



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

ESTADOS PSICOLÓGICOS, ESTRATÉGIAS DE COPING E QUALIDADE  
DE VIDA EM PESSOAS COM LESÃO MEDULAR NO CENTRO DE  
MEDICINA DE REABILITAÇÃO DE ALCOITÃO

Eloisa Gonçalves

**Orientador da Dissertação**

Professora Doutora Judite Corte Real

**Coordenador do Seminário de Dissertação**

Professora Doutora Judite Corte Real

**Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:**

**MESTRE EM PSICOLOGIA APLICADA**

Especialidade em Clínica

2010



## **Agradecimentos**

Este trabalho só foi possível com a colaboração de muitas pessoas, às quais, desejo os meus sinceros agradecimentos:

À professora Dr.<sup>a</sup> Judite Corte Real, por toda a disponibilidade e apoio incondicionais, concedidos durante a realização deste trabalho;

A todos os participantes desta investigação e em primeiro lugar ao seu Psicólogo que eu nem tenho palavras para agradecer e descrever todo o apoio, disponibilidade e simpatia, fundamentais para a realização deste trabalho;

À minha família, por toda a força e apoio incondicional; os meus pais, as minhas irmãs, o meu namorado;

E a todos os meus amigos que me apoiaram durante a realização deste trabalho.

## RESUMO

A presente investigação, inserida no âmbito da Psicologia Clínica, teve como objectivo um conhecimento mais profundo dos aspectos psicológicos, em adultos portadores de uma lesão vértebro-medular (L.V.M).

Na tentativa de compreensão dos factores psicológicos, o estudo incidiu sobre 21 participantes, portadores de uma lesão vértebro-medular. Os participantes do estudo foram, seleccionados no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

Para a elaboração da investigação foi feito um estudo exploratório, na qual recorreu-se ao uso de vários questionários, nomeadamente, Inventário de Beck, STAI – Escala de Ansiedade de Spielberg, Brief Cope e WHOQOL-Abreviado.

Na análise dos resultados verificou-se que a ansiedade está correlacionada positivamente com o Inventário de Beck e negativamente com a qualidade de vida de forma significativa, ou seja, perante uma menor qualidade de vida, verifica-se um maior estado de ansiedade.

**Palavras-chave:** Lesão Vértebro-medular, Aspectos Psicológicos, Processo de Reabilitação.

## ABSTRACT

This research, within the field of Clinical Psychology, aimed to a deeper understanding of the psychological aspects, in adults with a spinal cord injury (LVM).

In an attempt to understand the psychological factors, the study focused on 21 participants, patients with a spinal cord injury. Study participants were selected at the Center for Medical Rehabilitation Alcoitão.

In developing the research has been done an exploratory study, which resorted to the use of various questionnaires, including the Beck Inventory, STAI - Anxiety Scale for Spielberg, Brief Cope and WHOQOL-short.

In the analysis of results has shown that anxiety is positively correlated with the Beck Inventory and negatively with the quality of life significantly, ie before a lower quality of life, there is a heightened state of anxiety.

**Key-Words:** Spinal cord injury, Psychological aspects, Rehabilitation Process.

## Índice

Introdução	p 1-2
I – Revisão de Literatura	p 3-32
1. Definição e Caracterização de Deficiência	p 3-6
2. A Lesão Vértebro-medular	p 6-18
2.1– Definição de L.V.M.	p 6-8
2.2– A etiologia da L.V.M.	p 8-9
2.3 – Reacções psicológicas à L.V.M.	p 9-20
2.3.1 – Depressão e Ansiedade	p 9-15
2.3.2 – Importância da Intervenção Psicológica na L.V.M	p 15-18
3. Impacto da Lesão	p 19-23
4. O Processo de Reabilitação Física na melhoria da Qualidade de Vida da Pessoa com Deficiência Física	p 23-30
4.1- Conceito de Qualidade de Vida	p 23-24
4.2- A Reabilitação da Pessoa com Deficiência Física	p 24-29
5. Definição e Formulação do Problema, Objectivo e Questões de Investigação	p 29-31
5.1. Problema de Investigação	p 30
5.2. Objectivo em estudo	p 30
5.3. Questões de Investigação	p 31
II – Desenvolvimento do Trabalho Empírico	p 32-52
1. Método	p 32-43
1.1. Tipo de Estudo	p 32
1.2. Participantes	p 32-35
1.3. Instrumentos	p 35-42

1.3.1. Inventário de Beck	p 35-37
1.3.2. STAI – Escala de Ansiedade de Spielberg	p 38
1.3.3. Brief Cope	p 39-40
1.3.4. WHOQOL-Abreviado	p 41-42
1.4. Procedimento	p 43
2. Resultados	p 44 -46
3. Discussão	p 47-50
Reflexão Crítica	p 51-52
III – Referências Bibliográficas	p 53-58
IV – Anexos	p I-XIII

## **Introdução:**

O estágio curricular e o estágio pós-acadêmico no Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão, permitiram que se desenvolvesse um particular interesse na área de Reabilitação das pessoas com uma Lesão Vértebro-Medular. Através do estágio foi ainda possível compreender o quanto é difícil por vezes, aceitar e perceber a nova condição física.

No âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica é proposta a elaboração de um trabalho de investigação, uma dissertação, em que se pretende o estudo e a reflexão acerca de determinado tema.

O presente estudo apresenta como proposta de investigação os aspectos psicológicos, em adultos portadores de uma lesão vértebro-medular (L.V.M).

Quando ocorre uma situação de perda (de uma pessoa amada, de uma capacidade física, de uma parte do corpo, de um papel social ou de um bem) surgem com frequência sentimentos como a tristeza acompanhada de desmotivação e isolamento, que podem dificultar o estabelecimento da relação psicoterapêutica (Galhordas & Lima, 2004).

O problema deste trabalho resulta na seguinte questão: Será que as pessoas com lesão vértebro-medular que utilizam essencialmente estratégias de coping positivo revelam um menor estado depressivo? Que papel, têm os aspectos psicológicos, (ansiedade e depressão) evidenciados por portadores de uma lesão vértebro-medular no Processo de Reabilitação?

Na situação de L.V.M. a realidade da pessoa altera-se devido a uma lesão que deixa nele uma deficiência física. Esta deficiência tem consequências não só físicas mas também psicológicas e sociais. A pessoa vê-se obrigada a mudar vários aspectos da sua vida devido a uma limitação física que implica uma grande perda e um sofrimento subjacente. Coloca-se, portanto, a questão se todos estes factores que vêm perturbar a vida de uma pessoa com lesão medular também provocam uma alteração na maneira como a pessoa se sente.

Será que a maneira como a pessoa se sente, se encontra alterada, devido não só a uma incapacidade física, mas também por um sentimento de inferioridade e perda que surge com a instalação súbita de uma lesão vértebro-medular?

Do ponto de vista psicológico a lesão medular é caracterizada pela perda e pelo luto, o que comporta um sofrimento profundo e uma necessidade de reestruturar uma nova vida.

Existem portanto uma série de circunstâncias, tanto externas como internas, que perturbam e alteram profundamente a vida de uma pessoa com L.V.M. Coloca-se então a questão se a incapacidade física e a vivência a ela associada alteram a maneira como a pessoa vive e sente a sua nova condição física.

O Processo de Reabilitação é um momento de aprendizagem no qual o adulto portador de uma lesão vértebro-medular se vê confrontado com todas as limitações que a situação de lesão lhe provoca. Dia após dia o indivíduo tem que encarar uma nova realidade dolorosa à qual o Processo de Reabilitação o pretende adaptar (Encarnação, 2005).

Será que esta confrontação constante com as suas novas limitações corporais leva a uma alteração da maneira como a pessoa se vê e se sente a si própria?

Neste sentido parece pertinente verificar até que ponto o Processo de Reabilitação poderá influenciar a maneira como a pessoa se vê e se sente após a instalação da lesão, devido ao confronto directo que este provoca com as limitações físicas impostas pela lesão vértebro-medular.

O presente estudo começa por uma revisão teórica, na qual, é referido o que se entende por lesão vértebro-medular, o que compõe um processo de reabilitação. Nesta parte é ainda apresentado o problema, o objectivo do estudo bem como as questões de investigação.

Seguidamente ir-se-à desenvolver o trabalho empírico, com a apresentação dos resultados, referindo-se o método utilizado, o tipo de estudo, a caracterização dos participantes e dos instrumentos utilizados e o procedimento.

Por fim, segue-se a apresentação e discussão dos resultados, após a qual se apresenta a conclusão do trabalho realizado, incluindo as conclusões retiradas da análise dos resultados, as implicações práticas da investigação, as limitações do estudo e as sugestões para investigações futuras.

## **I – Revisão da Literatura:**

### **1 - Definição e caracterização de deficiência:**

Deficiência é o termo usado para definir a ausência ou a disfunção de uma estrutura psíquica, fisiológica ou anatômica. Diz respeito à biologia da pessoa. Este conceito foi definido pela Organização Mundial de Saúde (1997). A expressão pessoa com deficiência pode ser aplicada referindo-se a qualquer pessoa que possua uma deficiência (Segre & Ferraz, 1997).

O termo deficiente para denominar pessoas com deficiência tem sido posto em causa, pois o termo leva consigo uma carga negativa depreciativa da pessoa, facto que foi ao longo dos anos se tornando cada vez mais rejeitado pelos especialistas da área e em especial pelos próprios portadores. Muitos, entretanto, consideram que essa tendência politicamente correcta tende a levar os portadores a uma negação da sua própria situação e a sociedade ao não respeito da diferença. Actualmente a palavra é considerada como inapropriada, e pode promover, segundo muitos estudiosos, o preconceito em detrimento do respeito ao valor integral da pessoa (OMS, 1997).

Há muito tempo que a existência da deficiência mental e de indivíduos portadores de diferenças físicas, mentais e comportamentais têm merecido o interesse das pessoas, embora o seu estudo, análise e investigação seja um fenómeno social recente.

“World Health Organization (A Organização Mundial de Saúde -OMS), (1997) entende a saúde como "um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou dor". Nesta definição, a "saúde mental" é entendida como um aspecto vinculado ao bem-estar, à qualidade de vida, à capacidade de amar, trabalhar e de se relacionar com os outros. Ao defini-la nesta perspectiva positiva, a OMS convida a pensar na saúde mental “muito para além” das doenças e das deficiências mentais” (Segre & Ferraz, 1997).

A Psicologia apenas começou por estudar as diferenças individuais de forma sistemática a partir dos finais do século XIX (Eysenck, 1994). Existem variadíssimas conceptualizações e descrições terminológicas referentes à pessoa portadora de deficiência mental, que corporizam as atitudes e convicções de cada época em que se enquadram. Termos como “imbecis”, “idiotas”, “loucos”, “limitados”, “inadaptados”,

“atrasados” e que hoje, num contexto social e cultural mais humanista, tendem a dar lugar a designações com “crianças com necessidades educativas especiais” (Warnock, 1978) ou “alunos com dificuldades intelectuais” (Mirabail, 1992).

A deficiência mental é um fenómeno multifacetado, no qual, o conhecimento do desenvolvimento do ciclo da vida do indivíduo é crucial para a compreensão dos problemas e das necessidades envolvidas.

Na Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Organização Mundial da Saúde, 1997) o atraso mental é referido como uma das deficiências da inteligência que juntamente com as deficiências da memória e do pensamento constituem as deficiências intelectuais, ou seja, segundo a OMS a Deficiência (aspecto médico) é uma situação intrínseca que se define em termos anatómicos como “uma perda ou anomalia transitória ou definitiva de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica”. A Incapacidade (aspecto funcional) é definida como “diminuição ou perda da possibilidade de executar uma actividade na forma ou nas condições consideradas normais”. A Desvantagem (aspecto social) é “resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade que limita o sujeito no desempenho do seu papel, em função do sexo, idade ambiente cultural e social”.

“...Saúde mental é um estado de boa adaptação, com uma sensação subjectiva de bem-estar, prazer de viver e uma sensação de que o indivíduo está a exercer os seus talentos e aptidões” (Mirabail, 1992).

Segundo este mesmo autor, o conceito de saúde mental deve envolver o homem no seu todo biopsicossocial, o contexto social em que está inserido assim como a fase de desenvolvimento em que se encontra. Neste sentido, podemos considerar a saúde mental como um equilíbrio dinâmico que resulta da interacção do indivíduo com os seus vários ecossistemas, ou seja, o meio interno e externo; as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares.

Na literatura psicológica, sobretudo na área do stress, verifica-se que têm sido realizadas algumas investigações sobre a influência dos factores psicossociais na saúde e na doença mental e sobre os mecanismos que podem levar essas variáveis a contribuir para o desenvolvimento e manutenção de comportamentos inadequados.

A definição de saúde da OMS está ultrapassada por que ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social. Mesmo a expressão "medicina psicossomática", encontra-se superada, eis que, graças à vivência psicanalítica, percebe-se a inexistência de uma

clivagem entre mente e soma, sendo o social também inter-agente, de forma nem sempre muito clara, com os dois aspectos mencionados (Segre & Ferraz, 1997).

Percebe-se então que, desde a sua origem, saúde mental e psicanálise configuram-se como campos distintos, o primeiro tem por meio o homem determinado pela supremacia da razão e o segundo funda-se ao descentrar o homem da sua razão, quando Freud o desvela como determinado pelo inconsciente. Assim, de acordo com os seus próprios fundamentos, saúde mental e psicanálise só poderão ter também concepções bastante diferentes sobre o psíquico.

A loucura ou insânia é segundo a psicologia, uma condição da mente humana caracterizada por pensamentos considerados "anormais" pela sociedade. É resultado de doença mental, quando não é classificada como a própria doença. A verdadeira constatação da insanidade mental de um indivíduo só pode ser feita por especialistas.

Hegel, afirmou que a loucura não seria a perda abstracta da razão: "A loucura é um simples desarranjo, uma simples contradição no interior da razão, que continua presente". A loucura deixou de ser o oposto à razão ou à sua ausência, tornando possível pensá-la como "dentro do sujeito", a loucura de cada um, possuidora de uma lógica própria. Hegel tornou possível pensar a loucura como pertinente e necessária à dimensão humana, e afirmou que só seria humano quem tivesse a virtualidade da loucura, pois a razão humana só se realizaria através dela.

Finalmente, para tecer considerações sobre a mencionada "unilateralidade" da definição da OMS, há que se discutir o conceito de "qualidade de vida". O que é "qualidade de vida"? Dentro da Bioética, do conceito de autonomia, entende-se que "qualidade de vida" seja algo intrínseco, só possível de ser avaliado pelo próprio sujeito. Dá-se prioridade à subjectividade, uma vez que, de acordo inclusive com o conceito de Bion (1967), a realidade é a de cada um. Não há rótulos de "boa" ou "má" qualidade de vida.

Mas, o que é doença? Não é ela, liminarmente, apenas um conceito estatístico, considerando-se doentes (físicos, mentais ou sociais) todos os que se situarem fora da assim chamada "normalidade"?

A própria noção da doença mental, como bem demonstrou Foucault (1972) foi constituída historicamente.

E, concluindo, dentro desse enfoque, não se poderá dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?

