



UC/FPCE\_2013

Universidade de Coimbra

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação**

Magda Alexandra Geraldo dos Santos (e-mail: [magui\\_santos9@hotmail.com](mailto:magui_santos9@hotmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde – Subárea de Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, sob a orientação do Professor Doutor Rui Paixão

## **O papel das Estratégias de Coping na adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação**

**Resumo:** A presente investigação visa explorar as múltiplas variáveis (sociodemográficas, clínicas, humor, bem-estar emocional e satisfação com o suporte social) nas estratégias de *coping* adotadas por indivíduos com lesão medular, em contexto de reabilitação.

A amostra clínica é composta por 60 sujeitos com lesão medular em regime de internamento no Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais.

Os resultados demonstram que as estratégias de *coping* adaptativas foram distintamente associadas a níveis de bem-estar emocional. Baixos níveis de ansiedade e depressão, elevados níveis de crescimento pessoal em crise, baixos sentimentos de desamparo e escolaridade elevada, predizem adequadas estratégias de *coping*, como o Espírito lutador e a Aceitação.

**Palavras-chave:** Estratégias de Coping, Ansiedade, Depressão, Bem-estar Emocional, Satisfação com o Suporte Social.

## **The role of coping strategies in psychological adjustment after spinal cord injury (SCI) in the context of rehabilitation**

**Abstract:** The present investigation pretends to explore multiple variables (sociodemographic, clinic, mood, emotional wellbeing and social support satisfaction) on the coping strategies adopted by individuals with spinal cord injury in the context of rehabilitation.

The clinic sample is composed by 60 inpatients with spinal cord injury at the Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais.

The results obtained demonstrate that the adaptive coping strategies were distinctly associated with wellbeing emotional standards. Low levels of anxiety and depression, high levels of personal growth during crisis, low levels of feeling abandoned and high scholarship levels, predict adequate coping strategies, like Fighting Spirit and Acceptation.

**Key-Words:** coping strategies, anxiety, depression, emotional wellbeing, social support satisfaction

## **Agradecimentos**

Agradeço e dedico este trabalho, em especial, à minha família, por todo o empenho dedicado ao meu percurso académico, das palavras confortantes e de incentivo nos momentos mais difíceis e desesperantes, pela compreensão e pelo apoio.

Ao professor Doutor Rui Paixão, o meu profundo agradecimento pela sua preciosa disponibilidade, pelas reflexões e incentivos, pela orientação e partilha de conhecimento durante o meu percurso académico.

Ao Centro de Medicina Física e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, o meu obrigada por toda a receção e envolvimento dos seus profissionais.

À Professora Doutora Ana Garrett pela compreensão, disponibilidade e, interesse demonstrado na realização deste projeto.

Aos utentes do Centro de Medicina Física e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, o meu mais sincero agradecimento pelas experiências partilhadas. Um obrigado muito especial para todos os participantes neste projeto, pois sem eles não seria possível a sua concretização.

A todas as minhas colegas do centro supracitado, pela compreensão, apoio, colaboração e incentivo.

## Índice

<b>Introdução</b>	<b>1</b>
<b>I - Enquadramento conceptual</b>	<b>2</b>
1. Lesão Medular	2
1.1. Classificação e tipologias mais frequentes	2
1.2. Etiologia e dados epidemiológicos	3
2. Variáveis Psicológicas e Lesão Medular	5
2.1. Estratégias de <i>Coping</i> na Lesão Medular	5
2.2. Bem-estar Emocional na Lesão Medular	8
2.3. Humor	10
2.3.2. Ansiedade e Depressão	10
2.4. Suporte Social	11
<b>II - Objetivos</b>	<b>13</b>
<b>III – Metodologia</b>	<b>15</b>
3. Amostra	15
3.1. Instrumentos	17
3.2. Questionário sociodemográfico	17
3.3. <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)	17
3.4. <i>The Spinal Cord Lesion Coping Strategies Questionnaire</i> (SCL-CSQ)	17
3.5. <i>The Spinal Cord Lesion Emotional Wellbeing Questionnaire</i> (SCL-EWQ)	19
3.6. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	19
3.7. Procedimentos	20
<b>IV. Apresentação dos Resultados</b>	<b>21</b>
4.1. Caracterização das estratégias de <i>coping</i> ( <i>The Spinal Cord Lesion Coping Strategies Questionnaire</i> : SCL-CSQ);	21
4.2. Caracterização do bem-estar emocional ( <i>The Spinal Cord Lesion Emotional Wellbeing Questionnaire</i> : SCL-EWQ);	22
4.3. Caracterização da sintomatologia depressiva e ansiosa ( <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> : HADS);	23
4.4. Caracterização da satisfação com o suporte social (Satisfação com o Suporte Social - ESSS);	24
4.5. Relações entre as variáveis (sintomatologia depressiva e ansiosa, HADS; Suporte Social, ESSS; bem-estar emocional, SCL-EWQ);	25
4.6. Relação entre variáveis (sintomatologia depressiva e ansiosa, HADS; Suporte Social: ESSS; bem-estar emocional: SCL-EWQ) e a escala de estratégias de <i>coping</i> (SCL-CSQ);	25
4.7. Analisar a relação entre as estratégias de <i>coping</i> (SCL-CSQ) e as variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade e situação financeira), variáveis fisiátricas (etiologia da lesão, nível da lesão e classificação neurológica) e psicopatológicas (“recorreu ao psicólogo/psiquiatra);	27
4.8. Exploração dos fatores com impacto na VD (estratégias de <i>coping</i> , SCL-CSQ).	27

<b>V. Discussão dos resultados</b>	<b>29</b>
<b>VI. Conclusão</b>	<b>34</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>36</b>
<b>Anexos</b>	<b>42</b>

## Introdução

A Lesão Medular (LM) determina o súbito aparecimento de uma nova condição pessoal, que obriga a pessoa à mudança e a adaptações nos diversos papéis e atividades que desenvolvia até então (Amaral, 2009). Observamos nestes indivíduos uma diversificada gama de respostas psíquicas ao estado de *handicap*, que se inscreve numa história pessoal, única, e sobre um tipo de personalidade cuja maturação e organização diferem de indivíduo para indivíduo (Galhordas & Lima, 2004). Neste sentido, enquanto alguns indivíduos reagem com uma permanente dificuldade e de forma desajustada à nova condição, outros adotam uma atitude construtiva (Amaral, 2009). Assim, a adaptação à incapacidade pode ser vista como um processo altamente individualizado, onde a perceção da gravidade varia de pessoa para pessoa (Martin & Gandy, 1990 citado por Galhordas & Lima, 2004). A literatura sugere que a adaptação bem-sucedida à LM traumática está mais associada a recursos ambientais e variáveis psicossociais do que às características da lesão (Murta & Guimarães, 2007).

Neste sentido, o presente trabalho procura, assim, investigar o processo de *coping* da pessoa à lesão medular, considerando em particular as variáveis preditoras do *coping* bem-sucedido em contexto de reabilitação, avaliadas pela escala *The Spinal Cord Lesion Coping Strategies Questionnaire* (SCL-CSQ) (Elfstrom, Rydén, Kreuter, Persson, & Sullivan, 2002) incluindo as variáveis inerentes à lesão, as relativas ao bem-estar emocional (*The Spinal Cord Lesion Emotional Wellbeing Questionnaire - SCL-EWQ*) (Elfstrom, Rydén, Kreuter, Persson, & Sullivan, 2002), humor (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS, Pais-Ribeiro, 2007), e ambiente social, como o suporte social (Satisfação com o Suporte Social, ESSS, Pais-Ribeiro, 1999). Procurar-se-á ainda analisar e caracterizar o processo de adaptação psicológica após LM, tendo em conta as variáveis psicológicas supracitadas.

## I. Enquadramento Conceptual

### 1. Lesão Medular

#### 1.1. Classificação e Tipologias

Das múltiplas formas de incapacidade que podem atingir o ser humano, a lesão medular (LM) é, sem dúvida, umas das mais dramáticas (Faria, 2006). Estas resultam de doenças ou traumatismos que afetam a espinal medula (Linsey, Klebine, & Wells, 2000), sendo que as mais frequentes são provocadas por traumatismos. A LM provoca um comprometimento significativo da capacidade funcional que desencadeia respostas significativas de stresse psicossocial (Vera & Araujo, 2011).

O surgimento da LM é abrupto (Baker & Cardenas, 1996; Murta & Guimarães, 2007). Frequentemente causado pelos fragmentos de ossos, de discos ou de ligamentos que ferem ou dilaceram a espinal medula e/ou os nervos raquidianos (Linsey, Klebine, & Wells, 2000; National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2012). A espinal medula é o maior nervo do corpo humano, que se apresenta com uma enorme importância fisiológica, comportando funções essenciais ao nível da transmissão de impulsos nervosos e controlo de funções (Faria, 2006). Assim, o diagnóstico de LM é abrangente e visa alterações de “estruturas e funções corporais”, tais como alterações das funções mentais, sensoriais e dor, funções do aparelho cardiovascular e respiratório, funções do aparelho digestivo e endócrino, funções génito-urinárias e reprodutivas e também funções neuro-musculo-esqueléticas e relacionadas com o movimento (Dantas, Amaro, Silva, Margalho, & Laíns, 2012). Deste modo, decorrem múltiplos distúrbios secundários, para além das perdas de movimentos voluntários e da sensibilidade, como a bexiga neurogénica, dores neuropáticas, úlceras de pressão, disreflexias autonómicas e espasticidade (Walter et al., 2002, citado por Vera & Araujo, 2011). Posto isto, as referidas alterações fisiológicas originam “limitações de atividade” e “restrições de participação” do utente, com conseqüente perda de autonomia e impacto negativo na qualidade de vida (Dantas, Amaro, Silva, Margalho, & Laíns, 2012). Não obstante, impõem significativas mudanças nos hábitos de vida que, por conseguinte, exigem a aprendizagem de novos comportamentos essenciais à sobrevivência e à reinserção social (Elliott, Godshall, Herrick, & Witty, 1991; Vera & Araujo, 2011).

A interrupção da passagem de informação das vias nervosas resulta em incapacidades funcionais importantes abaixo da zona lesada (Faria, 2006). O que se pode manifestar clinicamente por alterações da motricidade, da sensibilidade e do funcionamento do sistema nervoso autónomo (Garrett, Martins, & Teixeira, 2009). Para a uniformização de critérios de classificação neurológica e funcional da lesão medular, foram estabelecidos padrões internacionais propostos pela ASIA (*American Spinal Cord Injury Association*) (Faria, 2006). A classificação de uma LM faz-se clinicamente quanto ao nível neurológico, através de um exame neurológico, que determina o nível sensitivo e o nível motor (Faria,

2006). Por referência aos metâmeros, desde o nível cervical até ao nível sagrado e, quanto à extensão transversal, é possibilitada uma classificação da lesão como completa ou incompleta. Assim, define-se uma lesão como sendo uma para ou tetraplegia, completa ou incompleta e caracteriza-se os níveis motor e sensitivo recorrendo aos critérios estabelecidos pela ASIA (Garrett, Martins, & Teixeira, 2009). Se a alteração das funções motora e/ou sensitiva se verificar no segmento cervical estamos na presença de uma tetraplegia por comprometimento dos quatro membros. Se por outro lado, existir perda ou alteração neurológica nos segmentos dorsal, lombar ou sagrado, a lesão decorrente é classificada como paraplegia (Faria, 2006). As lesões podem ser completas ou incompletas consoante a lesão impede, ou não, as funções motora e/ou sensorial ao nível das vértebras S4-S5 (Linsey, Klebine, & Wells, 2000). Assim, para se classificar o grau de deficiência utiliza-se uma escala em 5 níveis de gravidade decrescente, em que “A” designa a lesão completa, “B” a lesão incompleta com preservação apenas da sensibilidade; “C” e “D” designam lesões incompletas com preservação parcial da sensibilidade e da motilidade, e por último, “E” utiliza-se para classificar lesões medulares com funções sensitivas e motoras normais (Faria, 2006).

## 1.2. Etiologia e dados Epidemiológicos

Segundo, Faria (2006), a etiologia das LM é diversa, podendo identificar-se as causas médicas (por exemplo, as degenerativas, vasculares, neoplásticas, infecciosas), ou traumáticas (quedas, acidentes de viação, acidentes relacionados com a prática desportiva, acidentes por arma de fogo, entre outros). De acordo com os dados da literatura, a principal etiologia da LM traumática no mundo são os acidentes de trânsito, destacando-se que, na América do Norte, Europa Ocidental e Austrália este tipo de episódio envolve principalmente veículos de transporte cuja caracterização básica é a presença de quatro rodas. Ao passo que, no sudoeste Asiático, associa-se ao transporte em duas rodas. Por outro lado, na Ásia e na Oceânia, verifica-se maior incidência de quedas de telhados e de árvores. Em contrapartida, nos países em que a população de idosos é bastante numerosa, como o caso do Japão e da Europa Ocidental, a queda da própria altura também se destaca como causa predominante da LM traumática. Acidentes com armas de fogo têm proeminência na América do Norte, Europa Ocidental e na Austrália e casos de violência social estão vinculados à ocorrência de lesões no continente Africano, Oriente Médio e América Latina (Cripps, Lee, Wing, Weerts, Mackay, & Brown, 2011). Assim, verifica-se que a causa maioritária das LM é traumática e ainda que, em 39% destes casos, deve-se a acidentes de viação. Relativamente aos dados nacionais, outro estudo (Van den Berg, Castellote, Mahilo-Fernandez, & de Pedro-Cuesta, 2010) evidenciou uma taxa de incidência de LM traumáticas, em Portugal, na ordem dos 57.8 indivíduos por milhão. É ainda de considerar que a idade tem uma influência considerável na etiologia das LM, nos grupos etários abaixo dos 40 anos, sendo o traumatismo a causa da LM em mais de 85% dos casos. São os indivíduos jovens do sexo masculino os mais expostos, quer pela atividade

O papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)



profissional, quer pela prática desportiva ou, simplesmente, pela utilização de um meio de transporte.

No que concerne à informação epidemiológica existente sobre LM, esta é reduzida, e reporta-se com frequência às lesões traumáticas (Garrett, Martins, & Teixeira, 2009). Ou, então, incorre de estudos onde a incidência de LM é retrospectiva ou baseada numa população hospitalar (Faria, 2006). Um estudo a cargo da Sociedade Internacional da Lesão Medular (ISCOS) realizou uma revisão da literatura, ao nível mundial, da epidemiologia da LM traumática (Lee, Cripps, Fitzharris, & Wing, 2013). Os resultados obtidos são relativos à incidência de 23 casos de LM, de natureza traumática, por milhão de habitantes (179.312 casos por ano). Segundo os mesmos autores, em países desenvolvidos e em desenvolvimento a LM traumática afeta principalmente homens com idades entre os 18 e os 32 anos, no entanto, nos países desenvolvidos, devido ao envelhecimento da população, esta afeta igualmente homens e mulheres com idades superiores a 65 anos (Lee, Cripps, Fitzharris, & Wing, 2013). Ainda assim, a LM traumática predomina nos jovens, tendo como idade média mais frequente os 33 anos. O homem continua a ser o mais atingido, numa relação de 3.8/1. Um terço das atuais LM tem uma tetraplegia e por fim, 50% destes utentes têm uma lesão completa (Garrett, Martins, & Teixeira, 2009).

As lesões não traumáticas são normalmente provocadas por doenças ou condições patológicas, como lúpus, alterações da função vascular, tumores, infeções, malformações e processos degenerativos ou compressivos (Cerezetti, Nunes, Cordeiro, & Tedesco, 2012). A maioria dos estudos sobre LM incide sobre as lesões traumáticas, havendo escassas referências na literatura sobre Lesões Medulares Não Traumáticas (LMNT) (Almeida, Ferreira, & Faria, 2011). Assim, os dados são suportados maioritariamente por estudos, onde as metodologias são em regra díspares, o que conseqüentemente dificulta a comparação dos dados entre diferentes países e, inclusive, no mesmo país (Garrett, Martins, & Teixeira, 2009). Reportando um estudo realizado no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, por Almeida, Ferreira e Faria (2011), com vista à caracterização de 69 utentes, evidenciou-se que as causas das lesões não traumáticas detetadas foram: neoplásica (20.3%), degenerativa (18.8%), iatrogénica (18.8%), infecciosa (15.9%), idiopática (13%), vascular (11.6%) e autoimune (1.4%). Efetivamente, os dados relativos à etiologia e epidemiologia são escassos. Em Portugal, não existem estudos epidemiológicos de âmbito nacional (Faria, 2006). Contudo, segundo os autores Garrett, Martins e Teixeira (2009), existe um estudo da cadeia epidemiológica na Região Centro sobre os acidentados entre 1989 e 1992, referindo-se apenas a lesões de etiologia traumática. A taxa de incidência descrita foi de 25.4 por milhão de habitantes, sendo excluídos os que faleceram durante o transporte para os hospitais, bem como durante o primeiro mês. No entanto, e considerando a totalidade dos sinistrados, descreveu-se uma incidência de 58 novos casos por milhão de habitantes (Martins, Freitas, Martins, Dartigues, & Barat, 1998). É ainda de considerar que com o avanço da medicina e da tecnologia, a esperança de vida em doentes com LM tem vindo, gradualmente, a tornar-se muito próxima da média global de longevidade (Faria, 2006).

O papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)

## 2. Variáveis Psicológicas e Lesão Medular

### 2.1. Estratégias de *Coping* e Lesão Medular

A LM apresenta-se como um desafio traumático para o indivíduo, para o seu bem-estar físico, psicológico e social. Ainda assim, é de observar que a maioria da população com LM reporta uma qualidade de vida positiva e também uma eficaz adaptação psicológica à situação de incapacidade física (Kirschblum, et al., 2002 citado por Pollard & Kennedy, 2007; Kennedy, 2001). Considera-se como principal foco da pesquisa junto desta população, o modo como a pessoa enfrenta a LM, as limitações impostas pela incapacidade física adquirida e como se adapta aos diversos papéis sociais (Murta & Guimarães, 2007). Após o início da LM são experienciadas pelos indivíduos uma infinidade de reações psicossociais que têm sido extensivamente documentadas na literatura (Livneh & Antonak, 1997; Livneh & Martz, 2011; Richards, Kewman, Richardson, & Kennedy, 2010; Siller, 1969). Equitativamente, são inúmeros os trabalhos que se têm dedicado às consequências deste “traumatismo” para o sujeito e para o seu meio social, incluindo as expectativas de progresso num programa de reabilitação (Pereira & Araujo, 2005). Neste sentido, verifica-se um crescente esforço e interesse dos estudiosos e profissionais na área da saúde em conhecer os processos de *coping* na LM, onde se apresenta como objetivo primordial, planear e desenvolver programas de reabilitação mais eficazes. Destacam-se, assim, os estudos voltados para a ampliação da compreensão do processo de *coping* das doenças e incapacidades (Pereira & Araujo, 2005).

O conceito de *coping* tem sido descrito como o conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos para se adaptarem a circunstâncias adversas ou stressantes. É frequentemente visto como uma rede de processos e estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais, em constante transformação (Vera, 2012), adotadas para lidar com essas mesmas situações stressantes (Lazarus & Folkman, 1984; Livneh & Martz, 2011; Livneh & Martz, 2007). No fundo, são as respostas eficazes na redução de uma angústia imediata (Snyder & Dinoff, 1999, citado por Pereira & Araujo, 2005). A utilização das estratégias de *coping* não se objetiva como solução do problema, mas sim num esforço autêntico a fim de reduzir o stress associado, assegurando o bem-estar psicológico do indivíduo (Snyder, 1999; Vera & Araujo, 2011). Este modelo enfatiza tanto os fatores cognitivos, como os ambientais, baseando-se na teoria da crise criada por Liendmann (1944, citado por Oliveira, 2010) que defende a necessidade de um sentimento de equilíbrio social e psicológico; num momento de crise ocorre um desequilíbrio onde, um determinado padrão de características comportamentais se pode mostrar ineficaz no estabelecimento do equilíbrio. Deste modo, a incapacidade física é uma crise que pode destruir as crenças sobre o sentido da vida e a previsibilidade desta, podendo o mundo começar a ser olhado como um lugar incompreensível e ameaçador (Oliveira, 2010). Nesta perspetiva, o *coping* é, então, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com as demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de stress e que são

O papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)

avaliadas como estando a sobrecarregar os recursos pessoais (Antoniuzzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998; Lazarus & Folkman, 1984). O alvo final é o de reencontrar o estado de equilíbrio psíquico. Esta definição implica que as estratégias de *coping* sejam vistas como ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e substituídas (Antoniuzzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998).

Alguns autores têm proposto a aplicação do modelo de Stresse, Avaliação e *Coping* (*Stress Appraisal and Coping*) para a reabilitação de indivíduos com LM (Galvin & Godfrey, 2001; Kennedy, Duff, Evans, & Beedie, 2003; Pollard & Kennedy, 2007). O modelo supracitado foi inicialmente descrito por Folkman e Lazarus (1984) e tem sido amplamente utilizado na formação da base teórica de diversas investigações sobre o *coping* e o ajustamento psicológico após LM (Pollard & Kennedy, 2007). Folkman e Lazarus (1980) propõem, ainda, um modelo que divide o *coping* em duas categorias funcionais: *coping* focalizado no problema, e o *coping* focalizado na emoção (Antoniuzzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998). O *coping* focalizado no problema diz respeito ao esforço dirigido pelo sujeito para a modificação da situação que deu origem ao stresse. Por outro lado, o *coping* focalizado na emoção refere-se ao esforço administrado para regular o estado emocional associado ao stresse (Cerezetti, Nunes, Cordeiro, & Tedesco, 2012). A primeira categoria é empregue quando se acredita haver recursos para modificar as imposições de uma dada situação, no entanto, a segunda categoria tem como fim controlar as respostas emocionais como a tristeza e ansiedade, derivadas dos processos avaliativos de uma circunstância stressora. Muitas vezes, as estratégias desta ordem são adotadas em situações nas quais se percebem dificilmente superáveis (Folkman, 2011; Seidl, Troccoli, & Zannon, 2001; Vera & Araujo, 2011).

O Modelo Transacional do Stresse avalia os processos de *coping* perante acontecimentos stressantes, constituindo-se como a sua base, as experiências geradoras de stresse que, por sua vez, são compostas pelas transações feitas entre o indivíduo e o meio que o rodeia, e que dependem do impacto que o acontecimento stressante provocou (Garrett, Teixeira, & Martins, 2007; Lazarus & Folkman 1984). O sujeito, deste modo, procede à avaliação das opções e recursos que possui para lidar com a problemática e, praticamente ao mesmo tempo executa uma segunda avaliação, que inclui já fatores de ordem social e cultural que irão ser utilizados como esforços de *coping* que o poderão auxiliar (Garrett, Teixeira, & Martins, 2007; Lazarus, 1991). Geralmente as duas modalidades de *coping* atuam de modo integrado para a adequada gestão do elemento stressor. Importa salientar que o impacto de um acontecimento stressante deve ser compreendido a partir da dinâmica estabelecida entre o indivíduo e o seu ambiente físico e psicossocial (Folkman, 2011; Seidl, Troccoli, & Zannon, 2001; Vera & Araujo, 2011). A literatura especializada sobre o *coping* na LM, indica que a adaptação bem-sucedida a esta condição está positivamente associada à adoção de estratégias focadas no problema, como a busca de suporte social e a perceção de controlo sobre a própria saúde (Livneh, 2000; Murta & Guimarães, 2007). O mesmo se verifica num outro estudo transversal, mais recente, realizado por Vera e Araujo (2011). Com o objetivo de identificar, analisar e compreender as estratégias de *coping* adotadas por 52

O papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)

participantes em contexto de um programa de reabilitação, as autoras concluíram que a estratégia de *coping* focalizada no problema foi a mais utilizada pelos indivíduos. Kennedy et al. (2009) e Thompson et al. (2003) concordam que a “esperança” ou a perspectiva favorável em relação ao futuro, constitui-se como um elemento fundamental para a qualidade de adaptação à LM (Vera & Araujo, 2011) apresentando-se, também, como um dos fatores preditivos mais eficazes.

Um estudo multicêntrico realizado por Kennedy et al. (2010), que abrangeu quatro países europeus, alerta para o fato de que o processo de *coping* à LM se inicia na fase aguda do quadro, sofrendo contínuos reajustes nos primeiros 6 meses, após a LM traumática. Neste sentido, os autores defendem uma avaliação crítica para perceber os recursos de *coping* de cada utente. Convém ainda observar que os autores observaram uma redução do stresse no decorrer do tempo sem, no entanto, observarem mudanças significativas no padrão de estratégias de *coping* utilizadas. Assim, evidencia-se que as variáveis do *coping* permanecem relativamente estáveis ao longo do tempo (Kennedy, Lude, Elfstrom, & Smithson, 2010; Kennedy, Marsh, Lowe, Grey, Short, & Rogers, 2000).

Fortes objeções têm sido feitas ao uso de medidas ditas “gerais” de estratégias de *coping* no âmbito clínico (Coyne & Racioppo, 2000; Elfstrom, Kreuter, Persson, & Sullivan, 2005; Parker & Endler, 1992). Além das debilidades psicométricas, têm sido criticadas também por fornecerem resultados muito gerais para puderem ser consideradas válidas e aplicáveis (Elfstrom, Kreuter, Persson, & Sullivan, 2005). Neste sentido, foi desenvolvido um estudo que avaliou as propriedades psicométricas e a validade de uma medida dita “geral” de estratégias de *coping*, respetivamente a *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ) e uma condição específica *Spinal Cord Lesion - related Coping Strategies Questionnaire* (SCL-CSQ) numa amostra de LM traumáticos. Os resultados demonstraram que o questionário de estratégias de *coping* específico (SCL-CSQ) para os LM apresenta uma significativa relação com a qualidade de vida, enquanto o questionário de estratégias de *coping* para situações gerais de stresse (WCQ), não. De acordo com os resultados obtidos no estudo, os autores recomendam a medida de condição específica de estratégias de *coping* (Elfstrom, Kreuter, Persson, & Sullivan, 2005). Considerando que as estratégias de *coping* mobilizadas para responder a um evento devastador, como as LM traumáticas, podem ser cruciais e determinantes no impacto psicológico da lesão (Elfstrom, Kreuter, Rydén, Persson, & Sullivan, 2002), o estudo de Elfstrom et al. (2002b), demonstram resultados onde os fatores de *coping* em sujeitos LM predizem as reações psicológicas à lesão, mesmo quando controladas as variáveis de fundo (variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas e suporte social). Destaca-se, principalmente, a estratégia de *coping* – “aceitação”, que tem mostrado estar fortemente associada a um melhor bem-estar emocional (Elfstrom, Kreuter, Rydén, Persson, & Sullivan, 2002a; Elfstrom, Rudén, Kreuter, Taft, & Sullivan, 2005). Uma investigação longitudinal, realizado por Kennedy, Lude, Elfstrom e Smithson (2011) em LM, em contexto de reabilitação, com o objetivo de estudar as avaliações realizadas pelos sujeitos sobre a LM e as estratégias de *coping* que contribuem para a variância da independência funcional no início da reabilitação ativa (12 semanas

após lesão) e em seguimento da alta hospitalar (1 ano após lesão), concluíram que as estratégias de *coping*, mais especificamente, a dependência social, contribuem significativamente para explicar a variância dos resultados funcionais. Os mesmos autores sugeriram que a possibilidade de se aceder às avaliações e estratégias de *coping* logo no início da reabilitação, para além de contribuírem para um aumento do conhecimento em relação ao ajustamento psicológico à LM, podem fornecer intervenções eficazes para a prática clínica. Deste modo, ao permitir uma avaliação inicial ativa, possibilita, ainda, o reconhecimento de utentes considerados de “risco”. Não obstante, pode ainda melhorar o envolvimento e a participação na reabilitação e, conseqüentemente, otimizar a independência funcional. Em suma, as evidências deste estudo mostram que o processo de ajustamento à LM inicia-se bastante cedo no processo de reabilitação. Neste sentido, com o intuito de ampliar a utilidade das medidas de *coping* na medicina recomenda-se um aprofundamento da investigação e posterior desenvolvimento da aplicabilidade da escala em grupos clínicos específicos (Elfstrom, Kreuter, Persson, & Sullivan, 2005).

## 2.2. Bem-Estar Emocional e Lesão Medular

A LM é uma doença crónica, das mais incapacitantes, cujas lesões físicas são permanentes e irreversíveis, com diversas implicações biopsicossociais na vida do sujeito (Berto & Barreto, 2011). Contudo, o modo como os indivíduos respondem a esta experiência varia consideravelmente de pessoa para pessoa (Kaiser & Kennedy, 2011). Recentes investigações sugerem que a LM traumática é associada a maiores riscos de morbidade psicológica, em contraste com “um processo normal” de luto e tristeza resultante das perdas significativas associadas à lesão (Craig, Hancock, & Dickson, 1994; Craig, Tran, & Middleton, 2009; Elliott & Kennedy, 2004; Middleton, Tran, & Craig, 2007; North, 1999). Assim, o risco de depressão *major*, de transtornos de ansiedade, de stress pós traumático, de abuso de substâncias e de suicídio é elevado para os sujeitos com LM traumática, comparativamente com a população em geral (Craig, Tran, & Middleton, 2009; DeVivo, Black, Richards, & Stover, 1991; Peter, Muller, Cieza, & Geyh, 2011). No entanto, é de considerar que as respostas emocionais variam conforme as características da personalidade, a idade, o estado emocional, as condições familiares e socioculturais (Casalis, 2007, citado por Cerezetti, Nunes, Cordeiro, & Tedesco, 2012). O ajustamento psicológico à incapacidade física constitui-se também como uma evolução, um processo geralmente dinâmico através do qual o indivíduo se aproxima gradualmente de um estado ideal, em que “pessoa-ambiente” se tornam congruentes (Peter, Muller, Cieza, & Geyh, 2011).

Tedeschi e Calhoun (1995) defendem a existência de um fenómeno que apelidaram de “crescimento pós traumático”, que consiste na teoria de que os indivíduos ao lidarem com as suas próprias dificuldades, adotam uma abordagem que lhes permite alcançar um crescimento e desenvolvimento pessoal, ao avaliarem positivamente a perda como um desafio. Estas mudanças parecem decorrer do processo de luto. Os mesmos autores reconhecem mudanças positivas na filosofia de vida (julgamento positivo das suas

prioridades; uma nova apreciação de vida), melhorias nos relacionamentos pessoais e, por fim, mudanças positivas percebidas em si (na sua autoconfiança e na força emocional) (Pollard & Kennedy, 2007).

Segundo um estudo realizado por North (1999), concluiu-se que alguns indicadores como ter uma idade mais jovem, ser mulher, possuir certos traços de personalidade (exemplo locus de controlo interno), uma melhor perceção do apoio social e ter boa capacidade de comunicação, preveem resultados psicológicos mais favoráveis (Leeuwen, Hoekstra, Koppenhagen, Groot, & Post, 2012). Assim, pessoas que adquiriram LM traumática numa idade mais jovem, com um nível de educação mais elevado, casados e com emprego, tendem a apresentar níveis mais elevados de bem-estar subjetivo (Boschen, 1996; Chase et. al, 2000; Crewe & Krause, 1991; Hampton, 2004; Krause & Dawis, 1992). E, ainda, fatores psicológicos tais como controlo percebido, senso de coerência, autoestima, esperança e possuir objetivos de vida, são consistentemente associados com uma melhor saúde mental (Leeuwen, Kraaijeveld, Lindeman, & Post, 2012; Peter, Muller, Cieza, & Geyh, 2012). Não obstante, são evidenciados na literatura padrões de comportamentos que uma vez “ativados” podem proteger as pessoas das consequências negativas e secundárias da lesão. São recursos psicológicos internos que funcionam como pontos fortes para estes indivíduos que podem incluir habilidades, competências, conhecimentos, experiências e talentos (Peter, Muller, Cieza, & Geyh, 2011).

Martz, Livneh, Priebe, Wuermsler e Ottomanelli (2005), concluíram que, numa revisão sistemática da literatura, a maioria dos estudos publicados apresentaram relações fracas, ou não apresentaram qualquer tipo de associação, entre o nível de lesão, a gravidade da lesão e o comprometimento funcional, como variáveis preditoras da adaptação psicológica após LM traumática (e de outras desordens). Da mesma forma que estas variáveis clínicas também não apresentaram qualquer relação com o aumento de afetividade negativa (depressão, ansiedade ou distúrbios emocionais globais).

Assim, os modelos vigentes para a compreensão e ajustamento após LM traumática, salientam o papel dos fatores psicológicos, biológicos e ambientais na adaptação, tais como o bem-estar, a saúde mental ou inclui, ainda, a participação das avaliações (*appraisals*) da lesão e dos processos de *coping* (Craig & Tran, 2008; Galvin & Godfrey, 2001; Middleton & Craig, 2008; Peter, Muller, Cieza, & Geyh, 2011). A identificação das estratégias de *coping* e a sua relação com o bem-estar emocional pode ser considerada uma ferramenta importante na intervenção psicológica. O modo como o indivíduo pensa ou “avalia” a situação, influencia as estratégias de *coping* e, consequentemente, pode contribuir para o aumento do bem-estar psicológico (Kennedy, Lude, Elfstrom, & Smithson, 2010). Neste sentido, a estratégia de *coping* "aceitação" responsável pela modificação dos valores de vida e pela modificação de novas prioridades de vida, tem mostrado estar fortemente associada a um melhor bem-estar emocional (Elstrom, Kennedy, Lude, & Taylor, 2007; Elfstrom, Kreuter, Rydén, Persson, & Sullivan, 2002; Elfstrom, Ryden, Kreuter, Taft, & Sullivan, 2005).

Finalmente, o questionário *The Spinal Cord Lesion Emotional Wellbeing Questionnaire* (SCL-EWQ) é um dos instrumentos mais importantes neste

contexto, fornecendo indicações sucintas das consequências emocionais da lesão, avaliando o resultado emocional positivo a partir do crescimento pessoal e os resultados negativos a partir de fatores como a “intrusão” e o “desamparo” (Migliorini, Elstrom, & Tonge, 2008).

## **2.3. Humor e Lesão Medular**

### **2.3.1. Ansiedade e Depressão**

Os sintomas de depressão têm sido estudados extensivamente entre pessoas com LM (Bombardier, Richards, Krause, Tulskey, & Tate, 2004; Elliot & Frank, 1996; Frank & Elliott, 1987). Historicamente, os distúrbios depressivos foram considerados como consequências inevitáveis nos sujeitos com LM traumática em fase aguda (Hassanpour, Sabina, Petra, & Armin, 2012; Hohmann, 1975) e, a sua ausência, como uma negação dessa mesma incapacidade e do apropriado processo de luto. Contudo, atualmente parece estar estabelecido que experienciar episódios depressivos após um grave distúrbio clínico dependerá de múltiplos fatores, tais como predisposição genética, estratégias de *coping*, recursos pessoais e fatores ambientais (Hassanpour, Sabina, Petra, & Armin, 2012). Os transtornos depressivos são os problemas psicológicos mais comuns em sujeitos LM (Shin, Goo, Yu, Kim, & Yoon, 2012). Aproximadamente, um terço das pessoas com LM desenvolvem níveis significativamente elevados de ansiedade e depressão (Kaiser & Kennedy, 2011; Woolrich, Kennedy, & Tasiemski, 2006); cerca de 25% a 30% das pessoas com LM, a viver na comunidade, experienciam igualmente consideráveis sintomas depressivos (Bombardier, et al., 2012). Na literatura a depressão *major* (ou depressão como condição após LM traumática) aparece como prevalente nas LM traumáticas, variando entre 7% e 31% (Bombardier et al., 2004; Craig & Middleton, 2009; Hassanpour, Sabina, Petra, & Armin, 2012). Esta variabilidade é explicada pelos autores como sendo derivado do resultado da própria definição de depressão e, justificam ainda, que esta se poderá dever ao enviesamento causado pelas diferenças de coorte dos diversos estudos transversais (Jensen, Hoffman, & Cardenas, 2005). Assim, é de considerar que muitas outras pessoas enfrentam relativamente “bem” a LM (Kaiser & Kennedy, 2011; Kennedy et al., 2000), demonstrando uma imagem uniformizada da sintomatologia depressiva e de ansiedade (Chapin & Holbert, 2009; Livneh & Martz, 2011; Martz et al., 2005). Wittchen e Jacobi (2005) concluíram que a incidência global de sintomas moderados a graves de depressão (avaliados através do *Beck Depression Inventory*) é bastante baixo na SCI (<5%) o que parece ser semelhante na população adulta da União Europeia, onde a prevalência anual é de 3.1% - 10.1% (Hassanpour, Sabina, Petra, & Armin, 2012). Estes autores sustentam também que, comparativamente com outras lesões neurológicas (Acidente Vascular Cerebral - AVC), a prevalência dos sintomas depressivos em sujeitos com AVC parece ser superior. Estes resultados foram também evidenciados num estudo transversal numa amostra de 181 jovens com AVC, onde os dados obtidos refletem uma prevalência de 60% de sintomas depressivos (39% que inclui sintomas depressivos severos) (Klose, 2011, citado por Hassanpour,

O papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)

Sabina, Petra, & Armin, 2012). Outras investigações têm indicado que o nível e a severidade da lesão não estão relacionados com sintomas depressivos e que as explicações baseadas na gravidade das perdas físicas mostram-se insuficientes (Bombardier, et al., 2012). No mesmo sentido, a depressão não se correlaciona com os níveis de LM e grau de independência física, mas sim com a dor, sentimentos de desesperança, ansiedade, baixa qualidade do sono, fadiga e desamparo (Craig et al., 2004). O mesmo é reiterado por Hassanpour, Sabina, Petra e Armin (2012) que afirmam que a prevalência de sintomas depressivos, após LM na fase aguda, é bastante baixa, e não está relacionada nem ao déficit neurológico, nem ao comprometimento funcional. No entanto, não encontraram qualquer ligação no seu estudo entre os sintomas depressivos e a intensidade da dor, afirmando que pacientes com LM parecem responder com relativo sucesso à LM traumática.

Em síntese, apesar da ampla exploração da temática parece ser evidente que o fenómeno depressivo na LM é pautado por alguns dados controversos na literatura (Craig, Tran, & Middleton, 2009; Elliott & Frank, 1996), mas que no entanto, começam a apresentar uma certa compreensibilidade nas suas diretrizes.

Investigações recentes sugerem que a incidência de ansiedade e depressão em LM é relativamente estável ao longo do tempo e que as estratégias de *coping* que os indivíduos usam nas primeiras 12 semanas após a lesão prediz em mais de 30% a variância da depressão, 10 anos mais tarde (Pollard & Kennedy, 2007). E ainda, tem sido encontrada uma relação preditiva entre o uso da estratégia de *coping* “aceitação” durante o primeiro mês após a lesão e a diminuição da depressão um ano após a alta hospitalar (Elfstrom & Kreuter, 2006; Kennedy et al., 2000). Por fim, Pollard e Kennedy (2007) revelaram que a maneira como as pessoas lidam com a lesão na fase inicial de reabilitação é preditiva dos vários níveis de depressão, anos após a lesão. Ou seja, o fato das pessoas desenvolverem problemas depressivos logo após a lesão, significa que podem, muito provavelmente, continuar a manter esta sintomatologia depressiva.

Em suma, existem fortes evidências de que as estratégias de *coping* que são mobilizadas desde cedo podem afetar o que acontece anos mais tarde, o que proporcionará um tratamento mais eficaz das possíveis dificuldades psicológicas. Deste modo, é possível a sua prevenção através do aperfeiçoamento dos esforços de *coping* empregues pelos indivíduos com LM.

## 2.4. Suporte Social e Lesão Medular

A sensação do sujeito quando confrontado com uma doença repentina e limitadora, capaz de lhe alterar o curso da vida e ameaçar a própria existência, traduz-se num impacto emocional catastrófico, com capacidade para modificar os padrões relacionais até aí vividos nas interações interpessoais. As limitações impostas pela condição, diminuem a exposição do organismo a contingências de reforço positivas e aumentam a possibilidade da exposição a contingências aversivas, com repercussões sobre as relações familiares, afetivas, sociais e ocupacionais (Kennedy et al., 2000; Murta & Guimarães, 2007). O apoio social é definido como uma troca de recursos entre indivíduos, que se destinam a



melhorar o seu bem-estar, e que transmite também a informação “ao outro” de ser amado, cuidado, estimado, valorizado, criando um sentimento de pertença (Muller, Peter, Cieza, & Geyh, 2012). A importância do suporte social é definido como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason et al., 1983). O processo de (con)viver com a incapacidade na vida social é conturbado. E a relevância do suporte emocional é acrescida pelas exigências operacionais que envolvem rotinas diárias de cuidados essenciais, como a higiene, alimentação, esvaziamento vesico-intestinal, mudanças de decúbitos, entre outros (Vera, 2012). É assim comum que a LM traumática suscite uma hipersensibilização ao suporte social (Elliott, Herrick, Witty, Godshall, & Spruell, 1992).

A relação entre a gravidade da lesão, das variáveis ambientais e psicossociais sugere que, quanto maior o suporte e a rede de apoio social, maior a adaptação às adversidades (Cerezetti, Nunes, Cordeiro, & Tedesco, 2012). Assim, o suporte social tem-se associado à saúde e funcionalidade (Herrick, Elliott, & Crow, 1994; Müller, Peter, Cieza, & Geyh, 2011), à satisfação com a vida, e mesmo à mortalidade (Muller, Peter, Cieza, & Geyh, 2012). Existe, ainda, uma forte evidência na relação entre o apoio social, crenças, *coping* e adaptação psicológica (Muller, Peter, Cieza, & Geyh, 2012), onde este pode proteger os indivíduos em risco de subseqüentes perturbações mentais (Kessler et al., 1985; Pais, 1999). A satisfação com o suporte social é uma dimensão cognitiva importante para a redução do mal-estar que foca o relacionamento interpessoal (família, amigos e intimidade) e apresenta um papel determinante na resistência psicológica ao stress causado pela doença (Coelho & Ribeiro, 2000; Sarason et al., 1985). Deste modo, o suporte social pode promover o *coping*, atenuando os estados emocionais mais desfavoráveis, estimulando a autoestima e a receptividade a novas aprendizagens (Oliveira, 2010).

Em síntese, considerando o interesse clínico e científico da temática aqui delimitada, realizou-se uma investigação que visa investigar os efeitos das variáveis sociodemográficas, clínicas, do bem-estar emocional, do humor e suporte social, nas estratégias de *coping* em LM.

## II - Objetivos

A presente investigação visa explorar nas Estratégias de *Coping* em doentes com lesão medular a influência das seguintes variáveis: sociodemográficas (género, idade, nível educacional, situação financeira), fisiátricas (quadro clínico: tetraplegia e paraplegia; tempo de lesão; classificação neurológica), psicopatológicas (“recorreu ao psicólogo/psiquiatra”), humor (ansiedade e depressão), satisfação com o suporte social e bem-estar emocional.

Especificamente visa-se:

1. A caracterização das estratégias de *coping* (*The Spinal Cord Lesion Coping Strategies Questionnaire: SCL-CSQ*), em pacientes tetraplégicos e paraplégicos, considerando as variáveis sexo e tempo de lesão (3-6 meses; 6-9 meses; 9-12 meses;  $\geq 12$  meses;  $\geq 2$  anos);
2. A caracterização do bem-estar emocional (*The Spinal Cord Lesion Emotional Wellbeing Questionnaire: SCL-EWQ*) em pacientes tetraplégicos e paraplégicos, considerando as variáveis sexo e tempo de lesão (3-6 meses; 6-9 meses; 9-12 meses;  $\geq 12$  meses;  $\geq 2$  anos);
3. A caracterização da sintomatologia depressiva e ansiosa (escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS) em tetraplégicos e paraplégicos), considerando as variáveis sexo e tempo de lesão (3-6 meses; 6-9 meses; 9-12 meses;  $\geq 12$  meses;  $\geq 2$  anos);
4. A caracterização da satisfação com o suporte social (escala de Satisfação com o Suporte Social - ESSS) em tetraplégicos e paraplégicos), considerando as variáveis sexo e tempo de lesão (3-6 meses; 6-9 meses; 9-12 meses;  $\geq 12$  meses;  $\geq 2$  anos);
5. Relações entre as variáveis sintomatologia depressiva e ansiosa (HADS) *Suporte Social* (ESSS) e o bem-estar emocional (SCL-EWQ);
6. A exploração da importância da sintomatologia depressiva e da sintomatologia ansiosa (HADS) nas estratégias de *coping* adaptativas (SCL-CSQ);
7. A exploração da importância da satisfação com o suporte social (ESSS) nas estratégias de *coping* adaptativas (SCL-CSQ);
8. A exploração da importância do bem-estar emocional (SCL-EWQ) nas estratégias de *coping* adaptativas (SCL-CSQ);
9. A avaliação da relação entre as estratégias de *coping* adaptativas (SCL-CSQ) e as variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade e situação financeira), fisiátricas (etiologia da lesão, nível da lesão e classificação neurológica) e psicopatológicas (“recorreu ao psicólogo/psiquiatra”);
10. A exploração dos fatores com impacto nas estratégias de *coping* adaptativas (SCL-CSQ) tomada como VD. Neste caso pretende-se saber de que modo as variáveis: *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), Satisfação com o Suporte Social (ESSS); *The Spinal Cord Lesion Emotional Wellbeing Questionnaire* (SCL-EWQ);

O papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)

variáveis sociodemográficas; “recorreu ao psicólogo/psiquiatra”), predizem a adoção das estratégias de  *coping*  (*The Spinal Cord Lesion Coping Strategies Questionnaire SCL-CSQ*). Qual a quantidade de variância registada aos resultados na adoção de estratégias de  *coping*  que podem ser imputáveis aquelas variáveis? Qual o melhor preditor das estratégias de  *coping* ?

### III. Metodologia

#### 3. Amostra

A presente investigação inclui uma amostra clínica, de conveniência, de 60 sujeitos LM em situação de internamento no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC-RP). A participação dos pacientes foi voluntária e conforme os procedimentos éticos aprovados pela Comissão de Ética do Hospital.

Os critérios de inclusão baseiam-se, essencialmente, na existência de um quadro clínico de tetraplegia ou paraplegia em internamento de reabilitação no referido centro. Por outro lado, os critérios de exclusão definidos são semelhantes aos escolhidos por outros autores (Krause & Dawis, 1992; Hampton, 2000, 2004; Pollard & Kennedy, 2007), e incluem: as situações de comprometimento das capacidades de raciocínio, mnésicas e de comunicação, e idade inferior a 18 anos. A avaliação destes critérios foi realizada considerando os dados diagnósticos, a anamnese, os diários clínicos e as entrevistas realizadas com cada um dos sujeitos.

Dos 60 sujeitos, 45 são do sexo masculino (75% da amostra) e 15 sujeitos do sexo feminino (25% da amostra). As idades são compreendidas entre os 18 e os 72 anos ( $M=49.48$ ;  $DP= 14.5$ ), com uma amplitude de intervalo de variação de 54 anos.

Seguindo os procedimentos propostos por Elstrom, Kennedy, Lude e Taylor (2007), a amostra foi dividida em 2 categorias/grupos relativamente ao quadro clínico, de acordo com o nível de lesão, constituiu-se um grupo de Paraplegia e outro de Tetraplegia. Os dados relativos às características sociodemográficas e fisiátricas são descritas na Tabela 1 e na Tabela 2.

	Quadro Clínico			
	Tetraplegia		Paraplegia	
Características sociodemográficas	número	%	número	%
<b>Sexo</b>				
masculino	21	84.0	24	68.6
feminino	4	16.0	11	31.4
<b>Idade</b>				
Média (DP)	51.20 (13.4)		48.26 (15.3)	
Mediana (amplitude)	54 (26-70)		52 (18-72)	
<b>Estado civil</b>				
casado	16	64.0	18	51.4
solteiro	5	20.0	10	28.6
união de facto	3	12.0	1	2.9
divorciado/separado	1	4.0	6	17.1

O papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)

<b>Nível educacional</b>				
< 4 anos de escolaridade	16	64.0	13	37.1
5-6 anos	3	12.0	3	8.6
7-9 anos	2	8.0	11	31.4
10-12 anos	3	12.0	4	11.4
>12 anos	1	4.0	4	11.5
<b>Julgamento situação financeira</b>				
“mesmo nada boa”	7	28.0	5	14.3
“não muito boa”	11	44.0	13	37.1
“boa”	7	28.0	17	48.6
“muito boa”	-	-	-	-

**Tabela 2**  
*Características das variáveis fisiátricas da amostra em estudo.*

Características das variáveis fisiátricas	Quadro Clínico			
	Tetraplegia		Paraplegia	
	Frequência	%	Frequência	%
<b>Tempo Lesão</b>				
3-6 meses	4	16.0	13	37.1
6-9 meses	11	44.0	4	11.4
9-12 meses	-	-	5	14.3
≥12 meses	3	12.0	3	8.6
≥2 anos	7	28.0	10	28.6
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>35</b>	<b>100.0</b>
<b>Etiologia</b>				
<b>Total Traumática</b>	<b>20</b>	<b>80.0</b>	<b>26</b>	<b>74.3</b>
<b>Acidente de viação</b>	<b>10</b>	<b>40.0</b>	<b>10</b>	<b>28.6</b>
de mergulho	1	4.0	1	2.9
Desporto	1	4.0	-	-
Queda	8	32.0	14	40.0
Outra	-	-	1	2.9
<b>Total Não traumática</b>	<b>5</b>	<b>20.0</b>	<b>9</b>	<b>25.7</b>
Tumoral	-	-	1	2.9
Infeção	1	4.0	4	11.4
outra	4	16.0	4	11.4
<b>Classificação Neurológica</b>				
Lesão completa	6	24.0	14	40.0
Lesão incompleta	19	76.0	21	60.0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>35</b>	<b>100.0</b>

O papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)

### 3.1. Instrumentos

O *Questionário Sociodemográfico* agrega informação sobre os dados pessoais dos sujeitos (idade, género, nacionalidade, estado civil, escolaridade, profissão) bem como o julgamento do sujeito sobre a sua situação financeira atual. Inclui, ainda, variáveis fisiátricas, como a causa da LM (traumática, tumoral, enfarte medular, etc.), a data da lesão e o quadro clínico (paraplégico ou tetraplégico). O estado neurológico foi classificado de acordo com os critérios da *American Spinal Injury Association (ASIA)*.

A *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* foi desenvolvida por Snaith e Zigmond (1983), como forma de auxiliar os clínicos a identificar e reconhecer os componentes emocionais associados à doença física que podem influir no aumento do *distress* causado pela doença, confundir o diagnóstico ou mesmo causar o prolongamento da recuperação (Pais-Ribeiro et al., 2007). Trata-se de uma escala de autopreenchimento que pretende avaliar a depressão e ansiedade em contexto hospitalar; as questões colocadas reportam a semana anterior ao preenchimento. A HADS comporta duas subescalas, uma referente à Ansiedade e outra à Depressão. Cada escala contém 7 itens, contabilizados separadamente. Assim, cada um dos 14 itens é respondido numa escala ordinal de 0 a 3, onde a cotação para cada dimensão varia entre 0 e 21 (Pais-Ribeiro et al., 2007). Os valores normativos apresentados no manual da HADS indicam que uma pontuação entre 0 e 7 corresponde a uma classificação “normal”; 8 e 10 – “leve”/“provável”; 11 e 14 – “moderada”; e 15 e 21 – “severa” (Snaith, 2003).

A versão portuguesa, de Pais-Ribeiro et al., (2007), foi estudada numa amostra de 1322 doentes em várias condições clínicas e corrobora as boas qualidades psicométricas antes verificadas. Foram obtidos valores de *alfa de Cronbach* de .76 para a escala de ansiedade e de .81 para a escala de depressão. A correlação entre as escalas é de .58 (moderadamente elevada) (Pais-Ribeiro et al., 2007). Nesta investigação, os valores de consistência interna (*alfa de Cronbach*) obtidos para a escala foram: .79 para a escala Ansiedade e .62 para a escala Depressão. A correlação entre escalas foi de .53, apresentando-se uma correlação moderada (Pestana & Gageiro, 2005).

*The Spinal Cord Lesion Coping Strategies Questionnaire (SCL-CSQ)*, foi criada por Elfstrom, Rydén, Kreuter, Persson e Sullivan (2002). É uma escala que mede as estratégias de *coping* diretamente relacionadas com a lesão e as suas consequências. Os itens utilizados para medir o *Coping e Psychological outcome* resultaram de um projeto para a adaptação à doença crónica e incapacidade física adquirida, a partir da recolha de 26 entrevistas a sujeitos diagnosticados com doença crónica. Estes foram convidados a descrever livremente as suas reações emocionais e psicológicas e, como conseguiram adaptar-se, sucessivamente, aos problemas e dificuldades que lhes foram

O papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)

surgindo. O último objetivo, teve particular importância, pois permitiu perceber quais as estratégias mentais que os entrevistados acreditavam poder ter ajudado a aceitar a sua condição crónica. A análise de conteúdo foi realizada por dois avaliadores independentes, de onde reteram 122 declarações que refletiram dimensões de aproximação/evitamento e de locus de controlo interno/externo. Neste sentido, os autores concluíram que 42 declarações refletiam claramente as estratégias de *coping* e 23 as consequências psicológicas (*psychological outcome*). Os sujeitos entrevistados avaliaram cada item numa escala de tipo *Likert* (“concordo totalmente” para o “discordo totalmente”). Os resultados obtidos do *Coping* e do *Psychological outcome*, foram analisados separadamente. A análise fatorial e as análises *multi-trait* revelaram 30 itens de *coping* mal sucedidos, resultando 12 itens de *coping* em 3 fatores. Assim, a escala de *coping* foi criada a partir da identificação de 3 fatores, nomeadamente “*Acceptance*”, “*Fighting spirit*” e “*Social reliance*” (Elfstrom, Rydén, Kreuter, Persson, & Sullivan, 2002). A SCL-CSQ é uma escala de tipo *Likert*, com 4 opções de resposta (“concordo totalmente”, “concordo”, “discordo” e “discordo totalmente”) constituída por 12 itens. A cotação para cada subescala varia entre 1 e 4 pontos; as pontuações representam as médias das classificações; pontuações mais elevadas sugerem o maior uso da estratégia em questão (Elstrom, Kennedy, Lude, & Taylor, 2007). Na versão original, a SCL-CSQ comporta 3 subescalas diretamente relacionadas com as seguintes dimensões: (1) Aceitação (reavaliação dos valores de vida – a lesão e as suas consequências são consideradas como partes integradas na vida do sujeito; o indivíduo tenta encontrar novos interesses e valores para substituir aqueles inatingíveis), item 1 (“Tenho sido capaz de integrar a lesão na minha vida”), item 2 (“A minha lesão ensinou-me a apreciar novas coisas na vida a que antes não dava importância”), item 6 (“Aquilo que perdi fisicamente recuperei de outras maneiras”) e item 11 (“Penso que aceitei a minha lesão”); (2) Espírito Lutador (adoção de comportamentos independentes, em que a pessoa tenta fazer o melhor da vida apesar da lesão; tenta “dar-se bem” por si mesma, estabelece metas para atingir e truques que podem tornar a sua vida mais fácil), item 3 (“É importante para mim estabelecer objetivos pelos quais eu possa lutar e conseguir atingir”), item 5 (“Tento fazer o melhor da vida apesar da lesão”), item 7 (“Recuso-me a deixar que a lesão comande a minha vida”), item 10 (“Tento sempre cuidar de mim mais autonomamente possível”) e item 12 (“Procuro sempre novas formas de tornar a vida mais fácil”); (3) Dependência Social (tendência para ter comportamentos dependentes, onde o apoio de outras pessoas é visto como a única proteção contra o desamparo), item 4 (“Devemos acreditar que as outras pessoas são capazes de nos ajudar”), item 8 (“Sentir-me-ia completamente incapaz sem ajuda dos outros”) e item 9 (“A minha lesão ensinou-me que todos estamos dependentes uns dos outros”).

Os autores obtiveram valores de *alfa de Cronbach* de .79 para o fator Aceitação, .72 para o Espírito Lutador e .73 para a Dependência Social (Elfstrom, Rydén, Kreuter, Persson, & Sullivan, 2002).

A escala, assim constituída, foi submetida a uma primeira avaliação de cinco juízes psicólogos e a um pré-teste com 10 sujeitos que preencheram a escala em voz alta. Para avaliar a consistência interna desta escala, obtiveram-se

valores de *alfa de Cronbach* de .67, um valor considerado fraco (Pestana & Gageiro, 2005). As correlações obtidas inter-item apresentam um valor médio de .16. No entanto, é de referir que ao eliminar o item 8, é possível obter um valor de consistência interna de .75, considerado razoável e muito próximo do valor obtido pelos autores (Pestana & Gageiro, 2005). A correlação inter-item, por sua vez, foi de .21.

***The Spinal Cord Lesion Emotional Wellbeing Questionnaire (SCL-EWQ)*** de Elfstrom, Rydén, Kreuter, Persson e Sullivan (2002), é uma escala de tipo *Likert*, com 4 opções de resposta (“concordo totalmente”, “concordo”, “discordo” e “discordo totalmente”) constituída por 12 itens. A cotação para cada subescala varia entre 1 e 4 pontos; as pontuações representam as médias das classificações; pontuações mais elevadas sugerem uma maior afirmação do fator em questão. Na versão original, SCL-EWQ comporta 3 subescalas, diretamente relacionadas com as seguintes dimensões: (1) Crescimento Pessoal, medida da moral positiva (determina a mudança – atual – e a atitude positiva de vida em estado de crise); inclui os itens 1 (“Tornei-me mais humilde desde a minha lesão”), 6 (“Amadureci desde a minha lesão”) e 12 (“Desde a lesão sinto-me melhor comigo mesmo”); (2) Desamparo, fator de *distress* psicológico (Determina o nível de perplexidade, fora de controlo e baixa autoestima); inclui os itens 2 (“Sinto que já não existe nenhum caminho para mim”), 4 (“Sinto que não tenho controlo sobre a minha vida”), 5 (“Parece que ninguém compreende a minha situação”), 8 (“Por vezes sinto vergonha da minha lesão”), 9 (“Sinto que valho menos que as pessoas que não estão lesionadas”) e 10 (“Preocupo-me com o meu futuro desde a minha lesão”); (3) Intrusão, fator de *distress* psicológico (Determina o nível de amargura e ruminação); inclui os itens 3 (“Muitas vezes pergunto-me porque tenho uma lesão”), 7 (“Desde que me lesionei é muito provável nunca deixar de me vir a sentir amargo e rancoroso”) e 11 (“Sinto a minha incapacidade como um castigo não merecido”). Os mesmos autores apresentaram um valor *alfa de Cronbach* de .84 para o fator Desamparo, .86 para o fator Intrusão e de .75 para o fator Crescimento Pessoal. Estes resultados sugerem que os fatores apresentam considerável fiabilidade para serem aplicados/estudados. Esta escala foi igualmente submetida a uma primeira avaliação constituída por 5 juízes psicólogos e a um pré-teste com 10 sujeitos que preencheram a escala em voz alta. Nesta investigação foi obtido um *alfa de Cronbach* de .62, um valor considerado fraco (Pestana & Gageiro, 2005) e uma correlação inter-item de .12.

***A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*** foi desenvolvida e validada por Pais-Ribeiro (1999). Trata-se de uma escala de autopreenchimento, composta por 15 itens que permite ao sujeito assinalar o seu grau de concordância com cada item numa escala de tipo *Likert* com 5 opções de resposta (de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”). A ESSS permite identificar quatro fatores: Satisfação com amigos/amizades (SA, 5 itens); Intimidade (I, 4 itens); Satisfação com Família (SF, 3 itens); Atividades Sociais (A, 3 itens). A escala possibilita, ainda, o cálculo da Pontuação Global (ESSS), onde os valores mais elevados correspondem a uma perceção de maior satisfação

O papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)



com o suporte social (pontuação mínima de 15 e máxima de 75).

A ESSS apresenta um valor de consistência interna de .85 (*alfa de Cronbach*). Esta escala foi já utilizada com várias populações clínicas, evidenciando propriedades métricas idênticas às da escala original (Pais-Ribeiro & Guterres, 2001), sendo também adaptada à população oncológica (Santos, Pais-Ribeiro & Lopes, 2003). Para esta investigação, no entanto, o valor de consistência interna obtido foi menos satisfatório (.54).

### 3.7. Procedimentos

Com o aval da Comissão de Ética do CMRRC-RP, a recolha de dados foi realizada depois de todos os participantes terem sido informados dos objetivos da investigação, sendo-lhe garantida a confidencialidade dos dados bem como a possibilidade de acederem aos resultados. O protocolo foi realizado através de entrevistas estruturadas de modo a permitir uma aplicação *standard* a todos os sujeitos, independentemente das limitações motoras que estes pudessem, ou não, apresentar.

Os dados recolhidos foram estudados estatisticamente com o “*Statistical Package for Social Science*” (SPSS), versão 20, para o sistema operativo Windows. As estatísticas descritivas como as frequências, médias e desvios-padrão, são utilizadas para caracterizar a amostra e instrumentos.

Para a comparação de médias de grupos diferentes, recorreu-se ao teste *t-Student* para amostras independentes e ao seu equivalente não paramétrico, teste de *U-Mann-Whitney*. Foram ainda efetuadas análises de correlação de *Pearson* para explorar as associações entre resultados nos distintos instrumentos, uma vez que a amostra é constituída por 60 sujeitos, foi assumida a normalidade das escalas. Para determinar o modo como um conjunto de variáveis é capaz de prever as escolhas das estratégias de *coping*, foi aplicado o modelo de Regressão Linear Múltipla.

#### IV. Apresentação dos resultados

##### 4.1. Caracterização das estratégias de coping (*The Spinal Cord Lesion Coping Strategies Questionnaire: SCL-CSQ*)

O teste *t-Student* mostra a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. Tabela 6).

**Tabela 6**

*Análise das características descritivas e diferenças entre grupos (tetraplegia e paraplegia) na SCL-CSQ (subescalas: aceitação, espírito lutador e dependência social).*

	Tetraplegia		Paraplegia		t
	n	M(DP)	n	M(DP)	
Aceitação	25	3.02(.53)	35	3.03(.58)	-.10 -
Espírito lutador	25	3.35(.42)	35	3.42(.37)	-.68 -
Dependência social	25	3.16(.43)	35	3.13(.56)	.19 -

- Não significativo

Tendo em conta a dimensão reduzida da amostra, calculou-se o teste *Kruskal-Wallis* para averiguar o impacto do sexo na adoção das diferentes estratégias de coping (aceitação, espírito lutador e dependência social) nas condições tetraplegia e paraplegia, que não revelou diferenças estatisticamente significativas. Assim, no grupo Tetraplegia: aceitação ( $\chi^2=.02$ ;  $p=.88$ ); espírito lutador ( $\chi^2=.50$ ;  $p=.47$ ) e dependência social ( $\chi^2=.70$ ;  $p=.40$ ) (cf. Anexo 1, Tabela 7). No grupo Paraplegia: aceitação ( $\chi^2=1.29$ ;  $p=.25$ ); espírito lutador ( $\chi^2=.77$ ;  $p=.37$ ) e dependência social ( $\chi^2=2.71$ ;  $p=.10$ ) (cf. Anexo1, Tabela 8)

Calculou-se igualmente o teste *Kruskal-Wallis* para averiguar o impacto do tempo de lesão (3-6 meses; 6-9 meses;  $\geq 12$  meses;  $\geq 2$  anos) na adoção das diferentes estratégias de coping (aceitação, espírito lutador e dependência social). Os resultados obtidos no teste permitem concluir a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a estratégia de coping – aceitação - e o tempo de lesão ( $\chi^2=8.82$ ;  $p=.03$ ), na condição tetraplegia. Para analisar mais pormenorizadamente quais as categorias que se distinguem de forma significativa entre si, optou-se por calcular *Us de Mann-Whitney* entre as condições duas a duas. Os tempos de lesão,  $\geq 12$  meses ( $M=2.41$ ;  $DP=.14$ ) e  $\geq 2$  anos ( $M=3.42$ ;  $DP=.34$ ) diferenciam-se significativamente em termos da estratégia de coping aceitação ( $U=.00$ ,  $p<.001$ ,  $r=-.77$ ).

**Tabela 9**

*Análise das características descritivas no grupo tetraplegia, na SCL-CSQ (subescalas: aceitação, crescimento pessoal e dependência social) e variável fisiátrica (tempo de lesão).*

	Tempo de lesão							
	3-6 meses		6-9 meses		≥12 meses		≥ 2 anos	
	n	M(DP)	n	M(DP)	n	M(DP)	n	M(DP)
<b>Aceitação</b>	4	3.06(.65)	11	2.90(.49)	3	2.41(.14)	7	3.42(.34)
<b>Espírito Lutador</b>	4	3.40(.43)	11	3.27(.50)	3	3.20(.34)	7	3.51(.32)
<b>Dependência Social</b>	4	3.25(.41)	11	3.06(.49)	3	3.00(.33)	7	3.33(.38)

Pontuação min-máx= 1 - 4

Por outro lado, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas a partir do cálculo do teste *Kruskal-Wallis* com o objetivo de apurar o impacto do tempo de lesão (3-6 meses; 6-9 meses; 9-12 meses, ≥ 12 meses; ≥ 2 anos) na escolha das diferentes estratégias de *coping* (aceitação, espírito lutador e dependência social), na condição paraplegia (aceitação  $\chi^2=7.01$ ;  $p>.05$ ); espírito lutador ( $\chi^2=1.13$ ;  $p>.05$ ); dependência social ( $\chi^2=5.74$ ;  $p>.05$ ) (cf. Anexo 1, Tabela 10).

#### **4.2. Caracterização do bem-estar emocional (*The Spinal Cord Lesion Emotional Wellbeing Questionnaire: SCL-EWQ*)**

O teste *t-Student* mostra que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos tetraplegia e paraplegia no que respeita ao bem-estar emocional (cf. Tabela 11).

**Tabela 11**

*Análise das características descritivas e diferenças entre grupos (tetraplegia e paraplegia) na SCL-EWQ (subescalas: crescimento pessoal, desamparo e intrusão).*

	Quadro Clínico				
	Tetraplegia		Paraplegia		t
	n	M(DP)	n	M(DP)	
<b>Crescimento pessoal</b>	25	2.69(.51)	35	2.53(.58)	1.08 -
<b>Desamparo</b>	25	2.21(.56)	35	2.08(.55)	.90 -
<b>Intrusão</b>	25	2.48(.51)	35	2.28(.68)	1.16 -

Pontuação min-máx= 1 - 4; - Não significativo

O papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)

Calculou-se o teste *Kruskal-Wallis* para averiguar o impacto da variável sexo no bem-estar emocional (crescimento pessoal, desamparo e intrusão) nas condições tetraplegia e paraplegia. Os resultados obtidos permitem observar, na condição tetraplegia, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a subescala de bem-estar emocional - intrusão - e o sexo ( $\chi^2= 4.34$ ;  $p=.03$ ). Para investigar quais as variáveis que se distinguem de forma significativa entre si, optou-se por calcular *Us de Mann-Whitney* entre as condições duas a duas. A variável intrusão diferencia-se significativamente quanto ao sexo (sexo masculino:  $M= 2.58$ ,  $DP=.52$ ; sexo feminino:  $M=1.91$ ,  $DP=.41$ ) na condição tetraplegia ( $U=14.5$ ,  $p<.05$ ,  $r= -.41$ ).

Para investigar o impacto do tempo de lesão (3-6 meses; 6-9 meses;  $\geq 12$  meses;  $\geq 2$  anos) no bem-estar emocional (crescimento pessoal, desamparo e intrusão) calculou-se o teste *Kruskal-Wallis*. Os resultados permitem concluir a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a subescala de bem-estar emocional – “intrusão” – e o tempo de lesão ( $\chi^2= 10.6$ ;  $p=.03$ ), na condição paraplegia. Calcularam-se assim o *Us de Mann-Whitney* entre as condições duas a duas. A subescala “intrusão” diferencia-se significativamente nas categorias 3-6 meses e 6-9 meses ( $U=9.00$ ,  $p <.05$ ,  $r= -.47$ ), 6-9 meses e 9-12 meses ( $U=2.00$ ,  $p <.05$ ,  $r= -.68$ ), 9-12 meses e  $\geq 12$  meses ( $U=1.00$ ,  $p <.05$ ,  $r= -.70$ ) e por último,  $\geq 12$  meses e  $\geq 2$  anos ( $U=1.50$ ,  $p <.05$ ,  $r= -.63$ ).

#### 4.3. Caracterização da sintomatologia depressiva e ansiosa (*Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS*)

A escala Ansiedade apresentou uma média de 6.70 ( $DP= 4.08$ ), os valores mínimos e máximos obtidos, são respetivamente, 0 e 18, sendo a amplitude de variação de 18 pontos ( $N=60$ ). O intervalo de confiança informa que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados obtidos se situar entre 5.64 e 7.76. Já a escala Depressão apresentou uma média de 4.98 ( $DP=3.23$ ), os valores mínimos e máximos obtidos são, respetivamente, 0 e 14, e a amplitude de variação de 14 pontos ( $N=60$ ).

A exploração das diferenças entre as médias dos dois grupos evidencia que, apesar de existir um valor médio superior no grupo tetraplegia ( $M=7.60$ ;  $DP=3.686$ ) em comparação com o valor médio no grupo paraplegia ( $M=6.06$ ;  $DP=4.284$ ), na escala de ansiedade esta diferença não é significativa ( $t(58)= 1.456$ ,  $p>.05$ ).

**Tabela 11**

*Análise das características descritivas e diferenças entre grupos (tetraplegia e paraplegia) na HADS (escalas Ansiedade e Depressão).*

Quadro Clínico							
	Tetraplegia		Paraplegia		Total		
	n	M(DP)	n	M(DP)	N	M(DP)	t
<b>Ansiedade</b>	25	7.60(3.6)	35	6.06(4.2)	60	6.70(4.0)	1.45-
<b>Depressão</b>	25	5.76(3.6)	35	4.43(2.8)	60	4.98(3.2)	1.59-

- Não significativo

O papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)

Calculou-se o teste *U-Mann Whitney* para investigar possíveis diferenças estatisticamente significativas nas variáveis ansiedade e depressão relativamente ao sexo, nos diferentes grupos (tetraplegia e paraplegia). O teste evidenciou diferenças estatisticamente significativas para a Ansiedade, na condição Paraplegia, entre o sexo masculino ( $M=5.04$ ;  $DP=3.78$ ) e o sexo feminino ( $M=8.27$ ;  $DP= 4.65$ ) ( $U=73.0$ ,  $p <.05$ ,  $r= -.35$ ).

O teste *Kruskal-Wallis* corrobora a inexistência de diferenças estatisticamente significativas na Ansiedade e Depressão, em relação às diferentes categorias de tempo de lesão, na condição tetraplegia (ansiedade  $\chi^2= .83$ ,  $p>.05$ ; depressão  $\chi^2= 3.04$ ,  $p>.05$ ) e na condição paraplegia (ansiedade  $\chi^2= 5.94$ ,  $p>.05$ ; depressão  $\chi^2= 1.06$ ;  $p>.05$ ).

#### 4.4. Caracterização da satisfação com o suporte social (*Escala de Satisfação com o Suporte Social: ESSS*)

A escala em análise apresentou como média total 51.75 ( $DP=5.83$ ), sendo que os valores mínimos e máximos obtidos foram, respetivamente 39 e 67, com uma amplitude de variação de 28 pontos ( $N=60$ ). As médias dos dois grupos aproximam-se, com  $M=51.16$  ( $DP=5.97$ ) no grupo tetraplegia e  $M=52.17$  ( $DP=5.78$ ) no grupo paraplegia. Tal semelhança é corroborada pela ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nesta escala ( $t(58)= -.65$ ,  $p>.05$ ) (cf. Anexo 1, Tabela 12).

#### Tabela 12

*Análise das características descritivas e diferenças entre grupos (tetraplegia e paraplegia) na ESSS (total e subescalas: amigos, intimidade, família e atividades sociais).*

Quadro Clínico							
	Tetraplegia		Paraplegia		Total		<i>t</i>
	<i>n</i>	<i>M(DP)</i>	<i>n</i>	<i>M(DP)</i>	<i>N</i>	<i>M(DP)</i>	
Satisfaç_amigos	25	17.40(2.9)	35	18.20(2.1)	60	17.87(2.5)	-1.1 -
Intimidade	25	12.40(2.1)	35	12.57(2.0)	60	12.50(2.0)	-.31 -
Satisfaç_familia	25	12.00(2.8)	35	12.00(2.5)	60	12.00(2.6)	.00 -
Satisfaç_atv_soc	25	9.36(2.1)	35	9.40(2.7)	60	9.38(2.4)	-.06 -
Total_ESSS	25	51.16(5.9)	35	52.17(5.7)	60	51.75(5.8)	-.65 -

- Não significativo

O papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os valores das subescalas ESSS relativamente ao sexo, a partir do teste de *U-Mann Whitney*, nem mesmo, à variável fisiátrica tempo de lesão (teste *Kruskal-Wallis*).

#### **4.5. Relações entre as variáveis sintomatologia depressiva e ansiosa (HADS) Suporte Social (ESSS) e o bem-estar emocional (SCL-EWQ)**

Relativamente à relação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa (escala HADS) e o suporte social (ESSS), foi possível identificar as seguintes relações significativas: uma relação negativa e média (Hopkins, 2002) entre Depressão e “satisfação com amigos” ( $r = -.30; p < .05$ ), e uma relação negativa pequena entre Depressão e “satisfação com a família” ( $r = -.29, p < .05$ ). Nestes dois casos a depressão diminui em função do aumento do outro resultado, sendo que o oposto também é verdadeiro (cf. Anexo 1, Tabela 13).

No que diz respeito às correlações efetuadas entre Ansiedade e Depressão com as subescalas “crescimento pessoal”, “desamparo” e “intrusão”, foram encontradas correlações positivas entre a escala Ansiedade e “desamparo” ( $r = .58; p < .01$ ) com efeito grande (Hopkins, 2002) e entre Ansiedade e “intrusão” ( $r = .39; p < .01$ ) com efeito médio (Hopkins, 2002). Foi ainda encontrada uma correlação positiva (média, Hopkins, 2002) entre a escala Depressão e o “desamparo” ( $r = .49; p < .01$ ) (cf. Anexo 1, Tabela 14).

Por fim, cumprindo o objetivo de perceber a relação entre as medidas utilizadas, resta sinalizar apenas uma correlação positiva média (Hopkins, 2002) obtida entre as subescalas “desamparo” e “intimidade” ( $r = .31; p < .05$ ), quando correlacionadas as variáveis “crescimento pessoal”, “desamparo” e “intrusão” (escalas SCL-EWQ) e amigos, intimidade, família e atividades sociais (escala ESSS) (cf. Anexo 1, Tabela 15).

#### **4.6. Relação entre variáveis (sintomatologia depressiva e ansiosa - HADS; Suporte Social - ESSS; bem-estar emocional - SCL-EWQ) e a escala de estratégias de coping (SCL-CSQ)**

Foram encontradas correlações significativas entre a sintomatologia depressiva e ansiosa HADS e as subescalas das estratégias de *coping* específicas para LM. “Dependência social” não se correlacionou com as subescalas da sintomatologia depressiva e ansiosa HADS (ansiedade  $r = .19, p > .05$ ; depressão  $r = .20, p > .05$ ) (cf. Tabela 16).

**Tabela 16**

*Correlação entre a HADS (escala: Ansiedade e Depressão) com a escala SCL-CSQ (total e subescalas: aceitação, espírito lutador e dependência social).*

	Total (N=60)		
	Aceitação	Espírito_lutador	Dep_social
	r	r	r
<b>Ansiedade</b>	-.47**	-.36**	.19
<b>Depressão</b>	-.57**	-.38**	.20

\*\*p<.01

Realizado o estudo da correlação entre o suporte social (ESSS) e o bem-estar emocional (SCL-CSQ), não foram reportadas correlações estatisticamente significativas.

A exploração da relação entre as subescalas da SCL-EWQ com as subescalas da SCL-CSQ evidencia que o “crescimento pessoal” (SCL-EWQ) se correlaciona positivamente (efeito médio, Hopkins, 2002) com a “aceitação” (SCL-CSQ) ( $r = .35, p < .01$ ). E ainda que, o “desamparo” (SCL-EWQ) correlaciona-se significativamente e negativamente (correlação de efeito grande, Hopkins, 2002) com a “aceitação” (SCL-CSQ) ( $r = -.53, p < .01$ ) e também com o “espírito lutador” (SCL-CSQ) (correlação de efeito grande, Hopkins, 2002) ( $r = -.60, p < .01$ ), ou seja, pontuações baixas no “desamparo” correspondem a pontuações elevadas na “aceitação” e “espírito lutador”, sendo que o contrário é também aceitável. (cf. Tabela 17).

**Tabela 17**

*Correlação entre SCL-EWQ (subescalas: crescimento pessoal, desamparo e intrusão) com SCL-CSQ (subescalas: aceitação, espírito lutador e dependência social).*

	Total (N=60)		
	Aceitação	Espírito_lutador	Dep_social
	r	r	r
<b>Cresc_pessoal</b>	.35**	.07	.14
<b>Desamparo</b>	-.53**	-.60**	.21
<b>Intrusão</b>	-.12	-.13	.14

\*\*p<.01

#### 4.7. Relação entre as estratégias de *coping* (SCL-CSQ), as variáveis sociodemográficas, fisiátricas e psicopatológicas (“recorreu ao psicólogo/psiquiatra”)

Este objetivo visa explorar a correlação das variáveis sociodemográficas com as subescalas da SCL-CSQ. A variável demográfica – idade – foi correlacionada negativamente com a subescala “espírito lutador” (correlação pequena, Hopkins, 2002) ( $r = -.29$ ;  $p < .05$ ). A variável sociodemográfica escolaridade, apresentou estar relacionada (correlação média, Hopkins, 2002) com as subescalas “aceitação” ( $r = .38$ ;  $p < .01$ ) e “espírito lutador” (correlação média, Hopkins, 2002) ( $r = .42$ ;  $p < .01$ ) (cf. Tabela 18). As variáveis fisiátricas (etiologia da lesão, nível da lesão e classificação neurológica) não evidenciaram qualquer associação estatística com as estratégias de *Coping* específicas para a LM (SCL-CSQ) (cf. Anexo 1, Tabela 19). Por fim, a variável “recorreu ao psicólogo” apresentou uma relação pequena (Hopkins, 2002) e positiva com as estratégias de *Coping* específicas para a LM (SCL-CSQ) ( $r = .27$ ;  $p < .05$ ).

**Tabela 18**

*Correlação entre com as estratégias de Coping específicas para a LM (SCL-CSQ) (subescalas: aceitação, espírito lutador e dependência social) e as variáveis sociodemográficas (idade e escolaridade).*

	Total (N=60)		
	Aceitação	Espírito_lutador	Dep_social
	r	r	r
Idade	-.18	-.29*	.14
Escolaridade	.38**	.42**	-.07

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

#### 4.8. Exploração dos fatores com impacto na VD (estratégias de *coping*, SCL-CSQ)

Calculou-se uma regressão múltipla (método *standard*) considerando como variáveis preditoras, da estratégia de *coping* “aceitação” específica para LM, a Ansiedade, Depressão, “crescimento pessoal”, “desamparo”, escolaridade e, por fim, “recorreu ao psicólogo/psiquiatra”, que explicam uma percentagem de variância na VD (“aceitação”) de 57% ( $R^2 = .57$ ). A partir do valor  $\beta$ , e controladas todas as outras variáveis, as três variáveis preditoras que têm um contributo mais significativo para predizer a estratégia de *coping* “aceitação”,

O papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)



são o “crescimento pessoal”, com um maior contributo ( $\beta = .36$ ;  $t = 3.87$ ;  $p < .001$ ), o “desamparo” ( $\beta = -.25$ ;  $t = -2.15$ ;  $p < .05$ ) e por fim, com menor contributo, a escolaridade ( $\beta = .20$ ,  $t = 2.02$ ;  $p < .05$ ).

O R para a regressão revelou significância estatística ( $F_{(6,52)} = 11.894$ ,  $p < .001$ ), permitindo concluir que, globalmente, as três variáveis explicam 57% da adoção da estratégia de *coping* - aceitação ( $N = 59$ ).

**Tabela 20**

*Regressão múltipla standard de “ansiedade”, “depressão”, “crescimento pessoal”, “desamparo”, “escolaridade” e “recorreu ao psicólogo” na estratégia de coping “aceitação”.*

	<b>B</b>	<b>SE B</b>	<b><math>\beta</math></b>
<b>Constante</b>	2.77	.38	
<b>Ansiedade</b>	-.02	.01	-.16
<b>Depressão</b>	-.03	.02	-.20
<b>Crescimento pessoal</b>	.36	.09	.36***
<b>Desamparo</b>	-.26	.12	-.25*
<b>Escolaridade</b>	.08	.04	.20*
<b>Recorreu psicólogo</b>	.21	.15	.13
<b>R</b>			.76
<b>R<sup>2</sup></b>			.57
<b><math>\Delta R^2</math></b>			.53
<b>F</b>			11.89

\* $p < .05$  \*\*\* $p < .001$

F (6, 52) = 11.8,  $p < .001$

Calculou-se, igualmente, uma regressão múltipla (método *standard*) para a VD “espírito lutador” (SCL-CSQ), que incluiu como variáveis preditoras o “desamparo”, Ansiedade, Depressão, idade, situação financeira e escolaridade. Estas variáveis explicam 42% da variância, na adoção da estratégia de *coping* “espírito lutador” ( $R^2 = .42$ ). No entanto, apenas a variável “desamparo” apresentou um contributo estatisticamente significativo ( $\beta = -.56$ ,  $t = -3.70$ ;  $p < .001$ ), enquanto a Depressão ( $\beta = -.11$ ,  $t = -.34$ ;  $p > .05$ ) e Ansiedade ( $\beta = .03$ ,  $t = .11$ ;  $p > .05$ ) bem como as restantes variáveis, não. O R para a regressão revelou significância estatística ( $F_{(6,53)} = 6.55$ ,  $p < .001$ ), permitindo concluir que, globalmente, as variáveis explicam 42% da adoção da estratégia de *coping* “espírito lutador” ( $N = 60$ ) (cf. Tabela 21).

Tabela 21

*Regressão múltipla standard de "ansiedade", "depressão", "desamparo", "idade", "situação financeira" e "escolaridade" na estratégia de coping "espírito lutador".*

	B	SE B	β
Constante	4.23	.332	
Ansiedade	.00	.01	.03
Depressão	-.01	.01	-.11
Desamparo	-.41	.09	-.56***
Idade	-.00	-.00	-.11
Situação Financeira	.01	.06	.01
Escolaridade	.04	.036	.15
R	.65		
R <sup>2</sup>	.42		
ΔR <sup>2</sup>	.36		
F	6.55		

\*\*\*  $p < .001$

F (6, 53) = 6.55,  $p < .001$

## V. Discussão dos Resultados

Esta investigação visa explorar o papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após LM em contexto de reabilitação.

Os resultados mostram que as características demográficas são semelhantes às descritas para este tipo de sujeitos em internamento, com uma percentagem bastante superior de homens em comparação com as mulheres (*National Spinal Injury Cord Satastistic Center*, 2011; O'Connor, 2006; Wyndaele & Wyndaele, 2006). Verifica-se ainda que as causas LM traumáticas são as mais comuns, nomeadamente as quedas precedidas pelos acidentes de viação (Craig, Tran, & Middleton, 2009). Este fenómeno condiz com o envelhecimento da população ocidental, onde as quedas da própria altura começam a ter preponderância nos dados epidemiológicos mundiais (Cripps, Lee, Wing, Weerts, Mackay, & Brown, 2011).

Focando agora os resultados obtidos nas diferentes escalas, começando pelas estratégias de *coping* específicas para LM (SCL-CSQ), verifica-se que os sujeitos da amostra, nos dois grupos (tetraplegia e paraplegia), mostram uma tendência para adotar a estratégia de *coping*, Espírito lutador e Dependência social. Estes valores vão ao encontro dos resultados presentes na literatura (Elstrom et al., 2002a; Elfstrom et al., 2002b; Elfstrom et al., 2007). Por outro lado, a estratégia de *coping* Aceitação, foi a menos utilizada pelos sujeitos. No entanto, e em consonância com os resultados obtidos por Migliorini, Elfstrom e Tonge (2008), baixos valores na estratégia Aceitação não devem ser interpretados, invariavelmente, como níveis significativos de ansiedade ou depressão, mas podem significar uma possível vulnerabilidade emocional.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, nas estratégias de *coping* específicas para LM (SCL-CSQ) entre quadro clínico

O papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)

(tetraplegia e paraplegia) e o sexo, resultados já evidenciados por Elfstrom et al., (2002a, 2002b). Todavia, foram demonstradas diferenças estatisticamente significativas quando a amostra foi dividida nos grupos tetraplegia e paraplegia e, posteriormente, estudada na condição tempo de lesão. Assim, a subescala Aceitação apresenta diferenças significativas (na condição tetraplegia) quanto ao tempo de lesão, nas categorias  $\geq 12$  meses de lesão e  $\geq 2$  anos de lesão. Observa-se, ainda, que os níveis de Aceitação em sujeitos tetraplégicos são mais elevados quando a lesão é superior ou igual a dois anos. Apesar do tempo de lesão não ser semelhante, importa referir que os autores Elfstrom et al. (2007) obtiveram resultados onde sujeitos LM há mais de 5 anos reportaram níveis expressivamente mais elevados de Aceitação. Podemos então inferir que sujeitos lesionados há mais tempo tendem a apresentar níveis de aceitação da incapacidade física superiores. Neste sentido, esperava-se que, maior Aceitação correspondesse a níveis mais baixos da HADS, para este mesmo intervalo de tempo. Contudo, notou-se que os níveis de ansiedade aumentam quando os níveis de depressão diminuem. No entanto, é de apontar que tal fenómeno deve ser interpretado com precaução na medida em que este pode ser causado por possíveis enviesamentos estatísticos da reduzida amostra. Importa considerar que a magnitude do acontecimento stressante, é em grande parte determinada pela avaliação subjetiva do próprio sujeito e se por um lado o ambiente hospitalar pode ser encarado como um ambiente seguro, protegido e acolhedor, pode também ser uma fonte adicional de stress, que cria várias frustrações relacionadas com a rotina de vida de hospital (Kaiser & Kennedy, 2011).

Na escala de bem-estar emocional (SCL-EWQ) evidenciou-se uma tendência para valores mais elevados do fator positivo moral, Crescimento pessoal, nas duas condições (tetraplegia e paraplegia) (Elfstrom et al., 2002b; Elfstrom & Kreuter, 2006). Foram ainda encontradas diferenças estatisticamente significativas no fator de *distress* psicológico, Intrusão, entre tetraplégicos do sexo masculino e tetraplégicos do sexo feminino sendo que, o valor de Intrusão mostra-se superior no sexo masculino. Todavia, é exigida alguma cautela na interpretação destes resultados que poderão estar influenciados pelo número de homens com diagnóstico de tetraplegia completa e a ausência de mulheres com este mesmo diagnóstico. Ainda assim é de considerar que as lesões cervicais acarretam um grande comprometimento dos movimentos e, por isso, o sentimento de impotência gerado por uma tetraplegia é superior ao de uma paraplegia (Vera & Araujo, 2011). Por estas razões, a pessoa pode sentir-se mais amargurada e injustiçada sobre a sua incapacidade, sendo mais frequentes e recorrentes pensamentos intrusivos tais como, “porquê a mim?” (Elfstrom et al., 2002b). Porém, o fator Intrusão na condição paraplegia diferenciou-se estatisticamente quanto aos diferentes intervalos de tempo, onde os valores mais elevados foram verificados entre os 6 e os 9 meses de lesão e, maior ou igual a 1 ano. Podemos constatar assim que os níveis de intrusão são inconstantes até cerca de um ano após LM. Leeuwen, Hoekstra, Koppenhagen, Groot e Post (2012), verificaram que a saúde mental aumentou entre o início da reabilitação ativa e 3 meses mais tarde, mas manteve-se estável entre os 3 meses após o início da reabilitação e dois anos após a alta.

Na sintomatologia depressiva e ansiosa (HADS) verifica-se que os

sujeitos da amostra, nos dois grupos, obtêm pontuações médias correspondentes aos valores que Snaith (2003) estabeleceu como “normais”. Deste modo, e em concordância com a investigação (Craig et al., 2009), a sintomatologia depressiva não se mostra prevalente, também, nesta amostra. No entanto, é de referir que na condição Paraplegia verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o sexo, quanto aos níveis de Ansiedade. Assim, o sexo feminino apresenta uma média superior de ansiedade, considerada “leves” ou “prováveis” segundo Snaith (2003). Estes resultados são consistentes com os de Woolrich et al. (2006) que descobriu que as mulheres são mais ansiosas que os homens. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto ao tempo de lesão. Importa ainda salientar que apesar da amostra total apresentar valores da Ansiedade e Depressão considerados normais, os valores de Ansiedade são superiores aos da Depressão, fenómeno também evidenciado no estudo de Elfstrom et al. (2007) e Kennedy et al. (2010).

Por seu turno, os resultados no suporte social (ESSS) encontram-se dentro dos valores médios (em ambos os grupos) evidenciando satisfação com o suporte social percebido. Estes dados permitem justificar o facto de se verificarem pontuações “normais” de depressão e ansiedade, uma vez que o suporte social tem um papel determinante na resistência psicológica ao stress causado pela doença (Coelho & Ribeiro, 2000; Sarason et al., 1985).

A análise das correlações evidencia alguns resultados significativos, nomeadamente a correlação negativa entre a escala de Depressão (HADS) e a satisfação com Amigos e Família (ESSS). Ou seja, à medida que a pontuação nas subescalas (ESSS) aumenta, os níveis de Depressão diminuem, sendo que o oposto também é verdadeiro. Estes resultados são suportados por alguns estudos, evidenciando-se que a ausência de satisfação com o suporte social tem efeitos negativos e tende a propiciar estados de humor depressivos (Blaney et al., 1997; Kessler et al., 1985; Ornelas, 1996; Palinkas, Johnson, & Boster, 2004). Confirma-se, assim, a hipótese que a satisfação com o suporte social pode ser vista como uma variável protetora da saúde (Pais, 1999; Rutter & Quine, 1996).

Importa ainda ressaltar que a Ansiedade, Depressão (HADS) e o Desamparo (SCL-EWQ) correlacionam-se positivamente entre si. Esta correlação já tinha sido evidenciada por Migliorini, Elstrom e Tonge (2008).

O Desamparo, que determina o nível de perplexidade, fora de controlo e baixa autoestima, correlaciona-se positivamente com a Intimidade (ESSS). O suporte social íntimo geralmente auxilia os sujeitos a usar os próprios recursos psíquicos para ultrapassar as suas dificuldades, reforçando deste modo a capacidade para lidar com as fontes de stress. Assim, esta relação não era expectável. No entanto, é possível deduzir que esta relação entre o Desamparo e a satisfação com a intimidade se possa explicar com as seguintes premissas: é possível que haja uma discrepância entre a avaliação pessoal subjetiva e objetiva que os sujeitos mais ou menos conscientemente realizam acerca da sua intimidade, e que esta satisfação seja caracterizada por alguma superficialidade nas trocas de suporte social emocional; tal relação pode, por outro lado, se dever simplesmente à instabilidade temporal e ausência de permanência do suporte social mais íntimo pela limitação dos contactos sociais exteriores. Tal pode

dever-se ao facto dos períodos de tempo em reabilitação serem longos e os sujeitos estarem geograficamente afastados das pessoas com quem mantêm relações afectivas significativas (Oliveira, 2001).

Os resultados mostram que a Ansiedade (HADS) correlaciona-se positivamente com o fator de *distress* psicológico - Intrusão (SCL-EWQ). Ou seja, quanto mais elevados os níveis de ansiedade, mais elevados os pensamentos intrusivos relacionados com a LM.

Por último, era expectável que a estratégia de *coping*, Dependência social, interpretada como dependência psicológica negativa, se associasse positivamente com os medidores de *distress* psicológico e de sintomatologia depressiva e ansiosa. Contudo, não foram evidenciadas associações entre este constructo e as restantes variáveis. A hipótese que se propunha verificar implicava que o stress psicológico não diminuísse, porque o indivíduo adota a visão de que a única forma de gerir e superar as suas limitações físicas é dependendo dos outros e da capacidade destes para o ajudar (o apoio dos outros é visto como a única proteção contra o desamparo) (Migliorini, Elstrom, & Tonge, 2008).

Para além destes resultados, o último estudo correlacional visou perceber se algum dos instrumentos (SCL-EWQ, ESSS, HADS) estaria relacionado com a SCL-CSQ. Assim, cumprindo o objetivo, validou-se a falência de sintomatologia depressiva e ansiosa (HADS) na adoção de estratégias de *coping* adaptativas, a Aceitação e o Espírito lutador. Ou seja, à medida que as pontuações na HADS aumentam, as pontuações na Aceitação e Espírito lutador diminuem, sendo que o contrário é igualmente válido. Melhor dizendo, a adoção de estratégias de *coping* mais adaptativas entre os indivíduos LM tem influência na diminuição da sintomatologia depressiva e ansiosa. Uma vez que a aceitação da incapacidade implica que a pessoa modifique as suas prioridades de vida, subordinando as limitações físicas a outros valores, contendo deste modo e ativamente as consequências da incapacidade. Já o Espírito lutador é empregue quando o indivíduo tenta ultrapassar os stressores psicológicos, através do seu controlo ativo com a adoção de uma visão mais otimista. A partir destas estratégias os sujeitos conseguem atuar na diminuição do stress psicológico (Elfstrom et al., 2002a; Elfstrom et al., 2002b; Elfstrom et al., 2007). O que poderá querer dizer que ambas as subescalas (Aceitação e Espírito lutador) poderão estar associadas ao bem-estar emocional (Elstrom, et al., 2007), na medida em que se correlacionam com baixos níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa.

A estratégia de *coping* “aceitação” foi positivamente relacionada com o fator de bem-estar emocional, “crescimento pessoal”. Por outro lado, Aceitação e Espírito lutador foram relacionados negativamente com o fator de *distress* psicológico, Desamparo. Ou seja, quanto mais elevadas as pontuações na Aceitação e Espírito lutador, menores os níveis de Desamparo. Porém, o objetivo que propunha validar a relação entre o bem-estar emocional e a adoção de estratégias de *coping* ditas adequadas cumpriu-se somente em parte. Apenas a estratégia de *coping* “aceitação”, se correlacionou com o fator positivo moral – “crescimento Pessoal”. Esperava-se que fosse igualmente verificada uma relação

positiva entre esta e o Espírito lutador e o Crescimento Pessoal. Porém é de referir que alguns autores chamam a atenção para o facto de que o Espírito lutador tem mostrado ser um fraco covariante do bem-estar psicológico e físico, comparativamente com as outras duas estratégias de *coping* (Elstrom, Kennedy, Lude, & Taylor, 2007). Defendem que o espírito lutador em si é uma atitude bastante valorizada na cultura ocidental e que sobrestimado pode levar os sujeitos a manter objetivos irrealistas e inapropriados (Elstrom, Kennedy, Lude, & Taylor, 2007). Por fim, não foi apurada a importância da satisfação com o suporte social nas estratégias de *coping* adaptativas, nem mesmo, verificada qualquer relação estatisticamente significativa entre satisfação com o suporte social (ESSS) e as estratégias de *coping* (SCL-CSQ). Em suma, o fator de *coping*, Aceitação, associa-se positivamente ao bem-estar emocional em lesionados medulares (Elstrom et al., 2002a; Elstrom & Kreuter, 2006).

Para além dos resultados expostos, o estudo relativo à influência na variação da adoção das estratégias de *coping* através do estudo das variáveis sociodemográficas e clínicas demonstra que a Aceitação e Espírito lutador correlacionam-se positivamente com a escolaridade. A escolaridade foi previamente associada a resultados favoráveis de *coping* (Murta & Guimarães, 2007) bem como preditora do bem-estar emocional (Elstrom et al., 2002a; Wineman, Durand & Steiner, 1994). Observa-se ainda uma relação negativa entre a idade e o Espírito lutador (SCL-CSQ), corroborada pela literatura, onde sujeitos mais jovens parecem mostrar um melhor ajustamento psicológico a LM (Kennedy, Evans, & Sandhu, 2009; Woodrich & Patterson, 1983). E ainda, constatou-se uma correlação positiva com o julgamento positivo da situação financeira e a variável Espírito lutador que foi igualmente evidenciado num estudo sobre o *coping* na dor crónica (Matos, 2012). A variável psicopatológica “recorreu ao psicólogo/psiquiatra” foi correlacionada positivamente com a estratégia de *coping* Aceitação. É possível então depreender que, o prévio acompanhamento psicológico poderá ter contribuído para o desenvolvimento de estratégias e esforços melhorados de *coping* face a acontecimentos geradores de stress. Por último, não foram encontradas correlações relativamente às variáveis fisiátricas (etiologia da lesão, nível de lesão e classificação neurológica) com as estratégias de *coping*. O que evidencia que estes dados estão em conformidade com os resultados de uma revisão de estudos pelos autores, Leeuwen, Hoekstra, Koppenhagen, Groot e Post (2012) que referem que as características da lesão não se constituem como preditores das trajetórias da saúde mental, nem mesmo da adaptação psicológica (Migliorini, New, & Tonge, 2009).

Por fim, com o objetivo de analisar quais as variáveis preditoras da estratégia de *coping* Aceitação, foram encontradas como principais preditoras, os fatores que medem o bem-estar emocional, nomeadamente o Crescimento pessoal e o Desamparo e, ainda, a escolaridade. Ou seja, elevados níveis de Crescimento pessoal, baixos níveis de Desamparo e escolaridade elevada, contribuem significativamente para prever a estratégia de *coping* Aceitação. A variável independente que se apresentou como melhor preditor do Espírito lutador foi o Desamparo, o que significa que baixos níveis de Desamparo

contribuem significativamente para predizer a estratégia de *coping* Espírito lutador.

Conclui-se que níveis mais baixos de Desamparo contribuem substancialmente para a adoção de estratégias de *coping* mais adaptativas. Os autores Migliorini, Elstrom e Tonge (2008) encontraram igualmente uma associação negativa entre esta subescala e elevados níveis de bem-estar subjetivo. Importa ainda salientar que esta escala foi concebida, originalmente, como consequência da interação do *stress* e *coping*, baseada na teoria Transacional de *Stress* e *Coping*, o que poderá explicar o seu grande contributo nas estratégias de *coping* adotadas por sujeitos LM.

## VI. Conclusão

O presente trabalho procurou contribuir para o conhecimento das estratégias de *coping* adotadas por sujeitos LM em contexto de reabilitação. Pretende-se, desta forma, facultar ferramentas e instrumentos especializados aos clínicos, simples e práticas de serem utilizadas, para atuarem eficazmente na prevenção de possíveis perturbações emocionais. Deste modo, a mais-valia desta investigação consiste no facto de se constituir pioneira no estudo das estratégias de *coping* e do bem-estar emocional, utilizando instrumentos de avaliação específicos para esta população.

Face aos objetivos estabelecidos para esta investigação, foi possível verificar que a amostra total estudada, nas condições Tetraplegia e Paraplegia, apresentou níveis normais de sintomatologia depressiva e ansiosa, de satisfação com o suporte social, de bem-estar emocional com preponderância do fator crescimento pessoal em crise e, de adequadas estratégias de *coping*, nomeadamente o Espírito lutador.

Das relações entre as variáveis exploradas verificaram-se relações estatisticamente significativas de encontro, na sua maioria, com o verificado na literatura: o desamparo apresentou uma relação positiva e inversa com a sintomatologia depressiva; a intrusão associou-se positivamente e inversamente com sintomatologia ansiosa; sujeitos que apresentaram menos satisfação com o suporte social entre amigos e familiares, apresentaram níveis mais elevados de depressão, sendo que o contrário é igualmente válido; desamparo foi positivamente relacionada com a satisfação com a intimidade; sujeitos mais jovens e com escolaridade elevada apresentaram estratégias de *coping* mais adequadas, como o Espírito lutador e a Aceitação; a adoção de estratégias de *coping* mais adaptativas (Aceitação e Espírito lutador) corresponderam a menores níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa; e, por último, as variáveis clínicas, etiologia da lesão, nível de lesão e classificação neurológica não predeterminaram diferenças significativas quanto ao uso das estratégias de *coping*.

Assim sendo, sinteticamente, os resultados apontam para a existência de uma relação entre a aceitação da incapacidade e a diminuição do *distress* psicológico (Post, Witte, Asbeck, Dijk, & Schrijvers, 1998) e para uma relação positiva entre a Aceitação e o Crescimento pessoal em situação de crise, que nos

diz que esta é igualmente capaz de predizer o bem-estar emocional (Elfstrom et al., 2002a, 2002b). Interessa, ainda, salientar que idade mais jovem, elevada escolaridade e o julgamento favorável da situação financeira, apresentam um papel preponderante na maneira como os indivíduos enfrentam e se adaptam à LM.

Portanto, é possível concluir que estes sujeitos conseguem um ajustamento psicológico favorável e positivo perante as circunstâncias adversas, com níveis normais de ansiedade e depressão, mobilizando estratégias efetivas de *coping*, que permitem dar um novo sentido a essa experiência, integrando-a numa visão diferente de si e da sua vida (Kaiser & Kennedy, 2011). Deste modo, os resultados apresentados evidenciam que o otimismo e o sentimento de independência subjacentes ao Espírito lutador estão presentes nestes indivíduos e que escolaridade elevada influem na determinação destes valores e qualidades pessoais.

Considerando-se que o conhecimento e posterior estímulo das estratégias de *coping* junto de sujeitos LM, em contexto de reabilitação, possa efetivamente contribuir para a redução do nível de desajuste psicossocial e de incidência de sintomatologia depressiva e ansiosa, propõem-se às equipas de reabilitação a implementação de intervenções que destrincem crenças disfuncionais e que auxiliem na construção de comportamentos mais adaptativos e fomentadores de respostas positivas de *coping* (Vera, 2012). Destacam-se, assim, intervenções psicoeducacionais durante o programa de reabilitação, como por exemplo o uso do programa de Treino Efetivo de *Coping*, que na literatura tem demonstrado reduzir os níveis de ansiedade e depressão em sujeitos LM (Kennedy, Duff, Evans, & Beedie, 2003).

No entanto, algumas limitações devem ser identificadas e pesadas na interpretação dos resultados aqui obtidos. Destacamos: a ausência de indicadores psicométricos (na população portuguesa) de dois dos instrumentos aqui usados; o tamanho da amostra e conseqüentemente, a sua influência na distribuição do número de sujeitos pela condição sexo e tempo de lesão; uma avaliação menos precisa do comprometimento funcional e do défice neurológico destes sujeitos; e, finalmente, o facto dos resultados obtidos incluírem respostas de indivíduos que se encontram sob efeito de medicamentos sendo desconhecida qual a sua possível influência e relação com a presente investigação.



**Bibliografia:**

- Almeida, C., Ferreira, A., & Faria, F. (2011). Lesões medulares não traumáticas - Caracterização da população de um Centro de Reabilitação. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 20 (1), 34-37.
- Amaral, M. T. (2009). Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. *Revista Escola Enfermagem USP*, 43 (3), 573-580.
- Amtmann, D., Bamer, A. M., Cook, K. F., Askew, R. L., Noonan, V. K., & Brockway, J. A. (Outubro de 2012). University of Washington Self-Efficacy Scale: A New Self-Efficacy Scale for People With Disabilities. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 93, 1757-1765.
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- Berto, C., & Barreto, D. (Jul./Dez. de 2011). Pessoas com lesão medular traumática: as alterações biopsicossociais e as expectativas vividas. *Unoesc & Ciência – ACHS*, 2 (2), 174-183.
- Baker, E. R., & Cardenas, D. D. (1996). Pregnancy in spinal cord injured women. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 501-507.
- Blaney, N., Goodkin, K., Feaster, D., Morgan, R., Millon, C., Szapocznik, J., & Eisdorfer, C. (1997). A psychosocial model of distress over time in early HIV-1 infection: the role of life stressors, social support and coping. *Psychology and Health*, 12, 633-653.
- Bombardier, C. H., Fann, J. R., Tate, D. G., Richards, J. S., Wilson, C. S., Warren, A. M., et al., (Maio de 2012). An Exploration of Modifiable Risk Factors for Depression After Spinal Cord Injury: Which Factors Should We Target? *American Congress of Rehabilitation*, 93, 775-781.
- Bombardier, C. H., Richards, J. S., Krause, J. S., Tulskey, D., & Tate, D. G. (2004). Symptoms of Major Depression in People With Spinal Cord Injury: Implications for Screening. *Archives Physical Medicine*, 85, 1749-56.
- Cerezetti, C., Nunes, G., Cordeiro, D., & Tedesco, S. (17 de Abril de 2012). Lesão Medular Traumática e Estratégias de Enfrentamento: Revisão Crítica. *O Mundo da Saúde*, 36(2), 316-326.
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do Suporte Social e do Coping sobre a Percepção Subjectiva de Bem-estar em mulheres submetidas a Cirurgia Cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 79-87.
- Coyne, J. C., & Racioppo, M. W. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55, 655-664.
- Craig, A., Tran, Y., & Middleton, J. (2009). Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 47,108-114.
- Cripps, Lee, Wing, Weerts, Mackay, & Brown. (2011). A global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: towards a living data repository for injury prevention. *Spinal Cord*, 49, 493-501.
- Dantas, D., Amaro, J., Silva, P., Margalho, P., & Laíns, J. (Julho de 2012).

O papel das Estratégias de Coping no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)

- Avaliação da Recuperação Funcional em Lesionados Medulares aplicando a Medida de Independência na Lesão Medular (SCIM) - Contributo para a Validação da Versão Portuguesa. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 22 (2), 20-27.
- DeVivo MJ, Black KJ, Richards S, Stover SL. (1991). Suicide following spinal cord injury. *Paraplegia*, 29, 620–627.
- DeVivo, M., Richards, J., Stover, S., & Go, B. (1991). Spinal Cord Injury. Rehabilitation adds life to years. *West journal of medicine*, 154, 602-606.
- Elfstrom, M. L., & Kreuter, M. (27 de Março de 2006). Relationships Between Locus of Control, Coping Strategies and Emotional Well-Being in Persons with Spinal Cord Lesion. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(1), 93-104.
- Elfstrom, M. L., Kreuter, M., Persson, L.-O., & Sullivan, M. (2005). General and condition-specific measures of coping strategies in persons with spinal cord lesion. *Psychology, Health & Medicine*, 231-242.
- Elfstrom, M., Kreuter, M., Rydén, A., Persson, L.-O., & Sullivan, M. (2002a). Effects of coping on psychological outcome when controlling for background variables: a study of traumatically spinal cord lesioned persons. *Spinal Cord*, 408-415.
- Elfstrom, M., Rydén, A., Kreuter, M., Persson, L.-O., & Sullivan, M. (2002b). Linkages between coping and psychological outcome in the spinal cord lesioned: development of SCL - related measures. *Spinal Cord*, 23-29.
- Elfstrom, M., Kennedy, P., Lude, P., & Taylor, N. (2007). Condition-related coping strategies in persons with spinal cord lesion: a cross-national validation of the Spinal Cord Lesion - related Coping Strategies Questionnaire in four community samples. *International Spinal Cord Society*, 420-428.
- Elliott, T., & Frank, R. (1996). Depression following spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 816-23.
- Elliott TR, Kennedy P. (2004). Treatment of depression following spinal cord injury: An evidence-based review. *Rehab Psychol*, 49,134–139.
- Elliott, T., Herrick, S., Witty, T., Godshall, F., & Spruell, M. (1992). Social Support and Depression Following Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 37 (1), 37-48.
- Elliott TR, Godshall FJ, Herrick SM, Witty TE. (1991). Problem-solving appraisal and psychological adjustment following spinal cord injury. *Cognitive Therapy and Research*, 15(5), 387-398.
- Faria, F. (2006). Lesões vértebro-medulares – a perspectiva da reabilitação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XII(1), 45-53.
- Folkman S. (2011). Stress, health, and coping: synthesis, commentary, and future directions The Oxford handbook of stress, health and coping. *New York: Oxford University Press*, 453-462.
- Galhordas, J. G., & Lima, P. A. (2004). Aspectos Psicológicos na Reabilitação. *Re(habilitar) - Revista da ESSA*,(0), 35-47.
- Galhordas, J., Lima, P., & encarnação, T. (2007). Marte: Da agressividade ao amor, A compreensão da agressividade nas pessoas com Lesão Vértebro-Medular. *Análise Psicológica*, 603-611.

- Galvin, L. R., & Godfrey, H. P. D. (2001). The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury: A review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal Cord*, 39, 615-627.
- Garrett, A., Martins, F., & Teixeira, Z. (8 de Junho de 2009). A Actividade Sexual Após Lesão Medular - Meios Terapêuticos. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 821-826.
- Garrett, A., Teixeira, Z., & Martins, F. (2007). Modelo Transaccional do Stresse: Período que Antecede ao Reinício da Sexualidade do Lesionado Vértebro - Medular. In *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais 4* Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 222-228.
- Hassanpour, K., Sabina, B., Petra, D., & Armin, C. (2012). Low depressive symptoms in acute spinal cord injury compared to other neurological disorders. *Journal of Neurology*, 259, 1142-1150.
- Hampton, NZ. (2004). Subjective well-being among people with spinal cord injuries: the role of self-efficacy, perceived social support, and perceived health. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48, 31-37.
- Hopkins, W. G. (7 de Agosto de 2006). *A Scale of Magnitudes for Effect Statistics*. Obtido em 22 de Setembro de 2013, de A New View of Statistics: <http://www.sportsci.org/resource/stats/effectmag.html>
- Kaiser, S., & Kennedy, P. (Dezembro de 2011). An exploration of cognitive appraisals following spinal cord injury . *Psychology, Health & Medicine*, 16 (6), 708-718.
- Kennedy, P., Duff, J., Evans, M., & Beedie, A. (2003). Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 239-246.
- Kennedy, Evans, & Sandhu. (Janeiro de 2009). Psychological adjustment to spinal cord injury: the contribution of coping, hope and cognitive appraisals . *Psychology, Health & Medicine* ,14(1), 17-33.
- Kennedy P, Marsh N, Lowe R, Grey N, Short E, Rogers B. (2000) A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. *British Journal of Health Psychology*, 5, 157-172.
- Kennedy, P., Lude, P., Elfstrom, M., & Smithson, E. (9 de Março de 2010). Cognitive appraisals, coping and quality of life outcomes: a multi-centre study of spinal cord injury rehabilitation. *Spinal Cord*, 48, 762-769.
- Kennedy, P., Lude, P., Elfstrom, M., & Smithson, E. (Abril de 2011). Psychological Contributions to functional Independence: A Longitudinal Investigation of Spinal Cord Injury Rehabilitation. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 92, 597-602.
- Kessler, R., Price, R., & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Lee, Cripps, Fitzharris, & Wing. (26 de Fevereiro de 2013). The global mao of traumatic spinal cord in epidemiology: update 2011, global incidence rate. *Spinal Cord*,1-7.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. *Nova York: Springer*.

- Leeuwen, C., Hoekstra, T., Koppenhagen, C., Groot, S. d., & Post, M. (2012). Trajectories and Predictors of the Course of Mental Health After Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *XX*, 1-7.
- Linsey, L., Klebine, P., & Wells, M. J. (2000). Obtido em Setembro de 2013, de UAB School of Medicine: <http://www.uab.edu/medicine/sci/uab-scims-information/sci-infosheets>
- Livneh, H. (2000). Psychosocial adaptation to spinal cord injury: the role of coping strategies. *Journal of applied Rehabilitation counseling*, *31*, 3-10.
- Livneh, H., & Martz, E. (2007). An introduction to coping theory and research. In E. Martz & H. Livneh (Eds.), *Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical, and clinical aspects*. New York: Springer, 3-28.
- Livneh, H., & Martz, E. (2011). The Impact of Perceptions of Health Control and Coping Modes on Negative Affect Among Individuals with Spinal Cord Injuries. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *18*, 243-256.
- Martins, F., Freitas, F., Martins, L., Dartigues, J., & Barat, M. (1998). Spinal cord injuries-Epidemiology in Portugal's central region. *Spinal Cord*, *36* (8), 574-8.
- Martz, E., Livneh, H., Priebe, M., Wuermsler, L. A., & Ottomanelli, L. (Junho de 2005). Predictors of Psychosocial Adaptation Among People With Spinal Cord Injury or Disorder. *Archives Physical Medicine*, *86*, 1182-92.
- Matos, Ana (2012). *Ansiedade, Depressão e Coping na Dor Crónica*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Middleton J, Tran Y, Craig A.(2007) Relationship between quality of life and self-efficacy in persons with spinal cord injuries. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, *88*, 1643–1648.
- Migliorini, C., Elstrom, M., & Tonge, B. (2008). Translation and Australian validation of the spinal cord lesion - related coping strategies and emotional wellbeing questionnaires. *International Spinal Cord Society*, 690-695.
- Muller, Peter, Cieza, & Geyh. (2012). The role of social support and social skills in people with spinal cord injury - a systematic review of the literature. *Spinal Cord*, *50*, 94-106.
- Murta, S., & Guimarães, S. (2007). Enfrentamento à lesão medular traumática . *Estudos de Psicologia*, 57-63.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (s.d.). Obtido em Julho de 2013, de NIH: <http://www.ninds.nih.gov/>
- North NT.(1999). The psychological effects of spinal cord injury: a review. *Spinal Cord*, *37*, 671–679.
- O'Connor, P. (2006). Trends in spinal cord injury. *Accident Analysis Prevention*, *38*, 71–77.
- Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 437-453.
- Oliveira, R. A. (2002). *Psicologia Clínica e Reabilitação Física - Uma abordagem psicoterapêutica da incapacidade física adquirida*. Lisboa: ISPA.

- Oliveira, R. A. (2002). Para pensar... a dor depressiva na reabilitação da incapacidade física adquirida. *Análise Psicológica*, 471-478.
- Oliveira, R. (2010). *Corpus Alienum, psicologia e trabalho psicoterapêutico na reabilitação física*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Oliveira, R. A. (Junho de 2012). Sobre a Dor e a sua erotização: contributos para a compreensão do fenómeno da dor. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 37-39.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 2-3(XIV), 263-268.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social. *Análise Psicológica*, 3 (VII), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Menezes, R., & Baltazar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225 – 237.
- Pais-Ribeiro, J., & Guterres, C. (2001). Social support and quality of life in chronic mental disease patients submitted to different housing treatment programs. *Quality of Life Research*, 10(7), 275.
- Palinkas, L., Johnson, J., & Boster, J. (2004). Social support and depressed mood in isolated and confined environments. *Acta Astronautica*, 54, 639 – 647.
- Parker, D. A., Endler, N. S., & Bagby, R. M. (1993). If it changes, it might be unstable: Examining the factor structure of the Ways of Coping Questionnaire. *Psychological Assessment*, 5, 361 – 368.
- Pereira, M., & Araujo, T. (2005). Estratégias de Enfrentamento na Reabilitação do Traumatismo Raquimedular. *Arquivo Neuropsiquiatria*; 63 (2-B), 502-507.
- Pestana, M., & Gajreiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (4ª edição)*. Lisboa: Sílabo.
- Peter, Muller, Cieza, & Geyh. (29 de Novembro de 2011). Psychological resources in spinal cord injury: a systematic literature review. *Spinal Cord* 50, 188-201.
- Pollard, C., & Kennedy, P. (2007). A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: A 10-year review. *British Journal of Health Psychology*, 12, 347-362.
- Post, M.W.M., de Witte, L.P., van Asbeck, F.W.A., van Dijk, A.J., & Schrijvers, A.J.P. (1998). Predictors of health status and life satisfaction in spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 1433–1439.
- Richards, J. S., Kewman, D. G., Richardson, E., & Kennedy, P. (2010). Spinal cord injury. In R. G. Frank, M. Rosenthal, & B. Caplan (Eds.), *Handbook of rehabilitation psychology* (9–28). Washington, DC: American Psychological Association.
- Santos, C., Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (2), 185-204.
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R., & Sarason, B. (1983). Assessing social

- support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Seidl, EMF, Troccoli, BT, Zannon, CMLC. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 17(3), 225-234.
- Shin, J. C., Goo, H. R., Yu, S. J., Kim, D. H., & Yoon, S. Y. (2012). Depression and Quality of Life in Patients within the First 6 Months after the Spinal Cord Injury. *Ann Rehabil Med*; 36, 119-125.
- Siller, J. (1969). Psychological situation of the disabled with spinal cord injuries. *Rehabilitation Literature*, 30, 290–296.
- Snaith, P. (2003). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1-4.
- Woodrich, F., & Patterson, J.B. (1983). Variables related to acceptance of disability in persons with spinal cord injuries. *Journal of Rehabilitation*, 49, 26–30.
- Woolrich, R.A., Kennedy, P., & Tasiemski, T. (2006). A preliminary psychometric evaluation of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in 963 people living with a spinal cord injury. *Psychology, Health & Medicine*, 11, 80–90.
- Wyndaele, M., & Wyndaele, J. (2006). Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? *Spinal Cord*, 44(9), 523-9.
- Van den Berg, M., Castellote, J., Mahilo-Fernandez, I., & de Pedro-Cuesta, J. (2010). Incidence of spinal cord injury worldwide: a systematic review. *Neuroepidemiology*.
- Vera, R. (2012). Resiliência, enfrentamento e qualidade de vida na Reabilitação de indivíduos com lesão medular. (Programa de Pós-Graduação Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde). Universidade de Brasília, Brasil.
- Vera, R., & Araujo, T. (2011). Enfrentamento e lesão medular: um estudo de corte transversal com pacientes em reabilitação. *Com Ciências Saúde*. 22 (3), 211-220.

## ANEXOS

## ANEXO 1 Tabelas

**Tabela 3**

*Distribuição dos sujeitos em função do quadro clínico e recurso ao psicólogo/psiquiatra.*

	Quadro Clínico			
	Tetraplegia		Paraplegia	
	Frequência	%	Frequência	%
<b>Sim</b>	5	20.0	4	11.4
<b>Não</b>	20	80.0	31	88.6
<b>Total</b>	25	100.0	35	100.0

**Tabela 4**

*Distribuição dos sujeitos em função do quadro clínico e motivo de recurso ao psicólogo/psiquiatra.*

	Quadro Clínico			
	Tetraplegia		Paraplegia	
	Frequência	%	Frequência	%
<b>Não recorreu</b>	20	80.0	31	88.6
<b>Depressão</b>	4	16.0	4	11.4
<b>Ansiedade</b>	1	4.0	-	-
<b>Total</b>	25	100.0	35	100.0

**Tabela 7**

*Análise das características descritivas e diferenças na condição Tetraplegia, da SCL-CSQ (subescalas: aceitação, espírito lutador e dependência social) por sexo.*

	Sexo feminino		Sexo masculino		<i>t</i>
	n	M(DP)	n	M(DP)	
<b>Aceitação</b>	4	3.06(.65)	21	3.01(.52)	-.17 -
<b>Esp_lutador</b>	4	3.20(.51)	21	3.38(.40)	.78 -
<b>Dep_social</b>	4	3.33(.38)	21	3.12(.44)	-.87 -

- Não significativo



Tabela 8

*Análise das características descritivas e diferenças na condição Paraplegia, da SCL-CSQ (subescalas: aceitação, espírito lutador e dependência social) por sexo.*

	Sexo feminino		Sexo masculino		t
	n	M(DP)	n	M(DP)	
Aceitação	11	2.26(.70)	24	3.11(.51)	1.1 -
Esp_lutador	11	3.34(.39)	24	3.45(.36)	.83 -
Dep_social	11	3.36(.40)	24	3.02(.59)	-1.6 -

- Não significativo

Tabela 10

*Análise das características descritivas, no grupo paraplegia, da SCL-CSQ (subescalas: aceitação, crescimento pessoal e dependência social) e variável clínica (tempo de lesão).*

	Tempo de lesão									
	3-6 meses		6-9 meses		9-12 meses		≥12 meses		≥ 2 anos	
	n	M(DP)	n	M(DP)	n	M(DP)	n	M(DP)	n	M(DP)
Aceitação	13	3.05(.58)	4	2.18(.85)	5	3.05(.32)	3	3.08(.14)	10	3.32(.33)
Espírito lutador	13	3.46(.35)	4	3.30(.34)	5	3.52(.41)	3	3.33(.50)	10	3.40(.41)
Dependência social	13	3.23(.31)	4	3.41(.50)	5	3.40(.59)	3	3.22(.69)	10	2.73(.66)

Tabela 13

*Correlação entre HADS (escalas: Ansiedade e Depressão) com a ESSS (total e subescalas: amigos, intimidade, família e atividades sociais).*

	Total (N=60)				
	Amigos	Intimidade	Família	Ativida_sociais	Total_ESSS
	r	r	r	r	r
Ansiedade	-.06	.19	-.07	.00	.01
Depressão	-.30*	.20	-.29*	.11	-.16

\*p<.05

O papel das Estratégias de Coping no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)

Tabela 14

*Correlação entre HADS (Ansiedade e Depressão) com a escala SCL-EWQ (subescalas: crescimento pessoal, desamparo e intrusão).*

Total (N=60)			
	Cresc_pessoal	Desamparo	Intrusão
	r	r	r
Ansiedade	.02	.58**	.39**
Depressão	-.12	.49**	.04

\*\*p<.01

Tabela 15

*Correlação entre SCL-EWQ (subescalas: crescimento pessoal, desamparo, intrusão) com ESSS (total e subescalas: amigos, intimidade, família, atividades sociais).*

Total (N=60)					
	Amigos	Intimidade	Família	Ativid_sociais	Total_ESSS
	r	r	r	r	r
Cresc_Pessoal	.02	.14	-.04	.12	.09
Desamparo	-.12	.31*	-.20	.19	.05
Intrusão	-.02	-.07	.14	.03	.04

\*p<.05

Tabela 19

*Correlação entre SCL-CSQ (subescalas: aceitação, espírito lutador e dependência social) e as variáveis clínicas (etiologia da lesão, nível da lesão e classificação neurológica).*

	Variáveis clínicas			
	Etiologia da lesão		Nível lesão	Classificação neurológica
	Traumática	Não Traumática	r	r
Aceitação	r	r	r	r
	-.00	-.06	.01	.06
Espírito lutador	.05	-.11	.10	-.12
Dependência social	-.11	.23	-.03	.03

- Não significativo

O papel das Estratégias de Coping no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação

Magda Santos (e-mail : magui\_santos9@hotmail.com)

**Tabela*****Distribuição dos sujeitos em função do quadro clínico no consumo de psicofármacos.***

	Quadro Clínico			
	Tetraplegia		Paraplegia	
	Frequência	%	Frequência	%
<b>Não consome</b>	12	48.0	20	57.1
<b>Antipsicótico</b>	1	4.0	1	2.9
<b>Antidepressivo</b>	8	32.0	6	17.1
<b>Ansiolítico</b>	1	4.0	2	5.7
<b>Hipnótico</b>	3	12.0	6	17.1
<b>Total</b>	25	100.0	35	100.0

## **ANEXO II**

### **Protocolo de Investigação**

## (PROCOLO DE INVESTIGAÇÃO)

---

Este documento visa esclarecê-lo(a) acerca da investigação para a qual está a ser solicitada a sua colaboração. Por favor leia com atenção, assegurando-se que compreende detalhadamente todo o seu conteúdo. Se pretender obter mais alguma informação acerca do que aqui vem mencionado ou de outro detalhe omissos neste texto, por favor sinta-se à vontade para o fazer através dos contactos fornecidos abaixo.

---

### **Título da Investigação**

O papel das Estratégias de *Coping* no processo de adaptação psicológica após lesão medular em contexto de reabilitação.

### **Objetivos da Investigação**

A investigação pretende estudar o processo de *coping* da pessoa à lesão medular, considerando em particular as variáveis preditoras do *coping* bem sucedido em contexto de reabilitação, incluindo as variáveis inerentes à lesão, as relativas ao bem-estar emocional, humor e ambiente social, como o suporte social.

### **Condições de Participação**

A participação neste estudo é totalmente voluntária.

No início será solicitada uma assinatura num formulário de consentimento informado onde o participante declara conhecer os objetivos e condições de realização desta investigação. Será entregue uma cópia assinada desse formulário.

Ainda que já tenha assinado o formulário de consentimento informado, pode desistir a qualquer momento, sem que tenha de explicar a sua decisão nem que venha a sofrer consequências dessa decisão.

Os dois momentos da recolha de dados a realizar serão diretamente marcados com a investigadora – Magda Santos – num dia e hora, previamente acordados, da conveniência dos participantes e da organização interna dos locais onde esta será realizada.

### **Critérios de participação**

A investigação destina-se a pessoas com lesão medular, de ambos os sexos, com a idade compreendida entre 18 e os 85 anos, que estejam estabilizados medicamente e realizam internamento para reabilitação no CMRCRP.

### **Confidencialidade**

Toda a informação que fornecida será tratada de forma rigorosamente sigilosa, sendo que apenas a investigadora e o responsável pela sua orientação podem ter acesso a ela. Em caso algum a identificação será revelada, nem tão pouco qualquer característica que possa ser associada ao participante.

### **Contactos**

Para obter qualquer esclarecimento adicional poderão contactar a investigadora:

Magda Santos

Mestranda da Universidade de Coimbra

918436375

[magdaroviscopais@gmail.com](mailto:magdaroviscopais@gmail.com)

## Formulário de Consentimento Informado

De acordo com os princípios orientadores da Declaração de Helsínquia (2000), serve o presente formulário para atestar que os participantes na investigação conducente à Tese de Mestrado de Magda Santos, com o título “Estratégias de Coping e Bem-Estar Emocional, numa amostra de Lesionados Medulares”, conhecem os objetivos e condições de realização da investigação para a qual está a ser solicitada a sua colaboração.

\_\_\_\_\_, declara que esta investigação lhe foi explicada, quer através de documento escrito, quer por esclarecimentos directos com a investigadora, mais afirma que tem conhecimento que a sua participação é estritamente voluntária e que pode desistir a qualquer momento sem que para tal necessite de justificar o que quer que seja.

Foi-lhe entregue uma cópia assinada deste formulário de consentimento informado.

Assinatura do Participante

Data

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura da Investigadora

Data

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## Questionário Sociodemográfico

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Idade: \_\_\_\_\_ 3. Género: M  F  4. Estado civil: - Solteiro(a)

- Casado(a)

- União de facto

- Divorciado(a)

- Viúvo(a)

5. Nacionalidade: \_\_\_\_\_

6. Profissão: \_\_\_\_\_

7. Escolaridade:

- Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>	- 10° - 12° Ano	<input type="checkbox"/>
- 1° - 4° Ano	<input type="checkbox"/>	- Licenciatura	<input type="checkbox"/>
- 5° - 6° Ano	<input type="checkbox"/>	- Mestrado	<input type="checkbox"/>
- 7° - 9° Ano	<input type="checkbox"/>	- Doutoramento	<input type="checkbox"/>

8. Caracterize a sua situação financeira, atualmente:

Mesmo nada boa  Não muito boa  Boa  Muito boa

9. Antecedentes de psicopatologia (no próprio):

Já recorreu a psiquiatra ou psicólogo? Sim  Não

Se sim, qual o motivo \_\_\_\_\_

Por quanto tempo: \_\_\_\_\_

Foi internado em consequência do problema: Sim  Não

10. Consumo de fármacos - Está atualmente a consumir alguns dos seguintes psicofármacos?

- Antipsicótico	<input type="checkbox"/>
- Antidepressivo	<input type="checkbox"/>
- Ansiolítico	<input type="checkbox"/>
- Hipnótico	<input type="checkbox"/>



**11. Quadro Clínico:** - Tetraplegia

- Paraplegia

**12. Data da lesão:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**13. Causa da lesão:**

**13.1. Traumática:**

Acidente de Viação  Acidente de Mergulho  Desporto  Arma de Fogo

Outra  Especifique: \_\_\_\_\_

**13.2. Não traumática:**

Tumoral  Infecção  Vascular  Outra  Especifique: \_\_\_\_\_

**14. Nível da Lesão:** \_\_\_\_\_

**15. Classificação ASIA:** - Completa (A)

- Incompleta (B-D)

## SCL – CSQ

Leia cada uma das frases deste questionário com atenção e para cada uma delas assinale a resposta que melhor se adequa a si. Procure ser sincero nas suas respostas.

*1 – Discordo muito*

*2 – Discordo*

*3 – Concordo*

*4 – Concordo muito*

1.	Tenho sido capaz de integrar a lesão na minha vida.	1	2	3	4
2.	A minha lesão ensinou-me a apreciar novas coisas na vida a que antes não dava importância.	1	2	3	4
3.	É importante para mim estabelecer objetivos pelos quais eu possa lutar e conseguir atingir.	1	2	3	4
4.	Devemos acreditar que as outras pessoas são capazes de nos ajudar.	1	2	3	4
5.	Tento fazer o melhor da vida, apesar da lesão.	1	2	3	4
6.	Aquilo que perdi fisicamente recuperei de outras maneiras.	1	2	3	4
7.	Recuso-me a deixar que a lesão comande a minha vida.	1	2	3	4
8.	Sentir-me-ia completamente incapaz sem a ajuda dos outros.	1	2	3	4
9.	A minha lesão ensinou-me que todos estamos dependentes uns dos outros.	1	2	3	4
10.	Tento sempre cuidar de mim o mais autonomamente possível.	1	2	3	4
11.	Penso que aceitei a minha lesão.	1	2	3	4
12.	Procuro sempre novas formas de tornar a vida mais fácil.	1	2	3	4

## SCL – EWQ

Leia cada uma das frases deste questionário com atenção e para cada uma delas assinale a resposta que melhor se adequa a si. Procure ser sincero nas suas respostas.

*1 – Discordo muito*

*2 – Discordo*

*3 – Concordo*

*4 – Concordo muito*

1.	Tornei-me mais humilde desde a minha lesão.	1	2	3	4
2.	Sinto que já não existe nenhum caminho para mim.	1	2	3	4
3.	Muitas vezes pergunto-me porque me lesionei.	1	2	3	4
4.	Sinto que não tenho controlo sobre a minha vida.	1	2	3	4
5.	Parece que ninguém compreende a minha situação.	1	2	3	4
6.	Amadureci desde a minha lesão.	1	2	3	4
7.	Desde que me lesionei é muito provável nunca deixar de me vir a sentir amargo e rancoroso	1	2	3	4
8.	Por vezes sinto vergonha da minha lesão.	1	2	3	4
9.	Sinto que valho menos que as pessoas que não estão lesionadas.	1	2	3	4
10.	Preocupo-me com o meu futuro desde a minha lesão.	1	2	3	4
11.	Sinto a minha incapacidade como um castigo não merecido.	1	2	3	4
12.	Desde a lesão sinto-me melhor comigo mesmo.	1	2	3	4

(ESSS)

(Ribeiro, 1999)

A seguir vai encontrar várias afirmações. Assinale a resposta que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se pensa muitas vezes que está só no mundo e sem apoio, deverá assinalar o número 5.

- 1- *Discordo Totalmente***
- 2- *Discordo***
- 3- *Não concordo nem discordo***
- 4- *Concordo***
- 5- *Concordo Totalmente***

1. Por vezes sinto-me só e sem apoio.	1	2	3	4	5
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	1	2	3	4	5
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	1	2	3	4	5
4. Quando preciso de desabafar encontro facilmente amigos com quem o fazer.	1	2	3	4	5
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	1	2	3	4	5
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	1	2	3	4	5
7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.	1	2	3	4	5
8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).	1	2	3	4	5
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.	1	2	3	4	5
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	1	2	3	4	5
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.	1	2	3	4	5
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	1	2	3	4	5
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	1	2	3	4	5
14. Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	1	2	3	4	5
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.	1	2	3	4	5

## EADH

(versão portuguesa, Ribeiro et al., 2007)

Este questionário pretende ajudar a perceber como se tem sentido na última semana. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve o que sentiu na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata será provavelmente a mais correta.

**1.** Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**2.** Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

**3.** Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

**4.** Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

**5.** Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

**6.** Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

**7.** Sou capaz de estar descontraído e de me sentir relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**8.** Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**9.** Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

**10.** Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:

- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

**11.** Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

**12.** Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

**13.** De repente, tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

**14.** Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca