

INFLUÊNCIA DO SUPORTE SOCIAL E DO COPING SOBRE A PERCEÇÃO SUBJECTIVA DE BEM-ESTAR EM MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA CARDÍACA

Manuela Coelho & J. Ribeiro

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

RESUMO: O objectivo da presente investigação é verificar o impacto do suporte social e estratégias de coping¹ sobre a percepção subjectiva de bem-estar, numa amostra sequencial de 35 sujeitos do sexo feminino, doentes cardíacos e com idades compreendidas entre os 41 e 77 anos, previamente submetidos a intervenção cirúrgica. A avaliação realizou-se decorridas 48 a 96 horas após a operação, em contexto de enfermaria. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Satisfação com o Suporte Social, que inclui quatro sub-escalas (satisfação com amizades, intimidade, satisfação com a família e actividades sociais); Escala de Coping com Problemas de Saúde, onde são igualmente integradas quatro sub-escalas (Coping Paliativo, Instrumental, Distracção e Preocupação Emocional); por último, um item de avaliação do Bem-estar. Os resultados demonstram que as dimensões de coping “distracção” e “instrumental” se relacionam positivamente com o bem-estar, ao contrário da “preocupação emocional”, que apresenta uma correlação negativa, a nível estatisticamente significativo ($p < 0,0001$); quanto às dimensões “Satisfação com a Família”, “Satisfação com Amizades” e “Intimidade” também se verifica uma correlação positiva, estatisticamente significativa ($p < 0,0001$), com o valor global de bem-estar.

Palavras chave: Suporte social, Coping com problemas de saúde, Bem-estar, Cirurgia cardíaca.

INFLUENCE OF SOCIAL SUPPORT AND COPING INTO PERCEPTION OF WELL-BEING IN WOMEN SUBMITTED TO HEART SURGERY

ABSTRACT: The aims of this study is to verify the impact of social support and coping strategies on subjective perception of well-being in a sequential sample of 35 females (ages between 41-77 years), submitted to heart surgery for valvular substitution. The participants completed the questionnaires 48-96 hours post surgery. Instruments used include the Satisfaction With Social Support (with four dimensions: satisfaction with friendship, satisfaction with family, intimacy, social activities), Coping With Health Problems (with four coping dimensions: palliative, distractive, instrumental, emotional preoccupation), and subjective well being evaluated with an analogue visual scale. Results shows that two coping dimensions (instrumental and distractive) have a statistically significant positive correlation ($p < .0001$) with subjective well being, and another coping dimension, emotional preoccupation exhibit a statistically significant negative correlation ($p < .0001$) with subjective well being. Social support dimensions (satisfaction with family, satisfaction with friendship, and intimacy) shows a statistically significant positive correlation with subjective well being.

Key words: Social support, Coping with health problems, Well-being, Heart surgery.

A investigação em Psicologia da Saúde tem evidenciado que são grandes as exigências adaptativas colocadas pelos stressores específicos constituídos pelas doença crónica tratamentos

¹ Utilizaremos as palavras coping, stress e distress ou stressores como neologismos do português utilizado na psicologia.

médico-cirúrgicos, dado que estes são factores ameaçadores da integridade física e psicológica do sujeito. O retorno a níveis prévios de funcionamento e bem-estar pessoal, em período de recobro, é susceptível de ser fortemente condicionado por variáveis psicossociais tão importantes como o suporte garantido pela rede social de apoio ou os mecanismos de *coping* que atenuam a experiência de medo, depressão e hostilidade.

Para além da evidência de que o suporte social protege as pessoas dos efeitos nocivos do stress, há indubitavelmente, um estreito relacionamento entre o nível de satisfação com o contacto interpessoal e a facilidade de ajustamento que, no entanto, se reveste de grande complexidade na sua reciprocidade e contingência (Coyne & DeLongis, 1986). É comum verificar-se, na prática clínica, o efeito benéfico da atenção suplementar dispensada aos doentes em termos do seu bem-estar e reabilitação física, o que leva a crer que o apoio emocional pode, de facto, substituir ou compensar a perda resultante da doença, predizendo assim, o *coping* adaptativo. Há, de resto, uma posição consensual na literatura, quanto à determinante influência da percepção do suporte social sobre o nível de stress experienciado, justificando assim, a sua relação com os resultados de saúde (Sarason, 1988). Aliás, esta conceptualização prevê que as relações sociais afectem a saúde de múltiplas formas, nomeadamente através do encorajamento ou desencorajamento de comportamentos relacionados com a saúde, da transmissão de um sentido de vida e assistência instrumental.

O reconhecimento do papel protector do suporte social deriva dos estudos pioneiros, nomeadamente, os de Cobb (1976), onde o construto aparece operacionalizado como uma entidade específica, influente no estado de saúde, através da sua acção facilitadora no confronto e adaptação em situações de crise emocional. Assim, este conceito é explicitamente descrito por Cobb (1976) como a informação pertencente a uma de três classes: sentimento de ser amado; crença de que se é estimado, valorizado, e de que as pessoas se preocupam consigo; sentido de pertença a uma rede de relações. Convém, no entanto, que se considere a multidimensionalidade do construto, assumindo a clara distinção entre os seus aspectos tangíveis – características da rede social de apoio – e a dimensão subjectiva, correspondendo esta à percepção do suporte disponível em caso de necessidade, o que, portanto, equivale ao grau de satisfação dos indivíduos quanto à sua vida social; a investigação demonstra que esta última variável é a que melhor explica os resultados de saúde, pois tem efectivas implicações sobre os processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e qualidade de vida (Wethington & Kessler, 1986).

Em consonância com este facto, estão as observações empíricas reveladoras da influência que o suporte social – satisfação com o apoio de familiares, amigos e nível de intimidade – exerce sobre o ajustamento psicológico, nomeadamente na doença cardíaca. Holahan et al. (1995) verificaram que os recursos sociais são determinantes na compreensão da variabilidade individual quanto à incidência de sintomas depressivos, numa população de doentes cardíacos crónicos; sugerem então que, particularmente nestes casos, em que a afecção de saúde envolve uma série de eventos negativos crónicos que contribuem para a quebra abrupta do nível de qualidade de vida, é de esperar que os esforços adaptativos beneficiem substancialmente com o suporte garantido pela rede social de apoio. Se, para além disso, considerarmos o efeito subsequente que esta dimensão exerce sobre os recursos pessoais, constatamos, de acordo com os mesmos autores e em congruência com a literatura prévia, que o suporte social poderá eventualmente funcionar como um meio de assistência do coping (Thoits, 1986). Conceptualmente, este dado é muito importante, porque identifica o principal mecanismo através do qual o suporte social se relaciona com o ajustamento psicológico, delineando-se assim, a sua estreita relação directa e indirecta (através das estratégias de coping) com o bem-estar subjectivo.

O modelo estrutural do coping, definido por Lazarus e Folkman (1984) prevê, precisamente, uma definição cognitivo-relacional da resposta ao stress, sendo por isso concebido como referente aos esforços cognitivos e comportamentais que o sujeito desenvolve para lidar com as exigências específicas, avaliadas em função dos seus recursos pessoais. Na literatura estão patentes várias considerações gerais sobre a eficácia do coping com os problemas de saúde, havendo mesmo alguma consensualidade no que concerne às estratégias que demonstraram serem mais adaptativas em casos de pessoas que recuperam de uma cirurgia

cardíaca. Assim, pode constatar-se que o coping activo, orientado para a resolução de problemas, aparece positivamente relacionado com a qualidade de vida e nível superior de bem-estar, durante o período de recobro (Sheier et al., 1989). Por outro lado, verifica-se que, embora formas evitantes de coping, como a negação, possam por vezes ser úteis na redução da ansiedade, durante a fase inicial da crise de saúde, a longo prazo têm invariavelmente, consequências nefastas, porque resultam numa menor capacidade de lidar com as dificuldades crónicas (Levine et al., 1987).

Porém, tendo em conta as diferentes contingências sociais e o seu papel determinante sobre as disposições individuais de coping, pode assumir-se que os esforços adaptativos às condições de doença e procedimentos médico-cirúrgicos depende, em grande parte, da resposta percebida por parte dos outros significativos. Coyne e DeLongis (1986) fazem um levantamento bibliográfico sobre o papel das relações sociais no processo de adaptação, através do qual concluem que entre as pessoas que se mostram insatisfeitas com o grau de suporte social, existe um grande número de indivíduos que se apresentam particularmente desajustados às condições de vida. Assim, de acordo com estes dados, os indivíduos que expressam grande desagrado face ao suporte social recebido são manifestamente mais alienados e cínicos, percebem o seu meio como menos confiante e auxiliador, têm reservas em discutir os seus problemas com os outros, e por isso mesmo, reportam maior nível de distress emocional.

Por outro lado, podem também encontrar-se, na literatura, observações empíricas que apontam para uma relação igualmente positiva entre as duas variáveis, mas no sentido inverso, i.e., demonstrando a forte influência que as estratégias de coping exercem sobre a percepção do suporte social recebido. Billings e Moos (1981) por exemplo, verificaram que as pessoas que usam o comportamento evitante como estratégia de coping dominante, tendem a reportar menos recursos sociais.

Estes resultados indiciam que as estratégias de coping focadas na resolução de problemas, na procura de suporte e reavaliação positiva do acontecimento parecem associadas a uma percepção mais satisfatória do suporte social recebido, enquanto que o padrão de comportamento evitante aparece relacionado com menor grau de suporte social. Os autores apontam para que a dimensão do coping deve ser considerada como um elemento determinante do suporte social recebido, porque o mecanismo de reacção adoptado funciona como um sinal da necessidade ou desejo de apoio emocional. Com base nestes argumentos, deixa-se supor que a natureza e a capacidade de coping, em circunstâncias de stress, pode mediar o grau de satisfação face ao suporte social percebido.

Convém, portanto, discriminar, dentro do processo global de gestão do stress em contexto de cuidados de saúde, todas as unidades discretas intervenientes na resposta individual para, desta forma, se garantir uma melhor compreensão dos esforços adaptativos e factores psicossociais implicados na reabilitação da saúde física. Tendo em consideração as características específicas da doença cardíaca crónica, os riscos implicados, e a complexidade dos procedimentos terapêuticos, onde invariavelmente estão envolvidos métodos invasivos, geradores de medo, incerteza e angústias, é natural que estes pacientes se mostrem particularmente vulneráveis à manifestação de sintomas depressivos e mal-estar generalizado (Holahan et al., 1995), em especial no caso da população feminina, mais propensa à expressão comportamental do distress (Gore & Colten, 1991).

O objectivo do presente estudo, de carácter exploratório e descritivo, é verificar a extensão da influência que as dimensões do suporte social e estratégias de coping exercem sobre a percepção subjectiva de bem-estar, num grupo de doentes cardíacos crónicos, do sexo feminino, recentemente submetidos a intervenção cirúrgica. Pretende-se, além disso, consolidar a relação bidireccional entre as duas variáveis psicossociais, assumindo as seguintes expectativas de resultados: a) a satisfação com o suporte social favorece estilos de coping mais adaptativos, focados na resolução do problema (instrumental e distractivo) e, por outro lado, evita o distress psicológico (preocupação emocional); b) o estilo de coping desadaptativo (preocupação emocional e paliativo) gera uma percepção negativa do suporte social.

MÉTODOS

Participantes

A amostra, sequencial, é constituída por 35 sujeitos do sexo feminino, adultos, com diagnóstico de doença cardíaca crónica (valvulopatia), internados no Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital de S. João, e previamente submetidos a intervenção cirúrgica de substituição valvular. Os sujeitos participaram voluntariamente no estudo, sendo seleccionados com base no sexo (feminino), cronicidade da doença cardíaca, possuindo literacia suficiente. Encontravam-se em período de reabilitação pós-operatória, decorridas mais de 48 horas após a realização da cirurgia cardíaca, e portanto, ainda sob cuidados médicos especializados. Era critério para a selecção não evidenciarem sinais de desorientação ou de confusão na altura da avaliação psicológica. O Quadro I apresenta as características gerais da amostra.

Quadro I

Características demográficas da amostra

	Total	Percent. (%)	Range	<u>M</u>	<u>DP</u>
N	35	100			
Idade			41-77	57,86	11,46
Nível Educacional					
S/ instrução	4	11,4			
Ens. Básico, 1º Ciclo	19	54,3			
Ens. Básico, 2º Ciclo	7	20,0			
Ens. Básico, 3º Ciclo	3	8,6			
Ens. Secundário	1	2,9			
Ens. Superior	1	2,9			
Estado Civil					
Casado	22	62,9			
Solteiro	9	25,7			
Divorciado	0	0			
Viúvo	4	11,4			

Material

Neste estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação psicológica:

1. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), de Ribeiro (1999), para ser determinado o grau de satisfação dos sujeitos face ao suporte social proveniente de várias fontes, bem como relativamente às actividades sociais em que estão envolvidos. Trata-se de uma escala multidimensional constituída por 15 itens, de resposta tipo likert (segundo o grau de concordância), com quatro sub-escalas, com valores de consistência interna (alfa de Cronbach) que variam entre 0,64 e 0,83, sendo o valor para a escala global de 0,85. A primeira sub-escala, designada por "Satisfação com Amizades", mede a satisfação face às amizades/amigos que o sujeito tem (e.g., "Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria", "Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho"); inclui 5 itens, e apresenta um valor de consistência interna de 0,83. A segunda sub-escala refere-se ao factor "íntimidade", mede a percepção da existência de suporte social íntimo (e.g., Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer", "Às

vezes, sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”); inclui quatro itens, e mostra um valor de consistência interna de 0,74. A terceira sub-escala diz respeito ao factor “satisfação com a família”, mede a satisfação com o suporte familiar existente (e.g., “Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família”, “Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família”); inclui três itens, e exibe uma consistência interna de 0,74. A última sub-escala, referente a “actividades sociais”, mede a satisfação pessoal com as actividades sociais que realiza (“não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria”, Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam”); inclui três itens e apresenta uma consistência interna de 0,64.

2. Escala de Coping com Problemas de Saúde (*Coping with Health Problems, CHIP*), de Endler, Parker e Summerfeldt (1998), para avaliação das estratégias pessoais de coping com problemas de saúde física. Trata-se de uma escala multidimensional, concebida para contextos de doença que foca as principais modalidades de coping implicadas na resolução dos problemas gerais relacionados com a saúde física: coping distractivo, paliativo, instrumental e preocupação emocional. A primeira sub-escala referente ao “Coping Distractivo” diz respeito aos esforços que a pessoa doente leva a cabo para focar a atenção em experiências mais agradáveis, se envolver em actividades não relacionadas com a doença ou procurar a companhia das outras pessoas. Integra oito itens (e.g., “Penso em dias melhores”, “Procuro a companhia das outras pessoas”) e exibe uma consistência interna (alfa de Cronbach), de 0,80 para a população com problemas gerais de saúde, do sexo feminino. A segunda sub-escala, “Coping Paliativo”, propõe-se medir os esforços da pessoa no sentido de aliviar as consequências desagradáveis do problema de saúde; em particular, actos de auto-protecção, que normalmente reflectem as crenças individuais sobre a saúde. Envolve actividades como o descanso, conservação de energia, e melhoria das condições do ambiente. Inclui igualmente oito itens (e.g. “Fico na cama”, “Descanso quando me sinto cansado”). Apresenta um valor de consistência interna de 0,78, na mesma população. A terceira sub-escala, designada por “Coping Instrumental” envolve respostas de coping orientadas para a resolução do problema, como a procura activa de informação relativa ao estado de saúde, ou procura de indicações médicas. Inclui oito itens: (e.g. “Procuro mais informação sobre o meu estado de saúde”); o valor da consistência interna é de 0,82. A última sub-escala refere-se às reacções de coping implicadas na “Preocupação Emocional” que envolvem a fixação nas consequências emocionais do problema de saúde; este tipo de respostas está conceptualmente relacionado com o coping focado na emoção (e.g. “Penso porquê eu” e “Fico frustrado”). Integra oito itens com o valor de consistência interna de 0,83.
3. Escala análoga visual para auto-avaliação do nível bem-estar subjectivo, que consiste numa linha contínua de 10 valores cujos extremos representam os limites mínimo e máximo da percepção de bem-estar. O indivíduo assinala ao longo da linha “quanto bem se sente naquele momento”.

Procedimento

O contacto inicial com os doentes decorreu durante o período pós-operatório, e teve por objectivo solicitar a sua colaboração para o presente estudo. Caso o sujeito aceitasse participar, procedia-se à recolha dos dados identificativos (idade, estado civil, nível de escolaridade e diagnóstico clínico), seguindo-se a administração individual dos questionários. Devido ao estado de debilidade física dos pacientes, os instrumentos de avaliação não foram preenchidos pelos próprios sujeitos, mas administrados de forma oral.

RESULTADOS

No quadro 2 é apresentada a análise correlacional entre as sub-escalas relativas às dimensões do suporte social percebido, estratégias de coping e percepção subjectiva do bem-estar. Os dados recolhidos permitem consolidar a hipótese que prevê uma estreita associação entre os recursos psicossociais e o nível de bem-estar, bem como a bidireccionalidade da relação estabelecida entre as dimensões do suporte social e mecanismos de coping, no confronto com problemas de saúde física.

Aquela primeira evidência surge através dos valores que correlacionam positivamente, e de forma estatisticamente significativa, o nível de bem-estar com os dispositivos reveladores de satisfação face às amizades, família e intimidade, respectivamente $r(35)=0,67$, $0,66$ e $0,65$ ($p<0,001$). Quanto às dimensões de coping, o bem-estar parece estar positivamente relacionado, em específico, com o coping distractivo ($r(35)=0,60$, $p<0,001$) e instrumental ($r(35)=0,46$, $p<0,001$); pelo contrário, a correlação negativa que se estabelece entre a sub-escala de preocupação emocional e o bem-estar ($r(35)=-0,60$, $p<0,001$) sugerem um efeito inverso que este processo exerce sobre o ajustamento às condições da doença e período de reabilitação física.

Mas, como se pode verificar, são igualmente significativas as correlações entre as variáveis relativas ao grau de satisfação com o suporte social e os mecanismos de coping utilizados no confronto com os problemas de saúde. Em geral, os resultados discriminam o efeito positivo que as dimensões Satisfação com Amizades, Satisfação com Família e Intimidade exercem sobre as competências de coping distractivo e instrumental: Satisfação com amizades e coping distractivo $r(35)=0,47$, $p<0,001$; satisfação com amizades e coping instrumental $r(35)=0,52$, $p<0,001$; satisfação com família e coping distractivo $r(35)=0,35$, $p<0,005$; satisfação com família e coping instrumental $r(35)=0,35$, $p<0,005$; intimidade e coping distractivo $r(35)=0,34$, $p<0,005$; intimidade e coping instrumental $r(35)=0,40$, $p<0,001$. Por outro lado, o envolvimento em actividades sociais não parece desempenhar um papel determinante sobre a capacidade de coping, embora esteja positivamente correlacionado com o nível de satisfação com as amizades e família, a $r(35)=0,53$ e $0,43$ ($p<0,001$), respectivamente.

Isolando, então, as dimensões da escala de suporte social, deparamo-nos com valores que correlacionam positivamente as dimensões internas deste dispositivo, o que sugere que há uma tendência geral para avaliar de modo uniforme o grau de satisfação face ao suporte social percebido. Note-se a correlação entre a satisfação com amizades e satisfação com família ($r(35)=0,77$, $p<0,001$), bem como a correlação da dimensão de intimidade com satisfação com amizades ($r(35)=0,74$, $p<0,001$) e satisfação com família ($r(35)=0,70$, $p<0,001$).

Quadro 2

Correlação de Pearson entre as sub-escalas relativas às dimensões do suporte social, coping com problemas de saúde e bem-estar

Escalas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Sat. Amizades (ESSS)	-	0,74 **	0,77**	0,53**	0,47**	-0,05	0,52**	-0,50**	0,67**
2. Intimidade (ESSS)		-	0,70**	0,33	0,34*	-0,10	0,40**	-0,61**	0,65**
3. Sat. Família (ESSS)			-	0,43**	0,35*	-0,07	0,35*	-0,56**	0,66**
4. Sat. Act. Sociais (ESSS)				-	0,11	0,19	0,06	-0,14	.221
5. C. Distractivo (CHIP)					-	-0,33	0,25	-0,17	0,60**
6. C. Paliativo (CHIP)						-	0,12	.184	-0,28
7. C. Instrumental (CHIP)							-	-0,28	0,46**
8. Preoc. Emocional (CHIP)								-	-0,60**
9. Bem-estar									

Nota. $p<0,05$; ** $p<0,01$; ESSS: Escala de Satisfação com o Suporte Social; Sat. Amizades: Satisfação com amizades; Intimidade-Intimidade; Sat. Família: Satisfação com a família; Sat. Act. Sociais: Satisfação com actividades sociais; C. Distractivo: Estratégias de coping distractivo; C. Paliativo: Estratégias de coping paliativo; C. Instrumental: Estratégias de coping Instrumental; Preoc. Emocional: Estratégias de coping preocupação emocional; Escala de bem-estar.

De salientar, que, de entre as variáveis demográficas, só o nível de escolaridade aparece estatisticamente correlacionado com a capacidade de coping, nomeadamente com o coping distractivo ($r(35)=0,35$, $p<0,001$).

Porém, pela análise da variância, em função do estado civil (cf. Quadro 3), verificamos que há diferenças significativas ao nível do coping distractivo ($F(2,32)=5,42$, $p<0,01$) e, quanto ao suporte social, nas dimensões de satisfação com a família ($F(2,32)=3,50$, $p<0,05$) e intimidade ($F(2,32)=7,48$, $p<0,005$). Todas as outras dimensões avaliadas não parecem ser afectadas pelas diferenças individuais ao nível do estado civil.

Quadro 3

Análise da variância entre as escalas de suporte social e coping, em função dos grupos definidos no estado civil (casado, solteiro e viúvo)

Variável	F
1. Sat. Amizades (ESSS)	2,39 ns
2. Intimidade (ESSS)	7,47**
3. Sat. Família (ESSS)	3,49*
4. Sat. Act. Sociais (ESSS)	0,21 ns
5. C. Distractivo (CHIP)	5,42**
6. C. Paliativo (CHIP)	0,81 ns
7. C. Instrumental (CHIP)	0,94 ns
8. Preoc. Emocional (CHIP)	2,66 ns
9. Bem-estar	2,50 ns

Nota. ns-não significativo; * $p<0,05$; ** $p<0,01$.

DISCUSSÃO

Os dados retirados da presente investigação consolidam as indicações prévias de que a percepção do suporte social, e as competências de coping eficazes na resolução de problemas associados à saúde física, estão associados a um nível de bem-estar superior e maior facilidade de ajustamento às condições de hospitalização e tratamentos médico-cirúrgicos. De um modo geral, os resultados são consistentes no que concerne ao efeito protector do suporte social, verificando-se que o grau de satisfação com o relacionamento interpessoal (Família, Amizades e Intimidade) parece ter um papel determinante em termos de resistência psicológica ao stress da doença, e que se manifesta através da percepção subjectiva de bem-estar. Além disso, pode verificar-se a correspondência entre a apreciação positiva dos recursos sociais e a predominância do padrão de coping activo (distractivo e instrumental) consensualmente apontado como elemento benéfico para a reabilitação psicossocial dos indivíduos submetidos a intervenção cirúrgica (Sheier et al., 1989) e que, de resto, mantém uma relação directa com o nível de bem-estar. Estes elementos sugerem, como era previsto, a ideia de que o suporte social condiciona a reabilitação do sujeito em situação de doença, não só como estrutura protectora da saúde física e mental, mas também pelo seu efeito concomitante no plano do coping, isto é, pela acção facilitadora pode desempenhar no confronto imediato com a crise, mobilizando os esforços adaptativos e incentivando formas mais adequadas de resolução dos problemas (Holahan et al., 1995).

Não obstante, são de relevar, resultados pertinentes para a compreensão dos padrões de resposta às exigências adaptativas inerentes ao contexto de cuidados de saúde no sexo feminino após a realização da cirurgia cardíaca; estes dados empíricos vêm, de um modo geral, corroborar as indicações patentes na literatura. Salientam-se, em primeira instância, as estratégias activas, centradas na resolução do problema – entre as quais, a procura de suporte social – como as

formas de coping utilizadas com maior eficácia na redução do distress associado à doença física, facto que é vastamente documentado na investigação sobre o coping (cf. Auerbach, 1989). A acrescentar, a referência ao trabalho de Barker e colaboradores (1990), onde se assume que, entre a população feminina, é muito frequente o recurso à rede social de apoio (familiares e vizinhos), bem como a actividades distractivas, no confronto com situações vivenciais problemáticas. Nesta perspectiva, o suporte social aparece, antes, como um recurso de coping, cujos benefícios são operacionalizados em termos de apoio emocional, instrumental e/ou distractivo, reflectindo-se, de igual modo, ao nível do bem-estar pessoal. Justificam-se, então, as correlações positivas entre as formas de coping instrumental e distractivo, e a apreciação favorável do suporte social disponível no quadro familiar e rede de amizades.

Considerando, por outro lado, a dimensão relativa à preocupação emocional, na sua relação inversa com a satisfação ao nível da família, amizades e intimidade, vemos reforçada a ideia de que a ausência de suporte social, ou ainda a presença de aspectos negativos no contacto interpessoal (conflitos ou criticismo), exerce uma influência adversa sobre o bem-estar e capacidade adaptativa do sujeito. Este facto é discutido por Coyne e DeLongis (1986) como uma consequência natural das circunstâncias de vida desgastantes, até porque se torna difícil manter a qualidade do relacionamento interpessoal sob condições de elevado nível de stress. Os autores prevêem que, em alguns casos, a percepção de falta de suporte pode mesmo ser secundária a outras dificuldades, que tornam a pessoa particularmente vulnerável ao nível emocional, e, em consequência, mais exigente quanto aos recursos sociais disponíveis, em especial, na população feminina. É de supor então que, no adoecer físico, invariavelmente considerado como uma situação de crise, surjam perturbações emocionais relacionadas com o elevado nível de tensão, medo e insegurança, e daí o mal-estar generalizado, que eventualmente se poderá estender à dimensão interpessoal. Este estado de distress reflecte-se, logicamente, em termos de funcionamento psicossocial e capacidade de coping, por isso, a manifestação da preocupação emocional exacerbada. Vários investigadores denotam a associação positiva entre as formas de coping centradas na emoção e o distress psicológico, bem como uma reabilitação física mais tardia (Miller, Brody & Summerton., 1988).

Quanto às diferenças assinaladas em função do estado civil, convém ter presente que o estatuto marital é consensualmente aceite como um índice quase absoluto na dimensão do suporte social. De acordo com Coyne e DeLongis (1986) a qualidade do relacionamento conjugal traduz-se em múltiplas vantagens, directamente relacionadas com o plano da intimidade, apoio emocional e harmonia familiar, cujos benefícios são notórios ao nível do bem-estar; por outro lado, casamentos infelizes podem tornar-se uma fonte de stress mais prejudicial ainda, do que a ausência da ligação conjugal. É compreensível, portanto, que esta variável interfira significativamente com a apreciação do suporte social, em específico, no plano familiar e intimidade. Além disso, parece ter também uma relação importante com a capacidade adaptativa, designadamente ao nível do coping distractivo, que, por sua vez, é fortemente correlacionado com o bem-estar.

Um outro elemento demográfico que, de igual forma, concorre para a adopção de formas de coping distractivo é o nível de escolaridade, o que eventualmente poderá ser explicado pela mesma razão apontada por Barker e colaboradores (1990) para explicar a predominância dos métodos activos entre a população de nível sócio-económico elevado: o facto destes indivíduos terem mais facilidade em utilizar estratégias cognitivas e comportamentais, o que lhes permite a capacidade de descentração dos problemas emocionais e o envolvimento em actividades produtivas, incluindo a procura de suporte social. Paradoxalmente, verificamos que o mecanismo de coping distractivo aparece estreitamente relacionado com o comportamento paliativo, que, por sua vez, partilha algumas características com o estilo de coping evitante (Endler, Parker, & Sommerfeldt, 1998), de natureza mais passiva e associada a consequências adversas, a longo prazo (Levine et al., 1987).

Ainda assim, de um modo geral, as formas de coping activo aparecem associadas entre si, e relacionadas com o nível de bem-estar, informações que surgem na linha de orientação da literatura prévia, reafirmando a evidência de que as estratégias de coping activas estão positivamente relacionadas com as variáveis de saúde, como o nível de bem-estar e o tempo de

recuperação mais breve (Miller, Brody & Summerton, 1988). Estes resultados são esperados, em especial, na população de doentes crónicos, naturalmente porque estão mais habituados ao contacto regular com o sistema de cuidados de saúde e seguem um regime de tratamentos médicos mais ou menos rigoroso, o que implica a adopção de uma estrutura de coping instrumental (Endler, Parker, & Sommerfeldt, 1998).

Confirma-se a relevância dos factores psicossociais para os resultados de saúde, e, com base neste argumento, a perspectiva de que um modelo de intervenção psicológica, orientado para o reforço das capacidades adaptativas, pode surtir efeitos benéficos em termos da reabilitação dos doentes submetidos a procedimentos médicos invasivos.

REFERÊNCIAS

- Auerbach, S.M. (1989). Stress management and coping research in the health care setting: An overview and methodological commentary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(3) 388-395.
- Barker, C., Tristang, N., Shapiro, D., Shaw, I. (1990). Coping and self-helping in the UK adult population. *British Journal of Clinical Psychology, 29*, 271-285.
- Billings, A.G., & Moos, R.H. (1981). The role of coping response and social responses in attenuating the stress of life events. *Journal-of-Behavioral-Medicine, 4*, 139-156
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5),300-314.
- Coyne, J.C., & DeLongis (1986). Going beyond social support: the role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(4) 454-460.
- Endler, N.S., Parker, J.D., & Summerfeldt (1998). Coping with health problems: Developing a reliable and a valid multidimensional measure. *Psychological Assessment, 10*(3), 195-205.
- Gore, S., & Colten, M.E. (1991). Gender, stress and distress. In J. Eckenrode (Ed.), *The Social Context of Coping*. New York: Plenum Press.
- Holahan, C.J., Moos, R.H., Holhan, C.K., & Brennan, P.L. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology, 14*(2), 152-163.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Levine, J., Warrnburg, S., Kerns, R., Schwartz, G., Delaney, R., Fontana, A., Gradman, A., Smith, S., Alllen, S., & Cascione, R. (1987). The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine, 47*(2) 109-117.
- Miller, S.M, Brody, D.S., & Summerton, S. (1988). Styles of coping with threat: Implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 142-148.
- Ribeiro, J.L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica, 3*(XVII), 547-558
- Sarason, I.G. (1988). Social support, personality, and health. In M.P. Janisse (Ed.), *Individual Differences, Stress, and Health Psychology*. New York: Springer-Verlag inc.
- Sheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J.F., Magovern, G.J., Lefebvre, R.C., Abbott, R.A., & Carver, C.S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1024-1040.
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 416-423.
- Wethington, E., & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior, 27*, 78-89.