A doença mental deve ser entendida com a mesma naturalidade com que encaramos uma outra patologia, sem conotações e estigmas. Todos nós, eventualmente, estamos sujeitos a ter problemas do foro psicológico, mais ou menos graves.

Relativamente à Deficiência física é o nome dado a características dos problemas que ocorrem no cérebro ou sistema locomotor, e que levam a um mal funcionamento ou paralisia dos membros inferiores e/ou superiores.

A deficiência física pode ter várias etiologias, entre as principais estão os: factores genéticos, factores virais ou bacterianos, factores neonatal, factores traumáticos (especialmente os medulares).

As pessoas com deficiência de ordem física ou motora necessitam de atendimento fisioterapêutico, psicológico a fim de lidar com os limites e dificuldades decorrentes da deficiência e simultaneamente desenvolver todas as possibilidades e potencialidades.

## **2 – Lesão Vértebro – Medular – L.V.M:**

### **2.1 – Definição de L.V.M.:**

É uma lesão provocada por traumatismo ao nível da coluna vertebral, que não permite que a informação cerebral passe na zona atingida e chegue ao músculo. Origina frequentemente paraplegia ou tetraplegia, acompanhadas por perda de sensibilidade e dificuldades no controlo esfíncteriano. No caso das lesões mais altas, podemos acrescentar ainda problemas respiratórios e hipotonia muscular (Abreu & Ramos, 2007).

É um tipo de lesão muito antiga, já muito conhecida e estudada, mas cujos estudos mais intensos surgiram após a 2ª Guerra Mundial. Podemos dividir a coluna em 4 áreas distintas, nomeadamente, cervical, dorsal, lombar e sagrada (Magalhães, 2005).

As Causas da Lesão podem ser por um lado, traumáticas, ou seja, são o tipo de causas mais frequentes e representam cerca de 70% das lesões medulares; destes 70%, 45% são resultantes de acidentes de viação; os restantes correspondem a quedas de natureza diversa; feridas por bala ou qualquer tipo de arma branca; acidentes de mergulho, desportos. Por outro lado podem ser, não traumáticas, ou seja, representam cerca de 30% das lesões medulares; é um conjunto de causas múltiplas, das quais vamos referenciar as mais importantes, de ordem médica ou cirúrgica: origem vascular; infecções; compressão muscular; complicações do estado pós-operatório (Faria, 2006).

Dependendo do tipo de agressão, a natureza da lesão pode ser: lesão completa; quando não existe nenhuma função motora ou sensitiva abaixo do nível da lesão (paralisia); lesão incompleta: quando existe alguma função residual, motora ou sensitiva abaixo do nível da lesão (parésias), (Abreu & Ramos, 2007).

Existem vários tipos de lesões, designadamente, paraplegia, ou seja, lesões medulares abaixo da T2; é a paralisia completa de duas extremidades simétricas, especialmente de ambas as pernas e afecção do tronco dependente do nível da lesão. Tetraplegia, ou seja, lesões medulares até T1, quando a paralisia atinge os 4 membros (Faria, 2006).

Relativamente à Recuperação – Prognóstico, esta depende muito do facto de ser uma lesão completa ou incompleta. No caso de ser uma lesão completa, existe uma maior dificuldade de recuperação; se no período compreendido entre 3 semanas e 2 meses não se verificar nenhuma recuperação, podemos considerar a lesão como definitiva. No caso de ser uma lesão incompleta, existe uma menor dificuldade de recuperação; é necessário esperar o resultado de 3 avaliações sensitivo-motoras, realizadas com 2 meses de intervalo; se entre elas existir melhorias significativas podemos considerar a lesão estabilizada/definitiva (Magalhães, 2005).

Contudo podem surgir algumas complicações, retardando todo o processo de recuperação, como por exemplo, escaras (devido a uma manutenção de uma posição diária); retracções (provenientes de um desequilíbrio muscular entre agonistas e antagonistas); fracturas; espasticidade; bronquite e outros obstáculos pulmonares; complicações intestinais; hipotensão; problemas ao nível da regulação térmica e dores (Faria, 2006).

Para Greve & Amatuzzi (1999), a L.V.M surge como uma grave síndrome neurológico incapacitante, caracterizada por alterações de motricidade, da sensibilidade superficial e profunda, bem como distúrbios neurovegetativos dos segmentos do corpo localizados abaixo da lesão.

Estes mesmos autores, referem que no que concerne ao nível e extensão da lesão, parece existir uma ligeira maior ocorrência de tetraplegias e um progressivo aumento de lesões incompletas, em parte explicado pela melhoria qualitativa dos primeiros cuidados de emergência. Contudo, estes valores contrariam os dados obtidos

num estudo efectuado por Cardoso (2006), referindo dados que revelam um maior número de paraplegias (62. 8%) e de lesões completas (59%), numa amostra de 1379 participantes, (cit. por Abreu & Ramos, 2007)

## **2.2 – A etiologia da L.V.M:**

A etiologia é assim diversa, podendo identificar--se causas médicas (por exemplo, degenerativas, vasculares, neoplásicas, infecciosas) ou traumáticas (quedas, acidentes de viação, acidentes relacionados com a prática desportiva, acidentes por arma de fogo, entre outros). A idade tem uma influência considerável na etiologia das lesões medulares; nos grupos etários abaixo dos 40 anos, o traumatismo é a causa da lesão medular em mais de 85% dos casos. São os indivíduos jovens do sexo masculino os mais expostos (Faria, 2006).

Do ponto de vista etiológico, existem autores que apontam três grandes grupos de causas de L.V.M.: traumáticas, congénitas e degenerativas. No entanto podemos abreviar esta categorização, falando apenas em causas traumáticas e não traumáticas (Schmitz, 1993), (Abreu & Ramos, 2007).

A lesão medular atinge indivíduos jovens numa fase activa da vida, podendo condicionar graves incapacidades. Na maioria dos casos a etiologia é traumática, constituindo os acidentes de viação a sua principal causa. No quadro clínico da lesão medular podemos considerar uma fase inicial de choque medular, em que existe uma paralisia flácida e retenção urinária e fecal; progressivamente inicia-se a fase de automatismo medular com retorno de algumas actividades reflexas da medula. Através do exame neurológico é possível muito precocemente estabelecer o prognóstico motor e funcional e planificar o programa de reabilitação (Faria, 2006).

Das múltiplas formas de incapacidade que podem atingir o ser humano, a lesão medular é sem dúvida uma das mais dramáticas. Se pensarmos na importância fisiológica da medula, não só como transmissor de impulsos e mensagens do cérebro para todas as partes do corpo, e vice-versa, mas também como um centro nervoso em si próprio, controlando funções como postura, micção, intestino, função sexual, respiração e regulação térmica, apercebemo-nos das consequências que uma lesão a este nível poderá ter (Magalhães, 2005).

A interrupção da passagem de informação resulta em incapacidades funcionais importantes abaixo da zona lesada. A intervenção da reabilitação é dirigida a avaliar e manter o funcionamento dos múltiplos órgãos e sistemas, restaurar ou substituir as funções perdidas com o objectivo final de reintegrar o indivíduo na sociedade. É fundamental estabelecer, o mais precocemente possível, um prognóstico funcional, de forma, a que o doente e a sua família possam investir na obtenção de objectivos realistas e iniciar desde logo o planeamento da sua reinserção social (Faria, 2006).

Através do exame neurológico é possível determinar o nível sensitivo e o nível motor, pela avaliação de pontos-chave para a sensibilidade (ao tacto e à picada) e de músculos chave para a mobilidade (nos membros superiores e nos membros inferiores). Se a alteração das funções motora e/ou sensitiva se verificar no segmento cervical estamos perante uma tetraplegia por envolvimento dos quatro membros; se existir perda ou alteração neurológica nos segmentos dorsal, lombar ou sacrado, a lesão decorrente é classificada como paraplegia (Abreu & Ramos, 2007).

Considera-se que uma lesão é completa na ausência de função motora e sensitiva no segmento sacrado mais inferior; se existir preservação parcial das funções motora e/ou sensitiva abaixo do nível neurológico, considera-se a lesão incompleta (Faria, 2006).

A lesão medular resulta em alterações da função motora, sensitiva e autonómica nos segmentos situados abaixo do nível de lesão. O quadro clínico depende da fase de evolução da lesão, da sua localização e ainda do tipo de lesão (completa ou incompleta) (Faria, 2006).

## **2.3 – Reacções psicológicas à L.V.M:**

### **2.3.1 – Depressão e Ansiedade:**

A depressão como entidade psicopatológica nem sempre surge como reacção psíquica do indivíduo. Surgem sobretudo, os sentimentos depressivos que são verbalizados pelo paciente no decurso do trabalho de luto, (Galhordas & Lima, 2004), havendo casos em que a tonalidade depressiva se pode estender em termos temporais e mesmo constituir-se como uma base predominante da estrutura da personalidade do indivíduo (Oliveira, 2001).

O estado depressivo é uma vivência profunda, onde a existência da pessoa torna-se, muitas vezes, vazia e sem qualquer perspectiva. Percebe-se a vida, de uma forma

mais negativa, diferente do habitual. Os pensamentos negativos invadem a mente, numa lente obscura que lhe tira todo o colorido.

A pessoa, quando deprimida, apresenta baixa auto-estima, dificuldade em lidar com as frustrações, pouca tolerância ao stress e imaturidade emocional. Situações vitais como luto, doenças crónicas, relacionamentos conflituosos e outros podem ajudar a piorar o quadro depressivo.

A depressão caracteriza-se por uma derrota antecipada, pois o depressivo realiza uma contínua desistência, um recuo perante a realização do desejo. Ao mesmo tempo e parecendo paradoxal, na depressão existe muitas vezes uma certa esperança ou crença ilusória na realização desejada contra a evidência dos factos, que leva a pessoa a arrastar-se numa existência de perda.

Por outro lado, a tristeza e alguns estados de humor depressivos menos graves podem constituir-se como reacções adequadas a problemas pessoais, sociais, entre outros.

A ansiedade faz parte do quadro clínico da depressão e está associada de forma variável às alterações de humor e aos estados depressivos. Podemos, assim, dizer que todos os que têm depressão sofrem de ansiedade, mais ou menos pronunciada (Wolpert, 1999).

A ansiedade por sua vez, é um problema psicológico que se traduz por um sentimento de insegurança, ou, medo sem fundamento real. Todos nós somos ansiosos em determinado momento da vida sem que isso seja patológico. Existem contudo diferentes graus de ansiedade.

É necessário saber que a ansiedade é no início, uma reacção normal, um sinal de alarme do organismo perante certos acontecimentos da vida quotidiana. Se ela está controlada, a ansiedade actua sobretudo como estimulante.

A ansiedade faz parte do quadro clínico da depressão e está associada de forma variável às alterações de humor e aos estados depressivos. Podemos, assim, dizer que todos os que têm depressão sofrem de ansiedade, mais ou menos pronunciada (Laíns, Oliveira, et al. 1993).

Por outro lado, podemos afirmar que a maioria das pessoas em que a ansiedade se manifesta num grau elevado podem acabar num estado depressivo (Galhordas & Lima, 2004).

A ansiedade é um produto do estado de desamparo psíquico vivido, reproduzido no decurso do desenvolvimento, e experienciado várias vezes, ao longo da

vida. Por outro lado podemos afirmar que a maioria das pessoas em que a ansiedade se manifesta num grau elevado podem acabar num estado depressivo (Wolpert, 1999).

Estando presente em todos os seres humanos é, também, perante diferentes circunstâncias da vida, que se manifesta de diferentes maneiras. Desde a simples inquietação, até a uma angústia, ou mesmo pelo terror.

Quando é que a Ansiedade se torna patológica?

Em algumas pessoas, a ansiedade acaba por se manifestar numa forma anormal, e com regularidade: ou é um estado de ansiedade permanente, sem razão nenhuma aparente, que está instalada, ou porque a intensidade e o tipo de respostas face à situação vivenciada estão bastante desadequadas.

Torna-se um sintoma psicopatológico quando paralisa a actividade normal ou o quotidiano numa pessoa, ou quando tende para o seu aniquilamento.

A ansiedade é um produto do estado de desamparo psíquico vivido, reproduzido no decurso do desenvolvimento, e experienciado várias vezes, ao longo da vida. Pode, entretanto, transformar-se e evoluir para quadros de ansiedade patológica, sendo as causas as mais diversas, geralmente encobertas por aspectos associados a outras perturbações mentais (Wolpert, 1999).

Pareceu-nos relevante trabalhar a distinção das situações de luto e depressão nas pessoas com L.V.M, na medida em que no contexto hospitalar estas duas situações por vezes se confundem. A compreensão da distinção entre luto e depressão pode ser um factor útil na abordagem de reabilitação à pessoa com L.V.M.

A capacidade de fazer um trabalho de luto é um sinal de boa saúde mental (Matos, 2001).

O luto é uma reacção normal à perda de um objecto importante, constituindo uma fase transitória e necessária da readaptação do investimento a novos objectos. Por outro lado, a depressão é a reacção de uma personalidade marcada pela extrema dependência ao objecto perdido (Matos, 2001).

Oliveira (2001) considera que o sucesso do trabalho de luto depende essencialmente de factores como a capacidade de funcionamento mental do sujeito.

Galhordas & Lima (2004) refere que as reacções de luto são necessárias para a aceitação futura da perda e readaptação.

É essencial não esquecer a especificidade de cada um, bem como o que este sofrimento diz para si e para quem o rodeia. E acima de tudo é importante ter

consciência de aprender a viver com aquilo que ficou conservado e saber compensar ou substituir as capacidades que se perderam.

Assim, no Luto e Depressão assiste-se a uma reacção com algumas semelhanças no plano dos sinais e sintomas, reacção esta desencadeada pela perda de um objecto privilegiado (pessoa, parte do corpo, perda de funções físicas, perda de estatuto social, etc.).

O Luto é definido como uma reacção normal à perda de um objecto importante, constituindo uma fase transitória e necessária da readaptação do investimento a novos objectos (Galhordas & Lima, 2004).

Por outro lado, a Depressão é a reacção de uma personalidade marcada pela extrema dependência ao objecto perdido (Matos, 2002).

Na depressão há uma intolerância e uma susceptibilidade particularmente intensas à perda do objecto, porque este é do tipo funcional ou complementar (um instrumento ou um prolongamento do próprio), ou seja, a pessoa sente ao perdê-lo que se destaca e afasta uma parte essencial de si mesmo (Galhordas & Lima, 2004).

Contextualizando estes aspectos para a situação de L.V.M., a pessoa que consegue fazer o luto, sente que apesar de ter perdido capacidades físicas, na sua essência, continua a mesma. Por outro lado, a perda de capacidades físicas pode ser sentida pela pessoa como algo que a descaracteriza, surgindo portanto a depressão (Laíns, Oliveira, et al. 1993).

Na depressão o factor essencial é o recalçamento do desejo ou fantasia (do projecto), condicionando uma perda de perspectiva existencial, uma amputação da realização pessoal. O que o indivíduo perdeu não foi uma realidade existente, mas sim uma realidade desejada e fantasiada, projectada e programada. A pessoa está triste, não por aquilo que perdeu de concreto, mas por aquilo que não realizou. Deste modo, não é uma perda do passado (como se verifica no luto), mas sim uma perda do futuro (Galhordas & Lima, 2004).

