

Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores

Maria Eloá Moreira da Silva Martins Pereira
Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Universidade de Brasília (UNB)

RESUMO

Considerando-se os interesses científicos e assistenciais vinculados à promoção da qualidade de vida de portadores de lesão medular, desenvolveu-se uma investigação visando: a) descrever e analisar as estratégias de enfrentamento do participante de um programa de reabilitação e seu familiar cuidador; b) identificar a evolução dessas estratégias ao longo da reabilitação; e c) compreender as contribuições e limites do programa institucional. Seis díades paciente-familiar foram avaliadas, antes do ingresso no programa e ao seu término, por intermédio da aplicação da Escala de Modos de Enfrentar Problemas e de entrevistas. Verificaram-se mudanças nas modalidades estratégicas empregadas entre a etapa de pré-reabilitação (religiosidade, pensamento positivo e busca de suporte social) e a etapa de pós-reabilitação (focalização no problema, pensamento positivo e busca de suporte social). Discutem-se, ainda, os aspectos comunicacionais, a rede de apoio, o programa institucional e a atuação da equipe de reabilitação.

Palavras-chave: Enfrentamento; reabilitação; lesão medular; cuidador.

ABSTRACT

Coping and rehabilitation of people with spinal cord injury and their caretakers

Considering the clinical and scientific interests linked to the promotion of quality of life of people with spinal cord injury, an investigation was developed aiming to: a) describe and analyse the coping strategies of participants of a rehabilitation program and his familiar caretaker; b) identify the evolution of these strategies during the rehabilitation and; c) comprehend the contributions and limitations of the institutional program. Six dyads patient – relative were evaluated, before the admission in the program and after its ending, through the application of *Escala de Modos de Enfrentar Problemas* and interviews. Changes in the strategic modalities used between the stage of pre-rehabilitation (religiousness, positive thoughts and seeking social support) and the stage of after-rehabilitation (problem-focused, positive thoughts and seeking social support) were verified. Further discussion about communication aspects, social support, the institutional program and the performance of the rehabilitation team were presented.

Key words: Coping; rehabilitation; spinal cord injury; caretaker.

INTRODUÇÃO

A lesão medular é um evento traumático gerador de grande imprevisibilidade, pois mudanças físicas irreversíveis bloqueiam a capacidade da pessoa em realizar suas necessidades primordiais. O traumatismo raquimedular é uma agressão à medula espinhal, que pode resultar em perda de movimentos voluntários e/ou sensibilidade (tátil, dolorosa, profunda) ao nível dos membros superiores e/ou inferiores e em alterações no funcionamento dos sistemas urinário, intestinal, respiratório, circulatório, sexual e reprodutivo (Staas Jr. et al., 1992; Stiens, Bergman e Formal,

1997). As lesões traumáticas compõem 80% do total das lesões medulares, sendo causadas, geralmente, por acidentes de trânsito, projétil de arma de fogo, armas brancas, quedas e acidentes de trabalho ou de prática de esporte. Quanto às lesões não-traumáticas (20%), as causas mais frequentes são: tumorais, infecciosas, vasculares, degenerativas e malformações (Lianza, Casalis, Greve e Eichberg, 2001). De acordo com as estimativas disponíveis para a população mundial, cerca de 20 a 40 indivíduos, por milhão, são portadores de lesão medular, sendo que o segmento proporcionalmente mais atingido é constituído por jovens do sexo masculino e com menos anos de escolaridade formal (Meyers, 2001).

Do ponto de vista histórico, o interesse pela lesão medular não é recente. Papiros egípcios, escritos há 5000 anos, já revelavam o desafio terapêutico imposto por esses casos (Yarkony, 1994). Vale lembrar que até a década de 1940, aqueles que adquiriam uma lesão faleciam pouco tempo depois. Os que resistiam dificilmente reconquistavam sua integração psicossocial ao longo dos dois a três anos de sobrevida estimados naquela época. À medida que recursos terapêuticos foram aprimorados e se tornaram mais acessíveis, a média de sobrevivência aumentou. Com isso, veteranos da Segunda Guerra Mundial incapacitados, mutilados e necessitando de atenção integral, passaram a lotar abrigos e hospitais. Nesse contexto, Ludwig Guttmann, na Grã-Bretanha, e Donald Munro e Ernest Bors, nos Estados Unidos, desenvolveram uma proposta de reabilitação, visando promover a qualidade de vida dos portadores de lesão medular por meio de um sistema coordenado de cuidados, diminuindo as complicações secundárias e provendo acompanhamento em instituições hospitalares, nas quais se considerava que deveriam permanecer pelo restante de suas vidas. Contudo, progressivamente, alguns pacientes começaram a ser re-inseridos na comunidade, desafiando o conceito de “inválido” vigente até os anos 1950. A partir de então, houve um crescimento significativo de pesquisas visando a prevenção de complicações médicas, o desenvolvimento de programas de reabilitação e o treinamento de profissionais (Trieschmann, 1976; Yarkony, 1994).

No Brasil, destaca-se a experiência da Rede SARAH de hospitais dedicada aos cuidados em Ortopedia e Reabilitação das incapacidades físicas e ao tratamento de deformidades, traumas, doenças e infecções do aparelho locomotor. Dados provenientes dessa instituição apontam que, no ano de 2003, foram atendidos 1.235 pacientes nas unidades de Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Fortaleza, Rio de Janeiro e São Luiz. Essa população foi composta, em sua maioria, por indivíduos com ensino fundamental completo (57,2%), do sexo masculino (74%) e na faixa etária de 20 a 39 anos (56%). A lesão medular traumática apresentou incidência de 69%, sendo as causas mais frequentes: acidente de trânsito (38,7%), projétil de arma de fogo (26,2%), quedas (16,8%) e mergulho em águas rasas (9,4%). Quanto ao grau de comprometimento físico, 60,8% dos casos eram de paraplegia e 39,2% de tetraplegia. A média de tempo de internação dos portadores de paraplegia foi de quatro semanas e dos portadores de tetraplegia de oito semanas. Especificamente, o Programa de Reabilitação do Lesado Medular, destinado ao paciente e seu familiar/cuidador, inclui atividades voltadas para o desenvolvimento físico e socioeducativo, planejadas em equipe e executadas

pelos profissionais responsáveis, tendo como meta principal preparar o indivíduo para retornar a sua comunidade, viabilizando um modo de vida o mais independente possível e com qualidade (Rede Sarah, 2000).

REABILITAÇÃO E ENFRENTAMENTO: CONCEITOS E EVOLUÇÃO

A visão contemporânea de reabilitação fundamenta-se em quatro conceitos básicos: a) intervenção centrada no paciente; b) ênfase no processo (interação, negociação, comunicação, educação e troca de informações); c) atuação fundamentada em um modelo que integra aspectos de autocuidado, produtividade, recreação e socialização, resultantes dos componentes físico, sociocultural, mental/emocional e filosófico/espiritual; d) responsabilização do cliente na resolução de problemas, estabelecimento de planos, incluindo até a orientação do meio social na execução dos cuidados (Hammell, 1995). Em uma revisão dos últimos quarenta anos, Stover (1994) constata a existência de três fases evolutivas nas propostas assistenciais: 1) fase de construção (décadas de 1940, 1950 e 1960), em que se observa a necessidade da adoção de um conceito de reabilitação apoiado no trabalho em equipe; 2) fase do idealismo (décadas de 1970 e 1980), caracterizada pela avaliação de conceitos e programas, cujos resultados tendiam a serem positivos; 3) fase do realismo prático (final da década de 1980 e anos 1990), fruto das conquistas da fase anterior e das limitações impostas pela economia médica e sanitária.

Nessa perspectiva, cabe salientar a noção de enfrentamento, fortemente articulada com cronicidade e submissão a procedimentos médicos em razão das tarefas adaptativas impostas pelas enfermidades, tais como: lidar com as conseqüências fisiológicas, por exemplo dor e restrições de movimentos; lidar com o tratamento e ambiente hospitalar; manter equilíbrio emocional e um senso de *self*, incluindo competência e controle; manter relações com família e amigos e ter prontidão para futuras exigências (Aldwin, 1994). De acordo com o Modelo de Estresse e Enfrentamento, proposto por Lazarus e Folkman, enfrentamento consiste em “constantes mudanças cognitivas, comportamentais (e emocionais), esforços para administrar demandas externas e/ou internas particulares que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa” (Snyder e Dinoff, 1999, p. 141). Outros autores também elaboraram definições e sistemas de classificação, contudo existe consenso em se considerar que se trata de uma resposta destinada a diminuir os encargos físicos, emocionais e psicológicos relacionados a eventos estressantes do ciclo vital.

Por consequência, estratégias de enfrentamento são aquelas respostas que efetivamente reduzem uma “carga” não desejável. Assim sendo, uma pessoa utilizaria dois níveis de avaliação na seleção das suas respostas de enfrentamento. Na avaliação primária, o indivíduo analisa se a situação é potencialmente ameaçadora, inviabilizando uma meta ou apresentando um desafio. Quando o evento é percebido como prejudicial ou ameaçador, inicia a avaliação secundária, na qual os recursos disponíveis são examinados, englobando a percepção de uma variedade de alternativas para contornar o dano ou obter recompensas. Dependendo da avaliação, o indivíduo escolhe entre estratégias focalizadas no problema ou na emoção (Snyder e Dinoff, 1999).

Embora cada pessoa responda de acordo com sua personalidade e sua experiência singulares, existem aspectos comuns àqueles que se confrontam com a lesão medular nos primeiros anos após a instalação do quadro. Perda de controle e sentimentos de desamparo podem ser observados durante a hospitalização, assim como relatos obtidos em várias pesquisas sugerem que mais de 50% dos indivíduos estavam conscientes de suas paralisias desde o início da lesão, em razão da incapacidade de se mover, perda da sensibilidade e distorção da imagem corporal. Constatam-se, ainda, alterações psíquicas e comportamentais: revolta, choro, desespero, resistência à dependência, insegurança, medo de rejeição, culpa, depressão, distúrbios do sono, falta de apetite, agressividade, idéias de suicídio e regressão (Anjos, 1991; Staas Jr. et al., 1992).

Por outro lado, estudos mais recentes informam que apenas 25% dos portadores experienciam níveis de ansiedade superiores aos seus controles e, do total de lesados medulares, apenas 27% dos casos apresentam depressão (North, 1999). Pesquisas realizadas com critérios diagnósticos confiáveis têm indicado uma prevalência de 10 a 30% de episódios depressivos (Hammel, 1995). Kemp e Krause (1999) identificaram que a depressão estava relacionada mais significativamente com o uso da estratégia de evitação/fuga considerada, pelos pesquisadores, como menos adaptativa. Já o enfrentamento positivo (focalização no problema) não apresentou relação com a depressão. Um dos resultados da depressão que mais preocupa é o suicídio, que pode se expressar sob a forma de uma ação manifesta, autonegligência ou recusa em receber cuidados indispensáveis (Richards, Kemp e Pierce, 2000). O suicídio corresponde entre cinco e 10% das causas de morte entre lesados medulares (DeVivo, Kartus, Stover, Rutt e Fine, 1989), sendo que a taxa de suicídio para a população em geral é inferior a 1%. Os fato-

res de risco sugeridos são: desespero, abuso de álcool e drogas, apatia, perda de peso, raiva, comportamento destrutivo, história psiquiátrica, história criminal, disfunção familiar e tentativa de suicídio anterior ou durante a hospitalização. Os maiores indicadores são encontrados entre homens brancos e jovens com paraplegia. A taxa de suicídio diminui a cada ano e significativamente a partir do quinto ano após a lesão (Richards et al., 2000).

Desordens de ansiedade não têm sido tão estudadas como a depressão. Sua incidência e prevalência são incertas considerando-se a circunstância traumática frequentemente associada com o início da lesão (Richards et al., 2000). Acima de um ano após a lesão, níveis de ansiedade são mais altos para pessoas com lesão medular do que para o grupo controle, sendo que com o passar do tempo, por exemplo dois anos mais tarde, os níveis ainda permanecem mais elevados (Hancock, Craig, Dickson, Chang e Martin, 1993). Tomando por base que a maior parte das lesões medulares é adquirida em situações de trauma (como acidentes de carro em rodovias), é possível considerar o surgimento de um quadro de desordem de estresse pós-traumático (PTSD) seguindo a lesão medular. Sintomas de PTSD parecem ser mais altos em sobreviventes de eventos estressantes com lesão do que em sobreviventes sem lesão (North, 1999).

A partir do uso da escala *Ways of Coping* de Folkman e Lazarus, Frank e Elliot (2000) identificaram que as estratégias de enfrentamento mais adotadas por indivíduos com lesão medular eram pensamento desiderativo e focalização no problema e a estratégia menos usada era autculpa. Outro estudo, em que se administrou essa mesma escala, verificou que portadores de lesão há mais de quatro anos buscavam menos suporte emocional e instrumental do que indivíduos com menos tempo de lesão. No grupo de pacientes com seis semanas de lesão predominaram estratégias de negação, uso de álcool e drogas, liberação de emoções e “descompromisso comportamental” (Kennedy, Lowe, Grey e Short, 1995).

Considerando, portanto, os interesses científicos e assistenciais vinculados à problemática do traumatismo raquimedular, foi realizada uma investigação com os seguintes objetivos: a) descrever, analisar e compreender as estratégias de enfrentamento desenvolvidas pelo paciente participante de um programa de reabilitação e seu familiar cuidador; b) identificar as estratégias de enfrentamento adotadas nas etapas de pré-reabilitação e pós-reabilitação e c) compreender as contribuições do programa institucional para as metas de enfrentamento e a reabilitação (Pereira, 2002; Pereira e Araujo, 2005).

MÉTODO

Participantes

Foram estudadas seis díades (paciente-familiar) acompanhadas pelo programa de reabilitação para portadores de lesão medular na Unidade de Brasília, da Rede Sarah de Hospitais. No grupo de pacientes, participaram cinco sujeitos do sexo masculino e um do sexo feminino entre 19 e 42 anos de idade. Três não concluíram o ensino fundamental, dois possuíam curso superior incompleto e um tinha curso superior completo. Dois pacientes informaram que eram estudantes de curso superior, um estava desempregado, um era operador de máquinas, um deles trabalhava como agricultor e o outro estava empregado em uma serraria. Três eram solteiros, dois casados com filhos e um tinha relação marital estável. Cinco eram tetraplégicos e um paraplégico. A etiologia da lesão foi projétil de arma de fogo (N = 1); queda de altura (N = 1), mergulho em águas rasas (N = 1); queda de objeto (árvore) (N = 1); queda em esporte (N = 1) e acidente automobilístico (N = 1). O tempo decorrido desde a lesão foi de cinco meses a um ano (N = 3), um ano a dois anos (N = 2) e mais de dois anos (N = 1). O período de internação foi de cinco semanas (N = 5) e seis semanas (N = 1). Os critérios de exclusão do referido grupo foram: história psiquiátrica, analfabetismo ou escolaridade inferior à segunda série do ensino fundamental. O grupo de familiares foi composto por três mães, duas esposas e uma companheira entre 23 e 41 anos de idade. Três eram profissionais autônomas, uma estava desempregada e três eram “do lar”. Três haviam concluído o ensino médio e três não concluíram o ensino fundamental.

Instrumentos

Foi utilizada a Escala Modos de Enfrentar Problemas – *The Ways of Coping Checklist – Revised* (Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro e Becker, 1985), derivada do Modelo Transacional de Estresse de Lazarus, adaptada para a população brasileira por Gimenes e Queiroz (1997) e recentemente validada no Brasil por Seidl (2001). Esse instrumento categoriza as seguintes estratégias de enfrentamento: Focalização no problema (Exemplo: “Encontro diferentes soluções para o meu problema”); Religiosidade (exemplo: “Pratico mais a religião desde que tenho esse problema”); Pensamento fantasioso/desiderativo (exemplo: “Eu sonho ou imagino um tempo ou lugar melhor do que aquele em que estou”); Culpabilização dos outros (exemplo: “Demonstro raiva para as pessoas ou coisas que causaram o problema”); Autoculpa (exemplo: “Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema”); Esquiva (exemplo: “Durmo mais do que o habitual”);

Pensamento positivo (exemplo: “Eu acho que estou em melhor situação do que outras pessoas”); Busca de suporte social (exemplo: “Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema”).

Foram aplicados, também, quatro roteiros de entrevista semi-estruturada, destinados ao paciente em pré-reabilitação e em pós-reabilitação e ao familiar em pré-reabilitação e em pós-reabilitação. As entrevistas da etapa de pré-reabilitação questionavam os seguintes tópicos: estágio do ciclo vital do paciente, composição e organização familiar, comunicação, rede de apoio, enfrentamento, rotinas e informações complementares (história da lesão medular, atendimentos médico-hospitalares e internações anteriores, história familiar anterior, situação vivenciada imediatamente anterior à lesão e escolha do acompanhante). Na etapa de pós-reabilitação, as questões abrangiam: comunicação, rede de apoio, organização, enfrentamento, expectativa, rotina/perspectiva de futuro e avaliação das atividades do programa de reabilitação e treino familiar.

Procedimentos de coleta e análise dos dados

Previamente à realização de qualquer atividade específica de reabilitação, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96 do CNS/MS) foi apresentado aos participantes. Pacientes tetraplégicos, com impedimento de movimentos para assinatura do documento, gravaram a autorização em áudio. Entrevista, seguida de escala, foi realizada individualmente, na semana de admissão e na semana de alta hospitalar. Além do depoimento dos participantes, a identificação das categorias relativas às modalidades de enfrentamento também foi efetivada com base nas categorias organizadas pela Escala de Modos de Enfrentar Problemas. Cabe explicar que foram obtidos os escores individuais finais e parciais em cada subescala, sendo que para a presente investigação, em que o tamanho da amostra é reduzido para um tratamento estatístico dos dados, estabeleceu-se como critério de estratégias mais utilizadas aquelas que apresentassem escores iguais ou superiores a três. Realizou-se, ainda, uma análise comparativa dos dados das entrevistas e da Escala.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Escala Modos de Enfrentar Problemas

As estratégias utilizadas com maior frequência pelos pacientes nas etapas de pré-reabilitação e pós-reabilitação foram: Religiosidade, Pensamento desiderativo/fantasioso, Pensamento positivo, Focalização no problema e Busca de suporte social. A estratégia Cul-

pabilização dos outros não foi empregada. Foi possível constatar que os pacientes alteraram as estratégias de enfrentamento utilizadas entre os momentos de pré e pós-reabilitação. As Figuras 1 e 2 ilustram os dados individuais e permitem uma comparação entre participantes.

As estratégias empregadas com maior frequência pelos familiares em pré-reabilitação e pós-reabilitação foram: Religiosidade, Pensamento desiderativo/fantasiioso, Pensamento positivo, Focalização no problema e Busca de suporte social. A análise das díades

revela que familiares adotaram estratégias semelhantes às dos pacientes nas duas etapas. Porém, ocorreram mudanças individuais quanto sua utilização. Somente a díade Paciente 5/Familiar 5 utilizou estratégias idênticas. Discreta diferença pode ser notada nas outras díades com a manutenção de pelo menos três estratégias igualmente utilizadas nas fases de pré e pós-reabilitação. Poucos sujeitos utilizaram estratégias consideradas, de modo geral, como menos adaptativas tais como: Esquiva, Autoculpa e Culpabilização dos outros (vide Figuras 3 e 4).

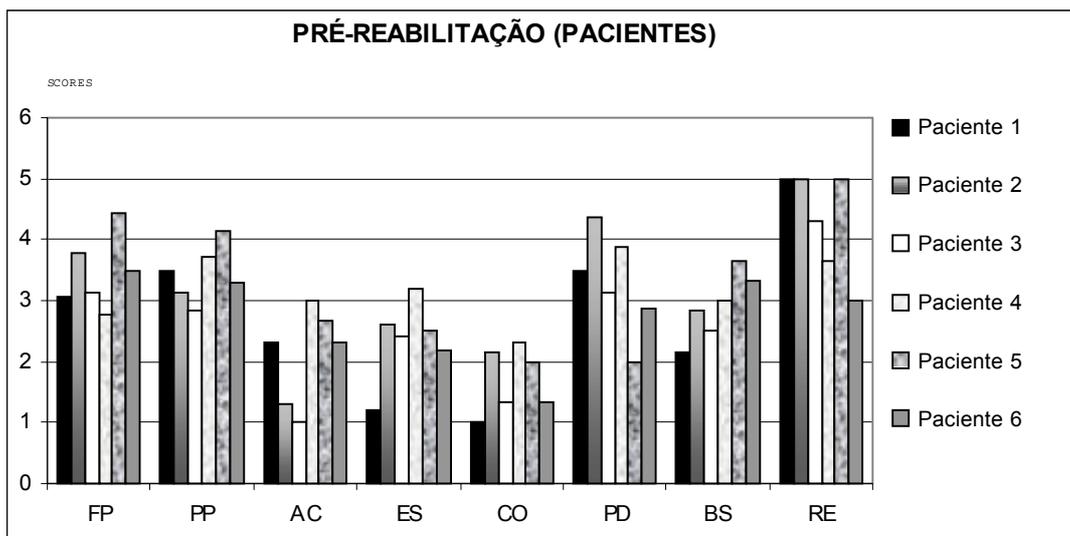


FIGURA 1 – Estratégias de enfrentamento utilizadas por cada paciente em pré-reabilitação. FP (Focalização no problema), PP (Pensamento positivo), AC (Autoculpa), ES (Esquiva), CO (Culpabilização dos outros), PD (Pensamento desiderativo/fantasiioso), BS (Busca de suporte social), RE (Religiosidade).

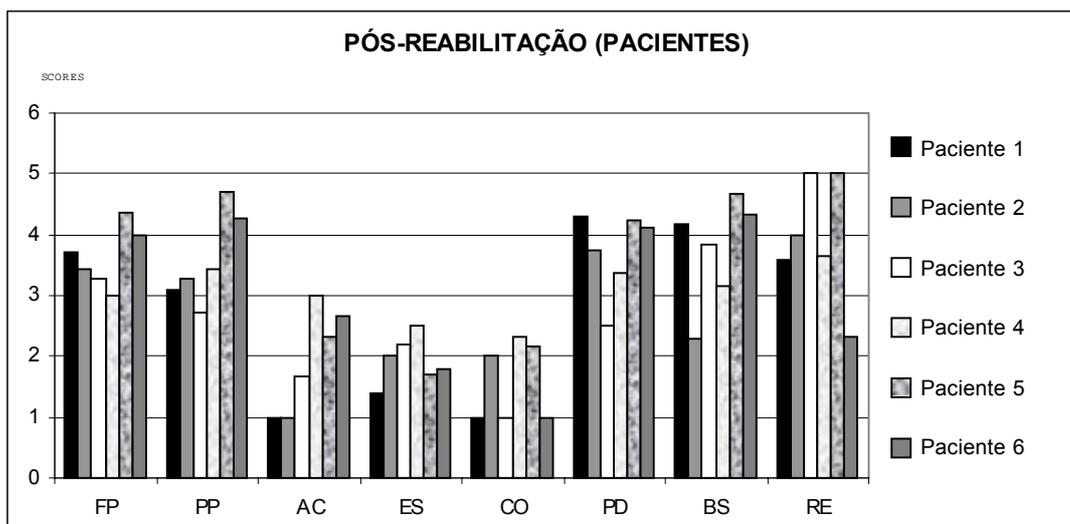


FIGURA 2 – Estratégias de enfrentamento utilizadas por cada paciente em pós-reabilitação. FP (Focalização no problema), PP (Pensamento positivo), AC (Autoculpa), ES (Esquiva), CO (Culpabilização dos outros), PD (Pensamento desiderativo/fantasiioso), BS (Busca de suporte social), RE (Religiosidade).

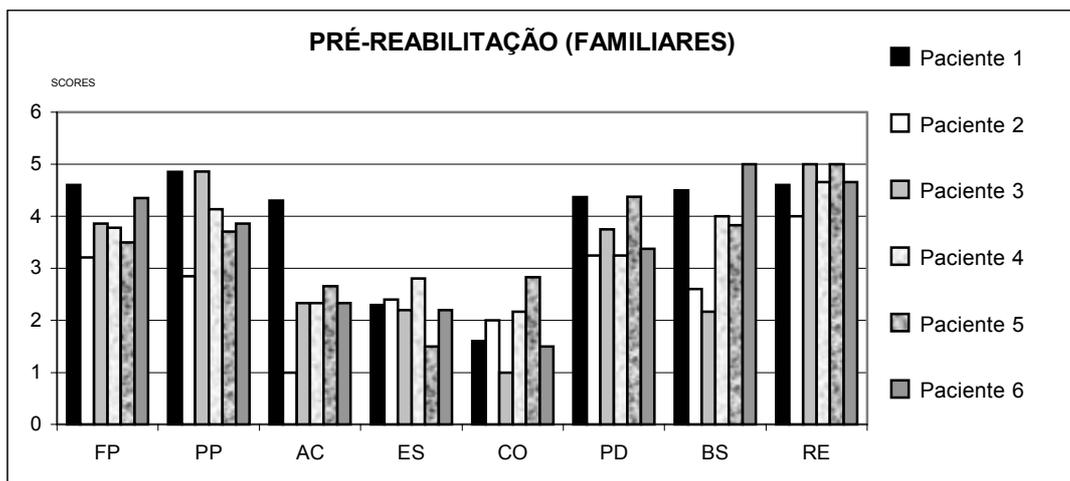


FIGURA 3 – Estratégias de enfrentamento utilizadas por cada familiar em pré-reabilitação. FP (Focalização no problema), PP (Pensamento positivo), AC (Autoculpa), ES (Esquiva), CO (Culpabilização dos outros), PD (Pensamento desiderativo/fantasiado), BS (Busca de suporte social), RE (Religiosidade).

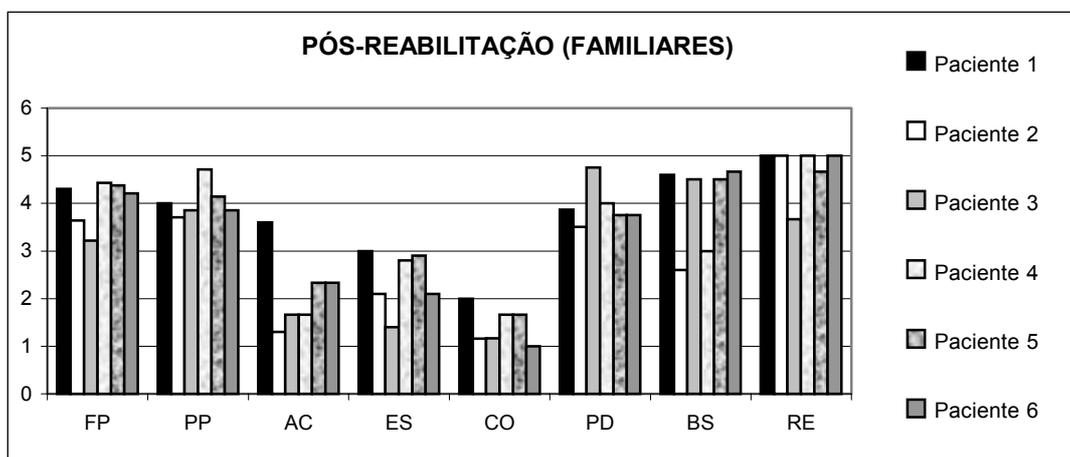


FIGURA 4 – Estratégias de enfrentamento utilizadas por cada familiar em pós-reabilitação. FP (Focalização no problema), PP (Pensamento positivo), AC (Autoculpa), ES (Esquiva), CO (Culpabilização dos outros), PD (Pensamento desiderativo/fantasiado), BS (Busca de suporte social), RE (Religiosidade).

Entrevistas

Entre os pacientes, mudanças de natureza qualitativa foram verificadas, ao se comparar as etapas de pré e pós-reabilitação: Paciente 2, Paciente 4 e Paciente 5 alteraram duas estratégias de um total de três utilizadas na etapa pré-reabilitação (vide Tabela 1). A comparação das estratégias utilizadas pelos familiares entre as etapas de pré e pós-reabilitação indica mudanças qualitativas (vide Tabela 2). As díades paciente-acompanhante adotaram modalidades semelhantes nas duas etapas: Religiosidade, Busca de suporte social, Pensamento positivo e Esquiva. Em contrapartida, na pós-reabilitação, as estratégias mais empregadas fo-

ram: Busca de suporte social, Focalização no problema e Pensamento positivo. É importante salientar que Religiosidade foi apresentada como a estratégia mais frequentemente utilizada apenas pelo grupo dos familiares.

Além das estratégias propriamente ditas, investigaram-se outros parâmetros relacionados com o enfrentamento de pacientes e familiares durante as entrevistas:

- Comunicação familiar*: na etapa anterior a lesão, as trocas entre paciente e familiar e/ou rede de apoio envolviam apenas oito objetivos vinculados preferencialmente a assuntos rotineiros.

ros. Na pós-reabilitação, evidenciou-se incremento da interação e diversificação dos objetivos com o surgimento de novas funções, apesar da baixa incidência de aspectos emocionais.

- b) *Rede de apoio*: na etapa anterior à lesão medular, era formada por membros da família nuclear, parentes e amigos/vizinhos. Na etapa posterior à lesão, identificou-se sua ampliação com a inclusão de membros da família extensa e da comunidade (por exemplo, pessoas com cargos políticos e religiosos). Tal expansão proporcionou melhores condições de bem-estar físico e emocional, promovendo a mobilização de estratégias de enfrentamento facilitadoras da adaptação.
- c) *Programa de reabilitação*: segundo a análise dos relatos obtidos, as informações repassadas são fundamentais para que o participante compreenda o que se passa com seu organismo (ou de seu familiar) e tenha meios para definir um novo estilo de vida com a incorporação dos cuidados em seu cotidiano. A participação do familiar é reconhecida como essencial, independentemente do grau de comprometimento físico do paciente. A experiência no programa

de reabilitação auxilia o desencadeamento de mudanças nos hábitos de vida, favorecendo perspectivas mais gratificantes, viabilizando a obtenção de conhecimentos e controle sobre a situação e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

- d) *Equipe de reabilitação*: a clareza das informações e o repasse consistente das orientações possibilitam uma reorganização do cotidiano não somente do portador da lesão medular, mas também dos integrantes da sua rede sociofamiliar. Ressalta-se a atuação do profissional de Psicologia, tendo em vista sua formação e treinamento como facilitador da comunicação individual e grupal. De acordo com os dados obtidos, o atendimento à díade deve ser privilegiado em intervenções psicológicas, visando a ampliação e o aprimoramento da comunicação entre paciente e familiar/cuidador. Todavia, as tarefas de facilitação da comunicação não são exclusivas do psicólogo do serviço, devendo ser sustentadas por todos os membros da equipe. Para tanto, é necessário assegurar treinamento contínuo em habilidades de comunicação para estes profissionais de saúde.

TABELA 1
Estratégias de enfrentamento nas etapas de pré e pós-reabilitação (pacientes)

<i>Paciente 1</i>		<i>Paciente 2</i>		<i>Paciente 3</i>		<i>Paciente 4</i>		<i>Paciente 5</i>		<i>Paciente 6</i>	
Pré	Pós										
	BSS		BSS		BSS	BSS		BSS	BSS	BSS	BSS
	FP	FP	FP		FP		FP		FP		FP
						AC					
			PP	PP			PP		PP	PP	PP
Esq								Esq			
	PDF	PDF		PDF							
				Rel		Rel	Rel	Rel		Rel	
CO											

TABELA 2
Estratégias de enfrentamento pré e pós-reabilitação (familiares)

<i>Familiar 1</i>		<i>Familiar 2</i>		<i>Familiar 3</i>		<i>Familiar 4</i>		<i>Familiar 5</i>		<i>Familiar 6</i>	
Pré	Pós										
BSS	BSS					BSS	BSS	BSS	BSS	BSS	BSS
FP	FP		FP		FP				FP		
AC							AC				
			PP		PP	PP	PP	PP	PP		PP
		Esq		Esq							
			PDF							PDF	
				Rel	Rel	Rel	Rel			Rel	Rel
				CO							

Estratégias de enfrentamento identificadas pelos dois instrumentos

A análise comparativa dos dois instrumentos mostra que as estratégias Religiosidade, Pensamento positivo e Busca de suporte social foram as modalidades mais utilizadas pelas duas categorias de participantes na etapa de pré-reabilitação. Já no momento de pós-reabilitação, Focalização no problema, Pensamento positivo e Busca de suporte social foram mais acionadas pelos dois grupos. É interessante comentar que diante de situações de grande estresse, a Religiosidade, em nossa cultura, é bastante estimulada no intuito de proporcionar conforto, adaptação e minimizar o desgaste decorrente de uma situação julgada como ameaçadora. O uso mais limitado da Religiosidade na etapa de pós-reabilitação pode ser compreendido como consequência da participação no programa de reabilitação, que fornece suportes de natureza instrumental, social e emocional, e se revela no uso mais freqüente da estratégia Focalização no problema. Verifica-se maior diferenciação entre as estratégias na pré-reabilitação, ao passo que, na pós-reabilitação, as modalidades adotadas por pacientes e familiares tendem a se assemelhar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em consonância com o Modelo de Lazarus e Folkman, constatou-se a utilização de mais de uma modalidade de enfrentamento. Ou seja, tanto estratégias comportamentais como cognitivas são adotadas, o que denota a disponibilidade de diferentes recursos por parte dos indivíduos, sendo o enfrentamento a expressão de um conjunto de modalidades que promovem a adaptação em um processo contínuo e diversificado.

Uma vez mais, é essencial lembrar as investigações que evidenciam as vantagens do enfrentamento focalizado para lidar com problemas relacionados com a saúde. Nesse sentido, a limitação do uso da Religiosidade pelo paciente, na etapa de pós-reabilitação, torna-se compreensível à luz dos benefícios adquiridos com a participação intensiva no programa de reabilitação. Tendo em vista a relevância da constatação, sugere-se a realização de um maior número de estudos sobre o enfrentamento religioso em saúde.

Com relação aos instrumentos utilizados, é fundamental comentar que a escolha da escala mostrou-se pertinente. O tempo necessário para sua aplicação foi satisfatório. A maioria dos participantes não teve dificuldades de compreensão e raramente foram solicitados mais esclarecimentos. Todavia, cabe enfatizar que a escala não identifica o processo ou os fatores que

levaram o sujeito a modificar suas estratégias de enfrentamento. Os dados gerados permitiram apenas a identificação das modalidades predominantes em determinado momento. Portanto, a opção pela utilização da escala, em associação com as entrevistas, proporcionou resultados mais abrangentes e completos. A escala forneceu informações quanto à natureza e à freqüência das estratégias empregadas e, em contrapartida, as entrevistas ofereceram dados sobre o processo de enfrentamento. Reuniram-se, assim, indicadores quanto à multiplicidade de variáveis envolvidas no processo de enfrentamento em casos de traumatismo raquimedular.

Recomenda-se o desenvolvimento de estudos prospectivos visando identificar a estabilidade das modalidades de enfrentamento após a alta hospitalar. Desta maneira, seria possível verificar a manutenção das aquisições alcançadas durante a participação no programa, tanto em relação ao enfrentamento da condição de lesado medular, como também em relação aos demais aspectos aqui levantados: organização familiar, comunicação e rede de apoio no contexto da reabilitação.

REFERÊNCIAS

- Anjos, L. D. dos. (1991). *Atendimento psicológico ao paciente lesado medular no Hospital de Medicina do Aparelho Locomotor*. [Monografia não publicada], Hospital SARAH/BSB, Brasília.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development: an integrative perspective*. London: Guilford Press.
- DeVivo, M. J., Black, K. J., Richards, J. S. & Stover, S. L. (1991). Suicide following spinal cord injury. *Paraplegia*, 29, 9, 620-627.
- Frank, R. G. & Elliot, T. R. (Eds.) (19??). *Handbook of rehabilitation psychology*. Washington: American Psychology Association.
- Gimenes, M. G. G. & Queiroz, E. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In M. G. G. Gimenes & M. F. Fávero (Ed.). *A mulher e o câncer* (pp. 173-195). São Paulo: Editorial Psy.
- Hammell, K. W. (1995). *Spinal cord injury rehabilitation*. London: Chapman & Hall.
- Hancock, K. M., Craig, A. R., Dickson, H. G., Chang, E. & Martin, J. (1993). Anxiety and depression over the first year of spinal cord injury: a longitudinal study. *Paraplegia*, 31, 6, 349-357.
- Kemp, B. J. & Krause, S. (1999). Depression and life satisfaction among people aging with post-polio and spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 21, 241-249.
- Kennedy, P., Lowe, R. Grey, N. & Short, E. (1995). Traumatic spinal cord injury and psychological impact: a cross-sectional analysis of coping strategies. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 627-639.
- Lianza, S., Casalis, M. E., Greve, J. M. D. & Eichberg, R. (2001). A lesão medular. In S. Lianza (Ed.). *Medicina de reabilitação* (pp. 299-322). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Meyers, A. R. (2001). The epidemiology of traumatic spinal cord injury in the United States. In S. Nesathurai (Ed.). *The rehabilitation of people with spinal cord injury* (pp. 9-13). Boston: Boston Medical Center.
- North, N. T. (1999). The psychological effects of spinal cord injury: a review. *Spinal Cord*, 37, 671-679.
- Pereira, M. E. M. S. M. (2002). *Aspectos psicológicos da reabilitação em traumatismo raquimedular: modalidades de enfrentamento do paciente e seu familiar/acompanhante*. [Dissertação de Mestrado], Universidade de Brasília.
- Pereira, M. E. M. S. M. & Araujo, T. C. C. F. (2005). Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63, 502-507.
- Rede Sarah. (2000). *Perfil epidemiológico*. Centro Nacional de Controle de Qualidade: Rede SARAH de Hospitais.
- Richards, J. S., Kemp, D. G. & Pierce, C. A. (2000). Spinal cord injury. In R. G. Frank & T. R. Elliot (Eds.). *Handbook of rehabilitation psychology* (pp. 11-27). Washington: American Psychology Association.
- Staas Jr., W. E., Formal, C. S., Gershkoff, A. M., Freda, M., Hirschwald, J. F., Miller, G. T., Forrest, L. & Burkhard, B. A. (1992). Reabilitação do paciente com traumatismo raquimedular. In DeLisa, J. A. (Ed.). *Medicina de reabilitação. Princípios e prática* (pp. 735-763). São Paulo: Manole.
- Seidl, E. M. F. (2001). Pessoas que vivem com HIV/aids: configurando relações entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. [Tese de Doutorado], Universidade de Brasília, Brasília.
- Stiens, S. A., Bergman, S. B. & Formal, C. S. (1997). Spinal cord injury rehabilitation. 4. Individual experience, personal adaptation and social perspectives. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, 65-72.
- Stover, S. L. (1994). Review of forty years of rehabilitation issues in spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 18, 3, 175-182.
- Trieschmann, R. B. (1988). *Spinal cord injuries: Psychological, social and vocational rehabilitation*. Scottsdale, Arizona: Demos.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D. & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.
- Yarkony, G. M. (1994). *Spinal cord injury-medical management and rehabilitation*. Gaithersburg, Maryland: Aspen.

Recebido em: 30/09/2004. Aceito em: 04/05/2006.

Autoras:

Maria Eloá Moreira da Silva Martins Pereira – Psicóloga da Rede SARAH de Hospitais. Mestre em Psicologia pela Universidade de Brasília.
Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo – Doutora pela Université de Paris X-Nanterre. Professora Adjunta na Universidade de Brasília. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Endereço para correspondência:

MARIA ELOÁ MOREIRA DA SILVA MARTINS PEREIRA
SHIS QL 4 Conjunto 3 Casa 2
CEP 71610-235, Brasília, DF, Brasil
E-mail: eloa@bsb.sarah.br ou araujotc@unb.br