

Estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama

MARGARIDA VARELA (*)

ISABEL LEAL (**)

INTRODUÇÃO

A elaboração de uma definição de *coping* universalmente aceite tem-se revestido de dificuldades várias. Apesar de décadas de contributos teóricos e empíricos decisivos para o estudo desta área do saber, a definição de *coping* nunca foi tarefa fácil e mais difícil se tornou com o ecletismo de abordagens, constructos e medidas que surgiram. De resto, Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor e Falke (1992, p. 80) são claros e inequívocos ao afirmarem que, historicamente é possível verificar que “*has been a lack of consensus on the particular dimensions of coping behavior and how to measure these dimensions*”.

Lazarus e Folkman (1984) foram os autores que formularam a definição de *coping* mais referida na literatura. Para estes autores o *coping* diz respeito ao conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que permitem gerir as exigências específicas, internas ou externas, que são percebidas

como penosas ou como estando para além dos recursos do indivíduo.

Sendo que as estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos, numa determinada situação, não permitem prever as estratégias de *coping* empregues em futuras vicissitudes. Para além de que, caso o indivíduo enfrente simultaneamente diferentes fontes de stress as várias tarefas adaptativas vão requerer a aplicação de diferentes estratégias de *coping*.

De acordo com Lazarus e Folkman (1984) é o processo de avaliação cognitiva que vai determinar o potencial stressante de uma situação, assim como, os recursos de *coping* necessários para lidar com esta. Neste processo de avaliação é possível identificar dois momentos; a avaliação primária e a avaliação secundária. Na avaliação primária, o sujeito determina o significado que o acontecimento pode ter no seu bem-estar. Na avaliação secundária, o indivíduo avalia os recursos disponíveis para lhe fazer frente.

Foram identificadas duas funções do *coping*, a saber: o *coping* que permite o controlo das emoções e o que permite a resolução do problema (Lazarus & Folkman, 1984).

O *coping* que permite o controlo das emoções é utilizado, geralmente, quando nada pode ser feito para alterar a ameaça ou o perigo. Logo, a alternativa é diminuir o desconforto emocional e

(*) Departamento de Psicologia, Instituto Piaget, Almada, Portugal. E-mail: margaridavarela@gmail.com

(**) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. E-mail: ileal@ispa.pt

o sofrimento, recorrendo-se à fuga, ao distanciamento do problema, à atenção selectiva e à desvalorização dos acontecimentos negativos. Tratam-se de estratégias que permitem a manutenção da esperança e do optimismo, assim como, possibilitam negar os factos e as implicações dos mesmos, para não reconhecer o pior, para agir como se nada tivesse acontecido.

As estratégias de *coping* que viabilizam a resolução dos problemas são utilizadas quando os acontecimentos são percebidos como passíveis de serem controlados pelo próprio. São estratégias que se centram na análise e definição do problema, criação de soluções, avaliação de custos e benefícios de cada uma das soluções e por fim, a escolha da melhor estratégia.

As estratégias de *coping* orientadas para as emoções e para a resolução de problemas surgem geralmente associadas, verificando-se que o *coping* orientado para as emoções ocorre imediatamente após os acontecimentos e é gradualmente substituído por estratégias que visam a resolução do problema.

As estratégias de *coping* não são em si mesmas adequadas ou inadequadas, eficientes ou ineficientes. A eficácia do *coping* deve-se ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que origina o desconforto. As estratégias de *coping* utilizadas têm que ir ao encontro dos valores, objectivos, convicções e estilos de *coping* do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

Nenhuma estratégia deve ser considerada melhor ou pior que outra; estas são avaliadas em função das características e recursos do indivíduo, embora a negação e a fuga possam ser ineficazes por não resolverem o problema, têm valor adaptativo quando nada pode ser feito para aliviar o desconforto que a situação provoca. Para além de que são relativamente eficazes numa fase inicial de confronto com o acontecimento stressante, mesmo quando este pode ser alterado. Contudo, quando utilizadas de forma crónica podem ser um factor de risco para respostas adversas (Stroebe & Stroebe, 1999).

COPING E DOENÇA

Rowland (1989b) considera que aplicado à doença o *coping* refere-se ao padrão que emerge em resultado do estilo de *coping* pessoal, comportamento,

cognição e percepções empregues para manter o equilíbrio face à doença.

Já para Kann (1995), o *coping* face à doença diz respeito ao conjunto de processos utilizados para reduzir as ameaças à integridade individual e conservar o equilíbrio emocional. Se o diagnóstico for percebido como ameaçador para a manutenção do auto-conceito e estilo de vida, o doente, geralmente, actua de forma a reduzir a ameaça ou utiliza mecanismos que minimizam os efeitos emocionais desta, negando a condição actual, ou negando a sua importância.

Moos e Tsu (1977; cit. por Kann, 1995) consideram que fazem parte do processo de *coping* processos intra-psíquicos, que permitem retirar a ameaça não manobrável da situação de doença, até ao momento em que o indivíduo consegue lidar com ela realisticamente. Estes autores perspectivam as repercussões psicossociais da doença física à luz da teoria da crise, que analisa o impacto da rotura de níveis pré-estabelecidos de funcionamento social e pessoal, assim como, os esforços e tentativas para alcançar um novo equilíbrio.

Ao adoptar-se a noção de crise está a valorizar-se a mudança e o stress envolvidos no processo. Contudo, "... stress não implica necessariamente sofrimento ou níveis de funcionamento mais baixos. Implica sim, sempre, necessidade de reorganização. E, se ultrapassado (...) pode permitir, pelo contrário, o acesso a níveis de funcionamento superiores, no sentido da resolução de anteriores problemas desenvolvimentais e organização de constelações intrapsíquicas e relacionais mais complexas e gratificantes" (Canavarro, 2001, p. 37).

Depreende-se que a doença funciona como uma situação incomum e extrema que conduz a um estado de crise. A forma como se irá efectuar a reorganização depende em grande medida das estratégias de *coping* utilizadas (Santos, 2004).

Leventhal, Maes e Ridder (1996) propõe um modelo de *coping* adaptado à doença crónica. Segundo o qual, o processo de avaliação não é só delimitado por características do evento, mas também pelos objectivos de vida e valores do próprio indivíduo.

Para Carlson, Lewis e Sperry (1993) na situação de doença, o indivíduo deverá ser capaz, em primeiro lugar, de lidar com os aspectos físicos do problema. Para além de ter de encontrar estratégias, para lidar com a angústia, o desconforto e a impotência, assim como, manter-se adaptado. Desta

forma, torna-se imperioso a utilização de estratégias que permitam lidar com a perda de saúde, perda das capacidades físicas e perda de certeza quanto ao futuro.

O *coping* eficaz permite a resolução do distúrbio associado à ameaça ou perda, preserva a integridade física do indivíduo, ajuda a manter as relações e o desempenho dos diferentes papéis, assim como, a manutenção de um auto-conceito positivo (Kann, 1995), permite a manutenção do stress em níveis toleráveis, mantém a auto-estima, assim como, as relações com pessoas significativas, ampliando as perspectivas de recuperação das funções corporais, aumentando a probabilidade de gerar uma situação pessoal valorizada e socialmente aceitável após a recuperação física máxima (Rowland, 1989b). Como mecanismo adaptativo, o *coping* alerta os doentes para a necessidade de procurar cuidados médicos aquando do surgimento de nova sintomatologia ou aquando da exacerbação da existente, ajuda-os a antecipar os stressores associados à doença e mobiliza formas de resolução dos problemas e outras estratégias para lidar com os stressores identificados (Kann, 1995).

Já o *coping* mal adaptativo prende-se com situações em que o tratamento essencial não é seguido pelo paciente ou não é concretizável devido ao estado emocional deste; a estratégia de *coping* é geradora de mais stress que a própria doença; impedindo a realização de actividades de vida diária ou conduzindo ao abandono dos recursos habituais de gratificação pessoal; amplifica os sintomas psíquicos perdendo o papel de alerta, podendo mesmo originar sintomas físicos que tornam difícil o diagnóstico diferencial entre estes e os da doença propriamente dita (Kann, 1995).

Santos (2004) refere que as estratégias de *coping* parecem modificar-se ao longo do tempo, contudo verifica-se que as pessoas podem tornar-se menos transtornáveis e empregar menos estratégias de *coping*, se aprenderem quais as estratégias que resultam numa determinada situação.

Para Aspinwall e Taylor (1992) os indivíduos escolhem as estratégias de *coping* que consideram adequadas para o acontecimento. Desta forma, os indivíduos tendem a utilizar estratégias de *coping* orientadas para a resolução de problemas quando avaliam que o stressor pode ser controlado e utilizam estratégias que permitem o controlo das emoções quando o stressor surge como inacessível ao domínio directo.

Em situação de doença verifica-se que as estratégias de evitamento, como a negação, a distanciação e a fuga do problema, estão associadas a uma maior angústia e posteriormente podem ser um factor de risco para respostas adversas ao stress. Têm sido descritos baixos índices de morbidade psicossocial quando são utilizadas estratégias de *coping* orientadas para a resolução do problema, assim como quando o indivíduo possui um elevado *locus* de controlo interno e crê que tem capacidade e recursos que lhe permitem ter um controlo directo sobre a sua doença.

COPING E DOENÇA ONCOLÓGICA

Embora o diagnóstico de cancro seja experienciado emocionalmente de modo diverso por cada indivíduo, constitui para todos uma ameaça à vida e integridade com a qual têm de lidar (Rowland, 1989a). O significado individual do diagnóstico de cancro assim como as consequências dos tratamentos são fonte de uma complexa diversidade de problemas a enfrentar pelo próprio e pela sua família.

Rowland (1989) salienta que as estratégias de *coping* são influenciadas pela duração e intensidade da exposição ao acontecimento stressor. Tratando-se a doença oncológica de uma patologia que se prolonga no tempo, este facto conduz ao desgaste dos recursos físicos e sociais que o indivíduo tem ao seu dispor, afectando a eficácia das estratégias de *coping*.

Rowland (1989) referindo Weisman e Worden (1977), salienta que as estratégias de *coping* mais eficazes são as que reflectem a aceitação do cancro e são seguidas de estratégias que visam responder às problemáticas relacionadas com a doença e às suas consequências, de forma realista. Verificando-se que as respostas de *coping* orientadas para a resolução activa do problema são, geralmente, mais eficazes.

Prosseguindo e corroborando as teorizações de Rowland, alguns estudos permitiram verificar que o *coping* focado na emoção se encontra mais associado a situações de difícil ou impossível controlo sendo menos adaptativo, o que se traduz em índices mais elevados de depressão, dor e incapacidade física, assim como, num menor bem-estar e auto-estima, reflectindo-se numa avaliação deteriorada da qualidade de vida e baixa adesão às

indicações terapêuticas. Enquanto o *coping* activo, que se caracteriza por padrões de suporte social interactivos, confronto com a doença, espírito de luta e mesmo estoicismo, está relacionado com uma maior adaptação psicossocial, auto-estima elevada, satisfação com a vida, melhor qualidade de vida relacionada com a saúde e melhor adesão às indicações terapêuticas (Nordin & Glimelius, 1998; Santos, 2004).

Em outras palavras, o doente que mais prontamente responde às mudanças que lhe são suscitadas pela sua condição, desenvolvendo novas estratégias, lida melhor com a situação de doença. Verificando-se que os indivíduos que utilizam estratégias de *coping* mais adequadas às circunstâncias, que mantêm elevadas expectativas quanto aos resultados das suas acções e sentem que têm controlo sobre o processo de doença, apresentam uma melhor qualidade de vida (Ogden, 1999).

MÉTODO

Com o objectivo de determinar que estratégias de *coping* eram mais utilizadas pelas mulheres com cancro da mama, comparando as suas diferenças em função da idade, escolaridade, estado civil, tempo decorrido desde o diagnóstico, tipo de cirurgia, estatuto clínico, desenhou-se um estudo exploratório descritivo transversal.

Participantes

A população alvo desta investigação foram mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama. Tratou-se de uma amostra de conveniência, composta por sujeitos disponíveis, cujos critérios de inclusão foram: diagnóstico de cancro da mama efectuado há pelo menos um mês; idade superior a 18 anos e nível de instrução que lhes permitisse compreender as questões colocadas.

Foram recolhidos, ao todo, 89 protocolos de investigação que, após verificados quanto ao preenchimento, tiveram algumas exclusões. Sendo considerados apenas, os que estavam totalmente preenchidos.

A amostra foi constituída por 84 mulheres a quem foi efectuado o diagnóstico de cancro da mama, que eram seguidas no Hospital de São João situado na cidade do Porto ($n=25$; 29,76%), na Maternidade Alfredo da Costa situada na cidade

de Lisboa ($n=58$; 69,05%) e no Centro de Saúde da Cova da Piedade situado no concelho de Almada ($n=1$; 1,19%).

