

Estratégias de *Coping* e Estados Emocionais em Adultos Submetidos a Transplante de Medula Óssea (*)

CARLA SANTOS (**)

JOSÉ A. CARVALHO TEIXEIRA (***)

1. INTRODUÇÃO

O avanço da Medicina e os novos procedimentos médicos têm permitido ao Homem uma maior longevidade e um combate cada vez maior às diversas patologias que o afectam. Paralelamente a estes procedimentos médicos, muitas vezes indutores de *stress*, emerge a adaptação psicológica, processo ao qual a psicologia da saúde dedica cada vez mais atenção.

O Transplante de Medula Óssea (T.M.O.) é um dos reflexos desse avanço científico no tratamento de algumas doenças hematológicas, às quais anteriormente muito dificilmente se sobrevivia. É realizado em Portugal há já alguns anos, verificando-se contudo uma escassez de informação e investigação relativamente aos aspectos psicológicos inerentes a este procedimento médico. O T.M.O. é um processo longo, em que desde a tomada de decisão por este processo terapêutico, passando pelas expectativas em torno do transplante (aceitação/rejeição), pelo isolamento

afectivo e sensorial, pelo *stress* e tensões constantes, requer todo um conjunto de processos de adaptação psicológica com dimensões cognitivas e emocionais.

O Quadro 1 esquematiza o longo processo a que os sujeitos transplantados de medula óssea são submetidos.

2. METODOLOGIA

O estudo teve como objectivo conhecer e analisar as *Estratégias de Coping* utilizadas por indivíduos submetidos a T.M.O. em duas fases distintas do processo – Pré T.M.O. e Pós T.M.O. –, visto as fontes indutoras de *stress* serem potencialmente diferentes. Teve também propósito de analisar a eventual relação entre as referidas estratégias, a *Ansiedade* e a *Depressão*.

Trata-se assim de um estudo exploratório que procurou uma compreensão mais alargada sobre a problemática psicológica decorrente do T.M.O., através de uma abordagem metodológica qualitativa e quantitativa, embora aqui só façamos referência a esta última.

2.1 Amostra

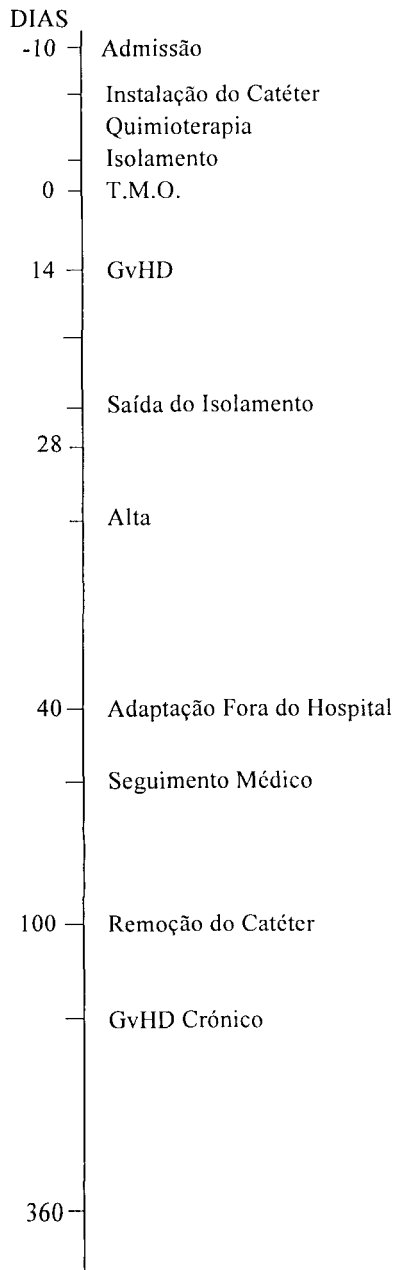
A amostra inicialmente constituída por 12

(*) Os autores agradecem à Unidade de Transplantados de Medula Óssea (UTMO) do Hospital de Santa Maria, Lisboa.

(**) Psicóloga Clínica.

(***) Psiquiatra. Assistente, ISPA. Coordenador do Núcleo de Investigação de Psicologia da Saúde.

QUADRO I



GvHD = Graft-vs-Host-Disease

sujeitos e reduzida num segundo momento de avaliação (Pós T.M.O.) a 7 sujeitos, foi recolhida na Unidade de Transplantados de Medula Óssea (U.T.M.O.) do Hospital Santa Maria, de Março a Novembro de 1993.

A primeira avaliação foi realizada antes da efectivação do transplante, numa altura em que os sujeitos estavam internados em quartos individuais e a serem submetidos a quimioterapia. O segundo momento de avaliação foi realizado já após a efectivação do transplante, num momento em que os sujeitos se encontravam numa situação de isolamento sensorial, afectivo e social de modo a reduzir-se a probabilidade de eventuais infecções. Esta fase Pós T.M.O. caracteriza-se também por importantes alterações físicas como: queda de cabelo, hemorragias gengivais, escurecimento da pele, etc.

A amostra foi constituída por sujeitos com idades compreendidas entre os 17 e os 55 anos, de ambos os sexos, submetidos pela primeira vez a T.M.O. para tratamento de doenças hematológicas e tumores sólidos.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Entrevista Clínica Semi-Estruturada

Permitiu recolher dados significativos sobre a identificação dos sujeitos, sobre a doença e sobre o Transplante de Medula Óssea. Simultaneamente permitiu estabelecer uma relação empática, de modo a promover a participação e o empenho necessários dos sujeitos, para a aplicação dos outros instrumentos de avaliação.

2.2.2. Inventário de Resolução de Problemas (I.R.P.)

Este inventário de Vaz Serra permite-nos avaliar o *coping* em situações representativas de dano, desafio e ameaça.

Este inventário é constituído por 40 questões, numa escala de tipo Likert, permitindo-nos obter além de uma nota global, uma correlação inter-itens, de modo a obtermos vários índices com valor informativo sobre como os sujeitos lidam com os diferentes problemas.

São 9 os factores representativos, pelas quais se dividem as várias questões:

Factor 1 - Representativo de pedido de ajuda

Factor 2 - Confronto e resolução activa dos problemas

Factor 3 - Abandono passivo perante a situação

Factor 4 - Controlo interno/externo dos problemas

Factor 5 - Estratégias de controlo de emoções

Factor 6 - Atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências

Factor 7 - Agressividade internalizada/externalizada

Factor 8 - Auto-responsabilização e medo das consequências

Factor 9 - Confronto com o problema e planificação da estratégia.

Para cada um destes factores existe uma Média e Desvio Padrão relativamente às amostras de Vaz Serra tomadas como padrão: «Normal» e «Deprimida».

2.2.3. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (H.A.D.)

Foi o instrumento seleccionado para avaliar simultaneamente a Ansiedade e a Depressão. Esta escala foi construída por Zigmund e Snaith (1983), com o propósito de medir os possíveis transtornos psicológicos na população «Normal» sujeita a internamento hospitalar, na medida em que estes são manifestações facilmente associadas à situação de doença e de internamento hospitalar.

O H.A.D. permite-nos obter uma nota global para cada um dos estados emocionais, embora a escala não procure uma quantificação da intensidade de Ansiedade e/ou de Depressão, mas sim avaliar se estão presentes, e em caso afirmativo, a que nível – «ausência»; «caso duvidosos»; «presença».

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados obtidos na entrevista clínica, faremos uma caracterização breve dos sujeitos da amostra estudada.

O nível etário médio dos sujeitos é de 38 anos. Relativamente aos diagnósticos médicos, estes eram bastante variados da mesma forma que o tempo do diagnóstico, que variava entre os 2 meses e os 11 anos, embora a maioria dos

sujeitos tenha tomado conhecimento da doença há menos de um ano.

A maioria dos sujeitos não atribuía uma causa particular à doença, havendo contudo uma minoria (3 sujeitos) que a atribuía à má alimentação, a «vírus desconhecido», a produtos químicos.

Quanto às expectativas dos sujeitos face ao T.M.O., verificámos que todos eles possuíam expectativas positivas, embora não existissem diferenças a este nível: enquanto uma maioria tem como expectativas «*conseguir a cura/ficar bom*», uma minoria tinha como expectativas «*conseguir controlar a doença/viver algum tempo sem ter de fazer tratamentos*».

Relativamente a uma outra das questões realizadas na entrevista: «Como imagina a sua vida após o Transplante?», constatámos que a maioria dos sujeitos imaginam uma «vida normal» embora uns a imaginem a longo prazo e outros com condicionantes.

Dos dados recolhidos através do I.R.P. verificámos que os sujeitos submetidos a T.M.O. utilizam no geral estratégias de *coping* adaptadas relativamente a uma população «Normal» segundo Vaz Serra. Utilizam particularmente como estratégias adaptadas, *estratégias de confronto com o problema e planificação das estratégias* (F9); e uma *ausência de comportamentos agressivos tanto contra o exterior como contra o próprio* (F7), sendo esta estratégia comum e constante a todos os sujeitos que constituíram a amostra, e em ambas as fases de avaliação. As estratégias utilizadas mais desadaptadamente, são apelativas de atitudes de: *ausência de confronto e resolução activa dos problemas* (F2) e *falta de controlo interno/externo dos problemas* (F4), numa fase Pré T.M.O.; tendência para o *controlo de emoções* (F5) e *sentimentos de auto-responsabilização e medo das consequências* (F8), numa fase Pós T.M.O.; tendência ao *abandono passivo perante a situação* (F3) e tendência para *atitudes passivas de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências*, em ambas as fases de avaliação.

Numa fase Pré T.M.O., em que os sujeitos se sentem normalmente inseguros face a um meio que lhes é desconhecido e particularmente temido face à ameaça percebida (o transplante), tendem a utilizar estratégias de *confronto e reso-*

lução activa dos problemas, e de controlo interno/externo dos problemas, desadaptadamente. Numa fase Pós T.M.O., em que os sujeitos de algum modo já impacientes esperam o veredito final, utilizam estratégias caracterizadas por algum sentimento de auto responsabilização e medo das consequências.

Assim, estão definidas as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos sujeitos submetidos a T.M.O. que constituíram a nossa amostra, relativamente aos dois momentos de avaliação.

Relativamente aos eventuais distúrbios emocionais, medidos através do H.A.D., verificámos que a média dos sujeitos é indicadora de «situação duvidosa» para ambos os distúrbios em causa, e para ambas as fases de avaliação. Verificámos, contudo, numa análise de frequências, que numa fase Pré T.M.O. existem mais sujeitos com sinais de «presença» significativa de Ansiedade do que de Depressão, isto é, numa fase Pré T.M.O. em que os sujeitos se encontram num meio desconhecido com índices de expectativas supostamente elevadas tanto ao nível da terapia como do próprio meio hospitalar, a Ansiedade apresenta mais casos com classificação de «presença» de sintomas do que a Depressão. Numa fase Pós T.M.O. existe uma igual frequência de casos de Ansiedade e Depressão, com classificação de «presença». É de salientar o aumento de casos de «presença» de Depressão nesta fase do processo, relativamente à fase de Pré T.M.O.

Assim, e relativamente aos objectivos que nos tínhamos proposto inicialmente averiguar quanto à presença de Ansiedade/Depressão em sujeitos submetidos à T.M.O. numa fase Pré e Pós T.M.O., não nos foi possível determinar uma resposta na medida em que os resultados obtidos pela globalidade dos sujeitos são apenas indicadores de uma presença «duvidosa» tanto de ansiedade como de Depressão, nos dois momentos avaliativos.

No que concerne à relação entre as estratégias de *coping* e os estados emocionais – Ansiedade e Depressão –, verificou-se que a globalidade dos sujeitos apresentam uma classificação «duvidosa» quanto à existência destas últimas e o uso de estratégias de *coping* adaptadas (próximas dos valores médios para uma população «Normal»). Apenas uma relação (correlação de

Spearman-Brow, para $p=.05$) se revelou estatisticamente significativa entre o factor F2 do I.R.P. e a Depressão do H.A.D.. Isto é, o recurso numa fase Pós T.M.O. a estratégias de *coping* adaptadas, concretamente estratégias de *confronto e resolução activa de problemas*, está correlacionada positivamente com uma presença «duvidosa» de Depressão, resultado algo contraditório.

Relacionando ainda as variáveis em estudo (Estratégias de *Coping*, Ansiedade e Depressão) com os diferentes parâmetros da entrevista, verificámos que os sujeitos da nossa amostra com diagnósticos médicos feitos há mais de um ano apresentavam valores mais elevados ao nível do I.R.P. total, isto é estratégias de *coping* mais adaptadas. Isto quer dizer que a idade e o recurso a estratégias de *coping* mais adaptadas variam na nossa amostra, em sentido directo. Verificámos ainda que a Depressão está ausente numa fase Pré T.M.O., e que a Ansiedade aumenta de uma fase Pré T.M.O. para Pós T.M.O. no grupo de idade inferior a 40 anos, inversamente ao outro grupo em que a Ansiedade diminui relativamente aos dois momentos de avaliação.

Verificámos ainda que os sujeitos da nossa amostra que apresentam valores de I.R.P. mais próximos dos valores médios da população de «Deprimidos» de Vaz Serra são os sujeitos com menor nível de escolaridade (ensino básico).

4. CONCLUSÕES

Os sujeitos encontram-se de modo geral adaptados à situação de T.M.O. e com baixos índices de perturbação emocional, embora as conclusões aqui evidenciadas sejam de cariz restrito, face ao reduzido número de sujeitos e à grande heterogeneidade entre eles, pelo que os resultados são válidos apenas para os sujeitos da amostra. Contudo, e face às experiências vividas junto destes sujeitos, questionamo-nos quanto à discriminação dos instrumentos utilizados para esta situação, nomeadamente do I.R.P., visto este inventário focalizar particularmente situações da vida quotidiana (acidentes de viação, competições profissionais, ...), situações que, face ao contexto em que os sujeitos se encontram, poderão ser sentidas como distantes. Isto é numa situação em que os sujeitos se sentem

fortemente ameaçados, situações banais como as apresentadas no I.R.P. poderão ser sentidas como irrelevantes por estes.

Assim, a tradução e adaptação de instrumentos avaliativos de coping em situações oncológicas constituirá outra fonte de investigação relativamente ao conhecimento de adaptação dos sujeitos ao Transplante de Medula Óssea.

O presente trabalho lança-nos um conjunto de dúvidas e de pistas de investigação a seguir, com o intuito de se aprofundar e melhorar a compreensão da adaptação psicológica dos sujeitos face ao Transplante de Medula Óssea, cuja experiência psicológica parece ser qualitativamente diferente da que é habitual nos transplantes de órgãos.

BIBLIOGRAFIA

- Abecassis, M. (1989). Transplantação de Medula Óssea: perspectivas actuais. *Acta Médica Portuguesa*, supl. 2: 16-20.
- Ascensão, J. (1988). Transplantação de Medula Óssea. *Acta Médica Portuguesa*, 1: 91-98.
- Beck, A. et col. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Carver, C., Scheir, M. & Pozo, C. (1991). Conceptualizing the process of coping with health problems. In *Hostility, Coping & Health*, pp. 189-201, The American Psychological Association.
- Coyne, J., Aldwin, C. & Lazarus, R. (1981). Depression and Coping in Stressful Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90(5): 439-447.
- Eysenck, M. (1988). Trait Anxiety and Stress. In *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*, pp. 467-481, New York: John Wiley & Sons.
- Folkman, S. (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4): 839-852.
- Fuhrman, A. & Wellisch, D. (1990). Psychodynamic Themes of Bone Marrow Transplantation. *Hematology Oncology Clinics of North America*, 4(3): 699-709.
- Greenberg, M. & Beck, A. (1989). Depression versus Anxiety: A Test of the Content – Specificity Hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1): 9-11.
- Holahan, C. & Moss, R. (1987). Personal and Contextual Determinants of Coping Strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5): 946-955.
- Holland, J. & Tross, S. (1990). Psychological Sequelas in Cancer Survivors. In *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of Patients with Cancer*, pp.101-116, Oxford: Oxford University Press.
- Holland, J. (1990). Clinical Course of Cancer. In *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of Patients with Cancer*, pp. 75-95, Oxford: Oxford University Press.
- Ibanez, I. (1992). La scala Hospitalar de Ansiedad e Depression. *Boletín de Psicología*, 36: 43-69.
- Lang, H. & Faller, H. (1992). Coping and Adaptation in pancreatectomized patients: a somatopsychic perspective. *Psychother Psychosom.*, 57: 17-28.
- Lesko, L. (1990). Protected environments. In *Handbook of Psychooncology*, pp. 174-178, Oxford: Oxford University Press.
- Lesko, L. (1990). Bone Marrow Transplantation. In *Handbook of Psychooncology*, pp. 179-185, Oxford: Oxford University Press.
- Manyande, A. & Salmon, P. (1992). Recovery from minor Abdominal Surgery: A preliminary Attempt to Separate Anxiety and Coping. *British Journal of Clinical Psychology*, 31(2): 227-237.
- Massie, M. (1990). Anxiety, Panic, and Phobias. In *Handbook of Psychooncology*, pp. 300-307, Oxford: Oxford University Press.
- Parkes, K. (1986). Coping in Stressful Episodes: The role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6): 1277-1292.
- Power, M. & Champion, L. (1988). Perspectivas Cognitivas da Depressão: crítica teórica. *Análise Psicológica*, VI(2): 183-196.
- Rachman, S. (1984). Anxiety Disorders: Some Emerging Theories. *Journal of Behavior Assessment*, 6(4): 281-299.
- Relvas, J. (1988). Modelos Psicológicos de Depressão e Expectativas de Controlo e de Reforço. *Análise Psicológica*, VI(2): 165-182.
- Roth, S. & Cohen, L. (1986). Approach, Avoidance and Coping with Stress. *American Psychologist*, 41(7): 813-819.
- Schmidt, L. (1988). Coping with Surgical Stress: some results and some problems. In *Topics in Health Psychology*, pp. 219-227, New York: John Wiley & Sons.
- Serra, V. (1987). Um estudo sobre Coping: o Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9(4): 301-316.
- Serra, V. (1989). A relevância clínica do coping nos transtornos emocionais. *Psiquiatria na Prática Médica*, 3(4): 157-163.
- Serra, V., Ramalheira, C. & Firmino, H. (1988). Mecanismos de Coping: diferenças entre população normal e doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 9(4): 323-32.

- Teixeira, J.A.C. (1991). Psicologia da Saúde: estado actual e perspectivas futuras. *Análise Psicológica*, X(2): 149-157.
- Vallejo, J. (1981). Entrevista Psicológica e a História Clínica. In *Introducion a la Psicopatologia y la Psiquiatria*, pp. 79-95, Barcelona: Salvat.
- Vega, R., Franco, C., Abdel-Mageed, A. & Ragab, A. (1987). Bone Marrow Transplantation in the treatment of children with cancer. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 1(4): 777-788.
- Wilson-Barnet, J. (1992). Psychological Ractions to Medical Procedures. *Psychother Psychosom*. Department of Nursing Studies, U.K., 57, 118 - 127.
- Zigmond, S. & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.*, 67: 361-370.

RESUMO

Nesta nota de investigação os autores apresentam resultados de um estudo exploratório das estratégias de *coping* e estados emocionais (ansiedade, depressão) em sujeitos submetidos a transplante de medula óssea (T.M.O.).

ABSTRACT

In this paper the authors explore two psychological dimensions in bone marrow transplantation: coping strategies and emotional states (anxiety, depression).