



Referência - Revista de Enfermagem

ISSN: 0874-0283

referencia@esenfc.pt

Escola Superior de Enfermagem de

Coimbra

Portugal

Rui Grilo Sousa, Maria; Lumini Landeiro, Maria José; Pires, Regina; Santos, Célia
Coping e adesão ao regime terapêutico

Referência - Revista de Enfermagem, vol. III, núm. 4, julio, 2011, pp. 151-160

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

.png, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239963005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Coping e adesão ao regime terapêutico

Coping and adherence to therapeutic regimen
Afrontamiento y adhesión al régimen terapéutico

Maria Rui Grilo Sousa*

Maria José Lumini Landeiro**

Regina Pires***

Célia Santos****

Resumo

Atualmente as doenças crónicas têm um grande impacto na saúde a nível mundial representando, nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, uma considerável sobrecarga económica dos serviços de saúde, constituindo um enorme desafio para os profissionais da área, no sentido de identificar novas estratégias de atuação.

Considerando a doença crónica como um evento *stressor*, a forma como ela é percebida pela pessoa (dependendo das suas representações de doença) e as estratégias que adota face à nova situação de saúde, influenciam os comportamentos de adesão e, consequentemente, o controlo da patologia, o que se poderá refletir no seu bem-estar e qualidade de vida.

Na perspectiva de ir ao encontro das necessidades de aprofundamento do estudo nesta área, o presente trabalho tem por objetivo a realização de uma revisão bibliográfica sobre a temática, permitindo uma análise e reflexão aprofundada sobre a problemática da doença crónica, os efeitos do estresse sobre a mesma, bem como, a influência das estratégias de coping na adesão.

Os estudos encontrados sugerem que estratégias de coping do tipo confrontativo, predominantemente focadas no problema, promovem a adesão ao regime terapêutico. Algumas variáveis sócio-demográficas poderão interferir no processo de *coping* adotado e, consequentemente, nos comportamentos de adesão.

Palavras-chave: coping; adesão terapêutica; doença crónica; adaptação.

Abstract

Currently chronic diseases have a large impact on global health representing, in developed and developing countries, a considerable economic burden on health services and constituting an enormous challenge for healthcare professionals when identifying new strategies for action.

Considering the chronic illness as a stressor event, how it is perceived by the person (depending on your illness representations) and the strategies they adopt to face the new situation of health, influencing the behavior of adherence and consequently the control of disease, which might reflect on their well-being and quality of life.

From the perspective of meeting the needs of further studies in this area, the present work aims at conducting a literature review on the subject, allowing a thorough analysis and reflection on the problem of chronic disease, the effect of stress on the same, and the influence of coping strategies on adherence.

Studies suggest that coping strategies of the confrontational type, predominantly focused on the problem, promote adherence to therapeutic regimens. Some socio-demographic variables can interfere with the coping process and thus with compliance behaviors.

Keywords: coping; therapeutic adherence; chronic disease; adaptation.

Resumen

Actualmente las enfermedades crónicas tienen un gran impacto en la salud a nivel mundial llegando a representar, en los países desarrollados y en vías de desarrollo, una considerable sobrecarga económica de los servicios de salud, por lo que constituyen un enorme desafío para los profesionales del área, en el sentido de identificar nuevas estrategias de actuación.

Considerando la enfermedad crónica como un evento estresante, la forma cómo esta es percibida por la persona (dependiendo de sus representaciones de enfermedad) y las estrategias que adopta ante la nueva situación de salud, influyen en los comportamientos de adhesión y consecuentemente en el control de la patología, que se podrá reflejar en su bienestar y su calidad de vida.

Para poder ir al encuentro de las necesidades de profundización del estudio en esta área, el presente trabajo se propone realizar una revisión bibliográfica sobre la temática, permitiendo un análisis y reflexión profundizada sobre la problemática de la enfermedad crónica, los efectos del estrés sobre esta, así como la influencia de las estrategias de afrontamiento en la adhesión.

Los estudios encontrados sugieren que las estrategias de afrontamiento del tipo enfrentativo, predominantemente enfocadas en el problema, promueven la adhesión al régimen terapéutico. Algunas variables sociodemográficas podrán interferir en el proceso de afrontamiento adoptado y, consecuentemente, en los comportamientos de adhesión.

Palabras clave: coping; adherencia terapéutica; enfermedad crónica; adaptación.

* Enfermeira Especialista em Enfermagem na Comunidade, Mestre em Educação, área de especialização de Educação para a Saúde e Doutoranda em Ciências de Enfermagem no ICBAS, Professora Adjunta na ESEP [mariarui@esenf.pt].

** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Mestre em Ciências de Enfermagem e Doutoranda em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Professora Adjunta na ESEP [lumini@esenf.pt].

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Mestre em Supervisão Clínica e Doutoranda em Enfermagem na UCP, Professora Adjunta na ESEP.

**** Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Mestre e Doutora em Psicologia da Saúde, Professora Coordenadora na ESEP.

Received for publication on: 11.08.10
Accepted for publication on: 12.02.11

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde as doenças crónicas constituem uma área de grande preocupação no panorama da saúde mundial, sendo responsáveis por grande parte da mortalidade e morbilidade observada nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. Além disso, estas serão a principal causa de incapacidade no mundo até 2020 e representarão a maior sobrecarga para os sistemas de saúde (World Health Organization, 2003).

Ribeiro (2005, p. 219) refere que “a emergência de uma doença crónica é um acontecimento não-normativo que constitui um poderoso agente *stressor*” e, como tal, implica que o indivíduo a integre na sua vida, procurando um equilíbrio entre as suas atividades diárias habituais e o controlo da doença. Quando este controlo ou equilíbrio não é conseguido, a pessoa experimentará emoções geradoras de estresse, habitualmente contínuo e de alta intensidade.

A forma como a pessoa lida com o estresse está dependente quer dos recursos de que dispõe, quer das estratégias de *coping* que adota, as quais dizem respeito “aos esforços cognitivos e de conduta que os indivíduos utilizam em circunstâncias específicas indutoras de estresse” (Serra, 2002, p. 371). *Coping* é definido como um esforço para responder a estímulos internos (reações emocionais ao acontecimento) ou externos (o próprio acontecimento) que são avaliados como negativos ou desafiantes. Se a resposta é direcionada para o evento externo estamos perante um tipo de *coping* focado no problema, se, por sua vez, ela é direcionada para as reações emocionais ou estado interno do indivíduo designa-se como *coping* focado na emoção. Durante este processo, as acções podem ser, simultaneamente ou alternadamente, dirigidas ao *stressor* interno ou externo (Maes, Leventhal e Ridder, 1996). Sendo o *coping* um processo intencional, permite que a pessoa domine a situação stressante de forma a libertar-se dos efeitos negativos, nomeadamente, a ansiedade e depressão (Ferreira, Pais Ribeiro e Guerreiro, 2003). O tipo de *coping* que a pessoa adopta reflete-se nos seus comportamentos de autocuidado e, portanto, na forma como ela gera a sua situação de saúde.

Sendo assim, comprehende-se que os aspectos inerentes à adesão ao regime terapêutico, principalmente, em situações de doença crónica, são de suma importância para os profissionais de saúde,

pois a não adesão é responsável pelo aumento da probabilidade do insucesso das terapêuticas, por complicações evitáveis, por aumento dos gastos com a saúde e aumento da morbilidade e mortalidade, principalmente, em pessoas idosas (World Health Organization, 2003). O enfermeiro surge como um importante agente facilitador da adaptação da pessoa à sua condição de saúde, visto ter uma relação de maior proximidade com a pessoa.

Com o objetivo de percebermos o que a evidência científica nos indica sobre a influência das estratégias de *coping* nos comportamentos de adesão ao regime terapêutico, procedemos a uma revisão da literatura recorrendo aos principais motores de busca como B-on, EBSCO Host, ELSEVIER, utilizando as palavras-chave: *coping*; estratégias de adaptação; crenças; e adesão. A pesquisa foi efectuada em Português e Inglês. Foram ainda consultadas as bases teóricas em livros de referência nesta área.

Revisão da Literatura

Tendo em conta a pesquisa efetuada, evidenciam-se alguns conceitos que se mostram fundamentais na compreensão da temática em análise, nomeadamente, a adaptação à doença, a representação cognitiva e emocional, as estratégias de *coping* e a sua influência na adesão ao regime terapêutico que passaremos a descrever.

Adaptação à doença

De modo a compreender de que forma as pessoas se posicionam sobre a sua saúde e se adaptam às alterações que nela ocorrem, existem alguns modelos que pretendem explicar os seus comportamentos face a situações de doença.

Dentro dos diferentes modelos de adaptação salientamos o *Illness Constellation Model*, de Morse e Jonhson 1991, cit. por Maes, Leventhal e Ridder (1996), que aborda quatro etapas no desenvolvimento psicológico perante uma doença.

A primeira etapa é denominada como *Incerteza* pois o doente tenta perceber o significado e a gravidade dos primeiros sintomas; a segunda, designada por *Rutura*, implica que o indivíduo tenha a consciência de que está afetado por uma doença (através do

diagnóstico ou estado da doença), apresentando altos níveis de estresse e dependência dos profissionais de saúde; a terceira etapa é referida como um *Esforço para recuperar o self*, existindo uma tentativa para controlar a patologia, através do suporte ambiental e da implementação de estratégias de *coping*; a última etapa, denominada *Recuperação do bem-estar*, reflete uma aceitação da doença e suas consequências e de um novo equilíbrio com o meio.

Através deste modelo verificamos que a adaptação à doença crónica depende de fatores como a avaliação que a pessoa faz do agente *stressor* (doença), a eficácia do tipo de *coping* utilizado e o suporte social recebido. Diferenças individuais também podem intervir na forma e intensidade com que o evento stressante é percecionado, bem como, na seleção das estratégias adaptativas. Leventhal *et al.* (1997) referem-se às reações iniciais face a uma condição crónica, reportando-se a uma série de respostas emocionais, mais ou menos comuns, que as pessoas expericiam e que se podem traduzir por *choque*, quando a pessoa se sente alheada da sua própria condição (sentindo-se mais observador do que participante); por *confílito*, na existência de pensamentos desorganizados e sentimentos de perda, raiva, desespero e impotência; e por uma fase designada de *retirada*, quando as pessoas tendem a usar estratégias de evitamento, com negação do problema e suas implicações. Esta retirada poderá permitir que o doente se resguarde e vá lentamente contactando com a realidade até que chegue a uma forma de ajustamento à doença (Franklin, 1975, cit. por Sarafino, 2002).

Representações de doença e *coping*

Partindo do pressuposto que uma doença representa um acontecimento negativo com possível impacto na integridade e bem-estar da pessoa, o valor dessa ameaça é definido com base nas representações de doença do indivíduo (Leventhal *et al.*, 1997). Os mesmos autores referem que as representações de doença são representações de ameaça que tanto influenciam o humor, como motivam para comportamentos que visam reduzir o potencial de ameaça da doença. Estas representações, vulgarmente designadas na literatura como “cognições de doença”, são as crenças implícitas de senso comum que a

pessoa tem sobre a sua patologia (Leventhal *et al.*, 1997).

O modelo de auto-regulação do comportamento, desenvolvido por Leventhal *et al.* (1997), centra-se nas crenças individuais sobre a saúde/doença e nas respostas às ameaças de doença, em que as crenças que a pessoa tem acerca dos sinais e sintomas, bem como, a sua interpretação, medeiam as respostas comportamentais perante a ameaça à sua saúde. Neste modelo, os conceitos teóricos de cognição de doença e as técnicas de resolução de problemas estão associados, permitindo explicar o comportamento de *coping* perante uma situação patológica em que o doente é activo na sua resolução de problemas.

De acordo com Leventhal *et al.* (1997), perante uma doença o indivíduo fica motivado para a resolver de forma a conseguir o seu estado de normalidade ou equilíbrio. Assim, desenvolve dois processos de resposta face à percepção que faz da situação: a *representação cognitiva da doença* com a implementação de estratégias de *coping* face a essas cognições e a *resposta emocional* através de estratégias de *coping* que interfiram no seu estado de humor. Dito de outra forma, a resposta à doença apresenta, normalmente, uma primeira etapa em que há uma *Representação cognitiva e emocional da ameaça à saúde ou Interpretação* na qual o indivíduo tenta atribuir um significado, um sentido ao problema, baseado nas cognições que ele tem acerca dessa condição. Essas cognições incluem as dimensões identidade, causa, duração, consequências e cura/controlo, sendo através delas que o indivíduo atribui o seu significado à doença. Em simultâneo, ocorrem também respostas emocionais que vão contribuir para o(s) tipo(s) de *coping* a adoptar. A segunda etapa é caracterizada pelo *desenvolvimento e implementação do plano de acção ou coping* em que o indivíduo identifica e seleciona as estratégias que lhe permitem adquirir o equilíbrio físico e emocional. Este conjunto de estratégias de *coping* pode estar mais focado na resolução dos problemas (*coping* de aproximação) ou na negação desses mesmos problemas (*coping* de evitamento). Por fim, na última etapa, o indivíduo procede à *ponderação ou avaliação do resultado do plano de acção*, verificando se as estratégias de *coping* utilizadas permitem que ele se adapte à sua nova condição, mantendo o máximo de bem-estar possível (Figura 1).

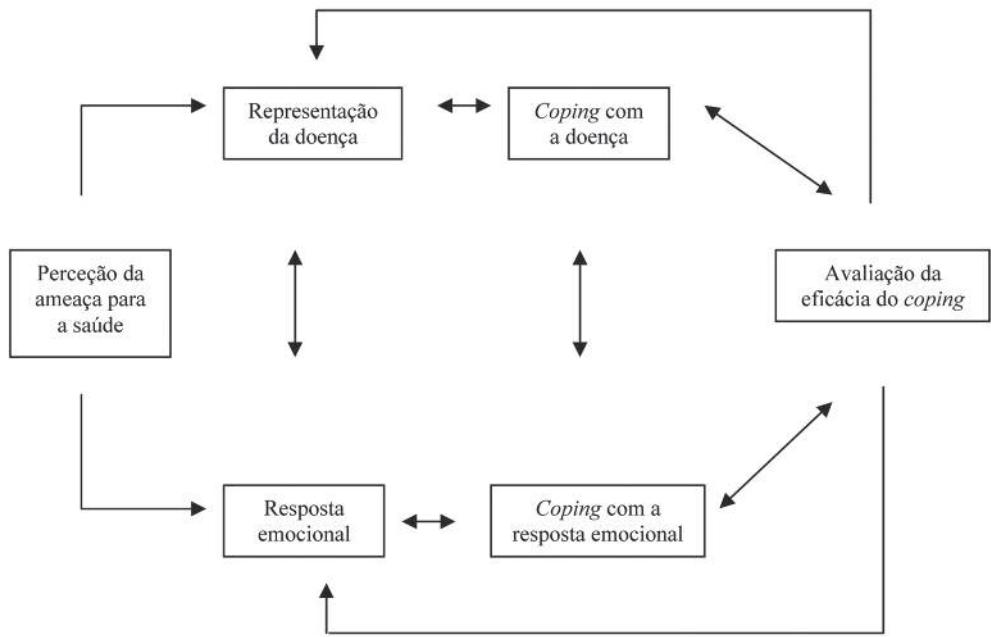


FIGURA 1 – Modelo de Leventhal de Representação e *Coping* com a doença
(adaptado de Leventhal *et al.*, 1997)

Estes processamentos ou etapas visam o desenvolvimento de estratégias de forma a reduzir a angústia e a controlar a doença. O sistema acontece em paralelo e é recursivo, pois a eficácia de cada procedimento é reavaliada e, consecutivamente, as estratégias poderão ser alteradas sempre que necessário.

Embora os fatores psicológicos sejam importantes, Leventhal *et al.* (1997) também alertam para a importância que os factores sociais e culturais têm, quer nos processos de avaliação ou apreciação, quer nos comportamentos escolhidos para lidar ou controlar a situação. Petrie e Weinman (1997) também referem que fatores de natureza socio-demográfica (idade, género, nível sócio-económico e educacional, número de elementos do agregado familiar, acesso a cuidados de saúde), fatores de natureza psicológica (emocionais e cognitivos), fatores de natureza situacional (influência interpessoal dos pares e família) e fatores relacionados com a percepção dos sintomas, podem interferir na adoção de determinados comportamentos.

Maes, Leventhal e Ridder (1996) referem que crenças acerca da falta de controlabilidade de uma doença estão relacionadas com o *coping* de evitamento, centrado na emoção; que as crenças acerca da

modificabilidade estão relacionadas com estilos de *coping*, mais orientados para a resolução dos problemas; e que as crenças acerca da ambiguidade dos resultados estão relacionadas com formas passivas de *coping*, centrado na emoção. Compreende-se, assim, que a referência que o indivíduo tem da doença (influenciado por crenças do contexto social, com a aceitação ou não da doença e dos comportamentos de doença) influencie na adoção de tipos de *coping* (Bennett, 2002). Esta referência da doença resulta de esquemas cognitivos que integram esquemas pré-existentes, nomeadamente, as crenças relacionadas com o tratamento, com a competência e confiança nos profissionais de saúde, com o *locus* de controlo na saúde e acerca das próprias competências da pessoa em lidar com a situação (Bennett, 2002).

Maes, Leventhal e Ridder, (1996) propõem, ainda, um modelo (Figura 2) que relaciona as representações de doença com as estratégias de *coping* adoptadas e que vem, de certo modo, colmatar algumas das falhas encontradas no modelo original de Lazarus que não contemplava conceitos relacionados com as características da doença, bem como, a influência de factores externos e ambientais, como por exemplo, o suporte social. No entanto, este assenta em recentes transformações que Lazarus (2000) acrescenta ao

seu modelo, nomeadamente, as intenções e metas a atingir, bem como, contributos de outros autores. Assim, perante um agente *stressor*, como uma doença crónica, a pessoa avalia a situação tendo em conta alguns fatores como as características da doença e tratamento, os acontecimentos de vida relacionados com a doença e as características sócio-demográficas. Esta avaliação tem também em consideração as exigências pessoais e metas a atingir, bem como, os recursos externos (tempo, suporte dos profissionais

de saúde, suporte social, recursos económicos, entre outras) e os recursos internos (inteligência, características da personalidade, resiliência, *locus* de controlo, entre outras). Tendo em conta estas variáveis, o indivíduo empreende estratégias de *coping* que, por sua vez, terão consequências a vários níveis (físico, psicológico e social). A percepção dessas consequências determinará a efetividade dessas estratégias (Santos, 2006).

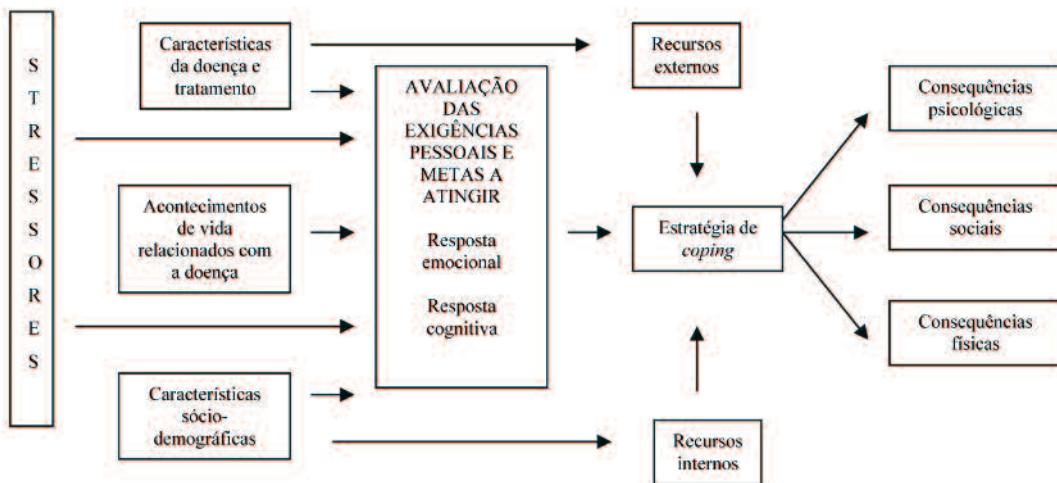


FIGURA 2 – Modelo de *coping* na doença crónica (adaptado de Maes, Leventhal e Ridder, 1996)

As estratégias de *coping* utilizadas podem ser várias e usadas em simultâneo, dependendo, entre outras, da natureza, estádio, etiologia e crenças acerca da doença. Tanto as estratégias de *coping* centradas no problema, como as estratégias de *coping* centradas nas emoções, podem ser eficazes na redução do estresse e da angústia (Bennett, 2002, p. 103). Aliás, o facto de predominar um tipo de *coping* pode atuar de forma contraditória, isto é, um *coping* ativo, focado na resolução de problemas de forma a controlar a doença pode diminuir o bem-estar mental dessa pessoa. Compreende-se, assim, que perante uma situação de doença iminente (ex. nódulo na mama) a mulher opte por não procurar ajuda médica devido ao medo de se confrontar com uma situação ameaçadora. Este tipo de estratégia focada na emoção (medo), e não na resolução do problema (procurar saber o diagnóstico), é comumente observada pelos profissionais de saúde e como que incomprendida por parte destes. Porém, Holahan e Moss 1987, cit. por Martins (2006), referem estudos

que demonstraram uma associação positiva entre o *coping* de evitamento e mal-estar psicológico. Este tipo de *coping*, segundo os autores, também poderá estar relacionado com complicações futuras (*ibidem*). As estratégias de *coping* mais confrontativas poderão ser facilitadoras da adaptação a uma nova condição de saúde. Um estudo desenvolvido por Lobão *et al.* (2009) em pessoas com ostomia revelou que a adoção de estratégias de *coping* focadas no problema (procura de informação sobre novos materiais) foi facilitadora no processo de aceitação do estado de saúde.

No entanto, Sinzato e colaboradores 1985, cit. por Bennett (2002), verificaram que os diabéticos que utilizavam estratégias de *coping* ativas, focadas no controlo da sua doença, experienciavam pior bem-estar e maiores níveis de ansiedade e depressão, do que aqueles que usavam estratégias de *coping* passivas ou de evitamento. Deste modo, “*evitar a angústia associada a tarefas adaptativas muito exigentes pode ajudar a manter o equilíbrio emocional*”,

embora com possíveis complicações futuras da doença" (Bennett, 2002, p. 103). Assim, em doenças que representem uma ameaça muito elevada, exigindo uma reavaliação do indivíduo e o meio (ex. cancro com metástases), o tipo de *coping* focado nas emoções pode ser o mais utilizado. Pelo contrário, nas situações em que as ameaças são percecionadas como menores e com maior controlo (ex. asma e diabetes), as estratégias de *coping* mais ativas poderão ser as mais adotadas (Maes, Leventhal e Ridder, 1996). Esta ideia é corroborada por Lazarus (2000) que acrescenta o facto de estes processos poderem ser compatíveis, pois sendo o *coping* o processo mediador da resposta emocional à situação geradora de stresse, tanto o *coping* focado no problema, como o *coping* focado na emoção, têm como fim último o restabelecimento do estado emocional.

Coping e adesão ao regime terapêutico

Neste âmbito, interessa refletir de que forma as estratégias de *coping* adotadas interferem na adesão ao regime terapêutico.

De um modo global, podemos dizer que as doenças crónicas são instáveis ao longo da sua evolução, podendo ter períodos de exacerbação ou remissão dos sintomas. Aliás, a mesma doença ao longo do ciclo vital pode ser percecionada de diferente modo pelo mesmo indivíduo, levando-o a lidar com ela de formas diversas e, consequentemente, a aderir mais ou menos às indicações terapêuticas. Variáveis pessoais, familiares e sociais poderão influenciar a representação de doença, o tipo de *coping* e, por conseguinte, a adesão.

Alguns estudos sugerem que, embora a maioria dos doentes se adaptem à sua doença crónica, não referindo maiores níveis de stresse e diminuição de bem-estar, relativamente às pessoas saudáveis, parece haver exceção nas fases iniciais e terminais da doença (Maes, Leventhal e Ridder, 1996).

Moos (1982) refere algumas estratégias que o indivíduo poderá encetar para lidar com a sua doença, e que poderão estar mais ou menos relacionadas com diferentes níveis de adesão ao regime terapêutico. Numa fase inicial da patologia, a pessoa pode negar ou minimizar a seriedade da doença, separando o lado clínico do lado emocional, de forma a ter tempo para

entender o que lhe está a acontecer. Neste momento será esperável que, se as recomendações terapêuticas forem muito complexas e intrusivas na sua vida, os níveis de adesão venham a ser baixos, até porque em situações de bastante ansiedade as pessoas não estão disponíveis para receber muitas informações e instruções acerca de novos comportamentos. Beeney e colaboradores 1996, cit. por Bennett (2002), verificaram que num grupo de diabéticos recém-diagnosticados, mais de metade referiram ter sido angustiante o contacto com o diagnóstico e um quarto da amostra expressou a necessidade de apoio emocional, sugerindo um *coping* centrado na emoção. No entanto, outras estratégias como procurar informação sobre a doença e tratamento, e aprender a lidar com ela; traçar objectivos concretos e limitados, tentando manter as suas rotinas habituais; recrutar suporte instrumental e emocional através da sua família e amigos; perspetivar alguns acontecimentos e situações stressantes futuras, de modo a estar preparado para as dificuldades que possam surgir, e encontrar uma perspetiva regulável sobre a sua saúde, atribuindo significados às suas experiências e traçando objectivos a longo prazo, estão relacionadas com o predomínio do *coping* mais focado na resolução do problema e, portanto, esta predisposição para controlar a doença, perspetiva níveis de adesão mais elevados.

Fatores sócio-demográficos, como a idade, também podem interferir nas estratégias de *coping* e na adesão. Numa entrevista a jovens diabéticos que frequentavam a escola, Balfe (2007) constatou que estes integravam perfeitamente a sua doença nos seus estilos de vida. Isto era possível porque estes jovens continuaram no mesmo lugar e com o mesmo grupo de amigos durante anos, o que levou a que a diabetes fosse encarada como uma rotina e não como um problema. Só que para estes jovens a mudança para a universidade afastou-os deste suporte social e estrutural. A universidade apresentava-se como um novo lugar com novas pessoas e, como tal, eles tiveram que mostrar que se adaptam a uma nova realidade. Como o consumo de álcool parece assumir importância na vida estudantil universitária, os jovens diabéticos também correm esse risco para construir a sua identidade, como estudantes universitários, isto é, para responderem a uma nova identidade social desejada. Isto sugere que os jovens com doença crónica estão preocupados com o risco de desaprovação e

rejeição dos outros (Balfe, 2007). Assim, adolescentes com doenças crónicas estão muito sensíveis a assumir as normas do grupo. A modificação do contexto social poderá ser determinante nos comportamentos de adesão, especialmente em determinadas idades, pois, frequentemente, os jovens tendem a repetir os mesmos comportamentos dos seus pares (mesmo que representem um comportamento de risco e um desvio ao regime terapêutico aconselhado), de forma a sentirem-se integrados (Charmez, 1983, cit. por Balfe, 2007).

Relativamente à influência do género no tipo de estratégias de *coping* adoptadas, embora alguns estudos sugiram que os homens privilegiam as estratégias de *coping* focadas no problema, enquanto as mulheres desenvolvem estratégias mais focadas na emoção (Sarafino, 2002), quando ambos os sexos têm o mesmo nível de educação, essas diferenças nas estratégias adotadas face a um evento stressante parecem não se verificar (Greenglass e Noguchi, 1996, cit. por Sarafino, 2002).

Outras variáveis interferem também nos tipos de *coping* adotados. Duangdao e Roesch (2008) desenvolveram uma meta-análise, com base em 21 estudos sobre diabéticos, em que os resultados apresentados mostraram que as pessoas com diabetes têm o dobro da probabilidade de ter depressão (mais as mulheres que os homens). Este facto impede-as de realizar as suas atividades diárias, o que se reflete na qualidade de vida, na adesão ao regime terapêutico e no controlo da glicémia. Assim, os resultados estatísticos encontrados nos diabéticos que utilizam estratégias de *coping* de evitamento e focado na emoção, sugerem uma adaptação deficitária que está relacionada com a depressão e ansiedade, assim como, com o aumento dos níveis glicémicos. Os diabéticos que têm estratégias de *coping* focadas no problema, têm diminuição dos níveis de glicose, tendo por isso maior controlo glicémico. Estas pessoas apresentam menos depressão e ansiedade. Estas diferenças de género podem, em parte, ser explicadas pelo facto de ter sido encontrado na mulher um perfil mais desfavorável, em termos de representações cognitivas, e que está relacionado com o facto de haver uma tendência para que estas sejam mais propensas a distúrbios de humor, que interferirá na forma como elas percecionam a sua doença. Sousa (2003) constatou que as mulheres diabéticas se apresentavam mais pessimistas em

relação à sua doença, evidenciando emoções mais negativas e percecionando piores consequências que os homens. Contudo, a associação do género a um tipo de estratégia de *coping* tem encontrado resultados opostos. Na tentativa de perceber como é que a mulher interpretava, se adaptava e geria os sintomas relacionados com a doença crónica, O'Neill e Morrow (2001), embora indo ao encontro da literatura que sugere que as mulheres, habitualmente, referem mais sintomas que os homens, verificaram que estas parecem usar um *coping* de confrontação, sendo menos propensas a adotar um *coping* de evitamento, mesmo perante uma doença séria e debilitante. Porém, o inverso se passaria face a uma doença assustadora ou com consequências a nível funcional. A este propósito, Burke e Flaherty (1993, cit. por O'Neill e Morrow, 2001) encontraram o predomínio de estratégias de evitamento num grupo de mulheres idosas com artrite reumatóide, estando este tipo de *coping* associado a piores resultados em saúde. No entanto, em doentes oncológicas, Santos (2006) verificou que, embora após os primeiros meses de diagnóstico estas tenham adoptado estratégias de tipo desânimo/fatalismo, com o decorrer da doença, passaram a optar por estratégias de confrontação ou aceitação. Entretanto, alguns estudos apontam para que as mulheres mobilizem mais facilmente o suporte social, recorrendo mais frequentemente aos serviços de saúde. Parece, assim, inconsistente o papel do género no tipo *coping* adotado.

O apoio social parece ser um dos fatores psicossociais que mais influencia na adesão (Bennett, 2002; Sarafino, 2002), pois poderá ajudar a pessoa a gerir o seu equilíbrio emocional de modo a manter o seu funcionamento face a uma situação de crise. Esta gestão do equilíbrio não é realizada somente pela pessoa afetada pela doença, mas também pelos elementos da sua família. De facto, face a uma doença, a família tende também a procurar o equilíbrio mantendo a sua dinâmica a mais próxima possível do habitual. Este padrão “... *funciona como elemento protetor, favorecendo a resposta adaptativa ao stresse e [...] é expresso por um conjunto de ações que integram rotinas, tradições e celebrações habituais que dão estabilidade, harmonia e significado à forma de viver*” (Martins, 2006, p. 77). A autora, citando McCubbin e McCubbin (1993), refere que os recursos familiares integram capacidades, forças, potencialidades, estratégias e

comportamentos de *coping* que a família mobiliza para fazer face à situação de doença e podem ser desenvolvidos em grupo, ou individualmente, pelos seus membros. O conhecimento, a inteligência, a educação, a experiência e os traços de personalidade que influenciam o *coping*, como a auto-estima, o senso de humor, a mestria e a saúde física e mental, são considerados recursos pessoais. A coesão, a adaptabilidade, a organização familiar, a atitude positiva face ao problema e a robustez são considerados recursos familiares (*ibidem*). Santos (2006) aponta para esta correlação entre os estilos de *coping* adotados por doentes oncológicos e sua família quando verificou no seu estudo que tanto os doentes como os familiares optaram, preferencialmente, por estratégias mais adaptativas.

Numa meta-análise desenvolvida por Hocking e Lochman (2005), algumas pesquisas sugerem que as estratégias de *coping* utilizadas pelos pais são, frequentemente, seguidas pelas crianças: Gil e colaboradores, num estudo desenvolvido em 1991, verificaram que pais com estilos de *coping* mais ativos, evidenciando maiores comportamentos de adesão têm, igualmente, filhos mais ativos e colaborativos; Thompson e colaboradores também encontraram resultados semelhantes em 1999, em que mães cujos filhos apresentavam problemas de adaptação à doença mostravam níveis elevados de ansiedade e depressão, comparativamente às mães com filhos sem problemas de adaptação. Parece, então, que uma adaptação pobre por parte da mãe, com um predomínio de estratégias de *coping* paliativas (*coping* focado na emoção, no evitamento, com sentimentos de culpa), poderá influenciar negativamente a própria adaptação da criança com consequências a nível da adesão. Um ambiente familiar coeso é referido por Kiewer e Lewis (cit. por Hocking e Lochman, 2005) como preditor nas estratégias de *coping* mais ativas e portanto mais focadas na resolução do problema. Outro estudo recente encontrou uma associação entre o envolvimento e adaptação da mãe e a adesão e controlo metabólico da diabetes em crianças no início da adolescência. Os autores encontraram uma associação positiva entre o envolvimento e adaptação da mãe com bons níveis de adesão e melhor controlo metabólico nos adolescentes com diabetes (Wiebe *et al.*, 2005).

Embora a literatura aponte para que as variáveis sociais e psicológicas possam interferir no tipo de

estratégias de *coping* adotadas, bem como, na adesão às recomendações terapêuticas (Hocking e Lochman, 2005), os investigadores sugerem alguma cautela na avaliação das situações pois, para além de múltiplos estudos padecerem de muitas limitações, estas variáveis estão, por sua vez, dependentes de muitas outras que interagem entre si de diferentes modos, em diferentes contextos.

Parece, no entanto, consensual que as estratégias de *coping* de tipo ativo (focado no problema) favorecerão os níveis de adesão, pois estarão mais relacionadas com situações percecionadas pela pessoa como controláveis, enquanto que as estratégias de *coping* mais passivas (focadas na emoção) estarão associadas a um pior ajustamento psicológico e, como tal, a uma baixa adesão ao regime terapêutico (Santos, 2006).

Esta multiplicidade de fatores que interagem de variadas formas, torna-se um desafio permanente na investigação científica para o profissional de saúde que tenta promover a adesão. Desta forma, o acompanhamento da pessoa no seu processo adaptativo ao longo da doença exige que o profissional de saúde esteja sistematicamente atento e intelectualizado do significado daquela doença, naquele momento, para aquele indivíduo, bem como, do tipo de *coping* utilizado. O contexto familiar e social também deverá merecer especial atenção. Desfocar a atenção das características médicas da doença para a focar na percepção individual do doente, pode representar um passo importante na compreensão do seu comportamento e na implementação conjunta de estratégias que possam promover a adaptação do indivíduo à sua doença e a adesão ao regime terapêutico aconselhado.

Conclusão

A realização desta revisão de literatura vem demonstrar a relação que existe entre o modo como as pessoas lidam com as situações de estresse e a adoção de comportamentos promotores de saúde.

De um modo geral, vários estudos apontam para que a existência de muitas alterações de vida aumente a vulnerabilidade à doença. No entanto, o mesmo acontecimento pode ser vivenciado ou não como agente *stressor*, dependendo da pessoa que o avalia e resultante da interação que ocorre entre esta e o seu meio ambiente. Sendo o *coping* entendido como

um esforço para responder a estímulos (internos ou externos) que são avaliados como negativos ou desafiantes, encontramo-nos, não perante uma resposta instintiva ao problema, mas sim na presença de um processo intencional da pessoa para se adaptar a uma nova situação. O indivíduo assume, então, um papel ativo na resolução dos seus problemas, com vista a reduzir sentimentos de angústia e a aumentar o controlo da doença.

