

Os modelos de senso-comum das cefaleias crónicas nos casais: Relação com o ajustamento marital

MARIA JOÃO FIGUEIRAS (*)
VANDA ARAÚJO MACHADO (**)
NUNO CORREIA ALVES (***)

1. INTRODUÇÃO

A forma como as crenças individuais influenciam a percepção do indivíduo sobre a saúde e a doença tem sido uma área importante da investigação em Psicologia da Saúde. É com base nos sistemas de crenças individuais que toda a informação vinda do exterior é interpretada, conferindo um cunho pessoal à forma como o indivíduo percebe a sua saúde e os estados de doença (Schoeber & Lacroix, 1991). Segundo estes autores, existe evidência que suporta a existência de modelos de doença baseados em esquemas cognitivos flexíveis, através dos quais os indivíduos organizam os atributos da doença, e integram informação que provém do contexto cultural e social com a sua experiência anterior. Estes modelos têm sido referidos na literatura como modelos de senso-comum das doenças (ex. Le-

venthal, Meyer, & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984) e são constituídos por percepções individuais.

A representação cognitiva da doença (ou percepção da doença), constitui uma das abordagens às crenças individuais que tenta conceptualizar a forma como os indivíduos compreendem os diversos aspectos relacionados com a saúde e a doença, integradas na experiência individual e colectiva (Skelton & Croyle, 1991). Segundo estes autores, o conceito de representação cognitiva apresenta as seguintes vantagens: (a) as crenças individuais são estruturadas segundo a experiência individual anterior com a doença, (b) as representações cognitivas da doença têm influência no processo que conduz ao comportamento de saúde, e (c) os pressupostos teóricos da representação cognitiva da doença baseiam-se num modelo dinâmico do comportamento.

Este modelo, denominado de modelo de auto-regulação, aceita o comportamento de saúde como o resultado de um processo interactivo pelo qual o sujeito integra a informação de ambos os estímulos, interno e externo, com as estruturas cognitivas existentes para dar sentido à sua expe-

(*) Instituto Superior de Ciências da Saúde – Sul.

(**) Psicóloga Clínica.

(***) Psicólogo Clínico.

riência, bem como uma reacção emocional a essa mesma doença.

Os componentes da representação cognitiva foram identificados em diversos estudos (Leventhal et al., 1980; Leventhal, Nerenz, & Straus, 1982; Leventhal et al., 1984; Lau & Hartman, 1983; Lau, Bernard, & Hartman, 1989; Leventhal & Diefenbach, 1991). Estes componentes são a identidade que consiste na associação dos sintomas da doença a um rótulo ou vice-versa; as atribuições causais que consiste na percepção de factores que estão na origem da doença; a duração que se refere ao curso da doença ao longo do tempo, isto é, se é uma doença de curta duração, de longa duração ou uma doença cíclica; a percepção das consequências reflecte as crenças dos indivíduos sobre a gravidade da doença e o seu impacto no funcionamento físico, psicológico e social. A percepção da cura refere-se à crença do indivíduo sobre a possibilidade de curar ou controlar a doença. Os primeiros estudos realizados nesta área utilizaram entrevistas para recolher informação sobre os modelos de doença (Leventhal, 1980; 1984). Uma abordagem quantitativa foi utilizada posteriormente com o *Illness Perception Questionnaire* (IPQ) (Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne, 1996), que permitiu medir os componentes da representação da doença de forma mais sistemática e avaliar a intensidade das crenças sobre a percepção da doença. Recentemente, foi revista a versão anterior do IPQ que inclui novos componentes considerados por Leventhal e col., como por exemplo a representação emocional, e outros componentes que se referem às crenças sobre o controlo pessoal, o controlo do tratamento e a coerência da doença (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron, Buick, no prelo).

Diversos estudos têm enfatizado a importância das percepções da doença em casais, nomeadamente em relação às atribuições causais (ex. Bar-On, 1987; Rudy, 1980), embora a medida em que as percepções do cônjuge podem influenciar o paciente tenha sido negligenciada. Outro tópico de interesse refere-se ao efeito que a doença pode exercer nas relações maritais. Vários estudos têm sugerido que a natureza da relação marital está associada a efeitos no paciente. A literatura existente refere que a experiência da doença influencia o ajustamento marital, identificando variáveis como a depressão, a an-

siedade, os mecanismos de *coping* e as atribuições causais (Andrasik & Passchier, 1993; Rowat & Knafel, 1985; Ukestad & Wittrock, 1996; Fernandez & Sheffield, 1996; Schwartz & Slater, 1991). O conceito de ajustamento marital tem sido conceptualizado de diferentes formas, como por exemplo, satisfação marital (Beach, Maloney, Plocica, Weaver Luthringer & Utz, 1992), consenso marital (Bar-On, 1987), intimidade e conflito (Waltz, Badura, Pfaff & Schott, 1988). A satisfação marital do cônjuge tem sido igualmente associada a uma melhor recuperação do paciente (Beach et al., 1992). Nesta abordagem, a importância que o papel da representação cognitiva das cefaleias nas pacientes e nos seus cônjuges, pode ter no ajustamento marital do casal não tem sido explorada.

