Enfrentamento e lesão medular: um estudo de corte transversal com pacientes em reabilitação

Coping and spinal cord injury: a cross-sectional study with rehabilitation patients

Renata Santinoni Vera[1]
Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo[2]

RESUMO

Introdução: Visando planejar e desenvolver programas de reabilitação mais eficazes, é crescente o interesse de estudiosos e profissionais da área da saúde em melhor conhecer o processo de enfrentamento em casos de lesão medular.

Objetivos: Identificar, analisar e compreender as estratégias de enfrentamento adotadas por pessoas acometidas por lesão medular traumática.

Método: Estudo de corte transversal com 52 pacientes entre 19 e 45 anos de idade, participantes de um programa de reabilitação. Os dados foram obtidos por meio de entrevista estruturada e aplicação da Escala de Modos de Enfrentamento.

Resultados: De acordo com a escala de enfrentamento foram identificados os seguintes resultados: focalização no problema (M=3,96); religiosidade/pensamento fantasioso (M=3,17); busca de suporte social (M=2,91); e focalização na emoção (M=1,92). No caso dos participantes com tetraplegia, o tempo de lesão medular correlacionou-se negativamente com a escolha da estratégia 'focalização na emoção'. O uso das estratégias 'focalização no problema', 'religiosidade/pensamento fantasioso' e 'busca de suporte social' não foi influenciado pela classificação neurológica, gênero, idade, recebimento ou não de benefício previdenciário, retorno ou não ao trabalho e/ou estudo. Verificou-se, contudo, correlação negativa entre escolaridade e 'busca de suporte social'.

Conclusões: Corroborando com a literatura, concluiu-se que a estratégia 'focalização no problema'– a mais utilizada pelos indivíduos deste estudo – denota o predomínio do uso de ações diretamente voltadas ao manejo específico do problema. Tal estratégia, ocorre quando se acredita haver recursos necessários para modificar as imposições de uma dada situação, sugerindo que os indivíduos em reabilitação estejam mais capacitados para o atendimento das demandas próprias do contexto da lesão medular.

[1]Rede SARAH de Hospitais, Brasília-DF, Brasil. Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde da Universidade de Brasília.
[2]Universidade de Brasília. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Correspondência
Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo
Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte. Brasília-DF. 70910-900, Brasil.
rsvera@unb.br; araujotc@unb.br

Recebido em 17/outubro/2011
Aprovado em 09/abril/2012

Palavras-chave: Lesão Medular; Enfrentamento; Reabilitação; Atividade Ocupacional.

ABSTRACT

Introduction: With the purpose of planning and developing more efficient services in rehabilitation, researchers and health professionals have increased interest in enhancing knowledge of the coping process within spinal cord injury individuals.

Objectives: To identify, analyze and comprehend coping strategies applied to traumatic spinal cord injured individuals.

Materials and Methods: A cross-sectional study with 52 rehabilitation patients of ages ranging from 19 to 45 years that were participating in a rehabilitation program. Data was obtained by means of structured interviews and by assessment with the Ways of Coping Checklist.

Results: The coping scale presented the following results: problem-focused (Mean=3,96); religious/ fantasy thinking (Mean=3,17); seeking social support (Mean=2,91); and emotion-focused (Mean=1,92) . Among the tetraplegic individuals, the variable 'time elapsed since injury' was negatively correlated to 'emotion focused' coping strategies. Aspects as the neurological classification, gender, age, having or not having access to welfare benefits or having or not resumed work or educational practices did not affect coping strategies, among which, are included 'problem focused', 'religious practice/ wishful thinking' and 'seeking of social support' coping strategies. On the other hand, 'social support' and 'schooling level' were negatively correlated.

Conclusions: Corroborating with the related literature, problem-focused coping – which was the most applied strategy among the participants of this study – refers to the management of the problem itself. It occurs following the perception of having the needed resources to change the demands derived from the stressful situation, suggesting that those individuals in rehabilitation present greater capability to respond to the specific spinal cord injury demands.

Keywords: Spinal Cord Injury; Coping; Rehabilitation; Occupational Practices.

INTRODUÇÃO

De acordo com dados da literatura especializada, a principal etiologia da lesão medular traumática no mundo são os acidentes de trânsito, distinguindo-se que, na América do Norte, Europa Ocidental e Austrália este tipo de episódio envolve principalmente veículos de transporte cuja característica básica é a presença de quatro rodas; ao passo que, no sudoeste Asiático, associa-se ao transporte em duas rodas (padronizados ou não). Já na Ásia e na Oceania, verifica-se maior incidência de quedas de telhados e árvores. Em contrapartida, nos países em que a população de idosos é bastante numerosa, como é o caso do Japão e da Europa Ocidental, a queda da própria altura também se destaca como causa predominante de traumatismo raquimedular. Acidentes com armas de fogo têm proeminência na América do Norte, Europa Ocidental e na Austrália e eventos de violência social estão vinculados à ocorrência de lesões no continente Africano, Oriente Médio e América Latina[1].

