



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Dissertação de Mestrado

Flexibilidade Cognitiva e Estratégias de Enfrentamento em Pessoas com Lesão Medular

Cognitive Flexibility and Coping Strategies in Individuals with Spinal Cord Injury

Raiana Rolemberg Rocha

Orientador: Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade

Brasília - DF

2026

Flexibilidade Cognitiva e Estratégias de Enfrentamento em Pessoas com Lesão Medular

Cognitive Flexibility and Coping Strategies in Individuals with Spinal Cord Injury

Raiana Rolemberg Rocha

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações.

Orientador: Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade.

Brasília - DF

Fevereiro de 2026

Dissertação de mestrado defendida diante e avaliada pela banca examinadora constituída por:

Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade (Orientador)
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

Profa. Dra. Daniela Sacramento Zanini
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Jacob Arie Laros
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

"Pouco conhecimento faz com que as pessoas se sintam orgulhosas. Muito conhecimento, com que se sintam humildes." Leonardo da Vinci

“Quando não podemos mais mudar uma situação, somos desafiados a mudar a nós mesmos.” Viktor Frankl

Agradecimentos

A todas as mulheres que vieram antes de mim,
Que abriram as portas e me mostraram o caminho.

Aos meus pacientes, que me mostram a força da vida e do amor.

Aos professores que inspiram, ensinam e me fazem pensar.

À minha família, que fortalece as minhas raízes e apoia o meu voo.

À minha curiosidade, que me faz querer descobrir as coisas sobre o mundo.

Sumário

Resumo Geral.....	12
General Abstract	14
Introdução geral	16
Artigo 1	18
Resumo	21
Abstract.....	22
Método	26
Participantes.....	26
Instrumentos.....	27
Inventário de Flexibilidade Cognitiva (Cognitive Flexibility Inventory – CFI)..	27
Teste dos Cinco Dígitos (FDT).....	28
Questionário de Dados Sociodemográficos	29
Procedimento	29
Análise de Dados	30
Resultados.....	31
Adaptação da CFI	31
Análise Fatorial Exploratória (AFE).....	32
Evidências de Validade Convergente	34
Discussão	37
Conclusão.....	40

Implicações para a Pesquisa e para a Prática Psicológica.....	41
Limitações e Recomendações para Estudos Futuros	41
Referências.....	43
Apêndice A	48
Artigo 2	48
Resumo	51
Abstract.....	53
Método	58
Participantes.....	58
Instrumentos.....	58
Escala Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP	58
Questionário de Dados Sociodemográficos	59
Procedimento	59
Análise de dados	60
Resultados.....	60
Análise Fatorial Exploratória.....	60
Diferenças nas Estratégias de Enfrentamento entre os Grupos	64
Padrões de Enfrentamento em Sujeitos com Autorrelato de Depressão e Ansiedade	65
Discussão	67
Conclusão.....	71
Referências.....	74

Apêndice B.....	77
Artigo 3	80
Resumo	81
Abstract.....	82
O Papel do Enfrentamento na Adaptação do Sujeito Frente à Lesão Medular.....	86
O Papel da Flexibilidade Cognitiva	88
O Papel do Suporte Social	90
Método	90
Participantes.....	90
Instrumentos.....	91
Inventário de Flexibilidade Cognitiva (CFI).....	91
Escala Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP	91
Escala de Apoio Social (MOS-SSS).....	92
Questionário de Dados Sociodemográficos	92
Procedimento	93
Análise de dados	93
Resultados.....	94
Análises Fatoriais Exploratórias	94
Modelos Preditivos – Análise de Regressão Múltipla	96
Discussão	99
Conclusão.....	103

Implicações para a Prática Psicológica	103
Limitações e Recomendações para Estudos Futuros	104
Referências.....	106
Conclusões gerais.....	111
Referências gerais	114

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Cargas fatoriais dos itens agrupados em seus respectivos fatores.....	34
Tabela 2 - Correlações de Spearman entre o CFI e a tarefa Alternância do FDT.....	35
Tabela 3 - Correlação parcial entre as variáveis.....	35
Tabela 1 - Cargas fatoriais dos itens agrupados em seus respectivos fatores.....	61
Tabela 2 - Matriz de correlação entre os fatores.....	63
Tabela 3 - Diferença entre as estratégias de enfrentamento dos subgrupos.....	64
Tabela 1 - Correlação e média dos fatores da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas – versão reduzida.....	95
Tabela 2 - Correlação e média dos fatores da Escala de Apoio Social (MOS-SSS)...	95
Tabela 3 - Modelo preditivo - enfrentamento focalizado no problema.....	96
Tabela 4 - Modelo preditivo - enfrentamento focalizado na emoção.....	97
Tabela 5 - Modelo preditivo - enfrentamento baseado em práticas religiosas.....	97
Tabela 6 - Modelo preditivo - enfrentamento baseado na busca de suporte social....	98
Tabela 7 - Comparação entre os modelos testados.....	99

Lista de Figuras

Figura 1 - <i>Diferença entre as médias dos sujeitos com e sem relato de depressão nos fatores 1 e 4.....</i>	66
Figura 2 - <i>Diferença entre as médias dos sujeitos com e sem relato de ansiedade nos fatores 1 e 4.....</i>	67

Resumo Geral

A lesão medular é uma condição crônica de saúde associada a mudanças significativas no funcionamento físico, psicológico e social do indivíduo, exigindo processos contínuos de adaptação. Nesse contexto, habilidades como a flexibilidade cognitiva, as estratégias de enfrentamento adotadas e o suporte social percebido assumem papel central no ajustamento psicológico. O objetivo geral desta dissertação foi investigar a relação entre flexibilidade cognitiva e estratégias de enfrentamento, sendo estruturada em três artigos empíricos. O primeiro artigo teve como objetivo adaptar e obter evidências de validade do Cognitive Flexibility Inventory (CFI) para o contexto brasileiro, investigando sua estrutura interna e evidências de validade convergente. O segundo artigo buscou obter evidências de validade de uma versão reduzida da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), além de analisar diferenças no uso das estratégias de enfrentamento entre pessoas com e sem lesão medular e sua associação com indicadores de ansiedade e depressão. O terceiro artigo investigou o papel preditor da flexibilidade cognitiva e do suporte social percebido nas estratégias de enfrentamento utilizadas por indivíduos da amostra geral. A pesquisa contou com a participação de 198 indivíduos brasileiros, com idades entre 25 e 55 anos, divididos entre um grupo clínico, composto por sujeitos com lesão medular; e um grupo não clínico, composto por sujeitos sem deficiência. Foram obtidas evidências de validade na amostra brasileira para as escalas utilizadas na pesquisa. Os resultados encontrados evidenciaram que a flexibilidade cognitiva e o suporte social atuam como preditores das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos sujeitos. Um maior nível de flexibilidade cognitiva está associado ao uso mais frequente de estratégias de enfrentamento ativas, focalizadas no problema, enquanto níveis mais baixos de controle relacionaram-se com estratégias focalizadas na emoção e práticas religiosas. De forma integrada, os achados reforçam a compreensão do enfrentamento como um processo dinâmico e destacam a flexibilidade

cognitiva como um recurso central para a adaptação psicológica, com implicações relevantes para a avaliação e a reabilitação psicológica de pessoas com lesão medular.

Palavras-chave: flexibilidade cognitiva, estratégias de enfrentamento, lesão medular, suporte social, avaliação psicológica

General Abstract

Spinal cord injury is a chronic health condition associated with significant changes in individuals' physical, psychological, and social functioning, requiring ongoing adaptation processes. In this context, skills such as cognitive flexibility, coping strategies, and perceived social support play a central role in psychological adjustment. The overall aim of this dissertation was to investigate the relationship between cognitive flexibility and coping strategies, structured around three empirical articles. The first article aimed to adapt the Cognitive Flexibility Inventory (CFI) for its use in Brazil and to obtain validity evidence by examining its internal structure and convergent validity. The second article sought to gather validity evidence for a shortened version of the Ways of Coping Scale (EMEP). In addition, analysed differences in coping strategies used by individuals with and without spinal cord injury, and their association with indicators of anxiety and depression. The third article investigated the predictive role of cognitive flexibility and perceived social support on coping strategies used by individuals of the total sample. The research involved 198 Brazilian individuals, aged between 25 and 55 years, divided into a clinical group, composed of subjects with spinal cord injury; and a non-clinical group, composed of subjects without disabilities. Validity evidence was obtained in the Brazilian sample for the scales used in the research. The results showed that cognitive flexibility and social support act as predictors of the coping strategies used by the subjects. A higher level of cognitive flexibility is associated with the more frequent use of active, problem-focused coping strategies, while lower levels of control were related to emotion-focused strategies and religious practices. The results indicated that cognitive flexibility, particularly the ability to generate alternatives and the perception of control, is associated with the more frequent use of active, problem-focused coping strategies, whereas lower levels of perceived control were related to emotion-focused strategies and religious coping practices. Taken together, the findings reinforce the

understanding of coping as a dynamic process and highlight cognitive flexibility as a central resource for psychological adaptation, with relevant implications for psychological assessment and rehabilitation in individuals with spinal cord injury.

Keywords: cognitive flexibility, coping strategies, spinal cord injury, social support, psychological assessment

Introdução geral

A lesão medular é uma condição neurológica caracterizada por danos à medula espinhal, podendo resultar em alterações motoras, sensitivas e autonômicas, com impactos duradouros no funcionamento físico, psicológico e social do indivíduo. Apesar dos avanços nos cuidados médicos, a lesão medular configura-se como uma condição crônica de saúde que exige processos contínuos de ajustamento, sendo frequentemente acompanhada por mudanças significativas na autonomia, na independência funcional e nos papéis sociais do sujeito acometido (Margetis et al., 2025; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2024).

Diante das transformações vivenciadas, a adaptação psicológica torna-se um aspecto central no processo de reabilitação, sendo fortemente influenciada pelos recursos cognitivos, emocionais e contextuais disponíveis ao indivíduo. Nesse sentido, o enfrentamento (*coping*) tem sido amplamente investigado como um dos principais recursos psicológicos utilizados para lidar com situações avaliadas como estressoras. Segundo o modelo transacional do estresse, o enfrentamento consiste em esforços cognitivos e comportamentais que emergem da interação entre o sujeito e o ambiente, configurando-se como um processo dinâmico, contextual e relacionado à avaliação cognitiva da situação vivenciada (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984).

O enfrentamento de condições crônicas de saúde como a lesão medular envolve múltiplas demandas adaptativas, incluindo questões clínicas como o manejo da dor e a convivência com interações recorrentes. Ademais, abrange a reorganização da vida cotidiana, a adaptação às limitações funcionais, a manutenção do equilíbrio emocional e das relações interpessoais. Esses desafios exigem do indivíduo um ajustamento contínuo, no qual diferentes estratégias de enfrentamento podem ser mobilizadas ao longo do processo de reabilitação (Faria & Seidl, 2005; Pereira & Araujo, 2005; Pereira & Araujo, 2006).

O conceito de enfrentamento relaciona-se ainda ao de resiliência, compreendida como a capacidade de adaptação bem-sucedida frente às adversidades. A resiliência envolve a capacidade de ressignificar experiências difíceis e está associada à flexibilidade na forma como o indivíduo interpreta e responde às demandas do ambiente, sendo considerada um fator relevante para o ajustamento psicológico em contextos emocionalmente difíceis (Cerezetti et al., 2012; Taboada et al., 2006).

Nesse sentido, a flexibilidade cognitiva (FC) destaca-se como um recurso psicológico fundamental para a adaptação frente a eventos estressores. Definida como a capacidade de reorganizar padrões cognitivos, alternar entre perspectivas e ajustar o comportamento diante de mudanças ambientais, a FC é uma função executiva que desempenha papel central na regulação do pensamento, das emoções e do comportamento (Dennis & Vander Wal, 2010; Diamond, 2013).

Evidências empíricas indicam que indivíduos com maiores níveis de FC tendem a empregar estratégias de enfrentamento mais adaptativas, favorecendo a resolução de problemas, a reavaliação cognitiva e a regulação emocional (Asici & Sari, 2021; Borzyszkowska & Basińska, 2020). Dessa forma, quando estratégias previamente utilizadas deixam de ser eficazes, torna-se necessário inibir respostas antigas e reconfigurar novas estratégias de ação, processo que exige FC e favorece a adoção de estratégias de enfrentamento mais funcionais (Asici & Sari, 2021; Dajani & Uddin, 2015).

Estudos indicam que a flexibilidade com a qual os indivíduos utilizam diferentes estratégias de enfrentamento pode ser mais relevante para a adaptação psicológica do que o uso isolado de estratégias específicas. Nesse sentido, a flexibilidade relacionada ao enfrentamento tem sido associada a desfechos positivos de adaptação psicológica, como menores níveis de sintomas de depressão e ansiedade e maior satisfação com a vida, tanto na população geral quanto em pessoas com lesão medular (Cheng et al., 2014; Galvis Aparicio

et al., 2021; Van Diemen et al., 2018). Assim, considerar a flexibilidade relacionada ao enfrentamento em intervenções psicológicas pode ser mais útil do que apenas treinar o uso de estratégias específicas (Galvis Aparicio et al., 2021).

Conforme a relação entre a FC e a adaptação do indivíduo frente a situações desafiadoras, ressalta-se a importância de compreender a associação entre o nível de FC dos sujeitos e o uso de estratégias de enfrentamento mais adaptativas e funcionais. Tendo isso em vista, o objetivo central da presente dissertação foi o de verificar a associação entre o nível de FC e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos sujeitos.

Apesar da relevância teórica e clínica da FC, observa-se uma escassez de instrumentos de autorrelato adaptados e com evidências de validade para o contexto brasileiro que avaliem esse construto de forma contextualizada ao cotidiano. Nesse sentido, a presente dissertação também se propôs a adaptar e obter evidências de validade do Inventário de Flexibilidade Cognitiva (*Cognitive Flexibility Inventory* – CFI) para uso no contexto brasileiro, bem como a propor uma versão reduzida da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) para aplicação em contextos de saúde.

