

OS ASPECTOS EMOCIONAIS DO LESADO MEDULAR FRENTE AO SEU DIAGNÓSTICO

THE EMOTIONAL ASPECTS OF THE PATIENTS IN FRONT OF THE SPINAL CORD INJURY DIAGNOSE

Cruz, Letícia Goulart¹
Machado, Cristiane Soto²
Afiúne, Fernanda Guedes³

1- Psicóloga. Residente de Psicologia em Saúde Funcional e Reabilitação no Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), Goiás - Brasil. E-mail: leticiagoulartc@gmail.com. Endereço da Instituição: Avenida Vereador José Monteiro n.º 1.655 – Setor Negrão de Lima.

2- Psicóloga. Mestre em Psicologia, Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde. Especialista em Terapia Intensiva, Especialista em Neuropsicologia e Especialista em Psicologia do Trânsito.

3 - Psicóloga. Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em Neuropsicologia.

RESUMO

Introdução: A Lesão Medular (LM) é uma condição que afeta homens e mulheres, podendo ser traumática ou não, sendo ela grave e incapacitante. **Objetivos:** Compreender determinadas alterações emocionais para o indivíduo após receber esse diagnóstico. **Participantes:** 10 pacientes que passaram pelo Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER) e que atualmente estão, ou já estiveram, em acompanhamento ambulatorial. **Análise de dados:** Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. **Resultados:** Revelaram-se as seguintes categorias relacionadas à lesão medular: humor (subcategoria: irritabilidade), autoestima, tristeza, esperança, reação ao diagnóstico, *coping* (subcategoria: dificuldade de aceitação do diagnóstico, adaptação e espiritualidade) e dependência do outro. **Discussão e considerações finais:** Dentro da população pesquisada, os participantes conseguiram desenvolver estratégias de enfrentamento funcionais e adaptativas, sendo a sintomatologia, em sua maioria, reativa.

Palavras-chave: Lesão medular; Impacto emocional; Ansiedade; Depressão.

ABSTRACT

Introduction: Spinal cord injury is a condition that affects men and women, and it can be traumatic or not, being severe and disabling. **Objectives:** To understand certain emotional changes for the individual after receiving this diagnosis. **Participants:** 10 patients who went through the Dr. Henrique Santillo Rehabilitation and Readaptation post and who are currently or have been under outpatient follow-up. **Data analysis:** Content Analysis by Laurence Bardin. **Results:** The following categories related to spinal cord injury were revealed: mood (subcategory: irritability), self-esteem, sadness, hope, reaction to the diagnosis, coping (subcategory: difficulty in accepting the diagnosis, adaptation and spirituality) and dependence on the other. **Discussion and conclusion:** Within the researched population, the participants were able to develop functional and adaptive coping strategies, the symptoms being mostly reactive.

Keywords: Spinal cord injury; Emotional impact; Anxiety; Depression.

INTRODUÇÃO

Dentre as doenças do mundo moderno, a LM é uma das condições de maior impacto no desenvolvimento humano. Este estado não evolui necessariamente para o óbito, mas limita e demanda completa modificação no estilo e nas opções de vida da pessoa acometida¹.

A LM ocorre como consequência da morte dos neurônios da medula e da quebra da comunicação entre os axônios, que se originam no cérebro e suas conexões, comprometendo a condução de resposta motora e sensitiva para as diversas partes do corpo, sendo a gravidade definida de acordo com o nível do trauma. A partir disso, identifica-se o comprometimento da sensibilidade e movimentos, do funcionamento dos órgãos, de esfíncteres, da circulação sanguínea, controle da temperatura, enfim, determinando-se alterações obtidas².

A LM pode ter causas de origens traumáticas ou não, sendo os casos de trauma de maior incidência relacionados a acidentes automobilísticos, ferimentos por armas de fogo, mergulho em águas rasas, acidentes esportivos e quedas. Já as causas das lesões não traumáticas podem estar relacionadas a tumores, infecções, alterações vasculares, malformações e processos degenerativos ou compressivos³.

A pessoa com LM apresenta alterações significativas de motricidade e sensibilidade, dentre tantas outras, ocorrendo, muitas vezes, dependência de terceiros para atividades antes tidas como corriqueiras e outras mais íntimas, como a higiene após as eliminações, por exemplo⁴.