Conforme pesquisa brasileira, conduzida na cidade de São Paulo[2], as agressões por arma de fogo foram o principal fator etiológico (63,3%), seguido pelos acidentes de trânsito (20%). Buscando-se uma visão mais abrangente das causas do traumatismo medular no Brasil, recorreu-se aos registros estatísticos dos diferentes centros nacionais que integram a Rede SARAH de Hospitais da Reabilitação. Na última década, foram atendidas 9.019 pessoas que apresentavam sequelas decorrentes de lesão medular traumática ocasionadas por acidente de trânsito (37,2%), agressão por arma de fogo (28,7%), quedas (16,8%) e mergulho (8,5%)[3].

É importante enfatizar que uma lesão medular, ao provocar significativo comprometimento da capacidade funcional, desencadeia respostas de estresse psicossocial de reconhecida magnitude[4,5]. Ou seja, além das perdas de movimentos voluntários e de sensibilidade, este tipo de dano acarreta múltiplos distúrbios secundários – tais como bexiga neurogênica, dores neuropáticas, úlceras de pressão, disreflexias autonômicas e espasticidade[6] – que impõem importantes mudanças de hábitos de vida e, por conseguinte, exigem a aprendizagem de novos comportamentos essenciais à sobrevivência e à reinserção social[7].

De fato, do ponto de vista clínico e epidemiológico, os avanços da Medicina têm possibilitado maior longevidade[4] à população atingida e, do ponto de vista científico, é crescente o interesse em melhor conhecer os fatores biopsicossociais que influenciam tal condição ao longo do tempo[8]. Neste sentido, destacam-se as pesquisas que focalizam o enfrentamento (ou coping) da pessoa com lesão medular. Cabe esclarecer que para o modelo interativo de estresse, enfrentamento corresponde aos esforços cognitivos e comportamentais direcionados ao manejo de eventos percebidos como sobrecarregando ou excedendo os recursos do indivíduo[9]. Este processo não garante necessariamente a solução do problema, pois seu propósito é reduzir o estresse, assegurando bem-estar psicológico ao indivíduo[10]. Porém, os conhecimentos reunidos, até hoje, sobre estresse e enfrentamento subsidiam práticas preventivas e de promoção da saúde.

Segundo os estudiosos, no que tange ao enfrentamento, é possível distinguir duas categorias principais de estratégias: a) focalizadas na emoção (exemplo: distração, aceitação, reavaliação positiva, evitação, pensamentos desiderativos, distanciamento, negação e busca de suporte social) e focalizadas no problema (exemplo: ações diretamente voltadas à fonte do estresse e manejo específico do problema). Lazarus e Folkman[9] consideram que a primeira categoria tem como propósito controlar as respostas emocionais, como tristeza e ansiedade, derivadas dos processos avaliativos de uma circunstância estressora. Muitas vezes, estratégias dessa ordem são adotadas em situações nas quais se percebem limites dificilmente superáveis. Em compensação, a segunda categoria de estratégias é empregada quando se acredita haver recursos necessários para modificar as imposições de uma dada situação. Para estes autores, geralmente as duas modalidades de enfrentamento atuam de modo integrado para o adequado manejo do estressor. Cabe salientar que o impacto de um estressor deve ser compreendido a partir da dinâmica estabelecida entre o indivíduo e seu ambiente físico e psicossocial[9,13].

Na opinião de Elliott et al.[7], pessoas que se avaliam como capazes de regular a própria emoção e de encontrar soluções para seus problemas apresentam respostas mais apropriadas diante das consequências negativas suscitadas por uma lesão medular, quando comparadas àquelas que se julgam incapazes. Neste mesmo sentido, Waldron et al.[11] constataram ajustamento mais satisfatório em indivíduos com diagnóstico de traumatismo medular que tinham menores índices de lócus de controle externo. Em outros termos, aqueles que não revelavam tendência a atribuir seu estado físico à sorte, ao acaso ou à influência de terceiros manifestaram mais adaptação.

Um estudo multicêntrico realizado por Kennedy et al.[12], abrangendo quatro países europeus, alerta que o processo de enfrentamento da lesão medular inicia-se na fase aguda do quadro e sofre contínuos ajustes nos primeiros seis meses seguintes ao trauma. Sendo assim, os autores defendem uma criteriosa avaliação inicial para aferir os recursos de enfrentamento de cada paciente. Apesar de detectar redução do estresse no decorrer do tempo, nesta pesquisa não se observaram mudanças significativas no padrão de estratégias de enfrentamento utilizadas. No entanto, verificaram-se diferenças entre participantes dos países pesquisados: a) suíços avaliaram sua condição como um desafio, mas revelaram inibição comportamental; b) ingleses demonstraram aceitação diante do evento traumático, no entanto demonstraram menor senso de controle; c) irlandeses fizeram menos uso da estratégia de inibição comportamental e constituíram o grupo nacional que mais se percebeu com capacidade para manejar o evento; e d) os alemães formaram a subamostra com menor percepção de superação.