Existe evidência de que a dor crónica tem sérios efeitos no ajustamento marital dos cônjuges e dos pacientes (Maruta & Osborne, 1978; Shanfield & Heiman, 1979). Várias investigações identificaram desajustamento marital e sexual em doentes com dor crónica (Flor, Turk, & Rudy, 1989; Flor, Kerns & Turk, 1987; Maruta & Osborne, 1978; Mohamed, Weisz & Waring, 1978) mas alguns cônjuges de doentes com dor crónica mencionaram maior insatisfação marital e depressão do que os pacientes (Kerns, Haythornthwaite, Southwick & Giller, 1990). Em geral, quando um parceiro desenvolve um problema de dor crónica são necessárias reorganizações dos papéis do casal, o que altera a natureza da relação marital (Roy, 1984; 1986). Nomeadamente, a dor crónica benigna tem mostrado um efeito negativo nos cônjuges que se traduz por disfunção marital e sexual (Maruta, Osborne, Swanson, & Halling; 1981; Roy, 1984, 1986; Flor et al., 1989). Segundo outros estudos, a percepção do cônjuge da condição de dor crónica do paciente, está intimamente associada com o seu ajustamento emocional (Block & Boyer, 1984), e pode ter influência na redução dos níveis de conflito marital (Schwartz, Slater & Birchler, 1996).

No estudo efectuado por Maruta, Osborne, Swanson e Halling (1981), pode ser observada a alta incidência de problemas sexuais em pacientes com dor crónica relatados de modo independente pelo paciente e pelo cônjuge. Mais de metade dos pacientes referem insatisfação com o ajustamento sexual depois da instalação da dor, com diminuição na frequência e qualidade da

actividade sexual. Estes resultados são partilhados pelos seus cônjuges. Basolo-Kunzer, Diamond, Maliszewski, Weyermann e Reed (1991), referem que quando os pacientes de cefaleias são masculinos, os casais referem maior satisfação sexual e ajustamento marital do que quando os pacientes são femininos, sugerindo que a apreciação da qualidade da relação marital pode ser diferente consoante o género. Flor et al. (1987a, 1987b) referem que 66% dos pacientes indicam que as suas relações maritais foram afectadas negativamente pela dor crónica. Nesta amostra, 77% dos pacientes indicaram uma mudança na frequência das suas actividades sexuais e 67% estavam insatisfeitos com a sua vida sexual.

Neste sentido, a percepção dos membros do casal sobre a doença pode ser um importante predictor do ajustamento marital e da satisfação sexual de ambos. Outro aspecto importante refere-se à medida em que o grau de concordância na percepção da doença entre os membros do casal pode influenciar aspectos da recuperação ou do ajustamento à doença. Estudos recentes investigaram o grau de similaridade ou diferença entre pacientes e cônjuges nas componentes da percepção da doença de Addison e do síndrome de fadiga crónica (Heijmans, Ridder & Bensing, 1999). Os resultados revelaram que maiores diferenças nas componentes da percepção da doença estavam associados a mecanismos de *coping* menos adaptativos e pior bem estar para os pacientes. Igualmente, percepções similares negativas sobre a doença em casais em que o homem sofreu um enfarte do miocárdio, estão associadas a uma pior recuperação dos pacientes (Figueiras e Weinman, submetido para publicação). Este estudo tem um carácter exploratório e pretende: a) caracterizar a representação cognitiva das cefaleias crónicas, nas pacientes e cônjuges; b) investigar em que a representação cognitiva das cefaleias influencia o ajustamento marital do casal.

2. MÉTODO

2.1. Participantes e Procedimento

Este estudo tem um desenho transversal. Os participantes são casais de nacionalidade portu-

guesa, em que os pacientes (na totalidade mulheres) sofrem de cefaleias crónicas. Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram: (a) casais que coabitam, (b) paciente com diagnóstico de cefaleias crónicas e sem outras patologias, neurológicas ou psicológicas, e (c) diagnóstico conhecido há mais de 6 meses. Os participantes foram abordados após a consulta de neurologia no Hospital Garcia de Orta e informados quanto aos objectivos do estudo. Cada membro do casal completou um questionário de auto-preenchimento que incluiu medidas sobre a representação cognitiva das cefaleias, satisfação sexual, ajustamento marital e determinantes demográficos. Os questionários foram devolvidos pelo correio em sistema de remessa livre.

Medidas

a) Percepção da doença

Foi utilizado o *Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R) (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron, & Buick, no prelo), traduzido da versão original com permissão dos autores, com o objectivo de avaliar a percepção das cefaleias, em pacientes e cônjuges. A percepção das cefaleias foi avaliada através de nove componentes: Identidade, duração aguda/crónica, duração cíclica (não incluída no presente estudo), consequências, controlo do tratamento, controlo pessoal, coerência da doença, representação emocional e atribuições causais. Para os cônjuges foi adaptada uma versão do questionário.

Identidade (*sintomas percebidos pelo indivíduo desde o início da doença*) – Consiste numa lista de 14 sintomas (e.g. dores de cabeça, náuseas) em que os sujeitos assinalaram a existência (1) ou inexistência (0) relativamente aos sintomas que associam às cefaleias. A identidade consiste na soma dos sintomas marcados com 1 e pode variar entre 0 e 14.

Os restantes componentes são avaliados numa escala de 5 pontos que varia entre (1) Discorda plenamente, (2) Discorda, (3) Não concorda nem discorda, (4) Concorda e (5) Concorda plenamente.

Duração (aguda/crónica) – 5 itens (e.g. esta doença vai passar depressa). Foram invertidos os itens IP1 e IP4. No sentido de melhorar a consistência interna desta dimensão foi retirado um item. Quanto maior o valor, mais crónica é a percepção da doença.

Consequências – 6 itens (e.g. a minha doença é grave; a minha doença não me incomoda muito). O item IP8 foi invertido. Quanto maior o valor, mais grave é a percepção da doença.

Controlo pessoal – 4 itens (e.g. a evolução da minha doença depende de mim). O item IP17 foi invertido. Foram retirados dois itens para aumentar a consistência interna. Quanto maior o valor, maior é a percepção de controlo da doença por parte do doente.

Controlo de tratamento – 2 itens (e.g. o meu tratamento será eficaz na cura da minha doença). No sentido de melhorar a consistência interna desta dimensão foram retirados 3 itens. Quanto maior o valor, maior é a percepção de controlo do tratamento sobre a doença.

Coerência da doença – 5 itens (e.g. não compreendo a minha doença). Foi invertido o item IP36. Quanto maior o valor, menor é a compreensão da doença pelo doente.

Representação emocional – Consiste em 6 itens (e.g. os sintomas da minha doença perturbam-me). Foi invertido o item IP36. Quanto maior o valor, mais negativa é a representação emocional da doença.

Ajustamento Marital

a) Satisfação sexual

Do F-84 (Questionário de Qualidade de Vida, versão construída para o Gru.Po-QDV) (Ribeiro,

1996), foram utilizados 4 itens para medir a satisfação sexual. Duas questões (e.g. a sua doença impediu-a completamente de manter relações sexuais com o seu companheiro?) com uma escala de resposta que varia desde «Sempre» (1) até «Nunca» (6). Duas questões avaliadas por uma escala de 5 pontos que varia de «Totalmente verdade» (1) a «Totalmente falsa» (5). Os itens foram combinados para produzir um valor total para a satisfação com o comportamento sexual. Quanto maior o valor, maior a satisfação com o comportamento sexual.

b) Consenso diádico

O ajustamento marital foi medido pela sub-escala de consenso diádico que é parte integrante da Escala de Relacionamento Conjugal, traduzida e adaptada da versão original (Dyadic Adjustment Scale, Spanier, 1976) (Tavares, 1990). Esta escala tem sido o instrumento mais utilizado para medir relacionamento conjugal (Piotrowski, 1999) e apesar de ser uma versão experimental para a língua portuguesa revelou um bom coeficiente de consistência interna (Quadro 1). Quanto mais alto o valor total da escala, melhor é o consenso diádico.

Informação socio-demográfica

Para a caracterização socio-demográfica da amostra foi recolhida informação sobre a idade e

QUADRO 1
Coeficientes de consistência interna das medidas utilizadas (n = 31)

	Número de itens	α	
		Pacientes	Cônjuges
Percepção de Doença			
Identidade	12	.70	.70
Duração (aguda/crónica)	5	.78	.85
Consequências	6	.81	.65
Controlo Pessoal	4	.75	.77
Controlo de Tratamento	2	.55	.72
Coerência da Doença	5	.61	.75
Representação Emocional	6	.83	.73
Ajustamento Marital			
Consenso Diádico	13	.91	.89
Satisfação Sexual	4	.79	.81

QUADRO 2
Caracterização da amostra (n = 31)

Idade	Média (DP)	Varição
Pacientes	41.4 (11.5)	22-65
Cônjuges	44.0 (11.8)	25-67

Nível de Escolaridade	% (Frequência)	
	Pacientes	Cônjuges
Ensino Básico	25.8 (8)	19.4 (6)
Ensino Preparatório	25.8 (8)	22.6 (7)
Ensino Secundário	32.3 (10)	48.4 (15)
Ensino Superior	12.9 (4)	9.7 (3)
Outros	3.2 (1)	-

Tempo de Diagnóstico	% (Frequência)
0 - 6 meses	6.5 (2)
7 - 12 meses	6.5 (2)
13 - 24 meses	16.1 (5)
> 24 meses	71.0 (22)

o nível de escolaridade (avaliado por 4 níveis que vão do Ensino Básico ao Ensino Superior).

Tempo de diagnóstico

A caracterização do tempo de diagnóstico das pacientes foi avaliada por 4 níveis que vão de «0-6 meses» a «>24 meses».

A consistência interna de cada medida foi calculada através do Alpha de Cronbach (Quadro 1).

A análise dos dados foi realizada com o SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Foi analisada a distribuição das variáveis através do teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov. Todas as variáveis apresentaram distribuições normais e optou-se pelo uso de testes paramétricos. Para a análise de possíveis relações entre as variáveis: representação cognitiva das cefaleias, ajustamento marital, e idade, foram realizadas correlações de Pearson. Para as associações entre a representação cognitiva das cefaleias e o nível de escolaridade e tempo de diagnóstico, recorreu-se às correlações de *Spearman Rho*. O nível de significância foi de p .05. Para a comparação das variáveis: representação cognitiva das cefaleias das pacientes e dos cônjuges, utilizou-se o teste *t de Student* para amostras relacionadas.

3. RESULTADOS

3.1. Amostra

Dos 67 casais contactados inicialmente, 34 casais enviaram os questionários (34 questionários de pacientes e 34 questionários de cônjuges). Foram excluídos, 1 questionário por não cumprir todos os requisitos dos critérios de inclusão, e 2 questionários por estarem incompletos, sendo a percentagem de respostas de 51%. As características socio-demográficas da amostra são apresentadas no Quadro 2. Nos 31 casais que participaram, as idades são compreendidas entre os 22 e 65 anos (Média = 41,4; d.p. = 11,5) nas pacientes, e entre os 25 e os 67 anos (Média = 44,0; d.p. = 11,8) nos cônjuges. O nível de escolaridade mais frequente é o ensino secundário (12 anos de escolaridade). A maioria das pacientes (71%) conhece o seu diagnóstico há mais de 24 meses.

a) Caracterização da representação cognitiva das cefaleias crónicas

A caracterização da representação cognitiva das cefaleias nas pacientes e cônjuges foi feita

QUADRO 3

Comparação dos valores médios da percepção da doença entre os membros do casal (n = 31)

	Média (DP)		N.º de itens	Variação	t	Sig.
	Pacientes	Cônjuges				
Percepção da Doença						
Identidade	5.9 (2.4)	6.6 (2.4)	12	0-12	2.8	.01
Duração (aguda/crónica)	18.5 (3.5)	17.4 (2.8)	5	5-25	-1.8	.09
Consequências	18.8 (4.9)	17.7 (4.2)	6	6-30	-1.9	.07
Controlo Pessoal	13.2 (2.6)	11.3 (2.7)	4	4-20	-3.4	.002
Controlo de Tratamento	6.7 (1.2)	6.7 (1.2)	2	2-10	0	1
Coerência da Doença	13.7 (3.1)	13.2 (3.4)	5	5-25	-.80	.43
Representação Emocional	21.4 (4.9)	18.2 (3.8)	6	6-30	-4.0	.000

em termos dos valores médios das sub-escalas que compõem o questionário da percepção da doença (IPQ-R) e da sua comparação entre os membros do casal, utilizando o teste *t de Student* para amostras relacionadas (Quadro 3). Foi também investigado o grau de associação entre os componentes da percepção da doença entre pacientes e cônjuges (Quadro 4).

Da análise dos valores médios verifica-se que existe uma diferença significativa entre os membros do casal em relação à identidade da doença, ao controlo pessoal, e à representação emocional. As pacientes associam mais sintomas às cefaleias, têm uma crença mais forte no controlo pessoal, e uma representação emocional mais negativa do que os cônjuges. Ambos os membros do casal percebem a doença como sendo crónica, moderadamente controlada pelo tratamento, razoavelmente compreendida e com consequências moderadamente negativas.

Para a análise da identidade (sintomas que as pacientes de cefaleias crónicas e os cônjuges associam às cefaleias) foi realizada uma análise de frequências. Foram apenas incluídos os sintomas referidos por 50% dos participantes (Gráfico 1).

Verificou-se que as pacientes associam ao início das cefaleias, por ordem crescente: tonturas (61,3%), náuseas (63,3%), dificuldade em dormir (74,2%), perda de forças (80,0%), fadiga (80,6%), dores (82,8%) e dores de cabeça (100%). Os cônjuges associam ao início das cefaleias: perda de forças (50,0%), tonturas

(63,3%), dificuldade em dormir (67,7%), dores (70,0%), fadiga (93,1%) e dores de cabeça (100%).

As atribuições causais foram também analisadas através da análise de frequências, utilizando o mesmo critério da análise da identidade (*cut off* 50%). As possíveis causas das cefaleias mais referidas (por ordem decrescente) pelas pacientes foram *Stress* ou preocupação; Estado emocional; Excesso de trabalho e Problemas familiares. As causas referidas pelos cônjuges são idênticas.

Para investigar o grau de associação entre a representação cognitiva das pacientes e dos cônjuges, utilizámos as correlações de *Pearson* (Quadro 4). As correlações foram analisadas em relação à correspondência directa entre os componentes de ambos os membros do casal (correlações emparelhadas), e entre os vários componentes das pacientes e dos cônjuges.

As sub-escalas da representação cognitiva das cefaleias nas pacientes estão significativamente associadas com as sub-escalas correspondentes da representação cognitiva das cefaleias nos cônjuges, excepto a sub-escala de controlo pessoal. Salienta-se ainda que quanto mais grave é a percepção das consequências, quanto mais negativa for a representação emocional e quanto menor a compreensão da doença por parte da paciente, mais negativa é a representação emocional, menor é a compreensão da doença, mais grave é a percepção das consequências, e mais fraca é a crença no controlo do tratamento por parte do cônjuge.

GRÁFICO 1
 Percentagem de sintomas associados ao início das cefaleias crônicas

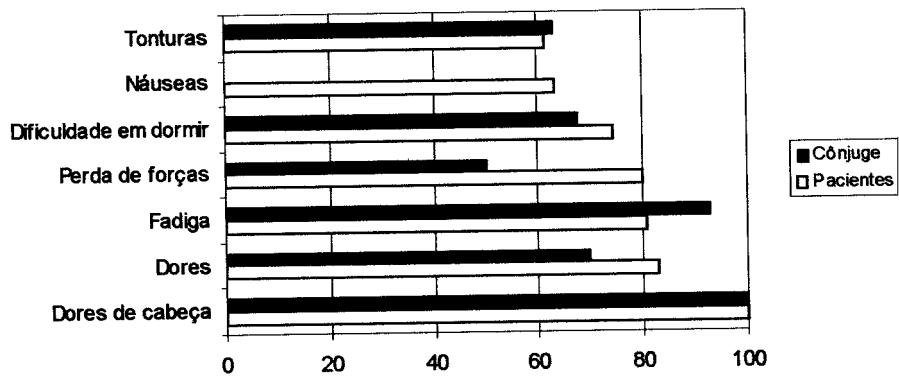
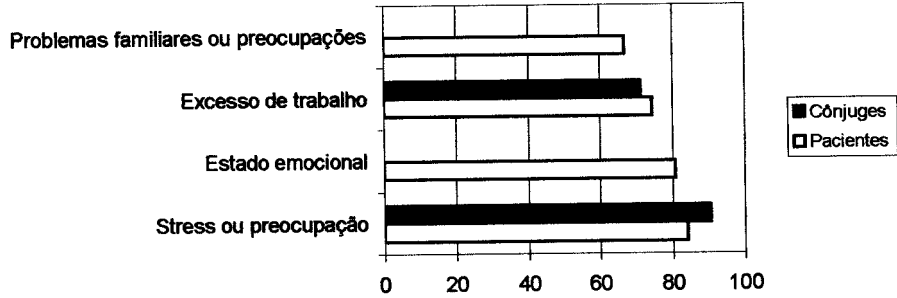


GRÁFICO 2
 Percentagem de resposta da escala de causas



QUADRO 4
Correlações da percepção das cefaleias entre ambos os membros do casal

		Representações de doença ♂						
		1	2	3	4	5	6	7
Representações de doença ♀	1- Identidade	.86**	-.11	-.20	-.10	.17	-.19	-.24
	2- Duração (ag./cr.)	.15	.51**	.53**	.26	-.64**	.38*	.09
	3- Consequências	-.15	.19	.75**	.18	-.59**	.68**	.37*
	4- Controlo Pessoal	.06	.08	-.17	.36*	-.15	-.22	-.21
	5- Controlo de Tratamento	-.43*	-.46**	-.10	-.20	.42*	.08	.08
	6- Coerência da Doença	-.33	-.08	.18	-.44*	-.19	.36*	.26
	7- Representação Emocional	-.19	-.04	.48**	-.05	-.56**	.50**	.52**

QUADRO 5
Correlações significativas entre percepção de doença, determinantes demográficos e tempo de diagnóstico

		Nível de Escolaridade		Tempo de Diagnóstico
		P	C	
Consequências	P	-.52**		
	C			
Controlo Pessoal	P			.46**
	C			.44*
Coerência da Doença	P	-.45*		
	C			
Representação Emocional	P	-.47**		
	C			

P – Paciente; C – Cônjuge

Para analisar as possíveis relações entre a percepção das cefaleias, os determinantes socio-demográficos e o tempo de diagnóstico realizaram-se correlações de *Pearson* e *Spearman rho*. Os resultados são apresentados no Quadro 5.

b) Investigar em que medida a representação cognitiva das cefaleias influencia o ajustamento marital do casal

Para a concretização deste objectivo procedeu-se em primeiro lugar à análise de possíveis

diferenças no ajustamento marital entre as pacientes e os cônjuges, utilizando o teste *t de Student* para amostras relacionadas (Quadro 6). Seguidamente procedeu-se à análise das correlações entre a percepção das cefaleias dos pacientes e dos cônjuges, com as dimensões do ajustamento marital avaliadas neste estudo (Quadro 7).

Verificou-se que não existem diferenças significativas no ajustamento marital entre os cônjuges, e que os casais apresentam em média um nível satisfatório de consenso diádico e satisfação

QUADRO 6

Comparação dos valores médios do ajustamento marital entre os membros do casal (n = 31)

	Média (DP)		Número de itens	Variação
	Pacientes	Cônjuges		
Ajustamento Marital				
Consenso Diádico	51.0 (8.7)	50.9 (8.5)	13	13-78
Satisfação Sexual	15.0 (3.8)	15.2 (4.2)	4	4-22

QUADRO 7

Correlações significativas entre as percepções da doença dos membros do casal e o ajustamento marital (n = 31)

Percepção das cefaleias crônicas	Ajustamento Marital			
	Satisfação Sexual		Consenso Diádico	
	Pacientes	Cônjuges	Pacientes	Cônjuges
Cônjuges				
Coerência da Doença	-.42*	-.61***	-.43**	-.44**
Consequências		-.71***	-.39*	-.41*
Controlo do Tratamento		.38*	.53**	
Representação Emocional	-.45**			
Duração				-.53**
Pacientes				
Identidade	.49**			
Consequências	-.37*	-.50**	-.61***	-.48**
Representação Emocional			-.44**	
Duração		-.44**	-.48**	-.55***

sexual. Relativamente à influência da percepção da doença de ambos os membros do casal no ajustamento marital, salienta-se que a percepção do cônjuge sobre a coerência da doença influencia negativamente o ajustamento marital de ambos. Uma menor compreensão das cefaleias está relacionada com um pior ajustamento marital em termos de consenso diádico e satisfação sexual. Para as pacientes, quanto mais negativa é a percepção das consequências da doença, pior é o ajustamento marital de ambos. A percepção sobre o consenso diádico das pacientes está negativamente associado com a sua representação emocional, com a sua percepção sobre a cronicidade da doença, e com a percepção das consequências do cônjuge.

dade da doença, e com a percepção das consequências do cônjuge.

O grau de concordância sobre a percepção da doença entre os membros do casal foi calculado através do valor absoluto da diferença entre os componentes da percepção da doença dos cônjuges e das pacientes (ex. consequências dos cônjuges – consequências das pacientes). O valor zero significa concordância total e quanto mais o valor se aproxima dos extremos, maior é o grau de desacordo entre os membros do casal. A associação entre o grau de concordância em relação à percepção da doença e o ajustamento marital foi analisado através das correlações de *Pearson*.

Verificou-se que quanto maior é o grau de concordância relativamente à menor cronicidade da doença (duração), melhor é o ajustamento marital no que se refere à satisfação sexual da paciente ($r = -.37, p < .05$). O grau de concordância do casal relativamente à percepção da eficácia do tratamento está associado a uma maior satisfação sexual do cônjuge ($r = .49, p < .01$).

4. DISCUSSÃO

Neste estudo foram caracterizadas as representações cognitivas das cefaleias crónicas, nas pacientes e cônjuges. Foi igualmente analisada a influência que estas representações podem ter no ajustamento marital dos casais, em termos do consenso diádico e da satisfação sexual. Devido à inexistência de estudos que tenham utilizado como abordagem a representação cognitiva das cefaleias, os resultados apresentados serão descritos e interpretados de acordo com a informação disponível.

Os resultados sugerem que ambos os membros do casal (pacientes e cônjuges) possuem um modelo de percepção da doença bem definido, organizado de acordo com os componentes referidos no modelo de auto-regulação (Leventhal et al., 1984). Verificou-se ainda que as dimensões avaliadas pelo IPQ-R demonstram coeficientes de consistência interna satisfatórios, o que sugere que o instrumento é adequado para medir a percepção da doença. Salienta-se no entanto, a dimensão de controlo do tratamento que revelou menor consistência interna, devido ao facto de se terem utilizado apenas dois itens. Este aspecto pode estar relacionado com a ligeira modificação que foi feita na versão dos cônjuges o que implicou a utilização de uma medida correspondente para as pacientes. Tanto as pacientes como os seus cônjuges associam um conjunto de sintomas às cefaleias, como sejam: náuseas, tonturas, dores, dificuldade em dormir, perda de forças, fadiga e dores de cabeça. Ambos os membros do casal percebem as cefaleias como uma doença crónica e com consequências moderadamente graves. Salienta-se o facto de ambos (pacientes e cônjuges) terem uma crença forte sobre a eficácia do tratamento para controlar a doença. Especificamente, a doença é percebida como sendo moderadamente controlada pelas pacientes

(controlo pessoal), no sentido de acreditarem que podem controlar a intensidade dos sintomas, mas não a actividade das cefaleias. Relativamente à percepção da coerência da doença, verificou-se que não existem diferenças significativas entre as pacientes e os cônjuges o que sugere que este componente da percepção das cefaleias é consensual.

Ambos os membros do casal têm uma representação emocional negativa das cefaleias, embora esta representação seja significativamente mais negativa para as pacientes. Este resultado pode estar relacionado com a experiência da doença e o efeito desta no estado emocional das pacientes, indicando que os componentes da representação cognitiva das cefaleias podem ter influência na adaptação psicológica à doença.

Em termos globais, a representação cognitiva das cefaleias nas pacientes tem uma forte associação com a representação cognitiva da doença nos cônjuges. Mais especificamente, a percepção do controlo do tratamento sobre as cefaleias nas pacientes está negativamente relacionada com a percepção da duração nos cônjuges. Isto significa que quanto maior a crença que as pacientes têm no controlo das cefaleias através do tratamento, menos crónica é a percepção da doença nos cônjuges. A percepção das consequências das cefaleias nas pacientes está negativamente associada à crença do cônjuge de que o tratamento pode controlar a doença, e positivamente com a sua representação emocional. Estes resultados sugerem que o grau de associação entre os componentes da percepção da doença das pacientes e dos seus cônjuges se organizam de forma coerente, o que poderá estar relacionado com a experiência da doença por parte das pacientes e com a vivência da mesma por parte dos cônjuges, acarretando eventuais implicações para o ajustamento marital.

O tempo de diagnóstico relaciona-se positivamente com a percepção do controlo pessoal em ambos os membros do casal, sugerindo a existência de mecanismos adaptativos para lidar com a doença. Igualmente, um conhecimento mais longo do diagnóstico e um nível de escolaridade superior estão associados a uma maior compreensão da doença, uma percepção menos grave das consequências e uma representação emocional mais positiva das cefaleias nas pacientes. Este resultado sugere que o nível de escolaridade

pode ter influência na assimilação da informação disponível sobre as cefaleias, que é fornecida pelos profissionais de saúde. Neste sentido, o conteúdo e a complexidade da informação que é transmitida aos pacientes deve ser tomado em consideração.

Em ambos os membros do casal verifica-se um nível satisfatório de ajustamento marital, em termos do consenso diádico e da satisfação sexual. Resultados idênticos foram encontrados em estudos que referem um número substancial de cônjuges de pacientes de dor crónica que não mencionam insatisfação marital (Flor et al., 1989; Shanfield & Heiman, 1979). Uma interpretação possível pode estar relacionada com a função homeostática da dor, no sentido do evitamento de conflitos maritais, conforme resultados anteriores (ex. Schwartz et al., 1996). Outra explicação poderá estar relacionada com a interpretação dos resultados do estudo de Rowat e Knafl (1985) que mencionam as tentativas dos cônjuges de manter a tensão e os níveis de conflito baixos, como forma de controlar a dor do paciente.

Os níveis satisfatórios de ajustamento marital podem ser também devidos ao facto dos casais de pacientes com cefaleias serem diferentes de outros casais com dor crónica. Penzien (1989) argumentou que os 49 casais com cefaleias crónicas que avaliou eram semelhantes a outros casais, e distintos de outros pacientes com diferentes doenças crónicas. Basolo-Kunzer et al. (1991) referem que quando os pacientes de cefaleias são masculinos, os casais referem maior satisfação sexual e ajustamento marital do que quando os pacientes são femininos. Esta diferença entre géneros é contraditória com os resultados encontrados por Flor et al. (1989) numa investigação em que compararam casais com pacientes masculinos, e com pacientes femininos com dor crónica, onde não encontraram diferenças na satisfação sexual entre ambos, e tanto os pacientes como os cônjuges referiram níveis normais de satisfação sexual e de ajustamento marital.

No presente estudo, os resultados indicam que a percepção das cefaleias de cada membro do casal influencia o ajustamento marital. Em termos globais, o consenso diádico nas pacientes é mais afectado pela percepção das cefaleias de cada um dos membros do casal, enquanto que,

no que se refere ao cônjuges, é a satisfação sexual que é mais afectada, o que sugere que a percepção do ajustamento marital poderá ter diferentes apreciações consoante o género.

Relativamente ao grau de concordância sobre as percepções da cronicidade da doença e do controlo do tratamento, verificou-se que só a satisfação sexual é afectada. Este resultado deve ser interpretado cautelosamente devido à dimensão da amostra, e também à possibilidade de um modo geral, os níveis satisfatórios de ajustamento marital de ambos os membros do casal podem reflectir a qualidade do consenso diádico. Por outro lado, não foi possível avaliar qual dos membros do casal tinha uma percepção mais positiva e de que forma esta poderia influenciar o nível de ajustamento marital. Estudos futuros poderão investigar em que medida o tipo de concordância, positiva ou negativa, ou o grau de discordância pode ter influência no ajustamento marital.

Este estudo apresenta algumas limitações. Uma delas relaciona-se com as condições de aplicação dos questionários, e por terem sido utilizadas medidas de auto-relato, o que poderá ter influenciado os resultados, no que se refere à desejabilidade social. O facto de os questionários serem completados em casa poderá levar a que alguns sujeitos tenham interferido com as escolhas do parceiro, apesar de ter sido expressamente requerido atenção e honestidade com este aspecto, na folha em anexo com os questionários enviados.

Outra limitação deste estudo diz respeito à inexistência de informação no que se refere ao ajustamento marital anterior ao início das cefaleias. Desta forma não podemos determinar se houve alterações do ajustamento marital devido à doença, ou se já existiam dificuldades anteriores às cefaleias entre os membros do casal. Este estudo abordou uma patologia muito comum e incapacitante que, até ao momento, não foi investigada ao nível da sua representação cognitiva (pelo menos de forma standartizada), o que se por um lado limita a discussão dos resultados, devido à escassez de literatura, por outro abre o caminho para uma nova abordagem no estudo das cefaleias. Neste sentido, os resultados aqui apresentados são exploratórios e necessitam de replicação.

A avaliação da representação cognitiva das

cefaleias nos cônjuges sugere que as representações sobre a doença existem independentemente da experiência física com a mesma, e que as crenças individuais sobre a percepção da doença podem ter influência para o ajustamento marital das pacientes e dos seus cônjuges. Os resultados deste estudo sugerem ainda a necessidade de aprofundar a investigação nesta área, no sentido de compreender melhor a influência das representações cognitivas de doenças crônicas na adaptação dos pacientes e seus parceiros às alterações do estado de saúde. Como sugestões para futuros trabalhos de investigação nesta área, não podemos deixar de aconselhar a replicação deste estudo com um número superior de participantes e com pacientes do sexo masculino, no sentido de fazer uma comparação entre as representações cognitivas das cefaleias em pacientes femininos e masculinos e investigar se influenciam da mesma forma o ajustamento marital, uma vez que as percepções da doença poderão ser diferentes entre géneros. Outra possível via de investigação poderá avaliar possíveis alterações nas representações cognitivas das cefaleias, ao longo do tempo, e de que forma estas alterações poderão influenciar o ajustamento marital. Além disso, a definição de estratégias de intervenção visando a modificação de crenças que possam influenciar negativamente a adaptação à doença é uma área que necessita de maior atenção.

REFERÊNCIAS

- Andrasik, F., & Passchier, J. (1993). Psychological aspects. In J. Olesen, P. Tfelt-Hansen, & K.M.A. Welch (Eds.), *The headaches* (pp. 489-491). New York: Raven Press, Ltd.
- Bar-On, D. (1987). Causal attributions and the rehabilitation of myocardial infarction victims. *Journal of Social and Clinical Psychology, 5* (1), 114-122.
- Basolo-Kunzer, M., Diamond, S., Maliszewski, M., Weyermann, L., & Reed, J. (1991). Chronic headache patients' marital and family adjustment. *Issues in Mental Health Nursing, 12*, 133-148.
- Beach, K. E., Maloney, B. H., Plocica, A. R., Sherry, S. E., Weaver, M., Luthringer, L., & Utz, S. (1992). The spouse: A factor in recovery after acute myocardial infarction. *Heart & Lung, 21* (1), 30-38.
- Block, A. R., & Boyer, S. L. (1984). The spouse's adjustment to chronic pain: Cognitive and emotional factors. *Social Science and Medicine, 19* (12), 1313-1317.
- Diamond, S., & Maliszewski, M. (1985). Headache, sexual functioning and marital status. *Medical Aspects of Human Sexuality, 19* (1), 77-92.
- Fernandez, E., & Sheffield, J. (1996). Descriptive features and causal attributions of headache in an Australian community. *Headache, 36* (4), 246-250.
- Figueiras, M. J., & Weinman, J. Do similar patient and spouse perceptions of MI predict recovery? *Submetido para publicação.*
- Flor, H., Kerns, R. D., & Turk, D. C. (1987a). The role of spouse reinforcement, perceived pain, and activity levels of chronic pain patients. *Journal of Psychosomatic Research, 31* (2), 251-259.
- Flor, H., Turk, D. C., & Scholz, O. B. (1987b). Impact of chronic pain on the spouse: Marital, emotional and physical consequences. *Journal of Psychosomatic Research, 31* (1), 63-71.
- Flor, H., Turk, D. C., & Rudy, T. (1989). Relationship of pain impact and significant other reinforcement of pain behaviors: The mediatory role of gender, marital status and marital satisfaction. *Pain, 38*, 45-50.
- Heijmans, M., Ridder, D., & Bensing, J. (1999). Dissimilarity in patients' and spouses' representations of chronic illness: exploration of relations to patient adaptation. *Psychology and Health, 14*, 451-466.
- Kerns, R. D., Haythornthwaite, J., Southwick, S., & Giller, E. L. Jr. (1990). The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptom severity. *Journal of Psychosomatic Research, 34* (4), 401-408.
- Kerns, R. D., & Turk, D. C. (1984). Depression and chronic pain: the mediating role of the spouse. *Journal of Marriage Family, 46*, 845-852.
- Lau, R. R., Bernard, T. M., & Hartman, K. A. (1989). Further explorations of common sense representations of common illnesses. *Health Psychology, 8*, 195-219.
- Lau, R. R., & Hartman, K. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology, 2*, 167-185.
- Leventhal, H., & Diefenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. In J. A. Skelton, & R. Croyle (Eds.), *Mental representations in health and illness* (pp. 245-271). New York: Springer-Verlag.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, J. E. Singer, & S. E. Taylor (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Leventhal, H. (1983). Behavioral medicine: Psychology in health care. In D. Mechanic (Ed.), *Handbook of health, health care, and the health professions* (pp. 709-743). New York: Free Press.

- Leventhal, H., Nerenz, D., & Straus, A. (1982). Self-regulation and the mechanisms of symptom appraisal. In D. Mechanic (Ed.), *Symptoms, illness behaviour, and help-seeking* (pp. 55-86). New York: Prodist.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representations of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology* (pp. 7-30). New York: Pergamon Press.
- Maruta, T., Osborne, D., Swanson, W., & Halling, J. M. (1981). Chronic pain patients and spouses: marital and sexual adjustment. *Mayo Clinic Proceedings*, *51*, 307-310.
- Maruta, T., & Osborne, D. (1978). Sexual activity in chronic pain patients. *Psychosomatics*, *20*, 241-248.
- Meyer, D., Leventhal, H., & Guttman, M. N. (1985). Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, *4*, 115-135.
- Mohamed, S. N., Weisz, G. M., & Waring, E. M. (1978). The relationship of chronic pain to depression, marital maladjustment and family dynamics. *Pain*, *5*, 228-292.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron L. D., & Buick, D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, in press.
- Penzien, D. B. (1989). *Marital factors in chronic pain*. Presented at the 8th annual scientific meeting of the American Pain Society, Phoenix, AZ.
- Piotrowski, C. (1999). Use of tests and measures in marital and family research. *Psychological Reports*, *84* (3 Pt 2), 1251-1252.
- Ribeiro, J. L. P. (1996). Questionário de avaliação da qualidade de vida: F84. *Newsletter do Gru.Po-QDV*, *2* (1), 2.
- Rowat, K. M., & Knafl, K. A. (1985). Living with chronic pain. The spouse's perspective. *Pain*, *23*, 259-271.
- Rowat, K. M. (1983). The meaning and management of chronic pain: the family's perspective (Doctoral dissertation, University of Illinois at the Medical Center). *Dissertation Abstracts International*, *44*, 1414.
- Roy, R. (1989). Couple therapy and chronic headache: A preliminary outcome study. *Headache*, *29*, 455-457.
- Roy, R. (1986). Marital conflicts and exacerbation of headache: Some clinical observations. *Headache*, *26*, 360-362.
- Roy, R. (1985). Chronic pain and marriage difficulties. *Health & Social Work*, *10*, 199-209.
- Roy, R. (1984). The phenomena of «I have a headache»: Functions of pain in marriage. *International Journal Family Therapy*, *6*, 165-176.
- Rudy, E. B. (1980). Patients' and spouses' casual explanations of a myocardial infarction. *Nursing Research*, *29* (6), 352-356.
- Schoeber, R., & Lacroix, J. M. (1991). Lay illness models in the enlightenment and the 20th Century: some historical lessons. In J. A. Skelton, & R. Croyle (Eds.), *Mental representations of health and illness*. New York: Springer-Verlag.
- Schwartz, L., Slater, M., & Birchler, G. (1996). The role of pain behaviours in the modulation of marital conflict in chronic pain couples. *Pain*, *65*, 227-233.
- Schwartz, L., & Slater, M. S. (1991). The impact of chronic pain on the spouse: Clinical and research implications. *Holistic Nursing Practice*, *6*, 9-16.
- Shanfield, S. B., & Heiman, E. M. (1979). Pain and the marital relationship: Psychiatric distress. *Pain*, *7*, 343-351.
- Skelton, J. A., & Croyle, R. T. (1991). Mental representation, health and illness: An introduction. In J. A. Skelton, & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation in health and illness*. New York: Springer-Verlag.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, *38*, 15-28.
- Tavares, L. (1990). Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e o pós-parto. *Análise Psicológica*, *8* (4), 389-398.
- Ukestad, L. K., & Wittrock, D. A. (1996). Pain perception and coping in female tension headache sufferers and headache-free controls. *Health Psychology*, *15* (1), 65-68.
- Waltz, M., Badura, B., Pfaff, H., & Schott, T. (1988). Marriage and the psychological consequences of a heart attack: a longitudinal study of adaptation to chronic illness after 3 years. *Social Science and Medicine*, *27* (2), 149-158.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, *11*, 431-445.

RESUMO

Este estudo investigou qual é a representação cognitiva das cefaleias em casais nos quais as mulheres apresentam um quadro de cefaleias crónicas e o impacto desta representação no ajustamento marital de ambos os membros do casal. Trinta e um casais completaram separadamente um questionário sobre percepção individual da doença, e ajustamento marital, em termos de consenso diádico e satisfação sexual. Os resultados indicam que: (1) existem diferenças significativas nas percepções individuais entre os dois membros do casal, (2) que as representações cognitivas das cefaleias de cada um dos cônjuges influenciam o ajustamento marital dos mesmos. Embora os resultados sejam de carácter exploratório, parecem ter implicações

importantes para a forma como pacientes e cônjuges percebem a experiência e a vivência da doença, respectivamente. Além disso, este tipo de abordagem do estudo das cefaleias crônicas pode contribuir para o delineamento de estratégias de adaptação à doença e melhoria da qualidade de vida em termos da relação do casal.

Palavras-chave: modelos de senso-comum, percepção da doença, cefaleias crônicas, ajustamento marital.

ABSTRACT

This study investigated the impact of common-sense models of chronic headaches in couples in which the woman suffers from the illness, in the marital ad-

justment for both, the patient and the spouse. Thirty one couples completed a self-administered questionnaire which included measures of (a) illness representations (IPQ-R), and (b) marital adjustment in terms of sexual satisfaction, and dyadic adjustment (DAS). The results indicated that there are significant differences in the illness perceptions between the patient and the spouse, as well as the influence of their perceptions on marital adjustment. These results are exploratory, however they may have implications for the way these couples live with and experience the illness. Also, this illness perceptions framework can be a valid contribution for planning interventions to improve adjustment to illness and better satisfaction with the marital relationship.

Key words: Common-sense models, illness perception, chronic headaches, marital adjustment.