Aquele que adquire uma deficiência física no decorrer de sua vida, além da necessidade de se ajustar às alterações físicas, também necessita restabelecer-se social e psicologicamente. O que garantirá o sucesso da sua reinserção é a forma como esse indivíduo reconstrói seu autoconceito a partir dessas mudanças, adaptando-se e compreendendo sua nova situação⁵.

Acometido pela súbita transformação corporal, a pessoa com deficiência física adquirida precisa mudar a maneira como percebe o mundo e a si mesmo. A estrutura física, no início, passa a ser motivo de repúdio, já que essa nova sensação faz com que por alguns instantes o corpo e a memória do corpo passado entrem em conflito⁶. Neste novo momento vivenciado, o indivíduo pode desenvolver vários distúrbios emocionais, como a baixa autoestima, alterações no autoconceito e fenômenos de perda de identidade.

A autoestima refere-se à atitude de satisfação ou recusa do sujeito consigo mesmo, a qual decorre do autojulgamento de suas competências e valores pessoais⁷. O autoconceito, que é a percepção que o indivíduo tem de si próprio, também pode ter alterações na vivência a partir da LM. Quanto mais coeso é o autoconceito, mais efetivo é o funcionamento do indivíduo⁸. Portanto, concluiu-se em seu estudo que pessoas com um bom autoconceito têm tendência a desenvolver expectativas positivas e vice-versa. A autoimagem é classificada⁹ como a percepção que a pessoa tem de si e de seu reflexo em comparação ao retorno de sentimentos, pensamentos ou ações em seus relacionamentos interpessoais.

O impacto causado na vida daquele que adquire uma LM em qualquer fase é imensurável, acarretando uma ruptura drástica entre a vida que tinha antes e a nova, à qual terá que se (re)adaptar¹⁰. A pessoa depara-se com uma condição desconhecida, grave e incapacitante por um longo período de tempo, ou para o restante da vida, o que implica na autoimagem, no reconhecimento da nova condição física, na relação com o mundo que a cerca, e com as pessoas que a cercam, numa relação de múltiplas determinações para o enfrentamento da nova vida.

Assim, pelo fato da situação não ser esperada, a deficiência adquirida abruptamente pode provocar sentimentos de “agressividade, insegurança, ansiedade, impulsividade, isolamento social, desespero, sentimento de inferioridade, ambivalência, raiva, medo, desesperança, breve período de ausência da realidade e anestesia, distúrbios do sono, do apetite, da digestão e evitação do problema”¹¹.

Em geral, leva tempo para o paciente e a família compreenderem a magnitude das incapacidades resultantes da LM. Desse modo, ambos podem atravessar os seguintes estágios do luto¹²: a negação, quando o paciente ainda não sabe como conseguirá enfrentar sua vida após a LM e não entra em contato com sua nova realidade. A raiva se faz presente quando o indivíduo começa a entrar em contato com a sua nova realidade. Estes sentimentos o fazem dirigir sua revolta para algo ou alguém. Já a barganha faz com que o enlutado tente negociar algo com Deus ou com alguém considerado uma força superior para conseguir de volta o que foi perdido. Na fase da depressão, faz-se presente a tristeza, a sensação de impotência e a dor emocional, visto que o paciente entende que o que aconteceu é irreversível (ou algo que se perdurará por muito tempo) e por isso tende à reclusão. Por fim, a fase de aceitação refere-se ao momento em que o indivíduo reconhece a irreversibilidade dos fatos, aceita sua nova realidade e busca se adaptar à mesma¹³. Durante a fase aguda do trauma, a negação pode ser um mecanismo protetor de defesa dos pacientes, ajudando-os a superar a realidade do acontecimento¹⁴.

A instabilidade emocional, as inseguranças, os comportamentos de raiva e revolta, a regressão e a negação da situação também podem se manifestar durante esse estágio¹⁵. Rebaixamento de humor significativo e sintomas predominantemente de episódios depressivos também podem ser percebidos, em alguns casos chega-se ao que é conhecido classicamente como Transtorno Depressivo Maior.

A depressão, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais¹⁶, é caracterizada essencialmente pela presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O episódio é acompanhado por sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo. A partir disso

o número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10)¹⁷, nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão, o paciente apresenta rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo.

Observam-se na maioria dos casos problemas com o sono e diminuição do apetite. Existe a redução da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e/ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo¹⁷ varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode ser acompanhado de sintomas ditos "somáticos". Por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, peso e libido.