Outra extensa pesquisa, desenvolvida por Lidal et al.[14], abrangeu a revisão sistemática de 123 estudos sobre o assunto e encontrou um índice médio de retorno ao trabalho de 67%, sendo que as taxas foram mais elevadas entre pessoas mais jovens e independentes, com mais tempo de lesão e menor grau de comprometimento neurológico. Os autores relatam que pessoas que sofreram lesão medular na infância ou na adolescência apresentam, na idade adulta, maior probabilidade de estarem empregadas. Entre as barreiras mais frequentes ao engajamento ocupacional, destacaram-se: restrições de acesso a meios de transporte; limitações orgânicas; falta de experiência na atividade; menor nível de escolaridade ou falta de treinamento específico; barreiras físicas ou arquitetônicas; barreiras sociais, preconceitos dos empregadores e o temor de perder benefícios. Outro fator destacado foi que estes indivíduos interrompem a atividade de trabalho mais precocemente, em termos de faixa etária, quando comparados com o restante da população.

Thompson et al.[15] e Kennedy et al.[16] concordam que a 'esperança' – ou 'perspectiva favorável em relação ao futuro' – é fundamental para a qualidade da adaptação ao trauma medular[14], constituindo um dos seus fatores preditivos mais potentes. Em oposição, a cognição que vincula a lesão medular a uma ameaça permanente, associa-se a altos indicadores de ansiedade e depressão, mantendo a vulnerabilidade da pessoa com lesão.

No Irã, Babamohamadi et al.[17] estudaram 80 pacientes com lesão medular e descobriram que as estratégias mais utilizadas eram crenças religiosas (desígnio divino e oportunidade para moldar o espírito), esperança e esforço pessoal para alcançar mais independência.

No contexto brasileiro, Pereira e Araujo[19] investigaram estratégias de enfrentamento adotadas por pacientes e seus familiares durante a participação em um programa de reabilitação, através da aplicação da Escala Modos de Enfrentar Problemas (EMEP) e de um roteiro de entrevista semiestruturada. As autoras notaram que, na fase precedente à reabilitação, havia maior diferenciação entre estratégias utilizadas por pacientes e familiares. Porém, após a participação no programa de acompanhamento, perceberam mais semelhança entre as díades paciente-familiar. Nesta pesquisa, foi possível evidenciar 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). As autoras formularam a hipótese de que o modo de enfrentamento da amostra estudada foi influenciado pela participação no programa, cuja ênfase deve ser a comunicação entre participantes e a equipe de reabilitação.

É essencial explicitar, ainda, que as pesquisas sobre enfrentamento no contexto da saúde costumam ser desenvolvidas por meio de instrumental específico para medida das estratégias. De fato, a literatura divulga diversas técnicas de estudo: desde abordagens qualitativas, como entrevistas e grupos focais, até escalas construídas especialmente para tal finalidade. No Brasil, os trabalhos têm sido realizados principalmente com base no Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus e na EMEP. O primeiro instrumento foi adaptado para a língua portuguesa, em 1996, e é constituído por um questionário autoaplicável de 66 itens, distribuídos em oito fatores que englobam pensamentos e ações utilizados para lidar com as exigências internas ou externas geradas por um evento estressante[18]. O segundo instrumento resulta também daquele desenvolvido por Folkman e Lazarus, na década de 1980, e foi inicialmente denominado Ways of Coping Checklist (WCC) por Vitaliano et al. por ocasião da validação proposta para a população norte-americana em 1985. Em 1997, foi feita a tradução e adaptação para a língua portuguesa e, mais recentemente, realizou-se um estudo da análise fatorial da escala[13].

Em síntese, considerando o interesse clínico e científico da temática aqui delimitada, realizou-se uma pesquisa visando identificar, analisar e compreender as estratégias de enfrentamento adotadas por pessoas com lesão medular.

MÉTODO

Para tanto, realizou-se um estudo de corte transversal em uma instituição hospitalar de reabilitação, cujo projeto foi previamente aprovado por comitê de ética em pesquisa.

Seleção da amostra

A amostra foi constituída por pacientes internados no Programa de Neurorreabilitação em Lesão Medular do Hospital SARAH Brasília. Estabeleceram-se como critérios de exclusão: recusa em participar ou apresentar transtornos físicos ou psicológicos que inviabilizassem a participação. Como critérios de inclusão estipularam-se: escolaridade mínima equivalente ao ensino médio, lesão medular de etiologia traumática ocasionada há mais de um ano e expressar concordância em participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Procedimentos

Em local reservado, apartamento privativo ou na sala de reunião da enfermaria, a pesquisadora responsável realizou uma entrevista estruturada com o paciente, no intuito de colher dados sociodemográficos e outras informações acerca do histórico de prática laboral, inserção escolar e recebimento de assistência previdenciária. As respostas foram gravadas em áudio para transcrição na íntegra e posterior análise. Dados suplementares foram copilados através da consulta aos prontuários de cada paciente.

