

MODELO TRANSACCIONAL DO STRESSE: PERÍODO QUE ANTECEDE AO REINICIO DA SEXUALIDADE DO LESIONADO VÉRTEBRO-MEDULAR

Ana Garrett*

Psicóloga, Doutoranda em Psicologia Clínica - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (UFP)
16022@ufp.pt

Zélia Teixeira

Psicóloga, Doutora em Psicologia - Docente da Universidade Fernando Pessoa
zelia@ufp.pt

Fernando Martins

Médico Fisiatra, Doutor em Medicina - Docente da Universidade Fernando Pessoa
fmartins@roviscopais.min-saude.pt

Resumo

Após um evento traumático como uma lesão vértebro-medular, o sujeito organiza determinadas estratégias de forma a encontrar mecanismos de coping que possibilitem diminuir o impacto de diversos momentos com cargas elevadas de stresse. Um deles é o reinício da sua actividade sexual, onde podem estar presentes, entre outros, factores condicionantes como o auto-conceito e a auto-imagem.

Este artigo visa demonstrar a adaptabilidade do Modelo Transaccional de Stresse no período que antecede ao reinício da actividade sexual pós lesão vértebro-medular.

Abstract

After a traumatic event such as a spinal cord injury, the patient organizes certain strategies so as to find coping mechanisms with the purpose of diminishing the impact of a highly stressor event. One of them is the restart of its sexual activity, where some conditioning factors as self-concept and self-image can be found.

This article has the purpose of showing the adaptability of the Lazarus Transactional Model before the restart of sexual activity after spinal cord injury.

1. INTRODUÇÃO

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 (Miller, 2006). Entre outros, crescem 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 sujeito, 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 (Carvalho e Andrade, 1998).

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, predictiva 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 (Vaz Serra, 1988a).

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 individuo, 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.

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 (Alves, Guedes e Alves, 1999).

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 largo 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 encontrada na utilização do Modelo PLISSIT (Annon, 1981), facilmente manuseável pelos técnicos que rodeiam o doente (Garrett e Teixeira, 2006).

2. O MODELO TRANSACCIONAL DO STRESSE E O REINÍCIO DA ACTIVIDADE SEXUAL

Lazarus e Folkman (1984) ao desenvolverem o Modelo Transaccional do Stresse tiveram como base as transacções operadas entre o sujeito e a situação. Este modelo, não sendo unidireccional, avalia os processos de coping perante eventos stressantes. As experiências tidas como desencadeadoras de stresse são compostas de transacções feitas entre o indivíduo e o meio que o rodeia e dependem do impacto que o evento stressor 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: o sujeito 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.

Lazarus & Folkman (1984) apontam como situações relevantes indutoras de stresse a ameaça, o dano e o desafio. Nas lesões vértebro-medulares a ameaça funciona como a pré-crença do seu companheiro o perceber o lesionado como diminuído e, conseqüentemente, não obter satisfação sexual. O dano está ligado à auto-imagem e ao auto-conceito, à vulnerabilidade do estado, à nova condição. Por fim, o desafio centra-se no acto em si, ou seja, na reactivação da sexualidade; a visão do desafio engloba a capacidade de reiniciar a sua actividade sexual. Esta última avaliação é a menos lesiva para o sujeito.

É importante verificar que o sujeito comporta componentes cognitivas antecedentes que são determinantes para o tipo de respostas. Na realidade não existe nenhuma situação que possa ser entendida como tendo um efeito stressor e o factor preponderante para o sujeito se sentir sob o efeito de stresse é, portanto, a avaliação que faz do evento. As reacções ao stresse estão directamente interrelacionadas com os traços de personalidade de cada sujeito, isto é, a forma como cada pessoa constrói o significado do evento e procede às reacções adequadas é resultado do seu padrão de personalidade (Vaz Serra, 1999).

Ao perceber que é capaz de enfrentar o evento, o sujeito 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. (Lazarus, 1991).

Após elaboradas as avaliações, o indivíduo recorre à sua regulação emocional que transforma em instrumentos capazes de alterar a forma como o evento stressor 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. (Lazarus e Folkman, 1984).

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 (Pereira e Araújo, 2005).

É de salientar a subjectividade deste processo, isto é, a percepção do evento stressor 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.

Seguidamente apresenta-se uma adaptação do esquema desenvolvido por Glanz, Rimer e Lewis (2002) onde é apresentado o Modelo Transaccional do Stress de Lazarus:

Quadro 1 – Esquema do Modelo Transaccional do Stress, adaptado de Glanz, Rimer e Lewis (2002).

Conceito	Definição
1ª avaliação	Avaliação do significado do evento stressor e o grau de ansiedade que pode causar ao sujeito.
2ª avaliação	Avaliação do grau de controlo que o indivíduo possui perante o evento stressor e os recursos ao seu dispor para enfrentar a problemática.
Esforços de coping	Estratégias utilizadas para mediar a primeira e a segunda avaliação.
Regulação emocional	Estratégias alcançadas para modificar a forma como o evento stressor é percebido e vivenciado pelo indivíduo.
Procura de informações	Estilos de pessoas que são atentos e vigilantes em relação ao seu problema de forma a resolvê-lo versus estilos de pessoas que evitam o conhecimento e não manifestam qualquer tipo de interesse em resolver o seu problema.
Estilos de coping à disposição	Formas gerais de comportamento que podem afectar negativa ou positivamente as repostas emocionais e funcionais do sujeito perante as situações. Apresenta estabilidade ao longo do tempo.
Significado de base do coping	Processos que induzem o indivíduo a ter uma atitude positiva perante o problema no sentido de o motivar a desempenhar os mecanismos de coping.
Gestão do problema	Estratégias usadas directamente para enfrentar e modificar o curso do problema de acordo com os desejos do sujeito.
Optimismo	Tendência para possuir expectativas positivas em relação aos resultados que se pretendem atingir
Resultados	Bem-estar emocional; comportamento saudável; objectivo funcional atingido.

2.1. RECURSOS PESSOAIS E SOCIAIS DE COPING IMPLICADOS NO MODELO TRANSACCIONAL DE STRESSE

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 perceber 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.

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 amo-

rosos. Na ausência destes, a solidão e o humor depressivo, a falta de motivação para a reabilitação, torna-se frequente e estável no tempo.

No quadro abaixo representam-se esquematicamente os recursos possíveis que conferem ao sujeito mecanismos de suporte perante um acontecimento que contenha níveis elevados de stress:

Quadro 2 – Recursos de suporte perante níveis elevados de stress.

Optimismo	<ul style="list-style-type: none"> - 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; - Permite que a pessoa sinta motivação para planear o futuro
Locus de controlo	<ul style="list-style-type: none"> - 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 ao sujeito; - A percepção de determinado locus de controlo determina escolha dos mecanismos de coping a utilizar
Auto-eficácia	<ul style="list-style-type: none"> - Influencia a avaliação do elemento stressor e da capacidade que o sujeito tem em o ultrapassar; - O nível de confiança do sujeito é motivador e regulador dos seus comportamentos; - O nível de auto-eficácia está directamente ligado ao sucesso ou insucesso na resolução da problemática
Suporte social	<ul style="list-style-type: none"> - 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

3. CONCLUSÃO

A especificidade do Modelo Transaccional comporta dois processos cognitivos: na primeira avaliação que o sujeito faz da situação pode elaborar conceitos de ameaça, de angústia e de ansiedade, bem como de desafio, de motivação e de vontade de vencer os obstáculos. Logo que esta interpretação cognitiva é processada, uma segunda avaliação é determinada pela capacidade que o indivíduo crê possuir em colocar em acção determinados mecanismos de coping que o ajudarão a enfrentar o acontecimento stressor.

Da literatura consultada e apresentada neste trabalho, podemos sugerir que as avaliações negativas que o sujeito elabora, como sendo, ansiedade, angústia, desespero e descrença perante o reinício da sua actividade sexual, podem estar directamente ligadas com um locus de controlo externo, assim como as avaliações tidas como positivas, nomeadamente, o desafio e a motivação para ultrapassar esse efeito stressor, poderão indicar indivíduos com locus de controlo interno.

A auto-eficácia e o suporte social são, também, dois factores de extrema importância, já que o primeiro permite um nível de confiança adequado ao grau de sucesso que se pretende atingir e o suporte social confere ao sujeito aspectos qualitativos da sua rede social que conduzem a transacções tidas como satisfatórias para esta problemática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, A., Guedes, M., Alves, V. (1999). Um estudo sobre a satisfação sexual de pessoas portadoras de lesão medular. *In: Acta Fisiátrica*, Vol, 6, Nº 1, pp. 6-9.
- ANNON, J. (1981). PLISSIT Therapy. *In: Corsini, R. Handbook of Innovative Psychotherapies*. New York, John Wiley & Sons Inc., pp.626-639.
- BANDURA, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, W.H. Freeman.
- CARVALHO, S., Andrade, M. (1998). Spinal cord injury and psychological response. *In: Gen. Hosp. Psychiatry*, Vol. 20, Nº 6, Novembro, pp.353-359.
- GARRETT, A., Teixeira, Z. (2006). A utilização do modelo PLISSIT na abordagem da sexualidade do lesionado vértebro-medular por trauma. *In: Revista da FCHS – UFP*, Vol. 3, pp. 237-244.
- GLANZ, K., Rimer, B., Lewis, F. (2002). *Health behavior and health education: Theory, Research and Practice*. San Francisco, Wiley & Sons.
- LAZARUS, R. (1991). *Psychological Stress and Coping Process*. New York, McGraw Hill.
- LAZARUS, R., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York, Springer
- MILLER, E. (2006). Who adjusts?. *In: SCI Psychosocial Process*, Vol. 19, Nº 1.
- PEREIRA, M., Araújo, T. (2005). Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *In: Arq. Neuro-Psiquiatria*. Vol. 63, Nº 2b, pp. 502-507.
- VAZ SERRA, A. (1988a). Atribuição e auto-conceito. *In: Psicologica*, Vol.1, pp. 127-141.
- VAZ SERRA, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra, Vaz Serra.