

Actas do 14º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Soraia Garcês, & Isabel Leal
8, 9 e 10 de setembro de 2022, Funchal: Faculdade de Artes e Humanidades

AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE COPING NUMA AMOSTRA DE DOENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Bárbara Resende¹ (✉ barbararesende.21@gmail.com), Paula Carvalho¹, Cláudia Silva¹, & Jorge Gama¹

¹Universidade da Beira Interior, Portugal

A hipertensão arterial, uma doença crónica bastante prevalente no mundo, é uma condição clínica caracterizada por níveis de pressão arterial elevados e está diretamente associada ao desenvolvimento de complicações como o acidente vascular cerebral, o enfarte agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca, a doença renal crónica, entre outras (Weber et al., 2014). As doenças crónicas como a hipertensão arterial originam adaptações e mudanças específicas no funcionamento pessoal, social e profissional do doente (Ferreira et al., 2019) e, por isso, é necessário desenvolver um conjunto de esforços que permitam lidar com a doença de forma eficaz (Gonçalves et al., 2015), esses esforços são denominados de estratégias de *coping*. Lazarus e Folkman (1984) definiram *coping* como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, usados para lidar com as exigências internas e externas provenientes de situações adversas, diferenciando as estratégias de *coping* focadas na emoção e focadas no problema. O *coping* focalizado no problema inclui estratégias de definição do problema, o encontro de soluções alternativas, a comparação de custos e benefícios e a seleção e implementação da alternativa escolhida, de forma a permitir a mudança da situação, ao tentar remover o problema ou diminuir o impacto do mesmo (Lazarus & Folkman, 1984). Por outro lado, o *coping* focalizado na emoção, dirigido a processos cognitivos (Dias & Pais-Ribeiro, 2019), tem como objetivo desenvolver ações para controlar o estado emocional, assim como impedir que as emoções negativas afetem a solução dos problemas. O objetivo geral do presente estudo foi avaliar as estratégias de *coping* numa amostra de doentes diagnosticados com hipertensão arterial. Além do referido, pretendeu-se também avaliar as diferenças nas estratégias de

coping utilizadas em função das características sociodemográficas e das características clínicas.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo, não probabilística e de conveniência, foi constituída por 146 doentes com diagnóstico de Hipertensão Arterial. Os 146 participantes, com um intervalo de idades entre 47 e 95 anos, apresentaram uma média de idades de 68.79 anos ($DP=10.31$). Em relação ao sexo, 74 pertenciam ao sexo masculino e 72 ao sexo feminino. No que diz respeito ao estado civil, 111 participantes eram casados/as, 21 eram viúvos/as, 9 eram divorciados/as, 4 solteiros/as e 1 participante vivia em união de facto. Maioritariamente, os participantes estavam reformados (69.2%), e relativamente às habilitações literárias a maioria dos participantes (72.6%) completou os estudos até ao 4º ano. Ao nível clínico, a amostra apresentou uma média de tempo de diagnóstico de hipertensão de 16.03 anos ($DP=10.62$), sendo que 106 dos participantes assumiram ter outros problemas de saúde crónicos. É importante referir que a totalidade dos participantes fazia medicação oral para controlo da doença.

Material

O questionário sociodemográfico foi realizado com o objetivo de recolher informações relativas ao doente e ao seu diagnóstico de hipertensão. Foi constituído por questões de cariz sociodemográfico incluindo dados gerais relacionados com o doente e por informações sobre a sua condição clínica.

O BriefCOPE, adaptado e validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004), foi desenvolvido com o objetivo de permitir uma melhor avaliação das qualidades psicológicas relacionadas com o *coping*. O questionário é constituído por 28 itens organizados em 14 subescalas sendo elas *Coping* ativo, Planear, Utilização de suporte instrumental, Utilização de suporte social emocional, Religião, Reinterpretação positiva, Auto-culpabilização, Aceitação, Expressão de sentimentos, Negação, Auto-

distração, Desinvestimento comportamental, Uso de substâncias e Humor. As 14 subescalas são cotadas separadamente, não existindo uma pontuação da escala total (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Procedimento

De forma a efetuar o tratamento dos dados recolhidos foi utilizado o programa estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), na versão 27, de forma a realizar as estatísticas descritivas e inferenciais, tendo como referência para um teste significativo um valor de prova (p) não superior a um nível de significância de 5%. Foram testadas as diferenças entre os grupos, formados por alguma variável categórica, com testes não paramétricos (testes *Mann-Whitney* ou *Kruskal-Wallis*). Também foram calculadas medidas descritivas (médias, desvios padrões, entre outros) de cada uma das variáveis para complementar a análise inferencial.

RESULTADOS

Em relação ao instrumento BriefCOPE, para uma melhor compreensão do comportamento do mesmo na amostra em estudo, procedeu-se à comparação das médias de cada subescala. Desta forma, foi possível observar que a estratégia de *coping* mais utilizada pela população em estudo foi a Aceitação ($M=3.36$; $Mdn=3.50$; $DP=.60$) e as menos utilizadas foram o Desinvestimento comportamental ($M=1.03$; $Mdn=1.00$; $DP=.17$; $AIQ=0.0$) e o Uso de substâncias ($M=1.03$; $Mdn=1.0$; $DP=.18$).

No que diz respeito à diferença entre as faixas etárias consideradas (<65 anos, entre os 65 e os 74 anos e >75 anos), optou-se pela utilização do teste *Kruskal-Wallis H*, tendo-se detetado a existência de pelo menos uma diferença estatisticamente significativa para a subescala Utilização do suporte instrumental ($p=.03$) (Tabela 1). É de salientar que, das comparações aos pares, somente a subescala Utilização do suporte instrumental das faixas etárias <65 anos e >75 anos se mostraram significativamente diferentes ($p=.04$). Desta forma, foi possível inferir que os indivíduos com menos de 65 anos usaram mais a estratégia referida do que os restantes grupos (Tabela 2).

Tabela 1

Análise da diferença em cada escala do BriefCOPE entre as faixas etárias –
Teste *Kruskal-Wallis*

	Idade			<i>H</i>	<i>p</i>
	<65 anos (<i>n</i> =52) Posto médio	Entre 65 e 74 anos (<i>n</i> =45) Posto médio	>75 anos (<i>n</i> =49) Posto médio		
<i>Coping</i> ativo	73.04	73.56	73.94	.01	.99
Planear	74.42	72.44	73.49	.06	.97
Utilização do suporte instrumental	85.34	68.67	65.38	6.80	.03*
Utilização do suporte social emocional	75.13	74.38	70.97	.28	.87
Religião	66.79	78.03	76.46	2.22	.33
Reinterpretação positiva	69.45	79.26	72.51	1.46	.48
Auto-culpabilização	79.67	74.70	65.85	2.91	.23
Aceitação	64.10	80.53	77.02	4.49	.11
Expressão de sentimentos	71.48	76.03	73.32	.30	.86
Negação	77.62	67.32	74.81	3.10	.21
Auto-distração	63.10	80.34	78.26	5.42	.07
Desinvestimento comportamental	73.32	72.10	74.98	.93	.63
Uso de substâncias	75.21	72.62	72.49	1.34	.51
Humor	78.36	72.06	69.67	1.18	.55

Nota. * $p < .05$.

Tabela 2

Comparação da subescala Utilização do suporte instrumental entre grupos
etários – Teste *Kruskal-Wallis*

			<i>z</i>	<i>p</i> ^b	<i>H</i>	<i>p</i> ^a
Utilização do suporte instrumental	>75 anos	65 e 74 anos	.39	1.00	6.80	.03*
	>75 anos	<65 anos	2.43	.04*		
	65 e 74 anos	<65 anos	1.99	.15		

Nota. * $p < .05$; ^a*Kruskal-Wallis*; ^bteste de *Dunn* com correção de *Bonferroni*.

Relativamente ao género, é possível constatar que apenas nas subescalas Religião ($p=.01$) e Uso de substâncias ($p=.03$) foi encontrada alguma diferença estatisticamente significativa, ao nível das estratégias de *coping*. Verificou-se, assim, que as mulheres utilizaram mais vezes a estratégia de *coping* Religião do que os homens ($U=3315.00$, $p=.01$) e que os homens usaram mais vezes a estratégia de *coping* Uso de substâncias do que as mulheres ($U=2484.00$, $p=.03$).

Relativamente ao tempo de diagnóstico foi possível constatar a existência de pelo menos uma diferença estatisticamente significativa ao nível da

subescala Humor ($p=.02$) (Tabela 3). Das comparações aos pares, encontrou-se somente uma diferença estatisticamente significativa ao nível da subescala Humor entre as classes >22 anos e <10 anos ($p=.02$). Desta forma, foi possível inferir que as pessoas com um tempo de diagnóstico inferior a 10 anos recorreram mais ao Humor quando comparadas com os restantes grupos que possuem a doença há mais tempo (Tabela 4).

Tabela 3

Análise das diferenças em cada escala do BriefCOPE entre as classes do tempo de diagnóstico – *Teste Kruskal-Wallis*

	Tempo de diagnóstico				H	p
	<10 anos (n=38) Posto médio	Entre 10 e 15 anos (n=43) Posto médio	Entre 16 e 21 anos (n=28) Posto médio	>22 anos (n=37) Posto médio		
Coping ativo	72.66	70.67	88.80	866.07	5.585	.13
Planear	66.28	82.05	83.88	63.14	7.18	.07
Utilização do suporte instrumental	87.18	70.07	72.80	63.96	6.463	.09
Utilização do suporte social emocional	73.95	69.05	83.13	70.93	2.143	.54
Religião	71.78	66.06	89.21	72.03	5.702	.13
Reinterpretação positiva	73.47	77.43	81.59	62.84	4.086	.25
Auto-culpabilização	76.41	75.43	72.39	69.11	.728	.87
Aceitação	66.22	75.51	81.79	72.36	2.511	.47
Expressão de sentimentos	68.42	73.81	83.14	71.05	2.284	.52
Negação	71.13	74.19	69.14	78.43	1.924	.59
Auto-distração	76.68	72.38	82.98	64.35	3.709	.30
Desinvestimento comportamental	74.36	73.93	73.07	72.45	.388	.94
Uso de substâncias	71.00	76.09	73.61	72.97	3.027	.39
Humor	87.96	69.16	79.66	59.03	10.190	.02*

Nota. * $p<.05$.

Tabela 4

Comparação da subescala Humor entre as classes do tempo de diagnóstico – *Teste Kruskal-Wallis*

			z	p^b	H	p^a
Humor	>22 anos	10 e 15 anos	1.09	1.00	10.19	.02*
	>22 anos	16 e 21 anos	1.98	.28		
	>22 anos	<10 anos	3.02	.02*		
	10 e 15 anos	16 e 21 anos	-1.04	1.00		
	10 e 15 anos	<10 anos	2.03	.25		
	16 e 21 anos	<10 anos	.80	1.00		

Nota. * $p<.05$; ^aKruskal-Wallis; ^bteste de Dunn com correção de Bonferroni.

No que diz respeito à existência de outro problema de saúde crónico, é possível inferir, através das estatísticas de grupo, apenas a existência de uma diferença estatisticamente significativa ao nível da subescala Aceitação ($p=.00$). Assim, analisando as médias obtidas, conclui-se que as pessoas que não apresentaram outra condição crónica, para além da hipertensão, utilizaram mais vezes a estratégia de *coping* mencionada do que as pessoas que possuíam outro problema de saúde crónico (Tabela 5).

Tabela 5

Análise da diferença em cada escala do BriefCOPE devida à existência de outro problema de saúde crónico – *Teste Mann-Whitney*

	Existência de outro problema de saúde crónico		<i>U</i>	<i>p</i>
	Não (<i>n</i> =40) Média (<i>DP</i>)	Sim (<i>n</i> =106) Média (<i>DP</i>)		
<i>Coping</i> ativo	76.91	72.21	1983.00	.53
Planear	75.95	72.58	2022.00	.66
Utilização do suporte instrumental	73.93	73.34	2103.00	.94
Utilização do suporte social emocional	73.90	73.35	2104.00	.94
Religião	78.79	71.50	1908.50	.34
Reinterpretação positiva	77.89	71.84	1944.50	.42
Auto-culpabilização	74.64	73.07	2074.50	.84
Aceitação	90.15	67.22	1454.00	.00*
Expressão de sentimentos	68.19	75.50	2332.50	.33
Negação	71.45	74.27	2202.00	.61
Auto-distração	74.30	73.20	2088.00	.88
Desinvestimento comportamental	75.99	72.56	2020.50	.20
Uso de substâncias	72.83	73.75	2147.00	.71
Humor	80.50	70.86	1840.00	.21

Nota. * $p<.05$.

DISCUSSÃO

Relativamente às estratégias de *coping*, a literatura sugere que as pessoas com doenças crónicas, nomeadamente a hipertensão arterial, utilizam com mais frequência estratégias de *coping* focadas na emoção do que as estratégias de *coping* focadas no problema (Ariff et al., 2011). Este aspeto foi verificado no presente estudo, com os doentes a referirem que a estratégia mais utilizada é a Aceitação. No que diz respeito à idade verificou-se uma

diferença estatisticamente significativa das faixas etárias na subescala Utilização do suporte instrumental, que se baseia na procura de conselhos e ajuda sobre o que fazer perante a situação stressante. Este aspeto pode estar relacionado com o facto de as pessoas mais velhas terem, por natureza, uma diminuição gradual das suas capacidades funcionais que englobam dificuldades na execução de funções e atividades relacionadas com a vida diária, traduzindo-se, assim, numa maior necessidade de apoio e ajuda na resolução de problemas (Freitas et al., 2006). Relativamente ao género, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível das subescalas Religião que foi maior para as mulheres e Uso de substâncias que foi maior para os homens. Desta forma, este estudo corrobora os resultados verificados na literatura, que indica a utilização de estratégias de *coping* com base em crenças religiosas por mulheres com doença crónica, sendo que o recurso à religião serve como uma forma de apoio e conforto perante a doença (Gall et al. 2009). São vários os autores que defendem que as mulheres tendem a adotar preferencialmente estratégias de *coping* focadas na emoção (Bertolin et al., 2011), pelo facto de assumirem uma postura mais sentimental perante as adversidades, expressando mais facilmente as emoções e atuando de forma dependente (Kaiseler et al., 2012). Em relação ao uso de substâncias, é importante referir que, de acordo com a literatura, há uma maior prevalência e consumo de substâncias nos homens, nomeadamente no que diz respeito ao álcool, que pode ser uma estratégia de *coping* desadaptativa que objetiva a fuga dos problemas e das emoções negativas (Vaughan et al., 2009).

No que diz respeito às diferenças observadas nas estratégias de *coping* em função das características clínicas, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao tempo de diagnóstico, apenas para a subescala do Humor, com maior utilização por parte dos doentes com o diagnóstico da doença há menos de 10 anos, que representam uma pequena parte da amostra. São várias as investigações que indicam que o uso do humor como estratégia de *coping* permite que a situação ameaçadora seja reavaliada, que o impacto desta seja diminuído, que se gerem emoções positivas à volta do problema, possibilitando, também, o distanciamento do mesmo (Cann & Etzel, 2008). Num estudo realizado com sujeitos com uma média de tempo de diagnóstico de 10 anos de doença, observou-se o uso das estratégias de *coping* relacionadas com o humor, sendo que isso se reper-

cutia numa melhoria do bem-estar (Sánchez Espinar et al., 2016) e, assim, numa melhor adaptação à situação que vivenciam. Relativamente à influência da existência de outro problema de saúde crónico, encontrou-se apenas uma diferença estatisticamente significativa ao nível da subescala da Aceitação, sendo que os indivíduos que não apresentaram comorbilidades aceitam mais a existência da doença que possuem, adotando, assim, estratégias de *coping* focalizadas na emoção. O diagnóstico de outras doenças crónicas juntamente com a falta de conhecimento sobre alguns aspetos da sua saúde pode agravar o prognóstico, levando a que os doentes não realizem o tratamento adequado (Chaves et al., 2018). Acrescente-se que é referido, também, que as pessoas que se deparam com a existência de outras patologias, procuram cuidados de saúde para as várias doenças, o que exacerba as preocupações relativas às mesmas (Starfield et al., 2003).

REFERÊNCIAS

- Ariff, F., Suthahar, A., & Ramli, M. (2011). Coping styles and lifestyle factors among hypertensive and non-hypertensive subjects. *Singapore Medical Journal*, 52(1), 29-34.
- Bertolin, D. C., Pace, A. E., Kusumota, L., & Haas, V. (2011). Associação entre os modos de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas de pessoas em hemodiálise crônica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1070-1076. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000500006>
- Cann, A., & Etzel, K. (2008). Remembering and anticipating stressors: Positive personality mediates the relationship with sense of humor. *Humor: International Journal of Humor Research*, 21(2), 157-178. <https://doi.org/10.1515/HUMOR.2008.008>
- Chaves, A. E., Morais, G. A., Gurgel, K. d., Reis, M. C., Geraldo, P. F., & Quintão, T. M. (2018). Avaliação do autoconhecimento sobre comorbidades em pacientes tratados ambulatoriamente. *Revista Médica de Minas Gerais*, 28(4), 19-26. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20180020>
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). Modelo de coping de Folkman e Lazarus: Aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Ferreira, P. A. A., Bodevan, E. C., & Oliveira, L. C. (2019). Características sociodemográficas associadas à prevalência de hipertensão arterial sistêmica. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 17, 1-11. <https://doi.org/10.5892/ruvrd.v17i1.5003>
- Freitas, E. V., P. L., Cançado, F. A., Doll, J., & Gorzoni, M. L. (2006). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Koogan: Rio de Janeiro.

- Gall, T. L., Guirguis-Younger, M. G., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psychology of Women Quarterly*, 33(3), 90-93. <https://doi.org/10.1002/pon.1495>
- Gonçalves, L., Ferreira, C. B., Zanini, D. S., Vasconcelos, C. L., & Gonçalves, S. S. (2015). Coping em pacientes crônicos, cuidadores e profissionais de saúde. *Revista da SPAGESP*, 16(1), 107-121.
- Kaiseler, M., Polman, R., & Nicholls, A. (2012). Gender differences in appraisal and coping: An examination of the situational and dispositional hypothesis. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 4, 1-14. <https://doi.org/10.7352/IJSP.2012.43.001>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do BriefCOPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Sánchez-Espinar, S., Ramírez-Maestre, C., Correa-Guerra, M., Ruiz-Párraga, G. T., Ibañez, E. S., López-Martínez, A. E., & Esteve, R. (2016). El humor como estrategia de afrontamiento en dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud*, 4(1), 93-129. <https://doi.org/10.21134/pssa.v4i1.703>
- Starfield, B., Lemke, K. W., Bernhardt, T., Foldes, S. S., Forrest, C. B., & Weiner, J. P. (2003). Comorbidity: Implications for the importance of primary care in 'case' management. *Annals of Family Medicine*, 1(1), 8-14. <https://doi.org/10.1370/afm.1>
- Vaughan, E. L., Corbin, W. R., & Fromme, K. (2009). Academic and social motives and drinking behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(3), 132-138. <https://doi.org/10.1037/a0017331>
- Weber, M., Shiffrin, E., White, W., Mann, S., Lindholm, L., Kenerson, J., Flack, J., Carter, B., Materson, B., Ram, C., Cohen, D., Cadet, J., Jean-Charles, R., & Harrap, S. B. (2014). Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: A statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, 32(1), 3-15. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000065>