No episódio depressivo leve¹⁷ estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados acima, sendo essa definição utilizada para episódio depressivo único. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas, mas provavelmente é capaz de desempenhar a maior parte das suas atividades.

Já no episódio depressivo moderado¹⁷ estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a realizar as atividades de rotina.

Por fim, no episódio depressivo grave¹⁷, vários dos sintomas são marcantes e angustiantes. Na maioria dos casos há perda de autoestima e ideias de desvalia ou culpa, sendo os pensamentos e os atos suicidas comuns. Observa-se, em geral, uma série de sintomas "somáticos", prejudicando significativamente a capacidade de realizar as atividades cotidianas.

O Transtorno Depressivo Maior representa a condição clássica do grupo de transtornos depressivos¹⁶. Ele é caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure um tempo consideravelmente maior) envolvendo alterações

nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas e remissões interepisódicas. O diagnóstico baseado em um único episódio é possível, embora o transtorno seja recorrente na maioria dos casos.

É necessário que exista a diferenciação da tristeza e do luto, normais em relação a um episódio depressivo maior. O luto pode induzir grande sofrimento, mas não costuma provocar um episódio de transtorno depressivo maior. Quando ocorrem em conjunto, os sintomas depressivos e o prejuízo funcional tendem a ser mais graves e o prognóstico é pior, comparado com o luto, que não é acompanhado desse transtorno.

É necessária atenção para o fato de que o luto não faz mais parte do diagnóstico diferencial da depressão, portanto, mesmo se o sujeito apresentar, durante o período de luto, os sintomas depressivos e preencher os critérios para episódio depressivo, esses devem ser tratados de acordo com as diretrizes de tratamento do Transtorno de Depressão Maior.

A irritabilidade é um sintoma inespecífico, podendo ser encontrada em indivíduos normais. No entanto, esta se torna patológica quando qualquer estímulo é sentido como perturbador e o indivíduo apresenta hiper-reatividade de característica desagradável, hostil e eventualmente agressiva¹⁸.

É comum pessoas com quadro depressivo relatarem a presença de angústia, irritabilidade e tristeza. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Cumpre lembrar que essa resposta tem valor adaptativo, do ponto de vista evolucionário, uma vez que, através do retraimento, poupa energia e recursos para o futuro¹⁹.

No diagnóstico da depressão, levam-se em consideração sintomas psíquicos, fisiológicos e manifestações comportamentais. Nenhum sintoma isolado é considerado específico da doença e os pacientes podem exibir diferentes formas clínicas, com sintomatologia diversa. Embora os sentimentos de tristeza ou vazio sejam os principais sintomas dos estados depressivos, nem todos os pacientes relatam esses sofrimentos subjetivos. Muitos referem somente a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral, redução do interesse pelo ambiente, ou até mesmo sintomas dolorosos, que predominam no quadro clínico²⁰.

Espera-se com esse estudo, que os resultados possam caracterizar alguns dos aspectos psicológicos para intervenções eficazes e precisas dos profissionais da psicologia. Busca-se, ainda, lançar luz na compreensão, reflexão e discussão de como os aspectos emocionais influenciam o lesado medular em seu processo de reabilitação.

Sendo assim, justifica-se, então, a realização de um estudo com o intuito de caracterizar alguns aspectos psicológicos, bem como a influência dos aspectos emocionais do lesado medular em seu processo de reabilitação para intervenções eficazes e precisas dos profissionais da psicologia.

MÉTODOS

O trabalho foi desenvolvido com base numa perspectiva qualitativa de pesquisa, sendo as entrevistas transcritas e pautadas na técnica de Análise de Conteúdo com fundamento em Laurence Bardin²¹. O estudo apresenta o seguinte delineamento: pesquisa transversal, descritiva e analítica, de caráter exploratório.

Os participantes deste estudo consistiram em 10 pacientes que passaram pela internação no CRER e que estavam em acompanhamento ambulatorial na instituição nos meses de setembro, outubro e novembro, sendo eles 7 homens, entre 20 e 56 anos, e 3 mulheres, entre 23 e 54 anos.

De materiais de consumo foram utilizadas 10 impressões da entrevista semiestruturada, 10 exemplares do questionário sociodemográfico, 20 termos de consentimento livre esclarecido, canetas e pranchetas. De materiais permanentes foram utilizados um computador e uma impressora.

Como instrumentos foram utilizados um questionário sociodemográfico (elaborado pela pesquisadora) – composto por seis itens, sendo eles: estado civil, idade, escolaridade, profissão, renda, tempo de lesão e religião declarada; e uma entrevista semiestruturada (elaborada pela pesquisadora) – composta por oito perguntas com questões que objetivavam avaliar a existência de sintomas depressivos.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Leide das Neves Ferreira, logo após a primeira qualificação, que ocorreu em dezembro de 2019, sendo que a coleta inicial seria realizada em março de 2020. Devido à pandemia de COVID-19, as internações para reabilitação e os

atendimentos ambulatoriais foram suspensos por tempo indeterminado, o que impossibilitou a realização da coleta de dados na época prevista. Para que o desenvolvimento do estudo fosse viável, optou-se por solicitar ao Comitê de Ética a modificação da metodologia e dos instrumentos. Dessa forma, o estudo passou a ser qualitativo, com entrevista semiestruturada. Após ser concluído o projeto foi submetido novamente ao Comitê de Ética e aceito em setembro de 2020, sob o número de certificação 33359720.7.000.5082.

A estratégia adotada para coleta de dados dos quatro primeiros participantes foi a realização de contato telefônico com os pacientes que já haviam passado pela reabilitação e que estavam em acompanhamento na instituição via teleatendimento.

No primeiro momento, foi realizado o convite para a participação no estudo, repassando as informações básicas e o objetivo da pesquisa. Para aqueles que tiveram interesse, a profissional disponibilizou duas opções para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): A) via plataforma Google Forms; ou B) opção de responder via telefone. Todos os participantes escolheram a opção B.

Ao declarar a compreensão dos objetivos, dos procedimentos que seriam realizados e após aceitação em participar do estudo, foi solicitado aos participantes que respondessem o questionário sociodemográfico. Estima-se que esta etapa durou, aproximadamente, dois minutos em média. Em seguida, os participantes foram submetidos à entrevista com duração de, aproximadamente, quinze minutos.

Após a volta dos atendimentos presenciais, o procedimento ocorreu da seguinte maneira: com os pacientes em acompanhamento ambulatorial, a pesquisadora buscava possíveis participantes a partir da pesquisa em prontuário. Assim, quatro pacientes aceitaram participar do estudo. Com os que estavam na internação, realizou-se uma leitura prévia do prontuário para conhecimento dos critérios de inclusão. Em seguida, a pesquisadora entrava em contato pessoalmente com os pacientes (dois da internação) para repassar as informações básicas e o objetivo da pesquisa. Para aqueles que tiveram interesse, a acadêmica realizou a leitura detalhada do TCLE, reservando tempo para esclarecimento

de quaisquer dúvidas que por ventura pudessem surgir. Após a assinatura do Termo, os participantes respondiam o questionário sociodemográfico.

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas em sua totalidade. A pré-análise do material obtido ocorreu a partir da fase da leitura flutuante. Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo de Bardin²¹. Buscou-se, então, núcleos de sentido das falas criando-se, assim, categorias e subcategorias. Os critérios utilizados para inclusão nas mesmas foram: exclusão mútua, pertinência, objetividade, fidelidade, produtividade e exaustividade. Em seguida, foram analisados os resultados para posterior discussão e conclusão.

RESULTADOS

Os resultados obtidos neste estudo indicam, na amostra selecionada, a prevalência de pessoas entre 20 e 30 anos, solteiras. No que tange à escolaridade, os participantes distribuíram-se de forma igualitária (20% cada - ensino fundamental incompleto, médio completo e incompleto e superior incompleto), com 12 a 18 meses de LM, desempregados/aposentados (50%), religião evangélica. A renda individual com maior incidência foi de 1 a 3 salários mínimos. Quanto à causa da lesão, acidente de carro e perfuração por arma de fogo destacaram-se, com 30% cada.

Da análise dos dados revelaram-se as seguintes categorias relacionadas à LM: **humor** (subcategoria: **irritabilidade**), **autoestima**, **tristeza**, **esperança**, **reação ao diagnóstico**, **coping** (subcategoria: **dificuldade de aceitação do diagnóstico**, **adaptação** e **espiritualidade**) e **dependência do outro** (Tabela 1).

Tabela 1 – Categorias relacionadas à lesão medular

Categorias	Subcategorias
1. Humor	Irritabilidade
2. Autoestima	
3. Tristeza	
4. Esperança	
5. Reação ao diagnóstico	

-
6. *Coping* Dificuldade de aceitação do diagnóstico; Adaptação; Espiritualidade
7. Dependência do outro
-

Fonte: Autoria própria

Nesta sessão apresentam-se as categorias empíricas resultantes das entrevistas individuais. Para categorização das unidades de sentido, através das falas dos participantes, foram seguidas as regras indicadas por Bardin²¹: homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade e pertinência.

Com base na análise das entrevistas, nota-se a presença da tristeza como o aspecto emocional mais presente nos participantes, seguido pela reclusão (Tabela 2).

Tabela 2 – Aspectos emocionais presentes nos participantes

Participantes	Sintomas depressivos
P1	Tristeza
P2	Autoestima; Irritabilidade; Reclusão
P3	Revolta; Autoestima; Reclusão; Tristeza
P4	Irritabilidade; Tristeza
P5	Revolta; Diminuição da volição; Ansiedade; Reclusão
P6	Tristeza; Ansiedade
P7	Tristeza; Reclusão
P8	Tristeza; Reclusão; Autoestima; Ansiedade
P9	Irritabilidade; Diminuição da volição; Autoestima
P10	Tristeza

Fonte: Autoria própria

Na categoria **Humor** seis dos participantes relataram perceber mudanças quanto à irritabilidade. Três percebem aumento principalmente na fase aguda da lesão medular. Entre os seis sujeitos citados anteriormente, três deles relatam mudanças positivas na forma de lidar com esse aspecto.

P7: “Eu acho que agora eu irrito menos do que antes porque para começar eu acho que do jeito que eu e várias pessoas estamos irritar não vai levar a nada e a lugar nenhum”.

Quanto à categoria **Autoestima**, nota-se que existe alteração principalmente para os participantes mais jovens da pesquisa.

P2: "A gente se sente mais fragilizado, né? E a gente pensa que ninguém vai querer a gente porque a gente tá machucado, lesionado, mas na verdade não é assim, mas mudou um pouco, porque a gente se sente mais pra baixo porque tá andando meio ruim".

P3: “Sim, mudou muito... é... principalmente no início porque foi muito... eu não me aceitava, eu não queria sair de casa, de dentro do quarto, eu não gostava de conversar com ninguém”.

Dentro da categoria **Tristeza**, sete participantes relatam aumento da tristeza, principalmente como algo reativo ao diagnóstico de LM. Percebe-se que tal sentimento encontra-se intimamente ligado à dependência do outro para realização de atividades básicas da vida diária e quanto à mudança brusca proporcionada por tal fato.

P8: “De vez em quando eu fico né, meio pra baixo... pensando em tudo que aconteceu já comigo, mas só. Hoje eu fico mais dentro de casa né...”.

P10: “Triste de vez em quando a gente fica triste, se a gente falar que não fica, é mentira. Mas aí a gente procura fazer alguma coisa, ouvir um louvor, ler um livro, ver uma pregação, alguma coisa... e aí vai indo...”.

A categoria **Esperança** obteve relevância em seis discursos analisados, tanto na fase aguda quanto na fase crônica do diagnóstico.

P2: "Mas eu creio que eu vou sair dessa muleta aqui e vou andar como antes... não sei se vou poder correr, mas eu andando, indo num mercado, num lugar sem a muleta, já tá bom demais né?!".

Dentro da categoria **Reação ao diagnóstico**, nota-se que o sentimento de medo da dependência do outro, de perder a autonomia, se funde à tristeza, ao desespero e ao choque dentro do discurso dos participantes.

P10: “Tive muito medo porque... de ficar assim... dependendo das pessoas para poder te passar da cadeira pra cama, da cama para cadeira de banho, essas coisas... (muito choro nesse momento). Essas coisas mexem comigo até hoje, sabe?!”.

Partindo das categorias analisadas, o **Coping** esteve presente no discurso de oito pacientes. Dentre eles, sete sujeitos demonstraram estratégias de enfrentamento consideradas adaptativo-funcionais e apenas um se pronunciou de forma diferente da maioria.

P3: “Enfrentando devagarinho. Eu enfrentei isso como uma coisa que eu sempre tentei encaixar na minha cabeça e até que encaixou. Que eu tenho que seguir sempre de cabeça erguida, independente de qualquer coisa, bola pra frente. Se tem que passar por alguma coisa então vamos passar, né?”.