Logo em seguida, foi aplicada a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)[13], composta por 45 itens pontuados de um a cinco e organizados em quatro fatores gerais:

- focalização no problema (alpha de Cronbach = 0,84) - envolve comportamentos que visam o manejo direto do evento estressor e cognições de ressignificação do mesmo;
- focalização na emoção (alpha de Cronbach = 0,81) - agrupa comportamentos e sentimentos que possibilitam o afastamento do estressor, tais como distração, negação, autoculpa, culpabilização de outrem, raiva e tensão;
- práticas religiosas/ pensamento fantasioso (alpha de Cronbach = 0,74) - reúne pensamentos e comportamentos religiosos que contribuem para o afastamento do estressor, incluindo-se sentimentos de esperança;
- busca de suporte social (alpha de Cronbach = 0,70) - abrange comportamentos associados à busca de apoio instrumental, emocional ou informacional junto a outras pessoas ou grupos.

Cabe esclarecer que, em razão de alguma necessidade inadiável do paciente – por exemplo, alimentação, medicação ou execução de atividade do programa de reabilitação – tal aplicação foi agendada para outra ocasião.

De modo geral, o preenchimento da escala foi feito pelo próprio participante sem auxílio de outra pessoa. Mas, naqueles casos em que havia mais restrição – por exemplo: pacientes que deveriam permanecer em decúbito ventral ou com incapacidade para escrever – a pesquisadora entregava uma cópia do instrumento, lia os enunciados e registrava as respostas. Durante este procedimento específico, manteve-se a escala no campo visual do participante para que ele indicasse imediata correção de suas respostas.

Análise dos dados

A análise estatística foi feita com auxílio do SSPS 13. Adotou-se o teste de comparação múltipla de McNemar para as subcategorias das variáveis trabalho e previdência. Utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson para a análise dos diferentes reagrupamentos da amostra. O coeficiente de correlação de Spearman foi empregado com o intuito de avaliar o efeito da variável tempo sobre os fatores pesquisados pela EMEP, como também para estabelecer correlações. Para permitir uma análise conjunta do efeito das variáveis explicativas em relação ao emprego das estratégias de enfrentamento, aplicou-se o modelo de regressão linear múltipla. Para verificar possíveis diferenças entre as médias das respostas ás quatro estratégias de enfrentamento (EMEP), utilizou-se o teste t de Student. Para essas variáveis, aplicou-se o teste de normalidade Kolgomorov-Smirnov com a correção de Lilliefors, com o qual não se rejeitou a hipótese de normalidade.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

No total, participaram 52 indivíduos, sendo 36 (69,2%) homens e 16 mulheres (30,7%). A idade variou de 19 a 45 anos (M=30; DP=6,5). O principal fator etiológico da lesão medular foi acidente automobilístico (n=35; 67,3%), mergulho (n=8; 15,3%), queda (n=6; 11,5%) e projétil de arma de fogo (n=3; 5,7%). Em sua maioria, os pacientes eram solteiros (n=36; 69,2%), mas 11 indivíduos (21,1%) informaram ter união estável e cinco (9,6%) comunicaram separação ou divórcio. Apenas um paciente se locomovia com auxílio de muletas canadenses. Os demais faziam uso da cadeira de rodas. Todos os participantes realizavam cateterismo intermitente destinado à reeducação vesical. Após a lesão medular, 37 (71,1%) indivíduos manifestaram espaticidade e 22 (42,3%) sofreram pelo menos uma úlcera por pressão. Dor neuropática foi identificada em 25 (48%).

A amostra foi organizada em cinco subgrupos de acordo com as variáveis explicativas: diagnóstico (paraplegia; n=32/ tetraplegia; n=20); gênero (feminino; n=16/ masculino; n=36); idade (< 29 anos; n=25 ou ≥ 29 anos; n=27); tempo de lesão medular (inferior a quatro anos de lesão; n=26/ superior a quatro anos de lesão; n=26) e escolaridade (ensino médio; n=17/ ensino superior completo ou incompleto; n=35). A única categoria 'discreta' que não atendeu ao critério de igualdade foi gênero (p=0,028).

A Tabela 1 apresenta o perfil ocupacional e previdenciário dos participantes, distribuídos dicotomicamente de acordo com o critério estabelecido para as variáveis clínicas e sociodemográficas.

Antes da lesão medular, a maior parte dos indivíduos estava inserida no mercado de trabalho (90,4%). Mas, após a ocorrência do traumatismo, somente 29 pessoas (55,7%) informaram atividade laboral (p=0,0001). Contudo, não necessariamente retomaram a atividade desempenhada anteriormente.

