mãe	Família de Enfrentamento
1	Busca de suporte
2	Delegação e submissão
3	Autoconfiança
4	Busca por suporte
5	Fuga
6	Submissão
7	Submissão
8	Fuga
9	Submissão
10	Delegação
11	Submissão
12	Acomodação
13	Fuga
14	Oposição
15	Fuga
16	Isolamento
17	Delegação
18	Acomodação
19	Submissão
20	Submissão
Mais citada	Submissão

Contudo, considerando a graduação da escala *likert* da MTC-12, as *famílias* que tiveram maior mediana foram *Desamparo* ($Mdn = 4,60, \pm 0,21$)¹⁷, *Oposição* ($Mdn = 4,58, \pm 0,16$) e *Isolamento* ($Mdn = 4,00; \pm 0,15$) (Tabela 27). Dessa forma, observa-se que as famílias de enfrentamento usadas com mais intensidade foram três com função mal adaptativa (Tabela 27).

¹⁷ Mdn = mediana; \pm = erro padrão.

Tabela 27. *Enfrentamento materno da internação do bebê na UTIN pela Escala CRE, segundo as categorias de enfrentamento da Teoria Motivacional do Coping (N = 20)*

Famílias do Enfrentamento	Mín.-Máx.	Mediana (erro-padrão)
<i>Adaptativas</i>		
Autoconfiança (n = 8)	1-5	3,25 (± 0,18)
Busca de suporte (n = 22)	1-5	2,72 (± 0,16)
Resolução de problemas (n = 9)	1-5	2,38 (± 0,14)
Busca de informações (n = 6)	1-5	2,00 (± 0,19)
Acomodação (n = 11)	1-5	2,76 (± 0,20)
Negociação (n = 3)	1-5	2,66 (± 0,19)
<i>Mal adaptativas</i>		
Delegação (n = 7)	1-5	3,38 (± 0,24)
Isolamento (n = 5)	1-5	4,00 (± 0,15)
Desamparo (n = 5)	1-5	4,60 (± 0,21)
Fuga (n = 4)	1-5	2,62 (± 0,21)
Submissão (n = 1)	1-5	2,00 (± 0,32)
Oposição (n = 6)	1-5	4,58 (± 0,16)

Nota. Pontuação da Escala CRE (Panzini, 2004) de 1 a 5 pontos, no qual 1 corresponde a nenhum pouco e 5 muitíssimo.

Da mesma forma, analisando as respostas dadas a Escala CRE segundo a classificação de Pargament et al. (2000), tem-se que, das funções com caráter adaptativo, a mais pontuada equivale à função de *Conforto Espiritual* (Mdn = 4,49; ± 0,14). Já aquelas com caráter mal adaptativo foram *Intimidade com Deus e com outras pessoas* (-) (Mdn = 3,67; ± 0,21) e *Controle* (Mdn = 3,52; ± 0,13) (Tabela 28). Pela soma das médias, percebe-se que a frequência geral de uso entre as estratégias religiosas-espirituais com função adaptativa é bem próxima da função mal adaptativa (M = 15,07; M = 14,83, respectivamente).

Tabela 28. *Enfrentamento materno da internação do bebê na UTIN pela Escala CRE, segundo as categorias propostas por Pargament et al. (2000) (N = 20)*

Funções do enfrentamento religioso-espiritual na Escala CRE	Nº de itens adaptativos	Mín.-máx.	Mediana (erro padrão)	Nº itens mal adaptativos	Mín.-máx.	Mediana (erro padrão)
Busca por significado	7	1-5	2,57 (± 0,20)	13	1-5	3,07 (± 0,21)
Controle	25	1-5	2,48 (± 0,13)	2	1-5	3,52 (± 0,13)
Conforto espiritual	3	2-5	4,49 (± 0,14)	10	2-5	1,33 (± 0,15)
Intimidade com Deus e com outras pessoas	12	1-5	2,83 (± 0,22)	7	1-5	3,67 (± 0,21)
Transformação	7	1-5	2,92 (± 0,22)	1	1-5	3,00 (± 0,23)

Nota. Pontuação da Escala CRE (Panzini, 2004) de 1 a 5 pontos, no qual 1 corresponde a nenhum pouco e 5 muitíssimo.

Com base nos resultados da correlação entre as famílias do enfrentamento segundo a TMC (Skinner et al., 2003) e as funções do enfrentamento religioso-espiritual (Pargament et al., 2000), foram encontrados fortes índices de correlação entre os fatores (Tabela 29).

Tabela 29. Correlação entre as 12 famílias do enfrentamento do estresse (MTC-12, Skinner et al., 2003) e as cinco funções do enfrentamento religioso-espiritual (Pargament et. al., 2000) com dados da Escala CRE (Panzini, 2004)

MTC -12	enfrentamento religioso-espiritual (+)					enfrentamento religioso-espiritual (-)				
	Busca de significado	Controle	Conforto espiritual	Intimidade	Transformação	Busca de significado	Controle	Conforto espiritual	Intimidade	Transformação
<i>Adaptativas</i>										
Autoconfiança	0,720**	0,833**	0,678**	0,563**	0,686**	-0,736**	-0,696**	-0,658**	-0,622**	-0,705**
Busca de suporte	0,475*	0,295	0,576**	0,477*	0,337	-0,632**	-0,235	-0,559*	-0,347	-0,383
Resolução de problemas	0,780**	0,889**	0,695**	0,744**	0,661**	-0,806**	-0,822**	-0,745**	-0,684**	-0,773**
Busca de informações	0,633**	0,785**	0,441	0,452*	0,469*	-0,596**	-0,823**	-0,438	-0,557*	-0,666**
Acomodação	0,895**	0,831*	0,759**	0,760**	0,770**	-0,911**	-0,643**	-0,751**	-0,733**	-0,879**
Negociação	0,859**	0,796**	0,491*	0,612**	0,741**	-0,804**	-0,581**	-0,516*	-0,620**	-0,857**
<i>Mal adaptativas</i>										
Delegação	-0,605**	-0,510*	-0,457*	-0,438	-0,518*	0,716**	0,521*	0,168*	0,391	0,639**
Isolamento	-0,336	-0,373	-0,156	-0,469*	-0,339	0,335	0,291	0,179	0,560*	0,446*
Desamparo	-0,218	0,320	0,177	-0,338	-0,113	0,267	-0,338	-0,180	0,233	0,298
Fuga	-0,699**	-0,740**	0,671**	-0,685**	-0,466*	0,671**	0,591**	0,560*	0,621**	0,667**
Submissão	-0,290	-0,441	-0,292	-0,290	-0,422	0,310	0,428	0,265	0,374	0,328
Oposição	-0,542*	-0,388	-0,080	-0,431	-0,487*	0,527*	0,265	0,113	0,540*	0,576**

Nota: * $p \leq 0,05$;

** $p \leq 0,01$.

As famílias de *Autoconfiança* e de *Resolução de Problemas* estão fortemente correlacionadas com a todas as funções do enfrentamento religioso-espiritual, de forma inversamente proporcional, ou seja, quando aumenta o uso de um fator diminui o uso do outro (Tabela 29). Assim, quanto mais a mãe recorre a estratégias de enfrentamento religioso-espirituais com funções negativas, menos EE relacionada à resolução de problemas e à autoconfiança ela apresenta, e vice-versa (Tabela 29). Esta relação sugere que apresentar um enfrentamento religioso-espiritual negativo não favorece a solução de problemas nesse contexto de saúde, também não contribuindo para melhor a autoconfiança dessas mães. De outro lado, na medida em que é uma correlação, em que a relação inversa também é provável, pode-se também considerar que, diante de uma situação de impotência, em que pouco pode ajudar o bebê, pois a solução está nas mãos dos profissionais de saúde, a mãe apresenta uma baixa autoconfiança e se sente desamparada, inclusive em termos espirituais, reagindo negativamente.

Apresentar esse padrão em relação à família de enfrentamento de *Autoconfiança*, assim como a *Busca de Suporte* indica que as mães sentiram-se desafiadas em sua necessidade de Relacionamento, agindo de forma adaptativa (Skinner et al., 2003). A *Busca de suporte* correlacionou positivamente com *Conforto Espiritual* - adaptativo, e inversamente, com esta mesma função, mas no sentido pouco adaptativo (Tabela 29). Esses dados indicam que uma procura maior por conforto espiritual por parte das mães faz parte de um repertório maior de busca por suporte em geral, como se essas mães buscassem ajuda em vários níveis, com confiança, reconhecimento e valorização, inclusive no nível espiritual. Em outro sentido, procurar ou sentir conforto espiritual pode facilitar a busca de outros tipos de suporte no momento da internação do bebê.

A *Busca de suporte* também apresentou correlação inversamente proporcional com a função de *Conforto espiritual* pouco adaptativo (Tabela 29). Assim, recorrer a

fontes que levam a EE pouco adaptativas relacionadas ao conforto espiritual está associado a uma menor busca por suporte mais adaptativas em outras instâncias. Em sentido inverso, pode indicar que a busca por suporte adaptativo diminui a frequência EE relacionada ao conforto espiritual mal adaptativas.

A *Busca de suporte* também apresentou correlação negativa com uma *Busca por Significado* mal adaptativa (Tabela 29). Nesse sentido, quanto mais as mães procuravam ajuda, menos recorriam a explicações pouco adaptativas, buscando menos um significado negativo ou que desfavorecia a adaptação à situação. Em outra direção, quanto mais procuravam um significado para a situação com caráter pouco adaptativo, menos ajuda funcional procuravam.

Ainda em relação às famílias adaptativas do enfrentamento, a *Acomodação*, apresentou forte correlação com todas as funções do enfrentamento religioso-espiritual, sendo apenas a função adaptativa de Controle que não foi forte. Também houve forte correlação inversamente proporcional com todas as funções do enfrentamento religioso-espiritual mal adaptativas (Tabela 29). Neste ponto, fica claro que apresentar EE relacionadas à *Acomodação* - indicativas de que a pessoa se sentiu desafiada em sua necessidade de Autonomia -, como aceitar a situação, cooperar com o outro, empenhar-se para apresentar um comportamento mais adaptativo, ou seja, ter um padrão mais flexível para se ajustar às opções disponíveis, segundo a TMC, melhor é o padrão geral de enfrentamento religioso-espiritual, e vice-versa. Nesse outro sentido, ter um repertório de EE religioso-espirituais adaptativas favorece a acomodação à situação, especialmente quando este foge ao seu controle, como no ambiente da UTIN. De outro lado, quando é maior o repertório de EE religioso-espirituais mal adaptativas, menos *Acomodação* a pessoa apresenta, e vice-versa, limitando a satisfação de sua necessidade de Autonomia.

Por fim, a família de enfrentamento com função adaptativa, a *Negociação*, apresentou forte correlação com as funções do enfrentamento religioso-espiritual de *Busca de significado*, *Controle*, *Intimidade com Deus e com outras pessoas*, e

Transformação (Tabela 29). Essas relações apontam as EE relacionadas à capacidade de negociar como central no processo de enfrentamento religioso-espiritual, nesse contexto da UTIN. Essas EE de *Negociação* implicam em ausência de culpa, assumir compromissos e a perspectiva do outro, definir prioridades, procurando encontrar novas opções e, assim, coordenar as preferências e opções disponíveis (Skinner et al., 2003). Todas se relacionam positivamente a todas as funções adaptativas da Escala CRE, e negativamente com as funções mal adaptativas do CRE (Tabela 29). Observou-se uma forte correlação entre uma família de enfrentamento mal adaptativa – a *Delegação* - e as EE religioso-espirituais de *Busca de significado* e *Transformação*, *Controle* e *Conforto espiritual*, todas em função mal adaptativas também. Assim, delegar a outros ou depender e exigir de outros a solução de problemas, com sentimentos de autopiedade, lamentação, vergonha, por exemplo, ocorrem quando a pessoa sente-se ameaçada em sua necessidade de Relacionamento, entendendo que encontrou os limites de seus recursos e confiança nos recursos sociais disponíveis (Skinner et al., 2003). Com esse padrão de delegação, diminui a probabilidade de conseguir sentir-se no controle da situação, de encontrar um significado positivo em tudo que está ocorrendo, de aprender e crescer com a situação e de sentir algum conforto espiritual. Esses dados são confirmados pela relação inversamente proporcional identificada entre esta família de *Delegação* e as versões adaptativas do enfrentamento religioso-espiritual de *Controle*, *Conforto espiritual* e *Transformação*, sendo forte com a *Busca de significado* (Tabela 29).

Juntamente com a *Delegação*, a família de enfrentamento de *Isolamento*, está associada à percepção de ameaça à necessidade de Relacionamento, seja no plano pessoal (self), seja no contexto, para esta amostra de mães. O *Isolamento* implica em comportamentos de afastamento, sentimentos de solidão e desolação, e uma tendência a desconectar-se (Skinner et al., 2003). Nessa amostra de mães, o *Isolamento* correlacionou-se inversamente com a versão adaptativa de *Intimidade com*

Deus e com outras pessoas, e positivamente com a versão mal adaptativa de *Transformação* (Tabela 29). Assim, isolar-se, inclusive no plano espiritual, diminui a possibilidade de crescer com a experiência. O mesmo ocorre com a adoção de EE de *Fuga*, que apresentou correlação inversamente proporcional com a versão adaptativa de *Transformação*, e com a versão mal adaptativa de *Conforto espiritual* (Tabela 29). Assim, ao sentir-se ameaçada em sua necessidade de Competência, por não ver ou sabe lidar com a situação, algumas mães tendem a evitar a situação, sentindo-se sem esperança, não tendo um conforto espiritual adaptativo.

Também relacionada à percepção de ameaça à necessidade de Autonomia, estão as EE de *Oposição*, que incluem projetar e culpar outras pessoas, com sentimentos de raiva e vingança (Skinner et al., 2003). Essas mães apresentaram a família de *Oposição* correlacionada inversamente às funções adaptativas de *Busca de significado*, à *Intimidade com Deus e com outras pessoas*, e à *Transformação*, em forte correlação com esta última; e como esperado, correlacionou-se positivamente as versões mal adaptativas dessas funções da Escala CRE (Tabela 29). Assim, comportamentos de projetar na comunidade religiosa ou em Deus a culpa pelos acontecimentos, associados a afeto negativo, dificulta encontrar um sentido positivo nos fatos, e sentir-se próximo das pessoas e de Deus, não conseguindo perceber ou obter um crescimento pessoal nesse processo.

Nesta amostra, não foram identificadas correlações entre as famílias de enfrentamento de *Desamparo* e *Submissão* e as funções do enfrentamento religioso-espiritual (Tabela 29). Assim, entende-se que as reações de dúvida, culpa, pânico e culpa, associadas ao *Desamparo*, decorrente da percepção de ameaça à necessidade de Competência, com a identificação dos limites de ação, não se vincularam a quaisquer comportamentos de enfrentamento religioso-espiritual para essas mães. Contrariamente ao senso comum, que relaciona o sentir-se desamparado e sem esperança à prática de comportamentos religiosos, neste contexto da UTIN, o *Desamparo* pode ter se

relacionado à percepção de limites de ação impostos pelo próprio ambiente e tipo de tratamento imposto. Assim, não adiantaria rezar ou se revoltar contra Deus, uma vez que os limites da ação estavam nas mãos dos profissionais de saúde. Da mesma forma, este contexto de ameaça à necessidade de Autonomia dessas mães, relacionada às EE de *Submissão*, não se relacionou ao enfrentamento religioso-espiritual. Desistir de preferências, por impossibilidade de ação nesse contexto da UTIN, é uma maneira de coordenar as opções disponíveis, sem ter que recorrer ao plano espiritual.

Foi realizado ainda a relação de influência entre as classificações do enfrentamento geral (variável dependente) e enfrentamento religioso-espiritual (variável independente), por uma triangulação com a Escala CRE, para que pudéssemos observar a influência que a estratégia de enfrentamento geral exerce no enfrentamento religioso-espiritual, permitindo então que o enfrentamento da internação do filho em UTIN possa ser compreendido por visão macro, caminhando para uma observação específica, possibilitando que o processo de enfrentamento seja analisado de um modo mais completo. (Tabela 30).

Tabela 30. *Relação de influência da variável independente sobre a dependente entre as 12 famílias de enfrentamento (TMC – Skinner, et al., 2003) e funções do enfrentamento religioso-espiritual (Pargament et al., 2000)*

	Autoconfiança (+)	Busca de Suporte (+)	Resolução de Problemas (+)	Busca de Informações (+)	Acomodação (+)	Negociação (+)	Delegação (-)	Isolamento (-)	Desamparo (-)	Fuga (-)	Submissão (-)	Oposição (-)
<i>Adaptativas</i>												
Busca de significado (+)	9,851*	4,410	11,772**	9,398*	14,262**	12,184**	9,002*	5,125	3,347	11,193*	4,582	6,732
Controle (+)	6,783*	1,299	11,021**	11,006**	8,197*	9,754**	6,040*	0,790	4,910	8,951*	2,545	4,238
Conforto Espiritual (+)	8,592*	6,542	9,933*	3,901	11,678**	7,820*	5,128	4,157	,292	6,443	4,616	0,960
Intimidade (+)	7,343	3,995	10,393*	7,568	10,087*	7,386	7,228	4,725	2,547	12,685**	1,784	3,356
Transformação (+)	12,799**	7,122	8,659*	4,180	12,728**	11,790**	8,452*	3,628	2,002	5,286	8,641*	5,431
<i>Mal adaptativas</i>												
Busca de significado (-)	9,633*	9,165	11,336*	5,007	14,092**	11,013	10,488*	5,498	4,735	9,741*	5,001	6,173
Controle (-)	7,788*	1,314	10,431**	13,280**	7,729*	4,926	7,421*	3,135	4,376	7,695*	3,457	3,688
Conforto Espiritual (-)	4,738	4,480	4,805	1,758	5,411	1,543	3,798	1,061	1,605	3,664	3,250	0,163
Intimidade (-)	6,773*	2,009	8,159*	9,166*	9,315**	6,628*	6,971*	5,477	1,679	8,683*	3,155	5,497
Transformação (-)	12,311*	7,110	14,061**	10,471*	16,247**	13,906**	9,835*	4,370	1,867	9,386	9,475*	7,407

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; teste de Kruskal-Wallis.

(+) = uso com função adaptativa; (-) = uso com função mal adaptativa no médio e longo prazo.

De modo geral, observa-se que as funções do enfrentamento religioso-espiritual, tanto em sua forma adaptativa quanto mal adaptativa, tendem a apresentar significância de influência majoritariamente com famílias de enfrentamento de caráter adaptativo. De tal modo, o uso da religião ou da fé para lidar com o estresse indica a possibilidade de lidar com o evento estressor de modo mais funcional (Tabela 30).

A partir desta análise, observou-se especialmente que a função de *Conforto espiritual* além de apresentar significância com famílias adaptativas, como *Autoconfiança*, *Resolução de problemas*, *Acomodação* e *Negociação*, não está relacionada com nenhuma das *famílias* mal adaptativas (Tabela 30). Isso significa que, sentir-se acolhido pela fé permite que a pessoa também se perceba mais capaz de lidar com o estressor, aproximando-se do problema na tentativa de resolvê-lo, aceitando a situação sem delegar aos outros, nem à Deus, a responsabilidade pela situação vivida.

Já o *Conforto espiritual* com função negativa, ou seja, quando a pessoa sente-se abandonada, desamparada pela fé que tem, não apresenta relação com nenhuma família de enfrentamento. Isto indica que a fé demonstra ser mais importante, na medida em que ela relaciona-se com uma percepção mais positiva de si, da situação e dos recursos de enfrentamento na relação com Deus, na tentativa de administrar a situação estressora (Tabela 30).

Para que estas relações tornem-se mais funcionais e prováveis, é importante que haja a instrumentalização do repertório geral de estratégias de enfrentamento e também religiosos adaptativos. Incentivar a compreensão e o enfrentamento apenas das formas religiosas pode implicar no enfraquecimento destas relações de influência, ou mesmo ao contrário, viabilizar o uso adaptativo pode também implicar em respostas mais funcionais no enfrentamento da internação do filho em UTIN.

Procurando, agora, entender as relações entre esse processo de enfrentamento geral e religioso-espiritual com o contexto desta amostra, foram

analisadas as variáveis das mães, seu suporte social, e de seus bebês, cujos dados são apresentados a seguir.

3.4. Relações entre variáveis maternas e do bebê, variáveis psicossociais e o enfrentamento do contexto da UTIN

Foram analisados pela Correlação de Spearman todos os dados coletados pelos instrumentos utilizados entre as variáveis contínuas (variável dummy). A correlação entre as variáveis contínuas (pela variável dummy) de enfrentamento religioso-espiritual e os dados do bebê, da mãe e do suporte social é apresentada na Tabela 31.

Tabela 31. Resultados da correlação entre as variáveis contínuas do CRE, dados do bebê e da mãe, e do suporte social percebido (N = 20)

Variáveis	CREP (+)	CREN (-)	CRET (total)	Mudanças na religiosidade após a internação	Como religião ajudou no enfrentamento da internação	Tipo de prática religiosa
<i>Bebê e gestação</i>	<i>(rho)</i>	<i>(rho)</i>	<i>(rho)</i>	<i>(rho)</i>	<i>(rho)</i>	<i>(rho)</i>
Apgar 1 minuto	-0,221	0,138	-0,101	-0,011	-0,430	-0,408
Apgar 5 minutos	-0,076	0,213	-0,115	0,175	-0,124	-0,268
Primeira gestação	0,555*	0,237	0,241	-0,212	0,107	0,206
Número de consultas pré-natal	-0,172	0,342	-0,005	-0,130	-0,353	0,857**
Idade Gestacional	-0,029	-0,115	0,078	-0,139	-0,340	-0,141
Doenças, problemas internação	-0,073	0,584	-0,013	0,051	-0,414	
<i>Mãe</i>						
Idade	-0,074	-0,037	0,307	0,138	-0,129	0,190
Escolaridade	-0,338	-0,464*	-0,233	0,084	-0,023	-0,500
Estado Civil	-0,562*	-0,257	0,120	0,447*	0,088	-0,516
Nível socioeconômico	0,533*	-0,011	-0,179	-0,230	,245	0,770*
Número de filhos	0,450	0,145	0,304	-0,006	0,124	0,036
Filhos em UTIN	-0,025	-0,354	0,292	0,194	-0,110	-0,336
Filhos prematuros	-0,203	0,231	-0,240	0,165	-0,454*	-0,513
Conhecimento sobre UTIN	0,577	-0,122	-0,248	-0,250	0,707	-0,525
Pior estressor da internação	-0,179	0,419	0,061	-0,144	-0,328	0,206
Outras preocupações além da doença	-0,073	0,000	-0,324	0,057	0,164	-0,123
Expectativas em relação ao filho	0,123	-0,020	0,156	0,103	0,518*	-0,299
<i>Contexto familiar</i>						
Companheiro atual é o pai do bebê	0,241	0,099	0,062	-0,213	-0,330	0,168
Idade do companheiro	-0,079	0,048	-0,083	0,236	-0,167	-0,064
Companheiro trabalha	0,055	0,025		0,273	0,155	-0,123
Tempo de relacionamento com o companheiro	0,288	-0,154	0,138	0,037	-0,262	0,205
Tipos de ajuda	-0,036	-0,251	0,051	0,226	0,280	0,038

Nota. * $p \leq 0,05$;

** $p \leq 0,01$, significativo pelo teste de *Correlação de Spearman*.

Religião mudou após internação (1 = Aumento de frequência de rituais Religiosos-Espirituais; 2 = Não mudou; 3 = Aumento da fé);

Como a religião ajudou no enfrentamento da internação (1 = Fé acerca da recuperação; 2 = Rituais religiosos para melhora; 3 = Não declararam; 4 = Sentimento de força para lidar com situação);

Do que é praticante da religião (1 = Catequese; 2 = Estudos; 3 = Culto; 4- Missa; 5 = Dizimo e ofertas).

A Tabela 31 mostra que houve correlações positivas (relação diretamente proporcional) entre:

- a) Primeira gestação e CREP;
- b) Número de consultas pré-natal (maior número de consultas) e tipo de prática religiosa (doação de dízimos e ofertas);
- c) Estado civil (união estável/ divorciada) e mudança na religiosidade após a internação (aumento da fé);
- d) Nível socioeconômico (maior nível) e tipo de prática religiosa (doação de dízimos e ofertas);
- e) Expectativas em relação ao filho (alta da UTIN) e a forma como a religião ajudou no enfrentamento da internação (sentimento de força para lidar com a situação).

A Tabela 31 também mostra que houve correlações negativas (relação inversamente proporcional) entre:

- a) Escolaridade (menor) e CREN;
- b) Estado civil (divorciada) e CREP;
- c) Filhos prematuros e na forma como a religião ajudou no enfrentamento da internação (maior sentimento de força para lidar com a situação).

A partir destes dados, é interessante observar que as variáveis do contexto familiar, como a condição do companheiro (ser pai do bebê, idade, trabalho, tempo de relacionamento e tipo de ajuda) não apresentaram relações significativas em nenhuma das variáveis de religiosidade-espiritualidade. Somente as características da mãe e do bebê, como ser a primeira gestação, o número de consultas pré-natal (maior), a escolaridade da mãe (menor), seu estado civil (casada) e nível socioeconômico (mais alto), se já tinha filhos prematuros e suas expectativas em relação ao filho (alta da UTIN) apresentaram relações com aspectos religiosos-espirituais. Pode-se deduzir que o apoio social recebido pelas mães não influencia as estratégias de enfrentamento

religioso-espirituais (Tabela 31). Nesse contexto de impotência de ação da mãe e da família, apresentado pelo ambiente da UTIN e o tratamento do bebê, parece lógico que a mãe recorra mais ao uso de estratégias religioso-espirituais para o enfrentamento da internação do filho em UTIN. Estas EE, então, se relacionam com o apoio que a crença oferece, com a percepção de que Deus está apoiando, ouvindo, cuidando das condições ameaçadoras ou desafiantes que este evento estressor impõe.

Identificou-se relação diretamente proporcional entre o tipo de expectativa que as mães têm em relação ao filho e como a religião ajudou no enfrentamento da internação. Mães que relataram um sentimento de força para lidar a situação (autoconfiança) tinham expectativas de alta hospitalar do filho da UTIN, ao contrário das mães que relataram fé na recuperação, mas que tinham expectativas apenas da recuperação da saúde do filho e não necessariamente de alta hospitalar (Tabela 31). Ficar sob controle da possibilidade de alta hospitalar tem relação com uma percepção mais positiva da situação de internação em UTIN, o que favorece o enfrentamento na forma de *Autoconfiança*. De outro lado, ficar sob controle da saúde fragilizada do bebê e dos riscos existentes pode se relacionar ao uso de estratégias de enfrentamento de *Delegação*.

O estresse da internação em UTIN e o uso de estratégias mal adaptativas, como, por exemplo, a *Delegação* podem implicar em consequências negativas graves à mãe e ao bebê. Definida pela percepção sobre a limitação de recursos para lidar com a situação, implicando em respostas de reclamação, autculpa, lamentação e busca de suporte mal adaptativo (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; 2009; Skinner et al., 2003; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008), pode trazer como consequências a diminuição de cuidados dispensados ao bebê, a dificuldade para exercer a maternagem e o vínculo mãe-bebê.

Relação diretamente proporcional foi observada também entre primeira gestação e CREP. Ou seja, quem estava na primeira gestação tinha menor CREP, ao

passo que quem já havia tido mais que uma gestação tinha maior CREP (Tabela 31). Isto indica uso de estratégias mais adaptativas, com percepção positiva em relação ao que pode fazer mediante esta condição de estresse, usando a religião e a fé como suporte espiritual, resolver o problema em colaboração com Deus, redefinir o estressor de forma benevolente, entre outros (Koenig et al., 1998; Pargament et al., 1998; 2000). O uso do CREP pode ser ilustrado pelas seguintes afirmativas:

CREP (+)	“A minha fé tem me ajudado a pensar positivo.” [M4, IG = 36, peso: 2,245g];
	“Aprendi ter mais fé e mais esperança.” [M11, IG = 34, peso: 1,600g].

Em relação ao nível socioeconômico [NSE] e CRE Positivo, observou-se relação diretamente proporcional, indicando que, quanto maior o NSE, maior o CREP (Tabela 31). Compreende-se que, quanto maior o NSE, maior o acesso a informações, proporcionalmente também tende a ser maior o grau de instrução, fato que pode facilitar o uso de estratégias adaptativas, incluindo as de cunho religioso-espiritual, como maior investimento no cuidado do bebê, diminuição de sintomas depressivos, esperança, estabelecimento de vínculo, condições que trazem benefícios à mãe e ao bebê (Edward et al., 2001; Ministério da Saúde, 2008; 2012; Rodrigues et al. 2011; Serruya, Cecatti, & Lago, 2004).

Também houve relação diretamente proporcional entre estado civil e mudanças na religião após a internação, de forma que quem estava em união estável ou era divorciada relatou um maior aumento da fé, comparando-se com solteiras e casadas (Tabela 31).

Houve relação diretamente proporcional entre número de consultas pré-natal e ser praticante da religião: quem apenas praticava sua religião doando dízimos e ofertas faziam mais consultas pré-natal, comparado com quem participava de catequese, cultos, missa e estudos religiosos (Tabela 31). Esta condição pode estar relacionada ao acesso a informações sobre a importância do acompanhamento médico, bem como ao acesso aos cuidados de saúde.

O NSE também apresentou relação diretamente proporcional com o tipo de prática religiosa: quem praticava sua religião doando dízimos e ofertas apresentava maior NSE, fazia mais consultas pré-natal, comparado com quem participava somente de catequese, cultos, missa e estudos religiosos (Tabela 31).

Observou-se uma relação inversamente proporcional entre o fato de já ter tido outro bebê prematuro e a forma como religião ajudou, na avaliação das mães. Quem já teve um bebê prematuro apresentou maior sentimento de força para lidar com a situação (Tabela 31). Tal condição pode estar relacionada a uma experiência anterior com desfecho positivo ou ainda suficiente para oferecer repertório adaptativo para o enfrentamento da internação do bebê em UTIN.

A relação do estado civil com o CREP foi inversamente proporcional. Ou seja, quem tinha união estável ou era divorciada apresentou CREP maior do que solteiras e casadas (Tabela 20).

Relação inversamente proporcional também foi identificada entre escolaridade e CREN, de forma que, quanto maior a escolaridade, menor é o CREN (Tabela 31). Provavelmente, quanto maior o grau de instrução, maior é o repertório para enfrentar a situação. Considerando que o CREN envolve a percepção sobre a situação estressante pela ótica de um Deus punitivo, responsável pela situação, bem como pela resolução dessa condição (Koenig et al., 1998; Pargament et al., 1998, 2000), esta percepção pode afastar mais ainda a mãe de estratégias adaptativas, como o engajamento nos cuidados e aproximação com o bebê. Exemplos de uso de CREN podem ser apresentados pelas seguintes afirmativas:

CREN	“Acredito que Deus me dará vitória.” [M8, IG = 38, peso: 2,790g];
	“Acredito que toda vez que me ajoelho para orar, ela melhora.” [M2, IG = 40, peso: 2,750g].

Não foram encontradas correlações entre as variáveis contínuas em relação aos fatores de enfrentamento geral e as características do bebê e da gestação, da mãe e do suporte social, com exceção da correlação positiva entre *coping*

transformacional e o tipo de ajuda recebida pelas mães ($\rho(20) = -0,475; p \leq 0,047$), sendo que mulheres que recebem maior apoio emocional e ajuda com cuidados com a casa não acreditam que algo mudou após a hospitalização (dados da correlação estão no APÊNDICE O).

O *coping transformacional* é compreendido como uma forma de alterar o agente estressor com uma atitude otimista, levando à diminuição das tensões e, então, aumentando sentimentos positivos e diminuindo o estresse negativo (Maddi, 2002). Dessa forma, o apoio recebido pode estar relacionado como um suporte importante para uso de enfrentamento adaptativo desta condição de estresse.

Houve também correlação negativa entre o *coping transformacional* e o tipo de ajuda recebida (apoio emocional; cuidados com a casa; cuidados com outros filhos; apoio financeiro; locomoção até o hospital; cuidados com a casa e filhos; apoio financeiro, cuidados com a casa e locomoção até o hospital; acompanhando nas visitas e cuidados com a casa). Assim, pessoas que acreditam que a hospitalização mudou seus pensamentos, ações, e rotina, bem como pensamento e fé, apresentam menor apoio emocional e ajuda com cuidados com a casa. Tal condição pode estar relacionada com o fato da falta de apoio implicar na necessidade de mudança de atitude, pensamento e mesmo fé para, então, conseguir administrar a nova condição percebida como estressante.

Identificou-se correlação negativa entre enfrentamento total e o fato do companheiro da mãe trabalhar ($\rho(20) = -0,542; p \leq 0,020$) (APÊNDICE O). Assim, mulheres com processo de enfrentamento mais adaptativo tinham companheiros que trabalhavam. Isso lhes garante uma segurança, até mesmo financeira, pois pode ser que a mulher não consiga uma reinserção no mercado de trabalho tendo um filho internado em UTIN, que demanda cuidados e vistas institucionalmente pré-estabelecidas em quaisquer horários. Portanto, o fato de a mulher trabalhar pode ser considerado um fator de risco para o estresse, enquanto o fato do companheiro trabalhar ser considerado um fator de proteção. Esta variável pode, então, facilitar o

manejo dos recursos disponíveis e o uso de estratégias de enfrentamento mais adaptativas.

Os dados dos resultados da análise de Correlação de Spearman para variáveis contínuas em relação aos fatores de enfrentamento religioso-espiritual, ou relacionados à religião e ao enfrentamento geral não apresentaram relações (ver APÊNDICE O), com exceção de duas relações. Houve correlação negativa e significativa entre *coping transformacional* e a percepção de que a religião mudou após a hospitalização do bebê ($\rho(20) = -0,765; p \leq 0,000$). Assim, quem acreditava que a religiosidade não mudou após a hospitalização apresentou maior *coping transformacional*. Este dado indica que outros fatores, além da religiosidade, interferiram no *coping transformacional* e que existe diferença entre o *coping transformacional*, podendo este estar relacionado a estratégia de enfrentamento gerais, e a *função de transformação* proposta por Pargament et al. (2000).

Correlação negativa e significativa também foi identificada entre o funcionamento do enfrentamento (adaptativo x mal adaptativo) e a razão CREN/CREP ($\rho(20) = -0,459; p \leq 0,042$) (APÊNDICE O). Assim, pessoas com enfrentamento mais adaptativo apresentam menor razão CREN/CREP. Este indicador é uma variável inversamente proporcional, ou seja, os valores mais baixos são considerados mais positivos; dessa forma, o uso de estratégias de enfrentamento adaptativas está relacionado ao uso de estratégias religiosas-espirituais positivas.

3.5. Resumo geral dos resultados

O exercício de analisar o enfrentamento geral (Teoria Motivacional do *Coping* - Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994), caminhando para o enfrentamento religioso (Escala CRE – Panzini, 2004; Funções do Enfrentamento religioso-espiritual – Pargament et al., 2000) e depois retornando ao enfrentamento geral demonstrou ser uma condição fundamental para uma compreensão mais apurada dos

comportamentos que envolvem o processo de enfrentamento de uma condição tão delicada quanto a internação de um filho em UTIN. A partir desta análise, obtivemos resultados importantes que foram já apresentados e que serão apresentados de modo resumido, salientando os resultados mais evidentes de cada participante (Tabela 32).

Tabela 32. *Resumo dos principais resultados do processo de enfrentamento segundo MTC-12 (Lees, 2007), Escala CRE (Panzini, 2004) e Funções do enfrentamento religioso-espiritual (Pargament et al., 2000)*

Mãe	Percepção sobre enfrentamento (Questão 2 – MTC-12)	Famílias de Coping mais pontuadas (MTC-12)	Adaptação	Fator do CRE mais usado (Escala CRE)		Famílias de enfrentamento mais citadas (relações com Escala CRE)	Famílias de enfrentamento o mais pontuadas (relações com Escala CRE)	Funções do enfrentamento religioso-espiritual (relações com Escala CRE)
				Positivo	Negativo			
1	Fé	Busca de suporte, resolução de problemas (+), desamparo e submissão (-).	Adaptativa	P4	N1, N2, N3, N4	Busca por suporte	Oposição	Conforto espiritual (+) e intimidade (+)
2	Distração	Busca de suporte, resolução de problemas, busca de informações (+), desamparo, fuga e submissão (-).	Adaptativa	P1, P4, P8	N2	Delegação e submissão	Isolamento, Desamparo	Conforto espiritual (+) (-)
3	Desamparo	Busca de suporte (+), submissão e oposição (-).	Mal adaptativa	P1	N3	Autoconfiança	Desamparo	Conforto espiritual (+) e (-)
4	Desamparo	Todas as adaptativas e as mal adaptativas, exceto isolamento e oposição.	Adaptativa	P4	N1, N2, N3	Busca por suporte	Isolamento	Conforto espiritual (+) e (-)
5	Autoconfiança	Todas as adaptativas, exceto acomodação e negociação; todas as mal adaptativas, exceto fuga.	Adaptativa	P4	N2	Fuga	Isolamento	Conforto espiritual (+) e (-)
6	Desamparo	Resolução de problemas, busca de informações (+), delegação, desamparo e submissão (-).	Adaptativa	P1, P4, P8	N2, N3	Submissão	Desamparo	Conforto espiritual (+) e (-)
7	Distração	Autoconfiança, resolução de problemas, busca de informações (+), desamparo, submissão e oposição (-).	Adaptativa	P1, P4	N2	Submissão	Oposição	Conforto espiritual (+) e (-)
8	Fé	Busca de suporte, resolução de problemas, busca de informações (+), desamparo, submissão (-).	Empatado	P1, P4	N1, N2, N3, N4	Fuga	Isolamento	Conforto espiritual (-)
9	Desamparo	Autoconfiança, resolução de problemas, busca de informações (+), desamparo, submissão (-).	Adaptativa	P4	N3	Submissão	Isolamento e Fuga	Conforto espiritual (+) e (-)
10	Desamparo	Busca de informações, acomodação (+).	Adaptativa	P1, P2, P5, P8	N1, N3	Delegação	Autoconfiança e Isolamento	Conforto espiritual (+) e (-)
11	Desamparo	Resolução de problemas, busca de informações, acomodação (+), isolamento, fuga, submissão (-).	Adaptativa	P1, P4, P7, P8	N2, N3	Submissão	Busca de informações e Isolamento	Conforto espiritual (+) e (-)
12	Autoconfiança	Autoconfiança, busca de informações,	Mal	P4	N2	Acomodação	Acomodação	Conforto

Mãe	Percepção sobre enfrentamento (Questão 2 – MTC-12)	Famílias de Coping mais pontuadas (MTC-12)	Adaptação	Fator do CRE mais usado (Escala CRE)		Famílias de enfrentamento mais citadas (relações com Escala CRE)	Famílias de enfrentamento o mais pontuadas (relações com Escala CRE)	Funções do enfrentamento religioso-espiritual (relações com Escala CRE)
				Positivo	Negativo			
		acomodação, negociação (+), delegação, desamparo, fuga, submissão (-).	adaptativa					espiritual (+) e (-)
13	Desamparo	Autoconfiança, resolução de problemas, negociação (+), desamparo, oposição (-).	Adaptativa	P4	N2	Fuga	Oposição	Conforto espiritual (+) e (-)
14	Desamparo	Resolução de problemas, busca de informações (+), desamparo, submissão (-).	Adaptativa	P1, P4, P8	N1, N2, N3	Oposição	Oposição	Conforto espiritual (+) e (-)
15	Autoconfiança	Fuga, submissão (-).	Mal adaptativa	P4	N1, N2, N3, N4	Fuga	Isolamento, Desamparo e Oposição	Conforto espiritual (+) e (-)
16	Fé	Autoconfiança, resolução de problemas, acomodação (+), submissão (-).	Adaptativa	P4	N3	Isolamento	Submissão	Conforto espiritual (+) e (-)
17	Desamparo	Autoconfiança, busca de suporte, resolução de problemas, busca de informações (+), desamparo, fuga, submissão (-).	Adaptativa	P4	N2, N4	Delegação	Isolamento, Desamparo, Submissão e Oposição	Conforto espiritual (+) e (-)
18	Desamparo	Resolução de problemas (+), delegação, desamparo (-).	Mal adaptativa	P4	N2	Acomodação	Desamparo	Conforto espiritual (+) e (-)
19	Autoconfiança	Autoconfiança, Resolução de problemas, busca de informações (+), desamparo, submissão (-).	Adaptativa	P4	N2	Submissão	Fuga	Conforto espiritual (+) e (-)
20	Desamparo	Busca de suporte, busca de informações, negociação (+), delegação, isolamento, desamparo, submissão, oposição (-).	Mal adaptativa	P1, P4, P7, P8	N2	Submissão	Autoconfiança	Conforto espiritual (-)
TOTAL	Desamparo	Submissão, Desamparo, Resolução de problemas.	Adaptativa (n = 14)	P4 (M = 2,93)	N2 (M = 2,14)	Submissão	Desamparo Oposição e Isolamento	Conforto espiritual (-)

Nota. Questão 2: Como você está lidando com a situação do seu bebê estar internado na UTIN?;

P1 = Transformação de si e/ou de sua vida; P2 = Ações em busca de ajuda espiritual; P3 = Oferta de ajuda ao outro; P4 = Posicionamento positivo frente a Deus; P5 = Busca pessoal de crescimento espiritual; P6 = Ações em busca do outro Institucional; P7 = Busca pessoal de conhecimento espiritual; P8 = Afastamento através de Deus, da religião e/ou da espiritualidade;

N1 = Reavaliação negativa de Deus; N2 = Posicionamento Negativo frente a Deus; N3 = Reavaliação negativa do significado; N4 = Insatisfação com o outro institucional; Valor das Medianas para cada família de enfrentamento mais pontuadas – triangulação Escala CRE: Desamparo (Mdn = 4,60, EPad = ± 0,21), Oposição (Mdn = 4,58, EPad = ± 0,16) e Isolamento (Mdn = 4,00, EPad = ± 0,15).

Como já descrito, para obtenção dos resultados deste trabalho adotou-se uma metodologia quantitativa e quantitativa. A união de vários métodos deve-se apoiar na escolha por uma forma adequada para a pergunta que está sendo estruturada. Na medida em que as perguntas são multifacetadas, comporta-se assim mais de um método (Günther, 2006).

Compreender o enfrentamento religioso-espiritual de mães de bebê internados em UTIN implica em uma tarefa desafiante, na medida em que esta condição está relacionada a diversos fatores. Entender este fenômeno, realizar intervenções e propor políticas públicas de atendimento a este público impõe a necessidade de domínio de uma maior amplitude acerca das contingências e comportamentos que envolvem esta condição, fundamentando assim a escolha por método misto nesta pesquisa.

Para analisar o enfrentamento religioso-espiritual destas mães foi importante que também investigássemos o enfrentamento geral e, então, voltássemos a analisar o enfrentamento religioso-espiritual. Isso ocorre, pois, identificando o enfrentamento geral podemos analisar o repertório que cada uma tem para enfrentar o estresse, permitindo a correlação com os dados religiosos, e então uma compreensão mais apurada que possa auxiliar no desenvolvimento de propostas de intervenção que ajudem no processo de autorregulação desta mãe, visando o cuidado com o bebê, o enfrentamento em caso de morte, alta do bebê, manejo em caso de sequelas pós-internação, dentre outros.

Os dados apresentados demonstram que as *famílias* de enfrentamento mais utilizadas, classificadas a partir da pergunta semiestruturada (Questão 2 - MTC-12) é *Desamparo*; e pontuação mais alta da escala likert (Questões 3-6, 8-9; 10-15 - MTC-12) foram às estratégias mal adaptativas de *Submissão* e *Desamparo*. A triangulação dos dados reforça a fidedignidade dos resultados desta pesquisa, a partir desta análise, identifica-se que a família mais usada é também *Submissão* (Tabela 32).

A partir do cálculo da mediana, o valor correspondente à função do enfrentamento de uma forma geral, indica que o enfrentamento ocupa função

adaptativa. Apesar disso, o alto índice de pontuação na família de *Submissão*, e a percepção de *Desamparo* indicam uma condição preocupante, na medida em que indicam que o uso de estratégias adaptativas não está sendo suficiente para que tenham repostas funcionais no manejo de estresse, ou se percebam capazes de lidar com a situação (Tabela 32).

Os resultados referentes ao CRE indicam maior frequência de uso de CREP em relação ao CREN, no entanto, esta diferença não é considerada significativa. Os dados obtidos a partir da triangulação referente às funções do enfrentamento religioso-espiritual segundo Pargament et al. (2000), indicam que a função mais usada foi de *Conforto espiritual* com função mal adaptativa (Tabela 32).

Com o objetivo de facilitar ainda mais a compreensão e organização dos resultados até aqui apresentados, os quadros da Figura 2 apresentam os principais aspectos do processo de enfrentamento tal como analisado aqui, com as características da amostra, o contexto em que as EE ocorrem, o enfrentamento, as famílias de enfrentamento utilizadas e as funções do enfrentamento religioso-espiritual. Após, segue-se a discussão geral dos dados.

Processo de enfrentamento materno da internação do bebê em UTIN

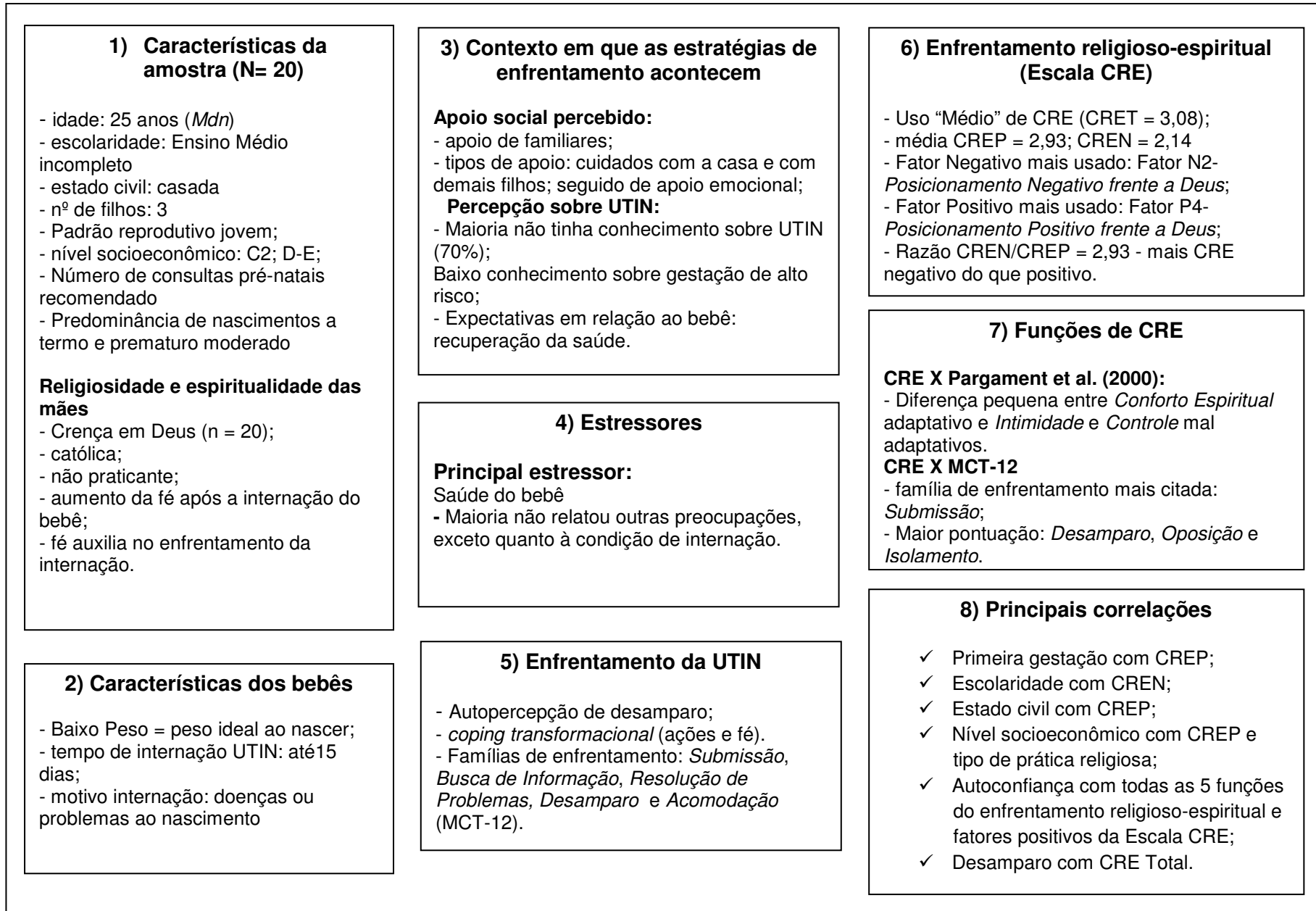


Figura 2. Principais aspectos do processo de enfrentamento da internação em UTIN pelas mães (N = 20).

4. DISCUSSÃO GERAL

Este estudo teve por objetivo central descrever e analisar o uso do enfrentamento religioso-espiritual por mães de bebês internados em UTIN. Essa análise foi feita com base na Teoria Motivacional do *Coping* (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994), destacando o enfrentamento religioso-espiritual para lidar com a condição de estresse gerada pelas condições de nascimento e parto do filho, com a consequente internação hospitalar na UTIN.

Compreende-se o enfrentamento como um processo de autorregulação, que inclui a capacidade de monitorar o próprio comportamento em resposta a diferentes situações (Skinner et al., 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Skinner & Wellborn, 1994). Sua definição contempla esse processo, que: “[...] *descreve como as pessoas regulam seus próprios comportamentos, emoções e orientações motivacionais sobre condições estressantes*” (Skinner & Wellborn, 1994, p. 107).

Nesse sentido, o enfrentamento é um processo que precisa ser compreendido com seus eventos antecedentes e suas consequências, analisando a funcionalidade do comportamento de enfrentamento em relação às condições disponíveis para o indivíduo enfrentar o estressor e as consequências de curto e longo prazo, as quais podem ser analisadas como sendo adaptativas ou mal adaptativas (Skinner, & Wellborn, 1994; Skinner & Wellborn, 1997). Dessa forma, considera-se que o objetivo de analisar a função do enfrentamento religioso-espiritual foi alcançado, havendo limitação apenas em relação à análise das consequências do processo de enfrentamento no longo prazo, por ser um estudo transversal.

Um aspecto relevante sobre o estudo do enfrentamento, compreendido como um processo, é que seja analisado em vários pontos ao longo do tempo e, preferencialmente, no momento em que o enfrentamento ocorre, ou seja, em tempo real. Quanto menor a distância entre a resposta de enfrentamento e seu relato, melhor a qualidade deste (Carver,

& Connor-Smith, 2010; Lees, 2007; Zimmer-Gembeck et al., 2009). Neste ponto, esta pesquisa pôde obter dados mais fidedignos, pois a coleta de dados aconteceu justamente no contexto hospitalar, durante a internação do bebê, ou seja, sob a ação do estressor maior, a exemplo do estudo de Ramos (2012) com mães nesta mesma condição.

O enfrentamento de mães de bebês internados em UTIN traz como característica principal a presença de um ambiente novo e imprevisível (Dittz et al., 2006; Gaíva & Scochi, 2005; Kennell & Klaus, 1992; Linhares et al., 2000; Morsch & Braga, 2007; Padovani et al., 2004; Ramos, 2012), que ameaça ou desafia suas necessidades básicas de relacionamento, autonomia e competência (Skinner & Edge, 2002). É um contexto que pode ser percebido como hostil, dadas as condições do ambiente hospitalar e da comunicação médico-paciente, que tende a isolar os pais. Acompanha a sensação de impotência diante da fragilidade da saúde do bebê, com a impossibilidade de manuseio e amamentação, culminando com o risco de morte do bebê. O conhecimento das mães acerca da UTIN torna este ambiente ainda mais aversivo uma vez que são relacionadas a ele conotações negativas, fator que pode dificultar numa percepção positiva no enfrentamento dessa situação de estresse (Guimarães, 2010; Guimarães et al., 2013; Ramos, 2012; Skinner, 1999; Skinner & Edge, 2002b). A condição de desamparo e mesmo de depressão são comuns nesse contexto (Correia & Linhares, 2007; Correia et al., 2008; Padovani et al., 2004; Pinelli, 2000).

Importante ressaltar que a internação de um bebê em UTIN pode ser muitas vezes evitada, uma vez que fatores de risco à gestação contemplam características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, como estresse, situação conjugal insegura, baixa escolaridade, assistência pré-natal precária, além de aspectos referentes à história reprodutiva anterior, doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas (Edward et al., 2001; Ministério da Saúde, 2001, 2008, 2012; Ramos & Cuman, 2009). Tais condições são coerentes com o perfil da amostra deste estudo, composta por 20 mães com nível de escolaridade menor e pertencentes a uma classe socioeconômica desfavorável.

Entre as condições que favorecem um melhor desfecho nesse contexto estão a existência, o tipo e a frequência do suporte social percebido (Guimarães, 2010; Morgado et al., 2013; Müller & Silva, 2009; Roseiro & Paula, 2013; Serra & Scochi, 2004). Este, geralmente, centra-se na família, especialmente na figura do pai (Andreani et al., 2006; Schmidt et al., 2012). Nesta amostra, a maioria das mães declarou estar em união estável, o que pode ser compreendido como um fator de proteção, dado o possível suporte social. Contudo, esta é uma variável que pode ser melhor definida e, então, analisada nas pesquisas sobre este tema, uma vez que declarar estar em união estável pode ou não representar uma relação que oferece suporte. Nesta pesquisa, este dado não foi melhor esclarecido; no entanto, de acordo com os resultados sobre o apoio social percebido, a maioria declarou receber apoio da família, incluindo o parceiro e outros familiares, condição esta que é importante na orientação do processo de enfrentamento apresentado pelas mães. A ameaça ao relacionamento e à ligação afetiva com o companheiro, ou à sua autonomia em relação aos cuidados com a casa e a família podem ser assim amenizados, contribuindo para uma melhor autorregulação emocional dessas mães. Este equilíbrio pode favorecer inclusive o processo de aleitamento materno (Guimarães, 2010; Guimarães et al., 2013; Morgado et al., 2013; Müller, & Silva, 2009; Roseiro, & Paula, 2013; Schmidt et al., 2012; Serra, & Scochi, 2004).

De qualquer maneira, são muitos os estressores possíveis nesse contexto. As mães destacaram principalmente as condições de saúde do bebê no momento da internação, não considerando as consequências acerca do desenvolvimento geral da criança no médio e longo prazo, dado coerente com a pesquisa de Ramos (2012), que também indicou a ausência de percepção deste tipo de estressor. Esta condição pode estar relacionada ao baixo nível de conhecimento sobre as consequências da dos problemas de saúde do bebê, das intercorrências importantes no parto, ou ainda que a prematuridade e o baixo peso ao nascimento têm sobre o desenvolvimento cognitivo, motor, linguístico, comportamental e emocional da criança. Há também o desconhecimento sobre a necessidade de cuidados

especializados oferecidos pela UTIN, ou sobre os motivos da instabilidade da saúde do bebê (Dittz et al., 2006; Gaíva & Scochi, 2005; Kennell & Klaus, 1992; Linhares et al., 2000; Padovani et al., 2004). Mais estudado tem sido o impacto da notícia sobre internação, que a deixam sob controle das consequências mais breves (Barros et al., 2006; Pinheiro et al., 2009). Desconsiderar as consequências sobre o desenvolvimento geral da criança é uma condição que deve ser problematizada quanto às consequências na percepção do estressor, o que pode atuar como uma variável mediadora das estratégias de enfrentamento utilizadas.

Nesse sentido, este desconhecimento sobre as consequências negativas possíveis sobre o desenvolvimento do bebê e o suporte social percebido podem ter facilitado a maior frequência de estratégias de enfrentamento consideradas adaptativas, com predominância das famílias de enfrentamento de Busca de Suporte e Autoconfiança. Concomitantemente, essas mães se percebiam em desamparo, indicando que, apesar de usarem estratégias adaptativas, pode ocorrer de não estar sendo suficiente para diminuir o estresse percebido e as ameaças identificadas por elas.

Enfrentar esse contexto da UTIN, que gera uma percepção de impotência de ação e de ameaça à sua competência para cuidar do próprio bebê, com o conseqüente desamparo, tende a aumentar a frequência do enfrentamento religioso-espiritual. Esta situação ocorreu para a maior parte dessas mães, que utilizaram em nível alto e médio este tipo de enfrentamento, especialmente o *coping transformacional*, com predominância de comportamento de enfrentamento ativo (ações de responsabilidade e cuidado em relação ao outro) e aumento da fé. A crença de que Deus ajudará a resolver os problemas demonstra ser um recurso utilizado com função adaptativa para a maioria das mães, condição que está associada a resultados positivos na saúde da mãe e do bebê (Lamy et al., 2011; Ramos, 2012; Vêras et al., 2010).

Apesar da maioria das mães utilizar estratégias de enfrentamento religiosa-espirituais positivas (CREP), o uso de estratégias negativas (CREN), ainda que em menor frequência, compõe um aspecto importante, pois pode implicar em consequências

prejudiciais à mãe, ao bebê e também a futuras gestações. Como destacado em estudos importantes da área (Alves et al., 2010; Almeida & Stroppa, 2010; Koenig, 2001; Koenig et al., 1998; Panzini & Bandeira, 2007; Pargament, 2011; Pargament et al., 1998), o enfrentamento religioso-espiritual negativo está relacionado a piores resultados de saúde, uso impróprio dos serviços de saúde; pior qualidade de vida, depressão, insensibilidade para com os outros, maior nível de estresse, culpa, medo, por exemplo.

Não obstante, o enfrentamento religioso-espiritual positivo pode contribuir para melhores resultados de saúde e, portanto, um enfrentamento mais adaptativo. Facilitar este processo é possível, na medida em que a equipe de saúde maneje de modo funcional esta variável, ponto em que se destaca a importância da formação adequada destes profissionais.

Mesmo sendo a religião provedora de suporte social e instrumental para resolução de problemas (Faria & Seidl, 2005; Gobatto & Araujo, 2010; Goulart et al., 2005; Koenig, 2001; Panzini & Bandeira, 2007; Pargament, 2007; Ramos, 2012) e acessível a qualquer pessoa, deve ter dedicação cuidadosa na análise quanto à sua funcionalidade no enfrentamento do estresse. Além disso, é relevante considerar também uma característica comum nas instituições de saúde – a presença de religiosos no cuidado e apoio com o enfermo e família -, condição que pode ser determinante na percepção sobre o estresse, no enfrentamento e na análise dos resultados do enfrentamento.

Mediante essas condições, é relevante a realização de intervenções que direcionem o uso de EE adaptativas. Por exemplo, tornar a *Busca de Suporte* mais funcional, com ações instrumentais por parte do Serviço Social, orientações sobre outras ações que pudessem diminuir o nível de estresse, como perguntas à equipe, pedidos assertivos por ajuda, entre outros. Para tanto, o apoio de uma equipe de intervenção para mães de bebês internados em UTIN permitiria este tipo de ação, promovendo um espaço que facilite a reflexão de sentimentos e orientação neste período importante, a exemplo dos trabalhos de Dittz et al., (2006), Linhares et al. (1999) e Ramos (2012).

Para obter esses resultados, esta pesquisa utilizou diversos instrumentos, com destaque para a Escala de *Coping* Religioso-Espiritual [CRE] (Panzini, 2004), na medida em que permitiu avaliação rápida e direcionada a este tipo de enfrentamento. A partir da triangulação dos dados, foi possível analisar o uso de outras EE, segundo o sistema das 12 famílias do enfrentamento (Skinner et al., 2003) e associá-las às funções do enfrentamento religioso-espiritual (Pargament et al., 2000). Esse enquadramento dos itens da Escala CRE e suas funções em um sistema mais amplo e fundamentado, sob uma perspectiva motivacional da Teoria Motivacional do Coping (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994), pode facilitar no direcionamento de propostas de intervenções a essa população, uma vez que a descrição e análise das EE utilizadas ficam mais claras e podem ser associadas aos processos adaptativos.

Os resultados desta triangulação permitiram identificar que a maior frequência de uso das EE segundo as famílias e funções do enfrentamento religioso-espiritual foram pouco adaptativas. Considerando que as 12 famílias de enfrentamento são respostas às ameaças ou desafios de estressores, podendo ser acionadas diferentes famílias no enfrentamento de uma mesma situação (Skinner et al., 2003), o acionamento das famílias dependem não apenas da percepção do estressor, mas especialmente do repertório comportamental para o enfrentamento de estresse, dos recursos sociais disponíveis, da cultura, das características pessoais como personalidade e história de vida, do gênero e do temperamento (Aldwin, 2009; Rodrigues & Chaves, 2008).

De tal modo, identifica-se que a maior frequência de uso de estratégias mal adaptativas pode relacionar-se, por exemplo, com os resultados que apontam que as participantes indicam baixo conhecimento sobre a UTIN, os procedimentos e condições de saúde do bebê, o baixo índice de suporte profissional e o baixo nível socioeconômico e de escolaridade. É importante ressaltar a diferença entre “estratégias” de enfrentamento e “famílias” de enfrentamento. Isto é necessário para que não haja confusão quanto aos resultados que apresentam a maioria das mães com EE adaptativas, mas com maior

intensidade de uso de famílias mal adaptativas. As famílias de enfrentamento são classificadas enquanto adaptativas ou mal adaptativas, analisadas a partir de escala likert, que podem culminar num panorama geral de estratégias que também podem ser classificadas de acordo com o nível de adaptabilidade, por exemplo, uma mãe pode usar de diferentes estratégias para lidar com a internação de seu filho em UTIN, mas pode pontuar mais as estratégias com caráter mal adaptativo, mesmo dizendo que em alguma medida usa de *Busca de Suporte*, *Autoconfiança* ou qualquer outra com caráter adaptativo. .

Os dois tipos de análise apontam para uso de famílias de enfrentamento mal adaptativas. Em relação às funções de enfrentamento religioso-espiritual proposta por Pargament et al., (2000), a triangulação apresentou convergência em relação à condição de todas as mães terem usado estratégias religiosas-espirituais positivas no enfrentamento da internação do filho em UTIN. No entanto, este valor é quase equivalente à frequência geral de uso de estratégias religiosas-espirituais mal adaptativas. Compreende-se, portanto, que o processo de triangulação permitiu que a análise do processo de enfrentamento pudesse ser transposta de uma análise micro – puramente religiosa-espiritual – para avaliação da função maior, uma análise macro do processo de enfrentamento de outros estressores e respostas comportamentais frente a eles. Neste processo, identificou-se que houve correspondência entre as análises da Escala CRE e da Escala MTC-12, o que indica a possibilidade de ampliar o conhecimento sobre o processo de enfrentamento do estresse de ter um filho internado em UTIN.

A escassez de instrumentos no Brasil para análise das EE, especialmente do enfrentamento religioso-espiritual, é um dos problemas da área (Panzini, 2004; Taunay et al., 2012). Dessa forma, este trabalho contribui para esta lacuna, oferecendo uma análise das possíveis relações entre a Escala CRE e suas funções, e a MTC-12. Pode servir de incentivo a outras pesquisas, para o desenvolvimento de instrumentos para a população investigada neste estudo, ou em outros contextos de saúde, como o enfrentamento de pais de crianças com doenças crônicas.

Estudos do enfrentamento no contexto da UTIN são raros no Brasil, especialmente aqueles que adotam a abordagem da Teoria Motivacional do *Coping*. Nesse sentido, este trabalho colabora com a diminuição da lacuna na área ao descrever e analisar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães de bebês internados em UTIN, enfatizando o enfrentamento religioso-espiritual identificado nas pesquisas da área da Saúde (Faria & Seidl, 2005; Gobatto & Araújo, 2010; Koenig, 2001; Panzini & Bandeira, 2007; Ramos, 2012).

O desenvolvimento de novos estudos, que possam analisar as consequências do enfrentamento religioso-espiritual por mães de bebês internados em UTIN e seu reflexo para a saúde do bebê no longo prazo, são importantes para avaliar e direcionar ações mais efetivas nas intervenções a essa população. No curto prazo, o uso do enfrentamento religioso-espiritual negativo pode incorrer em consequências prejudiciais à mãe e ao bebê, uma vez que a atribuição de sentido religioso ao estressor pode implicar no distanciamento da mãe da efetiva resolução de problemas e da compreensão sobre as condições reais de saúde do bebê. Inversamente, o uso de estratégias adaptativas implica em qualidade de vida e resultados positivos de saúde física, emocional e espiritual. Este trabalho tem, portanto, um caráter de prevenção.

Para facilitar o enfrentamento adaptativo dessa população, é importante que a humanização do serviço de saúde seja efetiva, com oferta sobre suporte emocional e informações sobre a saúde, equipamentos e técnicas para o cuidado com o bebê. Deve-se atentar para a comunicação, o respeito pela religião e crença da família, bem como conhecimento técnico sobre o manejo desta variável. O cumprimento dessas condições refere-se não apenas ao respeito pelo outro, mas pelo papel social e profissional de cada um.

5. CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitiram responder a pergunta de pesquisa: “*Como o enfrentamento religioso/espiritual ocorre no conjunto das estratégias de enfrentamento de mães de bebês internados na UTIN?*”.

As análises indicaram que o enfrentamento religioso-espiritual facilita o processo de enfrentamento dessa condição de estresse materno, sendo utilizado pela maioria das mães desta amostra, com uma função adaptativa. No entanto, não demonstra ser tão funcional no enfrentamento do estresse, na medida em que apresenta uso “médio” da religiosidade-espiritualidade e indica alto índice de uso de outras estratégias mal adaptativas associadas ao processo de enfrentamento. Esses dados indicam que, para que seu uso ocorra de forma funcional, é importante que haja intervenções efetivas, para que a religião ou a fé possam ser vias facilitadoras no processo de enfrentamento da internação do filho em UTIN.

Relacionar os resultados da Escala CRE e suas funções com as 12 famílias do enfrentamento propostas pela Teoria Motivacional do *Coping*, por meio da MTC-12, e pelas funções do enfrentamento religioso-espiritual segundo de Pargament et al. (2000), contribuiu para o avanço teórico e metodológico da área do enfrentamento em nosso meio, trazendo reflexões sobre o processo de enfrentamento em conjunto mais amplo de recursos de enfrentamento. Esta condição permitiu compreender os outros recursos de enfrentamento utilizados na condição de internação do bebê em UTIN, fundamentais no processo de enfrentamento de estresse pelas mães. Além disso, pôde contribuir também para estudos posteriores sobre a construção de novos instrumentos e de um maior domínio de conhecimento sobre os recursos religiosos-espirituais para o enfrentamento do estresse.

Importante ainda considerar que um exame mais preciso sobre a religiosidade-espiritualidade no processo de enfrentamento aponta a necessidade de mais cautela nas ações de religiosos no contexto de atenção à saúde. Portanto, a avaliação da efetividade do trabalho de profissionais deve se estender não apenas aos cuidados técnicos com o bebê

ou de atenção e suporte aos familiares, mas também ser de estruturação sobre o acesso deste tipo de “suporte” – religioso-espiritual -, que não deve ser topograficamente definido, mas funcionalmente analisado.

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2013). *Crerios de Classificação Econmica Brasil (ABEP)*. Acessado Agosto, 07, 2013, em <http://www.abep.org/>.
- Aldwin, C. M. (2009). *Stress, coping, and development: An integrative perspective* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Aldwin, C. M. (2011). Stress and coping across life span. In S. Folkman (Ed.), *The Oxford Handbook of Stress Health, and Coping* (pp. 15-34). New York: University Press.
- Almeida, A. M., & Stroppa, A. (2010). Espiritualidade & Saude Mental: Importância e impacto da espiritualidade na saude mental. *Zen Review*, 2, 2-6. DOI: <http://dx.doi.org/S1809-9823201400030052500026>.
- Alves, R. R. N., Alves, H. N., Barboza, R. R. D., & Souto, W. M S. (2010). The influence of religiosity on health. *Ciencia & Saude Coletiva*, 15(4), 2105-2111. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400024>.
- Andreani, G., Custodio, Z. A. O., & Crepaldi, M. A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, (24), 115-126. DOI: <http://dx.doi.org/S1413-03942006000300011>.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisao teorica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100003>.
- Arruda, D. C., & Marcon, S.S. (2007) A familia em expansao: Experienciando intercorrências na gestao e no parto do bebe prematuro com muito baixo peso. *Texto e Contexto Enfermagem*, 16(1), 120-128. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100015>.
- Baldini, S. M., & Krebs, V. L. J. (2000). Reações psicológicas nos pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. *Pediatria Moderna*, 36(ed. esp.), 242-246.

- Recuperado dezembro, 10, 2014, em http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=223.
- Barros, L. (2010). Família, saúde e doença: Intervenção dirigida aos pais. *Alicerces*, 3(3), 207-21. Recuperado dezembro, 10, 2014, em <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/768>.
- Barros, S. M. M., Menandro, P. R. M., & Trindade, Z. A. (2006). Vivências paternas em UTI neonatal. *Psicologia Hospitalar*, 4(2), 1-18. DOI: <http://dx.doi.org/S1677-74092006000200003>.
- Barros, S. M. M., Trindade, Z. A. (2007). Maternidade “prematura”: Uma investigação psicossociológica na unidade de terapia intensiva neonatal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(2), 253-269. DOI: <http://dx.doi.org/S1645-00862007000200008>.
- Borba, R. I. H., Ribeiro, C. A., & Hauser, M. B. (2009). O enfrentamento e a força dos pais que vivenciam a situação do filho hospitalizado. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 9(2), 87-95. Recuperado dezembro, 10, 2014, em <http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/121-o-enfrentamento-e-a-fora-dos-pais-que-vivenciam-a-situao-do-filho-hospitalizado.html>.
- Camboim, A., & Rique, J. (2010). Religiosidade e espiritualidade de adolescentes e jovens adultos. *Revista Brasileira de História das Religiões*, 3(7), 251-263. Recuperado dezembro, 10, 2014, em <http://www.dhi.uem.br/gtreligiao/pdf6/11Aurora.pdf>.
- Canavarro, M. (2001). Gravidez e maternidade. Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. Canavarro (Org.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Carmona, E. V., Coca, K. P., Vale, I. N., & Abrão, A. C. F. V. (2012). Conflito no desempenho do papel de mãe em estudos com mães de recém-nascidos hospitalizados: Revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 505-512. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200032>.

- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review Psychology, 61*, 679-704.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(1), 184-195. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.66.1.184>.
- Centa, M. L., Moreira, E. C., & Pinto, M. N. G. H. R. (2004). A experiência vivida pelas famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto - Enfermagem, 13*(3), 444-451. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000300015>.
- Cescon, E. (2011). Neurociência e Religião: As pesquisas neurológicas em torno da experiência religiosa. *Revista Teocomunicação, 41*(2), 293-314. Recuperado agosto, 10, 2013, em <https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/ER/article/viewArticle/2459>.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução 016/2000*. Dispõe sobre a realização de Pesquisa em Psicologia com seres humanos. (CRPRS). Recuperado setembro, 03, 2013, em <http://www.crprs.org.br/upload/legislacao/legislacao68.pdf>.
- Conselho Nacional da Saúde (2012). *Resolução 466*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. (Conselho Nacional de Saúde). Recuperado setembro, 03, 2013, em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Correia, L. L., & Linhares, M. B. M. (2007). Ansiedade materna no período pré e pós-natal: Revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15*, 677-683. Recuperado novembro, 17, 2014, em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a24.pdf.
- Correia, L. L., Carvalho, A. E. V., & Linhares, M. B. M. (2008). Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. *Revista Latino-*

- Americana de Enfermagem*, 16(1), 64-70. Recuperado novembro, 17, 2014, em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_10.pdf.
- Costa Junior, A. L. (2000). Avaliação do processo de enfrentamento em crianças com câncer: Pesquisa para implantação de programa de intervenção. *Pediatria Moderna*, 36(10), 699-703. Recuperado outubro, 4, 2013, em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=339432&indexSearch=ID>.
- Costa, R., Padilha, M. I., & Monticelli, M. (2010). Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: Contribuição da enfermagem brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), 199-204. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100028>.
- Crepaldi, M. A. (1998). Famílias de crianças hospitalizadas: Os efeitos da doença e da intervenção. *Revista de Ciências da Saúde*, 17(1), 82-92. Recuperado setembro, 10, 2013, em [file:///C:/Users/User/Downloads/FAM%C3%8DLIAS+DE+CRIAN%C3%87AS+HOSPITALIZADAS+OS+EFEITOS+DA+DOEN%C3%87A+E+DA+INTERNA%C3%87%C3%83O%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/FAM%C3%8DLIAS+DE+CRIAN%C3%87AS+HOSPITALIZADAS+OS+EFEITOS+DA+DOEN%C3%87A+E+DA+INTERNA%C3%87%C3%83O%20(3).pdf).
- Dalgalarondo, P. (2008). *Religião, Psicopatologia & Saúde Mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Dessen, M. C., Silva, S. C., & Dessen, M. A. (2009). Pesquisa com família: Integrando métodos quantitativos e qualitativos. In L. N. D. Weber, & M. A. Dessen (Orgs.), *Pesquisando a família: Instrumentos para coleta e análise de dados* (pp. 17-28). Curitiba: Juruá.
- Diniz, E. M. A. (1996). Pontuação do Apgar e acidemia fetal. *Jornal de Pediatria*, 72(3), 122-123. Recuperado novembro, 28, 2014, em <http://www.jped.com.br/conteudo/96-72-03-122/port.pdf>.
- Dittz, E. S., Melo, D. C. C., & Pinheiro, Z. M. M. (2006). A terapia ocupacional no contexto da assistência à mãe e à família de recém-nascidos internados em unidade de terapia

- intensiva. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 17(1), 42-47.
DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v17i1p42-47>.
- Edwards, J. R., Krieger, N., Majzoub, J., Zierler, S., Lieberman, E., & Gillman, M. (2001). Maternal experiences of racism and violence as predictor of preterm birth: Rationale and study design. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 15(s2), 124-135. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-3016.2001.00013.x>.
- Fagundes, A. J. F. M. (2006). *Descrição, definição e registro do comportamento*. (14 ed. rev. amp.). São Paulo. EDICON.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento nos contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389. DOI: <http://dx.doi.org/S1413-7372201000040001200110>.
- Feldman, R., Weller, R., Leckman, J. F., Kuint, J., & Eidelman, A. I. (1999). The nature of the mother's tie to her infant: maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(6), 929-939. DOI: [//dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00510](http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00510)
- Feldman, R., Weller, A., Sirota, L., & Eidelman, A. I. (2002). Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) promotes self-regulation in premature infants: Sleep-wake cyclicality, arousal modulation, and sustained exploration. *Developmental Psychology*, 38(2), 194-207.
Recuperado outubro, 25, 2013, em <http://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&doi=10.1037/0012-1649.38.2.194>.
- Fernandes, R. T., Lamy, Z. C., Morsch, D., Lamy Filho, F., & Coelho, L. F. (2011). Tecendo as teias do abandono: Além das percepções das mães de bebês prematuros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(10), 4033-4042. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001100008>.
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley.

- Foch, G. F. L., Silva, A. M. B., & Enumo, S. R. F. (2014). *Coping* religioso-espiritual: Uma revisão de literatura (2003-2013). In 44ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia. *Resumos* (CD-ROM). Ribeirão Preto, SP: SBP. 21-24/10/2014.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239. Recuperado março, 15, 2013, em <http://europepmc.org/abstract/MED/7410799>.
- Formiga, C. K., Pedrazzani, E. S., Silva, F. P. S., & Lima, C. D. (2004). Eficácia de um programa de intervenção precoce com bebês pré-termo. *Paidéia*, 14(29), 301-311. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2004000300006>.
- Fraga, I. T. G., & Pedro, E. N. R. (2004). Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: Implicações para a enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 25(1), 89-97. DOI: <http://dx.doi.org/S0080-6234201200020003200016>.
- Fundo Internacional de Emergências das Nações Unidas - UNICEF Brasil. (2013). *Consultoria: Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas*. UNICEF. Brasil. Recuperado novembro 25, 2014 em http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf.
- Gaíva, M. A. M., & Scochi, C. G. S. (2005). A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 444-448. DOI: <http://dx.doi.org/S1415-71282009000100005>.
- Garner, A. S., Shonkoff, J. P., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2012). Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Role of the Pediatrician: Translating Developmental science into lifelong health. *Pediatrics*, 129-224. Recuperado novembro, 15, 2014 em <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/12/21/peds.2011-2662.full.pdf+html>.
- Gasparetto, S., & Bussab, V. S. R. (1994). A necessidade de um trabalho preventivo em maternidade: Instruções sobre o comportamento do recém-nascido. *Revista Brasileira de*

Crescimento e Desenvolvimento Humano, 4(2), 30-34. Recuperado setembro, 15, 2014 em

<http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=hemerors&pagfis=3431&pesq=&e src=s>.

George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G., & McCullough, M. E. (2000). Spirituality and health: what we know, what we need to know. *Journal of Social Clinical Psychology*, 19(1), 102-116. Recuperado setembro, 14, 2013 em <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=1328320>.

Gimenes, M. G. G. (2000). A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psico-oncologia. In M. G. G. Gimenes, & M. H. Fávero (Orgs.), *A mulher e o câncer* (111-147). São Paulo: Editora Livro Pleno.

Gobatto, C. A., & Araujo, T. C. C. F. (2010). *Coping* religioso-espiritual: Reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13(1), 52-63. DOI: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/S1414-8145201400030043500015>.

Gomes, M. M. F. (1999). *As repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTI neonatal: Construindo possibilidades de cuidado*. Tese de Doutorado não publicada, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP.

Goulart, L. M. H. F., Somarriba, M. G., & Xavier, C. C. (2005). A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: Uma investigação além dos números. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 715-723. DOI: <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/S0102-311X200700020001300056>.

Guerreiro, G. P. (2011). *Associação da espiritualidade na qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com câncer de cabeça e pescoço*. Dissertação de Mestrado em Ciências não publicada, Programa de Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

- Guimarães, F. H. C. (2010). *As relações entre estratégias de enfrentamento e aleitamento materno de prematuros*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Projeto MINTER-DINTER, Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, PE.
- Guimarães, F. H. C., Paula, K. M. P., & Enumo, S. R. F. (2013). Estratégias de enfrentamento da prematuridade e suas relações com a amamentação no Alojamento Canguru. In P. R. M. Menandro, & R. S. Tokumaru (Orgs.), *Saúde, trabalho e família: Multidisciplinaridade em foco* (pp. 6-25). Vitória, ES: UNIVASF/ Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES / GM Gráfica e Editora.
- Guimarães, G. P., & Monticelli, M. (2007). A formação do apego pais/-recém-nascido prétermo e/ou baixo peso no método Mãe Canguru: Uma contribuição da Enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 16 (4), 626-635. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000400006>.
- Günther, H. (2006). Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22 (2), 201-210. Recuperado dezembro, 03, 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2>.
- Guzmán, A. M. (s.d.) *Historia de la incubadora*. (SLD). Recuperado julho, 10, 2013 em http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pediatria/historia_de_la_incubadora.pdf.
- Hefner, P. (1997). The science-religion relation: Controversy, convergence, and search for meaning. *International Journal for the Psychology of Religion*, 7(3), 143-158. DOI: <http://dx.doi.org/S0102-7972200200030001000006>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010a). Vamos conhecer o Brasil. Recuperado abril, 23, 2013 em <http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/caracteristicas-da-populacao>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010b). Cidades. Recuperado novembro 27, 2014 em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=350330>.

- Kennell, J. H., & Klaus, M. H. (1992). Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. In M. H., Klaus, & J. H., Kennell (Orgs.), *Pais / bebês - A formação do apego* (pp. 170-244; D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1993). Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. In M. H., Klaus, & J. H., Kennell (Orgs.), *Pais/ bebês - A formação do apego* (pp. 170-244; D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Koenig, H. G. (2001). Religion and Medicine II: Religion, mental health and related behaviors. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(1), 97-109. Recuperado março, 26, 2013 em <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=1070939>.
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., & Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 513-521. Recuperado março, 26, 2013 em http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1998/09000/Religious_Coping_and_Health_Status_in_Medically.1.aspx.
- Kohlsdorf, M., & Costa Junior, A. L. (2008). Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 417-429. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300010>.
- Lamy, Z. C. (1995). *Estudos das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.
- Lamy, Z. C., Gomes, R., & Carvalho, M. (1997). A percepção dos pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva. *Jornal de Pediatria*, 73(5), 293-298. DOI: <http://dx.doi.org/S1413-3555201100040000800110>.
- Lamy, Z. C., Morsch, D. S., Deslandes, S. F., Fernandes, R. T., Rocha, L. J. L. F., & Lamy Filho, F. (2011). Construção do papel materno a partir da vivência de internação em UTI Neonatal em dois modelos assistenciais. *Revista Pesquisa Saúde*, 12(1), 14-21.

- Recuperado maio, 18, 2013 em <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/919>.
- Lazarus, R. S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, *39*, 124-129.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, *33*(1), 159-174. Recuperado novembro, 17, 2014 em <http://www.jstor.org/discover/10.2307/2529310?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21105461748273>.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, *55*(3), 234-247. Recuperado março, 14, 2013 em <http://www.emotionalcompetency.com/papers/coping%20research.pdf>.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lees, D. C. (2007). *An empirical investigation of the Motivational Theory of Coping in middle to late childhood*. Unpublished doctoral thesis, School of Psychology, Griffith University, Brisbane, Australia.
- Lessa, C. F. (2008). *A prática religiosa e a questão social: Considerações sobre condições de vida e saúde na visão dos pastores e fiéis pertencentes à denominação metodista*. Dissertação de Mestrado não publicada, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, RJ.
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M., & Jorge, S. M. (1999). Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso menor que 1500g: na UTI-neonatal e no seguimento longitudinal. *Temas em Psicologia*, *7*(3), 245-262. Recuperado julho, 10, 2013 em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v7n3/v7n3a06.pdf>.
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M., Chimello, J. T., Martinez, F. E., & Jorge, S. M. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia*, *10*(18), 60-69. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2000000100006>.

- Lipp, M. E. N. (1996). *Stress: Conceitos básicos*. In M. E. N. Lipp (Org), *Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco* (pp. 17-31). Campinas: Editora Papyrus.
- Lipp, M. E. N. (2000). *O stress da criança e suas consequências*. In M. E. N. Lipp (Org.), *Crianças estressadas – Causas, sintomas e soluções* (pp. 13-42). Campinas: Papyrus.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (2001). *O stress emocional e seu tratamento*. In B. Rangé (Org.), *Terapias Cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a Psiquiatria* (v. 1, pp. 475- 489). São Paulo: ArtMed Editora.
- Maddi, S. R. (2002). The story of hardiness: Twenty years of theory, research, and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(1), 173-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1061-4087.54.3.173>.
- Melnyk, B. M., Feinstein, N., & Fairbanks, E. (2006). Two decades of evidence to support implementation of the COPE Program as standard practice with parents of young unexpectedly hospitalized/critically ill children and premature infants. *Pediatric Nursing, 32*(5), 475-482. Recuperado outubro, 14, 2014 em <http://europepmc.org/abstract/MED/17100079>.
- Meltzoff, J. (2011). *Critical thinking about research: Psychology and related fields*. Washington: American Psychological Association.
- Mendes, P. H. M., & Tedrus, G. M. A. S. (2012, setembro). Epilepsia: Correlação entre aspectos neurofisiológicos e religiosidade/espiritualidade. *XVII Encontro de Iniciação Científica e II Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação - Anais*. Campinas, SP: PUC-Campinas.
- Ministério da Saúde (2001). *Atenção humanizada ao RN de baixo peso: Método Canguru*. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Brasil.
- Ministério da Saúde (2001). *Gestante de Alto Risco: Sistema de referência hospitalar à gestante de alto risco*. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Brasil.

- Ministério da Saúde (2008). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança*. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Brasil.
- Ministério da Saúde (2012). *Mortalidade Perinatal: Síntese de Evidências para Políticas de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Brasil.
- Molina, R. C. M., Varela, P. L. R., Castillho, S. A., Bercini, L. O., & Marcon, S. S. (2007). Presença da Família nas unidades de terapia Intensiva pediátrica e neonatal: Visão da equipe multidisciplinar. *Escola Anna Nery*, 11(3), 437-444. DOI: <http://dx.doi.org/S1414-8145201200040002400114>.
- Monteiro, T. M. T., Silva, L. M. S., & Silva, M. V. S. (2002). Relações de mães diante do nascimento de um filho prematuro. *Cogitare Enfermagem*, 7(1), 36-42. DOI: S0102-3772200900010000900023.
- Morgado, C. M. C., Werneck, G. L., & Hasselmann, M. H. (2013). Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(2), 367-376. DOI: <http://dx.doi.org/S1413-8123201400070198300014>.
- Morsch, D. S., & Delamonica, J. (2005). Análise das repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI Neonatal: "Lembraram-se de Mim!". *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 677-687. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300024>.
- Morsch, D. S., & Braga, M. C. (Nina) A. (2007). À procura de um encontro perdido: O papel da "preocupação médico-primária" em UTI neonatal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 624-636. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142007000400005>.
- Moura, S. M. S. R., & Araujo, M. F. (2004). A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia Ciência & Profissão*, 24(1), 44-55. DOI: <http://dx.doi.org/S0102-7182201200030001100020>.
- Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães

- nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 25(3), 399-413. DOI: <http://dx.doi.org/S0870-82312007000300007>.
- Müller, F. S., & Silva, I. A. (2009). Social representations about support for breastfeeding in a group of breastfeeding women. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 17(5), 651–657. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000500009>.
- National Scientific Council on the Developing Child (2009). *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain*. Working Paper No. 3. Recuperado novembro, 15, 2014, em <http://www.developingchild.net>.
- National Scientific Council on the Developing Child (2010). *Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development*: Working Paper No. 10. Recuperado novembro, 15, 2014, em www.developingchild.harvard.edu
- Oliveira, K., Veronez, M., Higarashi, I. H., & Corrêa, D. A. M. (2013). Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Escola Anna Nery*, 17(1), 46-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100007>.
- Padovani, F. H. P., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Duarte, G., & Martinez, F. E. (2004). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4), 251-254. DOI: <http://dx.doi.org/S1413-03942009000200011>.
- Padovani, F. H. P., Linhares, M. B. M., Pinto, I. D., Duarte, G., & Martinez, F. E. (2008). Maternal concepts and expectations regarding a preterm infant. *The Spanish Journal Psychology*, 11(2), 581-592. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S1138741600004583>.
- Paiva, G. J. (2007). Religião, enfrentamento e cura: Perspectivas psicológicas. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 99-104. DOI: <http://dx.doi.org/S0103-166X2007000100011>.
- Panzini, R. G. (2004). *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): Tradução, Adaptação e Validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em

- Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2005). Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE): Elaboração e Validação de Construto. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 507-516. Recuperado maio, 19, 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a18>.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>.
- Pargament, K. I. (1990). God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the Scientific Study of Religion*, 2, 195-224.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York. Guilford Press.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York. Guilford Press.
- Pargament, K. I. (2011). Religion and coping: The current state of knowledge. In S. Folkman (Ed.), *Oxford Handbook of stress, health, and coping* (pp. 269-288) New York: Oxford University Press.
- Pargament, K.I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, T., & Jones, W. (1988). Religion and the problem solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27(1), 90-104. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/1387404>.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Peres, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-5423. DOI: [http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1](http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1).
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/1388152>.

- Pereira, R. C. F. (2012). *O enfrentamento das doenças crônicas em idosos institucionalizados na perspectiva da espiritualidade*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Petersen, C. S., Bauer, M. E., & Koller, S. (2004). Psiconeuroimunologia e bioecologia: Lentes superpostas para compreender os processos de saúde e doença ao longo de desenvolvimento humano. In S. Koller (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 401-434). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 223-232. DOI: <http://dx.doi.org/S1645-00862007000200008>.
- Pinelli, J. (2000). Effects of family coping and resources on family adjustment and parental stress in the acute phase of the NICU experience. *Neonatal Network*, 19(6), 27-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1203/00006450-199804001-01122>.
- Pinheiro, E. M., Balbino, F. S., Balieiro, M. M. F. G., Domenico, E. B. L., & Avena, M. J. (2009). Percepções da família do recém-nascido hospitalizado sobre a comunicação de más notícias. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(1), 77-84. Recuperado novembro, 15, 2014 em <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5345/6566>.
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2011). Creencias-prácticas y afrontamiento Espiritual-Religioso y Características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psychologia Avances Disciplina*, 5(1), 25-36. DOI: <http://dx.doi.org/S1900-23862011000100003>.
- Ramos, F. P. (2012). *Uma proposta de análise do coping no contexto de grupo de mães de bebês prematuros e com baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.

- Ramos, H. A. C., & Cuman, R. K. N. (2009). Fatores e risco para a prematuridade: Pesquisa documental. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(2), 297-304. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200009>.
- Reis, A. T., & Santos, R. S. (2013). Maternagem ao recém-nascido cirúrgico: Bases para a assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 110-115. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100017>.
- Rodrigues, A. B., & Chaves, E. C. (2008). Fatores estressantes e estratégias de *coping* dos enfermeiros atuantes e oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 24-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100004>.
- Rodrigues, M. C. C., Mello, R. R., Silva, K. S., & Carvalho, M. L. (2011). Desenvolvimento cognitivo de prematuros à idade escolar: Proposta de modelo hierarquizado para investigação dos fatores de risco. *Caderno de Saúde Pública*, 27(6), 1154-1164. DOI: <http://dx.doi.org/S0102-311X2011000600012>.
- Roseiro, C. P., & Paula, K. M. P. (2013). Humanização em UTI neonatal: Conjugando os aspectos tecnológicos e relacionais na assistência integral ao bebê e sua família. In A. Garcia, T. A. Macedo, & M. D. C. Nunes (Orgs), *Relações Interpessoais e Saúde* (pp. 107-123). Vitória, Espírito Santo: UFES.
- Sameroff, A. J. (Ed.) (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schmidt, K. T., Sassá, A. H., Veronez, M., Higarashi, I. H., & Marcon, S. S. (2012). A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: Percepção dos pais. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(1), 73-81. DOI:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100010&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1414-81452012000100010.
- Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. (2013) Recuperado outubro 23, 2013 em

- http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3503302081253.
- Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology*, 6, 117-231.
- Serra, S. O. A., & Scochi, C. G. S. (2004). Dificuldades maternas no Processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 597-605. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000400004>.
- Serruya, S. J., Cecatti, J. G., & Lago, T. G. (2004). O Programa de Humanização no Prénatal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: Resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1281-1289. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500022>.
- Skinner, E. A. (1992). Perceived control: Motivation, coping and development. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 91-106). Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Skinner, E. A. (1999). Action regulation, coping and development. In J. B. Brandtstädter, & R. M. Lerner (Eds.), *Action and self-development* (pp. 465-503). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Skinner, E. A., & Edge, K. (2002a). Self-determination, coping and development. In E. L. Deci, & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp. 297-337). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Skinner, E. A., & Edge, K. (2002b). Parenting, motivation, and the development of coping. In L. J. Crockett (Ed.), *The Nebraska Symposium on Motivation: Motivation, agency, and the life course* (pp. 77-143). Lincoln NB: University of Nebraska Press.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping.

Psychological Bulletin, 129(2), 216-269. DOI:
<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>.

Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. In D. L. Featherman, R. M. Lerner, & M. Perlmutter (Eds.), *Life-span development and behavior* (v. 12, pp. 91-132). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1997). Children's coping in the academic domain. In S. A. Wolchik, & I. N. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping with common stressors: Linking theory and intervention* (pp. 387 - 422). New York: Plenum Press.

Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144.

Sousa, J. C., Silva, L. M. S., & Guimarães, T. A. (2008). Preparo para a alta hospitalar de recém-nascido em unidade de tratamento intensivo neonatal: Uma visão da família. *Pediatria*, 30(4), 217-227. Recuperado setembro, 19, 2014 em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=506437&indexSearch=ID>.

Taunay, T. C. D., Gondim, F. A. A., Macêdo, D. S., Moreira-Almeida, A., Gurgel, L. A., Andrade, L. M. S., & Carvalho, A. F. (2012). Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Archives of Clinical Psychiatry*, 39(4), 130-135. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832012000400003>.

Tronco, C. S., Paula, C. C., Padoin, S. M. M., & Langendorf, T. F. (2010). Análise da produção científica acerca da atenção ao recém-nascido de baixo peso em UTI. *Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)*, 31(3), 575-583. DOI: <http://dx.doi.org/S1983-14472010000300024>.

Valansi, L., & Morsch, D. S. (2004). O psicólogo como facilitador da interação familiares no ambiente de Cuidados Intensivos Neonatais. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(2), 112-119. DOI: <http://dx.doi.org/S1414-98932004000200012>.

- Valcanti, C. C., Chaves, E. C. L., Mesquita, A. C., Nogueira, D. A., & Carvalho, E. C. (2012). *Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46(4)*, 838-845. DOI: <http://dx.doi.org/S0080-62342012000400008>.
- Vandenberghe, L. (2005). Religião, espiritualidade, FAP e ACT. In H. J. Guilhardi, & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição – Expondo a variabilidade* (v. 15, pp. 323-337). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Véras, R. M., Vieira, J. M. F., & Morais, F. R. R. (2010). A maternidade prematura: O suporte emocional através da fé e religiosidade. *Psicologia em Estudo, 15(2)*, 325-332. DOI: <http://dx.doi.org/s1413-73722010000200011>.
- Vitt, S. J. S. (2009). *A espiritualidade e a religiosidade na recuperação de dependentes químicos*. Dissertação de Mestrado Profissional, Programa de Pós-Graduação em Teologia, Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, RS.
- Wong, P. T. P., Wong, L. C. J., & Scott, C. (2006). The Positive Psychology of transformation: Beyond stress and coping. In Wong, P. T. P., & Wong, L. C. J. (Eds.), *Handbook of Multicultural perspectives on stress and coping* (pp. 1-26). New York, NY: Springer.
- Wright L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). *Beliefs- The heart of healing in families and illness*. New York: Basic Books.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2009). Coping, development influences. In H. T. Reis, & S. Sprecher (Eds.), *Encyclopedia of Human Relationships* (pp. 332-335). Newsbury: Sage.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Lees, D., Bradley, G., & Skinner, E. A. (2009). Use of an analogue method to examine children's appraisals of threat and emotion in response to stressful events. *Motivation and Emotion, 33*, 136-149.

APÊNDICES

APÊNDICE A –

Protocolo de entrevista MTC-12 – adaptado de Lees (2007) para o processo de enfrentamento da hospitalização do filho na UTIN por mães

I- Caracterização da entrevista

Data:

Horário: Duração: _____

Local:

Mãe (sigla):

Idade:

N. de filhos:

Religião:

Aplicador:

II- Questões

Obs.- Inicialmente, lembrar de fazer um breve *rapport* com a mãe, dizendo que o objetivo da entrevista é conhecer mais profundamente a experiência dela com a UTIN e com o Grupo de Mães, e que não existem respostas certas ou erradas, o que queremos é que ela fale das suas experiências tal qual ela percebe.

1. Até o nascimento do seu bebê, você sabia alguma coisa sobre prematuridade e baixo peso?

2. Como você lidando com a situação do seu bebê estar internado na UTIN?

Pensando numa escala de 0 a 5, em que 0 é igual a “nada” e 5 significa “muito”, por favor, responda as perguntas abaixo:

3. O quanto você tem sentido confiante para lidar com essa situação?

0 nada () 1 muito pouco () 2 pouco () 3 médio () 4 razoável () 5 muito ()

4. O quanto você tem buscado algum tipo de ajuda ou apoio para lidar com esta situação?

0 nada () 1 muito pouco () 2 pouco () 3 médio () 4 razoável () 5 muito ()

5. O quanto você tem se empenhado para buscar resolver os problemas relacionados com a internação de seu filho?

0 nada () 1 muito pouco () 2 pouco () 3 médio () 4 razoável () 5 muito ()

6. O quanto tem buscado informações sobre a internação e os cuidados com seu bebê?

0 nada () 1 muito pouco () 2 pouco () 3 médio () 4 razoável () 5 muito ()

7. Qual é a sua percepção sobre informações e suporte recebido?

0 nada () 1 muito pouco () 2 pouco () 3 médio () 4 razoável () 5 muito ()

8. O quanto você aceita esta situação de internação?

0 nada () 1 muito pouco () 2 pouco () 3 médio () 4 razoável () 5 muito ()

9. O quanto você planeja ou faz acordos para lidar com os problemas que surgem com a internação?

0 nada () 1 muito pouco () 2 pouco () 3 médio () 4 razoável () 5 muito ()

10. O quanto você delega aos outros os cuidados ou as decisões nesta fase?

0 nada () 1 muito pouco () 2 pouco () 3 médio () 4 razoável () 5 muito ()

11. O quanto você tem se isolado?

0 nada () 1 muito pouco () 2 pouco () 3 médio () 4 razoável () 5 muito ()

12. O quanto você acredita que pode fazer pelo seu filho neste momento de internação?

0 nada () 1 muito pouco () 2 pouco () 3 médio () 4 razoável () 5 muito ()

13. O quanto sente vontade de fugir desta situação?

0 nada () 1 muito pouco () 2 pouco () 3 médio () 4 razoável () 5 muito ()

14. O quanto você fica pensando na condição de internação de seu filho?

0 nada () 1 muito pouco () 2 pouco () 3 médio () 4 razoável () 5 muito ()

15. O quanto você acredita que alguém é responsável por esta situação que levou à internação de seu bebê?

0 nada () 1 muito pouco () 2 pouco () 3 médio () 4 razoável () 5 muito ()

16. Quais são as suas maiores preocupações neste momento?

17. Você acha que mudou alguma coisa na sua vida após essa experiência de hospitalização do bebê na UTIN?

18. Se você pudesse resumir tudo que tem vivido nestes dias em uma frase, o que você diria?

19. Você acredita em Deus (poder, espírito, força superior, por exemplo)?

20. Se você acredita, diria que sua religiosidade ou espiritualidade mudou após a internação de seu bebê? Se sim, como?

21. Considera que sua religiosidade ou espiritualidade tem ajudado a enfrentar a internação de seu filho? Como?

22. Há mais alguma coisa que você gostaria de falar sobre como tem enfrentado ou lidado com a situação do seu bebê, sobre as dificuldades e sentimentos que está experimentando?

Nota: Ao final da entrevista, lembrar-se de agradecer à mãe pela participação, abertura e disponibilidade e frisar que nos encontraremos novamente quando ela voltar ao hospital, após 2 meses de alta do bebê.

APÊNDICE B -

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa (TCLE)

I. Dados de Identificação do Participante

Nome:
 RG.....Data de nascimento:.....

II. Dados sobre a pesquisa

Título da pesquisa: *Eu e Deus: coping Religioso-Espiritual de mães de bebês em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.*

Pesquisadores responsável: Gisele Fernandes de Lima Foch

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo

III. Informações

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de Mestrado em Psicologia. Assinando este termo de consentimento você estará declarando que está ciente de que:

1. O objetivo do estudo será analisar o *coping* religioso-espiritual (CRE) de mães de bebês internados em Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Considerando que o estresse traz consequências negativas importantes à saúde física e mental, os resultados contribuirão para auxiliar na compreensão das condições que favorecem o enfrentamento adaptativo do estresse das mães, o que pode implicar também resultados positivos na saúde e desenvolvimento dos bebês.

2. Os procedimentos e instrumentos de avaliação utilizados seguem as normas éticas e sua aplicação oferece riscos mínimos como, por exemplo, a ativação de um estado emocional de maior intensidade durante a aplicação do questionário, porém, a pesquisadora responsável, que é psicóloga (CRP 06/98737), estará à disposição para uma intervenção psicológica necessária ao caso. Durante o processo, caso sejam identificados casos de maior vulnerabilidade a problemas emocionais e comportamentais, a instituição será comunicada para que os encaminhamentos necessários sejam tomados. Ao final do estudo, você receberá uma orientação geral com base nos resultados obtidos.

3. O sigilo quanto à sua identificação será mantido. Todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais e os resultados serão descritos, de forma geral e não individual, na dissertação de Mestrado da aluna Gisele Fernandes de Lima Foch, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia do Curso de Pós-Graduação da PUC-Campinas, sob a orientação da Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo.

4. Sua participação será voluntária. Você poderá interromper a qualquer momento sua participação na pesquisa, sem qualquer prejuízo. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, nem receberá qualquer pagamento.

5. A pesquisadora responsável estará disponível para esclarecimentos no transcorrer da pesquisa, sendo possível o contato por meio do telefone (019) 991547598. A pesquisa descrita foi analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humano da PUC-Campinas. Para o esclarecimento de eventuais dúvidas de natureza ética, poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, no telefone (19) 3343-6777, e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br, endereço Rod. Dom Pedro I, km 136, Parque das Universidades, Campinas-SP, CEP: 13086-900, horário de funcionamento de segunda à sexta-feira, das 08h00 às 17h00.**

6. Este termo é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá com você e outra com a pesquisadora.

IV. Consentimento pós-esclarecido

Tendo em vista todas as informações apresentadas e lidas atentamente por mim, eu _____ dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário(a) da pesquisa descrita.

Assinatura do Responsável

Gisele Fernandes de Lima Foch
(Pesquisadora Responsável)

Data: _____ / _____ / _____

APÊNDICE C -**Carta de apresentação e Aprovação da Pesquisa junto à Instituição PUC-Campinas
– Centro de Ciências da Vida Programa de Pós-Graduação em Psicologia****Carta de apresentação e Aprovação da Pesquisa junto à Instituição
PUC-Campinas – Centro de Ciências da Vida
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

Campinas, SP, 29 de outubro de 2013.

À Diretora/Administradora da Irmandade de Santa Casa Araras
Avenida Washington Luiz, 125, Centro
CEP 13.600-720
Araras – SP
Tel: 3542-5400 site: <http://iscma.com.br/>

Ilma. Sra. Shirlei Cristina Bonina Lima

Prezada Senhora Diretora/Administradora,

Vimos, por meio desta, apresentar o projeto de pesquisa de Mestrado intitulado “*Análise do coping religioso-espiritual (CRE) de mães de crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*” e solicitar sua autorização para a coleta de dados nesta Instituição, com mães de bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Considerando que a forma como as mães lidam com o estresse da hospitalização do filho recém-nascido traz consequências negativas importantes à saúde física e mental de ambos, afetando a ligação afetiva mãe-bebê, esta pesquisa visa a contribuir para a compreensão das condições que favorecem o enfrentamento adaptativo do estresse das mães, o que pode implicar também resultados positivos na saúde e desenvolvimento dos bebês. Nesse contexto e em nossa cultura, o enfrentamento religioso-espiritual pode ter uma função importante na adaptação dessas mães.

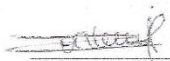
As mães que participarem da coleta de dados receberão um folheto sobre como lidar com o bebê e a instituição receberá um relatório com dados gerais obtidos pela pesquisa, respeitando o caráter confidencial da avaliação do participante.

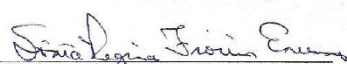
A pesquisa será realizada com a aplicação de protocolo de entrevista e escala específica para avaliação do *coping* religioso-espiritual, em pequenos grupos ou individualmente, após a assinatura do termo de consentimento dos interessados.

Estima-se obter uma amostra de 40 mães de bebês internados em UTIN, o que exigirá a permanência da pesquisadora na instituição em torno de quatro meses. A coleta de dados será realizada no ambiente indicado pela instituição, de forma a não prejudicar a rotina.

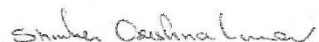
Ficaremos gratos em caso de anuência para a realização da pesquisa na referida instituição.

Atenciosamente,


 Gisele Fernandes de Lima Foch
 (mestranda)
 e-mail: gi_flima@yahoo.com.br


 Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo
 (orientadora)

Eu, SHIRLEI CRISTINA C.B. LIMA, na figura de representante da referida instituição, aprovo a realização da pesquisa nas instalações e a participação das mães de bebês internados em UTIN, desde que seja preservada a identificação da Instituição e das mães e bebês participantes da pesquisa, ficando a participação a critério dos mesmos e de seus responsáveis estabelecida via assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

(assinatura) 
 Administradora da Instituição
 (nome e carimbo)

Shirlei Cristina C. Bonina Lima
 Administradora Hospitalar
 CRA-SP Nº 123.247

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
 DE ARARAS
 CNPJ 44.215.341/0001-50
 PRAÇA DR. NARCISO GOMES, 49 - CENTRO
 ARARAS/SP - CEP 13600-000
 TELEFONE (19) 3543.5400

APÊNDICE D -

Folheto informativo para mães de bebês em UTIN

Como cuidar de seu bebê na UTIN:

Apesar da fragilidade de seu bebê ele já é capaz de perceber o ambiente a seu redor, por isso é muito importante seu auxílio para que ele se adapte à este novo ambiente. Para isso é preciso respeitar seu momento de sono profundo e estimulá-lo conversando e acariciando nas ocasiões em que ele estiver desperto.

Carregue-o quando possível, seu toque, seu calor e seu cheiro é muito importante e reconfortante à seu bebê. Antes de tocá-lo converse com ele, sinalize o que vai fazer e ao carregar evite mudanças súbitas de postura.

Na UTIN evite falar alto, batucar na incubadora, apoiar objetos sobre ela e mexer nos aparelhos e fios deste ambiente.

Se tiver dúvidas sobre como se comportar neste ambiente e em como pode lidar com seu bebê pergunte para a equipe de saúde, ela está a disposição para te ajudar e orientar!

Gisele Fernandes de Lima Foch – Psicóloga, CRP-98737/06; Mestranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (bolsista CAPES)

Sônia Regina Fiorim Enumo – Docente do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas; Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPQ

Apoio:



Controlando as Emoções

A realidade de mães com filhos em UTIN

O Bebê

O bebê prematuro é aquele que nasce antes de completar 37 semanas de gestação. Por isso ele precisa de cuidados, já que não teve tempo de se desenvolver por inteiro na barriga da mãe. Estes cuidados são dados a ele na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN.

A UTIN

Este lugar não costuma ser conhecido das mães, o que pode assustar. Neste espaço há incubadoras, aparelhos ligados aos seus bebês. Porém, toda a estrutura é necessária para o melhor desenvolvimento do bebê, proporcionando um espaço semelhante ao interior da barriga da mãe.

A Mãe

Com um filho recém-nascido internado em UTIN, a mãe pode ficar insegura, ansiosa, estressada, e apresentar diversos sentimentos.

É natural que esses sentimentos apareçam, já que há uma separação abrupta do seu filho, incertezas sobre sua saúde e desconhecimento sobre o assunto.

Como enfrentar o estress da UTIN

Aceite - entenda que este momento é passageiro e que a UTI Neonatal é o melhor ambiente para que seu bebê possa se desenvolver e fortalecer-se para a vida fora dela.

Autoconfiança - Confie que é capaz de lidar com este novo período.

Busque suporte - para que este momento seja mais leve, lembre-se de que é um momento passageiro e que não precisa cuidar de tudo sozinha, apoio de outras pessoas é muito valioso nesta ocasião!

APÊNDICE E -

Tabela E.32. *Siglas utilizadas para análise dos dados das variáveis Dummy*

Variável analisada	Variável numerada	Variável Dummy
Sexo	Feminino	1
	Masculino	2
Internação em UTIN		
Risco Médio		
Já teve filho internado em UTIN		
Companheiro trabalha		
Primeira Gestaçã		
Gravidez de gêmeos		
Gravidez de risco atribuído pela mãe		
Praticante na religião		
Já teve outro bebê prematuro		
Doença ou problema de saúde		
Tem recebido outro tipo de ajuda		
Sabia algo sobre UTIN		
Mudou algo pós internação em UTIN		
Acredita em Deus		
Religiosidade/Espiritualidade tem ajudado no enfrentamento	Sim	1
	Não	2
Doenças ou problemas durante a internação	Diabetes	1
	Hipertensão	2
	Bronquite	3
Tipo de parto	Normal	1
	Cesária	2
	Humanizado	3
Expectativas em relação ao filho	Recuperação da saúde	1
	Alta	2
	Recuperação associada a alta	3
	Saía da UTIN	4
Estado civil	Solteira	1
	Casada	2
	Divorciada	3
	União estável	4
Companheiro atual é o pai do bebê	Sim	1
	Não	2
	Mãe Solteira	3
Motivo da gravidez de risco atribuído pela mãe	Sangramento, suspeita de aborto e PA alta	1
	Pré-eclâmpsia	2
	Prematuridade	3
	Infecção urinária	4
	Anemia e infecção	5
Escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	1
	Ensino Fundamental completo	2
	Ensino Médio	3
	Ensino Superior	4
	Pós-graduação	5
Religião	Católica	1
	Adventista	2
	Evangélica – quadrangular	3
	Evangélica – Deus é Amor	4
	Evangélica – Mundial	5
O que pratica na religião	Catequese	1

Variável analisada	Variável numerada	Variável Dummy
	Estudos	2
	Culto	3
	Missa	4
	Dizimo e Ofertas	5
Nível socioeconômico	A1	1
	A2	2
	B1	3
	B2	4
	C1	5
	C2	6
	D-E	7
Qual doença ou problema de saúde possui	Diabetes	1
	Hipertensão	2
	Bronquite	3
Quem está ajudando nos afazeres de casa	Familiares	1
	Ninguém	2
	Familiares e vizinhos	3
Forma de ajuda que está recebendo	Apoio emocional	1
	Cuidados com a casa	2
	Cuidados com outros filhos	3
	Apoio financeiro	4
	Locomoção até o hospital	5
	Cuidados com a casa e filhos	6
	Apoio financeiro, cuidados com a casa e locomoção até o hospital	7
	Acompanhando com as visitas e cuidados com a casa	8
Qual outro tipo de ajuda que tem recebido	Emocional	1
	Profissional	2
O que mais te preocupa além desta situação	Nada	1
	Depressão	2
	Preocupação com a família	3
	Apenas a saúde do bebê	4
	Locomoção	5
	Impossibilidade de visitar o bebê em alguns dias	6
	Contas	7
O que sabia sobre UTIN	Real	1
	Lugar associado a risco de morte	2
	Não explicaram	3
Como está lidando com a internação em UTIN	Distração	1
	Fé	2
	Desamparo	3
	Autoconfiante	5
Maiores preocupações neste momento	Saúde do bebê	1
	Cuidados depois da alta	2
	Procedimentos médicos	3
	Morte	4
	Êxito com as mamadas	5
O que mudou pós internação em UTIN	Ações	1
	Emoções	2
	Pensamentos	3
	Fé	4
	Não declararam	5
	Fé e rotina	6

Variável analisada	Variável numerada	Variável Dummy
	Pensamento e fé	7
	Pensamentos, ações e rotina	8
Resumo do que está vivendo nos dias de internação	Fé	1
	Exposição de sentimento negativo	2
	Exposição de sentimento positivo	3
	Não declararam	4
Como religiosidade mudou após internação em UTIN	Aumento de frequência de rituais R/E	1
	Não mudou	2
	Aumento da fé	3
Como Religiosidade/Espiritualidade tem ajudado no enfrentamento	Fé acerca da recuperação	1
	Rituais religiosos para melhora	2
	Não declararam	3
	Sentimento de força para lidar com a situação	4
Frase sobre como tem enfrentado a internação do filho em UTIN	Não declararam	1
	Fé para lidar com a situação	2
	Sentimentos negativos diante da situação	3
	Sentimentos positivos diante da situação	4
	Confusão	5
Situação de maior estresse desde a notícia de internação	Risco de morte	1
	Demora pela recuperação	2
	Desconhecimento sobre condições de saúde	3
	Imagem do bebê na UTIN	4
	Transferência para UTIN de outra cidade	5
	Piora na condição de saúde	6
	Falar sobre internação com familiares	7
	Própria internação na UTIN	8
CRE Positivo	Nenhuma ou Irrisória	1
CRE Negativo	Baixa	2
CRE Negativo Invertido	Média	3
CRE Total	Alta	4
Razão CREN/CREP	Altíssima	5
Fatores CRE Positivo		
Fatores CRE Negativo		

APÊNDICE F –

Definição das funções do *coping* religioso-espiritual (Pargament et al., 2000) e das famílias de *coping* e suas respectivas estratégias de enfrentamento identificadas na Escala CRE (Panzini, 2005), segundo sistema de categorias proposto por Skinner et al. (2003)

I- Funções do *Coping* Religioso-Espiritual – CRE

1.1. Busca por significado: quando a mãe de bebê internado em UTIN usa ou busca explicações religiosas-espirituais para atribuir sentido ao processo de estresse vivenciado.

Exemplos de uso adaptativo da *Busca por significado*:

- a) Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas (Q3 - Escala CRE)
- b) Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos de minha instituição (Q16 - Escala CRE)
- c) Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (Q29 - Escala CRE)
- d) Pensei que o ocorrido poderia me aproximar mais de Deus (Q34 - Escala CRE)
- e) Orei para descobrir o objetivo de minha vida (Q38 - Escala CRE)
- f) Pedi perdão pelos meus erros (Q56 - Escala CRE)
- g) Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu (Q70 - Escala CRE)

Exemplos de uso mal adaptativo de *Busca por Significado*:

- h) Revoltei-me contra Deus e seus desígnios (Q4 – Escala CRE)
- i) Questionei o amor de Deus por mim (Q6 - Escala CRE)
- j) Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação (Q9 - Escala CRE)
- k) Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé (Q23 - Escala CRE)
- l) Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado (Q32 - Escala CRE)
- m) Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus (Q36 - Escala CRE)
- n) Pensei que Deus não existia (Q50 - Escala CRE)
- o) Questionei se até Deus tem limite (Q51 - Escala CRE)
- p) Convenci-me de que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer (Q53 - Escala CRE)
- q) Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros (Q59 - Escala CRE)
- r) Imaginei o que teria feito para Deus me punir (Q78 - Escala CRE)
- s) Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer (Q83 - Escala CRE)
- t) Questionei se Deus realmente se importa (Q84 - Escala CRE)

1.2. Controle: compreende qualquer uso da fé ou de outro elemento da religiosidade para tentar administrar o estresse percebido.

Exemplos de uso adaptativo de *Controle*:

- a) Orei pelo bem estar dos outros (Q1 - Escala CRE)
- b) Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo (Q11 - Escala CRE)
- c) Fui a um templo religioso (Q21 - Escala CRE)
- d) Pratiquei atos de caridade moral e/ou material (Q24 - Escala CRE)
- e) Realizei atos ou ritos espirituais (Q39 - Escala CRE)
- f) Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas (Q40 - Escala CRE)
- g) Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e magoas (Q48 - Escala CRE)
- h) Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade (Q52 - Escala CRE)
- i) Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa (Q54 - Escala CRE)
- j) Participei de sessões de cura espiritual (Q57 - Escala CRE)
- k) Agi em parceria com Deus, colaborando com ele (Q58 - Escala CRE)
- l) Assisti a culto ou sessões religiosas/espirituais (Q60 - Escala CRE)
- m) Ouvei e/ou cantei músicas religiosas (Q63 - Escala CRE)
- n) Recebi ajuda através de imposição das mãos (Q66 - Escala CRE)
- o) Procurei auxílio através de meditação (Q67 - Escala CRE)
- p) Procurei ou realizei tratamentos espirituais (Q68 - Escala CRE)
- q) Tentei construir uma forte relação com um poder superior (Q71 - Escala CRE)
- r) Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais (Q72 - Escala CRE)
- s) Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais (Q74 - Escala CRE)
- t) Montei um local de oração em minha casa (Q75 - Escala CRE)
- u) Procurei auxílio nos livros sagrados (Q77 - Escala CRE)
- v) Voltei-me para a espiritualidade (Q81 - Escala CRE)
- w) Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos (Q82 - Escala CRE)
- x) Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente (Q85 - Escala CRE)
- y) Busquei uma casa de Deus (Q87 - Escala CRE)

Exemplos de uso mal adaptativo de *Controle*:

- a) Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas (Q42 - Escala CRE)

- b) Rezei por um milagre (Q45 - Escala CRE)

1.3. Conforto espiritual: percepção da mãe sobre o quanto sente-se aconchegada, consolada pela fé.

Exemplos de uso adaptativo de *Conforto espiritual*:

- a) Procurei o amor e a proteção de Deus (Q2 - Escala CRE);
- b) Procurei em Deus força, apoio e orientação (Q13 - Escala CRE);
- c) Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia (Q47 – Escala CRE).

Exemplos de uso mal adaptativo de *Conforto espiritual*:

- a) Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim (Q7 - Escala CRE)
- b) Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas (Q18 - Escala CRE)
- c) Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus (Q20 - Escala CRE)
- d) Senti que Deus estava atuando junto comigo (Q25 - Escala CRE)
- e) Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas (Q27 – Escala CRE)
- f) Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora (Q35 – Escala CRE)
- g) Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia (Q37 – Escala CRE)
- h) Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto (Q61 – Escala CRE)
- i) Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle (Q64 – Escala CRE)
- j) Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus (Q69 – Escala CRE)

1.4. Intimidade com Deus e com outras pessoas: avaliação feita pela mãe acerca do quanto sente-se protegida e apoiada por Deus e por iguais.

Exemplos de uso adaptativo de *Intimidade com Deus e com outras pessoas*:

- a) Procurei uma ligação maior com Deus (Q5 – Escala CRE)
- b) Procurei uma casa religiosa ou de oração (Q8 – Escala CRE)
- c) Procurei trabalhar pelo bem-estar social (Q10 – Escala CRE)
- d) Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (Q12 – Escala CRE)
- e) Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu (Q14 – Escala CRE)
- f) Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa (Q19 – Escala CRE)
- g) Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas (Q31 – Escala CRE)
- h) Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa (Q44 – Escala CRE)
- i) Procurei a misericórdia de Deus (Q49 – Escala CRE)

- j) Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos... (Q55 – Escala CRE)
- k) Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo (Q62 – Escala CRE)
- l) Procurei conversar com meu eu superior (Q80 – Escala CRE)

Exemplos de uso mal adaptativo de *Intimidade com Deus e com outras pessoas*:

- m) Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição (Q15 – Escala CRE)
- n) Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus (Q22 – Escala CRE)
- o) Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem (Q26 – Escala CRE)
- p) Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos (Q33 – Escala CRE)
- q) Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado (Q41 – Escala CRE)
- r) Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando (Q73 – Escala CRE)
- s) Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus (Q76 – Escala CRE)

1.5. Transformação: quando após o estresse percebido pela mãe ocorre mudança na vida dela pelo uso da fé.

Exemplos de uso adaptativo de *Transformação*:

- a) Através da religião, entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação (Q28 – Escala de CRE)
- b) Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida (Q30 – Escala CRE)
- c) Procurei por um total redespertar espiritual (Q43 – Escala CRE)
- d) Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente (Q46 – Escala CRE)
- e) Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos (Q65 – Escala CRE)
- f) Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus (Q79 – Escala CRE)
- g) Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude (Q86 – Escala CRE)
- h) São exemplos de uso mal adaptativo de *Transformação*:
- i) Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida (Q17 – Escala de CRE)

II- FAMÍLIAS DE ENFRENTAMENTO COM DESFECHO ADAPTATIVO

2.1. AUTOCONFIANÇA: quando a mãe demonstra proteger recursos sociais disponíveis utilizando a EE de *regulação emocional*:

2.1.1 Regulação emocional (REM) – compreende afirmativas referentes a tentativas de mudar sentimentos e emoções através da religiosidade-espiritualidade.

Exemplos de *regulação emocional*:

- a) Procurei por um total redespertar espiritual (Q43 –Escala CRE)
- b) Orei individualmente e fiz aquilo com que me identificava espiritualmente (Q85 – Escala CRE)

2.1.2. Regulação Comportamental (RCO) – compreende afirmativas que indicam comportamentos emitidos para tentar amenizar o estresse percebido.

Exemplos de *regulação comportamental*:

- a) Ouvi e/ou cantei musicas religiosas (Q63 – Escala CRE)

2.1.3. Expressão emocional (EEM) - compreende afirmativas indicativas sobre sentimentos positivos, reconfortantes.

Exemplos de *expressão emocional*:

- b) Senti que Deus estava atuando comigo (Q25 – Escala CRE)
- c) Confiei que Deus estava comigo (Q47 – Escala CRE)
- d) Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos... (Q55 – Escala CRE);

2.1.4. – Aproximação emocional (AEM) – compreende afirmativas que indicam a comportamentos de aproximação da religiosidade-espiritualidade para lidar com estresse.

Exemplos:

- a) Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus (Q34 – Escala CRE);
- b) Procurei a misericórdia de Deus (Q49 – Escala CRE).

2.2. BUSCA DE SUPORTE: quando a mãe utiliza dos recursos sociais religiosos que estão disponíveis podendo ser por meio de:

2.2.1. – Busca de contato – quando a mãe busca ou oferece qualquer tipo de contato, aproximação com Deus, entidades espirituais ou representantes e/ou iguais na fé.

Exemplos:

- a) Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele (Q58 – Escala CRE)
- b) Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa (Q44 – Escala CRE)
- c) Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (Q29 – Escala CRE)
- d) Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu (Q14 – Escala CRE)
- e) Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa (Q19 – Escala CRE)
- f) Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (Q12 – Escala CRE)

2.2.2. – Busca de conforto – representado por comportamentos de tentar amenizar o estresse buscando conforto por meio de estratégias religiosas-espirituais. Exemplos:

- a) Procurei em Deus força, apoio e orientação (Q13 – Escala CRE)
- b) Voltei-me para a espiritualidade (Q81 – Escala CRE)
- c) Procurei conversar com meu eu superior (Q80 – Escala CRE)
- d) Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas (Q48 – Escala CRE)
- e) Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem. (Q26 – Escala CRE).
- f) Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida (Q17 – Escala CRE)
- g) Supliquei a Deus para tudo dar certo (Q11 – Escala CRE)
- h) Procurei uma ligação maior com Deus (Q5 – Escala CRE)
- i) Procurei o amor e a proteção de Deus (Q2 – Escala CRE)

2.2.3. – Ajuda instrumental – considera-se ajuda instrumental quando as mães utilizam de algum recurso religioso-espiritual como imposição das mãos, sessões de cura, cirurgias espirituais, dentre outros com objetivo de se livrar do estresse. Exemplos:

- a) Participei de sessões de cura espiritual (Q57 – Escala CRE)
- b) Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais (Q60 – Escala CRE)
- c) Recebi ajuda através da imposição das mãos (Q66 – Escala CRE)

2.2.4. – Referenciamento social – é quando as mães buscam conforto através de qualquer tipo de apoio social ofertado pela religião. Exemplos:

- a) Busquei uma casa de Deus (Q87 – Escala CRE)
- b) Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais (Q74 – Escala CRE)
- c) Fui a um templo religioso (Q21 – Escala CRE)
- d) Procurei uma casa religiosa ou de oração (Q8 – Escala CRE)

2.3 - RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS: quando a mãe ajusta suas ações para ser efetiva no controle de estresse, incluindo:

2.3.1 – Planejar estratégias – contempla comportamentos direcionados a resolução do problema, com estabelecimento de estratégias, planejamento, análise lógica, esforço, persistência e determinação para lidar com o estresse percebido pela condição de internação do filho em UTIN. Exemplos:

- a) Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas (Q40 – Escala CRE)
- b) Tentei construir uma forte relação com um poder superior (Q71 – Escala CRE)
- c) Montei um local de oração em minha casa (Q75 – Escala CRE).

2.3.2 – Ação instrumental – implica em comportamentos para tentar resolver o problema de modo prático utilizando dos recursos instrumentais disponíveis no enfrentamento do estresse. Exemplos:

- a) Através da religião, entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação (Q28 – Escala CRE)
- b) Realizei atos ou ritos espirituais (Q39 – Escala CRE)
- c) Rezei por um milagre. (Q45 – Escala CRE).
- d) Procurei auxílio através da meditação (Q67 – Escala CRE)
- e) Procurei ou realizei tratamentos espirituais (Q68 – Escala CRE)

2.3.3 – Planejamento – compreende comportamento de planejar ações para resolver as condições percebidas como desafio. É comum ao Planejar estratégias no que concerne a condição de tratar-se de ações direcionadas a resolução do problema e difere deste tópico na medida que refere-se especificamente ao planejamento de ações.

2.3.4 – Domínio – compreende comportamentos de tomada de controle da situação, no qual a mãe demonstra domínio, conhecimento, e repertório funcional no enfrentamento do estresse. Exemplos:

- a) Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida (Q30 – Escala CRE)

2.4 – BUSCA DE INFORMAÇÕES: quando a mãe demonstra encontrar contingências adicionais por meio de EE do tipo:

2.4.1 – Ler – compreende busca por informações por meio da leitura de materiais com base científica ou não, direcionadas ao tema ou a assuntos paralelos que permitam encontrar contingências que auxiliem no processo de enfrentamento da internação do filho em UTIN. Exemplos:

- a) Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação (Q16 – Escala CRE)
- b) Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa (Q54 – Escala CRE)
- c) Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais (Q72 – Escala CRE)
- d) Procurei auxílio nos livros sagrados (Q77 – Escala CRE)

2.4.2 – Observar – refere-se a comportamentos de observação do outro que viabilizem à mãe acesso a informações ou aprendizagem para lidar com a situação estressante. Exemplos:

- a) Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade (Q52 – Escala CRE)

2.4.3 – Perguntar a outros – trata-se de comportamentos de perguntar diretamente a outros na tentativa de administrar o estresse percebido. Exemplos:

- a) Orei para descobrir o objetivo de minha vida (Q38 – Escala CRE)

2.5 – ACOMODAÇÃO: quando a mãe demonstra ajuste flexível de preferências às opções disponíveis, por meio de EE como:

2.5.1 – Distração cognitiva – inclui o envolvimento em atividades prazerosas como meio para tentar lidar com a situação estressante. Exemplos:

- a) Procurei trabalhar pelo bem-estar social (Q10 – Escala CRE)
- b) Pratiquei atos de caridade moral e/ou material (Q24 – Escala CRE)
- c) Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas (Q31 – Escala CRE)
- d) Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo (Q62 – Escala CRE)

2.5.2 – Reestruturação cognitiva – envolve tentativas de ver o lado positivo da situação estressante, por meio de mudanças de pensamento. Exemplos:

- a) Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos. (Q33 – Escala CRE).
- b) Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos (Q65 – Escala CRE)
- c) Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu (Q70 – Escala CRE)
- d) Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus (Q79 – Escala CRE)
- e) Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude (Q86 – Escala CRE)

2.5.3 – Minimização – compreende comportamentos de verbalizações e pensamentos de amenização das condições compreendidas como desafiantes. Exemplos:

- a) Orei pelo bem-estar de outros (Q1 – Escala CRE)
- b) Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas (Q3 – Escala CRE)

2.6 - NEGOCIAÇÃO: quando a mãe demonstra encontrar novas opções usando EE como:

2.6.1 – Barganha – compreende relatos indicativos de tentativas ativas de fazer um acordo com o outro para atender seus pedidos de ajuda para resolver a situação. Exemplos:

- a) Pedi perdão pelos meus erros (Q56 – Escala CRE)
- b) Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente (Q46 – Escala CRE)

2.6.2 – Persuasão – implica em ações de tentar convencer o outro para que o ajude a resolver as condições percebidas como aversivas.

2.6.3 – Estabelecimento de prioridades – trata-se de comportamentos das mães em negociar com o outro as formas que ela compreende que sejam mais adequadas na resolução do estresse, faz isso estabelecendo ao outro as prioridades para o auxílio.

III - FAMÍLIAS DE ENFRENTAMENTO COM DESFECHO MAL ADAPTATIVO

3.1 – DELEGAÇÃO: quando a mãe demonstra limitação no uso de recursos por meio de EE como:

3.1.1 – Reclamação – compreende relatos indicativos de dependência e queixa.

Exemplos:

- a) Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora (Q35 – Escala CRE)
- b) Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle. (Q64 – Escala CRE).

3.1.2 – Autoculpa – comportamentos verbais e cognitivos que retratam uma percepção de responsabilidade/culpa sobre os eventos danosos em relação as condições que levaram o bebê à internação em UTIN. Exemplos:

- d) Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros. (Q59 – Escala CRE).
- e) Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé. (Q23 – Escala CRE).

3.1.4 – Busca de suporte mal adaptativo – trata-se de delegar ao outro a salvação para a resolução do problema. Exemplos:

- a) Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto. (Q61 – Escala CRE).
- b) Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus. (Q22 – Escala CRE).
- c) Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim (Q7 – Escala CRE).

3.2 – ISOLAMENTO: quando a mãe demonstra afastamento de contextos sociais não apoiadores por meio de EE como:

3.2.1 – Afastamento social – compreende relatos e ações indicativas a manter-se distante de grupos sociais nos quais teria contato com outros.

3.2.2 – Evitação de outros – trata-se de comportamentos de manter-se distante de outros, evitando o contato. Exemplos:

- a) Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus. (Q36 – Escala CRE).

3.2.3 – Dissimulação – refere-se a comportamentos de impedir os outros de saber sobre sua condição estressante e/ou mascarar seus sentimentos/efeitos emocionais. Exemplos:

- a) Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus. (Q69 – Escala CRE).
- b) Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando. (Q73 – Escala CRE).
- c) Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus. (Q76 – Escala CRE).

3.2.4 – “Congelar”/paralisar – compreende ações que indicam comportamento de introversão, paralisia no enfrentamento da situação estressante. Exemplo:

- a) Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas. (Q18 – Escala CRE).

3.3 – DESAMPARO: quando a mãe demonstra encontrar limites para a ação, por meio de EE como:

3.3.1 – Confusão – compreende relatos e ações indicativas de confusão sobre a compreensão do evento estressante e de como pode lidar com este. Exemplo:

- a) Questionei se até Deus tem limites. (Q51 – Escala CRE).

3.3.2 – Interferência cognitiva – trata-se de relatos que indicam pensamentos de intromissão na avaliação sobre o evento estressante e das formas de enfrentamento para resolução do problema. Exemplos:

- a) Pensei que Deus não existia. (Q50 – Escala CRE).
- b) Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado. (Q41 – Escala CRE).
- c) Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado. (Q32 – Escala CRE).
- d) Questionei o amor de Deus por mim. (Q6 – Escala CRE).

3.3.3 – Exaustão cognitiva – comportamentos que indicam o esgotamento cognitivo para lidar com a situação de internação do bebê em UTIN, dificultando a compreensão sobre o evento, informações e meios para resolver o estresse. Exemplo:

- a) Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição. (Q15 – Escala CRE).

3.3.4 – Passividade – compreende relatos indicativos de inatividade mediante a internação do bebê em UTIN.

3.4 – FUGA: quando a mãe foge de ambiente não contingente, por meio de EE como:

3.4.1 – Afastamento mental – compreende comportamentos de esquiva de pensamentos relacionados a internação do filho em UTIN. Exemplos:

- a) Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus. (Q20 – Escala CRE).

- b) Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas. (Q27 – Escala CRE).
- c) Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas. (Q42 – Escala CRE).
- d) Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos. (Q82 – Escala CRE).

3.4.2 – Negação – refere-se a relatos indicativos de negar seja em ações ou em pensamentos a condição real que seu bebê se encontra.

3.4.3 – Pensamento desejoso – compreende relatos indicativos de pensamentos relacionados a imaginação/desejo de condições opostas a realidade vivida.

3.5 – SUBMISSÃO: quando a mãe demonstra desistir de preferências, por meio de EE como:

3.5.1 – Ruminação – compreende relatos indicativos de um foco passivo e repetitivo nos aspectos negativos da situação, com ênfase nos danos e nas perdas da situação estressante, tais como o afastamento do bebê, a impossibilidade de amamentar, de vestir do bebê, carregar no colo, dentre outros. Exemplo:

- a) Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia. (Q37 – Escala CRE).

3.5.2 – Pensamentos intrusivos – trata-se de relatos indicativos de pensamentos importunos sobre a percepção e o enfrentamento do estresse da internação do filho em UTIN.

3.5.3 – Perseveração rígida – comportamentos indicativos de atolamento de pensamentos e ações disfuncionais ao enfrentamento desta condição estressante.

3.6 – OPOSIÇÃO: quando a mãe demonstra remover obstáculos por meio de EE como:

3.6.1 – Culpar outros – compreende relatos indicativos de comportamentos de atribuir ao outro a culpa pela condição estressante que está vivenciando. Exemplos:

- a) Revoltei-me contra Deus e seus desígnios (Q4 – Escala CRE).
- b) Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação (Q9 – Escala CRE).
- c) Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer (Q53 – Escala CRE).
- d) Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer. (Q83 – Escala CRE).

3.6.2 – Projeção – relatos indicativos de atribuir ao sentimento do outro em relação a alguma relação com o fato de estar vivenciando a condição estressante de internação do filho em UTIN. Exemplos:

- a) Imaginei o que teria feito para Deus me punir. (Q78 – Escala CRE).
- b) Questionei se Deus realmente se importava. (Q84 – Escala CRE).

3.6.3 – Agressão – comportamentos indicativos de ataque ao outro que entende responsável pela situação vivida.

3.6.4 – Desafiar – relatos indicativos de provocar o outro na tentativa de se livrar da condição aversiva.

APÊNDICE G -

Tabela G.33. *Relação da Escala de Coping Religioso-Espiritual [CRE] (Panzini, 2004) com as cinco funções do enfrentamento religioso-espiritual (Pargament et al., 2000)*

Itens da Escala CRE (Panzini, 2004)	Fatores do CRE	Finalidades do CRE	Funções do CRE (Pargament et al., 2000)
1. Orei pelo bem-estar de outros	P3-Oferta de ajuda ao outro	Provendo ajuda religiosa	2- Controle (faz alguma ação concreta para resolver o problema)
2. Procurei o amor e a proteção de Deus	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Procura de apoio espiritual em Deus	3- Conforto espiritual
3. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas	P3-Oferta de ajuda ao outro	<i>Exercendo o perdão através da religião/espiritualidade</i>	4- Busca por significado
4. Revoltei-me contra Deus e seus designios	N1-Reavaliação negativa de Deus	<i>Revolta espiritual com deus</i>	1- Busca por significado
5. Procurei uma ligação maior com Deus	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Procura por conexão espiritual	4- Intimidade com Deus e com outras pessoas
6. Questionei o amor de Deus por mim	N1-Reavaliação negativa de Deus	Mágoa espiritual com Deus	1- Busca por significado
7. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim	N2- Posicionamento negativo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo delegação religiosa passiva	3- Conforto espiritual
8. Procurei uma casa religiosa ou de oração	P6-Ações em busca do outro institucional	Procura de local religioso	4- Intimidade com Deus ou com outras pessoas
9. Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação	N3-Reavaliação negativa do significado	Reavaliação malévola do estressor	1- Busca por significado
10. Procurei trabalhar pelo bem-estar social	P3-Oferta de ajuda ao outro	Ação social, doação pessoal ao próximo	4- Intimidade com Deus e com outras pessoas
11. Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo súplica por intercessão divina	2- Controle
12. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais	P2-Ações em busca de ajuda espiritual	Procura de orientação através de entidades espirituais	4- Intimidade com Deus e com outras pessoas
13. Procurei em Deus força, apoio e orientação	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Procura de apoio espiritual em Deus	3- Conforto espiritual
14. Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu	P6-Ações em busca do outro institucional	Estratégia de construção de limites religiosos	4- Intimidade com Deus e com outras pessoas
15. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição	N4-Insatisfação com o outro institucional	Busca de apoio através dos outros	Intimidade com Deus e com outras pessoas (no sentido oposto)

Itens da Escala CRE (Panzini, 2004)	Fatores do CRE	Finalidades do CRE	Funções do CRE (Pargament et al., 2000)
16. Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação	P7- Busca pessoal de conhecimento espiritual	Busca de conhecimento religioso e espiritual através da literatura	Busca por significado
17. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida	P1- Transformação de si/da vida	Transformação do objetivo de vida	Transformação da vida
18. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas	N4- Insatisfação com o outro institucional	Mágoa interpessoal e/ou institucional	Conforto espiritual (no sentido oposto)
19. Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa	P6- Ações em busca do outro institucional	Busca de apoio espiritual interpessoal e/ou institucional	Intimidade com Deus e com outras pessoas
20. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus	P8- Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade	Procura de apoio através de foco religioso	Conforto espiritual
21. Fui a um templo religioso	P6- Ações em busca do outro institucional	Procura de local religioso	Controle
22. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus	P8- Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade	Estratégia de CRE baseada no estilo renúncia religiosa ativa	Intimidade com Deus e com outras pessoas
23. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé	N1- Reavaliação negativa de Deus	Reavaliação punitiva de Deus	Busca por significado
24. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material	P3- Oferta de ajuda ao outro	Ação social, doação pessoal ao próximo	Controle
25. Senti que Deus estava atuando junto comigo	P4- Posicionamento positivo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo colaborativo	Conforto espiritual
26. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem	P4- Posicionamento positivo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo súplica por intercessão divina	Intimidade com Deus e com outras pessoas
27. Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas	P8- Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade	Procura de apoio através de foco religioso	Conforto espiritual
28. Através da religião, entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação	P1- Transformação de si/da vida	Reforma íntima espiritual	Transformação da vida
29. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior	P2- Ações em busca de ajuda espiritual	Procura de orientação através de entidades espirituais	Busca por significado
30. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida	P1- Transformação de si/da vida	Transformação de si e/ou de sua vida	Transformação da vida
31. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas	P3- Oferta de ajuda ao outro	Prover ajuda religiosa a outros	Intimidade com Deus e com outras pessoas
32. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado	N1- Reavaliação negativa de Deus	Mágoa espiritual com Deus	Busca de significado

Itens da Escala CRE (Panzini, 2004)	Fatores do CRE	Finalidades do CRE	Funções do CRE (Pargament et al., 2000)
33. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos	P1- Transformação de si/da vida	Busca do perdão/absolvição religiosos	Intimidade com Deus e com outras pessoas
34. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus	P1- Transformação de si/da vida	Reavaliação religiosa positiva benevolente	Busca por significado
35. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora	N2- Posicionamento negativo frente a Deus	<i>Estilo de coping delegação religiosa passiva</i>	Conforto espiritual
36. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus	N3- Reavaliação negativa do significado	Reavaliação malévola do estressor	Busca por significado
37. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia	P8- Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade	Estratégia de CRE baseada no estilo renúncia religiosa ativa	Conforto espiritual
38. Orei para descobrir o objetivo de minha vida	P1- Transformação de si/da vida	Transformação do objetivo de vida	Busca por significado
39. Realizei atos ou ritos espirituais	P6- Ações em busca do outro institucional	Prática de preceitos religiosos/espirituais	Controle
40. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas	P4- Posicionamento positivo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo colaborativo	Controle
41. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado	N4- Insatisfação com o outro institucional	Busca de apoio através dos OUTROS	Intimidade com Deus e com outras pessoas (no sentido oposto)
42. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas	P8- Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade	Procura de apoio através de foco religioso	Controle
43. Procurei por um total redespertar espiritual	P1- Transformação de si/da vida	Transformação do objetivo de vida	Transformação
44. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa	P6- Ações em busca do outro institucional	Busca de apoio espiritual interpessoal e/ou institucional	Intimidade com Deus e com outras pessoas
45. Rezei por um milagre	N2- Posicionamento negativo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo súplica por intercessão divina	Controle
46. Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente	P2- Ações em busca de ajuda espiritual	Procura de tratamentos espirituais	Transformação
47. Confiei que Deus estava comigo	P4- Posicionamento positivo frente a Deus	Busca de apoio espiritual interpessoal e/ou institucional	Conforto espiritual
48. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas	P1- Transformação de si/da vida	Busca do perdão/absolvição religiosos	Controle
49. Procurei a misericórdia de Deus	P1- Transformação de si/da vida	Exercendo o perdão através da religião/espiritualidade	Intimidade com Deus e com outras pessoas

Itens da Escala CRE (Panzini, 2004)	Fatores do CRE	Finalidades do CRE	Funções do CRE (Pargament et al., 2000)
50. Pensei que Deus não existia	N1-Reavaliação negativa de Deus	Revolta espiritual com Deus	Busca por significado
51. Questionei se até Deus tem limites	N1-Reavaliação negativa de Deus	Reavaliação do poder de Deus	Busca por significado
52. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade	P7-Busca pessoal de conhecimento espiritual	Busca da mídia religiosa/espiritual	Controle
53. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer	N3-Reavaliação negativa do significado	Reavaliação malévola do estressor	Busca por significado
54. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa	P7-Busca pessoal de conhecimento espiritual	Busca de conhecimento religioso e espiritual através da literatura	Controle
55. Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...	P3-Oferta de ajuda ao outro	Prover ajuda religiosa a outros	Intimidade com Deus e com outras pessoas
56. Pedi perdão pelos meus erros	P1-Transformação de si/da vida	Busca do perdão/absolvição religiosos	Busca por significado
57. Participei de sessões de cura espiritual	P2-Ações em busca de ajuda espiritual	Procura de tratamentos espirituais	Controle
58. Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo colaborativo	Controle
59. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros	N3-Reavaliação negativa do significado	Reavaliação punitiva de Deus	Busca por significado
60. Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais	P2-Ações em busca de ajuda espiritual	Prática de preceitos religiosos/espirituais	Controle
61. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto	P8-Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade	Estratégia de CRE baseada no estilo renúncia religiosa ativa	Conforto espiritual
62. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo	P3-Oferta de ajuda ao outro	Ação social, doação pessoal ao próximo	Intimidade com Deus e com outras pessoas
63. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas	P6-Ações em busca do outro institucional	Busca da mídia religiosa/espiritual	Controle
64. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle	N2- Posicionamento negativo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo delegação religiosa passiva	Conforto espiritual
65. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos	P1-Transformação de si/da vida	Reforma íntima espiritual	Transformação
66. Recebi ajuda através de imposição das mãos	P2-Ações em busca de ajuda espiritual	Procura de passe energético através das mãos (imposição de mãos)	Controle

Itens da Escala CRE (Panzini, 2004)	Fatores do CRE	Finalidades do CRE	Funções do CRE (Pargament et al., 2000)
67. Procurei auxílio através da meditação	P5- Busca pessoal de crescimento espiritual	Práticas religiosas/espirituais não institucionalizadas (não organizadas institucionalmente)	Controle
68. Procurei ou realizei tratamentos espirituais	P2-Ações em busca de ajuda espiritual	Procura de tratamentos espirituais	Controle
69. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo auto-diretivo	Conforto espiritual (no sentido oposto)
70. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu	P5- Busca pessoal de crescimento espiritual	Reavaliação religiosa positiva benevolente	Busca por significado
71. Tentei construir uma forte relação com um poder superior	P5- Busca pessoal de crescimento espiritual	Procura por conexão espiritual	Controle
72. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais	P7-Busca pessoal de conhecimento espiritual	Busca da mídia religiosa/espiritual	Controle
73. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando	N4-Insatisfação com o outro institucional	Busca de apoio através dos OUTROS -	Intimidade com Deus e com outras pessoas (no sentido oposto)
74. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais	P6-Ações em busca do outro institucional	Prática de preceitos religiosos/espirituais	Controle
75. Montei um local de oração em minha casa	P6-Ações em busca do outro institucional	Práticas religiosas/espirituais não institucionalizadas (não organizadas institucionalmente)	Controle
76. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo auto-diretivo	Intimidade com Deus e com outras pessoas (no sentido oposto)
77. Procurei auxílio nos livros sagrados	P7-Busca pessoal de conhecimento espiritual	Busca de conhecimento religioso e espiritual através da literatura	Controle
78. Imaginei o que teria feito para Deus me punir	N1-Reavaliação negativa do significado	Reavaliação punitiva de Deus	Busca por significado
79. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus	P1-Transformação de si/da vida	Transformação de si e/ou de sua vida	Transformação
80. Procurei conversar com meu eu superior	P5- Busca pessoal de crescimento espiritual	Procura de orientação através de entidades espirituais	Controle
81. Voltei-me para a espiritualidade	P2-Ações em busca de ajuda espiritual	Procura por conexão espiritual	Busca por significado
82. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos	P1-Transformação de si/da vida	Exercendo o perdão através da religião/espiritualidade	Controle

Itens da Escala CRE (Panzini, 2004)	Fatores do CRE	Finalidades do CRE	Funções do CRE (Pargament et al., 2000)
83. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer	N1-Reavaliação negativa de Deus	Revolta espiritual com Deus	Busca por significado
84. Questionei se Deus realmente se importava	N1-Reavaliação negativa de Deus	Mágoa espiritual com Deus	Busca por significado
85. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente	P5- Busca pessoal de crescimento espiritual	Práticas religiosas/espirituais não institucionalizadas (não organizadas institucionalmente)	Controle
86. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude	P1-Transformação de si/da vida	Reforma íntima espiritual	Transformação
87. Busquei uma casa de Deus	P6-Ações em busca do outro institucional	Procura de local religioso	Controle

Nota. Legenda: P1 = Transformação de si e/ou de sua vida; P2 = Ações em busca de ajuda espiritual; P3 = Oferta de ajuda ao outro; P4 = Posicionamento positivo frente a Deus; P5 = Busca pessoal de crescimento espiritual; P6 = Ações em busca do outro Institucional; P7 = Busca pessoal de conhecimento espiritual; P8 = Afastamento através de Deus, da religião e/ou da espiritualidade; N1 = Reavaliação negativa de Deus; N2 = Posicionamento Negativo frente a Deus; N3 = Reavaliação negativa do significado; N4 = Insatisfação com o outro institucional.

APÊNDICE H -

Tabela H.34. *Relação da Escala de Coping Religioso-Espiritual [CRE] (Panzini, 2004) com as 12 famílias do coping – Teoria Motivacional do Coping*

Itens da Escala CRE (Panzini, 2004)	Fatores do CRE	Finalidade do CRE	Famílias de coping (Skinner et al., 2003)	Estressor	Função do enfrentamento	Processo adaptativo
1. Orei pelo bem-estar de outros	P3-Oferta de ajuda ao outro	Provendo ajuda religiosa	5- Acomodação	Desafio à necessidade de Autonomia	(self) – Flexibilidade para ajustar preferências e opções	Coordenar preferências e opções disponíveis, ou seja, sente-se no controle da situação
2. Procurei o amor e a proteção de Deus	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Procura de apoio espiritual em Deus	2- Busca de suporte/conforto	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Usar recursos sociais disponíveis	Coordenar a confiança e os recursos sociais disponíveis
3. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas	P3-Oferta de ajuda ao outro	<i>Exercendo o perdão através da religião/espiritualidade</i>	5- Acomodação	Desafio à Autonomia	(contexto) - Flexibilidade para ajustar preferências e opções	Coordenar preferências e opções disponíveis
4. Revoltei-me contra Deus e seus desígnios	N1-Reavaliação negativa de Deus	<i>Revolta espiritual com deus</i>	12- Oposição	Ameaça à Autonomia	(self) - Remover restrições	Coordenar preferências e opções disponíveis
5. Procurei uma ligação maior com Deus	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Procura por conexão espiritual	2-Busca de suporte	Desafio ao Relacionamento	(self) - remover restrições	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
6. Questionei o amor de Deus por mim	N1-Reavaliação negativa de Deus	Mágoa espiritual com Deus	9- Desamparo (duvidar)	Ameaça à Competência	(self) - encontrar limites das ações	Coordenar ações e contingências do ambiente
7. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim	N2- Posicionamento negativo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo delegação religiosa passiva	7- Delegação (dependência)	Ameaça ao Relacionamento	(self) - Encontrar limites de recursos	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
8. Procurei uma casa religiosa ou de oração	P6-Ações em busca do outro institucional	Procura de local religioso	2- Busca de suporte	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Usar recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
9. Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação	N3-Reavaliação negativa do significado	Reavaliação malévola do estressor	12- Oposição	Ameaça à Autonomia	(contexto) - Remover restrições	Coordenar preferências e opções disponíveis
10. Procurei trabalhar pelo bem-estar social	P3-Oferta de ajuda ao outro	Ação social, doação pessoal ao próximo	5- Acomodação (Cooperação)	Desafio à Autonomia	(self) Flexibilidade para ajustar preferências e opções	Coordenar preferências e opções disponíveis
11. Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo súplica por intercessão divina	2- Busca de suporte	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Usar recursos sociais disponíveis	Coordenar a confiança e os recursos sociais disponíveis
12. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais	P2-Ações em busca de ajuda espiritual	Procura de orientação através de entidades espirituais	2- Busca de suporte	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Usar recursos sociais disponíveis	Coordenar a confiança e os recursos sociais disponíveis
13. Procurei em Deus força, apoio e orientação	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Procura de apoio espiritual em Deus	2- Busca de suporte	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Usar recursos sociais disponíveis	Coordenar a confiança e os recursos sociais disponíveis
14. Tentei me juntar com outros	P6-Ações em busca	Estratégia de construção de	2- Busca de	Desafio ao	(self) - usar	Coordenar confiança e os

Itens da Escala CRE (Panzini, 2004)	Fatores do CRE	Finalidade do CRE	Famílias de coping (Skinner et al., 2003)	Estressor	Função do enfrentamento	Processo adaptativo
que tivessem a mesma fé que eu	do outro institucional	limites religiosos	suporte	relacionamento	recursos sociais disponíveis	recursos sociais disponíveis
15. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição	N4-Insatisfação com o outro institucional	Busca de apoio através dos outros	9- Desamparo (desânimo)	Ameaça ao Relacionamento	(self) - Encontrar limites de ações	Coordenar ações e contingências do ambiente
16. Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação	P7-Busca pessoal de conhecimento espiritual	Busca de conhecimento religioso e espiritual através da literatura	4- Busca de informações	Desafio à Competência	(contexto) - Encontrar contingências adicionais	Coordenar ações e contingências do ambiente
17. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida	P1-Transformação de si/da vida	Transformação do objetivo de vida	2- Busca de suporte	Desafio à necessidade de Autonomia	(self) – Flexibilidade para ajustar preferências e opções	Coordenar preferências e opções disponíveis, ou seja, sente-se m o controle da situação
18. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas	N4-Insatisfação com o outro institucional	Mágoa interpessoal e/ou institucional	8- Isolamento	Ameaça ao Relacionamento	(contexto) - Encontrar limites das ações	Coordenar ações e contingências do ambiente
19. Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa	P6-Ações em busca do outro institucional	Busca de apoio espiritual interpessoal e/ou institucional	2- Busca de suporte	Desafio a Autonomia	(contexto) - usar recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
20. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus	P8- Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade	Procura de apoio através de foco religioso	10- Fuga	Ameaça à Autonomia	(self) - Fuga de ambiente não contingente	Coordenar ações e contingências do ambiente
21. Fui a um templo religioso	P6-Ações em busca do outro institucional	Procura de local religioso	2- Busca de suporte	Desafio a Competência	(self) - Usar recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
22. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus	P8-Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade	Estratégia de CRE baseada no estilo renúncia religiosa ativa	7- Delegação	Ameaça à Competência	(self) - encontrar limites das ações	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
23. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé	N1-Reavaliação negativa de Deus	Reavaliação punitiva de Deus	7- Delegação	Ameaça à competência	(Self) - Encontrar limites de recursos	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
24. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material	P3-Oferta de ajuda ao outro	Ação social, doação pessoal ao próximo	5- Acomodação	Desafio à autonomia	(self) Flexibilidade para ajustar preferências e opções.	Coordenar preferências e opções disponíveis, ou seja, sente-se no controle da situação
25. Senti que Deus estava atuando junto comigo	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo colaborativo	Autoconfiança	Desafio à autonomia	(self) - Proteger recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
26. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo súplica por intercessão divina	2- Busca de suporte	Desafio ao relacionamento	(self) - usar recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
27. Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas	P8-Afastamento através de Deus, da religião e/ou	Procura de apoio através de foco religioso	10- Fuga	Ameaça à Competência	(self) - Fuga de ambiente não contingente	Coordenar ações e contingências do ambiente

Itens da Escala CRE (Panzini, 2004)	Fatores do CRE	Finalidade do CRE	Famílias de coping (Skinner et al., 2003)	Estressor	Função do enfrentamento	Processo adaptativo
	espiritualidade					
28. Através da religião, entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação	P1-Transformação de si/da vida	Reforma íntima espiritual	3- Resolução de problemas	Desafio à Autonomia	(self) Ajustar ações para ser efetivo	Coordenar ações e contingências do ambiente
29. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior	P2-Ações em busca de ajuda espiritual	Procura de orientação através de entidades espirituais	2- Busca de suporte	Desafio ao relacionamento	(self) - usar recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
30. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida	P1-Transformação de si/da vida	Transformação de si e/ou de sua vida	3- Resolução de problemas	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Ajustar ações para ser efetivo	Coordenar ações e contingências do ambiente
31. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas	P3-Oferta de ajuda ao outro	Prover ajuda religiosa a outros	5- Acomodação	Desafio à Competência	(self) – Flexibilidade para ajustar preferências e opções	Coordenar preferências e opções disponíveis, ou seja, sente-se no controle da situação
32. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado	N1-Reavaliação negativa de Deus	Mágoa espiritual com Deus	9- Desamparo	Ameaça ao Relacionamento	(contexto) - Encontrar limites de ações	Coordenar ações e contingências do ambiente
33. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos	P1-Transformação de si/da vida	Busca do perdão/absolvição religiosos	5- Acomodação	Desafio à Autonomia	(self) – Flexibilidade para ajustar preferências e opções	Coordenar preferências e opções disponíveis, ou seja, sente-se no controle da situação
34. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus	P1-Transformação de si/da vida	Reavaliação religiosa positiva benevolente	1- Autoconfiança	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Proteger recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
35. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora	N2- Posicionamento negativo frente a Deus	<i>Estilo de coping delegação religiosa passiva</i>	7- Delegação	Ameaça à autonomia	(contexto) - Flexibilidade para ajustar preferências e opções	Coordenar preferências e opções disponíveis
36. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus	N3-Reavaliação negativa do significado	Reavaliação malévola do estressor	8- Isolamento	Ameaça ao Relacionamento	(contexto) - Afastar-se do contexto no qual não há suporte	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
37. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia	P8-Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade	Estratégia de CRE baseada no estilo renúncia religiosa ativa	11- Submissão	Ameaça à Competência	(self) - Desistir de preferências	Coordenar preferências e opções disponíveis
38. Orei para descobrir o objetivo de minha vida	P1-Transformação de si/da vida	Transformação do objetivo de vida	4- Busca de informações	Desafio à autonomia	(self) - Encontrar contingências adicionais	Coordenar ações e contingências do ambiente
39. Realizei atos ou ritos espirituais	P6-Ações em busca do outro institucional	Prática de preceitos religiosos/espirituais	3- Resolução de problemas	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Ajustar ações para ser efetivo	Coordenar ações e contingências do ambiente
40. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo colaborativo	3- Resolução de problemas	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Ajustar ações para ser efetivo	Coordenar ações e contingências do ambiente

Itens da Escala CRE (Panzini, 2004)	Fatores do CRE	Finalidade do CRE	Famílias de coping (Skinner et al., 2003)	Estressor	Função do enfrentamento	Processo adaptativo
41. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado	N4-Insatisfação com o outro institucional	Busca de apoio através dos OUTROS	9- Desamparo	Ameaça ao Relacionamento	(contexto) - Encontrar limites de ações	Coordenar ações e contingências do ambiente
42. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas	P8-Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade	Procura de apoio através de foco religioso	10- Fuga	Ameaça à Competência	(self) - Fuga de ambiente não contingente	Coordenar ações e contingências do ambiente
43. Procurei por um total redespertar espiritual	P1-Transformação de si/da vida	Transformação do objetivo de vida	1- Autoconfiança	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Proteger recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
44. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa	P6-Ações em busca do outro institucional	Busca de apoio espiritual interpessoal e/ou institucional	2- Busca de suporte	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Usar recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
45. Rezei por um milagre	N2- Posicionamento negativo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo súplica por intercessão divina	3- Resolução de Problemas	Desafio à Autonomia	(self) Ajustar ações para ser efetivo	Coordenar ações e contingências do ambiente
46. Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente	P2-Ações em busca de ajuda espiritual	Procura de tratamentos espirituais	6- Negociação	Desafio à Competência	(contexto) - Encontrar novas opções	Coordenar preferências e opções disponíveis
47. Confiei que Deus estava comigo	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Busca de apoio espiritual interpessoal e/ou institucional	1- Autoconfiança	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Proteger recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
48. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas	P1-Transformação de si/da vida	Busca do perdão/absolvição religiosos	2- Busca de suporte	Desafio ao relacionamento	(self) - Usar recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
49. Procurei a misericórdia de Deus	P1-Transformação de si/da vida	Exercendo o perdão através da religião/espiritualidade	1- Autoconfiança	Desafio ao Relacionamento	(self) - Proteger os recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
50. Pensei que Deus não existia	N1-Reavaliação negativa de Deus	Revolta espiritual com Deus	9- Desamparo	Ameaça ao Relacionamento	(self) - Encontrar limites das ações	Coordenar ações e contingências do ambiente
51. Questionei se até Deus tem limites	N1-Reavaliação negativa de Deus	Reavaliação do poder de Deus	9- Desamparo	Ameaça ao Relacionamento	(self) - Encontrar limites das ações	Coordenar ações e contingências do ambiente
52. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade	P7-Busca pessoal de conhecimento espiritual	Busca da mídia religiosa/espiritual	4- Busca de informações	Desafio à Competência	(contexto) - Encontrar contingências adicionais	Coordenar ações e contingências do ambiente
53. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer	N3-Reavaliação negativa do significado	Reavaliação malévola do estressor	12- Oposição	Ameaça à Autonomia	(contexto) - Remover restrições	Coordenar preferências e opções disponíveis
54. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa	P7-Busca pessoal de conhecimento espiritual	Busca de conhecimento religioso e espiritual através da literatura	4- Busca de informações	Desafio à Competência	(self) - Encontrar contingências adicionais	Coordenar ações e contingências do ambiente
55. Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...	P3-Oferta de ajuda ao outro	Prover ajuda religiosa a outros	1- Autoconfiança	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Proteger recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis

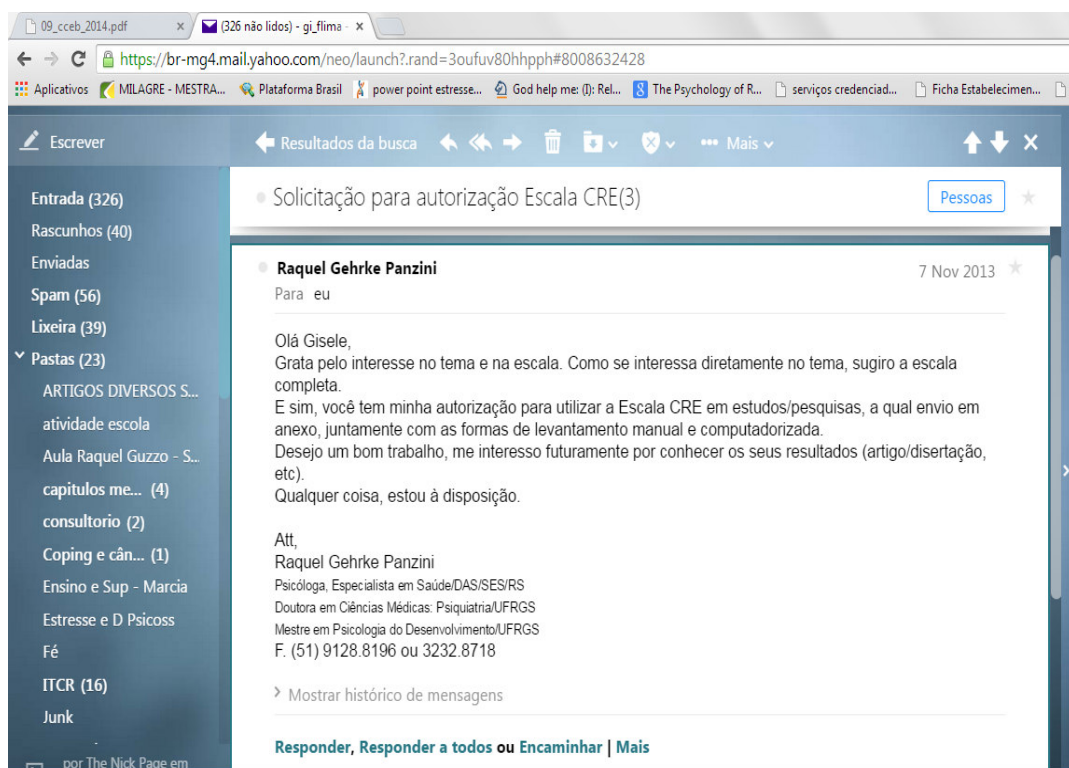
Itens da Escala CRE (Panzini, 2004)	Fatores do CRE	Finalidade do CRE	Famílias de coping (Skinner et al., 2003)	Estressor	Função do enfrentamento	Processo adaptativo
56. Pedi perdão pelos meus erros	P1-Transformação de si/da vida	Busca do perdão/absolvição religiosos	6- Negociação	Ameaça ao Relacionamento	(self) - Encontrar novas opções	Coordenar preferências e opções disponíveis
57. Participei de sessões de cura espiritual	P2-Ações em busca de ajuda espiritual	Procura de tratamentos espirituais	2- Busca de suporte	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Usar recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
58. Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo colaborativo	2- Busca de suporte	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Usar recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
59. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros	N3-Reavaliação negativa do significado	Reavaliação punitiva de Deus	7- Delegação	Ameaça ao Relacionamento	(self) - Encontrar limites de recursos	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
60. Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais	P2-Ações em busca de ajuda espiritual	Prática de preceitos religiosos/espirituais	2- Busca de suporte	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Usar recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
61. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto	P8-Afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade	Estratégia de CRE baseada no estilo renúncia religiosa ativa	7- Delegação	Ameaça ao Relacionamento	(self) - Encontrar limites de recursos	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
62. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo	P3-Oferta de ajuda ao outro	Ação social, doação pessoal ao próximo	5- Acomodação (Cooperação)	Desafio à Autonomia	(contexto) - Flexibilidade para ajustar preferências e opções	Coordenar preferências e opções disponíveis
63. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas	P6-Ações em busca do outro institucional	Busca da mídia religiosa/espiritual	1- Autoconfiança	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Proteger recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
64. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle	N2- Posicionamento negativo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo delegação religiosa passiva	7- Delegação	Ameaça ao Relacionamento	(contexto) Encontrar limites de recursos	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
65. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos	P1-Transformação de si/da vida	Reforma íntima espiritual	5- Acomodação	Desafio à Autonomia	(contexto) - Flexibilidade para ajustar preferências e opções	Coordenar preferências e opções disponíveis
66. Recebi ajuda através de imposição das mãos	P2-Ações em busca de ajuda espiritual	Procura de passe energético através das mãos (imposição de mãos)	2- Busca de suporte	Desafio ao Relacionamento	(self) - Usar recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
67. Procurei auxílio através da meditação	P5- Busca pessoal de crescimento espiritual	Práticas religiosas/espirituais não institucionalizadas (não organizadas institucionalmente)	3- Resolução de problemas	Desafio à Autonomia	(self) Ajustar ações para ser efetivo	Coordenar ações e contingências do ambiente
68. Procurei ou realizei tratamentos espirituais	P2-Ações em busca de ajuda espiritual	Procura de tratamentos espirituais	3- Resolução de problemas	Desafio à Autonomia	(self) Ajustar ações para ser efetivo	Coordenar ações e contingências do ambiente
69. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo auto-diretivo	8- Isolamento	Ameaça ao Relacionamento	(contexto) - Afastar-se do contexto no qual não há suporte	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis

Itens da Escala CRE (Panzini, 2004)	Fatores do CRE	Finalidade do CRE	Famílias de coping (Skinner et al., 2003)	Estressor	Função do enfrentamento	Processo adaptativo
70. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu	P5- Busca pessoal de crescimento espiritual	Reavaliação religiosa positiva benevolente	5- Acomodação	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Flexibilidade para ajustar preferências e opções	Coordenar preferências e opções disponíveis
71. Tentei construir uma forte relação com um poder superior	P5- Busca pessoal de crescimento espiritual	Procura por conexão espiritual	3- Resolução de problemas	Desafio à Autonomia	(self) Ajustar ações para ser efetivo	Coordenar ações e contingências do ambiente
72. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais	P7-Busca pessoal de conhecimento espiritual	Busca da mídia religiosa/espiritual	4-Busca de informações	Desafio à Competência	(self) - Encontrar contingências adicionais	Coordenar ações e contingências do ambiente
73. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando	N4-Insatisfação com o outro institucional	Busca de apoio através dos OUTROS -	8- Isolamento	Ameaça ao Relacionamento	(contexto) - Encontrar limites das ações	Coordenar ações e contingências do ambiente
74. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais	P6-Ações em busca do outro institucional	Prática de preceitos religiosos/espirituais	2- Busca de suporte	Desafio ao relacionamento	(self) - Usar recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
75. Montei um local de oração em minha casa	P6-Ações em busca do outro institucional	Práticas religiosas/espirituais não institucionalizadas (não organizadas institucionalmente)	3- Resolução de problemas	Desafio à Autonomia	(self) Ajustar ações para ser efetivo	Coordenar ações e contingências do ambiente
76. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus	P4-Posicionamento positivo frente a Deus	Estratégia de CRE baseada no estilo auto-diretivo	8- Isolamento	Ameaça ao Relacionamento	(contexto) - Afastar-se do contexto no qual não há suporte	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
77. Procurei auxílio nos livros sagrados	P7-Busca pessoal de conhecimento espiritual	Busca de conhecimento religioso e espiritual através da literatura	4- Busca de informações	Desafio à Competência	(self) - Encontrar contingências adicionais	Coordenar ações e contingências do ambiente
78. Imaginei o que teria feito para Deus me punir	N1-Reavaliação negativa do significado	Reavaliação punitiva de Deus	12- Oposição	Ameaça à Autonomia F	(self) - Remover restrições	Coordenar preferências e opções disponíveis
79. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus	P1-Transformação de si/da vida	Transformação de si e/ou de sua vida	5- Acomodação	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Flexibilidade para ajustar preferências e opções	Coordenar preferências e opções disponíveis
80. Procurei conversar com meu eu superior	P5- Busca pessoal de crescimento espiritual	Procura de orientação através de entidades espirituais	2- Busca de suporte	Desafio ao relacionamento	(self) - Usar recursos sociais disponíveis	Coordenar preferências e opções disponíveis
81. Voltei-me para a espiritualidade	P2-Ações em busca de ajuda espiritual	Procura por conexão espiritual	2- Busca de suporte	Desafio ao relacionamento	(self) - Usar recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis
82. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos	P1-Transformação de si/da vida	Exercendo o perdão através da religião/espiritualidade	10- Fuga	Ameaça à Autonomia	(Self) - Fuga de ambiente não contingente	Coordenar ações e contingências do ambiente
83. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer	N1-Reavaliação negativa de Deus	Revolta espiritual com Deus	12- Oposição	Ameaça à Autonomia	(self) - Remover restrições	Coordenar preferências e opções disponíveis
84. Questionei se Deus realmente se importava	N1-Reavaliação negativa de Deus	Mágoa espiritual com Deus	12- Oposição (projeção, culpar outros)	Ameaça à Autonomia	(self) - Remover restrições	Coordenar preferências e opções disponíveis
85. Orei individualmente e fiz	P5- Busca pessoal de	Práticas religiosas/espirituais	1- Autoconfiança	Desafio à	(self) - Proteger os	Coordenar preferências e

Itens da Escala CRE (Panzini, 2004)	Fatores do CRE	Finalidade do CRE	Famílias de coping (Skinner et al., 2003)	Estressor	Função do enfrentamento	Processo adaptativo
aquilo com que mais me identificava espiritualmente	crescimento espiritual	não institucionalizadas (não organizadas institucionalmente)		Autonomia	recursos sociais disponíveis	opções disponíveis
86. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude	P1-Transformação de si/da vida	Reforma íntima espiritual	5- Acomodação	Desafio ao Relacionamento	(contexto) - Flexibilidade para ajustar preferências e opções	Coordenar preferências e opções disponíveis
87. Busquei uma casa de Deus	P6-Ações em busca do outro institucional	Procura de local religioso	2- Busca de suporte	Desafio ao relacionamento	(self) - Usar recursos sociais disponíveis	Coordenar confiança e os recursos sociais disponíveis

Nota. Legenda: P1 = Transformação de si e/ou de sua vida; P2 = Ações em busca de ajuda espiritual; P3 = Oferta de ajuda ao outro; P4 = Posicionamento positivo frente a Deus; P5 = Busca pessoal de crescimento espiritual; P6 = Ações em busca do outro Institucional; P7 = Busca pessoal de conhecimento espiritual; P8 = Afastamento através de Deus, da religião e/ou da espiritualidade; N1 = Reavaliação negativa de Deus; N2 = Posicionamento Negativo frente a Deus; N3 = Reavaliação negativa do significado; N4 = Insatisfação com o outro institucional.

APÊNDICE I - Autorização para uso da Escala CRE



APÊNDICE J -

Parecer Consubstanciado do CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da pesquisa: Descrição e análise do enfrentamento religioso-espiritual em mães de crianças em unidades Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Pesquisador: Gisele Fernandes de Lima Foch

Área temática:

Versão: 3

CAAE: 24624313.5.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC/Campinas

Patrocinador principal: Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC/Campinas

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 536.014

Data da Relatoria: 21/02/2014

Apresentação do Projeto:

a pesquisa pretende descrever e analisar o enfrentamento religioso-espiritual (CRE) de cuidadores familiares de bebês internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Os dados serão analisados através da

Análise de conteúdo, de maneira qualitativa e quantitativa. Considerando que o estresse trás consequências negativas importantes à saúde física e mental, a pesquisadora espera auxiliar na compreensão das condições que favorecem o enfrentamento adaptativo do estresse das mães, o que poderá implicar em resultados positivos na saúde e desenvolvimento dos bebês.

Objetivo da Pesquisa:

- objetivo primário: a pesquisa pretende descrever e analisar o enfrentamento religioso-espiritual (CRE) de cuidadores familiares de bebês internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).
- objetivo secundário: identificar, descrever e analisar estratégias de enfrentamento pelos pais de bebês, segundo a Teoria Motivacional do Enfrentamento; coparar a frequência do uso das estratégias religiosas -espirituais a outras estratégias de enfrentamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- riscos: a pesquisadora considera que poderá haver um risco mínimo de alguma expressão emocional, porém ela estará à disposição dos participantes para aconselhamento psicológico necessário.

- benefícios: cada participante terá o benefício direto de um momento de escuta individual e a possibilidade de se apropriar de estratégias para o controle do estresse.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os direitos fundamentais das participantes da pesquisa estão assegurados na estruturação do projeto. Os dados obtidos serão descritos de forma geral e não individual na dissertação de Mestrado. O estudo proposto possui satisfatório valor científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto, o formulário sobre as informações básicas do Projeto de Pesquisa e o documento de autorização da Instituição na qual será realizada a pesquisa estão devidamente preenchidos e assinados pelos respectivos responsáveis que são adequadamente identificados. Os critérios de inclusão e exclusão estão devidamente estabelecidos, ou seja:

- inclusão: 40 mães de bebês internados na UTIN da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araras; estar ciente dos objetivos da pesquisa e ter concordado, espontaneamente, em participar; responder a todos os instrumentos psicológicos definidos na pesquisa.

- exclusão: as mães que não concordarem em participar da pesquisa; aquelas que não responderem a

todas as perguntas de qualquer um dos instrumentos aplicados; preenchimento inadequado do CRE.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 466/12, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado.

Conforme a Resolução 466/12, é atribuição do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

CAMPINAS, 20 de Fevereiro de 2014

**Assinado por: David Bianchini
(Coordenador)**

APÊNDICE K -

Carta de anuência dos juízes

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Andressa Melina Becker da Silva, aceito o convite para participar como juiz *para verificação de itens em um instrumento de pesquisa e dou meu consentimento* para publicação do meu nome no relato desta pesquisa.

Li e compreendi as informações fornecidas e recebi respostas para qualquer questão que coloquei acerca dos procedimentos da pesquisa, nos termos propostos pelos pesquisadores responsáveis e por este documento.

Entendi e concordo com as condições do estudo. Receberei uma cópia assinada deste formulário de consentimento. Aceito, voluntariamente, participar desta pesquisa. Portanto, concordo com tudo que está escrito acima e dou meu consentimento

Campinas , 18 de dezembro de 2014

Andressa Melina B. da Silva

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Vivian Mascella, aceito o convite para participar como juiz *para verificação de itens em um instrumento de pesquisa e dou meu consentimento* para publicação do meu nome no relato desta pesquisa.

Li e compreendi as informações fornecidas e recebi respostas para qualquer questão que coloquei acerca dos procedimentos da pesquisa, nos termos propostos pelos pesquisadores responsáveis e por este documento.

Entendi e concordo com as condições do estudo. Receberei uma cópia assinada deste formulário de consentimento. Aceito, voluntariamente, participar desta pesquisa. Portanto, concordo com tudo que está escrito acima e dou meu consentimento

Campinas, 12 de dezembro de 2014.

Vivian Mascella

APÊNDICE L -

Tabela L.35. *Dados sociodemográficos das mães dos bebês internados em UTIN (N=20)*

Mãe	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Nível Socioeconômico
1	17	Solteira	Fundamental Completo		C2
2	22	União estável	Fundamental Incompleto		C2
3	22	União estável	Ensino Médio		C1
4	18	União estável	Fundamental Incompleto		C2
5	31	Casada	Ensino Médio	Faxineira	C1
6	32	União estável	Fundamental Completo		C2
7	30	União estável	Fundamental Completo		C2
8	23	Solteira	Ensino Médio	Operadora de máquinas	D-E
9	26	União estável	Ensino Médio	Ajudante de impressor	C2
10	22	Casada	Ensino Médio		C1
11	35	Solteira	Fundamental Incompleto	Rural	D-E
12	29	Casada	Fundamental Incompleto		D-E
13	32	Casada	Ensino Médio		C1
14	17	Solteira	Fundamental Completo		D-E
15	39	União estável	Ensino Médio		B2
16	35	União estável	Ensino Médio	Recepcionista	C1
17	23	União estável	Ensino Médio	Rural	B2
18	36	União estável	Ensino Médio	Auxiliar de produção	B2
19	24	União estável	Ensino Médio		D-E
20	24	Solteira	Fundamental Incompleto		D-E

APÊNDICE M

Tabela M.36. Pontuação dadas pelas mães das famílias de enfrentamento da internação do filho na UTIN pela MTC-12 (N = 20)

Mães	Autoconfiança	Busca por Suporte	Resolução de Problemas	Busca por Informações	Acomodação	Negociação	Delegação	Isolamento	Desamparo	Fuga	Submissão	Oposição
1	4	5	5	4	3	3	1	0	5	1	5	0
2	3	5	5	5	2	4	3	3	5	5	5	2
3	4	5	4	3	0	1	1	1	4	3	5	5
4	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	0
5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	0	5	5
6	4	4	5	5	4	4	5	0	5	0	5	1
7	5	4	5	5	3	4	4	2	5	0	5	5
8	4	5	5	5	0	4	4	2	5	4	5	3
9	5	3	5	5	4	3	1	1	5	1	5	1
10	3	4	4	5	5	3	4	2	3	1	2	0
11	3	3	5	5	5	3	1	5	0	5	5	0
12	5	2	4	5	5	5	5	4	5	5	5	0
13	5	4	5	4	4	5	4	2	5	4	3	5
14	3	4	5	5	4	4	0	3	5	2	5	0
15	4	0	0	4	3	3	4	3	4	5	5	0
16	5	0	5	4	5	3	1	0	3	2	5	0
17	5	5	5	5	3	4	4	0	5	5	5	0
18	3	4	5	4	0	3	5	3	5	0	4	0
19	5	4	5	5	2	3	4	2	5	0	5	0
20	3	5	4	5	3	5	5	5	5	3	5	5
Média	4,15	3,8	4,55	4,65	3,2	3,65	3,3	2,2	4,45	2,55	4,7	1,6
Desvio padrão	0,87	1,54	1,14	0,58	1,67	0,98	1,75	1,67	1,23	2,06	0,80	2,16

Nota. Respostas dadas pelos participantes nas questões 3,4,5,6,8,9 e 10, 11, 12,13, 14 e 15 do Protocolo de Entrevista MTC-12 adaptado para o processo de enfrentamento da hospitalização do filho na UTIN por mães; correspondentes a Escala Likert de 0 a 5 pontos, em que 0 é igual a nada e 5 significa muito.

APÊNDICE N -

Tabela N.37. *Classificação da frequência de uso e funcionalidade adaptativa do enfrentamento segundo a Escala CRE*

Mãe	Média Enfrentamento Geral – MTC-12	Classificação Enfrentamento Geral	Média CRE	Classificação CRE
1	3,04	Médio	3,14	Médio
2	3,23	Médio	2,99	Médio
3	3,50	Alto	3,06	Médio
4	2,87	Médio	2,91	Médio
5	2,94	Médio	3,38	Alto
6	3,22	Médio	2,97	Médio
7	3,07	Médio	2,96	Médio
8	3,17	Médio	3,00	Médio
9	2,68	Médio	3,00	Médio
10	2,90	Médio	2,91	Médio
11	3,22	Médio	2,90	Médio
12	3,09	Médio	2,75	Médio
13	3,26	Médio	3,21	Médio
14	3,20	Médio	2,96	Médio
15	3,03	Médio	2,87	Médio
16	3,06	Médio	2,96	Médio
17	3,06	Médio	2,98	Médio
18	3,19	Médio	3,02	Médio
19	3,01	Médio	2,98	Médio
20	2,88	Médio	2,94	Médio

APÊNDICE O -

Tabela O.38. Resultados da Correlação de Spearman para as variáveis contínuas em relação aos fatores de enfrentamento geral e as características do bebê e da gestação, da mãe e do suporte social percebido (N = 20)

Variáveis	EE da Hospitalização - Coping Transformacional (questão 17 - Protocolo de Entrevista)	Tipos de enfrentamento (Adaptativo x Mal Adaptativo) (MTC-12)
<i>Bebê e gestação</i>		
Apgar 1 minuto	0,308	-0,230
Apgar 5 minutos	0,046	-0,011
Primeira gestação	0,278	-0,055
Número de consultas pré-natal	0,038	-0,439
Idade Gestacional	0,102	-0,044
Doenças, problemas internação	0,050	-0,026
<i>Mãe</i>		
Idade	-0,044	-0,250
Escolaridade	0,168	-0,144
Estado Civil	-0,438	-0,144
Nível socioeconômico	0,070	0,326
Número de filhos	0,208	0,160
Filhos em UTIN	-0,333	0,140
Filhos prematuros	-0,341	0,157
Conhecimento sobre UTIN	-0,162	-0,559
Pior estresse da internação	0,255	-0,136
Outras preocupações além da doença	-0,176	0,278
Expectativas em relação ao filho	-0,218	-0,025
<i>Contexto familiar</i>		
Companheiro atual é o pai do bebê	0,221	-0,157
Idade companheiro	-0,241	-0,158
Companheiro trabalha	-0,190	-0,542*
Tempo com o companheiro	0,044	-0,318
Tipos de ajuda	-0,475*	-0,103

Nota. * $p \leq 0,05$ = significativo pela Correlação de Spearman.

APÊNDICE P -

Tabela P.39. *Resultados das análises de correlação para as variáveis contínuas de religião, enfrentamento religioso e enfrentamento geral*

	<i>Coping</i> Transformacional (Questão 17 – Entrevista)	Tipo de Enfrentamento Adaptativo x Mal Adaptativo (MTC-12)	Enfrentamento geral
Tipo de religião	-0,160	0,285	-0,055
Mudança na religiosidade após a hospitalização	-0,765**	0,023	-0,098
Como religião ajudou	0,015	0,197	0,303
Praticante de religião	0,071	0,050	0,061
CREP (positivo)	0,333	0,153	-0,275
CREN (negativo)	0,145	0,046	-0,413
CRET (total)	0,304	0,162	0,308
Razão CREN/CREP	-0,303	-0,459*	-0,379

Nota. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$ = significativo pela Correlação de Spearman.

ANEXOS

ANEXO A -
Ficha do Bebê (FB)¹⁸

1. Data: ____/____/____
2. Nome da mãe (iniciais): _____
3. Nome do bebê (iniciais): _____
4. Data de nascimento: ____/____/____ 5. Sexo: () M () F
6. Peso ao nascimento: _____ gramas
7. Idade gestacional: _____ semanas
8. Escore Apgar: 1º minuto _____ 5º minuto _____
9. Tempo de internação: _____ dias () UTIN () Médio risco
10. Doenças ou problemas do bebê durante a internação:

11. Número de consultas no pré-natal: _____ consultas
12. Tipo de parto: () Normal () Cesáreo
13. Você já havia enfrentado a situação de ter um filho internado em UTIN anteriormente?
14. Quais suas expectativas com relação a seu filho?

¹⁸ Fonte: Ramos (2012).

ANEXO B -**Questionário para Registro de Dados Gerais (QRDG)**

1. Data de hoje: ____/____/____
2. Iniciais do nome: _____
3. Data de nascimento: ____/____/____ 4. Idade: _____
5. Telefone(s) para contato: _____
6. E-mail: _____
7. Endereço: R./Av _____
8. Bairro: _____ 9. Cidade: _____
10. CEP _____
11. Escolaridade:
() Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Médio Incompleto
() Ensino Fundamental Completo () Ensino Superior Incompleto
() Ensino Médio Completo () Ensino Superior Completo
12. Estado Civil: _____
13. O companheiro atual é o pai do bebê? () Sim () Não
14. Há quanto tempo vive com esse companheiro? _____
15. Idade dele? _____
16. O companheiro trabalha? () Sim () Não
17. Se sim, em quê? _____
18. Nome completo do bebê: _____
19. Data de nascimento do bebê: ____/____/____
20. Primeira gestação? () Sim () Não
21. Foi gravidez de gêmeos? () Sim () Não
22. Gravidez foi de risco? () Sim () Não
23. Se sim, por quê? _____
24. Idade dos outros filhos: _____
25. Já teve outro bebê prematuro e/ou baixo peso? () Sim () Não
26. Trabalha? () Sim () Não
27. Se sim, em quê? _____
28. Há quanto tempo? _____
29. Tipo de vínculo empregatício: _____
30. Carga horária semanal de trabalho: _____ horas
31. Religião: _____
32. Se evangélica, de qual denominação? _____
33. Praticante? () Sim () Não
34. Se sim, do que participa na igreja? _____

35. Possui alguma doença ou problema de saúde? () Sim () Não

36. Se sim, qual? _____

37. Agora que seu filho está internado no hospital, quem está te ajudando nos afazeres de casa e/ou cuidado dos outros filhos e outras atribuições?

38. De que forma essa(s) pessoa(s) está te ajudando?

40. Além dessa ajuda, você tem recebido algum outro tipo de ajuda? Explique

41. O que mais tem preocupado você, além da situação do seu filho?

Caso seja necessário, você poderá utilizar o verso da folha para responder às questões.

Fonte. Adaptado de Ramos (2012).

ANEXO C -

Escala de *Coping* Religioso-Espiritual [CRE]

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você.

Neste momento, pense na situação de maior estresse que você viveu desde a notícia da internação do seu bebê na UTIN. Por favor, descreva em poucas palavras:

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante** que você descreveu acima.

Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita).

Exemplo:

Tentei dar sentido à situação através de Deus.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você **não** tentou, **nem um pouco**, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número (1)

Se você tentou **um pouco**, circule o (2)

Se você tentou **mais ou menos**, circule o (3)

Se você tentou **bastante**, circule o (4)

Se você tentou **muitíssimo**, circule o (5)

Lembre-se: Não há opção certa ou errada

Marque só uma alternativa em cada questão.

Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1. Orei pelo bem-estar de outros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2. Procurei o amor e a proteção de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4. Revoltei-me contra Deus e seus desígnios

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5. Procurei uma ligação maior com Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6. Questionei o amor de Deus por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

7. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

8. Procurei uma casa religiosa ou de oração

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

9. Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

10. Procurei trabalhar pelo bem-estar social

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

11. Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

12. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

13. Procurei em Deus força, apoio e orientação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

14. Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

15. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

16. Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

17. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

18. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

19. Procurei por amor e cuidado com os membros de minha instituição religiosa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

20. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

21. Fui a um templo religioso

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

22. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

23. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

24. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

25. Senti que Deus estava atuando junto comigo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

26. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

27. Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus problemas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

28. Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

29. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

30. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

31. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

32. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

33. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

34. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

35. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

36. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

37. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

38. Orei para descobrir o objetivo de minha vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

39. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

40. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

41. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

42. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

43. Procurei por um total re-despertar espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

44. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

45. Rezei por um milagre

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

46. Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

47. Confiei que Deus estava comigo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

48. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

49. Procurei a misericórdia de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

50. Pensei que Deus não existia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

51. Questionei se até Deus tem limites

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

52. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

53. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

54. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

55. Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

56. Pedi perdão pelos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

57. Participei de sessões de cura espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

58. Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

59. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

60. Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

61. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

62. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

63. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

64. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

65. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

66. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

67. Procurei auxílio através da meditação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

68. Procurei ou realizei tratamentos espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

69. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

70. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

71. Tentei construir uma forte relação com um poder superior

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

72. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

73. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

74. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

75. Montei um local de oração em minha casa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

76. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

77. Procurei auxílio nos livros sagrados

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

78. Imaginei o que teria feito para Deus me punir

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

79. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

80. Procurei conversar com meu eu superior

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

81. Voltei-me para a espiritualidade

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

82. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

83. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

84. Questionei se Deus realmente se importava

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

85. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

86. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

87. Busquei uma casa de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

OBRIGADA POR PARTICIPAR!

Fonte. Panzini e Bandeira (2005, p. 234; versão Brasileira da RCOPE *Scale*, de Pargament, Koenig, & Perez, 2000).

ANEXO D -

Tabela D. 40. *Fatores de risco à gravidez – MS – Gestante de Alto Risco*

Características individuais e condições socioeconômicas desfavoráveis	História reprodutiva anterior	Doença obstétrica na gravidez atual	Intercorrências clínicas
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Idade menor que 17 e maior que 35 anos; ➤ Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição à agentes físicos, químicos, biológicos e estresse; ➤ Situação conjugal insegura; ➤ Baixa escolaridade; ➤ Altura menor que 1,45m; ➤ Peso menor que 45 Kg e maior que 75Kg; ➤ Dependência de drogas ilícitas ou lícitas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Morte perinatal explicada e inexplicada; ➤ Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado; ➤ Abortamento habitual; ➤ Esterilidade e/ou infertilidade; ➤ Intervalo temporal menor que cinco anos; ➤ Nuliparidade e multiparidade; ➤ Síndrome hemorrágica ou doença hipertensiva; ➤ Cirurgia uterina anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; ➤ Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ➤ Ganho ponderal inadequado; ➤ Pré-eclâmpsia e eclâmpsia; ➤ Amniorrexe prematura; ➤ Hemorragias de gestantes; ➤ Isoimunização; ➤ Óbito fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cardiopatias; ➤ Pneumopatias; ➤ Nefropatias; ➤ Endocrinopatias; ➤ Hemopatias; ➤ Hipertensão arterial; ➤ Epilepsia; ➤ Doenças infecciosas; ➤ Doenças auto-imunes; ➤ Ginecopatias.

ANEXO E -**Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**

Iniciais do Nome: _____ Data: ____/____/____.

Assinale abaixo a quantidade de itens que você e sua família possuem em sua casa.

Posse de itens	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou mais
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada Mensalista					
Máquina de lavar					
Videocassete ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

No caso dos bens, não considerar na contagem os seguintes casos: bem emprestado ou quebrado há mais de 6 meses, bem de propriedade de empregados.

* Não considerar banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação). Contar apenas banheiros que possuam vaso sanitário.

** Veículos utilizados para atividades profissionais não devem ser contados.

*** Considerar apenas máquinas de lavar automáticas e semi-automáticas. O tanquinho não deve ser considerado.

Assinale abaixo qual o grau de instrução do chefe da família.

Nomenclatura antiga	Nomenclatura atual	
Analfabeto/Primário incompleto	Analfabeto/Fundamental 1 incompleto	
Primário completo/Ginásial incompleto	Fundamental 1 completo/Fundamental 2 incompleto	
Ginásial completo/Colegial incompleto	Fundamental 2 completo/Médio Incompleto	
Colegial Completo/Superior incompleto	Médio completo/Superior incompleto	
Superior completo	Superior completo	

ANEXO F -

Tabela F.41. *Descrição dos fatores, funções correspondente a cada item da Escala CRE (Panzini, 2004)*

FATOR P1 – Transformação de si e/ou de sua Vida		
Itens	Funções	Descrição
79. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo-o caminho de Deus	Pratica de preceitos religiosos/espirituais	Ações buscando praticar os preceitos religiosos/espirituais; procura de conforto através de participação nas práticas religiosas do grupo espiritual.
17. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida	Questionamento do poder de Deus	Reavaliação quanto ao poder que Deus para influenciar a situação estressante, com expressões de insatisfação e questionamento
43. Procurei por um total re-despertar espiritual	Pratica de preceitos religiosos/espirituais	Ações buscando praticar os preceitos religiosos/espirituais; procura de conforto através de participação nas práticas religiosas do grupo espiritual.
38. Orei para descobrir o objetivo de minha vida	<i>REAVALIAÇÃO POSITIVA/BENEVOLENTE</i>	<i>RELIGIOSA</i> Redefinição do estressor através da religião como benevolente ou potencialmente benéfico, ou seja, ver o lado positivo através do Bem.
30. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida	<i>ESTILO DE COPING SUPLICA POR INTERCESSÃO DIRETA</i>	Procura de controle indireto através de súplica a Deus por um milagre ou intercessão divina
86. Refleti se não estava indo contra leis de Deus e tentei modificar minha atitude	<i>PROCURA POR CONEXÃO ESPIRITUAL</i>	Busca de experenciar um senso de conexão com forças que transcendem o individual
33. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos	<i>PROCURA DE ORIENTAÇÃO ATRAVÉS DE ENTIDADES ESPIRITUAIS</i>	Procura de apoio filosófico, moral, religioso e espiritual através de entidades espirituais que possam servir de guia para reflexão, oferecer conselhos, proteção, etc.
34. Pensei que o acontecido poderia	<i>TRANSFORMAÇÃO DA DIREÇÃO NA VIDA</i>	uscar na religião/espiritualidade por uma nova direção de vida, quando a antiga não mais se mostrou viável.
56. Pedi perdão pelos meus erros	<i>BUSCA DA MÍDIA RELIGIOSA/ESPIRITUAL</i>	Acesso à religião e à espiritualidade através de mídia específica, em busca de conhecimento e/ou de satisfação

28. Através da religião entendi porque sofria e procurei modificar meus atos para melhorar a situação	Acesso à religião e à espiritualidade através de mídia específica, em busca de conhecimento e/ou de satisfação espiritual.	espiritual. Esforço em atuar socialmente pelo bem de outras pessoas.
82. Busquei ajuda de Deus para livrar-me de meus sentimentos ruins/negativos	<i>BUSCA DE CONHECIMENTO ATRAVÉS DA LITERATURA</i>	Buscar na literatura subsídios religiosos/espirituais que possam instrumentar o manejo da situação.
48. Busquei ajuda espiritual para superar meus ressentimentos e mágoas	<i>BUSCA DE APOIO ESPIRITUAL INTERPESSOAL E/OU INSTITUCIONAL</i>	Procura por conforto e renovação de confiança através do amor e cuidado dos membros freqüentadores e trabalhadores da instituição religiosa freqüentada.
49. Procurei a misericórdia de Deus	<i>ESTILO DE COPING SUPLICA POR INTERCESSÃO DIRETA</i>	– Procura de controle indireto através de súplica a Deus por um milagre ou intercessão divina
65. Avaliei meus atos, pensamentos e sentimentos tentando melhorá-los segundo os ensinamentos religiosos	<i>ESTILO DE COPING RENÚNCIA RELIGIOSA ATIVA</i>	Estratégias de posicionamento de desistência ativa do controle no enfrentamento da situação, posicionando-se “nas mãos de Deus”, quando julga que a mesma ultrapassa suas possibilidades de atuação. Isto é, uma renúncia do controle pessoal em favor de Deus.

FATOR P2 – Ações em busca de Ajuda Espiritual Transformação de si e/ou de sua Vida		
Itens	Funções	Descrição

Itens	Funções	Descrição
68. Procurei ou realizei tratamentos Espirituais	<i>ESTILO DE COPING DELEGAÇÃO RELIGIOSA PASSIVA</i>	Estratégias de posicionamento de espera passiva por Deus para Ele controlar a situação.I.
57. Participei de sessões de cura espiritual	<i>REAVALIAÇÃO MALÉVOLA</i>	Redefinição do estressor como um ato do Mal (diabo, demônio, espíritos malignos, lado negro, escuridão, trevas, pensamentos negativos, etc.).
66. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos,	<i>DOAÇÃO PESSOAL AO PRÓXIMO</i>	Esforço em atuar socialmente pelo bem de outras pessoas.

magnetismo, reiki, etc.)

12. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)

PROCURA DE ORIENTAÇÃO ATRAVÉS DE ENTIDADES ESPIRITUAIS

Procura de apoio filosófico, moral, religioso e espiritual através de entidades espirituais que possam servir de guia para reflexão, oferecer

29. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc)

ESTILO DE COPING COLABORAÇÃO RELIGIOSO

conselhos, proteção, etc. Estratégias de posicionamento em parceira com Deus para

60. Assisti cultos ou sessões religiosas/espirituais

BUSCA DE PERDÃO/ABSOLVIÇÃO RELIGIOSA

Procura por absolvição espiritual através de ações religiosas ou de Deus.

46. Segui conselhos espirituais com vistas a melhorar física ou psicologicamente

PROCURA DE APOIO ATRAVÉS DE FOCO RELIGIOSO

Engajamento em atividades religiosas para mudar o foco do estressor

81. Voltei-me para a espiritualidade

ESTILO DE COPING RELIGIOSO AUTODIREÇÃO

Estratégia de procura direta de controle por iniciativa individual, mais do que por ajuda de Deus.

FATOR P3 – Oferta de Ajuda ao outro

Itens	Funções	Descrição
10. Procurei trabalhar pelo bem-estar social	<i>DOAÇÃO PESSOAL AO PRÓXIMO</i>	Esforço em atuar socialmente pelo bem de outras pessoas.
24. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material	<i>ESTILO DE COPING RENÚNCIA RELIGIOSA ATIVA</i>	Estratégias de posicionamento de desistência ativa do controle no enfrentamento da situação, posicionando-se “nas mãos de Deus”, quando julga que a mesma ultrapassa suas possibilidades de atuação. Isto é, uma renúncia do controle pessoal em favor de Deus.
62. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo	<i>ESTILO DE COPING RELIGIOSO COLABORAÇÃO</i>	Estratégias de posicionamento em parceira com Deus para
31. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas	<i>PROCURA DE APOIO ATRAVÉS DE FOCO RELIGIOSO</i>	Engajamento em atividades religiosas para mudar o foco do estressor

1. Orei pelo bem-estar de outros	<i>PROVENDO AJUDA RELIGIOSA</i>	Esforço por prover apoio e conforto espiritual a outros, ajudando-os.
55. Ofereci apoio espiritual a minha família, amigos...	<i>QUESTIONAMENTO DO PODER DE DEUS</i>	Reavaliação quanto ao poder que Deus para influenciar a situação estressante, com expressões de insatisfação e questionamento.
3. Pedi a ajuda de Deus para perdoar outras pessoas	<i>REAVALIAÇÃO POSITIVA/BENEVOLENTE</i>	<i>RELIGIOSA</i> Redefinição do estressor através da religião como benevolente ou potencialmente benéfico, ou seja, ver o lado positivo através do Bem.

FATOR P4 – Posicionamento Positivo Frente à Deus

Itens	Funções	Descrição
69. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus	<i>REFORMA ÍNTIMA ESPIRITUAL</i>	Busca por modificação de si mesmo (pensamentos, sentimentos e ações) através dos conhecimentos religiosos.
76. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus	<i>PROCURA POR CONEXÃO ESPIRITUAL</i>	Busca de experienciar um senso de conexão com forças que transcendem o individual
2. Procurei o amor e a proteção de Deus	<i>PROCURA DE APOIO ESPIRITUAL EM DEUS</i>	Procura por conforto, apoio e reanimação através do amor e da proteção divinos.
47. Confiei que Deus estava comigo	<i>TRANSFORMAÇÃO DO OBJETIVO DE VIDA</i>	Busca de apoio na religião/espiritualidade para a descoberta de um novo objetivo de vida, capacitando uma mudança radical.
13. Procurei em Deus força, apoio e Orientação	<i>PROCURA DE APOIO ESPIRITUAL EM DEUS</i>	Procura por conforto, apoio e reanimação através do amor e da proteção divinos.
26. Roguei a Deus para que as coisas ficassem bem	<i>REAVALIAÇÃO PUNITIVA DE DEUS</i>	Redefinição do estressor como uma punição de Deus pelos erros (pecados) individuais.
25. Senti que Deus estava atuando junto comigo/outras pessoas	<i>CONSTRUÇÃO DE LIMITES RELIGIOSOS</i>	demarcando claramente comportamentos religiosos aceitáveis e não aceitáveis e permanecendo dentro de certos limites religiosos.
5. Procurei uma ligação maior com	<i>PROCURA POR CONEXÃO ESPIRITUAL</i>	Busca de experienciar um senso de conexão com

Deus		forças que transcendem o individual
40. Agi em colaboração com Deus para resolver meus problemas	<i>REAVALIAÇÃO MALÉVOLA</i>	Redefinição do estressor como um ato do Mal (diabo, demônio, espíritos malignos, lado negro, escuridão, trevas, pensamentos negativos, etc.).
58. Agi em parceria com Deus, colaborando com Ele	<i>BUSCA DE CONHECIMENTO ATRAVÉS DA LITERATURA</i>	Buscar na literatura subsídios religiosos/espirituais que possam instrumentar o manejo da situação.
11. Supliquei a Deus para fazer tudo dar certo	<i>ESTILO DE COPING SUPLICA POR INTERCESSÃO DIRETA</i>	Procura de controle indireto através de súplica a Deus por um milagre ou intercessão divina

FATOR P5 – Busca Pessoal de Crescimento Espiritual

Itens	Funções	Descrição
85. Orei individualmente e fiz aquilo com que mais me identificava espiritualmente	<i>PROCURA DE ORIENTAÇÃO ATRAVÉS DE ENTIDADES ESPIRITUAIS</i>	Procura de apoio filosófico, moral, religioso e espiritual através de entidades espirituais que possam servir de guia para reflexão, oferecer conselhos, proteção, etc.
80. Procurei conversar com meu eu Superior	<i>PRÁTICAS RELIGIOSAS/ESPIRITUAIS NÃO-ORGANIZADAS INSTITUCIONALMENTE</i>	Realização de ações e/ou idéias organizadas em caráter não-institucional, que promovem ganho espiritual pessoal.
71. Tentei construir uma forte relação com um poder superior	<i>ESTILO DE COPING NEGAÇÃO RELIGIOSA</i>	Estratégia de procura do controle pela negação do problema ou do lado negativo da situação através da religião/espiritualidade.
67. Procurei auxílio através da Meditação	<i>BUSCA DA MÍDIA RELIGIOSA/ESPIRITUAL</i>	Acesso à religião e à espiritualidade através de mídia específica, em busca de conhecimento e/ou de satisfação espiritual.
70. Tentei encontrar um ensinamento de Deus no que aconteceu	<i>PASSE ENERGÉTICO ATRAVÉS DAS MÃOS</i>	Procura de conforto através de reposição de energias, pela passagem de energia pessoal de outra pessoa para si.

FATOR P6 – Ações em Busca do Outro Institucional

Itens	Funções	Descrição
-------	---------	-----------

63. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas	<i>BUSCA DA MÍDIA RELIGIOSA/ESPIRITUAL</i>	Acesso à religião e à espiritualidade através de mídia específica, em busca de conhecimento e/ou de satisfação espiritual.
39. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)	<i>ESTILO DE COPING DELEGAÇÃO RELIGIOSA PASSIVA</i>	Estratégias de posicionamento de espera passiva por Deus para Ele controlar a situação.
74. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais	<i>PROCURA DE APOIO ESPIRITUAL EM DEUS</i>	Procura por conforto, apoio e reanimação através do amor e da proteção divinos.
21. Fui a um templo religioso	<i>BUSCA DE APOIO ESPIRITUAL INTERPESSOAL E/OU INSTITUCIONAL</i>	Procura por conforto e renovação de confiança através do amor e cuidado dos membros freqüentadores e trabalhadores da instituição religiosa freqüentada.
75. Montei um local de oração em minha casa	<i>REAVALIAÇÃO POSITIVA/BENEVOLENTE</i>	<i>RELIGIOSA</i> Redefinição do estressor através da religião como benevolente ou potencialmente benéfico, ou seja, ver o lado positivo através do Bem.
44. Procurei apoio espiritual com os dirigentes de minha comunidade religiosa	<i>ESTILO DE COPING COLABORAÇÃO</i>	<i>RELIGIOSO</i> Estratégias de posicionamento em parceira com Deus para a solução e controle do problema: a pessoa atua e conta com a atuação de Deus.
87. Busquei uma casa de Deus	<i>EXERCENDO O PERDÃO ATRAVÉS DA RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE</i>	Buscar ajuda na religião para mudar os sentimentos associados a uma ofensa, da raiva, mágoa e medo para a paz.
8. Procurei uma casa religiosa ou de Oração	<i>PROCURA DE LOCAL RELIGIOSO</i>	Procura de apoio espiritual através de um espaço/local religioso
14. Tentei me juntar com outros que tivessem a mesma fé que eu	<i>CONSTRUÇÃO DE LIMITES RELIGIOSOS</i>	demarcando claramente comportamentos religiosos aceitáveis e não aceitáveis e permanecendo dentro de certos limites religiosos.
19. Procurei por amor e cuidado com	<i>MÁGOA INTERPESSOAL E/OU</i>	Expressão de mágoa, confusão e insatisfação

os membros de minha instituição religiosa

INSTITUCIONAL

com os líderes, trabalhadores e freqüentadores da instituição religiosa quanto à situação estressante.

FATOR P7 –Busca Pessoal de Conhecimento Espiritual

Itens	Funções	Descrição
72. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais	<i>PRÁTICAS RELIGIOSAS/ESPIRITUAIS NÃO-ORGANIZADAS INSTITUCIONALMENTE</i>	Realização de ações e/ou idéias organizadas em caráter não-institucional, que promovem ganho espiritual pessoal.
77. Procurei auxílio nos livros Sagrados	<i>BUSCA DA MÍDIA RELIGIOSA/ESPIRITUAL</i>	Acesso à religião e à espiritualidade através de mídia específica, em busca de conhecimento e/ou de satisfação espiritual.
54. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa	<i>REVOLTA ESPIRITUAL COM DEUS</i>	redefinir o estressor através de revolta e questionamento quanto aos atos/desígnios divinos em relação à situação estressante
52. Assisti a programas ou filmes religiosos ou dedicados à espiritualidade	<i>EXERCENDO O PERDÃO ATRAVÉS DA RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE</i>	Buscar ajuda na religião para mudar os sentimentos associados a uma ofensa, da raiva, mágoa e medo para a paz.
16. Li livros de ensinamentos espirituais/religiosos para entender e lidar com a situação	<i>BUSCA DE CONHECIMENTO ATRAVÉS DA LITERATURA</i>	Buscar na literatura subsídios religiosos/espirituais que possam instrumentar o manejo da situação.

FATOR P8 –Afastamento Através de Deus, Da Religião e/ou Espiritualidade

Itens	Funções	Descrição
37. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia	<i>BUSCA DE PERDÃO/ABSOLVIÇÃO RELIGIOSA</i>	Procura por absolvição espiritual através de ações religiosas ou de Deus.
61. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto	<i>PROCURA DE TRATAMENTOS ESPIRITUAIS</i>	Procura de cura espiritual.
22. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus	<i>PROCURA DE APOIO ATRAVÉS DE FOCO RELIGIOSO</i>	Engajamento em atividades religiosas para mudar o foco do estressor
27. Pensei em questões espirituais para desviar minha atenção dos meus	<i>REAVALIAÇÃO POSITIVA/BENEVOLENTE</i>	<i>RELIGIOSA</i> Redefinição do estressor através da religião como benevolente ou potencialmente benéfico, ou seja,

problemas		
42. Focalizei meu pensamento na religião para parar de me preocupar com meus problemas	<i>TRANSFORMAÇÃO DO OBJETIVO DE VIDA</i>	ver o lado positivo através do Bem. Busca de apoio na religião/espiritualidade para a descoberta de um novo objetivo de vida, capacitando uma mudança radical.
20. Tentei parar de pensar em meus problemas, pensando em Deus	<i>TRANSFORMAÇÃO DA DIREÇÃO NA VIDA</i>	uscar na religião/espiritualidade por uma nova direção de vida, quando a antiga não mais se mostrou viável.

FATOR N1 –Reavaliação Negativa de Deus

Itens	Funções	Descrição
84. Questionei se Deus realmente se importava	<i>BUSCA DE PERDÃO/ABSOLVIÇÃO RELIGIOSA</i>	Procura por absolvição espiritual através de ações religiosas ou de Deus.
50. Pensei que Deus não existia	<i>PROCURA DE TRATAMENTOS ESPIRITUAIS</i>	Procura de cura espiritual.
51. Questionei se até Deus tem limites	<i>PROCURA DE APOIO ATRAVÉS DE FOCO RELIGIOSO</i>	Engajamento em atividades religiosas para mudar o foco do estressor
83. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer	<i>REAVALIAÇÃO RELIGIOSA POSITIVA/BENEVOLENTE</i>	Redefinição do estressor através da religião como benevolente ou potencialmente benéfico, ou seja, ver o lado positivo através do Bem.
32. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado	<i>TRANSFORMAÇÃO DO OBJETIVO DE VIDA</i>	Busca de apoio na religião/espiritualidade para a descoberta de um novo objetivo de vida, capacitando uma mudança radical.
6. Questionei o amor de Deus por mim	<i>TRANSFORMAÇÃO DA DIREÇÃO NA VIDA</i>	Buscar na religião/espiritualidade por uma nova direção de vida, quando a antiga não mais se mostrou viável.
4. Revoltei-me contra Deus e seus desígnios	<i>REVOLTA ESPIRITUAL COM DEUS</i>	redefinir o estressor através de revolta e questionamento quanto aos atos/desígnios divinos em relação à situação estressante
23. Fiquei imaginando se Deus estava me castigando pela minha falta de fé	<i>PROCURA DE LOCAL RELIGIOSO</i>	Procura de apoio espiritual através de um espaço/local religioso

FATOR N2 POSICIONAMENTO NEGATIVO FRENTE A DEUS

Itens	Funções	Descrição
35. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora	<i>BUSCA DE APOIO ESPIRITUAL INTERPESSOAL E/OU INSTITUCIONAL</i>	Procura por conforto e renovação de confiança através do amor e cuidado dos membros freqüentadores e trabalhadores da instituição religiosa freqüentada.
7. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim	<i>ESTILO DE COPING DELEGAÇÃO RELIGIOSA PASSIVA</i>	Estratégias de posicionamento de espera passiva por Deus para Ele controlar a situação.
64. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle	<i>PRÁTICA DE PRECEITOS RELIGIOSOS/ESPIRITUAIS</i>	Ações buscando praticar os preceitos religiosos/espirituais; procura de conforto através de participação nas práticas religiosas do grupo espiritual.
45. Rezei por um milagre	<i>MÁGOA INTERPESSOAL E/OU INSTITUCIONAL</i>	Expressão de mágoa, confusão e insatisfação com os líderes, trabalhadores e freqüentadores da instituição religiosa quanto à situação estressante.

FATOR N3 – REAVALIAÇÃO NEGATIVA DO SIGNIFICADO

Itens	Funções	Descrição
53. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer	<i>BUSCA DE PERDÃO/ABSOLVIÇÃO RELIGIOSA</i>	Procura por absolvição espiritual através de ações religiosas ou de Deus.
59. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros	<i>PROVENDO AJUDA RELIGIOSA</i>	Esforço por prover apoio e conforto espiritual a outros, ajudando-os.
36. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus	<i>MÁGOA ESPIRITUAL COM DEUS</i>	Expressando confusão e insatisfação com o amor e o apoio de Deus para consigo.
9. Imaginei se o mal tinha algo a ver com essa situação	<i>REAVALIAÇÃO MALÉVOLA</i>	Redefinição do estressor como um ato do Mal (diabo, demônio, espíritos malignos, lado negro, escuridão, trevas, pensamentos negativos, etc.)
78. Imaginei o que teria feito para Deus me punir	<i>MÁGOA INTERPESSOAL E/OU INSTITUCIONAL</i>	Expressão de mágoa, confusão e insatisfação com os

líderes, trabalhadores e freqüentadores da instituição religiosa quanto à situação estressante.

FATOR N4 – INSATISFAÇÃO COM O OUTRO INSTITUCIONAL

Itens	Funções			Descrição
15. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição	<i>MÁGOA INSTITUCIONAL</i>	<i>INTERPESSOAL</i>	<i>E/OU</i>	Expressão de mágoa, confusão e insatisfação com os líderes, trabalhadores e freqüentadores da instituição religiosa quanto à situação estressante.
73. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando	<i>PROCURA DE TRATAMENTOS ESPIRITUAIS</i>			Procura de cura espiritual
18. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas	<i>TRANSFORMAÇÃO DO OBJETIVO DE VIDA</i>			Busca de apoio na religião/espiritualidade para a descoberta de um novo objetivo de vida, capacitando uma mudança radical.
44. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado	<i>ESTILO DE COLABORAÇÃO</i>	<i>COPING</i>	<i>RELIGIOSO</i>	Estratégias de posicionamento em parceria com Deus para a solução e controle do problema: a pessoa atua e conta com a atuação de Deus.