Pelo contrário, no luto, a tristeza vem na sequência da aceitação da perda, da compenetração da realidade dos factos de que está realmente perdida a possibilidade de realizar o projecto ambicionado.

A compreensão destes aspectos na situação de L.V.M., passa por perceber que antes da lesão, a pessoa tinha um projecto de vida coerente com as suas capacidades físicas. A situação de lesão, a maior parte das vezes torna impossível a realização deste projecto. Assim, a pessoa que é capaz de fazer o luto, é capaz de, a dado momento, se

adaptar à perda de capacidades físicas e à impossibilidade de realizar o projecto passado, o que a conduz à elaboração de um novo projecto coerente com as capacidades actuais. Por outro lado, a pessoa que se deprime, é a maior parte das vezes incapaz de aceitar a perda de capacidades ou a impossibilidade de realizar aquilo que tinha planeado e desejado por tanto tempo. A pessoa deprimida continua agarrada ao projecto de vida passado, logo não é capaz de elaborar um novo, vive num desejo impossível de realizar (Galhordas & Lima, 2004).

Um factor essencial da distinção entre luto e depressão consiste assim, na natureza da perda (Matos, 2001).

A pessoa que faz um luto perde o objecto de amor (morte ou retirada de pessoas significativas). Pelo contrário, na depressão ocorre uma perda do amor do objecto (perda de afecto pelo indivíduo por parte de pessoas significativas).

Nas L.V.M., estes aspectos podem ser compreendidos se percebermos que a pessoa capaz de fazer o luto sente que as pessoas significativas que a rodeiam não vão deixar de a amar. Pelo contrário, a pessoa que se deprime pode sentir que por ter perdido capacidades físicas, deixa de ser merecedora do amor das pessoas que a rodeiam.

Não há depressão sem culpa e sobretudo sem inferioridade porque a perda de amor do objecto provoca uma baixa de auto-estima. E nisto se distingue do luto, em que não há perda de auto-estima (Laíns, Oliveira, et al. 1993).

Nas pessoas com L.V.M. por vezes surge culpabilidade em relação à situação de lesão, associada a sentimentos de inferioridade por terem perdido capacidades físicas. Na situação de depressão ocorre uma baixa de auto-estima, ou seja, a pessoa vai desvalorizar-se, sentindo que não é capaz de realizar o que se propõe, e também que não é merecedora da atenção e do amor dos outros. Por outro lado, na situação de luto, apesar de existirem sentimentos de inferioridade, não ocorre uma significativa baixa de auto-estima, ou seja, a pessoa continua a sentir que é capaz de realizar o que se propõe e que os outros continuam a gostar dela (Galhordas & Lima, 2004).

Na depressão surgem sintomas de desânimo, tristeza, inferioridade e culpa, bem como perda de interesse ou prazer em quase todas as actividades (Wolpert, 1999; Matos, 2001). O sintoma característico é o abatimento, a apatia e a desmotivação, enquanto que no luto é a tristeza.

As pessoas com L.V.M. que estão a realizar o processo de luto pela perda de capacidades, podem estar tristes, revoltadas, sem apetite, com insónias ou mesmo com

alguma necessidade de se isolarem, no entanto estes sintomas são circunscritos no que respeita à sua intensidade e à sua durabilidade no tempo. Continua a existir um interesse pelas coisas que as rodeiam, bem como motivação para a reabilitação física e para a elaboração de um projecto de vida coerente com as capacidades actuais (Galhordas & Lima, 2004).

Matos (2002) considera que na depressão é necessário que a pessoa se liberte da perda que teve no passado e que a retém, o que só poderá acontecer se pensar na mesma, enfrentando a dor mental que ela lhe causa, mas podendo a partir daí construir um projecto de vida que lhe permite por em prática os seus desejos e fantasias.

Considerando as características do luto e da depressão, pensamos que é importante destacar que na situação de luto, não estando comprometido o equilíbrio psicológico, estas reacções constituem-se como essenciais para a elaboração mental da perda, na medida em que são adequadas à situação, permitindo uma maior consciencialização e por consequência uma maior síntese e integração dos múltiplos aspectos que lhe estão associados. Desta forma, é essencial que a pessoa possa sofrer e tolerar a frustração, pois só assim ela pode crescer psicologicamente e estar preparada para orientar a sua vida. Tolerar a frustração e suportar o sofrimento é importante não só nas situações de reabilitação, mas também na saúde mental e no crescimento do ser humano nas diversas etapas da sua vida (Galhordas & Lima, 2004).

O processo de luto tem um lugar importante na perda de capacidades. Uma vez que perante a perda de algo afectivamente valorizado, o indivíduo realizaria um trabalho de luto, durante o qual, o exame da realidade lhe mostra que o objecto já não existe (neste caso específico diz respeito ao facto de se ter perdido uma função que por sua vez influencia o aspecto funcional do corpo), levando o indivíduo a retirar progressivamente o investimento libidinal do mesmo. É importante salientar que processo de luto não se realiza imediatamente e sem sofrimento (Galhordas & Lima, 2004).

A reacção de luto, considerada equilibrada, adaptada e necessária à elaboração da perda real de capacidades, não compromete de forma significativa o equilíbrio psicológico da pessoa, pois esta continua a investir na sua reabilitação ao mesmo tempo que reorganiza o seu projecto de vida.

Na depressão, a pessoa manifesta dificuldades em enfrentar a realidade, comprometendo, por isso, o seu equilíbrio psicológico e o processo de reabilitação.

Tanto no luto como na depressão, a intervenção psicológica deve possibilitar que a pessoa pense na perda que sofreu, enfrentando a dor mental que esta lhe causa, de modo a construir um projecto de vida e investir no processo de reabilitação.

É importante que a pessoa possa estar triste, tendo capacidade para tolerar a sua frustração, o que lhe permite uma maior consciencialização da situação.

A aceitação do sofrimento do outro, por parte dos técnicos de saúde, ajuda a pessoa a suportar a dor psicológica.

A situação de luto não é considerada psicopatológica. No entanto, uma intervenção psicológica poderá ajudar ao processo de luto.

Na depressão, torna-se necessário um acompanhamento psicológico, e muitas vezes psiquiátrico, de modo a proporcionar uma maior contenção da dor mental.

Por outro lado, as pessoas com L.V.M. em situação de depressão apresentam estes sintomas com uma intensidade e durabilidade maiores. Adicionalmente apresentam um desinvestimento geral pelas coisas e pessoas que as rodeiam, pela sua reabilitação física, e uma incapacidade de elaborar um novo projecto de vida.

A diminuição do sofrimento físico e emocional conseguida através de um tratamento adequado a cada caso, permite a melhoria da sua qualidade de vida, bem como um maior investimento no seu próprio projecto de reabilitação.

### **2.3.2 – Importância da Intervenção Psicológica na L.V.M:**

“As percas de capacidades significam essencialmente, e a um nível fundamental, “ percas” de aspectos do próprio ego, destruturando os relacionamentos a múltiplos níveis” (Oliveira, 2002; p473).

“ A ocorrência repentina de deficiências e incapacidades físicas e mentais, capazes de alterar o curso de vida e ameaçar a própria existência, traduz-se quase sempre por um impacto emocional catastrófico para o sujeito que a vive” (Oliveira, 2001, p59).

A L.V.M. representa um ataque a múltiplas áreas de funcionamento e não apenas à componente física. Assim, para além de alterações no aspecto físico e funcionamento corporal, pode também implicar a alteração de planos futuros, o que pode provocar uma mistura de sentimentos inquietantes, tais como, ansiedade, tristeza, desamparo, incerteza (Oliveira, 2002).

“Um acontecimento como este (...) pode causar um sofrimento por vezes brutal. Este fenómeno resulta de conflitos psíquicos envolvendo dimensões como a percepção do self, auto-estima, a capacidade de lidar com as perdas (físicas, funcionais ou outras) e a percepção dos processos relacionais. O sofrimento não se limita à dor física, decorrendo da violação da integridade da própria pessoa (Langer, 1994) como um todo, e não somente da agressão ao corpo ou às funções por si usualmente desempenhadas” (Oliveira, 2002; p473).

As situações de perda, despertam muitas vezes, sentimentos como a tristeza acompanhada de desmotivação e isolamento, que podem dificultar o estabelecimento da relação psicoterapêutica (Galhordas & Lima, 2004).

“Danos físicos podem então ocasionar distúrbios emocionais, perda de identidade e baixa de auto-estima” (Oliveira, 2002; p473).

“Perante a lesão medular existe um sofrimento inerente que leva a que haja inúmeras modificações na vida, nomeadamente: na relação da pessoa consigo própria; nas relações de intimidade (relações familiares, relações conjugais – sexualidade, relações de amizade); nas relações sociais” (Queiroz, 1991).

Na situação de L.V.M, na qual as pessoas se confrontam com situações de perda e frustração significativas, é frequente a vivência de sentimentos/ comportamentos agressivos. Sendo por isto, muito importante perceber o que é que determinada pessoa pretende comunicar através do comportamento agressivo. É necessário que haja um distanciamento face à agressividade para que se possa perceber que muitas vezes ao serem agressivas as pessoas nos estão a pedir ajuda.

Na situação de L.V.M., é usual as pessoas sentirem uma grande revolta, estando esta associada a reacções como a ansiedade, a irritação, a falta de esperança e a tristeza.

A expressão desta revolta encontra-se associada a uma maior consciência real da lesão, constituindo também uma reacção mais adaptada à perda (Galhordas & Lima, 2004).

No Serviço de Lesões Vértebro-Medulares (L.V.M), é frequente encontrarem-se pessoas que vivem com a perda de capacidades físicas, estando por isso, muito presente, o sentimento de tristeza. No entanto, nem sempre a tristeza é sinónimo de depressão (Galhordas & Lima, 2004).

É impressionante como algumas destas pessoas constroem uma espécie de distanciamento afectivo relativamente ao sofrimento inerente à elaboração mental da parte depressiva.

A diminuição do sofrimento físico e emocional conseguida através de um tratamento adequado a cada caso, permite a melhoria da sua qualidade de vida, bem como um maior investimento no seu próprio projecto de reabilitação (Queiroz, 1991).

Relativamente ao trabalho do psicólogo, no Centro, este tem como função ajudar no trabalho do luto. O luto de capacidades perdidas e o luto de alguém que apesar de diferente fisicamente, se mantém o mesmo. É nesta transformação que se assume que o processo terapêutico é essencial, ajudando a pessoa a pensar-se a si própria, no que foi, no que é e no que poderá ser, como também ajudar a pessoa a pensar e lidar com as suas emoções e com a sua situação (Queiroz, 1991).

É com todo este sofrimento que o psicólogo tem de lidar e onde os aspectos contra-transferenciais assumem um papel importante, pois irão ajudar ou não numa melhor intervenção por parte deste. Este acompanhamento não é obrigatório, o sujeito só vai se quiser, apesar de haver situações em que este é mais necessário e benéfico para alguns sujeitos do que para outros. Quando assim o é, o psicólogo intervém e aconselha o acompanhamento (Queiroz, 1991).

Assim, o psicólogo que trabalha nesta área, tem como principais tarefas, entender se a pessoa está consciente ou não da sua limitação; perceber se as reacções de tristeza, revolta, medo, são adequadas ou não à situação; motivar a pessoa para organizar e melhorar a sua vida; identificar se a pessoa sente ou não o apoio emocional da família (Queiroz, 1991).

No que diz respeito à intervenção, o trabalho do psicólogo é ajudar a perceber e a reorganizar a vida de cada pessoa à sua maneira. Neste sentido o psicólogo sugere ou não acompanhamento psicológico, consoante a necessidade e motivação de cada pessoa (Queiroz, 1991).

Existem diferentes tipos de intervenção psicológica, nomeadamente, acompanhamento psicológico individual; psicoterapia de apoio; consulta de disfunção sexual e acompanhamento à família (Queiroz, 1991).

Cabe à equipa multidisciplinar de reabilitação, ajudar a pessoa nas várias vertentes que esta necessita e cabe ao psicólogo, ajudar a pessoa a elaborar a perda de capacidades físicas, através de um processo de luto de um corpo íntegro, reinventando-se na sua identidade (Galhordas & Lima, 2004).

A intervenção psicológica em indivíduos com L.V.M. centra-se em ajudar a pessoa a fazer o teste da realidade em relação aos aspectos da sua vida que devem ser reorganizados; encontrar estratégias e alternativas para a pessoa se adaptar, tendo em

consideração o tempo e o ritmo particular da mesma. A intervenção psicológica em reabilitação passa por valorizar as pequenas vitórias do doente, ou o que ele vai conseguindo fazer ao longo da sua recuperação física (Queiroz, 1991).

Para que o psicólogo possa ajudar a pessoa é necessário conseguir lidar com a situação de agressividade, percebendo a intensidade e durabilidade deste sintoma e a sua adequação a determinada situação, compreendendo também o tipo de personalidade de quem a vive. É também importante que o psicólogo perceba quais as situações de frustração a que a agressividade está associada e qual a função da agressividade para aquela pessoa (Galhordas & Lima, 2004).

Muitas vezes, existe um repúdio por parte destes doentes em aceitar a cadeira de rodas, ou melhor, em pensarem que podem ficar assim, o que faz com que, estes doentes concebam ideias de que existe um grande inimigo (a enfermidade física), da qual, é necessário defender-se ou fugir, criando deste modo um elo de ligação entre a sua pessoa e o seu corpo doente (Galhordas & Lima, 2004).

O físico e o psicológico são indissociáveis e interdependentes, por isso é necessário ter em conta a pessoa como um todo. Logo, é fundamental abordar os aspectos psicológicos das pessoas com lesão vértebro-medular. Temos de ter em conta segundo Aragão (2000) que a problemática psicológica relacionada com a vivência de uma incapacidade física depende sobretudo do indivíduo, e que a adaptação psicológica à doença depende da interacção de vários factores como por exemplo: as características da própria lesão, as características da pessoa e as características da situação.

A doença afecta o equilíbrio psicodinâmico do sujeito em relação ao meio envolvente. A pessoa confronta-se com uma situação nova, diferente, capaz de lhe limitar o desempenho das suas obrigações sociais, profissionais e familiares. Só por si, o novo estado de saúde pode desencadear alterações no comportamento e no modo de ser do indivíduo (Aragão, 2001).

O trabalho dos técnicos de saúde em reabilitação passa também por suportar um pouco a dor psicológica das pessoas, pois só assim estão a aceitá-las enquanto pessoas que sofrem, e a compreendê-las melhor. A aceitação do sofrimento do outro permite ajudá-lo na elaboração do seu luto e na reorganização da sua vida. No entanto, é importante salientar que este processo só será possível se quem trabalha nesta área tiver a capacidade de olhar para si próprio e de compreender como lida com o sofrimento.

### **3 – Impacto Da Lesão:**

A auto-imagem após uma lesão vértebro-medular pode ser drasticamente abalada. O sujeito enfrenta um processo de reconstrução de um mundo que não faz sentido para si depois da perda que sofreu, nomeadamente ao nível da mobilidade, do controlo de esfíncteres e da disfunção sexual (Garrett, 2007). Entre outros, acrescem factores de ordem íntima, como os cuidados de higiene, que poderão vir a ser prestados por outro que não o próprio, invadindo assim, a intimidade do indivíduo, criando sentimentos de vergonha, dependência e menos-valia.

A dissociação do seu corpo é comum inicialmente. Isto é, o lesionado vértebro-medular apresenta dificuldades em identificar-se com a sua nova imagem e integrar um novo corpo que não reconhece como seu. Os sentimentos de negação são muito frequentes nesta fase e de difícil contorno, pois a ideia que possui um corpo que “funciona mal” reflecte-se nos relacionamentos, provocando inúmeras vezes o isolamento e estados depressivos continuados (Cardoso, 1996).

As relações sociais são percebidas como complicadas devido à nova condição e à nova imagem corporal. As relações amorosas apresentam-se como sendo quase impossíveis. Nesta fase é importante o recurso à informação médica e psicológica de forma a combater estados alterados de humor e motivar o paciente para uma reabilitação holística, preditiva de redução de problemas futuros. Aqui é de salientar que o papel do auto-conceito é preponderante, dado que é composto por todo o material que pensamos que somos: a auto-imagem, o que julgamos que conseguimos alcançar e, mais determinante que qualquer outro factor, aquilo que cremos que os outros poderão pensar de nós (Garrett, 2007).

Esta adaptação à sua nova condição é extremamente influenciada pelos recursos de coping que o sujeito possui, nomeadamente a sua rede social e emocional que, embora estejam presentes na vida do indivíduo, não devem de forma nenhuma substituí-lo na sua recuperação. O princípio da reciprocidade é o meio-termo desejado, ou seja, o sujeito oferece ao cuidador o seu empenho e capacidades para a reabilitação e o cuidador auxilia-o e orienta-o nos momentos cruciais (Cardoso, 2000).

Uma lesão vértebro-medular representa uma enorme perda de controlo da sua própria vida e numa primeira fase o doente é cuidado por outros que devem esforçar-se para promover uma boa recuperação a todos os níveis. Lentamente, o doente deve dar início ao seu processo de reabilitação física, propriamente dito, isto é, aprender a fazer transferências, aprender a circular em cadeira de rodas e a vencer inúmeros obstáculos,

tratar tanto quanto possível da sua própria higiene e controlar os esfíncteres. Começam, então, a surgir questões de ordem íntima e surge a vontade de reiniciar a sua actividade sexual (Faria, 2006).

À medida que se vai aproximando a possibilidade de reiniciar a actividade sexual, a pessoa interpreta esse momento como uma ocorrência que causa ansiedade. A forma como o seu *novo* corpo irá reagir, a resposta do parceiro perante o seu comportamento, todas estas questões povoam o pensamento durante um longo período de antecipação. A importância de uma preparação técnica prévia, incentivando o doente a expor as suas dúvidas com o intuito de o preparar para eventuais situações inesperadas de momento, é fundamental (Garrett, 2007).

Na generalidade, quando ocorre um evento traumatizante na vida de um indivíduo, existem dois tipos de recursos que permitem a readaptação e a reintegração. São eles os recursos de nível pessoal e os recursos de nível social. Nos recursos de nível pessoal encontram-se as crenças que o sujeito tem acerca das suas próprias capacidades. O optimismo, o locus de controlo interno e as competências de auto-eficácia são variáveis presentes. Se o lesionado vértebro-medular percepcionar algum tipo de subjectividade na disponibilidade destes recursos, torna-se vulnerável e a sua reabilitação está em perigo, com momentos de raiva, ansiedade e locus de controlo externo (Garrett, 2007).

Os recursos de ordem social apresentam-se como sendo a integração na sociedade e o suporte que pode obter dos seus pares, nomeadamente ao nível dos relacionamentos amorosos. Na ausência destes, a solidão e o humor depressivo, a falta de motivação para a reabilitação, torna-se frequente e estável no tempo (Garrett, 2007).

Existem alguns exemplos de recursos possíveis que conferem ao sujeito mecanismos de suporte perante um acontecimento que contenha níveis elevados de stress (Cardoso, 1996).

O optimismo acarreta influências que permitem à pessoa enfrentar as problemáticas com uma atitude positiva; implica expectativas positivas relativamente aos resultados esperados; influencia a escolha das estratégias de coping e permite que a pessoa sinta motivação para planear o futuro.

O locus de controlo implica expectativas acerca das consequências das atitudes; implica expectativas acerca de factores que não dependem nem são controlados pela pessoa; implica atribuições de causalidade interna e externa à pessoa; a percepção de determinado locus de controlo determina escolha dos mecanismos de coping a utilizar.

A auto-eficácia, influencia a avaliação do elemento stressante e da capacidade que o sujeito tem em ultrapassá-lo; o nível de confiança da pessoa é motivador e regulador dos seus comportamentos; o nível de auto-eficácia está directamente ligado ao sucesso ou insucesso na resolução da problemática.

O suporte social comporta aspectos qualitativos e funcionais; compõe-se de suporte emocional, suporte tangível e suporte informativo; avaliar os aspectos positivos e negativos de uma extensa rede social; elevados graus de intimidade e satisfação social facilitam a transacção.

Garrett (2007), afirma que Lazarus e Folkman em 1984, ao desenvolverem o Modelo Transaccional do Stress tiveram como base as transacções operadas entre o indivíduo e a situação. Este modelo, não sendo unidireccional, avalia os processos de coping perante eventos stressantes. As experiências tidas como desencadeadoras de stress são compostas de transacções feitas entre o indivíduo e o meio que o rodeia e dependem do impacto que o evento stressante provocou.

Transportando a aplicabilidade deste modelo para o reinício da actividade sexual nos indivíduos com lesões vértebro-medulares, verifica-se a ocorrência de uma primeira avaliação, que se traduz na forma como a pessoa encara este acontecimento: a pessoa analisa a forma como se sente perante tal situação e o grau de ansiedade que o evento acarreta, isto é, se é controlável, se é desafiador ou se é irrelevante (Garrett, 2007).

Ao perceber que é capaz de enfrentar o evento, a pessoa procede à avaliação das opções e recursos que possui para lidar com a problemática e, praticamente ao mesmo tempo, executa uma segunda avaliação já incluindo factores de ordem social e cultural que irão ser utilizados como esforços de coping que o poderão auxiliar (Garrett, 2007).

Após elaboradas as avaliações, o indivíduo recorre à sua regulação emocional que transforma em instrumentos capazes de alterar a forma como o evento stressante é sentido por si. Imediatamente a seguir a este momento acontece o que se pode chamar de pesquisa de material informativo, ou seja, o indivíduo pode ter expectativas de ser informado e manifestar interesse por apreender informações úteis à resolução do seu problema. Por outro lado, pode não manifestar interesse nem motivação para apropriar conhecimento acerca da temática que o perturba. Este segundo aspecto prediz complicações generalizadas no processo de reabilitação (Garrett, 2007).

Os estilos de coping à disposição e o significado de base do coping fundem-se na medida em que ambos são processos comportamentais que podem influenciar

negativa ou positivamente as emoções e as atitudes perante o problema. É justamente o alvo de influência (emoções e atitudes) que diferencia estes dois conceitos. Os estilos de coping à disposição prendem-se com questões de ordem mais emocional que darão origem à resposta funcional; enquanto que o significado de base do coping é um instrumento que induz a comportamentos, isto é, motivam o indivíduo a munir-se de mecanismos de coping (Cardoso, 2006).

É de salientar a subjectividade deste processo, isto é, a percepção do evento stressante depende da avaliação que o sujeito faz. Em casos de lesões vértebro-medulares baixas e incompletas, onde existe alguma preservação de sensibilidade na zona genital, o reinício da actividade sexual pode ser amplamente menos stressante do que lesões altas e completas, onde a sensibilidade é inexistente. Outro factor de extrema importância prende-se com o facto do indivíduo se dispor a reiniciar a sua vida sexual com uma companhia pré-existente à lesão e com quem já possui um grau de intimidade e cumplicidade bastante solidificado, ao contrário de outro que reinicia essa actividade com um novo relacionamento (Cardoso, 2000).

Segundo, Encarnação (2005) o corpo é o suporte das suas experiências internas, o limite da sua individualidade, o referente da sua identidade de género e o mediador da sua comunicação com o meio exterior.

Os sentimentos em relação ao nosso corpo dependem de motivações individuais, pressupostos ideológicos e pressões sociais. Cada pessoa possui uma escala interior que lhe indica o quanto gosta do seu corpo (Encarnação, 2005).

O corpo providencia o contexto experiencial, introduzindo ordem e significado no nosso contacto com outros objectos. Ele é designado como espaço nas experiências individuais e como sentido de existência e identidade (Encarnação, 2005).

Segundo Freud (1923), (cit. por Encarnação, 2005) o corpo é fundamental no desenvolvimento da identidade e na estruturação do Ego. Isto porque o primeiro sentido de identidade se forma a partir da distinção corpo/mundo exterior.

Segundo Freud (1923), (cit. por Encarnação, 2005) considera que é a volta do conjunto de experiências corporais que o ego se desenvolve. Desta forma, a imagem corporal não pode ser discutida como uma entidade isolada, visto o corpo ser sempre a expressão de um ego e de uma personalidade que estão inseridos num mundo.

Os factores fisiológicos, psicológicos e sociais estão portanto reunidos na existência do corpo mas a estrutura libidinal também é de extrema importância. Então,

a imagem corporal é uma representação da imagem que formamos, na mente, do nosso próprio corpo enquanto objecto único (Encarnação, 2005).

A distorção da imagem corporal foca-se em níveis elevados de algum aspecto problemático da aparência que pode constituir um problema e estar relacionado com outros problemas psicológicos. Por distorção da imagem corporal designa-se qualquer forma de distúrbio afectivo, cognitivo, comportamental ou perceptual que está directamente relacionado com algum aspecto da aparência física (Encarnação, 2005)

O fenómeno de descontentamento em relação à imagem corporal parece correlacionar-se com baixa auto-estima e depressão (Cardoso, 2006)

O grau no qual o indivíduo está consciente e responsivo às alterações no seu corpo físico ou na percepção deste é imediatamente relevante para a imagem corporal.

A ansiedade relacionada com o corpo e os medos de danificação variam ao longo de um contínuo que varia entre o medo excessivo e as formas normais de ansiedade de castração reprimida (Encarnação, 2005).

Segundo Cardoso (2006), as respostas à distorção corporal podem ter uma variação considerável. A pessoa pode negar a existência corporal, minimizando o seu lugar no campo perceptual e o impacto da alteração catastrófica. Outro padrão de resposta é a restituição ilusória da parte perdida. Finalmente, é ainda possível que o indivíduo, mesmo com alterações desastrosas, aceite gradualmente a alteração, lidando com uma nova resolução e reconstrução adaptativa da imagem corporal. Além disso, um dos efeitos primários a uma ameaça corporal séria é a activação de fantasias da infância relacionadas à castração e à incorporação destrutiva.

#### **4 – O Processo de Reabilitação Física na melhoria da Qualidade de Vida da Pessoa com Deficiência Física:**

##### **4.1 – Conceito de Qualidade de Vida:**

A Qualidade de Vida, na qual, a expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964 ao declarar que "os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas." O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua

progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de "qualidade de vida" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (Organização Mundial de Saúde, 1998).

Assim, a avaliação da qualidade de vida foi acrescentada nos ensaios clínicos padronizados como a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia (modificação da doença pelo efeito da droga) e da segurança (reação adversa a drogas). A oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham a sua sobrevivência aumentada com os tratamentos propostos, já que muitas vezes na busca de acrescentar "anos à vida" era deixado de lado a necessidade de acrescentar "vida aos anos" (Organização Mundial de Saúde, 1998).

O termo qualidade de vida como vem sendo aplicado na literatura médica não parece ter um único significado. "Condições de saúde", "funcionamento social" e "qualidade de vida" têm sido usados como sinónimos e a própria definição de qualidade de vida não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõe instrumentos para sua avaliação. Qualidade de vida relacionada com a saúde ("Health-related quality of life") e Estado subjectivo de saúde ("Subjective health status") são conceitos afins centrados na avaliação subjectiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. consideram que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afectar a percepção do indivíduo, os seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas (Organização Mundial de Saúde, 1998).

#### **4.2 – A Reabilitação da Pessoa com Deficiência Física:**

Encarnação (2005) considera a Reabilitação um processo no qual o sujeito aprende a viver com a sua deficiência integrado no seu próprio ambiente. Isto constitui-se como uma experiência de aprendizagem, um processo dinâmico que inicia no momento da lesão e continua ao longo da vida, não existindo, portanto, um fim definido. Desta forma, as pessoas com deficiência física encontram-se numa aprendizagem constante relativamente à adaptação ao seu ambiente.

O Processo de Reabilitação é um processo de aprendizagem no qual é ensinado à pessoa como viver com a sua deficiência num dado ambiente.

Um dos princípios básicos da Reabilitação é a assistência e facilitação a uma pessoa com deficiência de forma a reclamar a produtividade perdida ou tornar-se produtiva. Há então que assistir a pessoa com deficiência para que esta possa atingir o seu potencial máximo (Encarnação, 2005).

No fundo, a Reabilitação pretende tornar a pessoa consciente do seu potencial e providenciar-lhe os meios para obter esse potencial.

Outro ponto importante é a questão da dependência. É comum que a dependência tenha uma conotação negativa, mas porém, isto não é verdade em Reabilitação. Por vezes, as intervenções de Reabilitação com pessoas com deficiência encorajam a dependência em relação a pessoas ou a coisas num dado ambiente, de maneira a que a pessoa possa funcionar mais eficazmente noutra ambiente (Cardoso, 2000).

As pessoas em Reabilitação, não são de forma nenhuma recipientes passivos de serviços de Reabilitação. Elas experienciam-se a si mesmas como em recuperação num novo sentido de self, de acordo ou por vezes até além dos limites da sua deficiência.

É importante estabelecer uma distinção entre Reabilitação e Recuperação. A Reabilitação é um conjunto de serviços e tecnologias disponíveis para que a pessoa com deficiência possa aprender a adaptar-se ao seu mundo. Por sua vez, a recuperação é um processo menos linear, marcado por realizações sucessivas. A melhor forma de descrever o processo de recuperação é através de uma série de pequenos indícios e passos muito pequenos (Encarnação, 2005).

Cardoso (2006) apela ao facto de que as pessoas com deficiência são, acima de tudo indivíduos, que vão elas próprias encontrar a sua fórmula especial para aquilo que vai ou não promover a sua recuperação.

Galhordas & Lima (2004), afirmam que o mais importante no processo de Reabilitação é conceber a pessoa como um todo, já que o físico e o psicológico são indissociáveis. Em consequência disto, a Reabilitação não visa apenas o tratamento de um corpo atingido mas também de uma intervenção psicológica.

A Reabilitação passa por um processo de ensino para que a pessoa tenha conhecimento do modo de viver com a sua deficiência no seu próprio ambiente. Isto pressupõe que a pessoa tenha uma participação activa, tendo o programa que ser designado pela equipa com a pessoa, e não para a pessoa, de forma a ir de encontro ao

seu estilo próprio e único de personalidade, desejos, preferências e ambiente ao qual vai retomar (Encarnação, 2005).

É muito importante respeitarmos o sofrimento do outro. Isto surge ao abrir espaço para a pessoa se sentir triste, ansiosa, revoltada ou sozinha. Ao permitir o sofrimento da pessoa e tolerar a sua frustração, fortalecemos a relação terapêutica e a pessoa tem mais facilidade em crescer psicologicamente e orientar a sua vida. Contudo Galhordas & Lima (2004) alertam que, para suportar a dor psicológica da pessoa é necessário que tenhamos várias capacidades: capacidade de olhar para nós próprios, de compreender a forma como lidamos com o sofrimento, de saber distinguir o que é nosso e o que é da pessoa e de ter consciência das limitações da nossa actividade profissional.

A pessoa vítima de lesão vértebro-medular sofre de uma forma súbita e violenta a mais trágica de todas as doenças não fatais o que leva a problemas de adaptação psicológica, morbidade psicopatológica e dificuldades metodológicas que se prendem com a questão física, habitacional e profissional (Encarnação, 2005).

Neste contexto, a adaptação psicológica à lesão é de extrema importância para a recuperação física e emocional da pessoa.

O processo de adaptação psicológica depende das características do indivíduo e das características da situação (Cardoso, 2006).

O indivíduo organiza-se, a maior parte das vezes, antes e depois da instalação da incapacidade, pois esta foi central na sua vida, levando-o a pensar naquilo que é por oposição àquilo que foi. A incapacidade implica novas aprendizagens a nível corporal, sexual, psicoafectivo, familiar, profissional e social, impondo ainda à pessoa uma reconstrução da realidade e um trabalho de luto (Galhordas & Lima, 2004).

O ajustamento psicológico à lesão é a maior parte das vezes a experiência mais difícil. Se a pessoa teve dificuldades emocionais ou da personalidade antes da lesão, a experiência da lesão frequentemente aumenta essas dificuldades. É importante não esquecer que as tentativas de suicídio nestes sujeitos são usuais e que a área mais importante de aceitação e ajustamento é o funcionamento sexual. A família da pessoa também necessita de serviços de ajustamento social e emocional (Encarnação, 2005).

A participação da família e o suporte social são também muito importantes neste processo. Aconselha-se a possibilidade de existência de uma expressão de suporte, dar tempo à pessoa, explorar as suas experiências pessoais e promover o controlo do indivíduo em relação a acontecimentos futuros. Tudo isto serve para criar uma

atmosfera de confiança mútua que se foca na reabilitação de um indivíduo que passou por um acontecimento traumático que alterou a sua vida (Encarnação, 2005).

Na adaptação psicológica depois da lesão vértebro-medular há que ter em conta a depressão, o risco de suicídio, a ansiedade, a fobia social e o stress pós-traumático (Encarnação, 2005).

Devido à perda sofrida, o indivíduo com lesão vértebro-medular confronta-se com consequências psicológicas que exigem um processo de reajustamento.

Existe uma listagem de reacções, nomeadamente, negação, luto, depressão, raiva, impulsividade, explosividade, frustração e ainda a existência de um certo grau de optimismo irrealista que poderá ser adaptativo se utilizado em associação com estratégias de coping centradas nas emoções e pensamentos (Cardoso, 2006).

Segundo Oliveira (2001), existe três momentos diferentes na adaptação à incapacidade física adquirida.

Num primeiro momento ocorre a doença física com uma súbita perda de funcionalidade básica e uma ameaça de perda ainda maior devido aos elevados níveis de dependência. O indivíduo sente que a dificuldade em lidar com tantos problemas é substancialmente maior e destruturante, do que os recursos imediatos disponíveis para enfrentar a situação.

Depois, num segundo momento surge a necessidade de elaborar novas formas de contornar o problema. A pessoa fica vulnerável e depende da provisão de recursos individuais e ambientais. Posteriormente, os novos recursos adquiridos e os anteriores recursos imediatos permitem contrabalançar os problemas desequilibradores, alcançando o indivíduo, um novo reequilíbrio.

Finalmente, num terceiro momento surge uma fase de retraimento. O indivíduo toma consciência do acontecimento surgindo novas dificuldades adaptativas tais como o fracasso, a inquietação e a agitação que mostram um sofrimento evidente.

Numa sociedade que privilegia o agir em vez da reflexão, é fácil reconhecer a dor física, mas o mesmo não se passa com o reconhecimento da dor mental.

A dor deve ser interpretada não só de um ponto de vista orgânico mas também psicológico, já que ela é um sintoma multifactorial.

Segundo Galhordas & Lima, 2004, é importante abordar o fenómeno da dor numa perspectiva múltipla, considerando tanto os factores fisiológicos como os emocionais, ambientais e comportamentais, atribuindo-lhes a função de potenciadores ou diminuidores da dor. Desta forma, a dor surge como fenómeno que não se limita ao

biológico, visto que os sentimentos podem influenciar uma maior ou menor percepção da dor.

Sendo a lesão vértebro-medular uma incapacidade física, é necessário considerar também a questão da dor. A pessoa que antes, na maior parte das vezes era saudável, agora deixa de o ser e vê-se envolvida numa série de problemas físicos que trazem consigo dores físicas e/ou mentais (Encarnação, 2005).

Oliveira (2002), diz que a relação entre dor e lesão é, normalmente, tão evidente que se acredita que a dor é sempre resultado de uma diminuição física e que a sua intensidade é proporcional à severidade da lesão. No entanto, a lesão pode ocorrer sem dor, e a dor sem lesão. Habitualmente o indivíduo tenta evitar a dor em vez de procurar modificá-la para a poder tolerar. Isto pode colocar em perigo o contacto com a realidade. Portanto a dor trata-se mais de uma experiência eminentemente pessoal e que depende da aprendizagem cultural, dos significados atribuídos à lesão e dos factores individuais.

No que concerne, ao Programa de Reabilitação no Centro de Medicina de Alcoitão, podemos considerar várias fases no programa de reabilitação: a primeira, corresponde ao período de acamamento para estabilização cirúrgica e médica da lesão esquelética, sendo fundamental prevenir ou tratar as complicações relacionadas com a imobilidade; na segunda, pretende-se atingir a funcionalidade ao nível de cadeira de rodas (Faria, 2006).

O programa de reabilitação engloba ainda actividades desportivas e recreativas, Terapia Ocupacional; Actividades da Vida Diária, bem como o acompanhamento psicológico e social para uma abordagem global da lesão medular (Faria, 2006).

O quadro clínico resultante de uma lesão medular é complexo, pois atinge múltiplos órgãos e sistemas, pelo que para o tratamento destes doentes é necessário uma equipa multidisciplinar (Faria, 2006).

O tratamento de reabilitação tem como objectivo maximizar as capacidades e as competências funcionais de cada indivíduo, ajudando-o a refazer o seu projecto de vida. Assim, é fundamental uma abordagem integral, que incida não apenas nos problemas clínicos, mas que atenda também aos aspectos emocionais, sociais, desportivos, lúdicos e de formação, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida, maior independência e participação na sociedade (Faria, 2006).

Simultaneamente, procede-se à aprendizagem de técnicas dirigidas à autonomia na realização de actividades de vida diária, nomeadamente, higiene pessoal, vestuário, banho, entre outras (Faria, 2006).

Nesta fase, em que já existe uma razoável tolerância à deambulação em cadeira de rodas e após o ensino à família dos cuidados e de algumas técnicas básicas para assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio, os doentes são encorajados a deslocar-se a casa nos fins-de-semana. Esta experiência proporciona oportunidades de socialização mas também de reconhecimento das dificuldades que poderão ser discutidas com a equipa de reabilitação, de forma a encontrar as melhores estratégias para as ultrapassar (Faria, 2006).

Podemos concluir que, a Reabilitação centra-se sobretudo, na recuperação das funções perdidas, na procura de ganhos a nível da independência funcional, e na inserção e integração na sociedade do sujeito com incapacidades adquiridas. “Os objectivos da intervenção ficavam nitidamente submersos na inquieta impotência de quem enfrenta uma realidade dura e penosa: dotar as pessoas de harmonia física, reintegrando-as familiar e comunitariamente, capacitando-as para enfrentar e resolver problemas pessoais – isto é, promover o desenvolvimento de uma forma globalizante” (Oliveira, 2001; p113).

## **5- Definição e Formulação do Problema, Objectivo e Questões de Investigação:**

A qualidade de vida das pessoas com lesão vértebro-medular (L.V.M) é influenciada pelo suporte social disponível, mas também pelo seu estado emocional e pelo nível de adaptação conseguido, o que revela a importância dos factores psicológicos (Galhordas & Lima, 2004).

As particularidades de uma qualquer incapacidade crónica podem fazer realçar aspectos diversos, dependendo da sua gravidade, prognóstico e consequências no grau de satisfação pessoal. Esta nova situação é capaz de provocar uma regressão afectiva e necessidades novas de segurança e protecção, acrescidas de ansiedades destruturantes. (Oliveira, 2002).

A incapacidade física adquirida coloca grandes exigências à mente. As defesas do ego são potencialmente úteis em prevenir uma manifestação exagerada de ansiedade, aparecem outros mecanismos de defesa: negação, repressão, projecção, formação reactiva e regressão, por exemplo (Oliveira, 2002).

Tolerar a frustração e suportar o sofrimento é importante não só nas situações de reabilitação, mas também na saúde mental e no crescimento do ser humano nas diversas etapas da sua vida (Galhordas & Lima, 2004).

No que se refere ao ajuste psicossocial durante os primeiros dois anos após a lesão, Kannisto e Sintonen (1997) apontam para que nesse período cerca de 30% das pessoas tenham manifestações ansiosas, depressivas e outras alterações psicológicas (Magalhães, 2005).

Parece no entanto verificar-se um percurso psicológico de adaptação à deficiência, por vezes designado por estádios, sendo para Liberman e Liberman (1993), (cit.por Magalhães, 2005)um percurso protector e defensivo face à dolorosa realidade, necessário para a obtenção de um novo equilíbrio, principalmente emocional, que permita à pessoa com deficiência uma nova adaptação equilibrada com o mundo. Este novo equilíbrio incorpora mecanismos corporais mas sobretudo reajustamentos nas percepções conscientes e inconscientes, nas motivações, emoções e valores (Magalhães, 2005).

### **5.1. Problema de Investigação:**

Assim o problema de investigação é formulado da seguinte forma: Será que as pessoas com lesão vértebro-medular que utilizam essencialmente estratégias de coping positivo revelam um menor estado depressivo? Será que uma maior qualidade de vida leva a um maior nível de adaptação à lesão?

### **5.2. Objectivo em estudo:**

Com este trabalho pretende-se averiguar a relação entre a qualidade de vida e alguns estados psicológicos das pessoas com lesão vértebro-medular.

### **5.3. Questões de Investigação:**

Com o problema e o objectivo delineado e tendo em conta a presente revisão de literatura, colocamos as seguintes questões de investigação:

- Será que um maior estado depressivo estará associado ao uso de estratégias de coping negativo?
- Será que um maior estado ansioso estará associado ao uso de estratégias de coping negativo?
- Será que uma maior qualidade de vida se relaciona com um menor nível de ansiedade?
- Será que uma maior qualidade de vida se relaciona com um menor nível de depressão?

Seguidamente iremos apresentar o trabalho empírico realizado com os participantes do Centro de M.R.A.

## **II – Desenvolvimento do Trabalho Empírico:**

### **1. Método:**

#### **1.1. Tipo de Estudo:**

Trata-se de um estudo exploratório, que pretende avaliar os estados psicológicos em pessoas com lesão medular e de que forma a nova condição física os afecta psicologicamente, nas relações com os outros e no seu dia-a-dia.

Como medidas de avaliação, foram aplicados questionários sobre os estados psicológicos, nomeadamente, o Inventário de Beck, STAI – Escala de Ansiedade de Spielberg, Brief Cope e WHOQOL-Abreviado.

Desta forma o delineamento do estudo contempla a aplicação destes 4 questionários, no início do Processo de Reabilitação, tendo sido a investigação realizada em contexto hospitalar.

O presente estudo centra-se na análise quantitativa e compreensiva do funcionamento psicológico dos participantes, inscrevendo-se na área da Psicologia Clínica e tendo como quadro de referência teórico a Psicanálise.

Em relação à selecção dos participantes, esta procurou abranger pessoas com dois tipos de lesões vértebro-medulares para contemplar as variantes que caracterizam esta situação de lesão, ou seja, abarcou a paraplegia e a tetraplegia.

Foi tido em conta ao longo de toda a investigação o carácter subjectivo inerente a este tipo de estudo.

#### **1.2. Participantes:**

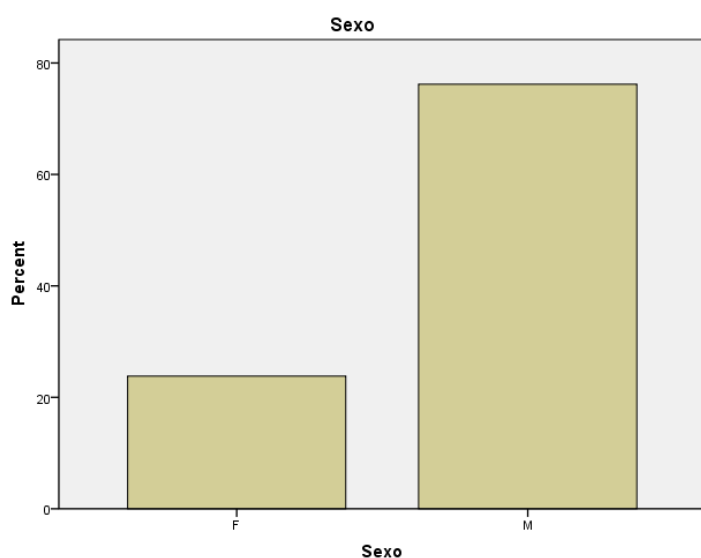
Participaram neste estudo, 21 adultos, com idades compreendidas entre os 28 e os 67 anos, em contexto de internamento para reabilitação, após um acontecimento de etiologia traumática (acidente doméstico e rodoviário) ou por causa médica, que tenha provocado algum tipo de lesão medular.

Destes 21 participantes, temos 16 elementos do sexo masculino e 5 do sexo feminino. Destaca-se ainda, o facto de 13 participantes terem uma Lesão Vértebro-Medular e 8 terem sido internados devidos a doenças de etiologias diversas.

A participação dos participantes obedeceu aos seguintes critérios:

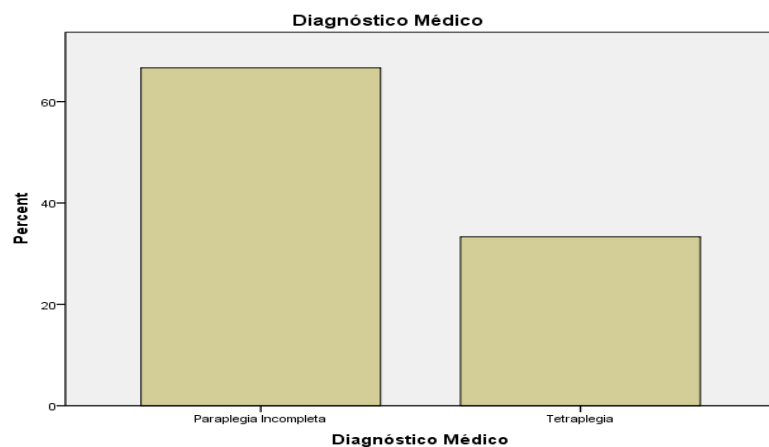
- Consentimento e colaboração do Psicólogo responsável pela enfermaria 1º esquerdo do Serviço de Lesões Vértebro-Medulares Do Centro De Medicina de Reabilitação do Alcoitão
- Consentimento da pessoa
- Cooperação e colaboração dos participantes em estudo
- Idades compreendidas entre os 28 e os 67 (fase adulta)

As características gerais dos participantes encontram-se ilustradas com os respectivos gráficos.



Relativamente à idade dos participantes, varia entre os 28 e 67, verificando-se um valor médio de 42.

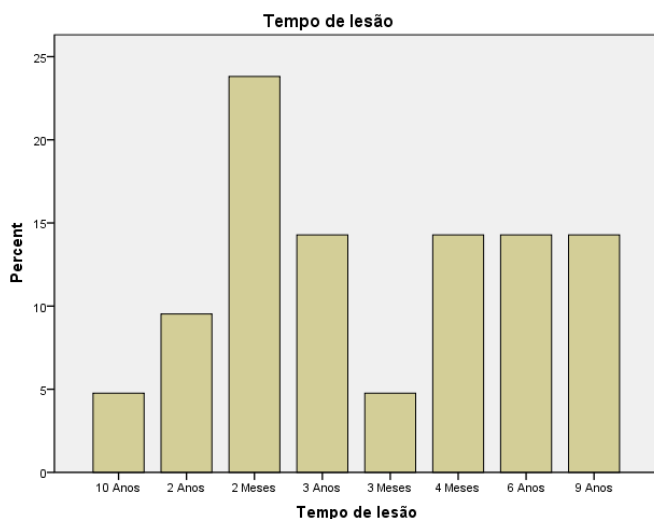
O sexo dos indivíduos avaliados varia entre 16 do sexo masculino e 5 do sexo feminino, ou seja, destaca-se um maior predomínio do sexo masculino, com 76% de participantes enquanto que, o sexo feminino tem 24%.



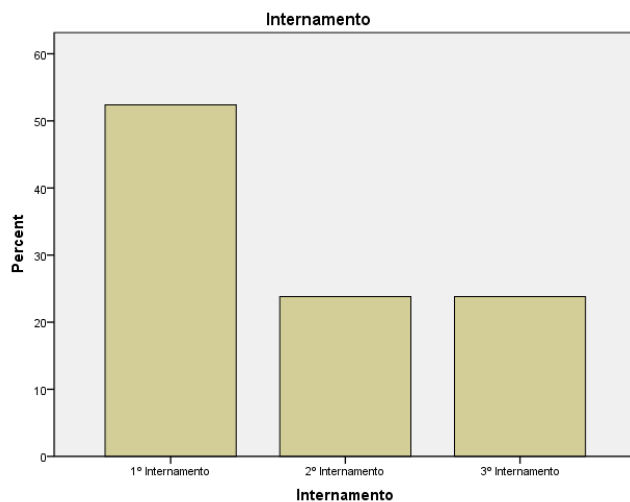
Caracterização do grupo de participantes relativamente ao diagnóstico médico, na qual, verifica-se que a maioria dos participantes apresentam uma paraplegia incompleta, (67% dos participante) enquanto que a tetraplegia tem 33%.



Caracterização do grupo de participantes relativamente à causa da lesão, na qual, a lesão vértebro-medular é que tem maior destaque, ou seja, 61% dos participantes têm LVM, 29% têm mielite e 5% têm Doença Tumoral e Meningite Viral.



Caracterização do grupo de participantes relativamente ao tempo da lesão, na qual, se percebe que grande parte dos participantes apresentam uma lesão recente, concretamente ocorrida à dois meses, ou seja, 2 meses inclui 24% dos participantes, 4 meses, 3 anos, 6 anos e 9 anos apresentam 14%, seguindo-se os 2 anos com 10%, 3 meses e 10 anos com 5%.



Caracterização do grupo de participantes relativamente ao Internamento, na qual se verifica, que o primeiro internamento, é o que tem maior destaque, tendo 52% dos participantes, o 2º e 3º internamento têm igualmente 24%. Este aspecto ajuda a reforçar a ideia que foi dita anteriormente, na medida, que esta população que foi avaliada de uma forma em geral, apresenta uma lesão relativamente recente.

### 1.3. Instrumentos

#### 1.3.1. Inventário de Beck:

Uma das características associadas à lesão medular, é a depressão. Sendo assim, pareceu-nos extremamente importante avaliar os valores de depressão nesta população.

Para que fosse possível, utilizámos o Inventário de Depressão de Beck (I.D.B.).

Este questionário foi elaborado e desenvolvido por Aron Beck e colaboradores nos Estados Unidos em 1961, com o intuito de avaliar manifestações objectivas de depressão (Galhordas, 2000).

O objectivo foi criar um instrumento que avaliasse a profundidade da depressão, que substituísse juízos clínicos a esse respeito e que pudesse ser utilizado em pesquisa de uma forma padronizada e consistente, fornecendo um resultado numérico da depressão (Galhordas, 2000).

A versão original apresenta 21 categorias de sintomas e atitudes, cada uma reflectindo um grau crescente da severidade da depressão, à qual é atribuído um valor

(de 0 a 3), tendo o sujeito que escolher entre as várias afirmações de cada grupo aquela que mais se adequa à forma como se sente na altura (Galhordas, 2000).

Beck, Beansesdefer e Mayer (citado por Beck, 1982) realizaram duas importantes investigações para averiguarem as qualidades psicométricas do inventário, uma delas sobre os aspectos da validade e fidelidade e outra comparando o I.D.B. com outras medidas de depressão (Galhordas, 2000).

Este instrumento apresenta excelentes qualidades psicométricas e tornou-se a técnica mais comumente usada em trabalhos de pesquisa e no âmbito clínico para avaliar a depressão (Galhordas, 2000).

Segundo, Galhordas, 2000, perante as dificuldades existentes para se fazer o diagnóstico de depressão, Beck elaborou o I.D.B. a partir da observação de comportamentos e sintomas observados em doentes deprimidos, tendo chegado às seguintes conclusões:

- A quantidade de sintomas de depressão aumenta em função da sua intensidade.
- A sua frequência progride da seguinte forma:
  - Ausência de depressão
  - Depressão ligeira
  - Depressão moderada
  - Depressão grave
- A intensidade do sintoma aumenta de acordo com o nível de depressão.

As 21 categorias de sintomas e de atitudes definidas por Beck tendo por base as atitudes e sintomas específicos da depressão foram os seguintes:

- 1-Humor;
- 2-Futuro;
- 3- Sensação de fracasso;
- 4- Ausência de satisfação;
- 5- Sentimentos de culpa;
- 6-Sensação de punição;
- 7- Amor-próprio;
- 8- Auto-critica;
- 9-Ideias de morte;
- 10- Choro;
- 11- Irritabilidade;
- 12-Fracasso Social;

- 13- Capacidade de decisão;
- 14- Auto Imagem/imagem corporal;
- 15- Capacidade de trabalho;
- 16- Distúrbios de sono;
- 17- Fadiga;
- 18- Appetite;
- 19- Peso;
- 20- Preocupação somática;
- 21- Sexualidade.

Cada categoria diz respeito a uma manifestação específica da depressão e compreende como referimos atrás 4 ou 5 afirmações (ponderadas de 0 a 3) conforme o grau de intensidade.

O score total é obtido através da soma das ponderações de cada afirmação e pode ser classificado da seguinte forma:

- 0 a 11 (ausência de depressão)
- 12 a 22 (depressão ligeira)
- 22 a 33 inclusive (depressão moderada)
- 34 a 44 (depressão grave)

Este instrumento foi traduzido por várias línguas devido às suas aplicações transculturais e tem sido utilizado recentemente para avaliar a sintomatologia depressiva em populações ditas normais.

Deste modo poderemos resumir as vantagens do I.D.B.:

- Traduz numericamente o nível de intensidade depressiva nas vertentes, afectiva cognitiva, motivacional e fisiológica da depressão;
- Possibilita uma medida standardizada independente da orientação tomada pelo entrevistador;
- É eficaz em estudos comparativos;
- É um processo mais rápido que a entrevista clínica e pode ser auto-administrado.

### 1.3.2. STAI – Escala de Ansiedade de Spielberg:

Outra das características de psicopatologia que destacámos e associámos à lesão medular foi a ansiedade nesta população.

Deste modo, usámos o questionário de auto-avaliação, de ansiedade traço e da ansiedade estado (STAI) de Spielberg (1983).

Segundo o autor, trata-se de um questionário que avalia a ansiedade traço (AT), definida como uma característica relativamente duradoura, como uma tendência para compreender o mundo predispondo o indivíduo para a ansiedade; avalia também a ansiedade estado (AE), definida como uma característica que aparece numa determinada altura e num nível de intensidade particular.

Spielberg relaciona as duas e diz que quanto maior for a ansiedade traço, é mais provável que o indivíduo experimente elevações mais intensas ao nível da ansiedade estado, face a uma situação de ameaça.

Este questionário possui escalas de auto-resposta independentes que visam medir a AT e a AE. A escala de AE consiste em 20 frases que avaliam como é que os inquiridos se sentem “precisamente agora, neste momento.” A escala AT consiste em 20 frases que avaliam como é que as pessoas geralmente se sentem.

A cada frase (item) do STAI é dada uma pontuação de 1 a 4. A classificação 4 indica a presença de um alto nível de ansiedade para os 10 itens de ansiedade estado e 11 itens de ansiedade traço. Uma alta classificação indica ausência de ansiedade para os restantes 10 itens de ansiedade estado e 9 itens de ansiedade traço. Os valores de pontuação para os itens de presença de ansiedade são os mesmos que os números tingidos a preto no teste.

Os valores de pontuação para os itens de ausência de ansiedade são inversos, isto é, respostas marcadas 1, 2, 3 ou 4 são cotadas 4, 3, 2 ou 1 respectivamente.

O score obtido pode ser classificado da seguinte forma:

- 20 a 35 – ausência de ansiedade
- 36 a 50 – ansiedade ligeira
- 51 a 65 – ansiedade moderada
- 66 a 80 – ansiedade grave

### 1.3.3. Brief Cope:

O coping tem sido definido como um factor estabilizador, ou seja, que facilita o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações ou em momentos stressantes (Holahan & Moos, 1987). Estes autores apresentam várias definições de coping, nomeadamente: qualquer esforço de gestão de stress; coisas que as pessoas fazem para evitarem ser magoadas pelos constrangimentos da vida; comportamentos cobertos ou abertos que as pessoas implementam para eliminar o stress psicológico ou as condições stressantes. Numa proposta clássica Lazarus e Folkman (1984), (cit. por Ribeiro & Rodrigues) definem o coping como esforços comportamentais e cognitivos, em mudança constante, que visam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais.

O DSM-IV apresenta estes termos – coping e mecanismo de defesa – como sinónimos “*Defense mechanisms (or coping styles)*” (APA, 1994, p.751). Gelder, Gath, Mayou, e Cowen (1996) explicam que, tanto as *estratégias de coping* como os mecanismos de defesa podem reduzir os efeitos de emoções fortes provocadas por stressores.

Lazarus (1993) explica que a maioria das pessoas utiliza as oito formas de coping em cada situação stressante, embora recorram mais a umas do que a outras consoante, (a) a situação, (b) a apreciação ou avaliação, e (c) as suas características pessoais. E ainda: (a) o padrão de coping altera-se de um estágio da situação para outro; e (b) algumas formas de coping são mais estáveis do que outras. Este grupo de autores defende que não há formas de coping melhores do que outras. Serem mais ou menos favoráveis depende, (a) de quem as usa, (b) quando as usa, (c) sob quais circunstâncias, e (d) a que situação se pretende adaptar.

Carver et al. (1989) baptizaram de COPE o inventário que desenvolveram para avaliar estilos e estratégias de coping. Os autores explicam que este inventário, deriva da extensa literatura sobre o coping, em parte do modelo de coping de Lazarus e Folkman (1984) e em parte do modelo da auto-regulação comportamental.

Sendo um questionário desenvolvido com suporte na teoria, e embora partilhe alguns aspectos dos seus antecessores, acrescenta aspectos novos, nomeadamente faz distinções subtis no âmbito do coping focado no problema: distingue a planificação do coping activo (embora nos seus estudos estes dois modos de coping tendam a carregar o mesmo factor) e acrescenta supressão da atenção para actividades contraditórias, e

prática de restrição; distingue suporte instrumental do suporte emocional. Desenvolveram igualmente itens para avaliar o desinvestimento comportamental, esforço contínuo para alcançar os objectivos, desinvestimento mental para atingir objectivos pessoais, focagem ou expressão das emoções, e uso de álcool ou drogas (medicamentos) como meio de desinvestimento.

No entanto outros autores criticam a ausência de algumas formas de coping que são úteis em situação, por exemplo, de diagnóstico de doenças graves, tais como a procura de informação (Harcourt, Rumsey, & Ambler, 1999). Carver et al. (1989) interessaram-se por alguns aspectos controversos do conceito de coping. Tradicionalmente o coping é considerado um processo dinâmico que se altera de uma fase para outra na transacção consoante a situação stressante.

Nesta perspectiva um estilo de coping seria contraproducente porque a pessoa utilizaria modos estereotipados de coping em vez de escolher e ajustar a resposta a situações em mudança. Ora, Carver et al. (1989) interessam-se pelo papel que as diferenças individuais podem ter no coping, e dizem que há duas maneiras de pensar esta relação. Uma é que há modos estáveis (traços) ou estilos de coping preferidos que as pessoas trariam para as situações stressantes que tivessem de enfrentar, e que se manteriam relativamente fixos ao longo do tempo e das circunstâncias.

Justificam esta perspectiva dizendo que as pessoas quando adoptam o coping o fazem a partir de experiências anteriores.

Outro aspecto é que há características de personalidade que predis põem as pessoas para o uso de determinadas formas de coping.

O score obtido divide-se em positivo e negativo pode ser classificado da seguinte forma:

- 8 a 32 – coping positivo
- 20 a 80 – coping negativo

### **1.3.4. WHOQOL-Abreviado:**

Houve na última década uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida e afins, a maioria desenvolvidos nos Estados Unidos com um crescente interesse em traduzi-los para aplicação para outras culturas. A aplicação transcultural através da tradução de qualquer instrumento de avaliação é um tema controverso. Alguns autores criticam a possibilidade de que o conceito de qualidade de vida possa ser não-ligado a cultura. Por outro lado, num nível abstracto, alguns autores tem considerado que existe um "universal cultural" de qualidade de vida, isto é, que independente de nação, cultura ou época, é importante que as pessoas se sintam bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e sintam-se socialmente integradas e funcionalmente competentes (Organização Mundial de Saúde, 1998).

A procura de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a Organização Mundial da Saúde organizasse um projecto colaborativo multicêntrico. O resultado deste projecto foi a elaboração do WHOQOL-100, um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 100 itens. Contudo, foi aplicada uma versão mais reduzida, composta por apenas 26 itens.

## **DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL**

### **Domínio I – Domínio físico**

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso

### **Domínio II – Domínio psicológico**

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos

**Domínio III – Nível de Independência**

9. Mobilidade
10. Actividades da vida quotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

**Domínio IV – Relações sociais**

13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Actividade sexual

**Domínio V – Ambiente**

16. Segurança física e protecção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

**Domínio VI – Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais**

24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

O score obtido pode ser classificado da seguinte forma:

- 26 a 31 – nada satisfeito
- 32 a 51 – pouco satisfeito
- 52 a 77 – pouco satisfeito
- 78 a 103 – satisfeito
- 104 a 130 – muito satisfeito

#### **1.4.Procedimento:**

A selecção da instituição foi efectuada com a colaboração do psicólogo do Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão.

Importa salientar que as pessoas foram informadas sobre o objectivo do estudo, bem como do preenchimento dos questionários. Estes foram preenchidos após consentimento da pessoa em causa, na qual, foi garantido a confidencialidade dos dados, usados apenas para fim estatístico.

A maioria dos questionários, foram preenchidos pouco tempo depois de as pessoas terem sido internadas no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

O preenchimento dos questionários só foi feito depois de se realizar pelo menos uma entrevista que tinha como objectivo, explorar não só a história pessoal do paciente, mas também as circunstâncias em que ocorreu a lesão vértebro-medular e a forma como esta é vivida. Esta primeira entrevista, servia também para perceber se as pessoas seriam ou não indicadas para a investigação. Paralelamente ao preenchimento dos questionários, importa referir que as pessoas tiveram um acompanhamento regular.

## 2. Resultados:

Tendo por base as informações recolhidas, apresentaremos uma breve caracterização dos diferentes instrumentos utilizados, nomeadamente, ao nível do Inventário de Beck; do STAI; do Brief Cope (positivo e negativo) e do WHOQOL.

### Inventário de Beck

Inventário de Beck	Mean	7,10
	Median	7,00
	Variance	18,590
	Std. Deviation	4,312

Após a análise estatística dos dados obtidos, podemos tecer algumas considerações mais gerais, nomeadamente, relativamente ao Inventário de Beck, temos uma média de 7,10 e um desvio padrão de 4,3.

Num total de 21 questionários obtidos, tivemos 19 participantes que revelaram ausência de depressão (valores entre 0 e 11), e apenas 2 com depressão ligeira (valores entre 12 e 22).

### STAI – Escala de Ansiedade de Spielberg

STAI	Mean	34,90
	Median	36,00
	Variance	89,690
	Std. Deviation	9,471

No que concerne ao STAI – Escala de Ansiedade de Spielberg, temos uma média de 35 e um desvio padrão que mede 9,5.

Num total de 21 questionários obtidos, 10 participantes revelaram ausência de ansiedade (valores entre 20 e 35); 9 ansiedade ligeira (valores entre 36 e 50) e apenas 2 ansiedade moderada (valores entre 51 e 65).

### Brief Cope

Brief Cope Positivo	Mean	54,71
	Median	55,00
	Variance	81,114
	Std. Deviation	9,006
Brief Cope Negativo	Mean	12,10
	Median	11,00
	Variance	18,690
	Std. Deviation	4,323

No que respeita à análise dos dados obtidos no questionário do Brief Cope, o Brief Cope positivo tem uma média de 54,7 e um desvio padrão de 9. Por sua vez, o Brief Cope negativo tem uma média de 12 e um desvio padrão de 4,3.

Deste modo, após a análise do Brief Cope, quer seja do positivo, quer do negativo, verifica-se que de uma forma geral, a maioria das pessoas utiliza predominantemente estratégias de coping positivo, que de alguma maneira, ajudam as pessoas a lidar com as suas limitações.

### WHOQOL-Abreviado

WHOQOL	Mean	92,14
	Median	95,00
	Variance	237,029
	Std. Deviation	15,396

No que concerne ao WHOQOL- Abreviado, temos uma média de 92 e um desvio padrão de 15,4.

Num total de 21 questionários obtidos, tivemos 5 pessoas pouco satisfeitas com a sua qualidade de vida; 13 satisfeitas e 3 muito satisfeitas.

Após a análise correlacional entre os resultados dos questionários aplicados (Anexo D) chegamos a várias conclusões mais específicas, designadamente, o questionário da Ansiedade (STAI) está correlacionado positivamente com o Inventário de Beck ( $0,63$   $C'$   $p = 0,002$ ). Por outro lado, o STAI está correlacionado negativamente com o questionário da Qualidade de Vida (WHOQOL) ( $-0,65$   $p = 0,001$ , o que demonstra uma correlação muito significativa).

Deste modo, percebemos que quando os valores do STAI aumentam, os da qualidade de vida diminuem. Por sua vez, quando as pontuações do Inventário de Beck aumentam, os valores do STAI também aumentam.

O Inventário de Beck correlaciona-se positivamente também com o Brief Cope negativo ( $0,62$   $p = 0,003$ ) e, negativamente com o WHOQOL ( $-0,81$   $p > 0,000$ ).

O Brief Cope não se mostrou estatisticamente associado a nenhuma das outras variáveis.

O Brief Cope negativo, como também já foi referido, revelou-se positivamente correlacionado com o Inventário de Beck, tendencialmente relacionado, de forma negativa com o WHOQOL ( $R = -0,49$   $c/ p = 0,026$ ).

Como anteriormente foi mencionado, a qualidade de vida (WHOQOL) mostrou-se negativamente correlacionada com o questionário da ansiedade, com o inventário de Beck e com o Brief Cope negativo tendencialmente.

### 3. Discussão:

Seguidamente iremos tentar interpretar os resultados obtidos, tendo em conta os objectivos gerais e questões formuladas.

À pergunta, “será que um maior estado depressivo está associado ao uso de estratégias de coping negativo?”, podemos concluir que sim, na medida em que, o Inventário de Beck, ou seja o inventário que mede o estado depressivo revelou correlacionar-se de forma positiva com o uso de estratégias de coping negativo, medido pelo Brief Cope.

Segundo Stiens et al. (1997), uma adaptação efectiva à deficiência é um processo longo e contínuo, eventualmente permanente e sempre inacabado como reforçam Richards et al. (1986). Krause e Crewe (1991, pp. 98) chegam mesmo a avançar com uma estimativa temporal para a adaptação aos danos provocados por uma lesão que será de “mais de dois anos”.

Todos os indivíduos do nosso estudo, têm a lesão há menos de 10 anos, havendo 24% dos participantes com dois meses de tempo após a lesão, ou seja, com um curto período de vivência com esta condição de saúde.

Embora na sua maioria, os participantes não manifestassem sintomas graves de depressão, evidenciavam um sentimento de tristeza adequado à situação, parecendo que de uma forma geral, conseguiram uma adaptação benéfica, não só pelas características estruturais do Processo de Reabilitação, mas também pelas características pessoais dos sujeitos.

Podemos tecer ainda, mais algumas considerações, tais como, a depressão reactiva ser encarada por vezes como “natural” num doente que se vê com limitações motoras, físicas e funcionais evidentes (Laíns, Oliveira, et al. 1993).

Um estudo, efectuado por Schilder em 1991, salienta que a imagem corporal pode ser alterada por dois factores, nomeadamente, a realidade externa e conflitos libidinais que por sua vez podem influenciar como a pessoa sente e vive perante a Lesão Vértebro-medular.

Por um lado, temos a realidade externa que modifica a vida dos participantes de uma forma traumática. Por outro lado, em consequência da lesão surgem conflitos libidinais ligados a problemáticas de perda.

Na maioria dos sujeitos, a lesão surgiu de uma forma súbita e inesperada. Isto alterou não só as suas vidas a um nível funcional e prático mas também a forma como se vivenciam a si próprias. Desta forma, podemos afirmar que de uma maneira geral as

peças alteraram a imagem corporal não só pela instalação da Lesão Vértebro-medular mas também por todos os sentimentos de perda, desvalorização e ferida narcísica implicados.

Um dos aspectos relevantes para esta investigação é a forma de resposta dos sujeitos às alterações corporais.

Para Meissner (1998), o grau no qual a pessoa está consciente e responsivo às alterações do seu corpo depende da maneira como a pessoa se vê e se sente. Acrescenta ainda, que uma aparência física desvalorizada induz conflitos internos ligados à perda, o que afecta profundamente o sentido de self. Existem várias formas de lidar, nomeadamente, pode haver uma negação da nova situação, a parte perdida pode ser restituída de uma forma ilusória ou ainda o sujeito pode acabar por aceitar gradualmente a situação, apesar de lhe causar alguma tristeza.

É importante reforçar que a depressão parece ser uma possível reacção psicológica pessoal à posteriori, e por isso própria e diferente de cada doente à sua nova situação e a cada momento.

Os estados de ansiedade inerentes a muitos destes doentes encontram-se ao longo de avaliações manifestamente relacionados com os seus níveis depressivos. Isto sucede muito provavelmente pelo facto, de ambas as variáveis se entrecruzarem e se manifestarem de uma forma semelhante e complementar.

Relativamente à segunda questão, “será que um maior estado ansioso está associado ao uso de estratégias de coping negativo?”, podemos concluir, pelos resultados obtidos que não, pois o uso de estratégias de coping negativo não parecem estar significativamente associadas a um maior estado de ansiedade.

Segundo Laíns, Oliveira, et al. (1993), os níveis de ansiedade encontram-se também relacionados com as sequelas motoras e funcionais com que o doente se confronta.

Globalmente o que parece ser determinante na organização e persistência dos estados de ansiedade e depressão são os recursos internos e externos de que o paciente dispõe para lidar com as sequelas funcionais, psicológicas e sociais da lesão.

No nosso estudo torna-se interessante verificar que a maioria dos participantes não demonstra níveis de ansiedade significativos, utilizando na sua maioria estratégias de coping positivo; talvez por isso não se tenha verificado qualquer relação entre a ansiedade e as estratégias de coping negativo.

No que concerne, à terceira questão, “será que uma maior qualidade de vida se associa a um menor nível de ansiedade?”, podemos concluir que sim, pois o STAI, ou seja, o questionário que mede a ansiedade está correlacionado negativamente com o questionário da Qualidade de Vida (WHOQOL), demonstrando uma correlação muito significativa, ou seja, quanto menos satisfeitos estão, os participantes, com a sua qualidade de vida, maior o grau de ansiedade.

Os mesmos resultados são observados para a última questão, “será que uma maior qualidade de vida se traduz num menor nível de depressão?”, na medida em que, o Inventário de Beck aparece correlacionado negativamente com o WHOQOL, ou seja, quanto mais satisfeitas as pessoas estão com a sua qualidade de vida menos sintomas de depressão apresentam. Será interessante acrescentar que o coping negativo também aparece negativamente correlacionado com a qualidade de vida (ou seja, quanto mais satisfeitos, os participantes, estão com a sua qualidade de vida, menos estratégias de coping negativo usam).

Parece-nos assim, que a situação de LVM atinge de forma significativa a percepção que as pessoas têm da sua qualidade de vida, no confronto com a lesão e suas limitações e com a incapacidade em levar a cabo um projecto de vida. Por outro lado, as melhoras no tratamento, o apoio emocional da família, a ocupação, e o facto da pessoa poder pensar nas suas capacidades, são factores que poderão permitir um maior bem-estar e proporcionar que possa estar bem consigo própria, podendo organizar e planear a sua vida.

Cabe à equipa multidisciplinar de reabilitação ajudar a pessoa nas várias vertentes que esta necessita e cabe ao psicólogo, como refere Lima (2003), ajudar a pessoa a “...elaborar a perda de capacidades físicas, através de um processo de luto de um corpo íntegro, reinventando-se na sua identidade” (ob. cit. págs. 174-175).

É importante que a pessoa não se esqueça do que poderá fazer e, essencialmente, que não se esqueça de quem é, de quem foi e de quem continuará a ser.

Para a melhoria da qualidade de vida e estado psicológico, parece-nos de grande importância todo o Processo de Reabilitação. A grande maioria das pessoas portadoras de uma Lesão Vértebro-medular passa, em algum momento das suas vidas, por um Processo de Reabilitação em regime de internamento. Para a maioria dos autores, este processo é, de uma forma geral, um processo de aprendizagem, sendo por isto fundamental, uma participação activa quer da parte da equipa de Reabilitação, quer da própria pessoa. Só assim será possível uma adaptação benéfica para o sujeito. O

Processo de Reabilitação permite ainda, uma confrontação com as reais capacidades físicas do sujeito, o que ajuda a consciencialização das suas limitações físicas (Encarnação, 2005).

O Processo de Reabilitação em Alcoitão possibilitou aos sujeitos a tomada de consciência das suas limitações físicas, pois estas pessoas foram confrontadas com uma serie de dificuldades e limitações.

Mais concretamente, Galhordas & Lima (2004), consideram que a confrontação das limitações está muito relacionada com sentimentos de desvalorização e tristeza. Associam-se também à percepção de diminuição no domínio pessoal e à antecipação de inadequações presentes e futuras. Estas associações, estão por sua vez relacionadas com sentimentos de perda de funções e a sentimentos de inferioridade e dependência dos outros, que de certa forma, faz com que esta dependência permita antever dificuldades presentes e futuras.

Por último interessa ainda referir, que no nosso estudo, tal como noutros (Faria, 2005), verifica-se que são os indivíduos do sexo masculino os mais expostos à LVM.

Segundo Sipski e Alexander (1992), Schmitz (1993) e Martins et al. (1998) referem que as LVM (s) ocorrem principalmente em adultos jovens, o que também se observa no nosso estudo.

No entanto, vários estudos revelam que a lesão completa é o quadro mais frequente nas LVM (s) (Schmitz, 1993; Martins et al. 1992; Cardoso, 2003), o que não se verifica neste trabalho.

As LVM (s) dos participantes analisados encontram-se divididas entre acidentes de viação e acidentes de trabalho, o que não acontece noutros estudos (Carvalho et al. 1998; Martins et al. 1999; Cardoso, 2000; Dominguez et al. 2003), que realçam que a principal causa deve-se a acidentes de viação.

**Reflexão Crítica:**

O presente estudo surge na tentativa de reflexão e compreensão da forma como os adultos portadores de uma Lesão Vértebro-Medular vivem os aspectos psicológicos associados a esta lesão, e como é que se altera ao longo do Processo de Reabilitação. Neste contexto de estudo exploratório de carácter comparativo no âmbito da psicologia clínica, é possível encontrar vários indicadores e aspectos comuns entre os vários sujeitos.

Contudo, é necessário ter presente que os indicadores analisados e discutidos não podem ser, de forma nenhuma, considerados generalizáveis, visto tratarem-se apenas de 21 participantes no estudo, com alterações específicas nos aspectos psicológicos associados à Lesão Vértebro-medular.

Assim, uma das principais limitações, deste trabalho, prende-se com o tamanho da amostra e com o tipo de estudo. Tratando-se de um estudo exploratório que conta com apenas 21 participantes, não se pode fazer qualquer tipo de generalização, para outras pessoas portadores de uma Lesão Vértebro-medular.

Outra limitação do estudo prende-se com o facto de se compararem grupos não balanceados (ex: com poucos elementos do sexo feminino, comparativamente com os elementos do sexo masculino), ou as limitações próprias dos instrumentos utilizados.

As sugestões para futuras investigações passam, em primeiro lugar, pela necessidade de superar as limitações encontradas no estudo.

Seria interessante e importante realizar um estudo de carácter mais longitudinal que permitisse perceber de que forma os aspectos psicológicos em pessoas com uma Lesão Vértebro-medular se vão alterando ao longo do tempo e após retorno à vida fora do Centro de Alcoitão.

Seria também interessante, arranjar uma amostra consideravelmente maior, onde existisse o mesmo número de elementos do sexo masculino e feminino a fim de se perceber melhor se existem diferenças significativas entre homens e mulheres na maneira como se vêem e vivem perante uma nova condição física.

Poder-se-ia alargar esta investigação a outras deficiências a fim de comparar este tipo de Lesão Vértebro-Medular com outros tipos de lesões.

Para terminar, gostaríamos de reflectir sobre a importância prática desta investigação. Pensamos que este estudo pode ter alguma utilidade relativamente à prática clínica em contexto de Reabilitação de pessoas com Lesão Vértebro-Medular. Sendo que esta investigação se centrou mais na parte psicológica, poderia ser

interessante perceber de que forma o acompanhamento psicológico interfere ou não com a evolução que a pessoa vai tendo durante o Processo de Reabilitação.

### III – Referências Bibliográficas:

Abreu, E. A. & Ramos, S. (2007). O Regresso a Casa do Doente Vértebro-Medular: O Papel do Cuidador Informal. *Psicologia.com.pt – o portal dos psicólogos*.

Actas do IV Congresso Internacional de Filosofia da Sociedade Hegel Brasileira.

*Bion*, W. R. (1967) The Development of Schizophrenic Thought, *International Journal of Psycho-Analysis*, vol.37.

Beck, A. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.

Cardoso, J. (1996). Desempenho e satisfação sexuais em sujeitos traumatizados Vértebro – Medulares. (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Cardoso, J. (2000). Adaptação Psicológica à Lesão Vértebro-Medular: da centralidade da doença à centralidade do sujeito. In J. L. P. Ribeiro, I. Leal e M. R. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia de Saúde* (pp. 401-408). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Cardoso, J. M. (2006). *Sexualidade e deficiência*. Lisboa: Quarteto.

Carvalho, S. Andrade, M.J. Tavares, A. & Freitas, J.L. (s.d.). Lesão Medular e Resposta Psicológica: Resultados preliminares. In G. Lopes (coord.), *Temas C.L. de Psiquiatria, Psicossomática e Psicologia* (pp. 149-156). Lisboa: Grupo Português de Psiquiatria conciliar – Ligação e Psicossomática.

Carvalho, Z.M.F. & Damasceno, M.M.C. (2003). *Viva bem com a sua lesão Vértebro Medular: um guia prático* (2ª ed. Revista). Porto: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Qualificado.

- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A Theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283
- Cunha, J. A. (1993). Inventário De Depressão de Beck. *Psicodiagnóstico*, 135-136.
- Encarnação, T. (2005). “Sentir a Vida” – A Imagem Corporal em Sujeitos com Lesão Vértebro Medular. (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Eysenck, H. J. (1994). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Faria, F. (2006). Lesões vértebro-medulares – A perspectiva da reabilitação. *Revista Portuguesa De Pneumologia*, vol XII N.º 1, 45-53.
- Filipe, S. (2007). Reabilitar a vida. *Medicina e Saúde*, nº 119, 58-62.
- Foucault, M. (1972). Sobre um parágrafo de Michel Foucault: resposta a muitas questões? *Psicologia Clínica*, vol.20 no.2 Rio de Janeiro 2008
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., & Cowen, P. (1996). *Oxford Textbook of Psychiatry* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Galhordas, J. (2000). O Adolescente que faz uma tentativa de suicídio e o seu processo de Autonomia. (Tese de Mestrado em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Galhordas, J. & Lima, P. (2004). Aspectos Psicológicos na Reabilitação. *Re (habilitar)*, O, 35-48.
- Galhordas, J. & Lima, P. (2004). Luto e Depressão. *Re (habilitar)*,

- Galhordas, J. Lima, P. & Encarnação, T. (2007). Marte: Da agressividade ao amor  
A compreensão da agressividade nas pessoas com Lesão Vértebro-Medular.  
*Análise Psicológica*, 4 (XXV): 603-611
- Greve, J.M.; & Amatuzzi, M.M. (1999). *Medicina de Reabilitação Aplicada à Ortopedia e Traumatologia*. São Paulo: Roca.
- Glass, C. A. (1999). *Spinal Cord Injury: Impact and Coping*. UK: BPS Books.
- Garrett, A. (2007). Modelo Transaccional Do Stress: Momento Que Antecede Ao Reinício Da Sexualidade Do Lesionado Vértebro-Medular. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UFP
- Grayson, M; Powers, A; Levi, J. (1952) Psychiatric Aspects of Rehabilitation. New York: The Institute of Physical Medicine and Rehabilitation - New York University Bellevue Medical Center.
- Harcourt, D., Rumsey, N., & Ambler, N. (1999). Same-day diagnosis of symptomatic breast problems: Psychological impact and coping strategies. *Psychology, Health & Medicine*, 4(1), 57-71.
- Holahan, C., & Moos, R. (1987) Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955
- Laíns, J.; Oliveira, R.A.; Caldas, J.; Azenha, A. & Keating, J. (1993). Depressão e Ansiedade na Realização do Hemiplégico de Causa Vascular. *Medicina Física e de Reabilitação* 1, vol.1.
- Lazarus, R. (1993). Coping with the stress of illness. In A. Kaplun (Ed.), *Health Promotion and chronic illness: Discovering a new quality of health* (pp. 11-29). Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.

- Lima, P. (2003), *Vivências de Perda Luto e Depressão em Indivíduos com Lesão Vértebro-Medular: sua Expressão no Rorschach*, Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Magalhães, Ilidia, (2005). *Influência da Actividade Física na Sexualidade de Indivíduos com Lesão Vértebro-medular*. (Dissertação de Mestrado). Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física.
- Martins, M. C. *Factores de risco Psicossociais para a Saúde Mental*. Educação, Ciência e Tecnologia, 255-268.
- Matos, A. C. (2001). *Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. C. (2002). *Violência inconsciente*. In A. C. Matos (Ed.), *O Desespero: Aquém da depressão* (pp. 383-387). Lisboa: Climepsi Editores.
- Mirabail, M. (1992). *Les Difficultés Mentales Chez L'Enfant*.
- Oliveira, R. A. (2000). *Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas*. *Análise Psicológica*, 4 (XVIII), 437-453.
- Oliveira, R. A. (2001). *Psicologia Clínica e Reabilitação Física*. Lisboa. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Oliveira, R. A. (2002). *Para pensar...a dor depressiva na reabilitação da incapacidade física adquirida*. *Análise Psicológica*, 3 (XX), 471-478.
- Organização Mundial de Saúde, (1998). *Divisão de Saúde Mental, Grupo WHOQOL versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida*.

- Pacheco, J.C. (1989). Bases Psicoterapêuticas na Prática Clínica. Porto: Laboratórios Bial.
- Pais Ribeiro, J. L.(1999). Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde. Lisboa: Climepsi.
- Pais-Ribeiro, J.L., & C. Santos (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 491-502.
- Pais Ribeiro & A.P. Rodrigues (2004). Questões acerca do Coping: A Propósito do Estudo de Adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15.
- Queiroz, A. et al. (1991). Manual de Paraplégicos e Tetraplégicos. Alcoitão: Centro de Medicina de Reabilitação.
- Rusk, H. (1977). Rehabilitation Medicine (4.ª ed.). Saint Louis: The C.V. Mosby Company
- Schneider, F. J. (1994). Lesão Medular Traumática. In D.ª Umphred (Ed.). *Fisioterapia Neurológica*. Editora Manole LTDA. (Tradução do original Americano Neurological Rehabilitation. The C. U. Mosby Company, 1994).
- Schmitz, T.J.(1993). Lesão Traumática da Medula Espinal. In S.B. O'Sullivan; T.J. Schmitz (Eds), *Avaliação e Tratamento em Fisioterapia* (pp. 621-670). SP, Brasil: Editora Manole.
- Segre, M. e Ferraz, F. (1997). O Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, vol. 31, nº 5, Outubro1997, p538-42. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública.
- Spielberger, C.D. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (FORMY) ("Self - Evaluation Questionnaire"). Palo Alto: Consulting Psychologist Press, Inc.)

Warnock, (1978). *Special Educational Needs: an alternative look*.

Wolpert, L. (1999). *A Psicologia da depressão*. Lisboa: Editorial Presença.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1997), *Measuring Quality of Life*, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.



## **Anexos**

**Anexo A**  
**(Os vários questionários que foram aplicados)**

## **Anexo B**

<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Inventário de Beck</b>	<b>STAI</b>	<b>Brief Cope Positivo</b>	<b>Brief Cope Negativo</b>	<b>WHOQOL</b>
M	45	5	41	54	13	90
M	32	10	51	60	14	82
M	32	5	23	72	14	114
M	36	7	37	54	18	88
F	49	8	42	61	14	95
M	35	0	36	43	8	123
M	34	1	26	45	9	103
M	49	8	31	52	10	94
M	35	5	23	59	10	110
M	57	7	53	39	10	66
M	39	15	38	47	11	67
M	54	4	20	68	9	101
F	44	7	45	59	8	97
M	42	11	42	54	17	89
F	46	2	25	56	8	103
M	67	11	37	62	26	72

M	33	6	32	55	12	102
M	45	9	34	49	10	76
F	28	18	43	56	14	72
M	54	5	22	66	8	96
F	31	5	32	38	11	95

**Quadro1 – Resultados brutos obtidos nos diferentes questionários**

## **Anexo C**

**Descriptives**

		Statistic	Std. Error	
Idade	Mean	42,24	2,224	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	37,60	
		Upper Bound	46,88	
	5% Trimmed Mean	41,67		
	Median	42,00		
	Variance	103,890		
	Std. Deviation	10,193		
	Minimum	28		
	Maximum	67		
	Range	39		
	Interquartile Range	16		
	Skewness	,707	,501	
	Kurtosis	,022	,972	

Inventário de Beck	Mean	7,10	,941	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,13	
		Upper Bound	9,06	
	5% Trimmed Mean	6,89		
	Median	7,00		
	Variance	18,590		
	Std. Deviation	4,312		
	Minimum	0		
	Maximum	18		
	Range	18		
	Interquartile Range	5		
	Skewness	,793	,501	
	Kurtosis	1,059	,972	

STAI	Mean		34,90	2,067
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	30,59	
	Mean	Upper Bound	39,22	
	5% Trimmed Mean		34,73	
	Median		36,00	
	Variance		89,690	
	Std. Deviation		9,471	
	Minimum		20	
	Maximum		53	
	Range		33	
	Interquartile Range		17	
	Skewness		,132	,501
	Kurtosis		-,745	,972

Brief Cope Positivo	Mean		54,71	1,965
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	50,61	
	Mean	Upper Bound	58,81	
	5% Trimmed Mean		54,69	
	Median		55,00	
	Variance		81,114	
	Std. Deviation		9,006	
	Minimum		38	
	Maximum		72	
	Range		34	
	Interquartile Range		13	
	Skewness		-,140	,501
	Kurtosis		-,286	,972

Brief Cope Negativo	Mean		12,10	,943
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	10,13	
	Mean	Upper Bound	14,06	
	5% Trimmed Mean		11,57	
	Median		11,00	
	Variance		18,690	
	Std. Deviation		4,323	
	Minimum		8	
	Maximum		26	
	Range		18	
	Interquartile Range		5	
	Skewness		1,824	,501
	Kurtosis		4,345	,972

WHOQOL	Mean		92,14	3,360
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	85,13	
		Upper Bound	99,15	
	5% Trimmed Mean		91,90	
	Median		95,00	
	Variance		237,029	
	Std. Deviation		15,396	
	Minimum		66	
	Maximum		123	
	Range		57	
	Interquartile Range		24	
	Skewness		-,084	,501
	Kurtosis		-,436	,972

## **Anexo D**

## Nonparametric Correlations

			Correlations	
			Idade	Inventário de Beck
Spearman's rho	Idade	Correlation Coefficient	1,000	,028
		Sig. (2-tailed)	.	,903
		N	21	21
	Inventário de Beck	Correlation Coefficient	,028	1,000
		Sig. (2-tailed)	,903	.
		N	21	21
	STAI	Correlation Coefficient	-,047	,628**
		Sig. (2-tailed)	,839	,002
		N	21	21
	Brief Cope Positivo	Correlation Coefficient	,186	,043
		Sig. (2-tailed)	,419	,852
		N	21	21
	Brief Cope Negativo	Correlation Coefficient	-,209	,623**
		Sig. (2-tailed)	,364	,003
		N	21	21
	WHOQOL	Correlation Coefficient	-,237	-,814**
		Sig. (2-tailed)	,302	,000
		N	21	21

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Correlations**

			STAI	Brief Cope Positivo
Spearman's rho	Idade	Correlation Coefficient	-,047	,186
		Sig. (2-tailed)	,839	,419
		N	21	21
	Inventário de Beck	Correlation Coefficient	,628**	,043
		Sig. (2-tailed)	,002	,852
		N	21	21
	STAI	Correlation Coefficient	1,000	-,253
		Sig. (2-tailed)	.	,268
		N	21	21
	Brief Cope Positivo	Correlation Coefficient	-,253	1,000
		Sig. (2-tailed)	,268	.
		N	21	21
	Brief Cope Negativo	Correlation Coefficient	,401	,169
		Sig. (2-tailed)	,072	,464
		N	21	21
	WHOQOL	Correlation Coefficient	-,651**	,221
		Sig. (2-tailed)	,001	,335
		N	21	21

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Correlations**

			Brief Cope Negativo	WHOQOL
Spearman's rho	Idade	Correlation Coefficient	-,209	-,237
		Sig. (2-tailed)	,364	,302
		N	21	21
	Inventário de Beck	Correlation Coefficient	,623**	-,814**
		Sig. (2-tailed)	,003	,000
		N	21	21
	STAI	Correlation Coefficient	,401	-,651**
		Sig. (2-tailed)	,072	,001
		N	21	21
	Brief Cope Positivo	Correlation Coefficient	,169	,221
		Sig. (2-tailed)	,464	,335
		N	21	21
	Brief Cope Negativo	Correlation Coefficient	1,000	-,486*
		Sig. (2-tailed)	.	,026
		N	21	21
	WHOQOL	Correlation Coefficient	-,486*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,026	.
		N	21	21

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).