Após a lesão, 29 (55,7%) participantes passaram a receber algum benefício previdenciário concedido em decorrência do traumatismo. É interessante salientar aumento significativo (p<0,05) de engajamento em atividades de trabalho e/ou estudo entre pacientes que não recebem benefício assistencial, quando estes são do sexo masculino, sofreram lesão medular há menos de quatro anos e têm menos de 29 anos de idade.

Tabela 1

Perfil ocupacional conforme recebimento ou não de benefício, segundo gênero, idade, tempo de lesão medular, nível da lesão e escolarida.

	Recebe		Não recebe		p
Gênero	**n**	**%**	**n**	**%**	
	Masculino (n=36)				
Trabalha e/ ou estuda	7	38,89	17	94,44	0,001
Não trabalha ou estuda	11	61,11	1	5,56	
	Feminino (n=16)				
Trabalha e/ ou estuda	7	63,64	4	80	0,62
Não trabalha ou estuda	4	36,36	1	20	
Idade	**n**	**%**	**n**	**%**	
	< 29 anos de idade (n=25)				
Trabalha e/ ou estuda	6	37,50	8	88,89	0,03
Não trabalha ou estuda	10	62,50	1	11,11	
	> 29 anos de idade (n=27)				
Trabalha e/ ou estuda	8	61,54	13	92,86	0,08
Não trabalha ou estuda	5	38,46	1	7,14	
Tempo de LM					
	< 4 anos (n=26)				
Trabalha e/ ou estuda	2	16,67	12	85,71	0,001
Não trabalha ou estuda	10	83,33	2	14,29	
	> 4 anos (n=26)				
Trabalha e/ ou estuda	12	70,59	9	100	0,07
Não trabalha ou estuda	5	29,41	0	0	
Nível da lesão	**Paraplégico (n=32)**				
Trabalha e/ ou estuda	10	55,56	3	9,86	0,62
	8	44,44	1	7,14	
Não trabalha ou estuda	**Tetraplégico (n=20)**				
Trabalha e/ ou estuda	4	36,36	8	81	0,26
Não trabalha ou estuda	7	63,64	1	19	
Escolaridade	**Ensino médio completo (n=17)**				
Trabalha e/ ou estuda	8	66,67	1	20	0,13
Não trabalha ou estuda	**Ensino superior completo ou não (n=35)**				
Trabalha e/ ou estuda	10	58,82	16	88,89	0,06
Não trabalha ou estuda	7	41,18	2	11,11	

Nota: Utilizou-se o Teste Qui-quadrado de Pearson.

Enfrentamento

A modalidade de enfrentamento mais utilizada pela amostra foi focalização no problema (M=3,96), seguida por religiosidade/pensamento fantasioso (M=3,17) e busca de suporte social (M=2,91). A estratégia de enfrentamento focalização na emoção foi a menos utilizada. Conforme indicado pelos valores de desvio-padrão e amplitude, verifica-se maior variabilidade de respostas em relação à religiosidade/ pensamento fantasioso (ver Tabela 2).

Tabela 2

Análise das estratégias de enfrentamento avaliadas pela EMEP.

Estratégias de Enfrentamento	Média	DP	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo
Focalização no problema	3,96	0,55	4	3,94	2,61	5
Focalização na emoção	1,92	0,60	1,33	1,80	1	3,67
Relig./Pens. Fantasioso	3,17	0,75	3,29	3,29	1,14	4,57
Suporte Social	2,91	0,63	2,60	3	1,20	4,20

Nota: Relig./Pens. Fantasioso = religiosidade/ pensamento fantasioso; escores variam de 1 a 5; DP = desvio padrão.

A Figura 1 ilustra a frequência média de uso de cada estratégia de enfrentamento, considerando-se como parâmetro o nível de corte estabelecido pela literatura. Vale explicitar que a análise do fator focalização na emoção é invertida. Segundo os dados obtidos, apenas a estratégia de enfrentamento busca de suporte social poderia sugerir algum risco e a necessidade de intervenção clínica. Todavia, é preciso ponderar que a diferença entre a média desta amostra e aquela estabelecida pela literatura, é mínima (Média lesão medular = 2,91; Média análise fatorial = 2,95)[13].

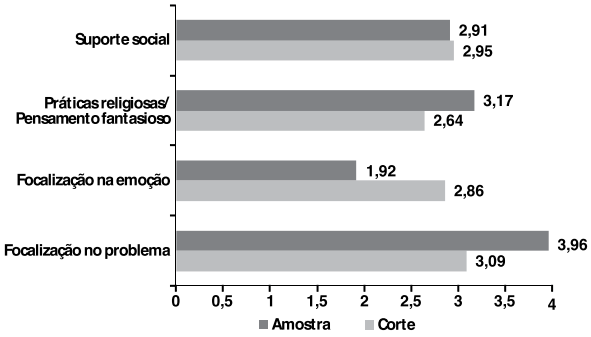

Figura 1

Comparação entre as médias dos fatores de enfrentamento e as médias dos níveis de corte clínicos.

Ocupação e benefício previdenciário

As correlações entre enfrentamento e vínculos previdenciários, laborais e/ou escolares são apresentadas na Tabela 3. Os resultados não revelam diferenças significativas entre a modalidade de enfrentamento adotada pelo paciente e o fato de estudar, trabalhar ou não estar inserido em nenhuma dessas atividades. Também não se verificaram diferenças, no que tange ao recebimento de benefício.

Tabela 3

Análise das estratégias de enfrentamento, segundo atividade ocupacional e benefício previdenciário.

Foco no Problema	n	M	DP	*p*
Não trabalha ou Estuda	17	3,92	0,61	0,67
Trabalha e/ou Estuda	35	3,99	0,52	
Com Benefício	29	3,94	0,58	0,70
Sem Benefício	23	4,00	0,52	
Foco na Emoção				
Não trabalha ou Estuda	17	1,94	0,48	0,91
Trabalha e/ou Estuda	35	1,92	0,65	
Com Benefício	29	1,99	0,59	0,34
Sem Benefício	23	1,83	0,61	
Religiosidade/Pensamento Fantasioso				
Não trabalha ou Estuda	17	3,39	0,71	0,15
Trabalha e/ou Estuda	35	3,07	0,75	
Com Benefício	29	3,25	0,72	0,40
Sem Benefício	23	3,07	0,79	
Suporte Social				
Não trabalha ou Estuda	17	2,96	0,57	0,71
Trabalha e/ou Estuda	35	2,89	0,66	
Com Benefício	29	2,94	0,58	0,74
Sem Benefício	23	2,88	0,70	

Nota: Teste t de Student.

Classificação neurológica e tempo

Foi possível constatar que quanto maior o tempo de lesão, menor é a utilização da estratégia focalização na emoção entre os indivíduos tetraplégicos (paraplégicos: r_{ho} = -0,24; p=0,10 /tetraplégicos: r_{ho} = -0,40; p = 0,04). No que se refere apenas ao grupo de pessoas com paraplegia, não foram encontradas correlações significativas. Em relação à totalidade da amostra, é possível afirmar que quanto maior o tempo de lesão medular, menor é a utilização de estratégias focalizadas na emoção e religiosidade /pensamento fantasioso (r_{ho} = -0,32; p = 0,10 / r_{ho} = -0,245; p=0,04).

Suporte social

A maior parte das variáveis independentes que compõem este estudo não predeterminou padrões específicos de utilização das estratégias de enfrentamento. A única exceção foi a estratégia busca de suporte social. O estudo sugere que a variável independente 'nível equivalente ao ensino médio' é positivamente correlacionada à maior utilização da busca de suporte social. Na Tabela 4, estão descritos os resultados da regressão linear múltipla

entre variáveis independentes e a estratégia busca de suporte social.

Tabela 4

Regressão múltipla das variáveis independentes em relação à estratégia busca de suporte social.

Variável explicativa	Coeficientes não padronizados		t	*p*
	B	Erro Padrão		
(Constante)	1,98	0,58	3,41	0,001
Classificação Neurológica	0,32	0,18	1,79	0,08
Sexo	-0,11	0,19	-0,57	0,57
Tempo lesão da LM	-0,25	0,18	-1,43	0,16
Idade	0,32	0,18	1,81	0,08
Superior Incompleto	0,35	0,21	1,68	0,10
Médio	0,36	0,21	1,69	0,01

Correlações entre estratégias de enfrentamento

As associações entre estratégias de enfrentamento, analisadas por meio da correlação de Spearman, evidenciam correlação moderada entre busca de suporte social e religiosidade/pensamento fantasioso (r_{ho}= 0,40; p < 0,01). A estratégia de enfrentamento focalização no problema correlaciona-se negativamente com focalização na emoção (r_{ho}= - 0,38; p < 0,05). No entanto, a estratégia focalização no problema, apresenta correlações positivas e moderadas com religiosidade /pensamento fantasioso (r_{ho}= 0,34; p < 0,05) e busca de suporte social (r_{ho}= 0,30; p < 0,05).

DISCUSSÃO

Apesar de pequena, a amostra deste estudo é homogênea e os dados obtidos corroboram estudos epidemiológicos da população norteamericana[1,4,5]. Também é importante comentar que, contrariamente aos indicadores reportados por Lidal et al.[14], não se verificaram diferenças nas taxas de retorno ao trabalho, quando se compararam pessoas com tetraplegia e com paraplegia, ou pacientes de grupos etários distintos.

Após a ocorrência da lesão medular, constata-se decréscimo de 60% nos vínculos formais de trabalho e recebimento de assistência previdenciária para 55,7% do grupo estudado. Ora, não trabalhar e depender de assistência previdenciária comporta grandes custos sociais[4].

Neste sentido, destaca-se o predomínio da modalidade de enfrentamento focalização no problema, a qual envolve, por exemplo, ações para modificar o ambiente físico ou planejamento de rotinas de autocuidado. Esta evidência parece refletir o cumprimento das metas de um programa de reabilitação, as quais são fundamentalmente destinadas à promoção da autonomia e da independência da pessoa com lesão medular[19].

Vale ressaltar que, de um lado, a associação negativa entre estratégias focalizadas no problema e aquelas focalizadas na emoção permite supor a existência de antagonismo quanto ao emprego destas modalidades de enfrentamento pelos participantes deste estudo. Mas, de outro lado, a correlação positiva entre focalização no problema, religiosidade/pensamento fantasioso e busca de suporte social – a exemplo do que foi verificado no trabalho de Zannon, Seidl e Trócoli[13] – sugere complementaridade entre estratégias que, conjuntamente, garantem o enfrentamento das perdas ocasionadas pelo trauma raquimedular. Esta interdependência pode ser compreendida quando se considera que para Kennedy et al.[12], a maneira como o evento é interpretado é mais relevante do que a adoção de uma ou outra estratégia. Ou seja, é a avaliação feita pelo próprio sujeito que irá determinar a adaptação à lesão medular e a superação da dependência funcional.

A literatura indica que fatores associados a melhores estados emocionais contribuem para a capacidade de se relacionar com os outros, repercutindo construtivamente na rede de apoio social do paciente com lesão medular[7,11,15,16,19]. Contudo, é preciso considerar a qualidade desses vínculos, já que alguns superprotegem e acarretam dependência e, desse modo, restringem o engajamento em atividades ocupacionais. Mas, no presente estudo, tal limitação foi identificada entre indivíduos com nível médio de escolaridade e, portanto, não é possível distinguir entre os obstáculos impostos pelo mercado de trabalho a uma pessoa com deficiência, particularmente quando sua formação é menos especializada, e as dificuldades de ordem afetiva que ela vivencia em seu meio sociofamiliar.

De qualquer modo, cabe insistir, assim como Kennedy et al.[12], que o uso mais frequente da estratégia de busca de suporte social pode estar associado negativamente com níveis de dependência funcional. Por conseguinte, é essencial reafirmar a necessidade de se estimular o suporte afetivo, instrumental e informativo durante o processo de reabilitação, respeitando-se as diferenças de funcionalidade e de história de vida de cada um.

Chama atenção, igualmente, que quanto maior o tempo de lesão medular, menor é a utilização de religiosidade/pensamento fantasioso e estratégias focalizadas na emoção entre indivíduos da amostra estudada. Este resultado converge com a investigação de Pereira e Araujo[19], em que se verificou que a religiosidade era menos adotada na fase posterior à participação em um programa de reabilitação voltado para pacientes com lesão medular. Ou seja, muitas vezes, o pensamento fantasioso pode se limitar à esquiva do problema, adiando processos decisórios cruciais[20]. Mas, a partir da aprendizagem mediada por um programa de acompanhamento, ocorre a desconstrução de crenças disfuncionais que costumam inviabilizar o processo de reabilitação.

Quando se analisam pessoas com diagnóstico de tetraplegia ou paraplegia, separadamente, verifica-se que a variável tempo de lesão se correlaciona negativamente com a estratégia focalizada na emoção apenas entre os participantes com tetraplegia. Deve-se ressaltar que, de acordo com vários autores[7,9,11,16,20], a tendência para adotar recursos de enfrentamento com foco na emoção pode ser positiva em situações nas quais se avalia que nada pode ser feito para mudar uma grave adversidade. Em outras palavras, nas etapas iniciais, o sentimento de impotência gerado por uma tetraplegia é maior, pois as lesões cervicais acarretam grande prejuízo de movimentos, impedindo que o sujeito possa agir sobre o seu meio físico e social. Diante disso, a oferta de programas de reabilitação para esses pacientes deve ser organizada o mais cedo possível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que indivíduos com lesão medular traumática, escolaridade mínima equivalente ao ensino médio, que trabalhavam ou estudavam antes da ocorrência do trauma medular e participam de um programa de reabilitação adotam preferencialmente estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, as quais pressupõem atitudes destinadas ao manejo direto do estressor. As variáveis: idade, gênero, recebimento de benefício previdenciário, atividade de trabalho ou estudo, não predeterminaram diferenças significativas quanto ao emprego das estratégias de enfrentamento.

A associação negativa entre benefício previdenciário e engajamento em atividades ocupacionais (trabalho ou estudo) entre participantes do sexo masculino, com menos de 29 anos de idade e menos quatro anos de lesão parece refletir a dificuldade do meio social para atender às especificidades de inserção dessas pessoas. Também aponta mais desafios para o planejamento dos programas de reabilitação, bem como para a aplicação das políticas sociais voltadas para este segmento de pessoas com necessidades especiais.

Constata-se que quanto maior é o tempo de lesão medular, menor é a utilização de religiosidade / pensamento fantasioso e estratégias focadas na emoção. Porém, tal enfrentamento é mais acentuado, nas etapas agudas do trauma, entre aqueles indivíduos com diagnóstico de tetraplegia. Esses achados confirmam a necessidade de intervenções mais precoces em reabilitação. Identifica-se também correlação positiva entre menor escolaridade e maior uso da estratégia de busca de suporte social. Isto possivelmente exprime as limitações da rede social em atender efetivamente as demandas da pessoa com lesão medular que passa, então, a se engajar em esforços não exitosos de obter ajuda para se tornar autônoma e cumprir com seu desenvolvimento pessoal e social.

Em suma, os resultados alertam para a necessidade de mais investimentos na formação escolar e na capacitação profissional, independentemente da classificação neurológica da pessoa com lesão medular. Por fim, recomenda-se a condução de estudos com amostras mais numerosas e que incluam variáveis ambientais, como por exemplo, acessibilidade aos espaços sociais de trabalho e capacitação profissional.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem a colaboração do estatístico Sandro Barbosa de Oliveira do Centro Nacional de Controle de Qualidade da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, Brasília.

REFERÊNCIAS

1. Cripps RA, Lee BB, Wing P, Weerts E, Mackay J, Brown D. A global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: towards a living data repository for injury prevention. Spinal Cord. 2011;49:493-501.

2. Blanes L, Carmagnani MI, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem of persons with paraplegia living in São Paulo, Brazil. Qual Life Res. 2009 Feb;18(1):15-21.

3. Rede SARAH de Hospitais da Reabilitação: informações sobre doenças tratadas: lesão medular: principais causas de lesão medular traumática. Disponível em: http://www.sarah.br. Acessado em 17/set/2011.

4. Spinal cord injury facts and figures at a Glance. U.S. Department of Education, National Institute on disability and Rehabilitation Research, Office of Special Education and Rehabilitation Services. 2011. Disponível em: https://www.nscisc.uab.edu/public_content/pdf/facts%202011%20feb%20 Final.pdf. Acessado em 02/jul/2011.

5. Lianza S, Casalis MEP, Greve JM, Eichberg R. A lesão medular. Em: Medicina da reabilitação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 299-322.

6. Walter JS, Sacks, J, Othman, R, Rankin, AZ, Nemchausky, B, Chintam, R. A database of self--reported secondary medical problems among VA spinal cord injury patients: its role in clinical care and management. J Rehabil Res Dev [internet]. 2002 Jan-Feb[cited 2011 may 8];39(1):53-61. Disponível em: http://www.rehab.research.va.gov/jour/02/39/1/pdf/walter.pdf. Acessado em 18/jun/2011.

7. Elliott TR, Godshall FJ, Herrick SM, Witty TE. Problem-solving appraisal and psychological adjustment following spinal cord injury. Cognitive Therapy and Research. 1991;15(5):387-398.

8. Mathew KM, Ravichandran G, May K, Morsley K. The biopsychosocial model and spinal cord injury. Spinal Cord. 2001 Dec;39(12);644-649.

9. Folkman S. Stress, health, and coping: synthesis, commentary, and future directions. Em: The Oxford handbook of stress, health and coping. New York: Oxford University Press; 2011. p. 453-462.

10. Snyder CR. The psychology of what works. Oxford: Oxford University Press, 1999.

11. Waldron B, Benson C, O'Connell A, Dooley B, Burke T. Health locus of control and attributions of cause and blame in adjustment to spinal cord injury. Spinal Cord. 2010 Aug;48(8):598-602.

12. Kennedy P, Lude P, Elfström ML, Smithson E. Cognitive appraisal, coping and quality outcomes: a multi-centre study of spinal cord injury. Spinal Cord. 2010;48:762-769.

13. Seidl, EMF, Troccoli, BT, Zannon, CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. Psicol Teor Pesqui.2001;17(3):225-234

14. Lidal IB, Huynh TK, N. Biering-Sorensen F. Return to work following spinal cord injury: a review. Disabil Rehabili.2007 Se;29(17):1341-75.

15. Thompson NJ, Coker J, Krause, J, Henry E. Purpose in life as a mediator of adjustment after spinal cord injury. Rehabil Psychol. 2003;48,100-108.

16. Kennedy P, Evans M, Sandhu N. Psychological adjustment to spinal cord injury: the contribution of coping, hope and cognitive appraisals. Psychol Health Med.2009 jan;14(1):17-33.

17. Babamohamadi H, Negarandeh R, Dehghan--Nayeri N. Coping strategies used by people with spinal cord injury: a qualitative study. Spinal Cord. 2011;49:832-837.

18. Savóia MG, Santana, PR, Mejias, NP. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. Psicol.USP. 1996 Jan-dez; 7(1/2):183-201.

19. Pereira, ME, Araujo, TC. Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. Arq. Neuro-Psiquiatr. 2005;63,502-507.

20. Chevalier Z, Kennedy P, Sherlock O. Spinal cord injury, coping and adjustment: a literature review. Spinal Cord. 2009;47:778-782.