Para atender aos objetivos propostos, a presente dissertação foi estruturada em três artigos empíricos. O primeiro artigo teve como objetivo adaptar e obter evidências de validade do *Cognitive Flexibility Inventory* (CFI) para o contexto brasileiro, contribuindo para a avaliação da FC por meio de uma medida de autorrelato. O segundo artigo dedicou-se à obtenção de evidências de validade de uma versão reduzida da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), discutindo o conceito de enfrentamento e as diferentes estratégias utilizadas no contexto da saúde. Por fim, o terceiro artigo investigou o papel preditor da FC e do suporte social percebido nas estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas com e sem lesão medular. O objetivo central deste último estudo foi de testar na amostra brasileira a hipótese de que indivíduos com maiores níveis de FC tendem a utilizar

com maior frequência estratégias de enfrentamento ativas voltadas para a resolução de problemas, favorecendo um melhor ajustamento psicológico frente às mudanças e desafios vivenciados (Asici & Sari, 2021; Cheng & Cheung, 2005; Dennis & Vander Wal, 2010; Lazarus & Folkman, 1984). Os três artigos são apresentados a seguir.

Artigo 1

Adaptação e Evidências de Validade do *Cognitive Flexibility Inventory* (CFI) para o
Contexto Brasileiro

Raiana Rolemberg Rocha

Josemberg de Moura Andrade

Resumo

O objetivo do presente estudo foi adaptar e investigar as evidências de validade do *Cognitive Flexibility Inventory* (CFI) para o contexto brasileiro. Participaram da pesquisa 198 indivíduos, com idades entre 25 e 55 anos, distribuídos entre um grupo clínico e um grupo não clínico. O processo de adaptação transcultural da escala seguiu todas as etapas adequadas de tradução, síntese, análise semântica e estudo piloto. A estrutura interna do instrumento foi investigada por meio de Análise Fatorial Exploratória, utilizando correlações policóricas, análise paralela e rotação oblíqua. Os resultados indicaram uma estrutura bifatorial composta pelas subescalas Alternativas e Controle, semelhante à proposta original, com redução para 14 itens. Os fatores demonstraram consistência interna adequada, com coeficientes alfa de Cronbach e ômega de McDonald satisfatórios. Evidências de validade convergente foram investigadas por meio de correlações de Spearman e correlação parcial multivariada entre o CFI e a tarefa de Alternância do Teste dos Cinco Dígitos (FDT), controlando para as variáveis idade, escolaridade e queixa de prejuízo cognitivo. Não foram observadas correlações significativas entre as medidas de autorrelato e desempenho. Os achados sugerem que o CFI avalia aspectos subjetivos da flexibilidade cognitiva, distintos aos avaliados por medidas de desempenho, fornecendo evidências iniciais de validade para sua utilização no contexto brasileiro.

Palavras-chave: flexibilidade cognitiva, funções executivas, adaptação transcultural, evidências de validade, avaliação psicológica

Abstract

The aim of the present study was to adapt and investigate validity evidence for the Cognitive Flexibility Inventory (CFI) for the Brazilian context. A total of 198 individuals aged between 25 and 55 years participated in the study, distributed into a clinical group and a control group. The cross-cultural adaptation process followed all appropriate stages of translation, synthesis, semantic analysis, and pilot testing. The internal structure of the instrument was investigated through Exploratory Factor Analysis, using polychoric correlations, parallel analysis, and oblique rotation. The results indicated a bifactorial structure composed of the Alternatives and Control subscales, similar to the original proposal, reduced to 14 items. The factors demonstrated adequate internal consistency, with satisfactory Cronbach's alpha and McDonald's omega coefficients. Evidence of convergent validity was investigated through Spearman correlations and multivariate partial correlation analyses between the CFI and the switching task of the Five Digits Test (FDT), controlling for age, education, and self-reported cognitive impairment. No significant correlations were observed between the self-report and performance-based measures. The findings suggest that the CFI assesses subjective aspects of cognitive flexibility that are distinct from those evaluated by performance-based measures, providing initial validity evidence for its use in the Brazilian context.

Keywords: cognitive flexibility, executive functions, cross-cultural adaptation, validity evidence, psychological assessment

As funções executivas são um conjunto de habilidades cognitivas que permitem ao indivíduo regular pensamentos, emoções e comportamentos em situações nas quais respostas automáticas são insuficientes ou inadequadas. São processos mentais de controle *top-down* do comportamento, mobilizados especialmente diante de demandas novas, complexas ou desafiadoras. São essenciais para a adaptação do sujeito ao ambiente e permitem a autorregulação e o funcionamento cognitivo saudável. Se constituem em três habilidades nucleares, sendo elas: o controle inibitório, a memória de trabalho e a flexibilidade cognitiva (FC) (Diamond, 2013).

A FC consiste na habilidade em mudar padrões cognitivos para se adaptar a mudanças, e na capacidade de alternar entre diferentes objetivos, sendo o oposto de rigidez cognitiva. Essa habilidade permite ao indivíduo se ajustar de maneira flexível a novas demandas e regras, mudar de perspectiva e de atitude frente a um problema e alternar entre tarefas distintas (Dennis & Vander Wal, 2010; Diamond, 2013, Dias & Seabra, 2013; Miyake et al., 2000).

Quanto ao seu desenvolvimento, a FC começa a se desenvolver na primeira infância, com um aumento acentuado entre os 7 e 9 anos de idade, continuando a melhorar ao longo da adolescência e na idade adulta, atingindo seu pico entre os 21 e 30 anos (Dajani & Uddin, 2015). De modo geral, acredita-se que a FC inclua tanto componentes cognitivos quanto componentes comportamentais, como a capacidade de alternar entre estratégias cognitivas e a capacidade de modificar comportamentos de forma adaptativa em resposta ao contexto, respectivamente (Hohl & Dolcos, 2024; Ionescu, 2012).

Outro aspecto da FC é a capacidade de mudar de perspectiva espacialmente ou interpessoalmente, por exemplo, "deixe-me ver se consigo ver isso através do seu ponto de vista". Para mudar de perspectiva, precisamos inibir (ou desativar) nossa perspectiva anterior e manter na memória operacional (ou ativar) uma perspectiva diferente. Quando ações e

objetivos precisam ser atualizados para se adaptar a uma nova demanda, as respostas previamente engajadas devem ser inibidas. É nesse sentido que a flexibilidade requer e se baseia no controle inibitório e na memória operacional, sendo a terceira e mais complexa das funções executivas nucleares (Dajani & Uddin, 2015; Diamond, 2013).

Embora a FC tenha sido bastante pesquisada, ela é frequentemente usada como um termo abrangente para descrever diferentes construtos psicológicos. Conceitualizações mais recentes a definem como uma característica que emerge de interações ótimas entre diversos mecanismos cognitivos e neurais, permitindo o ajuste flexível de pensamentos e comportamentos frente às demandas ambientais em constante mudança (Hohl & Dolcos, 2024).

Ainda não existe consenso na literatura sobre como defini-la e medi-la, e pode ser particularmente difícil de avaliá-la devido às múltiplas definições abordadas na literatura. Diferentes autores sugerem a necessidade de uma conceitualização e operacionalização dessa habilidade e uma abordagem integrativa que considere as interações entre comportamento, cérebro e contexto (Barkley, 2012; Dajani & Uddin, 2015; Dennis & Vander Wal, 2010; Hohl & Dolcos, 2024).

Para a avaliação quantitativa da FC são comumente utilizados dois métodos distintos: os testes cognitivos baseados na performance e as medidas indiretas baseadas em escalas. Os testes cognitivos baseados na performance que avaliam a FC costumam adotar dois paradigmas: a alternância entre tarefas ou a mudança entre conjunto de regras - *task switching* ou *set shifting*, respectivamente (Godoy, 2024; Sedó et al., 2015).

Os testes mais utilizados em nível global para avaliação da FC são o *Dimensional Change Card Sort task* (DCCS) para pré-escolares (Zelazo, 2006), o *Trail Making Test* (Salthouse, 2011), o *Wisconsin Card Sorting Test* – WCST (Anderson et al., 1991), e o *Stroop Task* (Stroop, 1935). Para o contexto brasileiro, de acordo com Santana et al. (2019),

os instrumentos mais utilizados para a avaliação da FC são: o Teste Wisconsin de Classificação de Cartas - WCST (Cunha, 2005), o Teste das Trilhas (Magila & Caramelli, 2000) e o Teste Stroop (Duncan, 2006). Outros testes avaliam a FC de forma indireta, como o Figura Complexa de Rey (Oliveira & Rigoni, 2010), o Teste de fluência verbal e o Teste Hayling (Zimmerman et al., 2017), o Torre de Londres e o Torre de Hanói (Miotto et al., 2023).

As limitações dos testes neuropsicológicos devem ser levadas em conta, tendo em vista que eles não envolvem contextos naturalísticos do uso das funções cognitivas e muitas vezes não capturam os déficits encontrados no dia a dia (Barkley, 2012; Godoy, 2024). Existe ainda um questionamento em relação à "impureza" dos testes baseados na performance, que argumenta que eles não medem apenas os aspectos executivos por demandarem também outras habilidades cognitivas (Salthouse, 2005). Essas limitações motivaram um aumento do uso das medidas indiretas baseadas em escalas para a avaliação dos desfechos e prejuízos comportamentais da FC (Godoy, 2024; Hohl & Dolcos, 2024).

As medidas indiretas baseadas em escalas são questionários de auto ou heterorrelato que costumam avaliar mudanças no pensamento e/ou no comportamento do sujeito. Alguns aspectos comumente abordados para a avaliação da FC são: a capacidade de gerar alternativas, a adoção de padrões de comportamento flexíveis e o uso eficiente da flexibilidade no dia a dia. As vantagens do uso de medidas baseadas em escalas incluem o fato de serem de fácil aplicação, de baixo custo e permitirem a avaliação e o direcionamento de intervenções psicológicas. Essas escalas envolvem a autoavaliação do indivíduo sobre as próprias habilidades, refletindo a aplicação da FC em uma variedade de situações e comportamentos diários (Dennis & Vander Wal, 2010; Hohl & Dolcos, 2024).

Alguns exemplos de medidas indiretas são o *Cognitive Flexibility Inventory* – CFI (Dennis & Vander Wal, 2010), o *Behavior Rating Inventory of Executive Function* – BRIEF

(Gioia et al., 2000) e a *Cognitive Flexibility Scale* – CFS (Martin & Rubin, 1995). No contexto brasileiro, a escala BRIEF foi traduzida e adaptada para o português por Carim et al. (2012). A escala permite avaliar o funcionamento executivo de crianças e adolescentes e possui três versões (para pais, para professores e de autorrelato). Os valores de alfa de Cronbach oscilaram entre 0,901 e 0,957, considerando as três versões de avaliação e se assemelharam aos relatados na versão original. Entretanto, essa versão da escala adaptada para o Brasil não foi encontrada na presente revisão de literatura e o instrumento parece estar indisponível para uso.

No contexto brasileiro não foram encontrados estudos de tradução e validação da CFS ou do CFI, assim como outras escalas de avaliação da FC. Foi encontrado apenas um artigo referente às evidências de validade da Escala Autopercepção da Flexibilidade Cognitiva (EFC) para o contexto brasileiro, com foco na avaliação do comportamento de estudantes no âmbito universitário (Gomes et al., 2023). Sendo assim, o objetivo da presente pesquisa foi o de adaptar e obter evidências de validade do *Cognitive Flexibility Inventory* (CFI) para o contexto brasileiro, tendo em vista a falta de instrumentos de autorrelato que avaliem a FC no Brasil.

Método

Participantes

A pesquisa foi realizada com 198 indivíduos brasileiros, com idades entre 25 e 55 anos, divididos entre dois grupos: um grupo clínico ($n = 110$) e um grupo não clínico ($n = 88$). O grupo clínico foi composto por sujeitos que apresentavam lesão medular, uma condição crônica de saúde que implica em mudanças significativas na vida do indivíduo e requer adaptação ao novo contexto. Já o grupo não clínico foi composto por pessoas sem deficiência, residentes em Brasília - DF.

O grupo clínico foi composto majoritariamente por homens (78,18%), enquanto o grupo não clínico foi composto majoritariamente por mulheres (71,59%). Em relação à escolaridade dos participantes, o grupo clínico apresentou uma maior heterogeneidade, abrangendo de forma majoritária os níveis ensino médio completo (35,45%) e superior completo (30%). Já no grupo não clínico, a maioria dos participantes apresentou ensino superior completo (63,63%). Quanto ao autorrelato da percepção de prejuízo cognitivo, no grupo clínico a frequência foi de 13,1%, enquanto no grupo controle foi de 15,7%.

Instrumentos

Os sujeitos da pesquisa responderam aos seguintes instrumentos:

Inventário de Flexibilidade Cognitiva (Cognitive Flexibility Inventory – CFI)

O CFI foi desenvolvido para medir aspectos da FC que permitem aos indivíduos pensarem de forma adaptativa ao se depararem com eventos estressantes ao longo da vida. Possui o objetivo de avaliar a consciência que o sujeito tem sobre a sua capacidade em gerar explicações alternativas para eventos da vida e soluções alternativas para situações difíceis vivenciadas (Dennis & Vander Wal, 2010). Consiste em uma medida breve de autorrelato que pode ser administrada repetidamente ao longo de uma investigação ou intervenção terapêutica, a fim de monitorar os níveis de FC evidenciados. É uma medida do tipo *Likert*, com escala de respostas de 1 a 7 pontos (discordo totalmente, discordo, concordo um pouco, neutro, concordo um pouco, concordo, concordo totalmente). A escala foi construída para avaliar três dimensões distintas da FC, sendo elas: (1) a tendência de perceber situações difíceis como controláveis; (2) a capacidade de perceber explicações alternativas para ocorrências da vida e para o comportamento humano; e (3) a capacidade de gerar múltiplas soluções para situações difíceis. Entretanto, após a análise fatorial conduzida pelos autores, foi indicada a presença de apenas dois fatores na escala, sendo eles: Fator 1 - Alternativas (englobando as dimensões teóricas 2 e 3), com 13 itens; e Fator 2 - Controle (dimensão 1),

com 7 itens. A versão final da escala foi composta por 20 itens (Dennis & Vander Wal, 2010).

Os procedimentos de pontuação do CFI exigem inicialmente a inversão da pontuação dos itens do fator Controle, que possuem valência negativa, e em seguida a soma dos valores das respostas de cada item em conjunto com o fator Alternativas para obter uma pontuação geral. Pontuações mais altas na escala indicam uma maior FC, enquanto pontuações mais baixas indicam maior rigidez cognitiva. As pontuações de cada fator também podem ser avaliadas separadamente, de acordo com as especificidades das dimensões avaliadas (Dennis & Vander Wal, 2010).

Os índices de fidedignidade da escala, conforme indicados pelos alfas de Cronbach foram: Tempo 1, $\alpha = 0,91$; Tempo 2, $\alpha = 0,91$ para a subescala Alternativas e Tempo 1, $\alpha = 0,86$; Tempo 2, $\alpha = 0,84$ para a subescala Controle. Para a escala total foram: Tempo 1, $\alpha = 0,90$; Tempo 2, $\alpha = 0,91$, variando de bom a excelente. Cabe salientar que os participantes da pesquisa responderam ao CFI em dois momentos distintos, para a realização de teste-reteste de 7 semanas, e em cada momento da testagem foram calculados os índices de alfa. Os resultados indicam que o CFI possui uma estrutura confiável de dois fatores, excelente consistência interna e alta confiabilidade de teste-reteste.

Teste dos Cinco Dígitos (FDT)

O FDT foi desenvolvido para avaliar duas das principais funções executivas: o controle inibitório e a FC. O teste é composto por quatro partes e apresenta um nível de dificuldade crescente. Para a presente pesquisa foi considerada apenas a quarta parte do teste - a tarefa de Alternância, que mobiliza um maior nível de FC do sujeito tendo em vista a alternância entre duas tarefas mentais distintas (Sedó et al., 2015). Foram considerados os dois escores do teste - o tempo que o indivíduo leva para completar a tarefa e a quantidade de erros cometidos.

Questionário de Dados Sociodemográficos

O questionário continha informações sociodemográficas sobre idade, gênero e escolaridade. Também continha uma pergunta de autorrelato sobre a presença de prejuízos cognitivos observados pelo próprio sujeito (e.g. dificuldade na atenção, na compreensão ou na memória).

Procedimento

Por envolver a participação de seres humanos, o projeto da presente pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Associação das Pioneiras Sociais - Rede Sarah, tendo sido aprovado sob o Parecer nº 7.877.610, CAAE: 85795225.9.0000.0022, em 26/02/2025. Após a aprovação do trabalho, os participantes foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos quanto aos seus objetivos, sendo convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A fase inicial da pesquisa consistiu na tradução e na busca por evidências de validade baseadas na estrutura interna do *Cognitive Flexibility Inventory* (CFI) para o contexto brasileiro. O processo de adaptação transcultural da escala passou por algumas etapas, definidas como essenciais por Borsa et al. (2012). O CFI foi inicialmente submetido a duas traduções independentes, por pesquisadores brasileiros, fluentes na língua inglesa e com conhecimento em técnicas de adaptação e obtenção de evidências de validade de escalas. Após a etapa inicial de tradução independente, as duas versões traduzidas foram sintetizadas em uma única versão, após uma discussão feita por um grupo de pesquisadores voluntários de um grupo de pesquisa. A redação de cada item foi cuidadosamente discutida pelos pesquisadores, de forma a zelar pelo significado original, mas considerando os termos mais adequados em Língua Portuguesa e a compreensão da população-alvo.

Posteriormente, a versão sintetizada da escala foi submetida a uma primeira análise semântica, realizada em grupo, com a presença de doze indivíduos de nível educacional mais

baixo da população-alvo – cinco sujeitos com lesão medular e sete sujeitos que se declararam sem nenhum tipo de deficiência. O enunciado e todos os itens do CFI foram lidos separadamente e o significado das frases foi discutido em grupo, na tentativa de verificar se a compreensão dos itens seria a mesma por todas as pessoas. Após a realização de algumas mudanças sugeridas, foi conduzido um estudo piloto reduzido com a nova versão da escala, com um grupo de dez sujeitos com lesão medular de baixa escolaridade. O CFI foi respondido e cada item foi analisado pelos participantes e discutido em conjunto. Após os participantes não apresentarem mais nenhuma dúvida, deu-se início à coleta de dados.

Todos os participantes responderam ao Inventário de Flexibilidade Cognitiva adaptado para o Brasil e ao questionário de dados sociodemográficos. Em ambos os grupos, uma parte dos sujeitos respondeu aos instrumentos de forma presencial e outra parte respondeu de forma remota, por meio de um *link* com um formulário *online*, contendo exatamente as mesmas perguntas, enviado através das redes sociais. Já o FDT foi respondido de forma presencial, por apenas uma parte dos participantes de ambos os grupos ($n = 46$) para a obtenção de um escore de FC por uma medida de desempenho.

Análise de Dados

Após a coleta dos dados, a estrutura fatorial da escala CFI foi investigada por meio de Análise Fatorial Exploratória (AFE) com o *software* FACTOR (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017). A primeira AFE foi conduzida com o total de 20 itens da escala adaptada, utilizando correlação policórica para dados ordinais, Análise Paralela para definição do número de fatores e o método de estimação Minimum Rank Factor Analysis - MRFA (Berge & Kiers, 1991) para extração dos fatores, com rotação oblíqua Promin (Lorenzo-Seva, 1999).

Inicialmente, foram avaliados o Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que indica a adequação da amostra para a análise fatorial, e o teste de esfericidade de Bartlett, que verifica se a matriz de correlações apresenta relações significativas entre as variáveis. Após a

confirmação da adequação dos dados, diversas estatísticas de ajuste foram utilizadas, incluindo o *Comparative Fit Index* (CFI), o *Goodness of Fit Index* (GFI), o *Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI), o *Root Mean Square of Residuals* (SRMR) e o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). Seguindo as sugestões de Hu e Bentler (1999), todas as medidas de ajuste foram interpretadas em conjunto para avaliar o ajuste geral do modelo. Modelos com bom ajuste devem apresentar um CFI maior ou igual a 0,96 com um SRMR menor ou igual a 0,09 e um RMSEA menor ou igual a 0,06.

A análise de fidedignidade da escala CFI foi realizada por meio do *software* Jamovi (The jamovi Project, 2025), utilizando os índices de consistência interna alfa de Cronbach e Ômega de McDonald para cada um dos fatores. Para a obtenção de evidências de validade convergente do CFI foram conduzidas análises de correlação de Spearman entre os escores dos fatores do CFI e os índices de desempenho na tarefa de Alternância do FDT. Adicionalmente, foi realizada uma correlação parcial multivariada entre os fatores do CFI e os escores de Alternância do FDT controlando as variáveis idade, escolaridade e presença de prejuízo cognitivo autorrelatado.

Resultados

Adaptação da CFI

Em relação ao processo de análise semântica dos itens do CFI, os participantes demonstraram compreender adequadamente o enunciado e as instruções fornecidas, mas demonstraram incômodo com a quantidade de opções da escala de respostas do tipo *Likert* original (de 1 a 7 pontos), referindo dificuldade de compreensão com a variedade de opções semelhantes. De acordo com as sugestões fornecidas, optou-se por modificar a escala para *Likert*, de 0 a 4 pontos (discordo, discordo um pouco, nem concordo nem discordo, concordo um pouco, concordo) para facilitar a compreensão das respostas.

A maioria dos itens não gerou nenhuma dúvida ou discordância quanto à sua redação. Apenas os itens 6 e 16 geraram dúvidas, quanto ao significado do termo “atribuir”. O item 6 havia sido inicialmente traduzido como “Eu busco informações que não estão disponíveis no momento antes de atribuir causas para um comportamento.” Após a discussão com o grupo de pesquisadores voluntários, a redação do item foi modificada para “Eu busco por informações que não estão disponíveis antes de pensar no motivo de um comportamento.”, de forma a retirar o termo “atribuir” e mantendo o significado original da frase. Já o item 16 havia sido inicialmente traduzido como “Eu considero todas as informações e fatos disponíveis quando atribuo causas a comportamentos”. Após discussão com o grupo de pesquisadores, a redação do item foi modificada para “Eu considero todas as informações existentes antes de explicar o motivo de um comportamento.”

Análise Fatorial Exploratória (AFE)

Os resultados da análise fatorial exploratória (AFE) inicial, conduzida com os 20 itens da versão original da escala CFI, são apresentados a seguir. O teste de Mardia indicou falta de normalidade multivariada dos dados, uma vez que o coeficiente de curtose foi significativo (519,262; $p < 0,01$). O teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($\chi^2 = 1711,5$; $gl = 190$; $p < 0,01$), indicando que a matriz de correlações difere significativamente de uma matriz identidade, e o Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) apresentou valor de 0,76273, sugerindo adequação satisfatória dos dados para análise fatorial. A análise paralela conduzida indicou a presença de dois fatores na escala, assim como na versão original proposta por Dennis e Vander Wal (2010).

No que se refere ao ajuste do modelo aos dados, os índices de ajuste global indicaram resultados adequados, com RMSEA = 0,063, CFI = 0,958, GFI = 0,887 e AGFI = 0,858. O RMSR apresentou valor de 0,0790, ligeiramente acima do critério de Kelley (0,0714), sugerindo um ajuste global aceitável do modelo. Apenas 43% da variância foi explicada pelos

dois fatores considerando todos os itens da escala. Optou-se por retirar o item 3, por ter apresentado um valor de MSA (*Measure Sampling Adequacy*) menor do que 0,50.

Foi conduzida uma nova AFE com a exclusão do item 3. Na nova análise conduzida sem o item 3, os itens 1 e 8 não carregaram em nenhum dos dois fatores. Por isso, foi conduzida novamente uma análise fatorial com a exclusão dos itens 1, 3 e 8. Nessa nova AFE conduzida, o item 10 apresentou um valor de MSA menor do que 0,50, além de não ter carregado em nenhum dos dois fatores após a rotação realizada. Já o item 15 apresentou uma carga fatorial cruzada, carregando nos dois fatores com uma diferença $< 0,10$ entre as cargas fatoriais. Sendo assim, optou-se pela exclusão também dos itens 10 e 15.

Foi conduzida uma nova AFE com a exclusão dos itens 1, 3, 8, 10 e 15 e foi realizada a análise de fidedignidade dos fatores com a exclusão desses itens. Optou-se por excluir o item 6 para o aumentar o índice de precisão da escala, considerando também os problemas de compreensão apresentados na análise semântica. Após a decisão de excluir o item 6, foi conduzida uma nova AFE, com a exclusão dos itens 1, 3, 6, 8, 10 e 15.

Na análise fatorial final conduzida, o coeficiente de curtose na Análise de Mardia foi igual a 279,109, $p < 0,01$, indicando a falta de normalidade multivariada dos dados. O teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($\chi^2 = 1207,2$; $gl = 91$; $p < 0,01$) e o índice de KMO foi de 0,82301, classificado como muito bom. Os índices de ajuste do modelo estão descritos a seguir: RMSR = 0,0655; RMSEA = 0,058; CFI = 0,979; GFI = 0,868; AGFI = 0,812. A variância total explicada pelos dois fatores foi de 54%, e a variância comum explicada foi de 71,17%. Cabe salientar que após a exclusão dos itens, todos os indicadores melhoraram. A seguir, na Tabela 1, são apresentadas as cargas fatoriais dos itens, após exclusão dos itens 1, 3, 6, 8, 10 e 15.

Tabela 1*Cargas fatoriais dos itens agrupados em seus respectivos fatores*

Itens	Fator 1	Fator 2
CFI 2		0,558
CFI 4		0,826
CFI 5	0,676	
CFI 7		0,838
CFI 9		0,625
CFI 11		0,738
CFI 12	0,555	
CFI 13	0,780	
CFI 14	0,762	
CFI 16	0,597	
CFI 17		0,600
CFI 18	0,757	
CFI 19	0,657	
CFI 20	0,763	
alfa de Cronbach	0,784	0,784
Ômega	0,789	0,790
Correlação entre os fatores	-0,313	

*Nota. Fator 1 – Alternativas; Fator 2 – Controle***Evidências de Validade Convergente**

A fim de se obter evidências de validade convergente, foram conduzidas análises de correlação de Spearman entre os dois fatores da escala CFI (Alternativas e Controle) e os dois índices da tarefa de Alternância do FDT – o tempo gasto na tarefa e o número de erros cometidos. A seguir, na Tabela 2, estão descritos os resultados.

Tabela 2*Correlações de Spearman entre o CFI e a tarefa Alternância do FDT*

Variáveis	r_s	gl	p	n
Alternativas × Tempo	-0,085	43	0,289	45
Alternativas × Erros	0,004	43	0,511	45
Controle × Tempo	-0,037	43	0,405	45
Controle × Erros	0,007	43	0,518	45

Nota. r_s = correlação de Spearman; gl = graus de liberdade. Nenhuma das correlações foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

As análises de correlação de Spearman realizadas entre as variáveis revelaram correlações praticamente nulas e não significativas. Tanto as correlações conduzidas entre o fator Alternativas da CFI com o tempo de execução na tarefa de Alternância do FDT ($r_s = -0,085$, $p = 0,289$) e o número de erros ($r_s = 0,004$, $p = 0,511$); quanto as correlações conduzidas entre o fator Controle da CFI com o tempo de execução na tarefa de Alternância do FDT ($r_s = -0,037$, $p = 0,405$) e o número de erros ($r_s = 0,007$, $p = 0,518$) não atingiram significância estatística.

Adicionalmente, foi realizada uma correlação parcial multivariada entre os fatores do CFI (Alternativas e Controle) e o desempenho na tarefa de Alternância do FDT (tempo de execução e o número de erros) com o objetivo de controlar o efeito das variáveis idade, escolaridade e a presença de prejuízo cognitivo autorrelatado. Importante salientar que não houve diferença significativa no prejuízo cognitivo percebido entre os subgrupos. Os resultados estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3*Correlação parcial entre as variáveis*

		Controle	Alternativas	Tempo
Alternativas	r_s	0,166		

	<i>P</i>	0,021		
Tempo	<i>r_s</i>	-0,027	-0,109	
	<i>P</i>	0,863	0,494	
Erros	<i>r_s</i>	0,010	0,008	0,255
	<i>P</i>	0,949	0,959	0,103

Nota. Controlando para idade, escolaridade e prejuízo cognitivo.

Foi possível observar uma correlação fraca e positiva, mas estatisticamente significativa entre os dois fatores da CFI ($r_s = 0,166$; $p = 0,021$), indicando associação entre as duas dimensões da escala. No que se refere às associações entre os fatores da CFI e o desempenho na tarefa de Alternância do FDT, não foram observadas correlações estatisticamente significativas, mesmo controlando por idade, escolaridade e a presença de prejuízo cognitivo autorrelatado. O fator Alternativas (CFI) apresentou correlação negativa fraca e não significativa com o tempo de execução da tarefa de alternância (FDT), $r_s = -0,109$; $p = 0,494$, e a correlação foi ainda menor entre o fator Controle da CFI e o tempo de execução da tarefa de alternância ($r_s = -0,027$; $p = 0,863$).

Também não foram identificadas correlações estatisticamente significativas entre os fatores da CFI e o número de erros cometidos na tarefa de Alternância do FDT. As correlações entre o fator Alternativas e o número de erros foram praticamente nulas ($r_s = 0,008$; $p = 0,959$), assim como as correlações envolvendo o fator Controle ($r_s = 0,010$; $p = 0,949$).

Por fim, analisou-se a relação entre os dois indicadores de desempenho do FDT. Observou-se uma correlação fraca e positiva entre o tempo de execução da tarefa de alternância e o número de erros ($r_s = 0,255$; $p = 0,103$), sugerindo uma tendência de associação entre um maior tempo de execução e maior número de erros na tarefa, embora sem significância estatística.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo adaptar e investigar as propriedades psicométricas do *Cognitive Flexibility Inventory* - CFI (Dennis & Vander Wal, 2010) para o contexto brasileiro, bem como examinar sua estrutura fatorial em uma amostra composta por participantes de dois subgrupos com características clínicas distintas. A estrutura final da escala adaptada para o Brasil foi composta por dois fatores (Alternativas e Controle), mantendo a estrutura original proposta por Dennis e Vander Wal (2010), porém com uma redução de itens em relação à versão original. A versão final de 14 itens apresentou melhores índices de ajuste aos dados e indicadores adequados de consistência interna, sugerindo que a exclusão de itens contribuiu para uma melhor representação do construto na amostra investigada. As perguntas detalhadas e a versão da CFI adaptada para o contexto brasileiro estão no Apêndice A.

No presente estudo, os itens excluídos (1, 3, 6, 8, 10 e 15) apresentaram baixas cargas fatoriais, valores insuficientes de adequação amostral (MSA) e/ou cargas fatoriais cruzadas entre os fatores. Para os critérios de exclusão foram seguidas recomendações para análises fatoriais exploratórias, segundo as quais itens que não contribuem de forma clara e consistente para a definição do fator latente devem ser removidos, mesmo quando fazem parte da versão original do instrumento (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017).

Os itens 1 “Eu sou bom em avaliar as situações” e 3 “Eu considero várias opções antes de tomar uma decisão” podem ter sido considerados amplos demais em seu significado, abordando outros construtos teóricos e se relacionando com fatores individuais para além da avaliação da FC. Já os itens 8 “Eu tento pensar sobre as coisas a partir do ponto de vista de outra pessoa” e 10 “Eu sou bom em me colocar no lugar do outro” podem estar mais relacionados à habilidade de empatia cognitiva, que envolve processos de tomada de perspectiva e compreensão dos estados mentais de outra pessoa (Felippe et al., 2025).

Outros aspectos podem ter tido um papel na baixa carga fatorial do item 6, “Eu busco por informações que não estão disponíveis antes de pensar no motivo de um comportamento”, que exige um elevado nível de metacognição e abstração verbal do sujeito, o que pode ter contribuído para a dificuldade de compreensão aos participantes. Já o item 15 “Eu sou capaz de enfrentar as dificuldades que eu encontro na vida” apresentou carga fatorial cruzada, dificultando sua interpretação teórica e comprometendo a distinção entre os fatores. Recomenda-se que itens semanticamente complexos ou ambíguos sejam excluídos em processos de adaptação de escalas (Carim et al., 2012; Pacico & Hutz, 2015).

Os resultados referentes à estrutura interna do CFI obtidos no presente estudo são consistentes com outros estudos internacionais que buscaram adaptar e obter evidências de validade do instrumento. A maioria das investigações conduzidas em diferentes contextos culturais têm replicado a estrutura bifatorial original, indicando relativa estabilidade conceitual desses domínios (Jaén et al., 2024; Navarro et al., 2022; Portoghese et al., 2020; Wang et al., 2016).

Em uma amostra colombiana, por exemplo, foram encontrados índices apropriados de consistência interna da escala ($\alpha = 0,89$) em ambos os fatores (Alternativas: $\alpha = 0,90$; Controle $\alpha = 0,83$). Nessa amostra, os itens 8, 10, 9 e 20 evidenciaram cargas cruzadas, demonstrando alta correlação entre os fatores (Navarro et al., 2022). Já em uma amostra espanhola, ambos os coeficientes alfa e ômega foram maiores do que 0,86, indicando evidências de validade e confiabilidade apropriadas, e optou-se pela retirada do item 15 por problemas em sua tradução e significado (Jaén et al., 2024). Além disso, estudos como o de Portoghese et al. (2020) e Wang et al. (2016) relataram a necessidade de remoção de itens com baixo desempenho psicométrico, sugerindo que diferenças linguísticas e culturais podem impactar o funcionamento de itens isolados, ainda que os fatores latentes permaneçam estáveis.

Quanto às evidências de validade convergente da escala, as análises de correlação realizadas não indicaram associação significativa entre os escores do CFI e o desempenho na tarefa de Alternância do FDT, e os resultados permaneceram estáveis mesmo após o controle de variáveis demográficas e clínicas (idade, escolaridade e queixa de prejuízo cognitivo). A correlação parcial conduzida indicou associação significativa ($< 0,05$) apenas entre os fatores internos CFI, enquanto não foram observadas correlações significativas entre nenhuma das outras variáveis.

Os achados sugerem que a escala CFI e a tarefa de alternância do FDT não avaliam aspectos equivalentes da FC. Apesar de estudos prévios da literatura apontarem uma fraca associação entre medidas de autorrelato e testes neuropsicológicos de funções executivas (Barkley, 2012; Godoy, 2024; Toplak et al., 2013), chama a atenção a ausência total de correlações entre os dois instrumentos. Talvez a FC medida por tarefas de alternância seja mais característica e/ou indicativa de anormalidades cerebrais orgânicas, enquanto a flexibilidade necessária para reestruturar pensamentos desadaptativos medida por escalas como a CFI seja mais situacional e reativa a estados afetivos (Dennis & Vander Wal, 2010), sendo processos complementares que contribuem para a FC geral (Ionescu, 2017). Enquanto a tarefa de Alternância do FDT também mede a velocidade de processamento, habilidades de atenção e controle inibitório (Sedó et al., 2015), a escala CFI mede a capacidade do sujeito em gerar novas soluções e adotar diferentes perspectivas, assim como a sensação de controle sob uma situação estressante vivida (Dennis & Vander Wal, 2010).

É importante considerar que a CFI avalia a autopercepção do indivíduo sobre a sua capacidade de ser flexível ao lidar com situações desafiadoras. Por ser uma medida que envolve a habilidade de autopercepção e está relacionada ao senso de autoeficácia, deve-se ter cautela ao definir o construto medido pela escala. As escalas de autorrelato necessitam de uma maior percepção do indivíduo sobre o seu próprio comportamento e envolvem aspectos

relacionados à personalidade e correlatos funcionais das disfunções executivas, e podem não ser indicadores adequados do funcionamento executivo medido por testes neuropsicológicos (Buchanan, 2016).

Conclusão

A estrutura final da escala CFI, adaptada para o Brasil, composta por dois fatores - Alternativas e Controle, se assemelha à estrutura original proposta por Dennis e Vander Wal (2010). Entretanto, na versão brasileira, optou-se por excluir os itens 1, 3, 6, 8, 10 e 15 após às análises fatoriais realizadas visando o melhor ajuste dos dados ao modelo. Sendo assim, a versão final adaptada do CFI para o Brasil foi composta por 14 itens.

As evidências encontradas apontam que os dois fatores do CFI parecem medir aspectos complementares, mas distintos da FC, e fornecem suporte para a estrutura bifatorial da escala. Os achados são consistentes com outros estudos internacionais conduzidos com amostras colombianas, espanholas, italianas e chinesas (Jaén et al., 2023; Navarro et al., 2022; Portoghese et al., 2020; Wang et al., 2016).

Evidências empíricas indicam que medidas baseadas em desempenho e escalas de autorrelato frequentemente apresentam correlações fracas ou inconsistentes, sugerindo que não capturam dimensões equivalentes das funções executivas (Toplak et al., 2013). Os resultados da presente pesquisa vão ao encontro desses achados, ao ratificar que os testes de desempenho não apresentam correlação significativa com escalas que avaliam as funções executivas em situações cotidianas (Barkley, 2012).

Nesse sentido, o Inventário de Flexibilidade Cognitiva (CFI) insere-se como um instrumento importante no campo da avaliação mais naturalística e ecológica da FC. Por último, ressaltamos o uso de medidas distintas e complementares para avaliação da FC na tentativa de abordar o construto em sua totalidade (Hohl & Dolcos, 2024; Ionescu, 2017).

Implicações para a Pesquisa e para a Prática Psicológica

Os resultados do presente estudo apresentam implicações relevantes tanto para a pesquisa quanto para a prática psicológica, especialmente no campo da avaliação da FC por meio de instrumentos de autorrelato. A obtenção de uma versão brasileira do *Cognitive Flexibility Inventory* (CFI), com uma estrutura bifatorial consistente e propriedades psicométricas adequadas, contribui para o avanço do conhecimento sobre a mensuração da FC no contexto brasileiro.

Os achados reforçam a noção de que a flexibilidade percebida pelo sujeito e descrita em comportamentos observáveis constitui um domínio subjetivo específico, complementar ao desempenho obtido em tarefas neuropsicológicas. Tais achados corroboram a natureza multifacetada das funções executivas (Dennis & Vander Wal, 2010; Diamond, 2013; Hohl & Dolcos, 2024). Para a prática psicológica, a versão adaptada do CFI representa uma ferramenta breve, de fácil aplicação e interpretação, que pode auxiliar profissionais na avaliação de aspectos cognitivos relevantes para o enfrentamento de situações adversas, especialmente em contextos clínicos e de saúde.

A distinção entre os fatores Alternativas e Controle permite ao profissional identificar dimensões específicas da FC, subsidiando intervenções voltadas para a reestruturação cognitiva, ao manejo do estresse e à promoção de estratégias mais adaptativas. Assim, o CFI pode ser utilizado, tanto em contextos de avaliação quanto como medida de acompanhamento de intervenções psicológicas, respeitando as limitações das medidas de autorrelato (Dennis & Vander Wal, 2010).

Limitações e Recomendações para Estudos Futuros

Apesar das contribuições apresentadas, o presente estudo possui limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a estrutura fatorial obtida baseia-se em análises exploratórias realizadas em uma amostra específica, o

que limita a generalização dos achados para outros contextos e populações. Embora os procedimentos adotados estejam de acordo com recomendações psicométricas consolidadas (Andrade & Valentini, 2018; Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017; Pacico & Hutz, 2015), estudos futuros devem empregar análises fatoriais confirmatórias em amostras independentes, a fim de testar a estabilidade da estrutura bifatorial proposta.

Além disso, a amostra incluiu participantes com características clínicas específicas (portadores de lesão medular), o que pode ter influenciado o funcionamento de determinados itens, tendo em vista o caráter crônico e de pouco controle dessa condição. Também houve diferenças no perfil sociodemográfico dos dois subgrupos, com o grupo clínico sendo composto principalmente por homens de escolaridade variada e o grupo não clínico sendo composto principalmente por mulheres com escolaridade de nível superior. Tais diferenças podem ter tido influência no comportamento das variáveis estudadas entre os grupos.

Recomenda-se, portanto, que investigações futuras avaliem a invariância fatorial do instrumento entre subgrupos distintos, bem como em diversas regiões brasileiras. Por fim, novas pesquisas podem explorar evidências adicionais de validade, utilizando outros instrumentos para verificar a associação entre a FC e outros construtos psicológicos.

Referências

- Anderson, S. W., Damasio, H., Jones, R. D., & Tranel, D. (1991). Wisconsin card sorting test performance as a measure of frontal lobe damage. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *13*(6), 909–922. <https://doi.org/10.1080/01688639108405107>
- Andrade, J. M. de, & Valentini, F. (2018). Diretrizes para a construção de testes psicológicos: A resolução CFP nº 009/2018 em destaque. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *38*(spe), 28–39. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000208890>
- Barkley, R. A. (2012). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. Guilford Press.
- Berge, J. M., & Kiers, H. A. (1991). A numerical approach to the approximate and the exact minimum rank of a covariance matrix. *Psychometrika*, *56*(2), 309–315. <https://doi.org/10.1007/BF02294464>
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paideia*, *22*(53), 423–432. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>
- Buchanan, T. (2016). Self-report measures of executive function problems correlate with personality, not performance-based executive function measures, in nonclinical samples. *Psychological Assessment*, *28*(4), 372–385. <https://doi.org/10.1037/pas0000192>
- Carim, D. B., Miranda, M. C., & Bueno, O. F. A. (2012). Tradução e adaptação para o português do *Behavior Rating Inventory of Executive Function* (BRIEF). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *25*(4), 653–661. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000400004>
- Cunha, J. A. (2005). *Manual do teste Wisconsin de classificação de cartas*. Casa do Psicólogo.

- Dajani, D. R., & Uddin, L. Q. (2015). Demystifying cognitive flexibility: Implications for clinical and developmental neuroscience. *Trends in Neurosciences*, *38*(9), 571–578.
<https://doi.org/10.1016/j.tins.2015.07.003>
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, *34*(3), 241–253. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, *64*, 135–168.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Dias, N. M., & Seabra, A. G. (2013) Funções executivas: desenvolvimento e intervenção. *Temas sobre Desenvolvimento*, *19*(107), 206-12.
- Duncan, M. T. (2006). Obtenção de dados normativos para desempenho no teste de stroop num grupo de estudantes do ensino fundamental em Niterói. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *55*(1), 42-48. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852006000100006>
- Felippe, A. M., Campos, L. A. M., Fausta, S. C., Botelho, R. W. M., Senna, G. W., Espinola, M. S. D., Dantas, E. H. M., & de Oliveira, C. Q. (2025). Empatia: uma análise interdisciplinar desde suas origens filosóficas até as neurociências e aplicações contemporâneas. *Aracê*, *7*(7), 40335-40347. <https://doi.org/10.56238/arev7n7-297>
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2017). Program FACTOR at 10: Origins, development and future directions. *Psicothema*, *29*(2), 236–241.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2016.304>
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2017). Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, *77*(5), 762–780.
<https://doi.org/10.1177/0013164416685165>

- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2000). *Behavior rating inventory of executive function*. Psychological Assessment Resources.
- Godoy, V. P. (2024). Medidas indiretas (baseadas em escalas) de funções executivas. In N. M. Dias & L. F. Malloy-Diniz (Eds.), *Tratado das funções executivas: Avaliação e intervenção* (pp. 36–49). Editora Ampla.
- Gomes, S. R. D., de Oliveira, A. R., & Carvalho, T. A. (2023). Escala autopercepção da flexibilidade cognitiva (EFC): validação para o contexto brasileiro. *Psicologia Argumento*, 41(115). <https://doi.org/10.7213/psicolargum.41.115.AO05>
- Hohl, K., & Dolcos, S. (2024). Measuring cognitive flexibility: A brief review of neuropsychological, self-report, and neuroscientific approaches. *Frontiers in Human Neuroscience*, 18. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2024.1331960>
- Hu, L.T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Ionescu, T. (2012). Exploring the nature of cognitive flexibility. *New Ideas in Psychology*, 30(2), 190–200. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2011.11.001>
- Ionescu, T. (2017). The variability–stability–flexibility pattern: A possible key to understanding the flexibility of the human mind. *Review of General Psychology*, 21(2), 123–131. <https://doi.org/10.1037/gpr0000110>
- Jaén, I., Vidal-Arenas, V., Suso-Ribera, C., Pastor, M. C., & García-Palacios, A. (2024). Psychometric properties of the Spanish version of the cognitive flexibility inventory. *Clínica y Salud*, 35(3), 101 - 110. <https://doi.org/10.5093/clysa2024a3>
- Lorenzo-Seva, U. (1999). Promin: A method for oblique factor rotation. *Multivariate Behavioral Research*, 34, 347–356. https://doi.org/10.1207/S15327906MBR3403_3

- Magila, M. C., & Caramelli, P. (2000). Funções executivas no idoso. In O. V. Forlenza & P. Caramelli (Eds.), *Neuropsiquiatria geriátrica* (pp. 517–526). Atheneu.
- Martin, M. M., & Rubin, R. B. (1995). A new measure of cognitive flexibility. *Psychological Reports, 76*(2), 623–626. <https://doi.org/10.2466/pr0.1995.76.2.623>
- Miotto, E. C., Campanholo, K. R., Serrao, V. T. & Trevisan, B. T. (2023). *Manual de avaliação neuropsicológica: A prática da testagem cognitiva*. Memnon.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology, 41*(1), 49–100. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Navarro, M. C., Molinares, N. Q., & Mebarak, M. (2022). Psychometric study of the cognitive flexibility inventory in a Colombian sample. *International Journal of Psychological Research, 15*(1), 42–54. <https://doi.org/10.21500/20112084.5371>
- Oliveira, M. S. & Rigoni, M. S. (2010). *Figuras complexas de Rey*. Pearson.
- Pacico, J. C., & Hutz, C. S. (2015). Validade. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Eds.), *Psicometria* (pp. 71–84). Artmed.
- Portoghese, I., Galletta, M., Coppola, R. C., Finco, G., & Campagna, M. (2020). Factor structure, measurement invariance, reliability, and convergent validity of the Cognitive Flexibility Inventory in an Italian sample. *Frontiers in Psychology, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.607191>
- Salthouse, T. A. (2005). Relations between cognitive abilities and measures of executive functioning. *Neuropsychology, 19*(4), 532–545. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.19.4.532>
- Salthouse, T. A. (2011). What cognitive abilities are involved in trail-making performance? *Intelligence, 39*(4), 222–232. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2011.03.001>

- Santana, A. N., Melo, M. R. A., & Minervino, C. A. S. M. (2019). Instrumentos de avaliação das funções executivas: Revisão sistemática dos últimos cinco anos. *Avaliação Psicológica, 18*(1), 96–107. <https://doi.org/10.15689/ap.2019.1801.14668.11>
- Sedó, M., De-Paula, J. J., & Malloy-Diniz, L. F. (2015). *O teste dos cinco dígitos (FDT)*. Hogrefe.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology, 18*(6), 643–662. <https://doi.org/10.1037/h0054651>
- The Jamovi Project. (2025). *Jamovi* (Versão 2.6) [Software de computador]. <https://www.jamovi.org>
- Toplak, M. E., West, R. F., & Stanovich, K. E. (2013). Practitioner review: do performance-based measures and ratings of executive function assess the same construct? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 54*(2), 131–143. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12001>
- Wang, Y., Yang, Y., Xiao, W., & Su, Q. (2016). Validity and reliability of the Chinese version of the cognitive flexibility inventory in college students. *Chinese Mental Health Journal, 30*(1), 58–62.
- Zelazo, P. D. (2006). The dimensional change card sort (DCCS): A method of assessing executive function in children. *Nature Protocols, 1*, 297–301. <https://doi.org/10.1038/nprot.2006.46>
- Zimmermann, N., Cardoso, C. de O., Kristensen, C. H., & Fonseca, R. P. (2017). Brazilian norms and effects of age and education on the Hayling and Trail Making Tests. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 39*(3), 188–195. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0082>

Apêndice A

Inventário de Flexibilidade Cognitiva (IFC)

O objetivo desse questionário é entender o quanto você se identifica com as situações e frases abaixo. Quanto mais você concorda e se identifica com a frase, sua opção de resposta deve ficar mais próxima do 4 (concordo). Quanto menos você concorda (se você não se identifica nenhum pouco com a frase) sua opção de resposta deve ficar mais próxima do 0 (discordo).

Por favor, use a escala abaixo para indicar o quanto você concorda ou discorda das afirmativas.

Discordo	Discordo um pouco	Nem discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo
0	1	2	3	4

Não existe resposta certa ou errada, o importante é você pensar em como você se vê e age nas situações. Lembre-se que você pode marcar qualquer valor entre 0 e 4.

1	Eu tenho dificuldade em tomar decisões quando me deparo com situações difíceis.	0	1	2	3	4
2	Quando eu me deparo com situações difíceis, eu sinto como se estivesse perdendo o controle.	0	1	2	3	4
3	Eu gosto de olhar para situações difíceis a partir de muitos ângulos diferentes.	0	1	2	3	4
4	Quando me deparo com situações difíceis, eu fico tão estressado que não consigo pensar em uma forma de resolver a situação.	0	1	2	3	4
5	Eu acho irritante existirem tantas maneiras diferentes de lidar com situações difíceis.	0	1	2	3	4

6	Quando me deparo com situações difíceis, eu simplesmente não sei o que fazer.	0	1	2	3	4
7	É importante olhar para as situações difíceis a partir de muitos ângulos.	0	1	2	3	4
8	Quando estou em situações difíceis, considero várias opções antes de decidir como agir.	0	1	2	3	4
9	Eu olho para uma situação a partir de diferentes pontos de vista.	0	1	2	3	4
10	Eu considero todas as informações existentes antes de explicar o motivo de um comportamento.	0	1	2	3	4
11	Eu sinto que não tenho o poder para mudar as coisas em situações difíceis.	0	1	2	3	4
12	Quando me deparo com situações difíceis, eu paro e tento pensar em várias maneiras de resolvê-las.	0	1	2	3	4
13	Eu consigo pensar em mais de uma forma de resolver uma situação difícil que estou enfrentando.	0	1	2	3	4
14	Eu considero várias opções antes de responder a situações difíceis.	0	1	2	3	4

Artigo 2

Evidências de Validade de uma Versão Reduzida da EMEP e Considerações Sobre
Estratégias de Enfrentamento e Saúde Mental

Raiana Rolemberg Rocha

Josemberg de Moura Andrade

Resumo

O enfrentamento (*coping*) refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais mobilizados pelos indivíduos para lidar com situações avaliadas como estressoras. A Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) é um dos principais instrumentos utilizados para avaliar estratégias de enfrentamento no Brasil; contudo, sua extensão pode limitar a aplicação em contextos de saúde e de pesquisa. O presente estudo teve como objetivo obter evidências de validade de uma versão reduzida da EMEP, bem como investigar as diferenças no uso das estratégias de enfrentamento entre subgrupos distintos e verificar sua associação com indicadores de ansiedade e depressão. Participaram da presente pesquisa 198 indivíduos divididos entre um grupo clínico e um grupo não clínico. A estrutura fatorial da escala foi investigada por meio de Análise Fatorial Exploratória, utilizando correlações policóricas, método de extração RULS e rotação oblíqua Promin. A versão final reduzida da escala foi composta por 26 itens distribuídos em quatro fatores, sendo eles: estratégias focalizadas na emoção, práticas religiosas/pensamento fantasioso, busca de suporte social e estratégias focalizadas no problema, apresentando índices adequados de ajuste e consistência interna. As comparações entre os subgrupos da amostra indicaram diferenças significativas no uso das estratégias de enfrentamento, com o grupo clínico apresentando maior uso de estratégias focalizadas no problema e práticas religiosas/pensamento fantasioso, enquanto o grupo não clínico utilizou mais estratégias focalizadas na emoção e na busca de suporte social. Adicionalmente, indivíduos com relato de ansiedade e depressão apresentaram maior uso de estratégias focalizadas na emoção, e aqueles com depressão relataram menor utilização de estratégias focalizadas no problema. Os resultados fornecem evidências de validade da versão reduzida da EMEP e reforçam a compreensão do enfrentamento como um processo dinâmico e multifacetado.

Palavras-chave: enfrentamento, *coping*, avaliação psicológica, saúde mental, evidências de validade

Abstract

Coping refers to the cognitive and behavioral efforts mobilized by individuals to manage situations appraised as stressful. The Ways of Coping Scale (EMEP) is one of the main instruments used to assess coping strategies in Brazil; however, its length may limit its applicability in health and research settings. The present study aimed to obtain validity evidence for a shortened version of the EMEP, as well as to investigate differences in the use of coping strategies among distinct subgroups and to examine their associations with indicators of anxiety and depression. A total of 198 individuals participated in the study, divided into a clinical group and a control group. The factorial structure of the scale was examined using Exploratory Factor Analysis, based on polychoric correlations, the Robust Unweighted Least Squares (RULS) extraction method, and oblique Promin rotation. The final shortened version of the scale comprised 26 items distributed across four factors: emotion-focused strategies, religious practices/fantasy thinking, seeking social support, and problem-focused strategies, presenting adequate fit indices and internal consistency. Comparisons between the sample subgroups indicated significant differences in the use of coping strategies, with the clinical group showing greater use of problem-focused strategies and religious practices/fantasy thinking, whereas the control group reported greater use of emotion-focused strategies and seeking social support. Additionally, individuals reporting anxiety and depression showed greater use of emotion-focused strategies, and those with depression reported lower use of problem-focused strategies. These findings provide validity evidence for the shortened version of the EMEP and reinforce the understanding of coping as a dynamic and multifaceted process.

Keywords: coping, psychological assessment, mental health, validity evidence

O enfrentamento (*coping*) refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais utilizados para lidar com situações que são avaliadas como estressoras ou que excedem os recursos pessoais do indivíduo. No modelo transacional do estresse, o *coping* é caracterizado como um processo cognitivo voluntário e consciente, com caráter dinâmico e flexível de avaliação e resposta a situações desafiadoras. Ele emerge da relação entre a avaliação cognitiva que o sujeito faz da situação e os recursos disponíveis que possui para enfrentá-la, podendo variar ao longo do tempo e de acordo com as características do estressor e do indivíduo (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Folkman & Lazarus, 1980; Folkman et al., 1986; Lazarus & Folkman, 1984; Seidl et al., 2001).

O modelo interativo (ou transacional) do estresse envolve quatro conceitos principais, sendo eles: (1) o enfrentamento como uma interação entre o sujeito e seu ambiente; (2) que possui função de administrar o evento estressor, em vez de controlá-lo; (3) envolve processos que pressupõem uma avaliação da situação, sendo cognitivamente interpretado e representado pelo indivíduo; e (4) mobiliza esforços cognitivos e comportamentais para administrar as demandas internas e externas que surgem da interação com o ambiente (Lazarus & Folkman, 1984).

Inicialmente, ao se deparar com uma situação desafiadora, o indivíduo avalia se a situação consiste em um desafio ou ameaça. Após perceber a situação como estressora, o sujeito examina os seus recursos disponíveis e possíveis alternativas para contornar o dano ou obter recompensas com a situação. As respostas do sujeito se constituem no conjunto de pensamentos e comportamentos que são utilizados para criar ou manter um nível de controle sobre a situação ocorrida e gerenciar, reduzir ou tolerar as demandas criadas pela situação estressora. Nessa perspectiva, são enfatizados os resultados adaptativos e valorizadas as respostas individuais, tanto na avaliação da situação ocorrida quanto na aplicação das estratégias disponíveis, compreendendo o enfrentamento no contexto da situação e das

demandas específicas do sujeito (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Pereira & Araujo, 2006; Seidl et al., 2001).

O grau em que o estresse psicológico é experimentado é determinado pela relação do sujeito com o ambiente, tendo em vista que será definido pela avaliação subjetiva do que está em jogo e de quais estratégias possui para lidar com a situação. As opções de enfrentamento podem ser determinadas tanto pela situação ocorrida quanto pelos recursos físicos, psicológicos, sociais e espirituais do indivíduo (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Folkman et al., 1986).

As estratégias de enfrentamento adotadas são frequentemente divididas entre duas categorias funcionais: o enfrentamento focalizado no problema e o enfrentamento focalizado na emoção. As estratégias focalizadas no problema envolvem esforços dirigidos à modificação da situação estressora, com o uso de estratégias adaptativas voltadas para a resolução de problemas e/ou para a reestruturação cognitiva. Já as estratégias focalizadas na emoção se concentram na regulação das respostas emocionais associadas à situação estressora, incluindo esquiva, negação, auto culpa, pensamento fantasioso, a busca por apoio emocional e o distanciamento do problema (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Faria & Seidl, 2005; Lazarus & Folkman, 1984; Vitaliano et al., 1985).

É importante salientar que as estratégias focalizadas na emoção não devem ser compreendidas necessariamente como desadaptativas, uma vez que, em determinadas circunstâncias, a regulação emocional pode auxiliar o indivíduo a lidar com o impacto imediato do estresse (Lazarus & Folkman, 1984). No entanto, o uso exclusivo de estratégias emocionais caracterizadas por esquiva, ruminação e auto culpa está associado a um maior nível de sofrimento psicológico e a indicadores de psicopatologia, como sintomas de ansiedade e depressão (Aldao et al., 2010).

Estudos sobre o *coping* têm evidenciado a associação entre as estratégias de enfrentamento adotadas com o estresse e a saúde mental dos sujeitos, demonstrando uma forte associação entre o *coping* e resultados psicológicos (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). O uso de estratégias ativas de enfrentamento pode ter influência positiva na adaptação do sujeito e pode melhorar os resultados psicológicos após o acometimento de situações difíceis, sendo o enfrentamento adaptativo relacionado com uma maior satisfação com a vida e com resultados positivos de saúde mental (Purcell et al., 2025; Taio, 2022). As estratégias focalizadas no problema são associadas a indicadores mais favoráveis de adaptação psicológica, particularmente quando o estressor é avaliado como passível de modificação (Folkman et al., 1986; Lazarus & Folkman, 1984).

Nesse contexto, estudos empíricos têm demonstrado que diferentes estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas de forma complementar pelo sujeito. Estratégias voltadas para as práticas religiosas e para a busca de suporte social têm sido identificadas como recursos frequentemente mobilizados em situações de estresse relacionadas à saúde, podendo coexistir com estratégias orientadas ao problema e focalizadas na emoção (Carver et al., 1989; Gimenes & Queiroz, 1997; Seidl et al., 2001). Esses achados reforçam a concepção do *coping* como um processo multifacetado, no qual indivíduos recorrem a diferentes modalidades de enfrentamento conforme as demandas situacionais (Lazarus & Folkman, 1984).

A Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), originalmente desenvolvida por Vitaliano et al. (1985) e adaptada para o contexto brasileiro por Gimenes e Queiroz (1997), constitui um dos principais instrumentos utilizados para avaliar estratégias de enfrentamento no Brasil. O estudo brasileiro de obtenção de evidências de validade conduzido por Seidl et al. (2001) resultou em uma estrutura fatorial composta por quatro dimensões, sendo elas: (1) estratégias focalizadas no problema, (2) estratégias focalizadas na

emoção, (3) práticas religiosas/pensamento fantasioso e (4) busca de suporte social. Nesse estudo também foram observados padrões de correlação entre os fatores, indicando uma independência relativa entre as estratégias focalizadas no problema e focalizadas na emoção, e associações positivas entre as práticas religiosas e a busca de suporte social (Seidl et al., 2001).

Além da EMEP, foi encontrado apenas um instrumento validado para uso no Brasil de avaliação do enfrentamento. O Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus (IEC) foi adaptado para uso no Brasil por Savóia et al. (1996) e investiga as estratégias de enfrentamento utilizadas no contexto de desconforto com o próprio corpo, abordando o enfrentamento em uma situação específica. É uma escala de autorrelato, composta por 66 itens divididos em oito dimensões, sendo elas: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva. A escala é do tipo *Likert*, com quatro opções de resposta: (0) não usei esta estratégia; (1) usei um pouco; (2) usei bastante; (3) usei em grande quantidade (Morero et al., 2018; Savóia et al., 1996).

Apesar das evidências favoráveis de validade e estimativas de fidedignidade, a versão validada da EMEP apresenta um número elevado de itens, o que pode representar uma limitação para sua aplicação em contextos de saúde e de pesquisa, conforme discutido pelos próprios autores (Seidl et al., 2001). Tendo isso em vista, o presente artigo buscou obter evidências de validade de uma versão reduzida da escala EMEP para uso no Brasil.

Além disso, o presente estudo também buscou comparar o uso das estratégias de enfrentamento entre dois subgrupos distintos (sujeitos com lesão medular e pessoas sem deficiência). Por último, buscou-se investigar a associação das estratégias de enfrentamento utilizadas com a presença de psicopatologias. Essa investigação foi realizada por meio do autorrelato dos participantes sobre a presença de quadros de ansiedade e/ou depressão.

Método

Participantes

A pesquisa foi realizada com 198 indivíduos brasileiros, com idades entre 25 e 55 anos, divididos entre dois subgrupos. O grupo clínico (n = 110) foi composto por sujeitos que apresentam lesão medular, uma condição crônica e impactante de saúde, que exige a adaptação do sujeito frente às mudanças ocorridas. Já o grupo não clínico (n = 88) foi composto por sujeitos sem deficiência, residentes em Brasília - DF.

O grupo clínico foi composto majoritariamente por homens (78,18%), enquanto o grupo não clínico foi composto majoritariamente por mulheres (71,59%). Em relação à escolaridade dos participantes o grupo clínico apresentou uma maior heterogeneidade, abrangendo de forma majoritária os níveis ensino médio completo (35,45%) e superior completo (30%). Já no grupo não clínico, a maioria dos participantes apresentou ensino superior completo (63,63%). Quanto à frequência do autorrelato de depressão, foi de 8,1% no grupo clínico, enquanto no grupo controle foi de 6,1%. Já em relação ao autorrelato de ansiedade, 27,3% dos participantes do grupo clínico referiram a presença do quadro, enquanto no grupo controle essa frequência foi de 19,2%.

Instrumentos

Os sujeitos da pesquisa responderam aos seguintes instrumentos:

Escala Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP

A escala EMEP é composta por 57 itens em sua versão original (Vitaliano et al., 1985). No contexto brasileiro, foi adaptada inicialmente por Gimenes e Queiroz (1997) e, posteriormente, teve suas evidências de validade investigadas por Seidl et al. (2001), resultando em uma versão composta por 45 itens. As evidências de validade baseadas na estrutura interna da escala foram investigadas por meio de análise fatorial, sendo utilizados o Método dos Fatores Principais com rotação ortogonal Varimax. O valor mínimo de 0,35 foi

estabelecido para a carga fatorial dos itens, e para a avaliação da consistência interna dos fatores utilizou-se o alfa de Cronbach (Seidl et al., 2001). A versão final da escala foi composta por 45 itens distribuídos em 4 fatores, sendo eles: Fator 1 - enfrentamento focalizado no problema, com 18 itens ($\alpha = 0,84$); Fator 2 - enfrentamento focalizado na emoção, com 15 itens ($\alpha = 0,81$); Fator 3 - busca de suporte social, com 5 itens ($\alpha = 0,70$); e Fator 4 - busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, com 7 itens ($\alpha = 0,74$). As respostas estão dispostas em escala *Likert*, contendo as seguintes opções: 1- Eu nunca faço isso; 2 - Eu faço isso um pouco; 3 - Eu faço isso às vezes; 4 - Eu faço isso muito; 5 - Eu faço isso sempre.

Questionário de Dados Sociodemográficos

O questionário continha informações sociodemográficas sobre idade, gênero e escolaridade. Também continha uma pergunta de autorrelato na qual os participantes assinalavam a presença ou ausência do diagnóstico de ansiedade e/ou depressão.

Procedimento

Por envolver a participação de seres humanos, o projeto da presente pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Associação das Pioneiras Sociais - Rede Sarah, tendo sido aprovado sob o Parecer nº 7.877.610, CAAE: 85795225.9.0000.0022, em 26/02/2025. Após a aprovação do trabalho, os participantes foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos quanto aos seus objetivos, sendo convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em ambos os grupos, uma parte dos sujeitos respondeu aos instrumentos da pesquisa de forma presencial e outra parte respondeu à pesquisa de forma *online*, por meio de um *link* com um formulário contendo exatamente as mesmas perguntas, enviado através das redes sociais. Os sujeitos responderam à versão completa da EMEP adaptada e validada para o Brasil, composta por 45 itens, e ao Questionário de dados Sociodemográficos. O escore total

da EMEP foi obtido pela média aritmética de cada fator - quanto mais alto o escore, maior a frequência de utilização da estratégia de enfrentamento.

Análise de dados

A estrutura da escala EMEP foi analisada utilizando Análise Fatorial Exploratória (AFE) por meio do *software* FACTOR (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017). O objetivo foi verificar a estrutura fatorial da escala na amostra da presente pesquisa e obter uma versão adaptada, com menos itens do que a versão original. A primeira AFE foi conduzida com todos os 45 itens da escala original, utilizando correlação policórica para dados ordinais e análise paralela para a definição da quantidade de fatores. Também foi utilizado o método de extração *Robust Unweighted Least Squares* (RULS), com rotação oblíqua *Promin* (Lorenzo-Seva, 1999).

A análise de fidedignidade da escala foi realizada por meio do *software* Jamovi (The jamovi Project, 2025), utilizando os índices de consistência interna alfa de Cronbach e ômega de McDonald para cada um dos fatores. Foram conduzidas comparações entre os subgrupos clínico x controle para verificar se houve diferença no padrão de uso das estratégias de enfrentamento entre os subgrupos, além de verificar se o padrão de enfrentamento diferiu entre sujeitos com e sem o autorrelato de depressão e ansiedade. Em função da violação do pressuposto de normalidade, conforme indicado pelo teste de Shapiro–Wilk, optou-se pela utilização do teste U de Mann–Whitney para a comparação entre os grupos.

Resultados

Análise Fatorial Exploratória

A AFE conduzida na versão completa (45 itens) da EMEP indicou a presença de 4 (quatro) fatores na escala, considerando o percentil 95. O Teste de Esfericidade de Bartlett foi significativo ($\chi^2 = 2028,2$; $gl = 990$; $p < 0,01$), indicando que a matriz de correlações difere significativamente de uma matriz identidade, e o Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

apresentou valor de 0,78630, sugerindo adequação satisfatória dos dados para análise fatorial. No que se refere ao ajuste do modelo aos dados, os índices de ajuste global foram adequados, *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) = 0,046; *Comparative Fit Index* (CFI) = 0,967; *Goodness of Fit Index* (GFI) = 0,951; *Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI) = 0,941. O *Root Mean Square of Residuals* (RMSR) apresentou valor de 0,0632, abaixo do critério de Kelley de 0,0722, e 47% da variância foi explicada com os quatro fatores propostos na escala original.

Após a AFE inicial descrita acima, foram conduzidas novas Análises Fatoriais Exploratórias para a redução dos itens da escala original. O critério utilizado para a versão reduzida da escala foi manter apenas os itens com cargas fatoriais maiores do que 0,50, além de retirar os itens com cargas cruzadas. Tendo isso em vista, foram realizadas novas análises fatoriais com a retirada dos itens que apresentaram cargas fatoriais menores do que o parâmetro utilizado. Ao final, foram excluídos os itens: 4, 5, 9, 11, 13, 18, 19, 20, 26, 27, 29, 30, 32, 37, 38, 39, 41, 42 e 45. As cargas fatoriais dos itens restantes na versão final do modelo estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1

Cargas fatoriais dos itens agrupados em seus respectivos fatores

Item	F1	F2	F3	F4
EMEP1				0,542
EMEP2	0,753			
EMEP3				0,618
EMEP6		0,646		
EMEP7			0,748	
EMEP8		0,876		
EMEP10				0,729

EMEP12	0,585			
EMEP14				0,673
EMEP15				0,779
EMEP16				0,669
EMEP17				0,718
EMEP21		0,765		
EMEP22	0,589			
EMEP23	0,694			
EMEP24				0,632
EMEP25	0,612			
EMEP28				0,690
EMEP31			0,709	
EMEP33				0,669
EMEP34	0,520			
EMEP35	0,593			
EMEP36				0,573
EMEP40				0,632
EMEP43			0,706	
EMEP44		0,844		
alfa	0,776	0,777	0,703	0,858
Ômega	0,782	0,799	0,706	0,864

Nota. F1: Estratégias de Enfrentamento Focalizadas na Emoção; F2: Práticas

Religiosas/Pensamento Fantasioso; F3: Busca de Suporte Social; F4: Estratégias de Enfrentamento Focalizadas no Problema.

Os itens mantiveram-se agrupados nos mesmos fatores originais, assim como na escala completa. A Estatística de Bartlett foi significativa ($\chi^2 = 2101,1$; $gl = 325$; $p < 0,01$) e o KMO apresentou valor satisfatório de 0,76950. Os dados se ajustaram bem ao modelo, RMSEA = 0,046; CFI = 0,980; GFI = 0,979; AGFI = 0,970; RMSR = 0,0502 (abaixo do critério de Kelley de 0,0722), e 57% da variância foi explicada com os quatro fatores na escala reduzida.

A correlação entre os fatores aumentou na versão reduzida da escala, mas manteve-se com o mesmo padrão anterior. Os fatores estratégias focalizadas na emoção (fator 1) e focalizadas na resolução de problemas (fator 4) se mantiveram com correlação negativa, sem alteração do padrão geral de associações. Entretanto, houve um aumento nas correlações entre práticas religiosas/pensamento fantasioso e estratégias focalizadas no problema, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2

Matriz de correlação entre os fatores

Fator	F1	F2	F3	F4
1	1,000			
2	-0,075	1,000		
3	0,237	0,039	1,000	
4	-0,164	0,445	0,186	1,000

Nota. F1: Estratégias de Enfrentamento Focalizadas na Emoção; F2: Práticas

Religiosas/Pensamento Fantasioso; F3: Busca de Suporte Social; F4: Estratégias de

Enfrentamento Focalizadas no Problema.

A versão final reduzida da escala EMEP foi composta por 26 itens, agrupados nos mesmos fatores da escala original proposta por Gimenes e Queiroz (1997) e validada por Seidl et al. (2001). Na versão reduzida da escala o fator 1 (focalizado na emoção) foi composto por 7 itens, o fator 2 (práticas religiosas/pensamento fantasioso) foi composto por 4

itens, o fator 3 (busca de suporte social) por 3 itens e, por fim, o fator 4 (focalizado no problema) foi composto por 12 itens. Os índices de consistência interna alfa de Cronbach e ômega de McDonald foram satisfatórios, conforme descritos na Tabela 4. Importante salientar que os índices de fidedignidade dos itens evidenciaram que se o item 6 “Eu rezo / oro” fosse excluído, tanto o alfa quanto o Ômega ficariam mais altos (0,809 e 0,818, respectivamente). Entretanto, por considerarmos o item relevante teoricamente, optou-se por mantê-lo.

Diferenças nas Estratégias de Enfrentamento entre os Grupos

Foram observados padrões distintos de uso das estratégias de enfrentamento entre os grupos clínico e não clínico. As estatísticas descritivas referentes às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes do grupo clínico e não clínico e os resultados do teste U de Mann-Whitney estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3

Diferença entre as estratégias de enfrentamento dos subgrupos

Fatores	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>		<i>N</i>	Média	DP	EP
Fator 1	2760	<0,01	0,42	Clínico	109	2,61	0,86	0,08
				Controle	88	3,24	0,76	0,08
Fator 2	3611	<0,01	0,24	Clínico	108	3,75	1,04	0,10
				Controle	88	3,26	1,20	0,13
Fator 3	3871	0,015	0,2	Clínico	110	2,98	1,09	0,10
				Controle	88	3,36	1,05	0,11
Fator 4	3803	0,016	0,2	Clínico	108	4,15	0,63	0,06

Controle	88	3,97	0,59	0,06
----------	----	------	------	------

Nota. U de Mann Whitney; r = dimensão do efeito. F1: Estratégias de Enfrentamento

Focalizadas na Emoção; F2: Práticas Religiosas/Pensamento Fantasiado; F3: Busca de Suporte Social; F4: Estratégias de Enfrentamento Focalizadas no Problema.

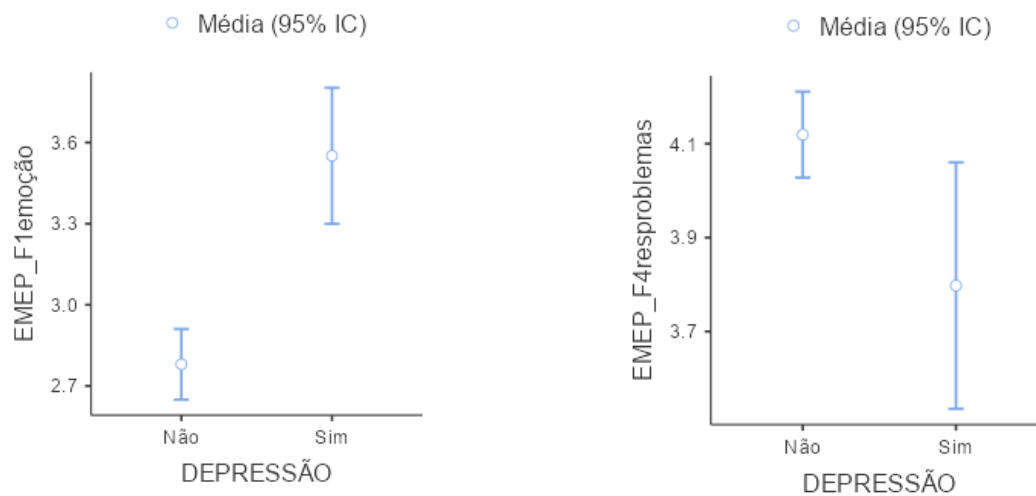
Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em todos os fatores avaliados. As diferenças mais acentuadas foram observadas no uso das estratégias focalizadas na emoção ($U = 2760, p < 0,01$). Diferenças significativas também foram identificadas para a busca de suporte social ($U = 3871, p = 0,015$), práticas religiosas/pensamento fantasiado ($U = 3611, p < 0,01$) e estratégias focalizadas no problema ($U = 3803, p = 0,016$). Os participantes do grupo clínico demonstraram um maior uso de estratégias focalizadas no problema e em práticas religiosas/pensamento fantasiado. Já os participantes do grupo não clínico apresentaram uma maior tendência a utilizar estratégias focalizadas na emoção e na busca por suporte social.

Padrões de Enfrentamento em Sujeitos com Autorrelato de Depressão e Ansiedade

Não foram observadas diferenças significativas entre os subgrupos quanto ao autorrelato de depressão ou ansiedade. Considerando a amostra geral, os participantes com autorrelato de depressão apresentaram uma maior utilização de estratégias focalizadas na emoção ($U = 1141, p < 0,01$), enquanto sujeitos sem o autorrelato de depressão utilizaram significativamente mais estratégias voltadas ao problema ($U = 1709, p = 0,021$). Os gráficos descritivos com as diferenças entre as médias de enfrentamento utilizadas nos fatores 1 e 4 da EMEP pelos participantes com e sem o autorrelato de depressão estão ilustrados na Figura 1.

Figura 1

Diferença entre as médias dos sujeitos com e sem relato de depressão nos fatores 1 e 4

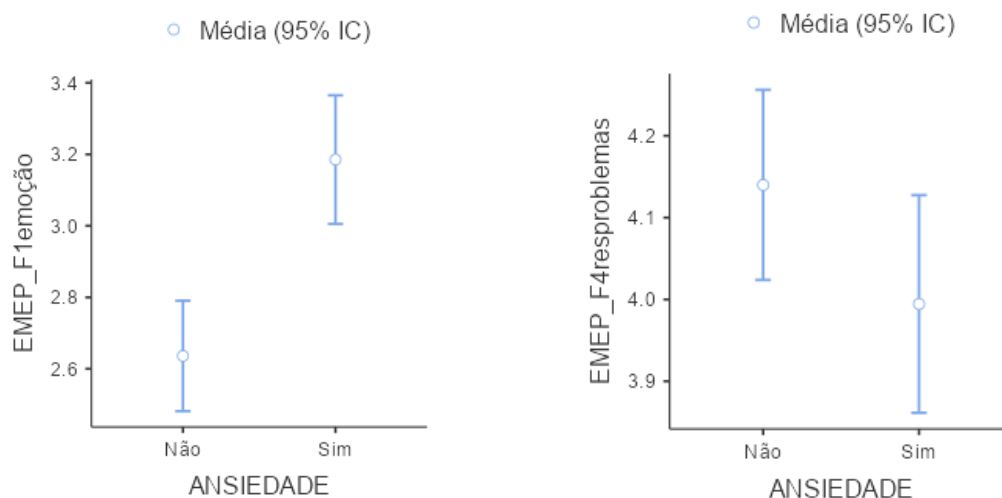


Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas quanto ao uso de estratégias de suporte social ($U = 2173, p = 0,459$) ou de práticas religiosas/pensamento fantasioso ($U = 2108, p = 0,379$) entre os indivíduos com e sem relato de depressão.

Para os sujeitos que autorrelataram a presença de ansiedade, observou-se diferença estatisticamente significativa no uso de estratégias focalizadas na emoção, com participantes com queixa de ansiedade apresentando maior utilização desse tipo de estratégia ($U = 3052, p < 0,01$). Não foram observadas diferenças significativas no uso de estratégias focalizadas na resolução de problemas ($U = 4092, p = 0,087$) entre os sujeitos com ou sem o autorrelato de ansiedade. Os gráficos descritivos com as diferenças entre as médias de enfrentamento utilizadas nos fatores 1 e 4 da EMEP pelos participantes com e sem o autorrelato de ansiedade estão ilustrados na Figura 2.

Figura 2

Diferença entre as médias dos sujeitos com e sem relato de ansiedade nos fatores 1 e 4



Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas quanto ao uso de estratégias voltadas para a busca de suporte social ($U = 4373$, $p = 0,209$) e práticas religiosas/pensamento fantasioso ($U = 4601$, $p = 0,668$) entre os sujeitos que autorrelataram ou não a presença de ansiedade.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo principal obter evidências de validade baseadas na estrutura interna e fornecer uma versão reduzida da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) para o contexto brasileiro, preservando sua estrutura fatorial original e avaliando suas propriedades psicométricas em uma amostra composta por dois subgrupos distintos. Os resultados obtidos fornecem evidências de que a versão reduzida da EMEP mantém uma estrutura teórica coerente com o modelo transacional do estresse (Lazarus & Folkman, 1984) e com a validação brasileira proposta por Seidl et al. (2001).

A AFE inicial conduzida com os 45 itens da escala confirmou a presença de quatro fatores, conforme proposto originalmente: estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, práticas religiosas/pensamento fantasioso, busca de suporte social e estratégias de

enfrentamento focalizadas no problema. Foram utilizados procedimentos estatísticos mais robustos, como a matriz de correlações policóricas e análise paralela, além de rotação oblíqua e método RULS para extração dos fatores. Os índices de ajuste obtidos indicaram que os dados se ajustaram satisfatoriamente ao modelo, com valores adequados de RMSEA, CFI, GFI e RMSR, além de uma variância explicada superior à reportada no estudo de validação conduzido por Seidl et al. (2001).

A partir da AFE inicial foram mantidos apenas os itens com cargas fatoriais superiores a 0,50 e foi feita a exclusão de itens com cargas cruzadas, visando a proposição de uma versão reduzida da escala. A versão final foi composta por 26 itens, mantendo-se os quatro fatores originais. O fator 1 (focalizado na emoção) foi composto por 7 itens, o fator 2 (práticas religiosas/pensamento fantasioso) foi composto por 4 itens, o fator 3 (busca de suporte social) por 3 itens e, por fim, o fator 4 (focalizado no problema) foi composto por 12 itens.

A análise de fidedignidade da versão reduzida da EMEP indicou índices satisfatórios de consistência interna para todos os fatores, tanto pelo alfa de Cronbach quanto pelo ômega de McDonald. O fator estratégias de enfrentamento focalizadas no problema apresentou os maiores índices de precisão, seguido pelos fatores práticas religiosas/pensamento fantasioso, enfrentamento focalizado na emoção e busca de suporte social.

Na versão reduzida da EMEP não houve alteração do padrão geral de correlação entre os fatores, conforme descrito na versão completa da escala (Seidl et al., 2001). As estratégias focalizadas na emoção apresentaram correlação praticamente nula com as estratégias focalizadas no problema, indicando que esses dois tipos de estratégias não costumam ser utilizadas juntas, funcionando de forma relativamente independente. Esse resultado reforça a concepção teórica de que estratégias orientadas ao enfrentamento do problema e estratégias

voltadas à regulação emocional constituem dimensões distintas do enfrentamento, conforme previsto pelo modelo transacional do estresse (Lazarus & Folkman, 1984).

No presente estudo, os fatores com a maior correlação foram as estratégias focalizadas no problema e as práticas religiosas/pensamento fantasioso. Esse padrão sugere que tais estratégias podem ser utilizadas de forma complementar pelos indivíduos diante de situações estressoras, refletindo a flexibilidade do processo de enfrentamento. Achados semelhantes foram descritos no estudo de adaptação original da EMEP, na qual o uso de práticas religiosas se mostrou associado ao uso de estratégias orientadas ao problema (Gimenes & Queiroz, 1997).

Interessante notar que os fatores: práticas religiosas/pensamento fantasioso e busca por suporte social demonstraram correlação praticamente nula, assim como práticas religiosas/pensamento fantasioso e estratégias focalizadas na emoção. Tais resultados evidenciam que essas estratégias não são comumente adotadas em conjunto pelos sujeitos da amostra, sugerindo independência entre esses padrões de enfrentamento.

Em relação ao uso das estratégias de enfrentamento por cada subgrupo da amostra, foram observadas diferenças significativas nas estratégias utilizadas pelos sujeitos do grupo clínico e do grupo não clínico. Os indivíduos do grupo clínico apresentaram uma maior utilização de estratégias focalizadas no problema e em práticas religiosas/pensamento fantasioso, enquanto os participantes do grupo não clínico relataram com maior frequência o uso de estratégias focalizadas na emoção e na busca por suporte social.

Esses resultados podem ser interpretados à luz do modelo transacional do estresse, segundo o qual o enfrentamento constitui um processo dinâmico, no qual diferentes estratégias são mobilizadas conforme a avaliação que o indivíduo faz da situação estressora (Lazarus & Folkman, 1984). Embora a lesão medular seja uma condição crônica de saúde e implique em mudanças significativas na vida do indivíduo, ela pode ser avaliada tanto como

uma situação difícil e estressante quanto como uma situação desafiadora passível de mudança, mobilizando ativamente o enfrentamento do sujeito (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Pereira & Araujo, 2006).

Em um estudo conduzido por Rocha et al. (2021), a média do uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção por indivíduos com lesão medular também foi relativamente baixa ($M=1,33$), em comparação com o uso de estratégias voltadas para a religiosidade/pensamento fantasioso ($M = 4,09$) e com foco no enfrentamento do problema ($M = 3,98$). De modo convergente ao presente estudo, os autores observaram uma menor utilização de estratégias focalizadas na emoção e um maior uso de estratégias focalizadas no problema e de práticas religiosas entre os participantes do grupo clínico. Esses achados sugerem um padrão semelhante de enfrentamento entre diferentes amostras de indivíduos com lesão medular, caracterizado por uma menor frequência de respostas emocionais negativas e evitativas, em contraste com uma maior mobilização de estratégias ativas de enfrentamento.

A maior utilização de práticas religiosas/ pensamento fantasioso observada no grupo clínico é consistente com os achados de Seidl et al (2001), que indicam a relevância dessas estratégias em sujeitos com doenças crônicas. Nesse sentido, os resultados sugerem que em conjunto com estratégias voltadas para o enfrentamento do problema, as práticas religiosas podem ser utilizadas pelos indivíduos como recursos cognitivos e emocionais para lidar com as demandas impostas por uma condição crônica de saúde, sem que isso implique a substituição do enfrentamento ativo (Seidl et al., 2001).

Indivíduos com autorrelato de ansiedade e/ou depressão apresentaram um uso significativamente maior de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, quando comparados com sujeitos que não relataram a presença dessas psicopatologias. Sujeitos com autorrelato de depressão também relataram um uso significativamente menor de estratégias

focalizadas no problema do que indivíduos sem esses sintomas. Por outro lado, diferentemente do observado para a depressão, a ansiedade não se associou de forma significativa à redução do uso de estratégias focalizadas no problema. Não foram observadas diferenças significativas no uso das estratégias voltadas para a busca por suporte social e práticas religiosas/pensamento fantasioso entre os indivíduos com ou sem o relato das psicopatologias investigadas.

Os resultados encontrados no presente estudo sugerem que indivíduos com autorrelato de depressão e ansiedade utilizam de forma majoritária estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção. Embora as estratégias emocionais sejam comumente tidas como estratégias desadaptativas (e.g., evitamento emocional, autculpa, distanciamento do problema), é importante salientar que o enfrentamento focalizado na emoção se relaciona a desfechos negativos de saúde mental dependendo do tipo e do padrão da estratégia emocional adotada (Aldao et al., 2010; Penley et al., 2002). Embora os achados da presente pesquisa demonstrem que certos tipos de estratégias de regulação emocional possuem associação com transtornos internalizantes, é importante levar em consideração a limitação da medida utilizada, tendo em vista que as variáveis ansiedade e depressão foram avaliadas a partir de uma única pergunta de autorrelato. Sugerimos que em estudos futuros sejam utilizadas medidas com evidências de validade e estimativas de fidedignidade para avaliação dos construtos ansiedade e depressão.

Conclusão

A versão adaptada e reduzida da escala EMEP demonstrou propriedades psicométricas adequadas, preservando a estrutura teórica da escala original. É um instrumento eficiente para a avaliação das estratégias de enfrentamento em diferentes contextos e populações, e pode ajudar a distinguir o uso de estratégias de enfrentamento em indivíduos com psicopatologias como a ansiedade e a depressão. Sua utilização pode facilitar

a avaliação das estratégias de enfrentamento em contextos de pesquisa, triagem e acompanhamento psicológico, e pode ser uma alternativa favorável para uso no contexto de saúde dada sua estrutura abreviada de fácil aplicação.

Em conjunto, os achados do presente estudo estão alinhados à concepção do enfrentamento como um processo dinâmico, contextual e multifacetado, conforme proposto no modelo transacional do estresse (Lazarus & Folkman, 1984). A distinção entre estratégias focalizadas no problema e na emoção, bem como a identificação de padrões complementares nas diversas modalidades de enfrentamento, replicam resultados observados na validação brasileira da EMEP (Seidl et al., 2001) e reforçam a coerência teórica da versão reduzida do instrumento.

Nossos resultados reiteram que diferentes estratégias de enfrentamento podem ser mobilizadas de forma integrada, dependendo das características do estressor e dos recursos individuais disponíveis. Nossos achados também apoiam a ideia de que o uso de estratégias de enfrentamento voltadas para a resolução de problemas está menos associado a psicopatologias como ansiedade e depressão e pode ser associado a melhores desfechos de saúde mental.

Uma possível limitação do estudo que deve ser levada em conta se refere à diferença de gênero e escolaridade encontrada entre os dois subgrupos da amostra. A maior parte do grupo clínico foi composta por homens de escolaridade variada e a maior parte do grupo não clínico foi composta por mulheres com nível de formação superior. Tais características sociodemográficas distintas podem ter impactado no uso diferente das estratégias de enfrentamento entre os subgrupos.

Por fim, recomenda-se que estudos futuros investiguem as evidências de validade da versão reduzida da EMEP em outras populações e contextos específicos, bem como realizem

análises fatoriais confirmatórias e estudos longitudinais, a fim de aprofundar a compreensão da estabilidade e da sensibilidade do instrumento ao longo do tempo.

Referências

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Dias, E. N. & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde, 11*(2), 55-66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/Aids. *Psicologia em Estudo, 10*(2), 155–164. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200003>
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2017). Program FACTOR at 10: Origins, development and future directions. *Psicothema, 29*(2), 236–240. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.304>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*(3), 219–239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(5), 992–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>

- Gimenes, M. G. G., & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Eds.), *A mulher e o câncer* (pp. 171–195). Editorial Psy.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lorenzo-Seva, U. (1999). Promin: A method for oblique factor rotation. *Multivariate Behavioral Research*, 34(3), 347–365. https://doi.org/10.1207/S15327906MBR3403_3
- Morero, J. A. P., Bragagnollo, G. R., & Santos, M. T. S. (2018). Estratégias de enfrentamento utilizadas por enfermeiros frente ao estresse ocupacional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl 1), 457–464. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0578>
- Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *Journal of behavioral medicine*, 25(6), 551–603. <https://doi.org/10.1023/a:1020641400589>
- Pereira, M. G., & Araújo, A. M. (2006). Avaliação cognitiva e enfrentamento em situações de estresse. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 307–314. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000300009>
- Purcell, D., Strøm, V., & Leiulfstrud, A. S. (2025). Exploring the mediating effects of coping strategies on adjustment after sustaining a spinal cord injury. *Spinal Cord*, 63(4), 208–213. <https://doi.org/10.1038/s41393-025-01062-4>
- Rocha, M. A., Coura, A. S., França, I. S. X., Feijão, A. R., Almeida, I. J. S., & Aragão, J. S. (2021). Funcionalidade familiar e estratégias de enfrentamento em pessoas com lesão medular. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO000635>
- Savóia, M. G., Santana, P. R., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1–2), 183–201.

- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225–234. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>
- Taio, S. I. L. (2022). *Adaptação à lesão medular: Saúde mental, suporte social, sintomas psicopatológicos e coping resiliente* [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa].
- The Jamovi Project. (2025). *Jamovi* (Versão 2.6) [Software de computador]. <https://www.jamovi.org>
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20(1), 3–26. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2001_1

Apêndice B

Escala Modos De Enfrentamento De Problemas – EMEP

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder ao questionário abaixo, pense sobre como você está lidando com alguma situação estressante a qual você esteja enfrentando. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar a sua situação, no momento atual.

Veja um exemplo:

1	Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema de saúde.	1	2	3	4	5
		eu nunca	eu faço isso um pouco	eu faço isso às vezes	eu faço isso muito	eu faço isso sempre

Você deve marcar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (*Eu nunca faço isso*); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (*Eu faço isso sempre*). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação estressante. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Leia cada item abaixo e indique, na categoria apropriada, o que você faz na situação.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

1	Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	1	2	3	4	5
2	Eu me culpo.	1	2	3	4	5
3	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.	1	2	3	4	5
4	Espero que um milagre aconteça.	1	2	3	4	5
5	Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.	1	2	3	4	5
6	Eu rezo / oro.	1	2	3	4	5
7	Eu insisto e luto pelo que eu quero.	1	2	3	4	5
8	Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.	1	2	3	4	5
9	Encontro diferentes soluções para o meu problema.	1	2	3	4	5
10	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.	1	2	3	4	5
11	Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.	1	2	3	4	5
12	Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.	1	2	3	4	5
13	Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.	1	2	3	4	5
14	Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.	1	2	3	4	5
15	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.	1	2	3	4	5
16	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.	1	2	3	4	5
17	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.	1	2	3	4	5

18	Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.	1	2	3	4	5
19	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
20	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	1	2	3	4	5
21	Procuro me afastar das pessoas em geral.	1	2	3	4	5
22	Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.	1	2	3	4	5
23	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	1	2	3	4	5
24	Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.	1	2	3	4	5
25	Converso com alguém para obter informações sobre a situação.	1	2	3	4	5
26	Eu me apego à minha fé para superar esta situação.	1	2	3	4	5

Artigo 3

Flexibilidade Cognitiva e Estratégias de Enfrentamento em Pessoas com Lesão

Medular

Raiana Rolemberg Rocha

Josemberg Moura de Andrade

Resumo

A lesão medular é uma condição crônica de saúde que acarreta mudanças significativas no funcionamento físico, psicológico e social do indivíduo, demandando processos contínuos de adaptação. Nesse contexto, recursos psicológicos como a flexibilidade cognitiva, as estratégias de enfrentamento e o suporte social desempenham papel central no ajustamento psicológico. O presente estudo teve como objetivo investigar o papel preditor da flexibilidade cognitiva e do suporte social no uso das estratégias de enfrentamento em pessoas com e sem lesão medular. Participaram da pesquisa 198 indivíduos, com idades entre 25 e 55 anos, distribuídos entre um grupo clínico (pessoas com lesão medular) e um grupo não clínico (pessoas sem deficiência). Os participantes responderam ao Inventário de Flexibilidade Cognitiva (CFI), à Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP – versão reduzida) e à Escala de Apoio Social (MOS-SSS). As estruturas internas dos instrumentos foram investigadas por meio de análises fatoriais exploratórias, e os escores fatoriais foram utilizados em modelos de regressão múltipla. Os resultados indicaram que o enfrentamento focalizado no problema foi positivamente predito pela flexibilidade cognitiva, especialmente pela capacidade de gerar soluções alternativas, bem como pelo suporte social percebido. Os achados reforçam a compreensão do enfrentamento como um processo dinâmico e contextual e destacam a flexibilidade cognitiva como um recurso central para a adaptação psicológica, com implicações relevantes para a reabilitação de pessoas com lesão medular.

Palavras-chave: flexibilidade cognitiva, estratégias de enfrentamento, lesão medular, suporte social, ajustamento psicológico

Abstract

Spinal cord injury is a chronic health condition that entails significant changes in individuals' physical, psychological, and social functioning, requiring ongoing adaptation processes. In this context, psychological resources such as cognitive flexibility, coping strategies, and social support play a central role in psychological adjustment. The present study aimed to investigate the predictive role of cognitive flexibility and social support in the use of coping strategies in individuals with and without spinal cord injury. A total of 198 individuals aged between 25 and 55 years participated in the study, distributed into a clinical group (individuals with spinal cord injury) and a control group (individuals without disabilities). Participants completed the Cognitive Flexibility Inventory (CFI), the Ways of Coping Scale (EMEP – reduced version), and the Social Support Scale (MOS-SSS). The internal structures of the instruments were investigated using exploratory factor analyses, and factor scores were used in multiple regression models. The results indicated that problem-focused coping was positively predicted by cognitive flexibility, especially the ability to generate alternative solutions, as well as by perceived social support. The findings reinforce the understanding of coping as a dynamic and contextual process and highlight cognitive flexibility as a central resource for psychological adaptation, with relevant implications for the rehabilitation of individuals with spinal cord injury.

Keywords: cognitive flexibility, coping, spinal cord injury, social support, psychological adjustment

A lesão medular consiste em uma condição neurológica complexa na qual a medula espinhal é danificada, podendo ser ocasionada de maneira traumática (e.g. acidentes automobilísticos e queda de altura) ou não traumática (e.g. tumores e doenças vasculares). Os danos sofridos podem resultar no comprometimento parcial ou total das funções motoras, sensitivas e autonômicas do indivíduo, e a gravidade e o nível neurológico da lesão determinam o grau de comprometimento funcional, sendo as classificações mais comuns a paraplegia e a tetraplegia (Margetis et al., 2025; OMS, 2024).

Cerca de 180 mil pessoas são acometidas por lesão medular no Brasil, sendo a prevalência do país mais elevada quando comparada à média de outros países (Masini, 2018). Apesar dos avanços nos tratamentos médicos, a lesão medular é reconhecida como uma condição crônica e incapacitante, demandando um processo contínuo de adaptação física, psicológica e social do indivíduo. Após o diagnóstico, a intervenção consiste na reabilitação do sujeito para otimizar os cuidados com saúde, as habilidades funcionais e sua adaptação a uma nova vida. Nesse contexto, torna-se fundamental que o indivíduo disponha de recursos cognitivos e comportamentais eficazes para o manejo do estresse, a resolução dos problemas enfrentados e a adesão às orientações feitas pelos profissionais de saúde (Margetis et al., 2025; OMS, 2024; Pereira & Araujo, 2006).

Tendo em vista que a lesão medular pode ser caracterizada como um evento impactante causador de grandes mudanças, o conceito de enfrentamento está intimamente ligado à essa condição (Pereira & Araujo, 2006). O enfrentamento (*coping*), conceituado e discutido no modelo interativo ou transacional do estresse, refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais direcionados ao manejo de demandas internas ou externas avaliadas como excessivas aos recursos do indivíduo (Folkman et al., 1986). Trata-se de um processo dinâmico e flexível, que enfatiza a singularidade das respostas individuais e a relação entre o sujeito e o ambiente (Folkman & Lazarus, 1980; Seidl et al., 2001).

Ao se depararem com situações desafiadoras, os sujeitos podem adotar estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, voltadas para a modificação, administração/manejo ou controle da situação estressora, ou estratégias focalizadas na emoção, cujo objetivo principal é a regulação da resposta emocional (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Faria & