

Lesão Medular Traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica

Traumatic Medullary Injury and strategies for coping: a critical survey

Christina Ribeiro Neder Cerezetti*

Gilvane Rodrigues Nunes**

Diana Rosa Cavaglieri Liuthevicene Cordeiro***

Solange Tedesco****

318

Resumo

Este estudo apresenta uma revisão de literatura sobre o tema lesão medular traumática em populações jovens e estratégias emocionais de enfrentamento realizado na literatura especializada no período de 2000 a 2011. Os descritores utilizados foram “lesão medular traumática”, “resiliência” e “coping”. O objetivo do levantamento foi destacar publicações que acrescentassem correlações teóricas e atualizações sobre as estratégias de enfrentamento e situações de impacto e ruptura do jovem adulto vítima de lesão medular traumática. A busca eletrônica foi realizada nas bases de dados Scielo e Medline e ampliou-se para uma busca manual em publicações especializadas da área. O conteúdo do material selecionado foi agrupado em 2 categorias para análise: “Uma nova realidade: o Impacto emocional no jovem, no familiar e na equipe”, e “Estratégias de enfrentamento: coping e resiliência”. Conclui-se que, apesar dos aspectos emocionais serem citados nos estudos, poucas publicações avaliam a população em suas trajetórias e estratégias de enfrentamento.

Palavras-chave: Traumatismos da Medula Espinal. Adaptação Psicológica. Resiliência Psicológica.

Abstract

This study presents a literature survey on traumatic medullary injury among young people, and on the emotional strategies for coping with it; we did a survey on specialized literature published during the period from 2000 to 2011. We used the following keywords: traumatic medullary injury, resiliency and coping. The objective of the survey was to identify publications that put forward theoretical correlations and updates on strategies for coping and situations of impact and rupture in cases of young adults affected by traumatic medullary injury. The electronic survey was carried out in Scielo and Medline database and was enlarged through a research in specialized written publications of the area. Themes were grouped in 2 categories for analysis: “A new reality: the emotional impact over the young, the family and the team”, and “Strategies for coping and resilience”. We concluded that, in spite of references to emotional aspects in the studies, few publications evaluate the population in what concerns trajectories and strategies for coping.

Keywords: Spinal Cord Injuries. Adaptation, Psychological. Resilience, Psychological.

* Psicóloga pela PUC-Campinas. Doutora em Psicologia Clínica pela USP. Professora do Centro Universitário São Camilo.

** Acadêmica de Psicologia do Centro Universitário São Camilo.

*** Terapeuta Ocupacional. Especialista em terapia ocupacional em Neurologia pelo Centro Universitário Católico Salesiano de Lins.

**** Terapeuta Ocupacional da UNIFESP-EPM. Mestre em Saúde Mental. Professora do Centro Universitário São Camilo.

INTRODUÇÃO

A Lesão Medular (LM) é uma condição de insuficiência parcial ou total do funcionamento da medula espinhal, decorrente da interrupção dos tratos nervosos motor e sensorial desse órgão, podendo levar a alterações nas funções motoras e déficits sensitivos, superficial e profundo nos segmentos corporais localizados abaixo do nível da lesão, além de alterações viscerais, autonômicas, disfunções vasomotoras, esfinterianas, sexuais e tróficas^{1,2}.

As manifestações clínicas dependerão do nível e grau da lesão. Em relação ao grau, as lesões podem ser classificadas como completas e não-completas³. Nas lesões completas existe perda sensitiva e paralisia motora total abaixo do nível da lesão devido à interrupção completa dos tratos nervosos. Em uma lesão incompleta estão preservados grupos musculares e áreas sensitivas que não foram afetados.

Também em relação aos graus da lesão, são identificadas algumas síndromes medulares⁴:

1) Síndrome centromedular: os membros superiores são mais afetados que os membros inferiores;

2) Síndrome Brown-Séquard: apenas um lado da medula é seccionado resultando em perda motora e proprioceptiva homolateral à lesão e perda da sensibilidade térmica e dolorosa contralateral à lesão;

3) Síndrome medular anterior: ocorre perda motora e da sensibilidade térmica e dolorosa estando preservada a propriocepção;

4) Síndrome medular transversa: lesão acima do cone medular com perda motora (paralisia espástica) e sensitiva completa (anestesia superficial e profunda);

5) Síndrome do cone medular: lesão da medula sacral e das raízes lombares com perda motora (paralisia flácida) e sensitiva dos dermatômeros lombossacros correspondentes;

6) Síndrome da cauda equina: lesão de raízes lombossacras abaixo do cone medular com perda motora (paralisia flácida) e sensitiva correspondentes às raízes lesionadas.

A Lesão medular pode ter causas de origens traumáticas ou não traumáticas. Entre as causas de etiologia traumática, as mais frequentes estão

relacionadas a acidentes automobilísticos, ferimentos por armas de fogo, mergulho em águas rasas, acidentes esportivos e quedas. Entre essas causas, os ferimentos penetrantes por arma de fogo produzem lesões graves com perda de substância, fístulas, infecções e meningites. Já as causas das lesões não traumáticas podem estar relacionadas a tumores, infecções, alterações vasculares, malformações e processos degenerativos ou compressivos^{3,4,5}.

A instalação da Lesão medular pode ser abrupta, originando o quadro clínico denominado *choque medular*; ou progressiva, cujas alterações surgem gradualmente. No *choque medular* observa-se paralisia flácida e anestesia abaixo do nível da lesão, além de alterações esfinterianas, sexuais e na termorregulação. Se a lesão comprometer segmentos cervicais ou torácicos altos, também podem ocorrer problemas respiratórios. O quadro pode variar quanto à sua duração e não é possível estabelecer qual será o prognóstico funcional do paciente até que se supere a fase aguda^{4,5}.

O prognóstico funcional será determinado após a fase aguda e incluirá as determinações do nível e grau da lesão e a avaliação dos comprometimentos das funções motora e sensitiva⁴.

O número de casos de lesão medular tem aumentado consideravelmente nos últimos anos^{4,6}, sendo a população mais atingida a de jovens do sexo masculino. Os estudos americanos apontam para a incidência de 12 mil novos casos de lesão medular a cada ano, sendo que 60% deles ocorrem em pessoas com idade entre 16 e 30 anos⁶.

Apesar da falta de precisão numérica acerca dos casos anuais no Brasil, estudos⁷ apontam para um aumento de ocorrências em centros urbanos, seguindo as características dos estudos americanos: população jovem, entre 18 e 40 anos, prioritariamente do sexo masculino e em decorrência de causas traumáticas.

Em 1992, estudo indicou que 8,6% dos leitos de hospitais brasileiros seriam ocupados por pacientes com lesão medular⁶. Ressaltou, ainda, os longos períodos de hospitalização decorrentes de agravamentos e complicações clínicas. Nesse estudo, não há uma discriminação das complicações por entidades mórbidas, as quais são subdivididas em: congênitas, traumáticas, degenerati-

vas, tumorais, infecciosas, doenças neurológicas sistêmicas e doenças vasculares.

Além da classificação por morbidade, as lesões medulares podem ser divididas em duas categorias funcionais. A primeira é nomeada de tetraplegia e se refere à paralisia parcial ou completa do tronco e músculos respiratórios e dos quatro membros, sendo resultado de lesões da medula cervical. A segunda se chama paraplegia e se refere a uma paralisia parcial ou completa de parte ou de ambos os membros inferiores e do tronco, resultante de lesões na medula torácica, lombar ou sacral⁸.

A lesão medular é uma agressão à medula espinhal, que pode resultar em perda parcial ou total das funções motoras e/ou sensitiva, comprometendo os sistemas urinário, intestinal, respiratório, circulatório, sexual e reprodutivo⁹. Esse comprometimento ocorre em consequência da morte dos neurônios da medula e da quebra de comunicação entre os axônios que se originam no cérebro e suas conexões, que compromete a locomoção, ocasionando repouso prolongado, entre outras complicações. Nesse contexto, a cadeira de rodas se apresenta como facilitadora da mobilidade corporal, proporcionando independência funcional e fortalecendo a busca da autonomia.

Independentemente da etiologia, a lesão medular provoca alterações motoras, sensitivas e autonômicas, com repercussões psicoemocionais. Essas alterações, entre outras, contribuem para predisposição de "úlceras de pressão", que se instalam em regiões do corpo com saliências ósseas e que permanecem por longos períodos em contato com a superfície de apoio. Por ainda não poder ser revertida, ela é considerada uma das mais graves síndromes que pode atingir o ser humano^{7,10}.

As manifestações clínicas variam de acordo com o nível e grau da lesão, sendo que a instalação pode ocorrer de forma abrupta ou progressiva. No primeiro caso, ela dá origem ao quadro clínico denominado choque medular, que se caracteriza por paralisia flácida, anestesia abaixo do nível da lesão, ausência de reflexos intestinal e genital e alteração na termorregulação. No segundo caso, as alterações surgem gradualmente. Devido às variações no quadro clínico conforme

a duração da lesão, a equipe de reabilitação não pode fazer um prognóstico funcional do paciente até que a fase aguda seja superada^{6,10}.

O nível de lesão é determinado pelo segmento mais caudal da medula com função motora e sensitiva preservada em ambos os lados do corpo. Nos casos de tetraplegia, a lesão localiza-se na medula cervical, comprometendo a função dos membros superiores e inferiores e do tronco. Já nos casos de paraplegia, as lesões ocorrem nos tegumentos medulares torácicos, lombares ou sacrais, comprometendo a função do tronco e membros inferiores. Em relação ao grau, a lesão é considerada incompleta quando constatada presença da função sensitiva e/ou motora abaixo do nível da lesão, ao passo que completa quando constatada ausência da função sensitiva e/ou motora abaixo do nível da lesão¹⁰.

ETIOLOGIA

A lesão medular traumática tem sido considerada um problema de saúde pública, tanto no Brasil quanto no exterior, pois sua incidência vem aumentando nos últimos anos. E, diante disso, as políticas públicas têm direcionado atenção para seus aspectos preventivos².

As estatísticas mundiais indicam que de 30 a 40 pessoas a cada 1 milhão de habitantes são acometidas pela lesão medular, por ano. De acordo com *National Spinal Cord Injury Statistical Center*, há aproximadamente 10.000 novos casos de lesão medular a cada ano nos Estados Unidos¹¹.

No Brasil, a incidência da lesão medular é desconhecida. Porém, quando as estatísticas mundiais são aplicadas à população brasileira, esse número representa cinco a seis mil novos casos de lesão medular a cada ano. A população mais afetada encontra-se na faixa etária dos 30 anos, sendo que 80% dos indivíduos são do sexo masculino, segundo levantamento realizado pela Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) em 2000⁴.

No Brasil, o rápido e desordenado crescimento urbano, sobretudo nos grandes centros, bem como o aumento da violência urbana, contribuíram para o aumento da lesão medular². Esse aumento se deve principalmente às lesões traumá-

ticas (80%) provocadas por ferimentos com arma de fogo, acidentes de trânsito, mergulhos e quedas. Dentre as causas não traumáticas (20%), destacam-se os tumores, doenças infecciosas, vasculares e degenerativas, conforme dados da AACD⁴.

Apesar do aumento nos índices de vítimas de lesão medular nos últimos anos, tem havido paralelamente uma diminuição nos óbitos⁴, e conseqüentemente o aumento de pessoas que apresentam incapacidades decorrentes dessa condição, o que leva à importância dos estudos sobre as técnicas e processos de reabilitação para pessoas que sofreram lesão medular.

OBJETIVO

Análise crítica da literatura sobre o impacto emocional e o uso de estratégias de enfrentamento em jovens que sofreram lesão medular traumática, tendo como foco a resiliência e as estratégias de enfrentamento.

MÉTODO

O estudo baseia-se em revisão crítica, a qual se refere a uma investigação na literatura que propõe a análise das produções sobre um assunto, dentro de um recorte de tempo, fornecendo uma visão geral sobre um tópico específico. Este estudo investigou as produções sobre lesão medular traumática na literatura especializada no período de 2000 a 2011 e organizou em subtemas com referências ao conceito de resiliência ou estratégias de enfrentamento. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados Scielo, Medline e Biblioteca Virtual em Saúde. Foram utilizados os seguintes descritores indexados no DeCS – Descritores em Ciências da Saúde: “lesão medular”, “resiliência”, “coping”. Os critérios de inclusão do estudo foram: ter sido encontrado pela estratégia de busca, estar publicado no idioma português até o ano de 2011 e ter focado no trabalho a relação entre a aquisição da limitação física decorrente da lesão medular em populações jovens e os aspectos emocionais ou estratégias de enfrentamento. Foram excluídos os artigos que citaram aspectos emocionais, mas não os adotaram como foco do estudo. A revisão crítica foi utilizada para analisar os conteúdos dos artigos

selecionados e estabelecer a discussão das relações intercategorias construídas para a análise.

RESULTADOS

Em estudo sobre as repercussões da lesão medular na identidade do sujeito, evidenciou-se que fatores internos e externos podem influenciar a forma como a pessoa enfrentará a nova situação relacionada às alterações causadas pela lesão medular¹. A relação entre a gravidade da lesão e importância das variáveis ambientais e psicossociais sugere que quanto maior o suporte e rede de apoio ambiental e social maior a adaptação às adversidades e aos programas de reabilitação. As descrições dos fatores internos relacionados à estruturação psíquica do sujeito acometido pela lesão são descritos e correlacionados aos padrões de comportamento ou característica e traços de personalidade anteriores ao comprometimento. A dificuldade ou incapacidade para a realização de movimentos físicos poderá ser percebida de forma muito negativa, caso o sujeito apresente dificuldade em perceber outras capacidades, potenciais e alternativas por meio das quais pode obter a satisfação de suas necessidades e anseios. Já os fatores externos dizem respeito a aspectos mais amplos, como sociedade, história, ideologia, cultura e economia, e aos aspectos mais restritos à condição social do sujeito, como, por exemplo, seu nível socioeconômico e os recursos disponíveis na comunidade. O indivíduo frequentemente irá se deparar com suas limitações, e a realização de muitas atividades passará então a requerer o auxílio ou a supervisão do outro. Dessa forma, também podemos considerar de grande importância o trabalho com a família, para que os familiares possam expressar seus diferentes sentimentos em relação à nova situação causada pela lesão medular, e para que possam apoiar a pessoa com lesão medular em seu processo de reabilitação.

As dificuldades mais frequentemente enfrentadas no cotidiano dos indivíduos com Lesão Medular estão relacionadas à questão econômica (37,5%) e à dependência do outro (28,1%)¹². Essas dificuldades se completam, pois ser dependente exige cuidados, o que muitas vezes priva outra pessoa, além de o Lesionado Medular contribuir

economicamente para o sustento da família.

As questões ocupacionais e acadêmicas estão presentes em vários estudos sobre a reabilitação da lesão medular em população jovem. Estudo conclui que retornar às atividades laborativas após a lesão medular está relacionado à perspectiva das características pessoais, exigindo um processo resiliente por envolver a necessidade do “enfrentamento a possíveis situações adversas e a capacidade de adaptação positiva, incluindo a vivência de transformações e crescimento pessoal”¹³.

Apesar das contribuições sobre os aspectos emocionais e psíquicos da população jovem que adquire a lesão medular por trauma, os estudos não aprofundam as investigações sobre medidas de impacto ou a correlação entre as estratégias de enfrentamento emocional ou comportamental.

Para um aprofundamento no tema organizou-se uma subcategorização em duas temáticas apresentadas no conteúdo do material investigado:

1 – Impacto emocional

O conteúdo temático geral que descreve os aspectos emocionais e o impacto da deficiência adquirida pelo jovem adulto envolve, principalmente, a hospitalização, a comunicação da limitação e a relação da equipe, familiares e paciente.

Presentes nessa subcategoria estão as descrições sobre a repercussão da aquisição da lesão medular gerando conflitos relacionados à autoimagem e que se refletem na estrutura emocional da pessoa. Essas respostas emocionais variam de pessoa para pessoa, conforme características de personalidade, idade, momento emocional, condições familiares e socioculturais. Como seria de se esperar, elas influenciam a nova condição de vida da pessoa¹⁰.

As descrições presentes na literatura apontam para uma comunicação difícil quando a família e o paciente entram em contato com a evidência da *alteração irreversível do corpo*. É sinalizado que a informação pode desencadear um intenso choque emocional descrito como uma fase aguda que pode envolver manifestações como ansiedade, tristeza, raiva, sentimento de frustração, agitação, choro, autoacusação, desespero, entre outros. Podem, ainda, desencadear quadros confuso-oníricos, com sentimento de desrealização e impressão de pesadelo, sensação

de anestesia global psíquica e física e sensação de insensibilidade^{4,14}.

Um aspecto presente nessa temática aponta para a experiência da ambiguidade vivenciada na experiência da aquisição da incapacidade pelo paciente e familiar. Enfrenta-se uma situação de perda de funcionalidade (paraplegia ou tetraplegia), mas a gravidade da lesão pode ser apresentada como menor em relação à manutenção da vida em risco. No caso das lesões traumáticas, 80% são provocadas por ferimentos com arma de fogo, acidentes de trânsito, mergulhos e quedas; dentre as causas não traumáticas (20%), destacam-se os tumores, doenças infecciosas, vasculares e degenerativas⁴.

Um termo descrito como experiência emocional é o de autor-responsabilização pelo acometimento. Considera-se que, na medida em que a aquisição de uma deficiência pode ser assumida como valor de punição, muitos pacientes enfrentam sentimento de culpa e reação de agressividade, por vezes permeados pelo predomínio de sentimentos de injustiça.

A pessoa com lesão medular pode queixar-se de sentir dor nos membros do corpo que apresentam diminuição ou perda de sensibilidade, vindo a se intensificar no período da noite. As mudanças comportamentais dessa síndrome são apresentadas nas seguintes quatro fases⁴:

1. Fase do choque: a pessoa encontra-se desorientada e assustada, sem consciência de sua real situação. Faz-se necessário que a equipe oriente a família sobre cuidados e condutas.

2. Fase da negação: momento em que a pessoa começa a perceber a realidade, porém a distorce, mantendo a crença na recuperação total. Nesse momento, espera-se que a equipe compreenda o paciente, respeite e forneça informações que o conscientize para o processo de reabilitação.

3. Fase do reconhecimento: a pessoa começa a tomar consciência de sua real situação, sendo que pode vir a se sentir ansiosa e/ou deprimida. Faz-se importante que a equipe estimule a participação do paciente sobre sua reabilitação e sobre as metas a serem alcançadas em curto e longo prazo, valorizando seu potencial.

4. Fase de adaptação: a pessoa é colaborativa, se empenha em alcançar os objetivos da

reabilitação, e apresenta reestruturação da autoimagem e autoconfiança. A equipe deve estimular a autonomia do paciente.

Os termos perdas e luto apresentam-se muitas vezes relacionados. A perda de capacidades significa basicamente perdas de aspectos do ego, vindo a desestruturar relacionamentos em diversos níveis¹⁵. Os fatores mais apontados como influentes nessas experiências são o funcionamento psicodinâmico, os aspectos culturais, os recursos sociais e materiais, a fase do ciclo de vida, a história pessoal e o contato prévio com a doença^{15,16}.

Aplicando-se o processo de luto à perda de partes do corpo, identificam-se momentos de negação, depressão, aceitação gradual e progressivo desinvestimento da libido em relação ao objeto e investimento em novo objeto¹⁵. A perda de um objeto privilegiado ou amado pode estar relacionada à perda de uma pessoa, de parte do corpo, de funções físicas, de status social, etc.^{4,15}.

Há quem assinale que, dentre as inúmeras perdas enfrentadas pela pessoa, se destaca o considerável número de separações em relacionamentos¹². Em especial, assinala-se que as mulheres muitas vezes se veem abandonadas pelos seus cônjugues. Indica-se, ainda, que um pequeno número de solteiros se casa. Aponta-se, também, para os casos de pessoas que antes de sofrer lesão medular privilegiavam aspectos funcionais e desempenho sexual, e que, após a lesão, passam a se sentir impotentes, não conseguindo distinguir a pessoa em sua essência e vindo a romper relacionamentos afetivos¹⁴.

Além dos desafios que o deficiente precisa enfrentar em relação ao universo físico – as necessidades básicas, de locomoção e de recreação –, também há os aspectos relacionados ao universo das pessoas, que, movidas pela supervalorização do belo, tendem a rejeitar indivíduos deficientes por imaginarem que, ao adquirir uma deficiência, a pessoa permanecerá enlutada e destinada à aposentadoria e ao confinamento¹⁷.

Pessoas que sofrem lesão medular na infância apresentam menos problemas de adaptação do que aquelas que adquiriram a lesão na fase adulta¹⁸. Considera-se ser mais difícil para o adulto substituir um repertório por outro equivalente sob impacto da limitação, que desenvolvê-lo ainda na infância.

2 – Estratégias de enfrentamento: Coping e Resiliência

O termo “coping” será utilizado em inglês, para manter o sentido técnico, mas em vernáculo significa “enfrentamento”. A literatura propõe um modelo cognitivista que divide o *coping* em duas categorias funcionais: (i) *coping* focalizado no problema, que lida com a atuação e o esforço com relação à situação que deu origem ao estresse, tentando mudá-la; e (ii) *coping* focalizado na emoção, ou seja, aquele em que há esforço para regular o estado emocional que é associado ao estresse¹⁹.

Nessa perspectiva, o coping é definido como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados com o objetivo de lidar com demandas específicas internas e externas, que surgem em situações particulares, avaliadas como sobrecargas, ou seja, que excedem os recursos pessoais¹⁹.

Tanto o *coping* quanto a resiliência são processos relacionados a situações de estresse²⁰. Enquanto o *coping* foca a estratégia de como se lidar com a situação, a resiliência se concentra no resultado das estratégias, que é a adaptação bem-sucedida.

O processo de superação de crises e adversidades refere-se aos recursos resilientes de cada pessoa²¹. Considera-se que o termo resiliência originou-se do âmbito da física e da engenharia, tendo como um de seus precursores o inglês Thomas Young, que, em 1807, introduziu pela primeira vez a noção de módulo de elasticidade. No âmbito da física, a resiliência refere-se à capacidade que um corpo possui de retornar a seu estado natural, após sofrer deformação. Por seu turno, em psicologia, a resiliência envolve flexibilidade, otimismo, ousadia, autoestima e autoconfiança para ressignificar o contexto em que a pessoa se encontra inserida, transformando a adversidade em possibilidade de desenvolvimento pessoal e espiritual²².

Define-se “resiliência” como a capacidade humana para enfrentar experiências de adversidades, vencê-las e sair fortalecido ou transformado²³. Para a autora, os fatores resilientes identificados dividem-se em três níveis diferentes de fatores: suporte social (eu tenho), habilidades interpessoais (eu posso) e força

intrapésíquica ou interna (eu sou / eu estou). A resiliência é considerada um redutor da intensidade do estresse e de sinais emocionais negativos, como a ansiedade, a depressão ou a raiva, ao mesmo tempo que aumenta a curiosidade e a saúde emocional²⁴. O mesmo autor define uma deficiência adquirida em algum momento da vida como uma adversidade.

Indicam-se, ainda, segundo a literatura estudada, três tipos de resiliência: a emocional, a acadêmica e a social²⁵. A resiliência emocional está relacionada às experiências positivas que levam a sentimentos de autoestima, autoeficácia e autonomia, os quais capacitam a pessoa a lidar com mudanças e adaptações. A resiliência acadêmica engloba a escola como um lugar onde habilidades para resolver problemas podem ser adquiridas. Por fim, a resiliência social envolve fatores relacionados ao sentimento de pertencimento.

De acordo com a autora, a resiliência envolve fatores de proteção e fatores de risco. Como fatores de risco são identificados os acontecimentos estressantes da vida, ao passo que como fatores de proteção são considerados “bom relacionamento familiar, competência materna, transmissão de valores, construção do apego e conseqüentemente a internalização do mesmo”²⁵.

A perspectiva que norteia o modelo ecológico-transacional de resiliência consiste em “o indivíduo estar imerso em uma ecologia determinada por diferentes níveis, que interage entre si, sendo o marco ecológico composto pelos níveis: individual, familiar, comunitário e o cultural”²⁴.

Considera-se que a resiliência se caracteriza como um “conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que proporcionam ao indivíduo uma vida sadia, mesmo vivendo em situação de risco”²⁶. Não se pensa, portanto, a resiliência como um atributo que se possui ao nascer, ou que se adquire durante o desenvolvimento, mas como um processo interativo entre a pessoa e seus contextos: ambiental, familiar, social, cultural, espiritual, ocupacional e relacional. Ressalta-se que, dependendo da situação e do contexto, a pessoa se posiciona mais ou menos resiliente.

A busca de compreensão das respostas de eventos traumáticos volta-se à contribuição dos traços de personalidade²². As seguintes caracterís-

ticas da personalidade resiliente são destacadas na literatura: percepção de si no contexto que se encontra inserido, independência de espírito, habilidade de recuperar autoestima, capacidade para aprender, habilidade para fazer e manter amizades e interpretar as experiências extraíndo um significado pessoal. Considera-se, ainda, ser a flexibilidade a chave da personalidade resiliente²⁷.

Em um estudo recente sobre resiliência, enfrentamento e qualidade de vida na reabilitação de indivíduos com lesão medular²⁸, as seguintes modalidades de enfrentamento promotoras de resiliência são referidas: o acesso à informação, percepção positiva da capacidade de replanejar e conduzir a vida com autonomia, manutenção e aquisição de habilidades sociais, independência e autoestima. Nesse estudo, a autora discute a importância de a reabilitação ser conduzida por equipes interdisciplinares que tenham capacitação para enfocar os aspectos biopsicossociais do paciente.

DISCUSSÃO

O foco deste estudo foi o levantamento e análise sobre o tratamento que a literatura especializada dá aos conceitos relacionados ao conteúdo emocional e estratégias de enfrentamento de jovens com lesão medular traumática. Buscou-se elaborar uma análise crítica da literatura sobre a lesão medular e as estratégias de enfrentamento. São presentes nas publicações as descrições das alterações físicas, psicológicas e sociais. Porém, estudos que avaliem as estratégias de adaptação e enfrentamento nessa população são raros.

Os resultados encontrados demonstram uma preocupação em relação ao tema “impacto emocional”, ao mesmo tempo que representa a ideia de características pessoais prévias para o enfrentamento ativo, principalmente da fase aguda da reabilitação.

Desenvolver e aprofundar estudos sobre o impacto e indicadores das estratégias de enfrentamento utilizadas podem auxiliar a capacitação de equipes e estruturação de serviços para atender essa população. Os estudos atuais sobre resiliência permitem um enfoque voltado para a aquisição e desenvolvimento de habilidades e saúde. Quanto aos fatores de enfrentamento, pode-se observar

que os fatores Confronto, Suporte Social, Aceitação de Responsabilidade e Reavaliação descritos em situação de estresse são as categorias mais relacionadas às situações de adversidade.

Os textos apontam para uma conclusão importante: a aquisição de limitação física em uma fase do desenvolvimento físico, psíquico e social exige cuidado e atenção aos aspectos emocionais e adaptativos do sujeito. O início da idade adulta pode exigir um maior enfrentamento entre a pessoa e seu meio. A aquisição de deficiência física nesse período desencadeia mudanças bruscas e impactantes, que repercutem em todas as instâncias da vida da pessoa que foi atingida pela lesão. Nesse momento, exige-se que o indivíduo lance mão de recursos disponíveis e adote estratégias de enfrentamento no processo de adaptação e elaboração de um novo projeto de vida, que

seja coerente com as suas capacidades atuais e que possibilite a restituição de posições anteriores à lesão, ou a conquista de novas posições que ressignifiquem a perda de mobilidade física, de forma que ela possa ser vista como um obstáculo, mas não como desencadeador de estagnação. Ressalta-se que características de personalidade são fatores influentes nas estratégias de enfrentamento e superação em situações de adversidade.

Esse estudo, em que pesem suas limitações, traz informações sobre a complexidade e relevância da análise sobre os fatores que influenciam o enfrentamento e adaptação às adversidades de pessoas jovens que adquiriram deficiências ou limitações como a lesão medular, podendo auxiliar os profissionais envolvidos no manejo com essa população.

REFERÊNCIAS

1. Fecho, et al. A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. *Acta Fisiátrica*. 2009;16(1):38-42.
2. Mancusi-Faro AC. A reabilitação da pessoa com lesão medular: tendências da investigação no Brasil. *Enferm Global*. 2003;(3).
3. Adler C. Lesões na medula espinhal. In: Predetti LW, Early MB. *Terapia ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas*. 5a ed. São Paulo: Roca; 2005. p. 805-31.
4. Casalis MEP. Lesão Medular. In: Teixeira E, et al. *Terapia Ocupacional na reabilitação física*. São Paulo: Roca; 2003. cap. 4, p. 41-61.
5. Atkins MS. Lesões na medula espinhal. In: Trombly CA, Radomski MV, organizadores. *Terapia Ocupacional para disfunções físicas*. 5a ed. São Paulo: Santos; 2005. p. 965-99.
6. Campos, et al. Epidemiologia do Traumatismo da Coluna Vertebral. *Rev Col Bras Cir*. 2008 Abr;35(2):88-93.
7. Greve JMA, Ares MJ. Reabilitação da lesão da medula espinhal. In: Greve JMA, Amatezzi MM. *Medicina de reabilitação aplicada à ortopedia e traumatologia*. São Paulo: Rocco; 1999. p. 323-4.
8. Cambier J, Masson M, Dehen H. *Manual de Neurologia*. Ed Medsi; 1999.
9. Brunozi AE, et al. Qualidade de Vida na Lesão Medular Traumática. *Rev Neurocienc*. 2011;19(1):139-44.
10. Casalis PEM. Quadro clínico – exame neurofisiátrico. In: Greve JMD. *Tratado de medicina e reabilitação*. São Paulo: Roca; 2007. cap. 46-7, p. 386-91.
11. Yasuda S, Wehman PT, Cifu DX, West M. Return to work after spinal cord injury: a review of recent research. *Neurorehabilitation*. 2002;17:177-86.
12. Venturini DA, Decésaro NM, Marcon SS. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):589-96.
13. Masiero CMT. A resiliência em pessoas com lesão medular que estão no mercado de trabalho: uma abordagem psicossomática [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2008. (Mestrado em Psicologia Clínica)
14. Galhordas JG, Lima PAT. Aspectos psicológicos na reabilitação. *Re(habilitar) Rev ESSA*. 2004 Jun;37-50. Disponível em: http://www.essa.pt/revista/docs/n_0/re04_0_5.pdf
15. Oliveira RA. Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicol*. 2000 Nov;4(XVIII):437-53.
16. Oliveira RA. O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. *Rev Portuguesa Psicossomática*. 2004 Jun;6(1):63-7.
17. França ISX. (Re)socialização da pessoa com deficiência adquirida: o processo, os personagens e as máscaras. *João Pessoa*: Ed. Idéia; 2000. 96 p.
18. Murta SG, Guimarães SS. Enfrentamento à lesão medular traumática. *Est Psicol*. 2007 Abr;12(1):57-63.
19. Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira DR. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Est Psicol*. 1998 Dez;3(2):273-94.
20. Machado N, Legal E, Taboada N. Resiliência: em busca de um conceito. *Rev Bras Cresc Desenvol Hum*. 2006 Dez;16(3):104-13.

21. Yunes MAM, Szymanski H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares J, organizador. Resiliência e Educação. São Paulo: Cortez; 2001. p. 13-42.
22. Peres J. Trauma e superação; o que a psicologia, a neurociência e a espiritualidade ensinam. São Paulo: Roca; 2009. 316 p.
23. Grotberg EH. Introdução: novas tendências em resiliência. In: Melillo A, Ojeda ENS, et al. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 15-22.
24. Infante F. A resiliência como processo: uma revisão na literatura recente. In: Melillo A, Ojeda ENS, et al. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 23-38.
25. Garcia I. Vulnerabilidade e resiliência. Adolesc Latino-Am. 2001 Abr;2(3):128-30.
26. Melillo A, Estamatti M, Custas A. Alguns fundamentos psicológicos do conceito de resiliência. In: Melillo A, Ojeda ENS, et al. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 59-72.
27. Flach F. Resiliência: arte de ser flexível. São Paulo: Roca; 1991. 264 p.
28. Santinoni VR. Resiliência, enfrentamento e qualidade de vida na reabilitação de indivíduos com lesão medular [tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2012. (Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde)