



Aletheia

ISSN: 1413-0394

mscarlotto@ulbra.br

Universidade Luterana do Brasil  
Brasil

Gonçalves Câmara, Sheila; Castellá Sarriera, Jorge  
Estilos de coping na predição de bem-estar psicológico de adolescentes  
Aletheia, núm. 17-18, enero-diciembre, 2003, pp. 83-93  
Universidade Luterana do Brasil  
Canoas, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115013455009>

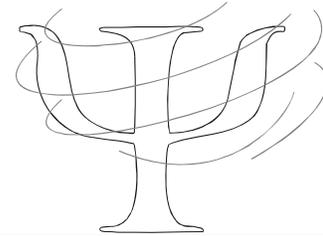
- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



---

Sheila Gonçalves Câmara  
Jorge Castellá Sarriera

# Estilos de coping na predição de bem-estar psicológico de adolescentes

## Coping Strategies as Predictors of Adolescent's Psychological Well-being

### RESUMO

*Este estudo avalia diferentes estratégias de coping como preditoras dos níveis de bem-estar psicológico. O bem-estar psicológico é medido através da escala General Health Questionnaire – GHQ-12, de Goldberg e as estratégias de coping através da Escala de Afrontamento para Adolescentes – ACS. Ambas as escalas foram aplicadas em 389 jovens portoalegrenses, estudantes do terceiro ano do ensino médio em escolas públicas e privadas das diferentes regiões de Porto Alegre. Foi realizada uma Análise de Regressão múltipla tendo como variáveis independentes as 18 subescalas da ACS. Os resultados nos permitiram identificar duas dimensões principais. Uma delas refere-se à falta de coping como o mais forte e mais explicativo preditor de baixos níveis de bem-estar psicológico. A outra refere-se a uma visão positiva da vida explicando grande parte da variância em termos de bons níveis de bem-estar psicológico. Os resultados indicam a importância de um repertório adequado e variado de estratégias de coping no bem-estar psicológico dos jovens.*

**Palavras-chave:** Bem-estar psicológico, Estratégias de coping, Adolescência.

---

Estudo complementar da tese de Doutorado: Comportamentos de risco na adolescência: Enfrentamento violento, conduta sexual de risco e consumo de drogas ilegais. Sheila Câmara. Apoio das agências financiadoras CAPES e CNPq. Orientador da tese: Jorge Castellá Sarriera.

---

**Sheila Câmara:** Psicóloga. Mestre em Psicologia Social e da Personalidade. Doutora em Psicologia pela PUCRS. Professora de Psicologia Social e Psicologia Comunitária na ULBRA

**Jorge Castellá Sarriera:** Psicólogo e psicopedagogo. Mestre em Psicologia Escolar (PUCRS). Doutor em Psicologia (UAM – Espanha). Professor da Faculdade de Psicologia- PUCRS.

---

**Endereço para correspondência:** scamara@uia.rs.net

## ABSTRACT

*This study evaluates different coping strategies as predictors of the psychological well-being levels. The psychological well-being is measured through the General Health Questionnaire - GHQ-12, of Goldberg and the coping strategies through the Adolescents Confrontation Scale - ACS. Both scales were applied in 389 students of the third year of the high school in public and private schools of the different areas of Porto Alegre City/RS, Brazil. A Multiple Regression Analysis was accomplished using the 18 sub-scales of ACS as independent variables. The results allowed to identify two main dimensions. One of them refers to coping lack as the strongest and more explanatory predictor of psychological well-being low levels. The other refers to a positive vision of life explaining great part of the variance in terms of psychological well-being good levels. The results indicate the importance of an appropriate and varied repertoire of coping strategies in the youths' psychological well-being.*

**Key words:** Psychological well-being, Coping Strategies, Adolescence.

## INTRODUÇÃO

Este estudo é parte complementar de uma pesquisa mais ampla na qual visamos identificar comportamentos de risco entre adolescentes (enfrentamento violento, conduta sexual de risco e consumo de drogas ilegais), bem como os preditores destes.

Neste trabalho nos detivemos em avaliar em que medida as estratégias de *coping* utilizadas pelos adolescentes constituem-se em preditores de sua saúde/bem estar psicológico. A identificação destes fatores nos fornece subsídios para intervenções no campo da implementação de estratégias de *coping* que contribuam para que os adolescentes alcancem melhores níveis de saúde/bem-estar psicológico em uma etapa do desenvolvimento que é conturbada por definição.

Discutimos, inicialmente, o conceito de saúde que adotamos em nossa abordagem. Entendemos saúde como um sistema (conjunto de elementos unidos por relações funcionais) no qual interagem as capacidades psicológicas do indivíduo com seu ambiente social e sua condição biológica. Uma definição de saúde como sistema nos é fornecida por Stone (1988, p.18): "Um subsistema de ambiente humano. Aquela parte do sistema social que afeta a consecução dos valores de saúde. Aquelos elementos do ambiente e do sistema social que afetam a capacidade do indivíduo para viver produtiva e criativamente e para obter satisfação do mundo".

Essa concepção sistêmica nos propicia

uma grande amplitude, portanto, se faz necessário delimitar as regras ou aspectos que diferenciam o sistema de saúde de seu sistema mais amplo, o sistema humano. Conforme Stone (1988): o subsistema de saúde pode ser compreendido a partir de três áreas de atuação que o compõem: 1) os riscos ambientais, sociais e mentais que podem estar presentes afetando a saúde; 2) as ações ou entidades presentes na vida do indivíduo, que afetam sua saúde enquanto fontes quantitativas e qualitativas de risco e apoio; e 3) o papel dessas mesmas ações ou entidades na restauração da saúde.

Saúde, portanto, pode ser definida, conforme Rodríguez Marín (1995), como o comportamento que ocorre na interação entre as pessoas em um grupo social específico, em um determinado momento. Estas relações são avaliadas de acordo com sua especificidade e localização dentro do contexto social, partindo do pressuposto que seria impossível obter uma compreensão efetiva do processo considerando o indivíduo isoladamente (Rodríguez Marín, Martínez García & Valcárcel, 1990).

Conforme Santacreu, Zaccagnini e Márquez (1992), os diversos ecossistemas (físicos e sociais), nos quais o indivíduo se insere, determinam tanto comportamentos adaptativos, como problemas de adaptação, ou seja, que, muitas vezes os sistemas de adaptação induzidos por um contexto, tornam-se inadequados em outro, ou mesmo em um ecossistema mais amplo.

Cabe ressaltar que não existe, todavia,

um determinismo por parte do meio, uma vez que na medida em que o indivíduo comporta-se respondendo ao ecossistema, também passa a modificá-lo, buscando, em primeira instância, obter reforços imediatos. Isto se faz importante de ser considerado no momento em que buscamos uma compreensão acerca dos comportamentos de um indivíduo, já que os antecedentes e conseqüentes destes comportamentos explicam, em grande parte, as variações comportamentais em diferentes direções.

Nesse sentido, considerando as tarefas típicas da adolescência, é que nos propomos a considerar o papel dos estilos de *coping* dos adolescentes como um preditor de melhores ou piores níveis de saúde/bem-estar psicológico.

*Coping* refere-se a um processo oriundo da interação do indivíduo com seu ambiente, no qual ocorre uma série de situações estressantes específicas, oriundas dos meios tanto externo quanto interno, às quais este indivíduo precisa fazer frente (Folkman & Lazarus, 1980). Conforme Blalock e Joiner (2000), consiste em um moderador entre eventos de vida negativos e o impacto de tais eventos no bem-estar físico e psicológico do indivíduo.

São mobilizados recursos de dimensões cognitiva e comportamental, de acordo com a orientação do indivíduo frente ao problema. Moos e Schaefer (em Blalock & Joiner, 2000) desdobraram estas duas dimensões iniciais, propostas por Folkman e Lazarus (1980), em quatro categorias: Aproximação comportamental (realização de uma ação concreta para afrontar a situação estressante ou suas conseqüências); Aproximação cognitiva (realização de uma análise lógica da situação, reavaliação positiva ou ensaio mental de ações alternativas); Evitação comportamental (envolvimento em comportamentos impulsivos, redutores de tensão); e Evitação cognitiva (pensamentos ou respostas que objetivam negar ou minimizar a gravidade da situação de crise ou suas conseqüências).

A utilização destas dimensões de enfrentamento de problemas estará associada tanto aos recursos pessoais de *coping* (habi-

lidades de *coping* aprendidas no e do ambiente) quanto aos os sócio-ecológicos de *coping* (condições e recursos do ambiente em interação com o indivíduo). A partir destas disposições o evento estressante é submetido a uma avaliação na qual o sujeito busca estratégias que visam equilibrar favoravelmente a relação custo-benefício (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Um dos aspectos a serem considerados em termos de *coping* é a sua dimensão situacional, ou seja, as estratégias que são desenvolvidas pelo indivíduo para enfrentar situações específicas, sem perder de vista as condições ou características do contexto (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). Por outro lado, os estudos na área (Parkes, 1984, 1986) demonstram associação de *coping* com diferenças individuais, especialmente o *locus* de controle. Nesse sentido, embora as estratégias de coping ocorram preferencialmente quando vinculadas a uma situação específica com suas repercussões, consistem em padrões habituais de *coping* do indivíduo. Nesse sentido, podemos falar de um estilo de *coping* que se incorpora a aspectos da personalidade (Wills, 1997).

De qualquer forma, as estratégias de coping parecem ser efetivas na redução das dificuldades ambientais, da mesma forma que contribuem para um melhor ajuste do indivíduo aos problemas que encontra. A maneira como as dificuldades são enfrentadas influencia diretamente nos níveis de saúde/bem-estar psicológico. Entretanto, na adolescência, muitas estratégias possíveis ainda não foram completamente desenvolvidas, pois esta é também uma questão de desenvolvimento (Williams & MacGilli-DeLisi, 2000). Na medida em que o indivíduo cresce e vai experienciando outras contingências de vida, vai aprendendo e testando novas maneiras de lidar com os problemas.

A forma de enfrentar estressores ambientais relaciona-se também à forma como os jovens avaliam seu nível de saúde/bem-estar psicológico. Dessa forma, nosso objetivo é identificar as estratégias de *coping* que se apresentam mais unidas a essa avaliação.

## MÉTODO

### População e amostra

Como população deste estudo temos jovens de ambos os sexos, estudantes do terceiro ano do ensino médio em escolas públicas e privadas de Porto Alegre.

Foi selecionada uma amostra aleatória estratificada, de 389 alunos, de 14 escolas, 7 públicas e 7 privadas (duas por bairro), distribuídas por zonas geográficas de Porto Alegre, que ofereciam ensino médio. Em cada escola foi escolhida, aleatoriamente, uma turma de 3º ano do ensino médio. O critério de escolha deste nível educativo deve-se à idade dos jovens, que corresponde, à faixa etária para a qual foi projetada a Escala de Afrontamento para Adolescentes.

Dos jovens pertencentes a nossa amostra, 60,7% estudavam em escolas públicas e 39,3% em escolas privadas, sendo que 95% cursavam no turno diurno e 5% no noturno. Quanto à distribuição por sexo, 41,4% eram do sexo masculino e 58,6% do sexo feminino. A idade média destes jovens era de 17,3 anos e a classe social percebida era predominantemente a classe média.

### Instrumento

O Questionário Geral de Saúde (GHQ-12) e a Escala de Afrontamento para Adolescentes (ACS) foram incluídos em um instrumento mais amplo, composto de 26 itens, divididos em 9 dimensões, referentes a: 1) Dados bio-demográficos, 2) Condução de veículos, 3) Enfrentamentos violentos, 4) Relações afetivas, experiência e conduta sexual, 5) Experiência com drogas legais (álcool e cigarros), 6) Experiência e consumo de drogas ilegais, 7) Apoio familiar e importância e influência do grupo de amigos, 8) *Saúde/Bem-estar psicológico* (Questionário Geral de Saúde) e 9) *Estilos de coping* (Escala de Afrontamento para Adolescentes – ACS). Neste estudo somente abordaremos os dados referentes às subescalas da ACS como preditoras de Saúde/Bem-estar psicológico (GHQ-12).

### Propriedades psicométricas das escalas utilizadas

*General Health Questionnaire (GHQ-12)*

Considerando a ausência de saúde mental como um desvio dos índices comportamentais de uma pessoa em relação a uma população, Goldberg (1972) idealizou um questionário que identificasse distúrbios psiquiátricos, através de seu grau de severidade. Este não seria projetado para identificar traços de caráter e sim falhas no **funcionamento normal**. Os itens buscam enfatizar a severidade da deterioração de saúde mental do indivíduo, comparando seu padrão de funcionamento **atual** com o **habitual**.

Assim, o autor projetou a escala para identificar a incapacidade de cumprir as funções normais sadias, e o aparecimento de um novo fenômeno associado à angústia.

Estando a angústia associada aos desvios de comportamento, a escala GHQ abarca em seu fator estrutural, quatro elementos identificáveis desta: depressão, ansiedade, prejuízos sociais e hipocondria.

A confiança, até a metade, obtida pelo próprio autor, na versão dos 60 itens foi 0,95 para 853 respondentes. O valor equivalente para o GHQ-30 foi 0,92, para o GHQ-20, 0,90 e para o GHQ-12, 0,83. Considerando sua maior praticidade sem perda da validade, utilizou-se, neste estudo, o GHQ-12, mantendo o formato original da escala de Goldberg (1972). Esta versão reduzida, embora com menor consistência que as demais versões, mostrou-se útil, pois foi incluída em um questionário já bastante extenso.

O GHQ-12 já foi validado em na população de jovens de Porto Alegre, com uma amostra de 563 jovens (Sarriera, Schwarcz & Câmara, 1996) e obteve um Alpha de 0,80. Em sua Análise Fatorial, apresentou 3 fatores com “eigenvalues” superiores a 1.0. Estes fatores explicaram 52,7% da variância total das respostas ao GHQ-12, sendo que apenas o primeiro fator explicou mais da metade deste percentual.

tual (32,7%) sobre o conceito de bem-estar psicológico, enquanto o segundo fator explicou 11,5% e o terceiro, 8,4%. Os itens deste fator demonstraram atribuições do indivíduo acerca de si mesmo, relacionadas à autoconfiança, autoavaliação e sentimentos de utilidade e felicidade, expressando, portanto, de forma aproximada, o conceito de auto-estima. O segundo fator expressou sensações de não poder superar dificuldades, de infelicidade e depressão, de pressão constante e o sintoma da perda de sono com preocupações. Pôde-se, assim, denominar este fator de depressão. E, por fim, os itens componentes do terceiro fator destacaram a sensação de capacidade de concentração, de tomada de decisões, enfrentamento de problemas e prazer nas atividades diárias. Desta forma, o fator foi denominado auto-eficácia percebida. Os fatores encontrados representam três importantes componentes do bem-estar psicológico dos jovens.

#### **Escala de Afrontamento para Adolescentes (ASC)**

A Escala de Afrontamento para Adolescentes (ACS), desenvolvida por Frydenberg e Lewis (1997), é um instrumento que foi desenvolvido para fins tanto de investigação quanto para a prática clínica e permite que os próprios jovens avaliem suas condutas de enfrentamento. A população alvo são jovens com idades entre 12 e 18 anos.

O inventário é composto de 80 itens, sendo que o último é uma questão aberta na qual o sujeito pode acrescentar uma outra forma de enfrentamento que utilize e que não esteja relacionada no instrumento. As demais 79 questões são fechadas e são respondidas através de escala Likert de 5 pontos: Penso ou faço - 1. Nunca, 2. Raras vezes, 3. Algumas vezes, 4. Com frequência e 5. Com muita frequência.

São abarcados 18 fatores que espelham as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos adolescentes: Apoio social, Resolução de problemas, Obtenção de êxito, Preocupação, Busca de relações pessoais íntimas, Busca de pertença, Esperança e antecipa-

ção de saídas positivas, Estratégia de falta de *coping*, Redução da tensão, Ação social, Ignorar o problema, Autoculpar-se, Reserva, Busca de apoio espiritual, Fixar-se no positivo, Busca de ajuda profissional, Busca de diversões relaxantes e Distração física.

No que diz respeito à validade dos elementos avaliados através das 18 estratégias de *coping*, foi realizada uma análise fatorial (com rotação Oblimin), na qual se pressunha que as subescalas eram totalmente independentes. Com as respostas de 500 sujeitos à escala, como um todo, encontrou-se que as 18 escalas tem validade de construto e que a análise fatorial apoia a existência destas dimensões (Frydenberg & Lewis, 1997).

Consideramos ambas as escalas aqui utilizadas apresentam validade e fidedignidade suficientes, o que, juntamente com os objetivos a que se propõe essa investigação, justifica sua utilização neste estudo, uma vez que adaptadas à nossa realidade.

A tradução de ambas as escalas foi realizada de forma independente por dois psicólogos com domínio de ambos os idiomas (português e espanhol). As diferenças na tradução foram consensuadas entre os dois tradutores. Traduzidas e adaptadas ao português, as escalas foram aplicadas, em um estudo piloto, a 56 jovens estudantes.

A fim de verificar a fidedignidade da escala, para o presente estudo, foram testados os Coeficientes de Consistência Interna (Alpha de Cronbach). Os resultados para a ASC, considerando os 79 itens fechados, foi de 0,8511.

#### **Procedimentos de coleta de dados**

Foram realizados contatos diretos com escolas públicas e privadas de Porto Alegre que oferecem ensino médio. Obtida a autorização das escolas, a aplicação foi realizada com turmas de 3º ano do ensino médio. Os alunos tinham liberdade de optar por responder ou não à pesquisa.

Considerando os aspectos éticos e legais na pesquisa científica, desenvolvemos o termo de consentimento informado para que os jovens tomassem conhecimento, por es-

critico, dos objetivos da pesquisa e assinassem, manifestando seu acordo em participar.

## RESULTADOS

Apresentamos, na tabela 1, a distribuição de frequências e porcentagens dos resultados dos sujeitos na Escala de Goldberg (GHQ-12). Os 4 níveis relacionados na tabela 2 correspondem a uma classificação realizada por Sarriera (1993) para a escala reduzida de 12 itens. A mesma classificação foi utilizada em outros estudos com o GHQ-12 (Sarriera, Schwarcz, Câmara, De Bem & Gandarillas, 1996).

**Tabela 1.** Níveis de saúde e bem-estar psicológico. Frequências e porcentagens.

Níveis	Saúde e bem-estar psicológico	
	Freq	Porc.
Saúde muito boa	118	30,3
Saúde boa	155	39,8
Saúde regular	69	17,7
Saúde ruim	43	11,1

Podemos observar pela tabela 2 que a maioria (70,1%) dos sujeitos de nossa amostra apresenta níveis muito bom e bom de saúde e bem-estar psicológico, entretanto, 28,8% encontram-se com níveis regular e ruim.

A análise de regressão múltipla nos permitiu identificar que variáveis (estilos de *coping*) contribuem para um melhor ou pior nível de saúde/bem-estar psicológico.

Na tabela 2 apresentamos um resumo do modelo obtido através da análise de regressão múltipla.

Na tabela 2 apresentamos um resumo do modelo obtido através da análise de regressão múltipla.

**Tabela 2.** Saúde/Bem-estar psicológico: variância explicada e outros estatísticos. Modelo final.

R	0,588		
R <sup>2</sup>	0,346		
R <sup>2</sup> Ajustado	0,336		
Desvio padrão	5,052		
Análise de Variância			
	DF	Soma dos quadrados	Média quadrática
Regressão	6	5165,072	860,845
Resíduo	328	9749,119	25,521
F = 33,731		Sig. F = 0,000	

As variáveis significativas que entram, sucessivamente, a cada passo, na análise como preditores de saúde/bem-estar psicológico explicaram 35% (R<sup>2</sup> = 0,346) da variância. Esta variância apresenta um nível muito satisfatório em nosso estudo, posto que temos uma amostra de 389 sujeitos e a variância explicada tende a diminuir em amostras maiores.

**Tabela 3.** Saúde/Bem-estar Psicológico: variáveis que entraram na equação de regressão com seus respectivos pesos.

Modelo	Variável	B	SE B	Beta	t	Sig. t
Passo 6	(Constant)	18,793	2,142		8,775	,000
	ACS Falta de frontamento ou não <i>coping</i>	,736	,106	,384	6,940	,000
	ACS Fixar-se no positivo	-,449	,100	-,198	-4,495	,000
	ACS Guardar para si	,317	,088	,167	3,606	,000
	ACS Ignorar o problema	-,341	,114	-,152	-2,993	,003
	ACS Auto culpar-se	,284	,096	,147	2,957	,003
	ACS Distração física	-,185	,088	-,091	-2,101	,036

a Variável dependente: BEP

Os fatores preditores de Saúde/Bem-estar Psicológico que se apresentam no modelo final, correspondem aos seguintes estilos de *coping*, em ordem de significância: falta de *coping* ou não *coping*, fixar-se no positivo, guardar para si, ignorar o pro-

blema, autculpar-se e distração física, como aparece na tabela 3.

Através do estatístico *Beta*, podemos observar que todas as variáveis que entraram na análise mostraram-se significativas, sendo que seu valor (positivo ou negativo)

nos indica a direção de sua contribuição (tabela 3).

As variáveis referentes a falta de *coping* ou não *coping*, guardar para si e auto-culpar-se apresentam um *Beta* positivo, correlacionando positivamente com maiores níveis de mal-estar psicológico. Desta forma, afirmamos que os sujeitos que não apresentam um bom repertório de *coping* (0,38), que guardam para si os problemas (0,16) e que se auto-culpam pelos problemas com os quais se defrontam (0,14) tendem a apresentar um menor nível de saúde/bem-estar psicológico. Destas estratégias, é importante ressaltar que a falta de *coping* ou não *coping* é a que possui maior efeito.

Dentre as variáveis que contribuem para melhores níveis de saúde/bem-estar psicológico, as variáveis que apresentaram *Beta* negativo foram: Fixar-se no positivo, ignorar o problema e distração física. Esses dados indicam que os sujeitos que utilizam estratégias de *coping* como fixar-se no positivo, ignorar o problema e buscar atividades de distração física apresentam melhores níveis de saúde/bem-estar psicológico. Entretanto, dentre as três, a que representa maior efeito é a estratégia fixar-se no positivo.

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nos parecem bastante esclarecedores. No que diz respeito às variáveis que contribuem para níveis menores de saúde/bem-estar psicológico, o fato de a estratégia de falta de *coping* ou não *coping* ter maior efeito indica que qualquer forma de *coping*, mesmo que evitativa, é ainda melhor do que não apresentar nenhum repertório para fazer frente aos estressores que se apresentam (Blalock & Joiner, 2000).

