

## ESTILOS DE COPING EM CRIANÇAS COM DOENÇA CRÓNICA

Lima, L.\*  
Lemos, M.S.\*\*  
Guerra, M.\*\*\*

---

\* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Coordenadora; e-mail: ligia@esenf.pt.

\*\* Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto – Professora Associada com Agregação; e-mail: marina@fpce.up.pt.

\*\*\* Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto – Professora Associada com Agregação.

## RESUMO

No domínio da Psicologia da Saúde Infantil o estudo dos processos de confronto tem sido bastante explorado embora grande parte da investigação se centre na avaliação das estratégias de *coping* e não nos padrões ou estilos de confronto. Os estilos de *coping* são padrões relativamente estáveis de estratégias que a criança utiliza para lidar com os seus problemas, nomeadamente aqueles que se relacionam com a doença. Os estilos são entendidos como uma variável relativamente estável, próxima do que normalmente se denomina de traço.

Este estudo, que se insere num projecto mais alargado sobre a adaptação psicológica de crianças com doença crónica, teve como objectivo estudar os estilos de *coping* relacionados com a situação de doença, numa amostra de crianças com patologia crónica e em idade escolar.

Participaram 87 crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos e com o diagnóstico clínico de asma brônquica. Para avaliação dos estilos de *coping* foi utilizada a versão portuguesa do “*Coping Health Inventory for Children*” (Lima et al., 2009).

Os resultados demonstraram que os estilos ou padrões de confronto mais frequentes na amostra são aqueles que os autores denominam de adaptativos ou positivos, ou seja, o “Desenvolve Competência e Optimismo” ( $M=3,93$ ;  $SD=0,73$ ), “Adere ao tratamento” ( $M=3,98$ ;  $SD=0,49$ ;) e “Procura Apoio” ( $M=2,72$ ;  $SD=0,59$ ). Estes resultados vão de encontro aos estudos nesta área que evidenciam que a maioria das crianças com doença crónica consegue adaptar-se de forma positiva à sua condição de doença (Barros, 2003). Outro dado muito interessante surge da associação positiva e estatisticamente significativa entre os estilos de *coping* e os resultados obtidos a nível do projecto mais alargado sobre os perfis de adaptação das crianças, o que reforça a utilidade da sua avaliação enquanto variável potencialmente preditora do processo de adaptação à doença.

**Palavras-chave:** Estilos de *coping*, crianças, doença crónica.

## ABSTRACT

In the field of child health psychology research on coping has focused mainly on the description of the use of coping strategies, rather than in the analysis of children’s coping patterns or styles. Coping styles are relatively stable, trait-like patterns of strategies that children use to deal with their problems, particularly those that relate to the disease. This paper reports part of a larger research project aimed to study the impact of paediatric asthma on children’s psychological adjustment. The goal of this particular study was to describe the frequency of use of different coping styles in a sample of children with diagnosed asthma.

The sample consisted of 87 children aged between 8 and 12 years old ( $M=9,71$ ) who had physician diagnosed asthma, with severity ranging from intermittent to moderate-persistent. To assess the children’s coping styles the Portuguese version of the “*Coping Health Inventory for Children*” (Lima et al., 2009) was used.

Results showed that the most frequently used type of strategies were: “Develops competence and optimism”

( $M=3,93$ ;  $SD=0,73$ ), “Adheres to treatment” ( $M=3,98$ ;  $SD=0,49$ ;) e “ Seeks support” ( $M=2,72$ ;  $SD=0,59$ ). These findings confirm previous studies on children’s coping in general, as well as research on coping with chronic illness in childhood. Moreover, within the larger research project, asthmatic children’s coping styles were significantly related to their general level of adaptation, suggesting that coping style may stand as an important predictor in the process of adaptation to chronic illness.

**Keywords:** Coping styles, children, chronic illness

## INTRODUÇÃO

Os processos de confronto têm sido extensivamente estudados no domínio da Psicologia da Saúde Infantil. Grande parte dos autores privilegia uma abordagem centrada nas estratégias de *coping*, embora mais recentemente se venha a assistir a uma valorização dos padrões ou estilos de *coping* no que diz respeito aos processos de adaptação às situações de doença crónica (Meijer et al., 2002). Os estilos de *coping* são padrões relativamente estáveis de estratégias que a criança utiliza para lidar com os seus problemas, nomeadamente aqueles que se relacionam com a doença. Os estilos são entendidos como uma variável relativamente estável, próxima do que normalmente se denomina de traço.

Existem assim estudos que identificam quais os estilos de *coping* promotores de uma melhor adaptação à doença. Por exemplo, Lazarus e Folkman (1984 Cit por Vinson, 2002) defendem que um estilo de *coping* flexível está associado a resultados adaptativos mais positivos. Mattsson (1972 Cit por Spirito et al., 1995), a partir de uma revisão de estudos nesta área, constatou que tanto o controlo como a descarga emocional eram importantes para uma adaptação bem-sucedida.

Austin, Patterson e Hubberty (1991) consideram que a criança com doença crónica tende, ao longo do tempo, a desenvolver estratégias para lidar com a sua situação de doença, que se organizam num padrão de respostas relativamente estável. Estes padrões de resposta incluem quer comportamentos quer estratégias cognitivas, consideradas positivas ou negativas, ou seja, alguns comportamentos que estão associados a uma melhor adaptação à doença, ou pelo contrário, comportamentos que poderão agravar o sofrimento associado à doença. Apesar de concordarem com outros autores relativamente ao pressuposto de que não existem estratégias de *coping* intrinsecamente positivas ou negativas (Ryan-Wenger, 2000), Austin, Patterson e Hubberty, consideram que com o seu uso prolongado, uma estratégia pode tornar-se menos adaptativa, principalmente se interfere com o desenvolvimento de comportamentos mais eficazes. Estes autores, partindo de uma abordagem hierárquica para identificar e organizar estratégias de *coping* de crianças com doença crónica, identificaram cinco padrões de *coping*, conceptualmente diferentes: Desenvolve Competência e Optimismo – *Develops Competence and Optimism*; Sente-se diferente e retrai-se – *Feels Different and Withdraws*; Fica irritável, de mau humor e age negativamente – *Is irritable, Moody and Acts out*; Adere ao tratamento – *Complies with treatment*; e Procura Apoio - *Seeks Support*.

O padrão *Desenvolve competência e optimismo* caracteriza-se por uma atitude basicamente positiva por parte da

criança em relação à sua doença, em que esta valoriza mais os ganhos da vivência da doença do que propriamente as perdas e dificuldades sentidas. Perante o stress associado à doença, a criança procura desenvolver sentimentos de competência e optimismo (Mattsson,1972 cit por Austin et al., 1991) conseguindo, em geral, desenvolver um grau significativo de autonomia, apesar das limitações que possam ser impostas pela doença. Este padrão é geralmente encontrado nas crianças consideradas bem adaptadas do ponto de vista psicossocial e médico, e os comportamentos que constituem este padrão ou estilo de *coping*, são semelhantes aos que segundo Murphy (1976 cit por Austin et al.,1991) são utilizados pelas crianças resilientes.

O padrão *Sente-se diferente e retrai-se* é comum nas crianças em que a doença assume um papel central nas suas vidas, inclusive na construção da sua própria identidade, de forma negativa e desvalorizante (Austin et al.1991). Ao contrário das crianças que funcionam segundo o padrão anterior, estas centram-se mais nas perdas e limitações associadas à doença e inclusive restringem mais a sua vida, do que aquilo que seria necessário em função das características da doença. São crianças que acabam por se sentirem diferentes dos outros e por se isolarem do ponto de vista social, porque por exemplo, receiam vir a ter um ataque de asma em frente dos outros e se sentirem embaraçados depois. “Em termos gerais, este tipo de padrão é considerado mal adaptativo, na medida em que interfere com a aprendizagem e pode ser gerador de maior ansiedade, stress e vulnerabilidade” (Austin et al., 1991,p.168). Segundo as autoras este padrão permite prever uma atitude negativa da criança face à sua doença assim como uma maior probabilidade de esta desenvolver uma perturbação emocional.

*Fica irritável, de mau humor e age negativamente* é o terceiro padrão, que inclui comportamentos que apesar de proactivos são geralmente contraproducentes na medida em que não são promotores da auto-estima, não são socialmente aceites nem sequer contribuem para resultados positivos (Zeitlin, 1980 cit por Austin et al., 1991). As crianças que utilizam este padrão não parecem ser capazes de gerir as suas emoções e quando as exprimem, geralmente são de infelicidade. É ainda frequente a utilização de comportamentos negativos, de oposição às regras e às limitações impostas pela doença ou de agressividades em relação a outras pessoas. Este padrão de *coping* é também geralmente associado a uma má adaptação psicossocial à doença e a uma atitude mais negativa da criança face à sua doença.

O quarto padrão *Adere ao tratamento* está intimamente associado ao conceito mais biomédico de adesão ao regime terapêutico (*compliance*). Neste padrão estão incluídos comportamentos de confronto activo, como a aceitação e cumprimento das restrições impostas ou a cooperação nos tratamentos prescritos. Incluem-se também neste padrão, comportamentos indicadores do desenvolvimento de uma certa autonomia, como por exemplo, a criança assumir responsabilidade por tomar a medicação ou seleccionar os alimentos que pode comer. Este é um outro estilo que segundo Austin, Patterson e Hubberty (1991) está associado positivamente a uma boa adaptação psicossocial á doença.

Por fim, o quinto padrão proposto por Austin, Patterson e Hubberty (1991) é *Procura Apoio*. Envolve comportamentos de interacção com pais, pares e técnicos de saúde, no sentido de partilhar dificuldades e pedir ajuda para problemas sentidos em torno da gestão da doença. Este padrão inclui assim estratégias que sugerem por parte da

criança uma abordagem de resolução de problemas. A comparação com casos piores também é uma estratégia que faz parte deste padrão, o que pode ajudar a criança a relativizar as suas dificuldades. Segundo Wertlieb e colaboradores (1987 cit por Austin et al.,1991) este padrão de *coping* é mais frequente nas raparigas do que nos rapazes.

## MÉTODO

### *Participantes*

A amostra deste estudo foi constituída por 87 crianças que frequentavam as consultas de Imuno-alergologia Pediátrica de um Hospital Central e a consulta de saúde familiar dum Centro de Saúde do Distrito do Porto, e com asma do tipo intermitente, persistente ligeiro ou persistente moderado. A classificação do tipo de asma foi realizada de acordo com o diagnóstico feito durante consulta que precedeu a realização da entrevista e seguindo os critérios da G.I.N.A. (1995). As crianças da amostra possuíam entre 8 e 12 anos de idade, com uma média de 9,65. Destas 56 (65,2%) eram do sexo masculino e as restantes 31 (34,8%) do sexo feminino.

### *Instrumentos*

O Inventário *Coping Health Inventory for Children* - CHIC foi desenvolvido com a finalidade de avaliar os padrões de *coping* de crianças portadoras de doença crónica física e em idade escolar.

O CHIC é um instrumento para ser preenchido por um dos pais ou cuidadores da criança e possui 45 itens com resposta do tipo Likert, numa escala de 5 opções que variam desde 1-nunca a 5-sempre (Austin et al, 1991).

Este instrumento foi adaptado para a realidade portuguesa por Lima, Lemos e Guerra (2009) e a sua fidelidade foi calculada através da consistência interna para cada uma das subescalas. Os coeficientes *alpha* de Cronbach para as subescalas foram satisfatórios, variando entre 0,65 e 0,78, com excepção de uma subescala “*Adere ao tratamento*” cujo valor foi apenas de 0,42.

### *Procedimento*

A aplicação do instrumento foi feita durante uma entrevista realizada à mãe da criança (ou cuidador principal), que se iniciava com uma breve apresentação do estudo. Seguiu-se o pedido de preenchimento (por escrito) do formulário do consentimento informado por parte do cuidador.

## RESULTADOS & DISCUSSÃO

Com vista a caracterizar as crianças participantes relativamente aos estilos de *coping* foi realizada uma análise descritiva, cujos resultados estão indicados no Quadro 1. Os resultados demonstraram que os estilos de confronto mais frequentes na amostra são aqueles que os autores denominam de adaptativos ou positivos, ou seja, o

padrão “Desenvolve Competência e Optimismo”, “Adere ao tratamento” e “Procura Apoio”. Estes resultados vão de encontro aos estudos nesta área que evidenciam que a maioria das crianças com doença crónica consegue adaptar-se de forma positiva à sua condição de doença (Barros, 2003).

#### Quadro 1 – Médias e desvios padrão para as diferentes sub-escalas da CHIC

	Média	D.P
Desenvolve competência e optimismo	3,93	0,73
Sente-se diferente e retrai-se	1,74	0,49
Irritável, mau humor e age negativamente	2,30	0,56
Adere ao tratamento	3,98	0,49
Procura apoio	2,72	0,59

Como foi já referido anteriormente, este estudo integrou um projecto de investigação mais alargado em que se procurou compreender a adaptação psicossocial da criança com asma (Lima, 2005). No âmbito deste projecto foram identificados dois padrões de adaptação (cujas características estão sumariamente descritas no Quadro 2), sendo que um foi considerado como expressando maior adaptabilidade. Assim, seria interessante analisar a associação dos estilos de coping com a pertença aos dois perfis e verificar se essa associação confirmava ou não o valor mais ou menos adaptativo de cada um dos padrões de *coping*.

#### Quadro 2 – Descrição das características dos dois perfis de adaptação.

Perfil 1: 33 crianças	Perfil 2: 52 crianças
- Perfil de menor adaptabilidade	- Perfil de maior adaptabilidade
<i>Menor qualidade de vida</i>	<i>Maior qualidade de vida</i>
<i>Maior ansiedade/depressão</i>	<i>Menor ansiedade/depressão</i>
<i>Temperamento mais “desafiante”</i>	<i>Temperamento mais “fácil”</i>
<i>Menor auto-estima</i>	<i>Maior auto-estima</i>
<i>Menos habilidades sociais</i>	<i>Mais habilidades sociais</i>
<i>Mais famílias não-intactas</i>	<i>Mais famílias intactas</i>
<i>Casos de asma maior gravidade</i>	<i>Casos de menor gravidade</i>

Como podemos verificar no Quadro 3, com excepção do padrão “*Sente-se diferente e retrai-se*”, todos os restantes se associam de forma estatisticamente significativa com os perfis de adaptação. Podemos também constatar que os padrões que os autores consideraram de adaptativos, ou seja, os “*Desenvolve competência e optimismo*”, “*Adere ao tratamento*” e “*Procura Apoio*” são também aqueles em que as crianças pertencentes ao perfil de maior adaptabilidade obtêm resultados mais elevados. É de destacar que estas crianças foram aquelas que obtiveram níveis mais elevados de qualidade de vida percebida, maior auto-estima, mais habilidades sociais e níveis mais baixos de ansiedade/depressão (Lima, 2005).

Quadro 3 – Cruzamento dos estilos de *coping* com os perfis de adaptação

	Perfil 1 (N= 33)		Perfil 2 (N= 52)		F	Sig.
	Média	D.P	Média	D.P		
Desenvolve competência e optimismo	3,66	0,71	4,08	0,71	6,91	,010
Sente-se diferente e retrai-se	1,84	0,45	1,66	0,51	2,66	,107
Irritável, mau humor e age negativamente	2,50	0,39	2,14	0,60	9,53	,003
Adere ao tratamento	3,77	0,85	4,12	0,46	10,58	,002
Procura apoio	2,51	0,51	2,83	0,57	6,87	,010

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram que os estilos de confronto mais frequentes nas crianças com asma são aqueles que Austin e colaboradores (1991) consideram como mais adaptativos. Estes padrões são também semelhantes aos que outros autores denominam de activos (Meijer et al, 2002) e que também aparecem positivamente associados a indicadores de adaptação.

Outro dado muito interessante surge da associação positiva e estatisticamente significativa entre os estilos de *coping* e os resultados obtidos a nível do projecto mais alargado acerca dos perfis de adaptação das crianças, o que reforça a utilidade da sua avaliação enquanto variável potencialmente preditora do processo de adaptação à doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AUSTIN, J., PATTERSON, J. e HUBERTY, T.- Development of the Coping Health Inventory for Children. *Journal of Pediatric Nursing*. Vol. 6, n.º 3 (1991), p.166-174.
- BARROS, L. - *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentalista*. Lisboa: CLIMEPSI, 2003.
- LIMA, L.- *A adaptação psicológica da criança com asma: estudos de perfis de adaptação e de algumas variáveis preditivas*. Tese de doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2005.
- LIMA, L., GUERRA, M.P. e LEMOS, M.S - Estudo preliminar da adequação do Coping Health Inventory for Children. In A. Maia, S. Silva, & T. Pires (Orgs.) *Desafios da saúde e comportamento: actores, contextos e problemáticas*. Actas do 1º congresso de saúde e comportamento dos países de língua Portuguesa. Braga: CIPSI edições, 2009, p. 557-566.
- MEIJER, S., SINNEMA, G., BIJSTRA, J., MELLENBERGH, G., e WOLTERS, W. - Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Social Science and Medicine*. Vol. 54 (2002), p. 1453-1461.
- MCNELLIS, A., HUSTER, G., MICHEL, M., HOLLINGSWORTH, J., EIGEN, H., AUSTIN, J.K. - Factors associated with self-concept in children with asthma. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, Vol. 13, n.º 2 (2000), p. 55-68.

RYAN-WENGER, N., SHARRER, V., WYND, C. - Stress, Coping and Health In Children. In V.H.Rice (Ed). *Handbook of Stress, Coping and Health*. Thousand Oaks: Sage, 2000, pp. 265-293.

SPIRITO, A., STARK, L.J., GIL, K.M., e TYC, V.L. - Coping with everyday and disease-related by chronically ill children and adolescents. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 34, n.º 3 (1995), p. 283-291.

VINSON, J.A. - Children With Asthma : Initial Development of The Child Resilience Model. *Pediatric Nursing*, Vol. 28, n.º 2 (2002), p.149-158.