A **Dependência do outro** emerge na fala de cinco pessoas entrevistadas. Seja ela no início, como reação ao diagnóstico, como parte do enfrentamento do sujeito após um tempo com a lesão, ou até mesmo a dependência financeira em que o indivíduo pode se encontrar após a LM.

P6: “Ah, muito mais triste, porque eu tinha a vida independente, não dependia de ninguém e eu tinha meus trens tudo lá na fazenda. Eu fiquei muito triste, muito abalado, quero ver quem não abala”.

DISCUSSÃO

Em relação ao perfil sociodemográfico obtido no presente estudo, observa-se o predomínio do sexo masculino (70%), com idade média de 33 anos. Acidentes automobilísticos e ferimentos por projétil de arma de fogo destacaram-se como a forma mais frequente de causa da LM (30%), sendo estes dados compatíveis com as Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular²². O que corrobora com outros estudos²³ que também afirmam que o aumento de acidentes automobilísticos associados

à violência tem elevado a incidência de traumas (80%), sendo o sexo masculino predominante, na faixa etária de 15 a 40 anos.

Embora cada pessoa responda de acordo com a sua personalidade e sua experiência singular, existem aspectos comuns àqueles que se confrontam com a LM nos primeiros anos após a instalação do quadro. Alterações psicológicas e comportamentais são experienciadas de uma forma muito intensa, devido ao trauma em si e todas as repercussões negativas que se seguem a ele²⁴.

Comparando-se os dados, percebe-se que a mudança de humor, presente essencialmente em forma de irritabilidade, é algo que se destaca, principalmente na fase aguda do diagnóstico, como forma reativa à situação vivenciada. Diretamente ligada à possibilidade de dependência do outro, visto que agora o sujeito se encontra em uma situação de vulnerabilidade e luto pelo que foi perdido. Nota-se que dentro desse período considerado inicial, a elaboração do luto acontece devido à relação de perda da funcionalidade de partes do corpo, evidenciando momentos de negação, revolta, depressão, até o momento da aceitação. Os resultados do estudo remetem ao que foi postulado, no que se refere às fases do luto¹².

Ressalta-se, ainda, que as mesmas não se dão de forma contínua, visto que no estudo nota-se a presença de alteração do humor em consonância com a revolta, tristeza com depressão, o *coping* associado à barganha e à esperança com aceitação.

Importante lembrar que essa mesma elaboração é um processo que acontece de forma diferente em cada indivíduo, demandando tempo e atenção, sendo constituída por várias reações que podem vir a desestruturar e desestabilizar quem foi acometido por uma LM²⁵.

Quanto à autoestima, nota-se que os mais jovens foram os mais afetados neste aspecto. Seja na forma que se percebem ou na forma de se relacionarem com o outro. Vale ressaltar, também, a mudança de hábitos, onde a preferência após a lesão é por ficar em casa, tendo por opção a reclusão. O isolamento devido à pandemia pode ter interferido nessa questão, mas essa relação não foi investigada por não se tratar de um cenário esperado.

Nota-se, ainda, a dificuldade de compreensão do termo por parte dos participantes. Dessa forma, ressalta-se a importância da abordagem de temas que contemplem não somente os aspectos físicos, mas também os sociais e informativos durante o período de internação para a reabilitação.

Os dados mostram que a tristeza é o sentimento com maior prevalência, visto que a situação em questão é significado de vulnerabilidade, envolve perdas, recomeço e ressignificação. Neste cenário e a partir da análise dos discursos, a tristeza é vista como reativa e até mesmo saudável para que pacientes e familiares possam compreender os acontecimentos e, de alguma forma, caminharem para uma adaptação. Sendo assim, a tristeza nesse estudo, apontada por núcleos de sentido, não é vista como parte do arcabouço da sintomatologia depressiva, apenas como um sintoma reativo.

A **Dependência do outro** foi uma categoria com grande relevância, sendo ela muitas vezes ligada à tristeza. A perda da independência faz-se presente não só em aspectos motores, configurando-se, também, como uma forma de liberdade pessoal baseada no direito de se expressar no autocuidado, preservando-se, sobretudo, da interferência de terceiros em situações que impliquem a violação/invasão da privacidade e da intimidade corporal, diante do risco de expor odores internos, secreções e na necessidade de compartilhar o lado mais frágil da condição humana²⁶.

Contudo, resultados de estudos semelhantes ao realizado neste trabalho, indicam que pacientes com LM são semelhantes à população em geral, quanto ao humor depressivo²⁷. Um estudo realizado com pacientes, que investigou a depressão entre lesados medulares de centros de reabilitação em Michigan, aponta que os principais escores não sugeriram depressão e as correlações entre classificação neurológica da lesão e depressão/estresse foram insignificantes²⁷. Estudos indicam que a prevalência de episódios de depressão maior entre pessoas com LM recente varia entre 10 a 30%¹⁵.

Outro aspecto importante do estudo foi a presença do *coping*, que é uma situação avaliada pelo indivíduo como significativa e com demandas que excedem seus recursos para lidar com o respectivo evento²⁸. O processo de enfrentamento não é um fenômeno isolado. Ele está envolvido em um complexo e dinâmico processo de estresse que envolve a pessoa, o ambiente e a relação entre ambos. Além disso, é sensível às disposições de personalidade, pois estas influenciam o tipo

de percepção do estresse e os recursos para o enfrentamento²⁹. Outro fator importante que deve ser considerado é que mais da metade dos participantes receberam atendimento psicológico, o que pode ter contribuído para um melhor enfrentamento.

A subcategoria *Coping* religioso revela que os pacientes que possuem fé experimentam mais confiança, estão em busca de um novo objetivo e sentido para a vida. Encontram refúgio e buscam por um propósito de estarem vivendo tal circunstância. A fé, como estratégia de enfrentamento, faz suscitar nas pessoas a procura de ocupações e de recompensas, contribuindo para o enfrentamento funcional diante das adversidades³⁰.

Nesse estudo verificou-se o enfrentamento satisfatório no que tange ao estado emocional geral, assim como outros estudos que encontraram resultados semelhantes citados acima.

A esperança manifestou-se na fase aguda e permanece na fase crônica dos participantes. Importante notar que o sentimento se mantém tanto nos jovens quanto em participantes mais velhos e está intimamente ligado à qualidade de vida, ao *coping*, à personalidade de cada indivíduo.

É evidente que adquirir uma LM é um momento de mudanças para qualquer sujeito. Significa reaprendizagem, adaptação, reconhecimento de um novo corpo e de um novo papel dentro da sociedade.

A esperança participa ativamente na busca de estabilidade psíquica do paciente, maior qualidade de vida, em reencontrar-se nesse novo mundo e ao mesmo tempo o sentimento de que talvez, em algum momento, exista a possibilidade de experimentar novamente a liberdade e autonomia de antes.

Nesse sentido, “As pessoas são como vitrais coloridos: cintilam e brilham quando o sol está do lado de fora, mas quando a escuridão chega, sua verdadeira beleza é revelada apenas se existir luz no interior”¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas foram as limitações do ano de 2020. O início da pandemia que vivemos, a incerteza, as adversidades de forma geral nos fizeram olhar de forma diferente para nossas relações, para a

fragilidade da vida e em como reagir a situações vindas de forma abrupta que necessitam de certo ajustamento criativo para continuar seguindo, assim como pode ocorrer frente a uma LM e aspectos emocionais decorrentes.

A importância das contribuições deste estudo vem no sentido de demonstrar a existência de sintomas depressivos a partir da LM. Dentro da população pesquisada, os participantes conseguiram desenvolver estratégias de enfrentamento funcionais e adaptativas, sendo a sintomatologia, em sua maioria, reativa.

Sendo assim, supõe-se que a pesquisa poderá ser associada à intervenção, de tal forma que os aspectos emocionais no lesado medular sejam validados e respeitados no processo de cuidar e que as devidas orientações sejam repassadas de forma assertiva tanto para o paciente quanto para o cuidador. Ressalta-se, ainda, a importância do atendimento psicológico frente à LM como forma de otimizar recursos de enfrentamento funcionais e resiliência. Assim como investigação científica acerca do impacto do suporte psicológico ofertado a pacientes com LM.

Postula-se, contudo, a necessidade de futuros estudos que ampliem o conhecimento acerca das manifestações psíquicas e comportamentais oriundas de uma LM, haja vista que tais aprofundamentos podem impactar de forma positiva na assistência ofertada e criações ou fortalecimento de políticas públicas que enfatizem aspectos emocionais e lesão medular.

REFERÊNCIAS

1. Murta SG, Guimarães SS. Enfrentamento à lesão medular traumática. *Estudos de Psicologia*. 2007;12(1):57-63.
2. Brunozi AE, Silva AC, Gonçalves LF, Veronezi RJB. Qualidade de Vida na Lesão Medular Traumática. *Revista Neurociência*. 2011.
3. Cerezetti CRN, Nunes GR, Cordeiro DRCL, Tedesco S. Lesão Medular Traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, 2012.
4. Albuquerque ALP, Freitas CHA, Jorge MSB. Interpretando as experiências da hospitalização de pacientes com lesão medular. *Revista brasileira de enfermagem*. Brasília, 2009.

5. Sernaglia MB, Duarte EE, Déa VHSD. Avaliação do autoconceito em cadeirantes praticantes de esporte adaptado. Revista Pensar a Prática. Goiânia, 2010.
6. Mayeda S. Minha cadeira de rodas, meu corpo: as diferenças percepções corporais dos usuários. Monografia (Especialização). Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2005.
7. Hutz CS, Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. Avaliação Psicológica. Itatiba, 2011.
8. Serra AV, Gonçalves S, Firmino H. Autoconceito e ansiedade social. Psiquiatria Clínica, Coimbra. 1986:103-108.
9. Floriani FM, Marcante MDS, Braggio LA. Autoestima e autoimagem a relação com a estética. Balneário Camburiú, 2014.
10. Medola FO, Busto RM, Marçal AF, Achour Júnior A, Dourado AC. O esporte na qualidade de vida de indivíduos com lesão da medula espinhal: série de casos. Revista Brasileira Medicina do Esporte. São Paulo, 2011.
11. Conceição MIG, Auad JC, Vasconcelos L, Macedo A, Bressanelli R. Avaliação da depressão em pacientes com lesão medular. Revista brasileira de terapia comportamental cognitiva. São Paulo, 2010.
12. Kubler RE. Sobre a morte e o morrer. Editora WMF Martins Fontes, 1971.
13. Marques JFP. Luto patológico: revisão baseada na melhor evidência. Dissertação - Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa – Lisboa, 2018.
14. Bruni DS, Strazzieri KC, Gumieiro MN, Giovanazzi R, Sá VG, Faro ACM. Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. Revista da Escola de Enfermagem – USP. São Paulo, 2004.
15. Hammel KW. Spinal Cord Injury Rehabilitation. Norwell: Chapman & Hall, 1995.
16. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
17. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª Rev. São Paulo; 1997;1.
18. Lee FI, Curatolo E, Friedrich S. Transtornos Afetivos. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, 2000.
19. Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, 1999.

20. Gorenstein W, Hungerbuhler I. Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental. 1ª edição. Artmed. Porto Alegre, 2016.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Editora Edição 70. 1977
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular - SUS. Brasília, 2015.
23. Soares CFA, Andrade PHM, Muller KTC, Santos SJ. Aspectos sociodemográficos e qualidade de vida de pessoas com traumatismo da medula espinal. Revista Neurociências. São Paulo, 2020.
24. Dal Berto C, Barreto DBM. Pessoas com lesão medular traumática: as alterações biopsicossociais e as expectativas vividas. Revista Unoesc & Ciência. Joaçaba, 2011.
25. Vasco CC, Franco MHP. Indivíduos paraplégicos e o significado construído para a lesão medular em suas vidas. Psicologia: Ciência e Profissão. São Paulo, 2017.
26. Machado WCA, Scramin AP. (In) dependência funcional na dependente relação de homens tetraplégicos com seus (in)substituíveis pais/cuidadores. Revista da Escola de Enfermagem – USP. São Paulo, 2010.
27. Tate D, Forchheimer M, Maynard F, Dijkers M. Predicting depression and psychological distress in persons with spinal cord injury based on indicators of handicap. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 1994.
28. Folkman S. Stress, coping, and hope. In: Psychological aspects of cancer. Springer, Boston, MA, 2013.
29. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and promise. Annual Review of Psychology. 2004;55:745-774.
30. Garcez CC, Silva JV. Significados, enfrentamento e ações de resiliência: o discurso do sujeito coletivo de pessoas com deficiência física por lesão medular. Revista Fisioterapia Brasil, Pouso Alegre – Minas Gerais, 2012.