Os itens que formam a subescala falta de coping ou não coping (Não posso fazer nada para resolver o problema; então fico parado; Simplesmente, me dou por vencido; Fico mal; Não tenho maneira de enfrentar a situação e Sofro dores de cabeça ou de estômago) indicam sintomas de or-

dem física e psicológica. O estado de estagnação em que se encontra o sujeito frente aos problemas lhe causa um humor negativo, de ordem depressiva, que afeta diretamente sua auto-eficácia percebida (Caffray & Schneider, 2000). Associado a isso, verificamos a presença de sintomas físicos, como dores de cabeça ou estômago, que são sintomas clássicos dos estados de ansiedade (Blalock & Joiner, 2000).

A estratégia de guardar para si os problemas que se apresentam contribui para um deterioro na saúde, posto que o sujeito começa a acumular dificuldades que imagina que não podem ser compartilhadas com outras pessoas. Os itens desta subescala que referem as atitudes de Guardar seus sentimentos para si mesmo; Evitar estar com as pessoas; Evitar que os outros se interessem do que preocupa o sujeito e Não deixar que os outros saibam de como se sente revelam um distanciamento social que se agrava pelo fato de o sujeito passar, não apenas a não compartilhar seus problemas, como também dissimular para que as demais pessoas não percebam seus sentimentos. Ele acredita que a resolução de seus problemas é uma questão pessoal e que, provavelmente, outras pessoas não têm capacidade para compreendê-lo ou ajudá-lo. É uma estratégia cognitiva-evitativa (Folkman & Lazarus, 1980) que impede o sujeito de encontrar apoio social.

Os efeitos da utilização dessa estratégia promovem um aumento de desesperança e acúmulo de ansiedade, tanto pela dificuldade em resolver determinados problemas sozinho, como também por tentar ocultá-los das pessoas que poderiam, de alguma forma, ajudá-lo. Efetivamente, uma estratégia desse tipo, contribui para um decréscimo na auto-estima, que é uma das dimensões encontradas em estudos acerca do GHQ-12 (Sarriera, Schwarcz & Câmara, 1996).

Finalmente, dentre as estratégias que contribuem para piores níveis de saúde/bem-estar psicológico, encontramos auto-culpar-se. Essa estratégia, associada ao *locus* de controle do indivíduo, revela-se um preditor que merece nossa atenção.

Considerada isoladamente da saúde/bem-estar psicológico, a estratégia cognitiva de autoculpar-se não indica, necessariamente, uma vertente negativa. O indivíduo que assume esta forma de *coping* pode estar realizando um processo de avaliação no qual assume sua participação em determinados eventos, podendo constituir-se na mola propulsora para uma nova forma de atitude e de *coping* mais ativa. Associada ao *locus* de controle, indica um predomínio de atribuições internas, no qual o indivíduo não considera que os infortúnios que lhe ocorrem são fruto meramente do azar. (Keffe & Williams, 1990). Entretanto, se apresenta-se como uma estratégia que indica um lugar de controle estável, então sim, o sujeito estará predisposto a assumir como “culpa pessoal” qualquer evento negativo que lhe ocorra, seja ele provocado por suas ações ou independente delas.

Quando associada a saúde/bem-estar psicológico, essa estratégia apresenta, inegavelmente, conotação negativa. Ou seja, o sujeito que tende a autoculpar-se, seja em função de uma distorção de crenças ou por razões reais, apresenta deterioro na saúde (Huici, 1985). Essa estratégia, portanto, configura de especial maneira, os pressupostos da Psicologia Social da Saúde que afirmam que o bem-estar é subjetivo em certa medida (Reig Ferrer, 1987). Isto é, o sujeito que não se culpa, quando teria razões para tanto, terá melhores níveis nesse campo do que o sujeito que se culpa quando não teria motivos.

De qualquer forma, os efeitos dessa estratégia, que se configura através de atitudes como: Criticar-se a si mesmo; Dar-se conta que o próprio sujeito torna as coisas difíceis, Sentir-se culpável e Considerar-se culpável, revelam uma espécie de tortura emocional e cognitiva que o sujeito impõe a si mesmo e que pode ter, como efeito final, o estabelecimento de quadro ou indicador de depressão.

Ao considerarmos as variáveis que contribuem para melhores níveis de saúde/bem-estar psicológico, verificamos que o sujeito que se fixa no positivo, lembrando-

se que outras pessoas têm problemas piores que os seus, de forma que avalia os seus como não tão graves, fixando-se no lado positivo das coisas e pensando em coisas boas, buscando ter uma visão alegre da vida e estando contente com a maneira como vão as coisas, tem maiores probabilidade de não se ver afetado em seus níveis de saúde/bem-estar psicológico. Esta estratégia apresenta o efeito mais potente em termos de predição de melhores níveis de saúde geral, o que indica que uma postura cognitiva positiva da vida é primordial para que se tenha uma percepção otimista (Seligman, 1990). A partir da consolidação dessa postura, o sujeito encontra-se mais capacitado para fazer frente aos seus problemas, sem considerá-los como impedidores em suas ações. O sujeito, efetivamente, está disposto a enfrentar as adversidades cotidianas sem perder sua saúde.

Outra estratégia que parece contribuir de forma efetiva para melhores níveis de saúde geral é a estratégia cognitiva-evitativa de ignorar o problema. Esta estratégia está focalizada na emoção. É utilizada para afastar estados emocionais negativos e não tem nenhuma relação com a busca por alternativas de resolução dos problemas (Beresford, 1994). Sua efetividade em termos de saúde/bem-estar psicológico se deve ao fato de que ela afasta o problema, o tira do foco de preocupações, de maneira que o indivíduo pode conviver como se ele não existisse. Assim, obviamente, se os problemas não existem, não há porque contribuírem para um deterioro na saúde do indivíduo.

Cabe ressaltar que esta é uma estratégia bastante efetiva a curto prazo, porém, em uma escala maior de tempo, passa a ter repercussões, posto que não incita nenhuma alternativa de resolução do problema e, no caso, de este tornar-se crônico, em algum momento, a estratégia de ignorá-lo não pode ser mantida.

Por fim, a terceira variável preditora de melhores níveis de saúde/bem-estar psicológico diz respeito à busca de distrações físicas, como fazer esportes, manter-me em forma e com boa saúde e ir ao ginásio fazer

exercícios. As atividades revelam uma estratégia comportamental que tem por objetivo principal o alívio da tensão, entretanto, constitui uma forma de *coping* dos estados tensionais totalmente relacionada à saúde. Existe a preocupação em manter-se bem fisicamente, o que também melhora os níveis de saúde psicológica. O aumento de atividade, no caso dessa estratégia, não está direcionado à resolução do problema em si, porém propicia níveis maiores de ativação que, posteriormente, poderá ser utilizada como energia despendida para a resolução do problema em si (Delgado & Vindel, 2001).

O fato de sentir-se bem fisicamente reflete-se no cognitivo-emocional, de maneira que o indivíduo experimenta uma sensação de bem-estar geral.

Os dados nos permitem verificar que, na contribuição tanto para níveis melhores quanto piores de saúde/bem-estar psicológico, existe uma prevalência das estratégias cognitivas sobre as comportamentais. Da mesma forma, todas as estratégias estão focalizadas na emoção e não na resolução de problemas, sendo, em sua maior parte, passivas. Assim, embora encontremos na literatura (Delgado & Vindel, 2001) que as estratégias comportamentais-ativas e focalizadas no problema possibilitam melhores níveis de bem-estar psicológico, em nosso estudo não encontramos essa relação.

Inicialmente, nos parecia provável que as estratégias ativas, como a procura de apoio social ou profissional, bem como o empreendimento de ações grupais para resolver o problema mostrassem-se mais efetivas para melhor saúde/bem-estar psicológico. Da mesma forma, seria esperado, que estratégias como preocupar-se ou buscar formas de redução da tensão, pudessem aparecer como preditoras de um deterioro na saúde geral dos indivíduos. No entanto, duas variáveis de forte efeito, falta de *coping* ou não *coping* e ficar-se no positivo, a primeira contribuindo para níveis melhores e a segunda para os piores níveis de saúde geral, parecem fornecer o pano de fundo, de onde se derivam as demais variáveis que entraram no modelo. Ambas referem estilos de vida. A falta de *co-*

*ping*, por si só, diminui a probabilidade de que outras variáveis tivessem entrado na equação, uma vez que a falta de *coping* é um fenômeno muito mais agravante do que a utilização de estratégias negativas. Justamente, a falta de habilidades de *coping* é que gera estratégias voltadas para um estilo atribucional interno, que desconsidera os fenômenos externos e os recursos do ambiente. A falta de repertório faz com que o indivíduo encontre-se unicamente a si mesmo como originador tanto dos problemas como das possíveis formas de resolvê-lo.

Da mesma forma, fixar-se no positivo, revela-se um estilo cognitivo estável, a partir do qual, se derivam outras estratégias que não se distanciam muito desse estilo. Poderíamos pensar, também, se a estratégia de ignorar o problema, que se revelou positiva em termos de saúde geral, não está ligada, justamente, a esse estilo caracterizado por fixar-se no positivo. Se o indivíduo não considera seus problemas como demasiado graves, pode ser também que tenda a ignorá-los, por não considerá-los como preocupantes. A saída encontrada através de distração física também demonstra atividades de lazer positivas que afastam a possível aversividade dos estressores do foco de atenção do indivíduo.

Além dessas considerações, os dados nos permitem formular a hipótese de que, embora as estratégias, tanto positivas quanto negativas para a saúde sejam de configuração semelhante, a diferença entre os níveis de bem-estar psicológico possa estar vinculada à maneira como os indivíduos lidam com seus estados afetivos. Ou seja, a forma que se utilizam para modulá-los. Na vertente negativa, que incita piores níveis de saúde, as estratégias circulam em torno de um único pólo, que é o próprio indivíduo. Assim, ele apenas consegue piorar seu estado de ânimo num círculo vicioso no qual se acusa por causar seus problemas e depois se vê como a única possibilidade de resolução para os mesmos. Como não apresenta repertório para tanto, especialmente na adolescência, o indivíduo volta a culpar-se, gerando um deterioro na saúde geral.

As estratégias que contribuem para melhores níveis de saúde focalizam-se nos estados afetivos, na medida em que visam, prioritariamente, a redução ou evitação de estados emocionais negativos. Entretanto, sendo estas estratégias mais ativas, o sujeito consegue melhores repercussões sobre sua saúde geral.

A configuração das três estratégias encontradas no modelo final também está atrelada à faixa etária da adolescência, na qual há uma predominância da cognição sobre a ação. A maneira de lidar com adversidades é pensar e refletir sobre elas e o melhor que pode ser alcançado é a extinção dos estados afetivos aversivos. Isto é, os problemas não são considerados, muitas vezes, em sua dimensão real em termos de gravidade e extensão temporal. São vistos, muito mais, como contingências do momento presente.

Na adolescência, afrontar problemas parece constituir-se mais em um processo interno, que não requer a incorporação dos elementos ambientais. Portanto, os níveis de saúde/bem-estar psicológico, em relação às estratégias de *coping*, estão fortemente determinados pela forma como o indivíduo interpreta ou processa as informações e a maneira como organiza-se para modular os estados emocionais que se originam dessa avaliação.

## REFERÊNCIAS

- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 171-209.
- Blalock, J. A. & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 24 (1), 47-65.
- Caffray, C. M. & Schneider, S. L. (2000). Why do they do it? Affective motivators in adolescents' decisions to participate in risk behaviours. *Cognition and Emotion*, 14 (4), 543-576.
- Delgado, M. M. R. & Vindel, A. C. (2001). Afrontamiento y artritis reumatoide: Una revisión crítica. *Ansiedad y estrés*, 7 (2-3), 139-150.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1997). *Escalas de afrontamiento para adolescentes: Manual*. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assesment of non-psychotic psychiatric illness*. London: Oxford University Press.
- Huici, C. (1985). Grupo social y comportamiento de salud y enfermedad. Em F. J. Morales, A., Blanco Abarca, C. Huici & J. M. Fernández Dols. (orgs.). *Psicología Social Aplicada*. (pp.111-130). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Keefe, F. J. & Williams, D. A. (1990). A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age group. *Journal of Gerontology*, 45, 161-165.
- Parkes, K. R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal and coping in stressfull episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (3), 655-668.
- Parkes, K. R. (1986). Coping in stressfull episodes: The role of individual differences, environmental factors and situational characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1277-1292.
- Reig Ferrer, A. (1987). La psicología de la salud en España. *Revista de Psicología de la Salud*, 1 (1), 5-49.
- Rodríguez Marín, J. (1995) *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez Marín, J., Martínez García, M.

- & Valcárcel, P. (1990). Cirurgia y hospitalización como acontecimientos estresantes en pacientes oftalmológicos. In *Libro II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. 5 (2), 117-122.
- Santacreu, J., Zaccagnini, J. L. & Márquez, M. O. (1992). *El problema de la droga: Un análisis desde la psicología de la salud*. Valencia: Promolibro.
- Sarriera, J. C. (1993). *Aspectos psicosociales del desempleo Juvenil - Un análisis desde el fracaso escolar, para la intervención preventiva*. Tese de doutorado não publicada, curso de doutorado em Psicologia Social. Universidad Autónoma de Madrid. Madri, Espanha.
- Sarriera, J. C., Schwarcz, C., Câmara, S. G., De Bem, L. & Gandarillas, M. A. (1996). Bem-estar psicológico do jovem portoalegrense. *Psico*, 27 (2), 79-98.
- Sarriera, J. C., Schwarcz, C. & Câmara, S. G. (1996). Bem-estar psicológico: Análise fatorial da Escala de Goldberg (GHQ-12) numa amostra de jovens. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 9 (2), 293-306.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Aprenda a ser otimista*. Rio de Janeiro: Record.
- Stone, G. C. (1988). Psicología de la Salud: Una definición amplia. *Revista latinoamericana de Psicología*. 20(1), 15-26.
- Williams, K. & Macgillicuddy-De Lisi, A. (2000). Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20, 537-549.
- Wills, T. A. (1997). *Modes and families of coping: An analysis of downward comparison in the structure of other cognitive and behavioral mechanisms*. New Jersey: Erlbaum.