



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

MARCELLY MEDEIROS PINTO

***COPING* NA GESTAÇÃO: ESTRESSORES PSICOSSOCIAIS E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO**

**CAMPINA GRANDE
2024**

MARCELLY MEDEIROS PINTO

COPING NA GESTAÇÃO: ESTRESSORES PSICOSSOCIAIS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de graduada em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia da Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sibelle Maria Martins de Barros

**CAMPINA GRANDE
2024**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em versão impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que, na reprodução, figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

P659c Pinto, Marcelly Medeiros.

Coping na gestação [manuscrito] : estressores psicossociais e estratégias de enfrentamento / Marcelly Medeiros Pinto. - 2024.

32 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2024.

"Orientação : Prof. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros, Departamento de Psicologia - CCBS".

1. Gestação. 2. Coping. 3. Psicossocial. 4. Estressores psicossociais. I. Título

21. ed. CDD 152.46

MARCELLY MEDEIROS PINTO

COPING NA GESTAÇÃO: ESTRESSORES PSICOSSOCIAIS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de graduada em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia da Saúde

Aprovada em: 13 / 11 / 2024

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Sibelle Maria Martins de Barros (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Esp. Thiago Fernandes Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Kathleen Elane Leal Vasconcelos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Josineide Medeiros, minha mãe, a Maria do Carmo Medeiros e Maria José Romão Pinto, minhas avós, por enfrentarem todas as adversidades para minha criação, DEDICO.

“Eu já entendi que não tem como você ser perfeita, uma ótima mãe, porque tem hora que a gente cansa, tem hora que se estressa, mas o meu pensamento é tentar dar o meu máximo” (Gestante participante da pesquisa).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PIBIC Programa de Iniciação Científica

SUS Sistema Único de Saúde

TMC Teoria Motivacional do *Coping*

UBS Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 A gestação a partir de uma perspectiva psicossocial.....	9
1.2 Estratégias de enfrentamento a partir da Teoria Motivacional do Coping.....	10
2 METODOLOGIA.....	13
2.1 Tipo de estudo.....	13
2.2 Contexto e participantes.....	13
2.3 Procedimento e instrumentos para coleta de dados.....	13
2.4 Análise dos dados.....	14
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	14
3.1 Trabalho.....	17
3.2 Gestação.....	19
3.3 Dificuldades financeiras.....	19
3.4 Relacionamento conjugal.....	21
3.5 Relacionamento familiar.....	22
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
APÊNDICE A - FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO.....	28
CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE.....	28
APÊNDICE B- ENTREVISTA DE COPING.....	28
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	30

COPING NA GESTAÇÃO: ESTRESSORES PSICOSSOCIAIS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

COPING IN PREGNANCY: PSYCHOSOCIAL STRESSORS AND COPING STRATEGIES

Marcelly Medeiros Pinto¹
Sibelle Maria Martins de Barros²

RESUMO: A literatura sobre o ciclo gravídico-puerperal tem enfatizado os aspectos psicológicos da gravidez, negligenciando aspectos sociais que se relacionam a maiores níveis de estresse durante a gestação. Objetivou-se, portanto, investigar o *coping* de gestantes usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) frente a estressores cotidianos. Trata-se de uma pesquisa empírica, descritiva e exploratória, de cunho qualitativo, em que participaram doze gestantes cisgênero, a partir de 18 anos, usuárias do Sistema Único de Saúde. Como instrumentos de pesquisa foram utilizados uma ficha sociodemográfica e clínica, e uma entrevista com roteiro semiestruturado abrangendo os estressores e as respectivas estratégias de enfrentamento. Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo temática, com categorias definidas *a priori* pela Teoria Motivacional do *Coping* (TMC). Foram identificados os seguintes estressores: trabalho, gestação, dificuldades financeiras, relação conjugal e relação familiar. A análise do *coping* evidenciou que a família de *coping* acomodação foi a mais utilizada frente a maioria dos estressores, por meio de estratégias como minimização, redirecionar o foco e aceitação. Apenas o estressor financeiro obteve em maioria estratégias de enfrentamento associadas a famílias de *coping* que alertam para prováveis *desfechos* desadaptativos, como Desamparo e Submissão. Constatou-se que o estresse gestacional envolve aspectos psicossociais que estão sendo enfrentados por meio de diferentes estratégias, que nem sempre protegem a saúde da gestante. Assim, alerta-se para a necessidade de demais estudos psicossociais sobre a gestação na psicologia e o aprofundamento do estudo sobre *coping* no tema.

PALAVRAS-CHAVE: gestação; *coping*; psicossocial.

ABSTRACT: The literature on the pregnancy-puerperal cycle has emphasized the psychological aspects of pregnancy, neglecting social aspects that are related to higher levels of stress during pregnancy. Therefore, the objective of this study was to investigate coping in pregnant women when faced with daily stressors. This is an empirical, descriptive and exploratory study, of a qualitative nature, in which twelve cisgender pregnant women, aged 18 or older, users of the Unified Health System participated. A sociodemographic and clinical form and a semi-structured interview covering stressors and respective coping strategies were used as research instruments. The data were analyzed based on thematic content analysis, with categories defined *a priori* by the Motivational *Coping* Theory (TMC). The following stressors were identified: work, pregnancy, financial difficulties, marital relationship and family relationship. The *coping* analysis showed that the accommodation *coping* family was the most used when faced with most stressors, through strategies such as minimization, redirecting focus and acceptance. Only the financial stressor had a majority of coping strategies associated with coping families that warn of probable maladaptive outcomes, such as Helplessness and Submission. It was found that gestational stress involves psychosocial aspects that are being faced through different strategies, which do not always protect the health of the pregnant woman. Thus, we warn of the need for further psychosocial studies on pregnancy.

¹ Graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba.
Marcelly.pinto@aluno.uepb.edu.br

²Professora Associada do Departamento de Psicologia/UEPB

KEYWORDS: pregnancy; *coping*; psychosocial.

1 INTRODUÇÃO

Em estudos realizados sobre a gestação há o consenso de que se trata de um período de transformações não apenas biológicas, mas também psicológicas e sociais, uma vez que altera os papéis sociais e relacionais da gestante, do genitor e da família (Soncini *et al*, 2019). No campo simbólico, inicia-se um processo psicossocial relacionado à estruturação ou à reestruturação da identidade materna, fomentado por pensamentos, crenças, valores e práticas de uma determinada cultura e sociedade.

Como discorre Badinter (1980), referência clássica nos estudos sobre maternidade, no final do século XVIII, tendo em vista a mortalidade infantil e seus desdobramentos socioeconômicos para a França, surge o mito do instinto materno ou amor espontâneo, engendrando, posteriormente, o conceito/valor denominado “amor materno”. Constrói-se uma narrativa de felicidade, respeito e igualdade perante os homens, ancorada na biologia, que vai seduzindo as mulheres e reconfigurando seu papel na sociedade. Embora séculos tenham se passado, a maternidade ainda é valorizada e considerada, desde a infância, como um dos fatores fundamentais para a construção da identidade da mulher, contribuindo para o aumento das expectativas e exigências sobre o papel materno na sociedade (Zanello, 2018; Iaconelli, 2023) e em consequência, para o sofrimento psíquico de muitas mulheres.

Além das construções sociais a respeito da maternidade, a literatura nacional e internacional sobre gestação aponta que perspectivas individualizantes sobre o ciclo gravídico-puerperal tendem a desconsiderar que aspectos sociais como o desemprego, pouco lazer, relacionamento conjugal insatisfatório, distanciamento do sistema de saúde, conflitos familiares, também podem ocasionar em situações estressoras durante a gestação (Muñoz *et al*, 2013; Santos *et al*, 2020; Carvalho *et al*, 2021; Lopes *et al*, 2022; Ribeiro *et al*, 2023). Nesse sentido, negligenciar aspectos sociais por meio de um olhar reducionista, pode ocasionar em ações ineficazes em uma atuação junto às gestantes, gerando altos níveis de estresse e ansiedade na gravidez, sendo responsáveis por complicações no ciclo gravídico puerperal para mãe e bebê (Mahrer *et al*, 2020; Harmed; Hofelmann, 2022; Azambuja *et al*, 2023).

Tem-se notado um crescimento expoente dos debates acerca da Psicologia Perinatal (PP) ou Psicologia da gravidez no Brasil. A PP estuda os fenômenos psíquicos que atravessam o ciclo gravídico-puerperal, tais como estresse, ansiedade e depressão (Santos; Schiavo, 2023). Os estudos introdutórios dessa área datam da década de 70, em que psicanalistas discutiam sobre o estresse na gestação como um fator que advém de características intrapsíquicas da gestante (Tedesco, 2000; Bortoletti *et al.*, 2007; Maldonado, 2017; Schiavo, 2020).

Os avanços dos estudos sobre o estresse, interpela a Psicologia a abandonar a causalidade linear do processo automático de estímulo-resposta, no intuito de considerar o conjunto de fatores internos e/ou externos envolvidos no fenômeno do estresse. Folkman e Lazarus (1984), a partir de uma perspectiva que considera as transações entre o ambiente e o sujeito, caracterizam o estresse não como um processo automático de estímulo-resposta, mas influenciado por fatores mediadores, que podem ser internos e externos e que mediante a percepção individual do sujeito sobre a situação, pode vir a sobrecarregar ou exceder os recursos pessoais e sociais do mesmo.

A abordagem contextual e cognitiva sobre o estresse e o *coping*, assim como as demais abordagens sobre o enfrentamento que surgem posteriormente, ancoradas nessa perspectiva, passa a permitir a discussão sobre estresse, no período da gestação, considerando os diferentes contextos e os seus estressores. Nesse sentido, a presente pesquisa teve como objetivo investigar o *coping* de gestantes usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) frente a estressores cotidianos. Trata-se de um recorte de um estudo maior intitulado “Gravidez, parto e puerpério: um estudo psicossocial e sistêmico”, coordenado pela professora Sibelle Maria Martins de Barros.

A palavra *Coping* vem a ser traduzida como “estratégias de enfrentamento”, “lidar com”, ou mesmo enfrentamento. Assim, escolhe-se como aporte teórico a Teoria Motivacional do *Coping* (TMC) que, embasada na perspectiva transacional, considera as estratégias de *Coping* como ações autorregulatórias, em resposta a diferentes situações estressoras (Ramos; Enumo; Paula, 2015). Além disso, a TMC propõe a análise do *coping* considerando as fases do desenvolvimento de uma pessoa, bem como a compreensão de que aspectos emocionais, comportamentais, cognitivos e sociais também atuam na regulação do estresse (Skinner; Zimmer-Gembeck, 2007).

1.1 A gestação a partir de uma perspectiva psicossocial

A literatura clássica sobre gestação desenvolve estudos a respeito das dinâmicas inconscientes da mente explorando conflitos internos, desejos e fantasias que refletem as relações emocionais entre mãe e bebê. Soifer (1992) sugere que o ambiente social pode reforçar ou dificultar a decisão da mulher pela maternidade, indicando que a aceitação ou negação da gravidez está ligada à elaboração do conflito edipiano. Por sua vez, Maldonado (2017) enfatiza que a ambivalência afetiva em relação à aceitação da gestação se manifesta ao longo dos três trimestres da gestação, oscilando entre desejar ou não de forma inconsciente aquele filho. Em que pese a importância de estudos que ressaltem os aspectos psicológicos da gravidez, poucos estudos abordam a influência dos determinantes sociais de saúde na gestação, como aspectos da vida econômica, social, ambiental, política, cultural e subjetiva da pessoa (Buss; Filho, 2017).

Diante disso, dificuldades financeiras, baixa escolaridade, desemprego, presença de comorbidades, ausência de suporte social, aspectos sobre raça e gênero, dentre outros, podem se apresentar como estressores durante a gestação afetando negativamente a saúde da gestante (Lopes *et al*, 2023). Dessa forma, a abordagem psicossocial permite ampliar a discussão para além de aspectos psicológicos e individualizantes ao considerar que fatores sociais também atravessam a experiência da gestação e da maternidade.

A baixa condição socioeconômica associada a pouca escolaridade pode restringir o acesso das gestantes a cuidados pré-natais qualificados, resultando em um acompanhamento insuficiente da saúde materno-fetal (Alves, 2022). Isso se intensifica caso a gestante seja uma mulher negra ou parda, pois enfrentam disparidades significativas em relação aos cuidados pré-natais, à qualidade do atendimento e aos desfechos de saúde (Lessa *et al*, 2022; Barbosa; Avelar; Barros, 2024). Assim, ao ocupar lugares sociais desfavoráveis, a mulher negra vivencia experiências discriminatórias que podem ocasionar em altas taxas de violência obstétrica e mortalidade materna (Lima; Pimentel; Lira, 2021).

Além disso, a falta de apoio social, incluindo suporte emocional e prático de familiares e amigos, pode desencadear o sentimento de solidão e a ansiedade na mulher, corroborando para o aumento do estresse e a diminuição do bem-estar materno e neonatal nesse período (Oliveira; Dessen, 2012). Portanto, é fundamental que a realização do pré-natal no SUS aborde de forma integrada aspectos psicológicos, fisiológicos e sociais da gestante, com o intuito de promover uma melhor qualidade de vida para a mulher e o bebê (Vivian; Silva; Marrone, 2020).

A atenção primária, *locus* desta pesquisa, é composta por UBS e postos de saúde que necessitam de um menor aparato e buscam a resolatividade dos problemas trazidos pela população (Brasil, 2017). Assim, no cenário da Atenção Básica de Saúde, a assistência ao pré-natal é oferecida pelo SUS, buscando oferecer atenção humanizada e integral durante a gestação, parto e puerpério (Brasil, 2004), como preconiza o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (Brasil, 2000) e Rede Alyne, antiga Rede Cegonha (2011). Dessa forma, as UBS tornam-se porta de entrada para o atendimento às gestantes, possuindo responsabilidade no cuidado, atenção e promoção à saúde mental e física das mesmas ao utilizarem o serviço.

A caracterização sociodemográfica de gestantes atendidas em UBS descrevem, em sua maioria, mulheres autodeclaradas negras ou pardas, sem trabalho, com renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos e estão em união estável (Gomes; Cesar, 2013; Felchilcher;

Araújo; Transverso, 2015; Dias et al, 2018; Vivian; Silva; Marrone, 2020; Santos *et al*, 2022). As características descritas revelam um perfil de vulnerabilidade social, que pode impactar diretamente o acesso a cuidados pré-natais e a qualidade da assistência recebida nesse período (Alves, 2022). Alertando que aspectos sociais como baixa renda, não ter ocupação, e estar inserida em grupos sociais minoritários afeta diretamente a saúde mental da gestante, podendo ocasionar o aumento do estresse e da ansiedade durante a gestação.

O pré-natal é um serviço que busca acolher a gestante desde o início da gravidez, tendo como objetivo assegurar o nascimento saudável da criança e o bem-estar materno (Viellas *et al*, 2014). Todavia, devido a falta de investimentos e qualificação dos profissionais de saúde, a realização do pré-natal preconizado atualmente ainda mantém o modelo biomédico de cuidado, no qual enfatiza aspectos fisiológicos do ciclo gravídico puerperal em detrimento de aspectos psicológicos, sociais e culturais da gestação (Arrais; Araujo, 2016; Passos; Arrais e Firmino, 2020)

O modelo de Pré-Natal Psicológico (PNP) surge como uma prática complementar a esse modelo tradicional de atenção, proporcionando suporte informacional, sócio emocional e psicológico às gestantes nesse período (Arrais; Cabral; Martins, 2012). Esse serviço busca estimular a participação dos familiares ao longo do ciclo gravídico-puerperal e investigar aspectos psicológicos que possam interferir na prevenção ou agravamento do sofrimento psicológico das gestantes (Arrais; Araújo, 2016). Contudo, percebe-se que esse modelo possui lacunas ao não abranger as várias demandas e os aspectos sociais envolvidos no processo gestacional, contribuindo para a falta de integralidade no atendimento às mesmas (Cavalcanti; Arruda; Paulino, 2020). Posto isso, torna-se relevante investigar os estressores psicossociais que incidem no cotidiano de mulheres grávidas, assim como as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com essas dificuldades.

1.2 Estratégias de enfrentamento a partir da Teoria Motivacional do Coping

Diante dos questionamentos acerca de como as pessoas lidam com momentos adversos na vida, os fatores psicológicos do estresse passaram a ser estudados por meio da formulação do *coping*, sendo compreendido como “o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes” (Antoniazzi; Dell’Aglío; Bandeira, 1998, p.273). Nesse sentido, os estudos sobre *coping* se articulam a diferentes conceitos e áreas da psicologia, com pesquisadores de diferentes abordagens teóricas e metodológicas, como, a Psicologia do Ego; A perspectiva cognitiva do *coping* e a perspectiva desenvolvimentista do *coping* (Ramos; Enumo; Paula, 2015; Dias; Pais-ribeiro, 2019).

No início do século, o *coping* era lido pela psicanálise através da Psicologia do Ego como um processo inerente ao sujeito, estável e que não dependia do contexto ou tempo, essa perspectiva utilizava-se dos conceitos de mecanismos de defesa e do grau de maturidade e imaturidade do sujeito para explicar como enfrentam situações adversas (Ramos; Enumo; Paula, 2015).

Na década de 60, com os escritos de Richard Lazarus e colaboradores (1984) foi possível entender o *coping* como um processo transacional entre a pessoa e o ambiente, por meio de determinantes cognitivos e situacionais (Ramos; Enumo; Paula, 2015). Nessa perspectiva, o *coping* passa a dar ênfase no processo e nos aspectos da personalidade da pessoa, passando a ser conceitualizado em duas categorias funcionais: *Coping* focado no problema e *Coping* focado na emoção. O *Coping* focado no problema tem como objetivo atuar na situação que deu origem ao estresse, buscando alterar ou controlá-la, já o *Coping* focado na emoção objetiva regular a perturbação emocional, sem que haja uma alteração na situação objetiva (Lazarus; Folkman, 1984; Antoniazzi; Dell’Aglío; Bandeira, 1998; Ramos; Enumo; Paula, 2015).Essa perspectiva foi responsável por apontar o estudo do enfrentamento como um processo dinâmico, que vem a ser utilizado mediante situações adversas que causam estresse (Antoniazzi; Dell’Aglío; Bandeira, 1998).

Na década de 90, Ellen Skinner e colaboradores, emergindo dos estudos seminais realizados por Lazarus e Folkman, desenvolvem a Teoria Motivacional do *Coping* (TMC). A TMC é proposta no escopo da Psicologia do desenvolvimento e, diferentemente de outras

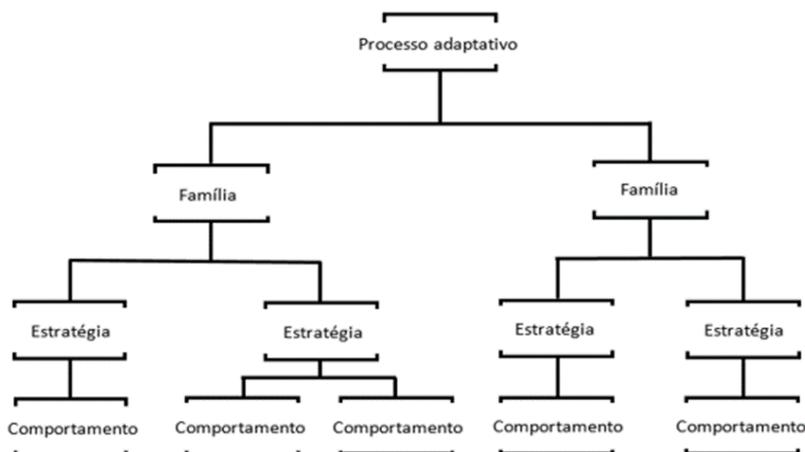
abordagens, entende o *coping* como um processo de confluência entre aspectos emocionais, motivacionais, comportamentais, cognitivos e sociais que visam a regulação do estresse (Skinner; Zimmer-Gembeck, 2007). Essa teoria postula que, ao longo do desenvolvimento, o sujeito é capaz de avaliar a situação estressora como ameaça ou desafio às suas necessidades psicológicas básicas de vínculo, competência e autonomia (Ramos; Enumo; Paula, 2015; Vasconcelos; Nascimento, 2016).

Compreende-se que a **necessidade da construção de vínculos** está ligada à motivação inata dos seres humanos em estabelecer conexões e afetos em suas relações interpessoais, com o intuito que se sintam valorizados. A **necessidade de competência** diz respeito ao desejo inato de se sentir uma pessoa efetiva no seu meio social, estando atrelado ao senso de controle e autoeficácia. Por fim, a **necessidade de autonomia** remete ao desejo de vivenciar situações em que o sujeito tem a possibilidade de realizar escolhas (Skinner; Zimmer-Gembeck, 2007).

É relevante destacar que, ao perceber uma situação como desafio a pessoa tende a buscar por estratégias em que visualiza um desfecho positivo para o momento permanecendo otimista; por outro lado, ao entender a situação como ameaça a pessoa tende a evitar o assunto, sentindo-se desamparada (Vasconcelos; Nascimento, 2016). Assim, a avaliação de ameaça ou desafio às necessidades psicológicas básicas de vínculo, competência e autonomia acontecem mediante o desenvolvimento dos processos autorreferenciais do sujeito, em que a pessoa desenvolve ações frente ao estresse a partir do conhecimento de si e do mundo, e que podem vir a ser ampliados ao longo da vida.

A TMC propõe um modelo hierárquico do processo de *coping* dividido em quatro níveis, a saber comportamentos ou respostas de *coping*, estratégias de *coping*, famílias de *coping* e processos adaptativos, ilustrados na figura 1.

Figura 1: Modelo hierárquico do processo de coping.



Fonte: Adaptada de Skinner et al. (2003), p.218 por Vasconcelos e Nascimento (2016)

No nível inferior da tabela estão dispostas as respostas ou comportamentos de *coping*, que dizem respeito a ações para lidar com os estressores e que envolvem emoções, comportamentos, cognições e aspectos fisiológicos. Acima, no nível intermediário, estão as estratégias de *coping* que agrupam respostas comportamentais, a partir de seu propósito, para lidar com o estresse. No nível mais alto da hierarquia encontram-se as 12 famílias de *coping* que agrupam estratégias de enfrentamento que possuem a mesma finalidade, sendo multidimensionais e multifuncionais. (Skinner et al, 2003; Ramos; Enumo; Paula, 2015; Vasconcelos; Nascimento, 2016).

Para a TMC cada família de *coping* está relacionada ao objetivo de buscar formas de restabelecer a satisfação das três necessidades psicológicas básicas citadas anteriormente (Necessidades de vínculo, competência e autonomia). Cada família também está associada

a um tipo de processo adaptativo, assim como a avaliação do estressor como ameaça ou desafio para si mesmo e para o contexto vivenciado. Processo ilustrado na figura 2.

Tabela 1: Necessidades psicológicas básicas .

Coordenar a confiança e os recursos sociais disponíveis		Coordenar ações e contingências no ambiente		Coordenar preferências e opções disponíveis	
VÍNCULO		COMPETÊNCIA		AUTONOMIA	
DESAFIOS ao		DESAFIOS ao		DESAFIOS ao	
SELF	CONTEXTO	SELF	CONTEXTO	SELF	CONTEXTO
Autoconfiança	Busca de apoio	Resolução de problemas	Busca de informações	Acomodação	Negociação
AMEAÇAS ao		AMEAÇAS ao		AMEAÇAS ao	
SELF	CONTEXTO	SELF	CONTEXTO	SELF	CONTEXTO
Delegação	Isolamento	Desamparo	Fuga	Submissão	Oposição

Fonte: Adaptada de Skinner et al. (2003) por Vasconcelos; Nascimento (2016)

O primeiro conjunto de famílias está relacionado à percepção do sujeito sobre a *capacidade de estabelecer vínculos seguros e de confiança*. Ao perceber o estressor como ameaça, utilizam-se das Estratégias de *Coping* (EC) vinculadas às famílias de *coping* Delegação e Isolamento, ao perceber como desafio, emprega-se as EC das famílias de *coping* Autoconfiança e Busca de Apoio. Essas famílias de *coping* têm como processo adaptativo analisar a coordenação da confiança e dos recursos sociais disponíveis (Skinner; Zimmer-Gembeck, 2007; Vasconcelos; Nascimento, 2016).

O segundo conjunto de famílias de *coping* é organizado diante da necessidade psicológica básica de competência. Por meio da percepção do estressor como ameaça, utilizam-se EC das famílias Desamparo e Fuga, já em relação a percepção como desafio, utilizam-se as ECs das famílias Resolução de Problemas e Busca de Informações. Nesse cenário, tem-se como processo adaptativo, a coordenação das ações e contingências frente ao estressor (Skinner; Zimmer-Gembeck, 2007; Vasconcelos; Nascimento, 2016).

O terceiro conjunto de famílias de *coping* organiza-se frente à necessidade psicológica básica de autonomia. Evocado pela percepção de ameaça, estão as EC das famílias Submissão e Oposição. Por outro lado, quando o estressor é percebido como desafio, têm-se as famílias Acomodação e Negociação. Nesse sentido, o processo adaptativo refere-se à coordenação de preferências e opções disponíveis (Skinner; Zimmer-Gembeck, 2007; Vasconcelos; Nascimento, 2016).

É válido ressaltar que as estratégias de *coping* utilizadas frente ao estressor são flexíveis, mesmo as que pertencem à mesma categoria. Além disso, elas dependem do contexto social, do tipo de estressor vivenciado pela pessoa, e do estágio do desenvolvimento em que ela se encontra (Vasconcelos; Nascimento, 2016). As referidas autoras apontam que as estratégias estão relacionadas às emoções e as tendências que o

sujeito busca seguir. Assim, frente a uma experiência estressante, as ECs podem vir a ser utilizadas de forma isolada, consecutiva ou em combinação.

A literatura sobre *Coping* no período gestacional tem enfatizado estudos que utilizam a perspectiva de Lazarus e Folkman para tal investigação (Farias et al, 2014; Andrade, 2018; Rezende et al, 2021; Wanderley et al, 2022). Ao receber o diagnóstico de HIV durante a gestação, as estratégias de *Coping* utilizadas pelas gestantes mantiveram o foco no problema, por meio da busca por cuidados específicos e práticas religiosas, foco na emoção, e a busca por apoio social (Farias et al, 2014). No que diz respeito ao diagnóstico de Síndrome Hipertensiva Gestacional, constatou-se que as mulheres utilizam-se da estratégia de *Coping* referente ao autocontrole (Andrade, 2018).

Ainda na perspectiva de Lazarus e Folkman, também foram encontrados estudos que buscam investigar o *Coping* em gestantes de alto e baixo risco (Rezende et al, 2021; Wanderley et al 2022) resultando em maior foco no problema por gestantes de alto risco, e autocontrole pelas gestantes de baixo risco (Rezende et al, 2021). Paralelo a esse resultado, a escala de Modos de Enfrentamento do Problema (EMEP) quando aplicada a gestantes de alto risco torna possível a verificação de que o enfrentamento focado nas práticas religiosas e no problema apresentaram maiores médias, sendo mais predominante entre elas (Wanderley et al, 2022).

No entanto, no que se refere à TMC apenas um artigo foi encontrado sobre o tema, e aborda as estratégias de *Coping* de gestantes que realizaram o pré-natal em UBS no recorte histórico da pandemia da COVID-19 (Silveira et al, 2023). Obtendo como resultado estratégias de *Coping* associadas à necessidade de Competência, como busca por informações e resolução de problemas, e a necessidade de Vínculo, como a busca por apoio ou isolamento, diante dos estressores vivenciados durante a pandemia no período da gestação (Silveira et al, 2023). Diante disso, revela-se a necessidade de outros estudos sob a perspectiva da TMC que engloba, para além da cognição, aspectos sociais e contextuais da gestante.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de cunho qualitativo. A pesquisa qualitativa é um fenômeno que pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada (Godoy, 1995). Dessa forma, esse tipo de estudo permite a utilização de diversos meios para buscar apreender o contexto psicossocial dos fenômenos e os seus significados.

2.2 Contexto e participantes

Esta pesquisa foi vinculada aos Programas Institucionais de Pós-Graduação e Pesquisa de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Estadual da Paraíba. Participaram da pesquisa doze gestantes primigestas e multigestas que realizam pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde de Campina Grande. Para participação da pesquisa definiu-se como critérios de inclusão gestantes a partir de 18 anos e inscritas em qualquer UBS do município de Campina Grande. Foram excluídas participantes menores de 18 anos, entendendo que a gravidez na adolescência adquire outras configurações sociais. Entre as doze participantes, quatro eram primigestas e oito eram multigestas.

2.3 Procedimento e instrumentos para coleta de dados

A coleta de dados teve início após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande (por meio do Termo de Anuência Institucional) e posterior aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP- UEPB), obteve-se parecer nº 7.161.715.

A equipe de pesquisa se deslocou até a UBS nos dias de consultas de pré-natal, local em que também é realizado o projeto de extensão “Intervenções psicológicas no contexto do ciclo-gravídico puerperal e de perdas gestacionais”, coordenado pela professora

Sibelle Maria Martins de Barros e vinculado ao programa de extensão “Rede Materna: ações de prevenção e promoção da saúde junto a gestantes e mães, a partir da perspectiva da integralidade, da humanização e interprofissionalidade”, sob a coordenação da professora Kathleen Elane Leal Vasconcelos. As gestantes foram convidadas a participarem da pesquisa realizada na própria instituição de saúde. Em consonância com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os detalhes da pesquisa foram explicados aos participantes, a partir da leitura de documentos como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Autorização para Gravação de Voz (ANEXO 1) (Brasil, 2012). A coleta de dados ocorreu apenas mediante concordância de cada gestante. Foi garantido o anonimato, a desistência da pesquisa a qualquer momento, bem como escuta psicológica imediata frente a identificação de sofrimento psíquico dos participantes. Todas as participantes responderam, em um único encontro, a um questionário sociodemográfico e clínico (APÊNDICE A) e a uma entrevista com roteiro semiestruturado sobre *coping* (APÊNDICE B) baseado no estudo realizado por Vicente (2013). Após a gravação, com consentimento dos participantes, foram feitas transcrições integrais das entrevistas.

2.4 Análise dos dados

A análise dos dados coletados por meio do questionário sociodemográfico e clínico se baseou na frequência das variáveis. As entrevistas foram categorizadas a partir da proposta de análise de conteúdo temática de Bardin (2011), considerando categorias definidas a priori, com base nas famílias de *coping* propostas pela TMC e categorias construídas *a posteriori*, a partir dos relatos sobre temas abordados pelas mulheres.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados sociodemográficos das gestantes (Tabela 1) permitiram identificar que a média de idade entre as participantes era de 30 anos. Todas estavam em um relacionamento amoroso, sendo sete em união estável e cinco casadas há, em média, 8 anos. Quanto ao nível de escolaridade, quatro possuíam ensino fundamental incompleto, uma pessoa possuía ensino fundamental completo, três possuíam ensino médio incompleto e quatro possuíam ensino médio completo. Em relação à cor, oito se autodeclararam como pardas e quatro como brancas. Sobre a religião, sete pessoas se declararam como cristãs e cinco afirmaram não possuir religião.

No que diz respeito à ocupação laboral, cinco afirmaram ser “do lar”, três eram autônomas, uma era balconista, uma auxiliar de cozinha, uma atuava no setor de prevenção de perdas comerciais e uma não possuía ocupação. A respeito da renda individual das participantes, cinco afirmaram não possuir renda; uma recebia menos que um salário mínimo e seis recebiam um salário mínimo, sendo uma pessoa contemplada com o BPC³ (Benefício de Prestação Continuada). A renda familiar variou entre um salário mínimo e mais de dois salários mínimos.

Diante disso, observa-se que a maioria das participantes se autodeclararam como mulheres pardas e em situação de vulnerabilidade social, uma vez que quase metade das gestantes estão desempregadas e as que possuem renda recebem até um salário mínimo. Além disso, considerando que a renda familiar das gestantes é composta, em sua maioria, por filho(s) e marido, muitas famílias vivem, ou sobrevivem, com apenas um salário mínimo. Através disso, está o fato de que pelo menos quatro gestantes não finalizaram a educação básica o que vem a dificultar a inserção no mercado de trabalho.

Também chama atenção o fato de que metade da amostra da pesquisa está na faixa etária acima de 30 anos de idade, vivenciando a gestação em idade tardia. A mulher que

³ O Benefício de Prestação Continuada – BPC, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, é a garantia de um salário mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (com efeitos por pelo menos 2 anos) que a impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade (BRASIL, 2019).

engravidada em idade avançada enfrenta muitas vezes a falta de planejamento familiar, a percepção de ter uma gestação de risco pela idade e a crença do impedimento para o parto normal (Aldrighi; Wall; Souza, 2018). Fatores que podem vir a dificultar a experiência da gestação de maneira saudável.

Tabela 2. Características sociodemográficas das participantes

Variável	Categorias	Frequência
Faixa etária	De 18 a 25	4
	De 26 a 35	5
	Mais de 35	3
Estado civil	Casada	5
	União Estável	7
Tempo de relacionamento	De 2 a 5 anos	5
	De 5 a 10 anos	4
	Mais de 10 anos	3
Escolaridade	Ensino Fundamental completo	1
	Ensino Fundamental Incompleto	4
	Ensino médio completo	4
	Ensino médio incompleto	3
Ocupação	Do lar	5
	Sem ocupação	1
	Autônoma	3
	balconista	1
	Auxiliar de cozinha	1
	prevenção de perdas	1
Cor/ Etnia autodeclarada	Parda	8
	Branca	4
Religião	Cristã	7
	Não possui religião	5
Número de filhos	0	4
	1	3
	De 2 a 4	4
	Acima de 4	1
Com quem reside	Mãe	1
	Mãe e filho	1

	Marido	3
	Marido e filho(s)	7
Renda	Sem renda	5
	Menor que um salário mínimo	1
	Um salário mínimo	6
Renda familiar	Um salário mínimo	7
	Entre um e dois salários mínimos	3
	Mais de dois salários mínimos	2

Fonte: dados da pesquisa

Sobre as características clínicas das gestantes (Tabela 2), verificou-se que todas estavam realizando o pré -natal, estavam em média com 25 semanas de gestação e com o número de consultas variando entre 1 e 19 encontros. Além disso, nove afirmaram não possuir nenhuma comorbidade na gestação atual, enquanto uma recebeu o diagnóstico de descolamento de placenta, uma de sangramento e uma de transtorno de ansiedade.

Nota-se que a frequência da idade gestacional encontra-se bem distribuída entre as participantes e que a maioria das gestantes estavam nas consultas iniciais de pré-natal na UBS. A respeito das comorbidades, dez participantes estavam com gravidez de baixo risco e duas com gravidez de alto risco devido ao descolamento de placenta e sangramento.

Tabela 3. Características clínicas das participantes

Variável	Categorias	Frequência	
Idade Gestacional	Entre 10 e 20	4	
	Entre 20 e 30	4	
	Mais de 30	4	
Realizando pré-natal	sim	12	
	não	0	
Nº de consultas pré-natal	Entre 1 e 5	7	
	Entre 5 e 10	2	
	Entre 10 e 15	1	
	Mais do que 14	1	
	Não informado	1	
Perda gestacional	Sim	3	
	Não	9	
Comorbidades na gestação atual	Sim	3	Descolamento de placenta/ sangramento / ansiedade
	não	9	

Fonte: Dados da pesquisa

Dados Qualitativos

Para que se pudesse analisar as estratégias de enfrentamento, buscou-se a identificação dos estressores. Cinco gestantes citaram apenas uma situação estressora enquanto as demais citaram mais de um estressor.

Tabela 4. Situações/contextos estressores das participantes

Gestante	Situações/contextos estressores
G1	Parto, pós parto e trabalho
G2	Dificuldade financeira, parto e criação do bebê
G3	Dificuldade financeira
G4	Trabalho e Dificuldade financeira
G5	Relacionamento conjugal
G6	Relacionamento conjugal e relações familiares
G7	Parto
G8	Relações familiares
G9	Relações familiares e criação do bebê
G10	Aspectos fisiológicos da gestação, aparência
G11	Parto e criação do bebê
G12	Trabalho

Fonte: dados da pesquisa

Embora as participantes tenham falado de várias dificuldades, foi solicitado que cada uma escolhesse a situação mais estressora para elas. Nesse sentido, por meio dos relatos femininos, foi possível constatar os seguintes principais estressores: trabalho (3); aspectos da gestação e maternidade (3), como medo do parto, criação do(a) filho (a), aspectos fisiológicos da gestação; dificuldades financeiras (2); relacionamento conjugal (2) e a relação familiar (2).

Cada uma das 12 gestantes foi numerada de forma sequencial de 1 a 12 com o objetivo de garantir o anonimato e preservar a identidade das mesmas. Os dados qualitativos se organizaram em torno dos seguintes eixos temáticos/estressores: trabalho, gestação, dificuldades financeiras, relacionamento conjugal e relacionamento familiar.

3.1 Trabalho

Três participantes indicaram que o trabalho exaustivo e sem reconhecimento era um forte estressor na gestação. Elas relataram estratégias como redirecionar o foco (5) e a autculpa (5), que se vinculam, sobretudo, às famílias de *coping* acomodação e submissão. Tem-se, portanto, famílias de *coping* que indicam prováveis desfechos adaptativos (evento

estressor percebido como um desafio) e uma família que abarca estratégias com prováveis desfechos desadaptativos (evento estressor percebido como ameaça).

Tabela 5: *Coping* frente ao trabalho

Processo adaptativo: coordenação das preferências e opções disponíveis para fazer escolhas		
Respostas de coping	Estratégias	Família de Coping
Foco na gestação	Redirecionar o foco (5)	Acomodação
Culpa-se por não ter saído do trabalho	Autoculpa (5)	Submissão

Fonte: dados da pesquisa

Constatou-se que frente ao estressor trabalho, as gestantes utilizam estratégias associadas à família Acomodação, por meio da resposta de *coping* redirecionar o foco (5): “Me imagino! com menos ansiedade e fora do meu trabalho (G1, 23 anos). As gestantes demonstram a tentativa ativa de minimizar a angústia emocional, e pensar em um futuro longe do ambiente laboral estressor.

Além disso, expressam uma ação regulatória ativa que busca redirecionar a atenção para longe da situação estressante, como demonstra a fala a seguir: “Tô bem, sabe? Só essas crises de ansiedade, esses estresses do trabalho mas, eu tô bem, tô feliz pela minha gestação.” (G4, 29 anos). Deste modo, as gestantes redirecionam o foco para a gestação e maternidade, como estratégia de enfrentamento para lidar com o trabalho estressante. Essa estratégia de *coping* pode ser um fator de proteção contra os efeitos adversos do estresse nesse período.

Dessa forma, sendo a família de *coping* acomodação a mais utilizada frente ao estressor trabalho, nota-se que as gestantes percebem a situação que estão vivenciando como um desafio a si mesma, e assim, por meio de respostas de *coping* como imaginar um futuro melhor, buscam por proteger-se ao pensar no nascimento do filho (Vasconcelos; Nascimento, 2016). Pois, sabe-se que, o ambiente de trabalho exaustivo pode ocasionar tensão, e conseqüentemente o sofrimento psíquico da gestante (Reis; Fernandes; Gomes, 2010). Diante disso, as estratégias utilizadas revelam a necessidade da gestante em permanecer no trabalho, mesmo que estressante, para não perder direitos trabalhistas relacionados à remuneração, pois, no Brasil, a legislação impede o desligamento no período gravídico puerperal (Brasil, 2017).

Por outro lado, na família de *coping* Submissão pôde-se identificar como principais estratégias de *coping* a autoculpa (5) e o pensamento rígido (5), como explicitado na fala a seguir: “Só em relação a isso, que eu deveria ter esperado, não sei, pra sair (do trabalho) antes (de engravidar) né.” (G12, 32 anos). O relato da participante indica seu arrependimento em ter engravidado estando inserida em um trabalho estressante. A expressão da autoculpa aponta que a gestante se sente responsável pelas dificuldades que enfrenta nesse momento da gravidez, explicitando a ação regulatória com foco passivo e repetitivo nesse aspecto negativo (Vasconcelos; Nascimento, 2016) o que pode vir a prejudicar seu bem-estar na gestação.

A autoculpa, uma vez vinculada à família de *coping* Submissão, ligada à necessidade psicológica básica de autonomia, indica a percepção do estressor trabalho como uma ameaça, dificultando a possibilidade de realizar escolhas, como sair do trabalho, nesse contexto gravídico (Vasconcelos, Nascimento, 2016). A preocupação com a estabilidade financeira pode levar a gestante a continuar em um ambiente laboral hostil que prejudica sua saúde mental podendo desencadear a depressão pós-parto (Almeida; Arrais, 2016).

Nesse sentido, inseridas em um ambiente laboral estressante, as gestantes podem utilizar estratégias de *coping* que podem culminar em possíveis desfechos desadaptativos com prejuízos mentais e físicos para as mesmas. (Ramos; Enumo; Paula, 2015).

3.2 Gestação

No relato de três gestantes destacaram-se as preocupações com parto e as alterações fisiológicas desse período como principais estressores da gestação. Frente ao estressor gestação, as estratégias de *coping* mais frequentes foram aceitação (4) e redirecionar o foco (2) vinculadas a família de *coping* acomodação e dúvidas (7), relacionada a família de *coping* Desamparo. .

Tabela 6: *Coping* frente à gestação

Processo adaptativo: coordenação das preferências e opções disponíveis para fazer escolhas		
Respostas de Coping	Estratégias	Famílias de coping
Aceita a situação	Aceitação (4)	Acomodação
Enfrenta a situação	Redirecionar o foco (2)	Acomodação
Dúvidas sobre o parto	Dúvida (7)	Desamparo

Fonte: dados da pesquisa

Na família de *coping* Acomodação a estratégia de enfrentamento que mais se destacou foi a de Aceitação (4) como demonstra o relato da participante à respeito do incômodo com as mudanças físicas decorrentes da gestação: “Mulher, tem dia que tá difícil, tem dia que dá uma melhorada, e assim eu vou levando a vida” (G10, 36 anos). Esse relato demonstra que a gestante busca aceitar a situação que está vivendo, mesmo diante do incômodo fisiológico da gestação.

Ainda em relação à família de *coping* Acomodação, pôde-se identificar a estratégia de enfrentamento redirecionar o foco (2), com respostas de *coping* relacionadas ao parto, como: “Me traz uma coisa positiva, né? Que quero ver meu filho, que venha com saúde em nome do Senhor Jesus” (G7, 33 anos). Essa afirmação se dá diante da identificação do medo do parto como estressor na gestação e reflete a ênfase nos aspectos positivos da situação ao pensar no nascimento do filho como algo bom, mesmo diante de outros fatores estressantes da gestação.

Por outro lado, os aspectos relacionados ao parto também são enfrentados por meio da estratégia de *coping* dúvida (7) que está vinculada a família de *coping* desamparo: “Eu fico botando muita coisa na cabeça ‘Ai meu Deus, será que vai dar tudo certo? será que vai ser normal?, será que vai ser cesárea? e que dia eu vou ter esse menino?’” (G7, 33 anos). O relato mostra como as gestantes lidam com a incerteza em relação ao parto, ao utilizar a estratégia dúvida que revela a sensação de impotência diante do estressor e sugere que nem sempre a gestante possui informações suficientes acerca do parto para se considerar efetiva diante desse contexto (Skinner *et al*, 2003).

Em relação ao medo do parto, Chitarra *et al* (2023) apontam que é um sentimento comum entre as gestantes e pode ter repercussões negativas nesse momento. Esse medo pode vir a ser exacerbado por fatores como a idade avançada, aumentando as tensões que impactam a saúde da mulher e do bebê (Lima; Lima; Lucena, 2019). Nesse cenário, a utilização de estratégias de *coping* com possíveis desfechos adaptativos, permite que a gestante enfrente os desafios impostos pelo ciclo gravídico sem deixar-se paralisar pelas adversidades (Vasconcelos; Nascimento, 2016). Em contraste, ao empregar estratégias de *coping* com possíveis desfechos desfavoráveis, a gestante encontra dificuldades para lidar com o estressor, sentindo-se desamparada (Vasconcelos; Nascimento, 2016).

3.3 Dificuldades financeiras

Por meio das falas de duas participantes sobre as dificuldades financeiras, constatou-se que não possuir renda foi responsável por desencadear o estresse nas gestantes. As estratégias de *coping* frente às **dificuldades financeiras** mais frequentes na

pesquisa foram a passividade (2) vinculada a família de *coping* Desamparo e pensamentos intrusivos (3) relacionada a família de *coping* Submissão.

Tabela 7: *Coping* frente às dificuldades financeiras

Processo adaptativo: Coordenação das ações e das contingências no ambiente		
Respostas de coping	Estratégias	Família de Coping
Não percebe formas de resolver	Passividade (2)	Desamparo
Pensa constantemente sobre a situação	Pensamentos intrusivos (3)	Submissão

Fonte: dados da pesquisa

Em relação a família de *coping* Desamparo, pode-se identificar o uso da estratégia passividade (2). As respostas de *coping* para essa estratégia incluem não perceber formas alternativas de enfrentar a situação, como na fala a seguir: “Porque tem coisas que a gente quer resolver e não tem como” (G3, 31 anos). Esse relato reflete a sensação de impotência da gestante diante das dificuldades impostas pela falta de renda na gestação. A percepção de falta de controle pode conduzir a uma postura de paralisação na qual a gestante se vê incapaz de buscar soluções ativas para seus problemas.

Destaca-se também a família de *coping* Submissão, por meio da estratégia de enfrentamento pensamentos intrusivos (3) e resposta de *coping* Pensar constantemente sobre a situação financeira, como exemplificado no trecho a seguir: “Pra mim sim, se eu tivesse investido mais em mim tivesse, digamos assim, juntado dinheiro, feito alguma coisa teria sido diferente com certeza. Aí isso também fica martirizado, né? A mente da gente.” (G2, 27 anos). Esse trecho indica a dificuldade da gestante em perceber alternativas para enfrentar as dificuldades financeiras, apontando para um ciclo de pensamentos negativos que contribui para o desencadeamento de sofrimento psíquico. Cabe pontuar, entretanto, que não se trata de responsabilizar a gestante por não perceber possíveis soluções, uma vez que contexto de vulnerabilidade é uma realidade difícil de ser mitigada. A fala acima demonstra como as dificuldades financeiras interferem na saúde mental das mulheres.

A família de *coping* Desamparo está associada à necessidade psicológica básica de competência, ao utilizar-se da estratégia de *coping* passividade a gestante demonstra a dificuldade em coordenar ações no ambiente que está inserida (Ramos, 2012). Já a família de *coping* submissão está atrelada a necessidade psicológica básica de autonomia, assim empregando a estratégia pensamentos intrusivos, a gestante indica a dificuldade em coordenar preferências e fazer escolhas (Vasconcelos; Nascimento, 2016). As referidas autoras pontuam que a situação financeira desfavorável pode ser avaliada como uma ameaça e influenciar na percepção de falta de controle do indivíduo sobre a situação, e assim utilizar estratégias de *coping* com possíveis desfechos negativos.

A inserção em contextos de baixo nível socioeconômico representa um fator de risco significativo para a saúde da gestante e do bebê (Vasconcelos *et al*, 2017). Assim, considerar determinantes sociais de saúde durante a gestação implica reconhecer que o estresse nesse período pode ser resultado também da conjuntura sociocultural da gestante. Esper e Furtado (2010) destacaram que dificuldades financeiras estão diretamente relacionadas a queixas emocionais em gestantes, evidenciando que vivenciar situações econômicas desfavoráveis podem aumentar o risco do desenvolvimento de morbidades psicológicas na gestação. Infere-se, assim, que estressores sociais, como a falta de renda, podem prejudicar a saúde mental da gestante nesse período.

Constata-se que, a utilização das estratégias passividade e pensamentos intrusivos, ambas associadas a famílias de *coping* que indicam possíveis desfechos desfavoráveis, são empregadas para lidar com as dificuldades financeiras durante a gestação. Isso sugere que, inseridas em um contexto de vulnerabilidade social, as gestantes percebem-se incapazes de

lidar com o estresse ao manter um foco passivo e repetitivo nos aspectos negativos do estressor na gestação (Ramos; Enumo: Paula, 2015).

3.4 Relacionamento conjugal

Duas participantes citaram como estressor o relacionamento conjugal, especificamente o fato do cônjuge não trabalhar e, conseqüentemente, não ajudar com as finanças. No intuito de lidar com esses estressores, as estratégias de *coping* mais identificadas na pesquisa frente ao **relacionamento conjugal** foram a minimização (3) relacionada à família de *coping* Acomodação e reclamação (3) vinculada a família de *coping* Delegação.

Tabela 8: *Coping* frente ao relacionamento conjugal

Processo adaptativo: Coordenação das preferências e opções disponíveis para fazer escolhas

Respostas de coping	Estratégias	Família de Coping
Releva o problema	Minimização (9)	Acomodação
Cônjuge não trabalha	Reclamação (3)	Delegação

Fonte: dados da pesquisa

Em relação à família de *coping* Acomodação, foi possível identificar a estratégia minimização, no intuito de naturalizar a situação (4) ou relevar o problema (5), como explícito nos trechos a seguir: “Não, eu penso não nessas coisas de problema (conjugal) não. Boto na cabeça não. Nem ligo, eu relevo, eu nem ligo mulher (G6, 43 anos) e “Mulher, eu tento, como é que eu possa falar ... eu tento não ligar, sabe? (G5, 20 anos). As falas revelam que as gestantes relevam a situação (ou situações), no sentido de, provavelmente, evitar sofrimento e assim preservar a sua saúde mental.

No que tange à família de *coping* Delegação, a estratégia de enfrentamento mais utilizada foi reclamação (3), demonstrada por meio das falas “Eu quero é ele trabalhando, porque ó, eu pego o salário (BPC) e boto todinho dentro de casa que voa. Eu fico sem nada, aí tem que entrar outra renda pra dentro de casa” (G6, 43 anos) e “ (A culpa é) dele mulher que não bota nada dentro de casa. Ele bota, mas o que ele bota é pouco porque ele pega o dinheiro e vai fazer as coisas dele” (G6, 43 anos). A reclamação presente nas falas da gestante expressa a insatisfação com a distribuição das responsabilidades econômicas da gestante junto ao cônjuge, e a falta de apoio recebida por seu parceiro neste momento da gestação.

Ao utilizar-se da estratégia de *coping* minimização, relacionada a família de *coping* Acomodação, a gestante demonstra que está direcionando sua atenção para longe do estresse causado por sua relação conjugal (Vasconcelos; Nascimento, 2016). Essa estratégia é vinculada à necessidade de autonomia da gestante, e ao ser utilizada demonstra como a gestante se adapta de forma flexível às opções disponíveis em seu ambiente, ao passo que busca minimizar a situação que enfrenta (Skinner *et al*, 2003). Contudo, adequar-se a situação estressora também traz à tona aspectos de gênero dentro de um relacionamento conjugal, em que a mulher assume a responsabilidade em manter a harmonia da relação em detrimento das suas necessidades psicológicas.

Além disso, as gestantes também fazem uso da família de *coping* Delegação, que está vinculada à necessidade psicológica básica de vínculo, por meio da estratégia de *coping* Reclamação. Ao utilizar-se dessa estratégia, as gestantes percebem-se limitadas frente ao estressor, apresentando sentimentos como pena de si ao perceberem que não dispõe de recursos suficientes para lidar com o estresse conjugal (Ramos, 2012). Isso

implica no desencadeamento de possíveis problemas internalizantes como medo, sintomas de ansiedade ou depressão para a gestante (Nascimento; Vasconcelos, 2016).

O relacionamento conjugal como um estressor na gravidez evidencia como os fatores econômicos, sociais e relacionais incidem nos processos de enfrentamento. Tem-se em jogo questões financeiras, um contexto de poucas oportunidades de trabalho e questões de gênero envolvidas. A minimização, estratégia utilizada pelas gestantes revela uma tentativa de ajustamento frente às opções do contexto, o que indica, a princípio e, de acordo com a literatura, um desfecho positivo em termos de saúde mental.

Contudo, considerando os relacionamentos conjugais, relevar algumas situações podem acarretar outros estressores, a depender dos comportamentos dos parceiros. Embora os dados desse estudo não permitam aprofundar a discussão, torna-se necessário demais estudos que se investiguem a relação entre desigualdade de gênero e *coping*, no âmbito das relações conjugais.

3.5 Relacionamento familiar

No que diz respeito ao relacionamento familiar, a fala de duas participantes demonstram que relações familiares conflituosas foi considerado um estressor na gestação. Assim, as estratégias de *coping* frente ao estressor **relacionamento familiar** mais observadas na pesquisa foram autofala positiva (8) relacionada a família de *coping* Autoconfiança e medo (4) vinculada a família de *coping* desamparo.

Tabela 9: *Coping* frente ao relacionamento familiar.

Processo adaptativo: Coordenação da confiança e dos recursos sociais disponíveis		
Respostas de coping	Estratégias	Família de Coping
Tomou a decisão correta	Autofala positiva (6)	Autoconfiança
Sente medo	Medo (4)	Desamparo

Fonte: Dados da pesquisa

A estratégia Autofala Positiva associada à família de *coping* Autoconfiança, diz respeito ao auto-encorajamento ou auto-apaziguamento frente à situação estressora, como percebe-se no seguinte relato : “Eu penso que o certo que eu fiz foi ter saído de lá, ter me afastado, vi que (familiar) não fazia o bem pra mim, então a melhor coisa que eu fiz foi ter me afastado” (G8, 25 anos). Esse relato evidencia que a gestante busca se assegurar e se tranquilizar frente à decisão tomada de sair do local em que morava. Trata-se de uma forma de enfrentamento que busca a expressão construtiva das emoções diante do estressor, demonstrando o autocuidado e a regulação frente ao sofrimento (Skinner; Zimmer-Gembeck, 2007)

Por outro lado, estratégias como medo (4) e desânimo (2), que compõem a família de *coping* Desamparo indicam uma renúncia do sujeito frente às circunstâncias incontroláveis do contexto, o que gera uma sensação de impotência (Skinner *et al*, 2003; Vasconcelos; Nascimento, 2016). O sentir medo, por exemplo, foi identificado em relatos, como: “Porque eu não tenho medo dela (filha mais nova), tenho medo dos outros fazerem algo contra ela, aí o meu medo é esse, a gente quer que ela entenda mas parece que não entra na cabecinha dela que a gente tem aquela preocupação com ela” (G9, 41 anos). Diante dessa fala, é possível perceber que a gestante manifesta uma preocupação intensa com relação a segurança da filha mais nova, vindo a ser uma relação conflituosa e causando estresse em sua gestação.

Utilizar a estratégia autofala positiva frente a relação familiar conflituosa durante a gestação reflete a tentativa ativa da gestante de minimizar a angústia emocional que está vivenciando (Vasconcelos; Nascimento, 2016). Cabe destacar que, ao perceber a situação como um desafio a si mesma, a gestante tende a empregar estratégias de *coping* com

possíveis desfechos mais adaptativos e positivos para sua saúde mental (Skinner; Wellborn, 1994). Por outro lado, em face do estresse familiar relacionado à filha mais nova, a gestante recorreu a família de *coping* desamparo, evidenciando o sentimento de impotência que reverbera causando estresse na mesma (Vasconcelos; Nascimento, 2016).

Apesar da adoção de estratégias de *coping* como a autofala positiva, que referem a uma avaliação otimista da situação estressora, nota-se que as participantes da pesquisa recorreram também a estratégias referentes à família de *coping* desamparo, como medo. Assim, faz-se relevante pontuar que determinadas estratégias desadaptativas podem vir a ser utilizadas em função da falta de apoio social na gestação e da percepção da situação como uma ameaça às gestantes, tornando difícil o enfrentamento (Vasconcelos; Nascimento, 2016).

De modo geral, os dados dessa pesquisa apontam que relações familiares conflituosas são responsáveis por causar estresse na gestação, diante da percepção da falta de apoio familiar e dos conflitos gerados nesse contexto. Oliveira e Dessen (2012) apontam que a falta de apoio familiar impacta significativamente a experiência da gestação, reduzindo o bem-estar materno. A ausência de suporte familiar pode dificultar a adoção de estratégias de enfrentamento saudáveis, prejudicando a saúde da gestante e aumentando o risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto (Almeida *et al*, 2012).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa aponta que condições socioeconômicas baixas, desemprego, relações familiares e conjugais conflituosas, contexto laboral exaustivo, aspectos de gênero e raça, são fatores que atuam como estressores psicossociais na gestação. Esses estressores destacam as desigualdades estruturais que atravessam a experiência da gravidez, principalmente para mulheres em condição de vulnerabilidade social, e as consequências para a saúde mental e física das mesmas ao desenvolverem estratégias de enfrentamento que nem sempre possuem um desfecho positivo, para lidar com tais estressores.

Assim, a análise do *coping* evidenciou que a família de *coping* Acomodação foi a mais utilizada frente a maioria dos estressores, por meio de estratégias como minimização, redirecionar o foco e aceitação. A utilização dessas estratégias contribui para o bem estar emocional e físico materno, promovendo possíveis desfechos mais adaptativos e saudáveis às gestantes ao lidarem com o estresse. Contudo, é válido pontuar que a longo prazo não pensar sobre o estressor pode levar a falta de resolutividade do problema, acarretando no possível aumento do estresse.

Por outro lado, as estratégias utilizadas frente ao estressor dificuldades financeiras como passividade e pensamentos intrusivos, relacionadas a família de *coping* Desamparo e Submissão, evidenciam o quanto a renda representa uma preocupação para a gestante e também interfere nas relações conjugais e no contexto de permanência em um trabalho exaustivo, demonstrando ser um grande risco para a saúde mental da mesma nesse período. Além disso, relações familiares e conjugais conflituosas também corroboram para o adoecimento psíquico ao serem considerados estressores na gestação. Isso torna a utilização de estratégias de enfrentamento como autculpa, reclamação e medo frequentes nesse momento.

Constatou-se que o estresse gestacional envolve aspectos psicossociais que são enfrentados por meio de diferentes estratégias, as quais nem sempre protegem a saúde da gestante. Ao passo que também demonstram a utilização de estratégias de *coping* com possíveis desfechos prejudiciais à saúde, aumentando o risco para o desenvolvimento de transtornos como depressão e ansiedade.

Dessa forma, enfrentar o estresse na gestação não se trata apenas de uma questão psicológica e individual, mas um processo também psicossocial que requer atenção para questões sociais amplas que incidem sobre a gravidez. Assim, alerta-se para a necessidade de englobar aspectos sociais ao discutir sobre gestação e o aprofundamento do estudo sobre *coping* no tema.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. M. DE C.; ARRAIS, A. DA R.. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 36, n. 4, p. 847–863, out. 2016.
- ALDRIGHI, J. D, WALL, M. L, SOUZA, S. R. R. K. Vivência de mulheres na gestação em idade tardia. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0112>
- ALVES, D.A. Vulnerabilidades sociais de mulheres gestantes e sua relação com o cuidado pré-natal. Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - Modalidade Residência. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), p. 1-30, 2022
- ALMEIDA et al. Depressão pós-parto no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, 2012.
- ANDRADE, T. B. L. Enfrentamento (*Coping*) do estresse em mulheres com Síndrome Hipertensiva Gestacional. *Dissertação (mestrado em saúde coletiva)* Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2018.
- ANTONIAZZI, A. S; DELL'AGLIO, D. D; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estud. psicol.* (Natal), Natal, v. 3, n. 2, p. 273-294, dez. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- ARAÚJO, L. A. P.; MENDES D. S. L, M.; PEREIRA, L. G. Medo e dor no trabalho de parto e parto. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem, [S. l.]*, v. 9, n. 28, p. 55–63, 2019. DOI: 10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.28.55-63. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/220>. Acesso em: 16 out. 2024.
- ARRAIS, A. R; ARAÚJO, T. C. C. F. Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em Saúde Materna no Brasil. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 103-116, jun. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 maio 2024.
- ARRAIS, A. R. CABRAL, D. S. R, MARTINS, M. H. F. Grupo de Pré-Natal Psicológico: Avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. *Encontro Revista de Psicologia* v. 15, N. 22. 2012. Disponível em: <<https://revista.pgsskroton.com/index.php/renc/information/librarians>. Acesso em 30 Jul. 2024.
- AZAMBUJA, C. V. et al. Prevalence and Psychosocial Risk Factors associated with mental disorders during pregnancy. *Estudos de Psicologia* (Campinas), v. 40, p. e220061, 2023.
- BADINTER, E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. *São Paulo: Círculo do Livro*, 1980.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. *Lisboa: Edições 70*, 2011.
- BARBOSA, A. P., AVELAR, T. C. D., BARROS, N. D. Assistência em saúde durante a gestação e parto na avaliação de mulheres negras. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 44(106), 27-39, 2024.
- BARROS, M. V.V. AGUIAR, R.S. Perfil sociodemográfico e psicossocial de mulheres com depressão pós-parto: uma revisão integrativa. *Rev. Aten. Saúde*, São Caetano do Sul, v. 17, n. 59, p. 122-139, jan./mar., 2019.
- BORTOLETTI, F. F. Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In: A. F. MORON, F. F. BORTOLETTI, J. BORTOLETTI FILHO, M. U. NAKURAMA, R. M. SANTANA, R. MATTAR. *Psicologia na prática obstétrica: abordagem Interdisciplinar* (pp. 21-31). Barueri, SP: Manole, 2007.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77–93, jan. 2007.

BRASIL, Ministério da Cidadania. Benefício de Prestação Continuada (BPC). Publicado em 25/11/2019. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc> acesso em: 20 de agosto de 2024.

BRASIL. LEI Nº 13.467, DE 13 DE JULHO DE 2017. Altera a consolidação das leis do trabalho (CLT). Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha, 2011.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000(*). Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CARVALHO, L. L. *et al* Aspectos psicossociais da gestação de alto risco: análise de mulheres grávidas hospitalizadas. *Psico*, Porto Alegre, v. 52, n. 4, p. 1-12, jul.-set. 2021 e-ISSN: 1980-8623 | ISSN-L: 0103-5371. Disponível em <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/revistapsico/article/view/36341/27343>. Acesso em 01 de maio de 2024.

CAVALCANTI, P. P. T., ARRUDA, R. G. A. S., PAULINO, K. J. G. Em, R. M. Diamantina (Org.). Saúde mental das gestantes: Pré-natal Psicológico e suas funcionalidades. *A Psicologia com foco nas múltiplas práticas em saúde mental (78-94)*. Ponta Grossa, PR: Atena. 10.22533/at.ed.8442019028., 2020.

CHITARRA, F. M. R.; NACIF, G. A. N.; IZIDORO, N. O.; FORTES, R. S.; GOULART, V. C. Fatores de risco associados ao medo do parto durante a gestação. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 6, n. 5, p. 25497–25507, 2023.

DIAS, E.; ANJOS, G.; ALVES, L.; PEREIRA, S. N.; CAMPOS, L. Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 12, n. 10, p. 284–297, 2018. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/884>. Acesso em: jul. 2024.

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Rev. Psicol. Saúde*, Campo Grande, v. 11, n. 2, p. 55-66, ago. 2019.

ESPER, L. H.; FURTADO, E. F. Associação de eventos estressores e morbidade psiquiátrica em gestantes. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.) vol.6 no.spe Ribeirão Preto nov. 2010.

FARIA, E. R. et al. Coping Strategies Among Brazilian Pregnant Women Living With HIV. v. 24, n. 57, p. 67-74. doi:10.1590/1982-43272457201409, 2014.

FELCHILCHER, E.; ARAÚJO, G.; DURAN TRAVERSO, M. E. Perfil dos usuários de uma unidade básica de saúde do meio-oeste catarinense. *Unoesc & Ciência - ACBS*, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 223–230, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/7919>. Acesso em: jul. 2024.

GODOY, A. S.. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *RAE - Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

- GOMES, R. M. T.; CÉSAR, J. A. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 80–89, 2013. DOI: 10.5712/rbmfc8(27)241. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/241>. Acesso em: jul. 2024.
- HARMEL, B.; HÖFELMANN, D. A.. Mental distress and food insecurity in pregnancy. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 5, p. 2045–2055, maio de 2022.
- HOLLIST, C. S.; FALCETO, O. G.; SEIBEL, B. L.; SPRINGER, P. R.; NUNES, N. A.; FERNANDES, C. L. C.; MILLER, R. B. Depressão pós-parto e satisfação conjugal: impacto longitudinal em uma amostra brasileira. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1–13. DOI: 10.5712/rbmfc11(38)1044, 2016.
- IACONELLI, V. Manifesto antimaternalista: Psicanálise e políticas da reprodução. *Editora Schwarcz-Companhia das Letras*, 2023;
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal, and coping. New York: *Springer*. 1984.
- LOPES, B. C. S., et al. Estresse percebido e fatores associados em gestantes: estudo transversal aninhado a uma coorte de base populacional. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, 2022.
- LESSA, M. S. A et al. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. v. 27, n. 10, pp. 3881-3890, 2022.
- LIMA, K. D.; PIMENTEL, C L.; LYRA, T. M. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. v. 26, pp. 4909-4918, 2021.
- MAHRER, N. E. et al . Maternal Stress Before Conception Is Associated with Shorter Gestation. *Annals of behavioral medicine* : a publication of the Society of Behavioral Medicine, v. 55, n. 3, p. 242–252. <https://doi.org/10.1093/abm/kaa047>, 2021.
- MALDONADO, M.T. Psicologia da gravidez. 2ª ed. Editora Ideias e letras, 2017.
- MANENT, M. V, RODRIGUES, O. M. P. R. Maternidade e trabalho: associação entre depressão pós-parto, apoio social e satisfação conjugal. *Pensando fam*;20(1):99-111, 2016.
- MUÑOZ, L. et al. Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v.21, n.4, 2013.
- OLIVEIRA, M. R. DE.; DESSEN, M. A. Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. *Estudos de Psicologia* (Campinas), v. 29, n. 1, p. 81–88, jan. 2012.
- PARCERO, S. M. J. et al. Características do relacionamento entre a mulher e seu parceiro na ocorrência da gravidez não planejada. *Rev. baiana enferm.* v. 31, n. 2, 2017.
- RAMOS, F. P ; ENUMO, S. R. F; PAULA, K. M. P. de. Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos de Psicologia I*. Campinas I 32(2) | 269-279,2015.
- RAMOS, F. P. 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 (Doutorado)*. Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória- ES, 2012.
- REIS, A. L. P. P. DOS .; FERNANDES, S. R. P.; GOMES, A. F.. Estresse e fatores psicossociais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 30, n. 4, p. 712–725, dez. 2010.
- REZENDE, C. L, et al. Qualidade de Vida e Estratégias de Coping de Gestantes de Alto Risco e Risco Habitual. *Diversitas: Perspectivas em Psicologia*, 17(1), <https://doi.org/10.15332/22563067.6542>, 2021.
- RIBEIRO, C. S. Z. et al.. Parental stress during pregnancy and maternity . *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 57, p. e20220351, 2023.

- SANTOS, C. A. B. *et al.* Diagnósticos de Enfermagem em Gestantes de Alto Risco: As Necessidades Psicossociais em Foco. *Enfermagem em Foco*, 11(4), 3225, <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n4.3225>, 2020.
- SANTOS, T. M.; BEZERRA, I. N. M.; MACEDO, E. M. C. de .; ANDRADE, G. C. L. de . Perfil epidemiológico e sociodemográfico de gestantes em Vitória de Santo Antão/PE. *Saúde (Santa Maria)*, [S. l.], v. 48, n. 1, 2023. DOI: 10.5902/2236583472056. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/72056>. Acesso em: jul. 2024.
- SOIFER, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (6 ed.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- SCHIAVO, R. DE A.; PEROSA, G. B. Child Development, Maternal Depression and Associated Factors: A Longitudinal Study. *Paidéia* (Ribeirão Preto), v. 30, 2020.
- SILVEIRA, C. M. DA; BELLAGUARDA, M. L. DOS R.; NITSCHKE, R. G.; OFUGI, S. A. B.; VILLARINHO, M. V.; VIEIRA, A. N. Estratégias de coping no processo gestacional e pré-natal em meio à pandemia covid-19. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 22, 18 abr. 2023.
- SILVEIRA, C. M. História de mulheres: Coping na gestação e nascimento durante a pandemia covid-19 (2020). *Dissertação (mestrado em Enfermagem do trabalho e da saúde)*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.
- SKINNER, E. A.; ZIMMER-GEMBECK, M. J. The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144. 2007.
- SKINNER, E. A. et al. Searching for the Structure of Coping: a review and critique of category systems for Classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 216-269, 2003.
- SKINNER, E. WELLBORN, J. G. Coping During Childhood and adolescence: A motivational perspective. *University of Rochester*. v. 12, p. 91-133, 1994.
- SONCINI, N. C. V., OLIVEIRA, C. M., VIVIANI J. C., GORAYEB. R. Aspectos psicossociais em mulheres brasileiras com gestações de alto e baixo risco. *Psicol Saúde Doenças*. 20 (1): 122-36, 2019.
- SONCINI *et al.* Aspectos psicossociais em mulheres brasileiras com gestação de alto e baixo risco. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 2019, v. 20, n.1, p. 122-136. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/0edd/c4003daa955cac787c67c761df6aa6b7e72f.pdf> . Acesso em: 24 de fevereiro de 2024.
- TEDESCO, J. J. de A. A Humanização da Relação Obstetra-Mãe-Filho. Em: M. Zugaib, J. J. Tedesco & J. Quayle (Orgs.), *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: *Atheneu*, 1997.
- _____. A grávida e suas indagações e as dúvidas do obstetra. Atheneu, 2000. (*Mestrado em Psicologia*). Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, Brasil. 2013. Acesso em: jul. 2024.
- VASCONCELOS, A. A. et al. Perfil das gestantes em situação de vulnerabilidade acompanhadas pela estratégia Trevo de quatro folhas, Sobral/CE. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, 19(3): 100-108, jul-set, 2017.
- VASCONCELOS, A. G.; NASCIMENTO, E. Teoria Motivacional do Coping: um modelo hierárquico e desenvolvimental. *Rev. Avaliação Psicológica*, v. 15, n. esp., p. 77-87, 2016.
- VICENTE, S. R. C. R. M. O impacto do diagnóstico de anomalia congênita : coping e indicadores emocionais maternos. 2013. *Dissertação (Mestrado em Psicologia)* - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Vitória, 2013.
- VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2014, v. 30, n. Suppl 1 [Acessado 14 Setembro 2024], pp. S85-S100. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>>. ISSN 1678-4464..

VIVIAN, A. G.; SILVA, A. S.; MARRONE, L. C. P. Perfil Sociodemográfico de Gestantes de Alto Risco Participantes de Grupo Interdisciplinar / Sociodemographic Profile of High-Risk Pregnant Women Participants in an Interdisciplinary Group. *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 6, n. 9, p. 71372–71379, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n9-544. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/17160>. Acesso em: jul, 2024.

WANDERLEY, H. et al. O enfrentamento do internamento hospitalar pela gestante de alto risco. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 23, n. 1, 345-352, 2022.

ZANELLO, V. Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação. 1. Ed. - Curitiba: *Appris*, 2018.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE

IDENTIFICAÇÃO: _____

NOME: _____

IDADE: _____ ESCOLARIDADE: _____

OCUPAÇÃO: _____ ESTADO CIVIL: _____

EM UNIÃO ESTÁVEL: sim () não ()

TEMPO DE RELACIONAMENTO: _____

COR/ETNIA AUTODECLARADA: _____

RELIGIÃO: _____ -

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____

Nº DE FILHOS _____

COM QUEM RESIDE: _____

RENDA INDIVIDUAL: _____

RENDA FAMILIAR: _____

DADOS CLÍNICOS OBSTÉTRICOS

Perda gestacional ou neonatal: _____

Realizou Pré-Natal: Sim () Não ()

Número de Consultas de Pré-Natal: _____

Antecedentes Clínicos Obstétricos (Comorbidades):

Gestação Atual (Comorbidades/ intercorrências):

Idade Gestacional _____

Data prevista do parto _____

APÊNDICE B- ENTREVISTA DE COPING

<i>PERGUNTAS INTRODUTÓRIAS</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Como você tem se sentido durante a gestação?
<i>Família 1: AUTOCONFIANÇA</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Você tem passado por situações estressantes neste período de gestação? Quais dessas situações você considera mais estressante? 2. Como você tem enfrentado no dia a dia?
<i>Família 2: BUSCA DE SUPORTE</i>
<ol style="list-style-type: none"> 3. Você busca ajuda para enfrentar suas dificuldades? Que tipo de ajuda? Qual ou quais formas de ajuda você considera mais importante nesse momento? 4. O que ou quem mais tem te ajudado a enfrentar os momentos difíceis? 5. Você compartilha seus sentimentos sobre *** com outras pessoas? Quem? Isso tem te ajudado? Como?
<i>Família 3: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS</i>
<ol style="list-style-type: none"> 6. Como você tem enfrentado no dia a dia?
<i>Família 4: BUSCA DE INFORMAÇÃO</i>
<ol style="list-style-type: none"> 7. Você vem buscando informações sobre *** (pensar as dificuldades)? Onde? Ter mais informações sobre **** te ajudaria de alguma forma?
<i>Família 5: ACOMODAÇÃO</i>
<ol style="list-style-type: none"> 8. Mesmo com essa dificuldade, como você tem levado a vida? 9. Você percebe que, mesmo diante dela, isso te traz algo positivo ?
<i>Família 6: NEGOCIAÇÃO</i>
<ol style="list-style-type: none"> 10. Diante de uma situação difícil, você busca alternativas para lidar com o problema? Se sim, de que forma?
<i>Família 7: DELEGAÇÃO</i>
<ol style="list-style-type: none"> 11. Frente a esses problemas, você geralmente espera que alguém tome uma atitude ou faça alguma coisa? 12. Você sonha e imagina um tempo melhor do que este que está vivenciando? Como você imagina esse tempo?
<i>Família 8: ISOLAMENTO</i>
<ol style="list-style-type: none"> 13. Frente a esse estresse, você tem evitado contato com familiares ou amigos? 14. Você tende a guardar seus sentimentos para si mesmo? Por quê? Como você se sente ao fazer isso?
<i>Família 9: DESAMPARO</i>

15. Frente a esses problemas, você geralmente espera que alguém tome uma atitude ou faça alguma coisa?
<i>Família 10: FUGA</i>
16. Você tentou ou tenta esquecer *** em algum momento? Em qual(is) momento(s)? 17. Você fica imaginando que algo poderia ter acontecido de forma diferente? Como você imagina?
<i>Família 11: SUBMISSÃO</i>
18. Você se culpa por algo que aconteceu ou que está acontecendo ? Você acha que poderia ter feito algo diferente? 19. Você deseja mudar a forma como você enfrenta essa situação?
<i>Família 12: OPOSIÇÃO</i>
20. Você acha que alguém é responsável ou culpado pelos problemas que você está passando? Como se sente em relação a isso? 21. Você costuma descontar seus problemas em outras pessoas? Quem são essas pessoas?

Elaborado a partir do estudo de Vicente (2013)

***Você deseja acrescentar algo sobre o que conversamos?**

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada,

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **Gestação, parto e puerpério: uma proposta psicossocial e sistêmica** sob a responsabilidade da professora Sibelle Maria Martins de Barros, de forma totalmente voluntária.

Este estudo foi proposto pela necessidade de se estudar a gravidez, o parto e o puerpério a partir de uma abordagem que considere fatores relacionados aos contextos sociais e relacionais das mulheres, como: trabalho estressante, desemprego, situação socioeconômica desfavorável, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, relacionamento conjugal insatisfatório, conflitos familiares, dentre outros. A maioria das publicações em Psicologia estudam apenas as questões individuais das mulheres, desconsiderando dificuldades e estressores cotidianos.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

Para a realização da pesquisa, pretende-se utilizar diferentes instrumentos, em três etapas. Na primeira etapa, serão utilizados como instrumento de coleta de dados uma ficha sociodemográfica e clínica, entrevista semiestruturada sobre estresse, Escala de Estresse Percebido (PSS-14) e a Escala de Ajustamento Diádico (EAD). Na segunda etapa, será

realizada uma entrevista semiestruturada, com o intuito de identificar as estratégias de enfrentamento das participantes.

Poderá haver desconforto emocional por parte das participantes da pesquisa, tendo em vista o tema em questão. Contudo, nesse caso, a participante poderá escolher interromper a coleta de dados e desistir de colaborar com o estudo, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde). Caso necessário, será oferecida uma escuta psicológica mediante interrupção ou desistência ou mesmo encaminhamento para psicoterapia na Clínica-Escola de Psicologia da UEPB. Esta pesquisa, por estar articulada a um projeto de extensão, também permitirá à equipe desenvolver o cuidado de forma mais alinhada às necessidades de saúde das participantes.

A pesquisadora, caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. A voluntária poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo. A participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução n°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.)

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Sibelle Maria Martins de Barros, através do e-mail: sibelle@servidor.uepb.edu.br. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone (83) 3315 3373, e-mail: cep@setor.uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente).

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa **Gestação, parto e puerpério: uma proposta psicossocial e sistêmica** e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

- () **DOU MEU CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAR DA PESQUISA**
 () **AUTORIZO A GRAVAÇÃO DA MINHA VOZ**
 () **NÃO AUTORIZO A GRAVAÇÃO DA MINHA VOZ**

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Participante

Assinatura da Pesquisadora

AGRADECIMENTOS

A graduação em Psicologia exige esforço, dedicação e amor de quem decide embarcar nessa jornada. Viver esse sonho só foi possível graças ao apoio e carinho de professores, familiares e amigos ao longo desses cinco anos. Assim, agradeço

Aos meus pais, Josineide Medeiros e Marconi Pinto, por serem fontes de amor, apoio e cuidado, e por nunca medirem esforços para me oferecer tudo o que estava ao seu alcance.

Aos meus irmãos Danielle e Dirceu por todo o apoio e afeto durante todos esses anos.

À Maria, minha papagaia, que me ensina todos os dias sobre o amor.

À minha família materna e paterna pelo incansável incentivo para continuar, e ser a primeira da família a se graduar em uma universidade pública.

Aos meus amigos de infância, Maria Luiza, Gabriela Soares, Ayslanne Santos, Alan Pereira e Aleksander Santos, por comemorarem comigo cada conquista como se fossem suas.

Aos amigos que fiz durante a graduação, Isadora Varela, Matheus Brasileiro e Liriel Thaís, por proporcionarem tantos momentos de alegria e ultrapassarem os muros da universidade sendo amigos para a vida.

À Lidiane Barbosa Genuíno, mestranda do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da UEPB, pela participação direta na categorização dos dados dessa pesquisa e, para além disso, por todo acolhimento, apoio e incentivo durante a escrita deste trabalho.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Sibelle Barros, pela orientação com sabedoria, paciência e incentivo, que foram fundamentais para meu desenvolvimento acadêmico e pessoal. Agradeço por acreditar em mim e por me guiar no caminho da pesquisa.

À todas(os) que fazem parte do Laboratório de Psicologia Da Saúde.

Aos professores e professoras do departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, responsáveis pela minha formação.

A banca examinadora, Prof. Thiago Fernandes Silva e Prof^a Dr^a Kathleen Vasconcelos, pela rica contribuição para esse trabalho,

À UBS Padre Rachid Ilo Bezerra e a todas as doze gestantes que contribuíram para esse trabalho de forma tão singular e por dedicarem seu tempo.

À Jesus Cristo, por sempre guiar os meus caminhos.

O meu mais sincero, Obrigada.