Embora de forma pouco consistente, as variáveis sócio-demográficas parecem influenciar as estratégias de *coping* adotadas. Relativamente ao género, alguns dos estudos referem que as mulheres são mais propensas a distúrbios de humor, elegendo preferencialmente o *coping* focado na emoção, principalmente se numa fase inicial da doença, esta é percepcionada como bastante ameaçadora. A idade também parece influenciar as estratégias adotadas, sobretudo, nos jovens, pois estes têm tendência a seguir o comportamento dos seus pares. O contexto social é também identificado como um dos aspectos que poderá determinar o modo como as pessoas reagem a determinadas situações stressantes.

Verifica-se que as estratégias de *coping* adotadas interferem diretamente nos comportamentos de adesão. Os estudos sugerem que estratégias de *coping* do tipo ativo (focadas no problema) estarão relacionados com maiores níveis de adesão, enquanto que as do tipo mais passivas (focadas na emoção), estarão associadas a menores níveis de adesão.

O stresse, as estratégias de *coping* e a adaptação à doença, especialmente no que respeita à doença crónica, são aspetos que estão fortemente interligados e que influenciam, e são influenciados, pela adesão ao regime terapêutico.

Neste sentido, perceber a forma como as estratégias de *coping* interferem no contínuo saúde/doença, permite-nos aumentar o conhecimento e a *performance* nesta área de intervenção, ajudando as pessoas a aperfeiçoar as suas competências de *coping*, bem como, a melhorar os seus comportamentos de autocuidado.

Referências bibliográficas

- BALFE, M. (2007) - Alcohol, diabetes and the student body. *Health, Risk & Society*. Vol. 9, nº 3, p. 241-247.
- BENNETT, P. (2002) - *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa : Climepsi Editores. (Manuais Universitários).
- DUANGDAO, K. ; ROESCH, S. (2008) - Coping with diabetes in adulthood: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 31, nº 4, p. 291-300.
- FERREIRA, T. ; PAIS-RIBEIRO, J. ; GUERREIRO, M. (2003) - Estudo de adaptação da escala "Coping with Health Injuries and Problems" em pessoas com doença das artérias coronárias. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. Vol. 6, nº 2, p. 24-36.
- HOCKING, C. ; LOCHMAN, J. (2005) - Applying the transactional stresse and coping model to sickle cell disorder and insulin-dependent diabetes mellitus: identifying psychosocial variables related to adjustment and intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*. Vol. 8, nº 3, p. 221-246.
- LAZARUS, R. (2000) - Evolution of a model of stress, coping and discrete emotions. In RICE, V., ed. lit. - *Handbook of stress, coping and health: implication of nursing research, theory and practice*. London : Sage Publication. Cap. 9, p. 195-222.
- LEVENTHAL, H. [et al.] (1997) - Illness representation: theoretical foundations. In PETRIE, K. ; WEINMAN, J., ed. lit. - *Perceptions of health and illness: current research & applications*. Singapore : Harwood Academic Publishers. p.19-46.
- LOBÃO, C. [et al.] (2009) - Aceitando o contra-natura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia. *Referência*. Série 2, nº 11, p. 23-36.
- MAES, S. ; LEVENTHAL, H. ; RIDDER, D. (1996) - Coping with chronic diseases. In ZEIDNER, M. ; ENDLER, N., ed. lit. - *Handbook of coping: theory, research, applications*. New York : John Wiley. p. 221-251.
- MARTINS, T. (2006) - *Acidente vascular cerebral. Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra : Formasau.
- MOOS, S. (1982) - Coping with health crises. In MOSS, S. R., ed lit. - *Handbook of clinical health psychology*. New York : Theodore Millon. p. 129-151.
- O'NEILL, E. ; MORROW, L. (2001) - The symptom experience of women with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 33, nº 2, p. 257-268.
- PETRIE, K. ; WEINMAN, J. (1997) - Perceptions of health & illness. In PETRIE, K. ; WEINMAN, J. ed. lit. - *Perceptions of health and illness. Current research & applications*. Singapore : Harwood Academic Publishers. p. 1-17.
- RIBEIRO, J. (2005) - *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra : Quarteto.
- SANTOS, C. (2006) - *Doença oncológica – representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente e família*. Coimbra : Formasau.
- SARAFINO, E. (2002) - *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. 4^a ed. New York: John Wiley.
- SERRA, A. (2002) - *O stresse na vida de todos os dias*. 2^a ed. Coimbra : Edição Adriano Vaz Serra.

SOUZA, M. (2003) - Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2 [Em linha]. Braga : Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Tese de mestrado. Disponível em WWW:<URL: <https://repositorium.sclum.uminho.pt/handle/1822/668-23k>>.

WIEBE, D. [et al.] (2005) - Children's appraisals of maternal involvement in coping with diabetes: enhancing our

understanding of adherence, metabolic control, and quality of life across adolescence. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol. 30, nº 2, p. 167-178.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003) - Adherence to long-term therapies: evidence for action. Meeting report [Em linha]. [Consult. Mar. 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf>.