

QUESTÕES ACERCA DO COPING: A PROPÓSITO DO ESTUDO DE ADAPTAÇÃO DO BRIEF COPE

J.L. Pais Ribeiro^{*1} & A.P. Rodrigues²

¹Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

²Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa

RESUMO: O objectivo do presente estudo é investigar as propriedades psicométricas da versão reduzida do questionário de coping desenvolvido por Carver a partir da versão longa do mesmo questionário e, simultaneamente, discutir alguns aspectos de coping que se colocam no virar do século. Participaram no estudo 364 indivíduos, 41,5% do sexo masculino, com características idênticas aos participantes do estudo de Carver. O questionário Brief COPE foi submetido a tratamentos estatísticos idênticos ao original e os resultados encontrados são também idênticos à versão original. A versão encontrada em português é uma boa adaptação da versão original que sugere a sua utilidade em estudos no Campo da saúde?

Palavras chave: Coping, Avaliação do coping, Desenvolvimento de escalas.

SOME QUESTIONS ABOUT COPING: THE STUDY OF THE PORTUGUESE ADAPTATION OF THE BRIEF COPE

ABSTRACT: The primary purpose of the present paper is to identify the psychometric properties of the short form of the COPE scale named Brief-COPE. Participants are 364 individuals, 41.5% males, with similar characteristics of the participants in Carver's study. The translation of the Brief-COPE followed standard procedures (translation, back translation, reconciliation, cultural equivalence verification of translation, identification of content validity, cognitive debriefing). Statistical procedures followed the original model. Portuguese version that emerges from the present study shows similar patterns to the original version. The Portuguese version proposed seems to be a good adaptation of the original one, and a useful instrument to be used in health psychology.

Key words: Coping, Coping assessment, Scale development.

O coping¹ tem sido definido como um factor estabilizador, ou seja, que facilita o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações ou em momentos stressantes (Holahan & Moos, 1987). Estes autores apresentam várias definições de coping, nomeadamente: qualquer esforço de gestão de stress; coisas que as pessoas fazem para evitarem ser magoadas pelos

* Contactar para E-mail: jlpr@fpce.up.pt

¹ A palavra "coping" faz parte do vocabulário da psicologia em Portugal, tal como a palavra "stress". Há autores que a utilizam (Serra, 1988), enquanto outros apresentam tradução. Por exemplo "adaptação" (APA, 2002), "confronto" (Vasco, 1985), ou "lidar com" (CEGOC, 2000). O português falado no Brasil utiliza o termo "enfrentamento" tal como os espanhóis. Preferimos adoptar o termo "coping" como um neologismo que, talvez com o uso e num ajustamento à língua portuguesa, se passe a escrever copingue.

constrangimentos da vida; comportamentos cobertos ou abertos que as pessoas implementam para eliminar o distress psicológico ou as condições stressantes.

Numa proposta clássica Lazarus e Folkman (1984) definem o coping como esforços comportamentais e cognitivos, em mudança constante, que visam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais. Um coping adequado a dada situação conduz a um ajustamento adequado. Como evidência da adaptação (ou ajustamento) encontramos o “bem estar, o funcionamento social, e a saúde somática” (Lazarus, DeLongis, Folkman, & Gruen, 1985, p. 770).

Para estes autores o coping é centrado no processo em vez de no traço, e distingue-se dos comportamentos automáticos adaptativos. Usam o termo *esforços* para salientar o processo em vez do resultado, e o termo *gerir* para evitar a ligação coping igual a sucesso. Ou seja, o esforço de coping pode não ser bem sucedido e, então, não se pode definir com base no sucesso do processo. Lazarus (1993) explica que a abordagem ao coping, nesta perspectiva, emerge na década de 70. Esta perspectiva caracteriza-se por ser microanalítica, contextual e orientada para o processo. Tem quatro características nomeadamente: (1) salienta a descrição de pensamentos e acções que ocorrem numa dada situação stressante ou em vários estádios dessa situação; (2) a avaliação do coping não questiona o que a pessoa devia ou podia fazer ou pensar, ou o que costuma fazer numa dada situação. Questiona sim o que se passou num contexto particular, assumindo que o que se passou muda com o tempo ou com a alteração da situação ou contexto (é um processo). Isto ocorre em resultado de uma interacção activa entre a pessoa e o meio com base numa relação psicológica pessoa-meio; (3) a avaliação do coping implica que se avalie o mesmo indivíduo em vários contextos e momentos para identificar a estabilidade e a mudança nas acções e pensamentos relacionadas com o coping; (4) deve haver prudência na avaliação se um processo de coping é bom ou mau, dado estar dependente da pessoa, dos seus objectivos, dos resultados procurados e das suas preocupações.

A ideia de coping, até então, derivava da tradição da psicologia do ego de inspiração psicanalítica que se centrava em modos estáveis de lidar com o meio. Freud (1933) designava por mecanismos de defesa os processos inconscientes que os indivíduos utilizavam para lidar com ameaças internas ou conflitos. Para Freud todos os mecanismos de defesa eram patológicos (Parker & Endler, 1992). Estes autores explicam que em textos posteriores os mecanismos de defesa foram divididos em primários e secundários, em que uns eram mais patológicos e primitivos do que os outros. A evolução desta concepção levava a que os mecanismos de defesa fossem considerados adaptativos ou não adaptativos. Na evolução deste modelo, Haan (1977), designa por coping os processos maduros ou saudáveis do ego, por defesa os processos de ego neuróticos, e por ego-falhado, as formas de adaptação fragmentadas ou desorganizadas. Este modelo tende a gerar tipologias estáticas

de coping, estilos (estáveis) de acção que dificultam a compreensão do fenómeno e não consideram a complexidade das interacções do indivíduo com situações stressantes específicas.

A partir da década de 70 o coping passou a ser considerado fundamentalmente como um processo de resposta consciente ou uma reacção a um acontecimento externo negativo (em oposição a interno de Freud) ou stressante (Parker & Endler, 1992).

O DSM-IV apresenta estes termos – coping e mecanismo de defesa – como sinónimos “*Defense mechanisms (or coping styles)*” (APA, 1994, p. 751). Gelder, Gath, Mayou, e Cowen (1996) explicam que tanto as *estratégias de coping* como os mecanismos de defesa podem reduzir os efeitos de emoções fortes provocadas por stressores. O termo “estratégias de coping”, explicam estes autores, provém da investigação na psicologia social e aplica-se a actividades sobre as quais o indivíduo está alerta ou consciente. O uso repetido de determinadas estratégias de coping constitui-se como *estilo de coping*. O termo *mecanismos de defesa* provém dos estudos psicanalíticos para se referir a processos mentais inconscientes. Utiliza-se por vezes com o mesmo sentido o termo *adaptação* quando se refere a processos psicológicos implicados no ajustamento a acontecimentos stressantes relacionados com doença crónica.

O coping como um processo fundamental para o ajustamento ou adaptação

O coping é uma variável intermediária entre um acontecimento e os resultados ou consequências a termo desses acontecimentos. Se este processo funcionar de modo ideal, os seus resultados a longo termo serão positivos ou, dito de outra maneira, o processo de coping teve efeitos adaptativos.

Lazarus et al. (1985) apresentam um modelo integrador de variáveis pertinentes que, segundo a sua teoria, estão envolvidos em situações stressantes (Figura 1).

Antecedentes causais	Processos mediadores	Efeitos imediatos	Efeitos a longo termo
Variáveis pessoais: Valores, motivações, objectivos	Acontecimento 1....2....3....n No mesmo acontecimento Momento 1.....2.....3.....n		
Crenças gerais, i.e. Auto-estima Consecução Sensação de controlo Confiança interpessoal Crenças existenciais	Apreciação primária (riscos) Apreciação secundária (opções de coping)	Afecto Alterações fisiológicas	Bem-estar psicológico Saúde/doença somática
Variáveis ambientais: Exigências Recursos, ex.: rede de suporte social Limitações Aspectos temporais	Coping (incluindo uso de suporte social) Formas focadas no problema Formas focadas na emoção	Qualidade dos resultados da situação	Desempenho social

Figura 1. Fluxograma exemplificativo da relação entre variáveis segundo Lazarus et al. (1985)

Lazarus et al. (1985), ao explicarem a Figura 1 esclarecem “embora isso não seja mostrado na Figura 1 o sistema é dinâmico no sentido em que a apreciação ou avaliação está a mudar constantemente, e é circular no sentido em que os resultados podem influenciar as variáveis antecedentes” (p. 777). Todas as variáveis no sistema influenciam o stress e o coping.

Coping acrescentado

Carver, Scheier, e Weintraub (1989) partem da perspectiva de Folkman e Lazarus (1980) e da medida clássica desenvolvida por eles o “Ways of Coping” (Pais Ribeiro & Santos, 2001). Esta escala inclui duas categorias de sub-escalas; coping focado no problema com cinco formas de coping (ou sub escalas), e coping focado nas emoções com três formas de coping. Lazarus (1993) explica que a maioria das pessoas utiliza as oito formas de coping em cada situação stressante, embora recorram mais a umas do que a outras consoante, (a) a situação, (b) a apreciação ou avaliação, e (c) as suas características pessoais. E ainda: (a) o padrão de coping altera-se de um estágio da situação para outro; e (b) algumas formas de coping são mais estáveis do que outras. Este grupo de autores defende que não há formas de coping melhores do que outras. Serem mais ou menos favoráveis depende, (a) de quem as usa, (b) quando as usa, (c) sob quais circunstâncias, e (d) a que situação se pretende adaptar.

Carver et al. (1989), sem se proporem alterar o modelo de Folkman e Lazarus (1980), acrescentam alguns aspectos. Referem-se a estilos de coping ou coping natural (disposition) para designar modos estáveis de coping que as pessoas utilizam em situações stressantes com que se confrontam. Segundo esta perspectiva as pessoas possuem um conjunto de estratégias de coping que se mantêm relativamente fixas através do tempo e situações, mais do tipo traço. O teste reteste da versão original do COPE desenvolvido por Carver e colaboradores seis e oito semanas depois mostra correlações elevadas o que “sugere que a tendência encontrada nas respostas de coping medidas com o COPE são relativamente estáveis” (Carver et al., 1989, p. 271). Esta perspectiva, como já se referiu, contraria de algum modo a perspectiva clássica que considera que o coping é um processo em mudança constante, orientada para o processo em vez de centrada no traço (Lazarus, 1993), como explicam Folkman e Lazarus (1985) num artigo em que o título é ilustrativo, “*if it changes must be a process...*”. Ou seja, na perspectiva de Folkman e Lazarus (1980) o coping é entendido como um processo dinâmico que muda em função da interacção stressante, e considera-se que a existência de estilos de coping são contraproducentes na medida em que as respostas das pessoas ficariam bloqueadas em determinados modos, em vez de lhes permitir a flexibilidade de ajustar a resposta a situações em mudança.

Mais recentemente Folkman e Moskowitz (2000) explicam que as abordagens contextuais do coping convergem nos seguintes aspectos:

- 1 o coping tem múltiplas funções incluindo, mas não só, a regulação do distress e a gestão dos problemas que causam o distress;
- 2 o coping é influenciado pela avaliação das características do contexto de stress incluindo a sua controlabilidade;
- 3 o coping é influenciado pelas características de personalidade (*dispositions*), incluindo o optimismo, o neuroticismo e a extroversão;
- 4 o coping é influenciado pelos recursos sociais.

Também Holahan e Moos (1987) defendem que factores sócio demográficos tais como educação e nível sócio económico, características de personalidade e factores contextuais influenciam o coping.

Na década de 90 a investigação sobre coping tem sido feita predominantemente na área da saúde. Como explicam Endler, Parker, e Summerfeldt (1998), em geral a avaliação das estratégias de coping tende a ser feita, quer genericamente, quer em relação a situações específicas. Esta distinção tem sido denominada como abordagens interindividuais versus intraindividuais, ou como abordagens disposicionais versus situacionais.

As abordagens disposicionais aproximam-se da teoria do traço e focam as estratégias de coping que tendem a ser utilizadas pelos indivíduos em situações stressantes variadas. Estas, avaliadas com medidas de auto-resposta, questionam o respondente acerca do modo habitual de responder perante situações stressantes. A abordagem situacional, em oposição, visa identificar como mudam as estratégias de coping perante situações diferentes

Carver et al. (1989) reconhecem que é “provavelmente óbvio” que existam estilos de coping dado que as pessoas abordam cada contexto de coping com um repertório de estratégias relativamente fixas através do tempo e das circunstâncias. A favor desta perspectiva defendem ainda que, provavelmente, há modos preferidos de coping em função das dimensões de personalidade.

Outro aspecto em que o desenvolvimento do COPE se diferencia é com base na construção de questionários suportados quer na teoria quer de modo empírico. No primeiro caso identificam-se os aspectos de coping que devem estar representados e depois desenvolvem-se itens que os avaliem. No segundo desenvolvem-se itens que após submissão a, por exemplo, análise factorial permitem identificar dimensões resultantes do agrupamento dos itens. Carver et al. (1989) defendem que o COPE foi desenvolvido com base na teoria.

O COPE

Carver et al. (1989) baptizaram de COPE o inventário que desenvolveram para avaliar estilos e estratégias de coping. Os autores explicam que este inventário, deriva da extensa literatura sobre o coping, em parte do modelo de coping de Lazarus e Folkman (1984) e em parte do modelo da auto regulação comportamental.

Embora reconheçam a distinção entre coping focado no problema e coping focado nas emoções afirmam que a distinção é mais complexa, nomeadamente com a emergência de mais do que estes dois factores. Referem que o coping focado no problema tende a predominar quando as pessoas sentem que pode ser feito algo de construtivo, e que o coping focado nas emoções tende a predominar quando as pessoas sentem que o stressor tende a persistir.

Sendo um questionário desenvolvido com suporte na teoria, e embora partilhe alguns aspectos dos seus antecessores, acrescenta aspectos novos, nomeadamente faz distinções subtis no âmbito do coping focado no problema: distingue a planificação do coping activo (embora nos seus estudos estes dois modos de coping tendam a carregar o mesmo factor) e acrescenta supressão da atenção para actividades contraditórias, e prática de restrição; distingue suporte instrumental do suporte emocional. Desenvolveram igualmente itens para avaliar o desinvestimento comportamental, esforço contínuo para alcançar os objectivos, desinvestimento mental para atingir objectivos pessoais, focagem ou expressão das emoções, e uso de álcool ou drogas (medicamentos) como meio de desinvestimento. No entanto outros autores criticam a ausência de algumas formas de coping que são úteis em situação, por exemplo, de diagnóstico de doenças graves, tais como a procura de informação (Harcourt, Rumsey, & Ambler, 1999).

Carver et al. (1989) interessaram-se por alguns aspectos controversos do conceito de coping. Tradicionalmente o coping é considerado um processo dinâmico que se altera de uma fase para outra na transacção consoante a situação stressante. Nesta perspectiva um estilo de coping seria contraproducente porque a pessoa utilizaria modos estereotipados de coping em vez de escolher e ajustar a resposta a situações em mudança. Ora, Carver et al. (1989) interessam-se pelo papel que as diferenças individuais podem ter no coping, e dizem que há duas maneiras de pensar esta relação. Uma é que há modos estáveis (traços) ou estilos de coping preferidos que as pessoas trariam para as situações stressantes que tivessem de enfrentar, e que se manteriam relativamente fixos ao longo do tempo e das circunstâncias. Justificam esta perspectiva dizendo que as pessoas quando adoptam o coping o fazem a partir de experiências anteriores. Outra maneira é que há características de personalidade que predispõe as pessoas para o uso de determinadas formas de coping.

Estas perspectivas contrariam de certo modo a posição clássica de Folkman e Lazarus (1980) que assumem que é pouco provável que os traços de personalidade predigam o coping, embora como se disse acima a primeira autora incluía 20 anos depois a consideração da importância da personalidade no coping (Folkman & Moskowitz, 2000). No estudo de Carver et al. (1989) os autores afirmam “que os resultados sugerem a possibilidade de que os traços de personalidade e estilos de coping têm um papel no coping situacional, papéis que podem ser de algum modo complementares em vez de rivais” (p. 281).

O objectivo do presente trabalho é estudar as propriedades psicométricas de uma adaptação portuguesa conservadora do questionário COPE reduzido de Carver (1997a).

MÉTODO

Participantes

Participaram no estudo 364 indivíduos, 41,5% do sexo masculino idade $M=18,5$ anos variando entre 17 e 22. Esta população é presumivelmente idêntica à utilizada por Carver et al. (1989) que, no entanto, apenas descrevem como “undergraduates”.

O Brief COPE

O COPE original inclui, numa fase inicial, 52 itens distribuídas por 13 escalas. Posteriormente passa a incluir 53 itens em 14 escalas e, finalmente, 60 itens em 15 escalas, com quatro itens por escala (Carver et al., 1989; Carver, 1997b). A escala “Uso de Substâncias” só incluía um item no estudo de Carver et al. (1989). Os restantes três itens desta escala e a de “Humor” foram acrescentados depois (Carver, 1997b)

Os itens são redigidos em termos da acção que as pessoas implementam, e a resposta é dada numa escala ordinal com quatro alternativas (de “0” a “3”) entre “nunca faço isto” até “faço sempre isto”. Esta resposta pode ser alterada consoante o investigador esteja interessado no coping estado ou no coping traço. No primeiro caso deverá responder “fiz isto” (relativamente à situação focada), se for traço deverá responder “costumo fazer isto”. Carver (1997a) explica que este questionário pode ser ajustado aos interesses do investigador, nomeadamente se houver limitações temporais podem ser usadas somente algumas das escalas, as que para o investigador ou para o seu estudo sejam mais importantes. Por outro lado os itens podem ser utilizados de várias maneiras. Como se disse acima podem assumir um formato retrospectivo, situacional, traço, etc. para o que é necessário colocar as frases no tempo verbal adequado (tenho feito isto, fiz isto, ou costumo fazer isto). O resultado final é apresentado como um perfil e as subescalas não são somadas nem há uma nota total (ver itens no Quadro 2).

O questionário é precedido por uma introdução breve em que se pede às pessoas para responderem sobre o modo como lidam com os problemas da vida (identificando o mais recente, p. ex. diagnóstico da doença, cirurgia, exame escolar, furacão etc.).

O Brief Cope foi desenvolvido visto as medidas existentes, nomeadamente o COPE, colocarem grande sobrecarga nos respondentes nomeadamente quanto ao tempo necessário para responder. Isto é uma constatação recorrente em psicologia da saúde e daí o aparecimento crescente de formatos mais breves das medidas originais. Este grupo de autores já utilizara antes uma versão com três itens por dimensão (Carver, et al., 1993). No estudo original Carver et al. (1989) utilizaram estudantes e posteriormente utilizaram o COPE numa variedade relevante de contextos de saúde. O Brief COPE foi utilizado num

estudo com participantes que tinham sido vítimas de uma catástrofe natural, mais concretamente do Furacão Andrew. Ele tem sido considerado útil na avaliação de pessoas com doença crónica submetidas a tratamentos agressivos (Fillion, Kovacs, Gagnon, & Endler, 2002).

Até à versão aqui em estudo, o COPE sofreu várias alterações desde a forma original de 52 itens. O Brief COPE propõe-se responder à “necessidade de medidas que avaliem adequadamente qualidades psicológicas importantes do modo mais breve possível” (Carver, 1997a, p. 93). Com este objectivo este autor desenvolveu um questionário com 14 escalas com dois itens cada escala, que sofreu alterações relativamente à versão de 60 itens. Várias escalas focam explicitamente aspectos teóricos significativos do coping enquanto outras foram incluídas com base na evidência da importância desses aspectos particulares de coping.

Relativamente à versão do COPE de 60 itens, desapareceram as escalas de “Coping Restritivo” e “Supressão de Actividades Contrárias”, e foi incluída uma nova escala a “Auto-Culpabilização”. Outras escalas foram redifinidas (Carver, 1997a). O Brief COPE é composto pelas escalas apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1

Escalas do COPE e sua definição

Escala	Definição
1 – Coping activo	Iniciar uma acção ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o stressor
2 – Planear	Pensar sobre o modo de se confrontar com o stressor, planear os esforços de coping activos
3 – Utilizar suporte instrumental	Procurar ajuda, informações, ou conselho acerca do que fazer
4 – Utilizar suporte social emocional	Conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém
5 – Religião	Aumento de participação em actividades religiosas
6 – Reinterpretação positiva	Fazer o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável
7 – Auto-culpabilização	Culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu
8 – Aceitação	Aceitar o facto que o evento stressante ocorreu e é real
9 – Expressão de sentimentos	Aumento da consciência do stress emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos
10 – Negação	Tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento stressante
11 – Auto distração	Desinvestimento mental do objectivo com que o stressor está a interferir, através do sonho acordado, dormir, ou auto distração
12 – Desinvestimento comportamental	Desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objectivo com o qual o stressor está a interferir
13 – Uso de substâncias (medicamentos/ álcool)	Virar-se para o uso do álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de desinvestir do stressor
14 – Humor	Fazer piadas acerca do stressor

Procedimento

Os itens foram traduzidos tomando em consideração a equivalência lexical e gramatical, a equivalência conceptual, a equivalência cultural, e finalmente, o emparelhamento do conteúdo do item com a dimensão que se propõe avaliar. Após a tradução pelos dois autores, e de se chegar a uma versão de consenso,

os itens foram apreciados por dois psicólogos que se pronunciaram da adequação de cada afirmação com a dimensão a que pertencia. Quando havia dúvidas regressava-se ao processo de tradução original. Após encontrar uma versão final o questionário foi passado a indivíduos da população alvo (*cognitive debriefing*) para identificar se a forma como eles percebiam as questões e o formato de resposta estavam de acordo com o que era suposto pelos investigadores. O procedimento estatístico utilizado replicou os passos dados por Carver.

RESULTADOS

A análise de componentes principais com rotação oblíqua encontra nove factores com valores próprios superiores a 1, o que também aconteceu no estudo de Carver. A versão aqui apresentada explica 67,47% da variância total (o estudo de Carver explicava 72,4%). O primeiro factor agrupa os itens das escalas “Utilizar Suporte Instrumental” e “Utilizar Suporte Social Emocional”; o segundo factor agrupa as escalas “Coping activo”, “Planear” e “Desinvestimento Comportamental”. Esta última escala mostra uma carga factorial negativa visto ser o negativo das outras duas; o terceiro factor agrupa as escalas “Negação” e “Auto-culpabilização”; as restantes escalas agrupam-se cada uma por um factor com a seguinte ordem “Religião”, “Uso de Substâncias”, “Aceitação”, “Auto-Distracção” e “Expressão de Sentimentos”.

No estudo de Carver (1997a), o primeiro factor juntou as mesmas duas escalas, “Coping Activo” e “Planear”. No nosso estudo juntou-se, ainda, a estas a escala de “Desinvestimento Comportamental” que Carver (1997b) explica que é a antítese do “Coping Activo”. As escalas “Negação” e “Auto-culpabilização” agrupadas surgem num único factor como no estudo de Carver (1997a). Tal como no estudo original “Religião”, “Uso de Substâncias”, “Humor” “Religião”, e “Expressão de Sentimentos” constituíram-se como factores únicos.

Numa análise idêntica à de Carver (1997a), verifica-se que todas as cargas factoriais primárias destes itens são superiores a 0,40. 25 dos 28 itens têm carga factorial superior a 0,60, somente oito cargas factoriais secundárias excedem 0,30, das quais somente três excedem 0,40.

Explorando os dados através da análise de componentes principais com rotação oblíqua forçada a 14 factores, surgem treze escalas, juntando cada uma os seus dois itens. É excepção a escala “aceitação” que, também no estudo original de Carver se junta a factores diferentes. Por outro lado as escalas “Coping Activo” e “Planear” carregam o mesmo factor tal como ocorreu com o estudo original e noutros (Perczek, Carver, Price, & Pozo-Kaderman, 2000). Ou seja, a estrutura factorial da versão Portuguesa da Brief COPE aqui apresentada mostra características idênticas à escala original e confirma a distribuição de itens pelas escalas a que pertencem.

Consistência interna da Brief COPE

O estudo da consistência interna com recurso ao Alfa de Cronbach mostra valores adequados, tomando em consideração que nos estamos a referir a dois itens por escala. O Quadro 2 mostra os valores de consistência interna de cada escala e da escala original.

Quadro 2

Itens de cada escala, consistência interna das escalas e consistência interna da versão original entre parêntesis

Escalas da Brief COPE	itens	Alfa de Cronbach
1 – Coping activo	Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho)	0,65 (0,68)
2 – Planear	Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação	0,70 (0,73)
3 – Utilizar suporte instrumental	Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo	0,81 (0,64)
4 – Utilizar suporte social emocional	Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos) Procuo o conforto e compreensão de alguém	0,79 (0,71)
5 – Religião	Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual Rezo ou medito	0,80 (0,82)
6 – Reinterpretação positiva	Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer	0,74 (0,64)
7 – Auto-culpabilização	Faço críticas a mim próprio Culpo-me pelo que está a acontecer	0,62 (0,69)
8 – Aceitação	Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer Tento aprender a viver com a situação	0,55 (0,57)
9 – Expressão de sentimentos	Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções) Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento	0,84 (0,50)
10 – Negação	Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade” Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo	0,72 (0,54)
11 – Auto distração	Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras	0,67 (0,71)
12 – Desinvestimento comportamental	Desisto de me esforçar para obter o que quero Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo	0,78 (0,65)
13 – Uso de substâncias (medicamentos/álcool)	Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas	0,81 (0,90)
14 – Humor	Enfrento a situação levando-a para a brincadeira Enfrento a situação com sentido de humor	0,83 (0,73)

A inspecção do Quadro 2 mostra que a consistência interna das escalas é satisfatória e segue padrões idênticos à versão original. Enquanto na versão original três das dimensões apresentavam consistências internas inferiores ao valor fronteira de 0,60 na escala aqui em estudo somente uma apresenta esse valor. Este padrão de semelhança entre versões de línguas diferentes e com

raízes diferentes tem sido encontrado noutros estudos (Sica, Novara, Dorz, & Sanavio, 1997)

Correlações entre escalas do COPE

No Quadro 3 são apresentadas as correlações entre as escalas aqui em estudo, e entre parêntesis são apresentadas as correlações que os autores apresentam no estudo original de 1989. Lembramos que na versão original (versão longa, Carver et al., 1989) parte das escalas eram diferentes. Aqui só se reportarão as escalas existentes nos dois estudos. Algumas mudaram de nome, como seja o caso da de “Desinvestimento Mental” que no Brief COPE passou a chamar-se “Auto Distracção”, mas cujos itens pertenciam àquela.

Quadro 3

Correlação entre as escalas constituintes do Brief COPE na versão portuguesa aqui em estudo

	CA	N	US	SE	SI	DC	ES	RP	P	H	A	R	AC
AD	0,05 (-0,06)	0,09 (0,29)	0,15 (0,18)	0,19 (0,21)	0,12 (0,20)	0,12 (0,29)	0,11 (0,22)	0,15 (0,06)	0,04 (-0,04)	0,25 (-)	0,17 (0,06)	0,01 (0,06)	-0,05 (-)
CA		-0,02 (-0,11)	-0,04 (-0,10)	0,24 (0,36)	0,25 (0,19)	-0,30 (-0,28)	0,10 (0,07)	0,24 (0,43)	0,53 (0,67)	-0,02 (-)	0,17 (0,19)	0,06 (0,13)	0,12 (-)
N			-0,01 (0,17)	0,14 (0,06)	0,09 (0,03)	0,29 (0,45)	0,22 (0,16)	0,06 (-0,15)	0,05 (-0,14)	0,06 (-)	-0,06 (-0,21)	0,06 (0,11)	0,34 (-)
US				0,16 (0,02)	0,03 (0,02)	0,07 (0,26)	0,07 (0,13)	0,09 (-0,14)	0,11 (-0,10)	0,09 (-)	0,04 (-0,02)	-0,01 (0,01)	0,008 (-)
SE					0,55 (0,69)	0,05 (0,05)	0,48 (0,56)	0,12 (0,17)	0,19 (0,20)	-0,01 (-)	0,09 (0,14)	0,19 (0,13)	0,20 (-)
SI						-0,08 (-0,02)	0,33 (0,39)	0,15 (0,28)	0,27 (0,34)	-0,04 (-)	0,10 (0,17)	0,29 (0,14)	0,11 (-)
DC							0,05 (0,17)	-0,11 (-0,24)	-0,20 (-0,28)	0,03 (-)	-0,04 (-0,05)	0,003 (0,07)	0,16 (-)
ES								-0,02 (0,02)	0,23 (0,10)	-0,06 (-)	0,03 (0,03)	0,07 (0,09)	0,26 (-)
RP									0,34 (0,45)	0,34 (-)	0,26 (0,36)	0,08 (0,21)	0,07 (-)
P										0,05 (-)	0,30 (0,28)	0,06 (0,16)	0,27 (-)
H											0,20 (-)	-0,04 (-)	-0,02 (-)
A												0,04 (0,07)	0,03 (-)
R													0,08 (-)

Nota. AD: Auto Distracção; CA: Coping Activo; N: Negação; US: Uso de Substâncias; SE: Utilizar Suporte Social Emocional; SI: Utilizar Suporte Instrumental; DC: Desinvestimento Comportamental; ES: Expressão de Sentimentos; RP: Reinterpretação Positiva; P: Planear; H: Humor; A: Aceitação; R: Religião; AC: Auto-Culpabilização.

A maioria das correlações entre as escalas componentes do Brief COPE apresentam magnitude idêntica à original. Igualmente as correlações entre escalas, mais elevadas, na versão original correspondem às correlações mais elevadas na versão portuguesa. Esta semelhança é de salientar principalmente se considerarmos que estamos a referir-nos à comparação com os valores originais (da versão Norte Americana) da escala de 60 itens.

CONCLUSÃO

A versão portuguesa da escala que aqui foi utilizada apresenta propriedades idênticas à versão longa da escala original de 60 itens desenvolvida por Carver. A versão portuguesa que aqui é apresentada conserva as propriedades da versão de 28 itens de Carver, o que a recomenda para ser utilizada na investigação sobre o Coping. A versão reduzida, pelo seu tamanho e pela variedade de estratégias de coping que apresenta é uma boa escala para ser utilizada em investigação em contexto de saúde.

REFERÊNCIAS

- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – TR* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Vasco, A. (1985). Dois modelos para a compreensão do processo de confronto (Coping). *Jornal de Psicologia*, 4(3), 22-26.
- Carver, C. (1997a). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C. (1997b). Brief COPE. Documento enviado pelo autor.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F., & Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Endler, N., Parker, J., & Summerfeldt, L. (1998). Coping with health problems: developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10(3), 195-205.
- Folkman, S., & Lazarus, R (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R (1985). If it changes must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654.
- Fillion, L., Kovacs, A., Gagnon, P., & Endler, N. (2002). Validation of the shortened COPE for use with breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Current Psychology*, 21(1), 17-34.
- Freud, S. (1933). *New introductory lectures on psychoanalysis*. New York: Norton.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., & Cowen, P. (1996). *Oxford Textbook of Psychiatry* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending: Processes of self-environment organization*. Academic press: New York.
- Harcourt, D., Rumsey, N., & Ambler, N. (1999). Same-day diagnosis of symptomatic breast problems: Psychological impact and coping strategies. *Psychology, Health & Medicine*, 4(1), 57-71.
- Holahan, C., & Moos, R. (1987) Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955

Lazarus, R. (1993). Coping with the stress of illness. In A. Kaplun (Ed.), *Health promotion and chronic illness: Discovering a new quality of health* (pp. 11-29). Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.

Lazarus, R., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40(7), 770-779.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.

CEGOC (2000). NEO PI-R. Manual profissional: NEO PI-R, inventário de personalidade neo revisto (estudo de adaptação do manual de P. Costa e R. McCrae, de M. Lima, 1997). Lisboa: CEGOC-TEA, Lda.

Pais-Ribeiro, J.L., & C. Santos (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 491-502.

Parker, J., & Endler, N. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, 6, 321-344.

Perczek, R., Carver, C., Price, A., & Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment*, 74(1), 63-87.

Serra, A. (1988). Um estudo sobre o coping: O Inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 301-316.

Sica, C., Novara, C., Dorz, S., & Sanavio, E. (1997) Coping strategies: Evidence for cross-cultural differences? A preliminary study with the Italian version of coping orientations to problems experienced (COPE). *Personality and Individual Differences*, 23(6), 1025-1029.