Com relação à idade, 51 mulheres (60,71%) tinham idades compreendidas entre os 47 e os 66 anos, as restantes tinham idades situadas entre os 26 e os 46 anos. A média de idades encontrada foi de 47,86 anos ($dp=9,28$).

Relativamente ao estado civil, a maioria das mulheres com cancro da mama que constituíram a amostra, eram casadas ($n=62$; 73,8%).

Quanto ao nível de escolaridade, 31 (36,9%), das mulheres que compuseram a amostra, frequentaram o 1.º ciclo, 9 (10,7%) o 2.º ciclo, 11 (13,1%) o 3.º ciclo, 16 (19%) frequentaram o ensino secundário e 17 (20,2%) completaram o ensino superior – universitário ou politécnico. A respeito da contabilização do nível de escolaridade, refira-se que o 4.º ano do 1.º ciclo, embora englobado na categoria denominada 1.º ciclo, surgiu como o ano de escolaridade mais frequente, com 26 ocorrências registadas.

No que concerne à data em que foi efectuado o diagnóstico, constatou-se que a 30 (35,7%) destas mulheres, o diagnóstico foi efectuado em 2003, a 25 (29,8%) em 2004 e para as restantes o diagnóstico foi efectuado entre 1995 e 2002.

Relativamente aos tratamentos efectuados para o cancro da mama, 38 (45,2%) ainda estavam a efectuar tratamentos e 46 (54,8%) já haviam terminado os mesmos.

Instrumentos

O protocolo de investigação utilizado foi constituído por um Questionário de Identificação e Caracterização Socio-Demográfica e pela Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro – Mini MAC (Ribeiro, Ramos & Samico, 2003).

O *Questionário de Identificação e Caracterização Socio-Demográfica* permitiu recolher dados sobre a idade, a escolaridade, o estado civil, o tempo decorrido desde o diagnóstico, o tipo de cirurgia e o estatuto clínico.

A *Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro* foi validada por Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003) para Portugal, a partir da escala desenvolvida por Watson e colaboradores (1988). Permite analisar a forma como os sujeitos fazem face ao diagnóstico e tratamento do cancro. Esta escala auto-administrada é constituída por 29 itens,

distribuídos por cinco subescalas que cobrem a dimensão desânimo/fraqueza, preocupação ansiosa, espírito de luta, evitamento cognitivo e fatalismo. Para cada um dos itens, os sujeitos assinalam o seu grau de concordância, numa escala de *likert* de quatro pontos. A pontuação de cada subescala traduz o somatório dos itens que a integram.

Procedimento

Após a apresentação dos objectivos do estudo junto dos coordenadores de cada Unidade Médica e obtida a devida autorização para contactar os doentes, procedeu-se ao contacto destes através de carta. Estes foram informados sobre o objectivo do estudo, sobre a confidencialidade das suas respostas, assim como, de estarem a participar num acto voluntário. O protocolo de investigação foi enviado por correio e junto a este seguia um envelope para que fosse possível o retorno do mesmo. Todos os dados foram recolhidos com a anuência dos indivíduos que participaram na amostra e foi sempre assegurada a confidencialidade dos participantes, tendo sido atribuído um código a cada um dos indivíduos de forma a que não seja possível a sua identificação por outrem.

De uma forma geral, verificou-se uma boa adesão dos indivíduos contactados na colaboração ao estudo, tendo havido referências quanto à importância de estudos nesta população. No total 89 indivíduos preencheram e devolveram o protocolo de investigação. Contudo quando se procedeu à verificação do seu preenchimento cinco foram excluídos.

Os dados foram analisados com a ajuda do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 11. Os procedimentos estatísticos utilizados foram, escolhidos de acordo com os objectivos a testar. Desta forma, com o intuito de caracterizar as variáveis em estudo foram calculadas as medidas de tendência central e as medidas de dispersão destas. Para avaliar o significado estatístico das diferenças entre as médias obtidas para cada variável, utilizou-se o teste *t* de *student* para amostras emparelhadas, que permite comparar duas variáveis numa mesma amostra. Sempre que se pretendeu comparar os resultados relativos a dois grupos onde os sujeitos foram distribuídos de forma independente, utilizou-se o teste paramétrico *t* de *student* e para mais de dois grupos utilizou-se a análise de variância (ANOVA). Para o teste de associação entre duas variáveis calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson, que permitiu encontrar um índice que admitiu averiguar qual o tipo de relação entre duas variáveis.

RESULTADOS

Buscou-se definir, entre as estratégias de *coping*, quais as mais utilizadas pelas mulheres em estudo. Para isso, efectuou-se o estudo estatístico das diferenças entre as médias, tendo-se obtido os resultados que se podem observar no Quadro 1.

Os resultados indicam que as estratégias de *coping* mais utilizadas são a estratégia espírito de luta e a estratégia fatalismo. A estratégia espírito de luta refere-se a um padrão de resposta que se

QUADRO 1
Diferenças de médias entre as estratégias de coping (N=84)

Variáveis	<i>t</i>	Sig.
Desânimo/Fraqueza Preocupação ansiosa	-15.99	0.000
Desânimo/Fraqueza Espírito de luta	-12.03	0.000
Desânimo/Fraqueza Evitamento cognitivo	-13.70	0.000
Desânimo/Fraqueza Fatalismo	-14.56	0.000
Preocupação ansiosa Espírito de luta	-4.94	0.000
Preocupação ansiosa Evitamento cognitivo	-3.49	0.001
Preocupação ansiosa Fatalismo	-5.94	0.000
Espírito de luta Evitamento cognitivo	2.83	0.006
Espírito de luta Fatalismo	0.01	0.990
Evitamento cognitivo Fatalismo	-3.19	0.002

caracteriza por uma atitude otimista, em que a doença é encarada como um desafio e em que existe a crença de que existe algum controlo sobre o percurso da doença. Já a estratégia fatalismo diz respeito à aceitação passiva da doença.

Seguem-se as estratégias: evitamento cognitivo e preocupação ansiosa. A primeira remete para a recusa do diagnóstico, enquanto a segunda refere-se a uma resposta eminentemente emocional, que se caracteriza por uma ansiedade persistente.

Os dados obtidos indicam ainda que a estratégia de *coping* menos utilizada foi a estratégia desânimo/fraqueza, que é uma estratégia caracterizada pelo pessimismo, assim como, pela ausência de estratégias de combate activo da doença.

O próximo passo foi verificar como as estratégias de *coping* se distribuem em função das variáveis socio-demográficas: idade, escolaridade e estado civil. No Quadro 2 apresentam-se os dados obtidos no estudo da correlação entre as estratégias de *coping* e a idade e a escolaridade.

Como se pode observar, não se encontraram correlações significativas entre as estratégias de *coping* desânimo/fraqueza, espírito de luta, evita-

mento cognitivo e fatalismo e as variáveis idade e escolaridade. A única estratégia de *coping* que apresentou uma correlação significativa com uma das variáveis demográficas consideradas, foi a preocupação ansiosa ($r=-0.22$, $p<0.05$). Que se correlaciona negativamente com a variável escolaridade. O que indica que quanto maior o nível de escolaridade da mulher a quem foi diagnosticado cancro da mama, menor o recurso à estratégia preocupação ansiosa.

De seguida procedeu-se à análise das médias das diferentes estratégias de *coping* consoante o estado civil das mulheres avaliadas, dados que são apresentados no Quadro 3. Os resultados da ANOVA indicam a não existência de diferenças significativas entre as estratégias de *coping* utilizadas quando comparamos as mulheres com cancro de acordo com o seu estado civil.

Seguidamente, verificou-se de que forma as estratégias de *coping* se correlacionam ou estão distribuídas em função das variáveis clínicas: tempo decorrido desde o diagnóstico, tipo de cirurgia e estatuto clínico. Para tal, procedeu-se ao cálculo de correlações (*Pearson*) para o tempo decorrido

QUADRO 2

Correlações de Pearson entre as estratégias de coping, idade, escolaridade (N= 84)

	Idade	Escolaridade
Desânimo/Fraqueza	NS	NS
Preocupação ansiosa	NS	-.22*
Espírito de luta	NS	NS
Evitamento cognitivo	NS	NS
Fatalismo	NS	NS

NS – Não significativo; * $p<0.05$

QUADRO 3

Diferenças de médias (ANOVA) nas estratégias de coping em função do estado civil (N= 84)

Função	Método	Subescala	F	Sig.
Estado Civil	ANOVA	Desânimo/Fraqueza	0.60	0.62
		Preocupação ansiosa	0.22	0.89
		Espírito de luta	1.31	0.28
		Evitamento cognitivo	0.37	0.78
		Fatalismo	0.78	0.51

desde o diagnóstico e comparações de médias através do *t* de *student* para o tipo de cirurgia e estatuto clínico. No que respeita ao tempo que decorreu desde que foi efectuado o diagnóstico não se encontraram correlações significativas com as estratégias de *coping* (Quadro 4).

O próximo passo foi verificar o efeito do tipo de cirurgia nas estratégias de *coping* utilizadas, isto é, se há diferenças quanto às estratégias utilizadas, quando se comparam mulheres que reali-

zaram mastectomia radical e mastectomia conservadora, resultados que são apresentados no Quadro 5.

Os dados obtidos indicam que não existem diferenças entre os dois grupos no que concerne à utilização das estratégias de *coping*.

De seguida, verificou-se de que forma as estratégias de *coping* se distribuem em função do estatuto clínico, isto é, se há diferenças quanto às estratégias utilizadas, quando se comparam mulheres

QUADRO 4

Correlações de Pearson entre as estratégias de coping e tempo que decorreu desde a cirurgia (N=84)

	Tempo
Desânimo/Fraqueza	NS
Preocupação ansiosa	NS
Espírito de luta	NS
Evitamento cognitivo	NS
Fatalismo	NS

NS – Não significativo

QUADRO 5

Diferenças de médias nas estratégias de coping em função do tipo de cirurgia (N=84)

	Média (Desvio Padrão)		<i>t</i>	Sig.
	Radical	Conservadora		
Desânimo/Fraqueza	1.80 (.53)	1.92 (.63)	-.95	.347
Preocupação ansiosa	2.59 (.54)	2.74 (.57)	-1.26	.212
Espírito de luta	3.09 (.49)	3.16 (.48)	-.66	.511
Evitamento cognitivo	2.90 (.50)	2.91 (.54)	-.11	.909
Fatalismo	3.09 (.46)	3.16 (.45)	-.71	.478

QUADRO 6

Diferenças de médias nas estratégias de coping em função do estatuto clínico (N=84)

	Média (Desvio Padrão)		<i>t</i>	Sig.
	Tratamento em curso	Terminou tratamento		
Desânimo/Fraqueza	1.76 (.41)	1.96 (.69)	-1.60	.113
Preocupação ansiosa	2.61 (.46)	2.74 (.63)	-1.06	.291
Espírito de luta	3.18 (.42)	3.09 (.53)	.75	.452
Evitamento cognitivo	2.87 (.56)	2.93 (.49)	-.52	.604
Fatalismo	3.12 (.43)	3.14 (.48)	-.22	.823

que ainda estão a efectuar tratamentos e mulheres que já terminaram os tratamentos para o cancro da mama. Os dados indicam que, também no que se refere ao estatuto clínico não se encontram diferenças nas estratégias de *coping* utilizadas (Quadro 6).

DISCUSSÃO

O *coping* diz respeito ao conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que estão em permanente mudança e que permitem gerir as exigências específicas, internas ou externas, que são percebidas como penosas ou como estando para além dos recursos do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984). O diagnóstico de cancro da mama é um acontecimento que requer a adopção de estratégias de *coping*, de forma a lidar com os diferentes estádios da doença e com os desafios específicos inerentes à mesma. As investigações realizadas entre doentes com cancro indicam que as estratégias de *coping* são um importante indicador de bem-estar emocional (Bliss, Gorman, Greer, Robertson, Rowden, Tunmore, & Watson, 1991) e que estão associadas à sobrevivência na população com cancro da mama (Greer, Morris, & Pettingale, 1979; Greer & Watson, 1987; Greer, Morrey, & Watson, 1989; Greer, 1991).

Com o intuito de determinar quais as respostas cognitivas e comportamentais que fazem parte do processo de ajustamento destas mulheres a esta situação particular, procedeu-se à determinação das estratégias de *coping* mais utilizadas pelas mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama e que participaram no presente estudo. Os dados encontrados indicam que as estratégias mais utilizadas são: as estratégias espírito de luta e fatalismo. Estratégias estas que permitem a adaptação à situação de forma completamente distinta, uma vez que a estratégia espírito de luta é considerada uma estratégia de *coping* focada na resolução do problema, enquanto a estratégia fatalismo é classificada como sendo uma estratégia de *coping* focada na emoção. Um dado a salientar é o facto de não existirem diferenças significativas entre a utilização destas duas estratégias, por parte das mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama.

Os resultados encontrados no presente estudo indicam que, muito embora as estratégias de *coping* possam ser perspectivadas como focadas na resolução do problema ou na emoção, elas não são

mutuamente exclusivas (Rowland, 1989b). Ambas têm como objectivo diminuir os efeitos negativos do acontecimento sobre o equilíbrio e bem-estar global, permitindo que a mulher alcance um novo equilíbrio com acesso a níveis de funcionamento superiores, no sentido da organização de constelações intrapsíquicas e relacionais mais complexas e gratificantes (Canavarro, 2001). A utilização em simultâneo de uma estratégia de *coping* focada na resolução do problema, mais especificamente o espírito de luta, e uma estratégia de *coping* focada na emoção, neste caso o fatalismo, possibilita à mulher a quem foi diagnosticado cancro da mama lidar com os aspectos físicos do problema, estar alerta para a necessidade de procurar cuidados médicos aquando do surgimento de nova sintomatologia ou aquando da exacerbação da existente, ajuda-a a antecipar os stressores associados à doença, a mobilizar formas de resolução dos problemas associados a esta, assim como, a lidar com a angústia, o desconforto e a impotência, o que permite a manutenção do stress em níveis toleráveis, manter a auto-estima (Kann, 1995), conservar as relações com pessoas significativas e ampliar as perspectivas de recuperação das funções corporais (Rowland, 1989a).

Logo, as estratégias de *coping* não devem ser consideradas em si mesmas como adequadas ou inadequadas, eficientes ou ineficientes. A eficácia do *coping* deve-se ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que origina o desconforto (Lazarus & Folkman, 1984). Desta forma, o ajustamento psicológico à doença oncológica deve ser entendido como um processo dinâmico, que implica a utilização de estratégias que permitem à mulher lidar com o desgaste emocional e a percepção de falta de controlo sobre a situação, o que lhes possibilita recorrer a estratégias que visam a resolução do problema.

Quando se consideram as estratégias de *coping* em função de características socio-demográficas da amostra, como a idade, o estado civil e o nível de escolaridade, verificamos que a idade e o estado civil não se relacionam com as estratégias de *coping* que são adoptadas pelas mulheres a quem foi diagnosticado cancro da mama.

Resultado que diverge dos que foram obtidos por Schnoll e colaboradores (1998) citados por Rowland (1989b), uma vez que estes autores verificaram que as estratégias de *coping* utilizadas pelos doentes oncológicos eram influenciadas pela idade

destes. Tendo os autores concluído que a idade está relacionada com a adopção de estratégias de *coping* mais adaptativas. Contudo, a comparação dos resultados do presente estudo com os resultados obtidos por Schnoll e colaboradores (1998) está condicionada pelo facto de se basearem em amostras baixas e recaírem em unidades de análise distintas, uma vez que as estratégias de *coping* avaliadas nos dois estudos não são equivalentes.

Os dados encontrados no presente estudo, revelaram que o nível de escolaridade se relaciona com o recurso à estratégia preocupação ansiosa. Nomeadamente que, quanto mais elevado o nível de escolaridade da mulher a quem foi diagnosticado cancro da mama menos esta recorre a esta estratégia de *coping*.

No que concerne às variáveis clínicas verificamos que a análise da existência de diferenças na utilização das estratégias de *coping* em função do tempo decorrido desde o diagnóstico de cancro da mama, do tipo de cirurgia efectuada e do estatuto clínico, permitem concluir que não existem diferenças quanto às estratégias de *coping* utilizadas quando comparamos os diferentes grupos de mulheres com cancro da mama. No que diz respeito ao estatuto clínico há que ter em consideração o facto de que, não se tratando de estudo longitudinal, os dados obtidos não permitem avaliar a existência ou não de alterações no padrão de estratégias de *coping* utilizadas ao longo das diferentes etapas da doença oncológica. Contudo, a análise das diferenças individuais permite registar que não existem diferenças nas estratégias utilizadas, por mulheres que já terminaram os tratamentos e aquelas que ainda estão a realizar tratamentos.

A compreensão e generalização dos resultados apresentados encontra no entanto algumas dificuldades, dado o tamanho e características da amostra. No entanto, os dados obtidos indicam que será pertinente continuar a efectuar estudos neste domínio, nomeadamente procurar determinar que factores estão associados à utilização de uma determinada estratégia de *coping* em detrimento de outra.

REFERÊNCIAS

Aspinwall, L., & Taylor, S. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 989-1003.

- Bliss, J., Gorman, C., Greer, S., Robertson, B., Rowden, L., Tunmore, R., & Watson, M. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer, depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.
- Canavarro, M. (2001). Gravidez e maternidade – representações e tarefas de desenvolvimento. In M. Canavarro (Org.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carlson, J., Lewis, J., & Sperry, L. (1993). *Health counseling*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L., Taylor, S., & Falke, R. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11 (2), 79-87.
- Greer, S. (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21, 43-49.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet*, 1, 785-787.
- Greer, S., Moorey, S., & Watson, M. (1989). Patient's adjustment to cancer: The mental adjustment to cancer. Scale vs. clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, 33 (3), 373-377.
- Greer, S., & Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveys*, 6, 439-453.
- Kann, A. M. (1995). Coping with fear and grieving. In I. M. Lubkin (Ed.), *Chronic Illness: Impact and interventions* (pp. 241-260). London.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leventhal, H., Maes, S., & Ridder, D. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Nordin, K., & Glimelius, B. (1998). Reactions to gastrointestinal cancer: Variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with different prognosis. *Psychooncology*, 7, 413-423.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J. L., Ramos, D., & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (Mini-MAC). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4 (2), 231-247.
- Rowland, J. H. (1989a). Intrapersonal resources: coping. In J. C. Holland, & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of patient with cancer* (pp. 44-57). New York: Oxford University Press.
- Rowland, J. H. (1989b). Developmental stage and adaptation: adult model. In J. C. Holland, & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of patient with cancer* (pp. 25-43). New York: Oxford University Press.

Santos, C. (2004). *Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Porto, Porto.

Stroebe, M., & Stroebe, R. (1999). *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Edições Piaget.

RESUMO

O *coping* é o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelo sujeito para lidar com as exigências internas e externas que são avaliadas como extremas e as reacções emocionais a essas exigências. O presente estudo exploratório teve como objectivo determinar que estratégias de *coping* são mais utilizadas por doentes com cancro da mama, tendo em consideração as implicações de algumas variáveis que caracterizam a amostra. Foi aplicada a *Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro* (Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003) a uma amostra de 84 pacientes (idade $M=47,86$; $dp=9,28$) com cancro da mama. Os resultados indicam que as estratégias de *coping* mais utilizadas são as estratégias Espírito de Luta e Fatalismo.

Os resultados encontrados permitem concluir que embora as estratégias de *coping* sejam perspectivadas teoricamente como focadas no controlo das emoções e focadas na resolução do problema, não são mutuamente exclusivas. Havendo indícios de que para lidar com os desafios decorrentes do diagnóstico de cancro da mama as mulheres utilizam os dois estilos de *coping* em simul-

tâneo. Chamando-se a atenção para a necessidade de continuar a averiguar se esta utilização em simultâneo ocorre em todos os momentos de evolução da doença e se ocorrem variações durante todo o processo.

Palavras-chave: Estratégias de *coping*, doentes com cancro da mama.

ABSTRACT

Coping is the combination of cognitive and behavioural strategies developed by the subject to deal with the internal and external demands that are evaluated as extreme and the emotional reactions caused by these demands. The present exploratory study had the main aim to determine the coping strategies used for women with breast cancer, taking into consideration the implications of some variables that characterized the sample. The *Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale* (Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003) was applied to a sample of 84 patients (age $M=47,86$; $dp=9,28$) with breast cancer. The results showed that the strategies of coping used more often were the Fighting Spirit and Fatalism.

It's possible to conclude that the strategies of coping focused in the emotion or focused in the resolution of the problem are not mutually exclusive and indicate that the women with breast cancer use the two styles of coping strategies to deal with the disease. It's necessary to continue the investigations about the use of different strategies of coping in the different moments of the evolution of the disease.

Key words: Coping, breast cancer patients.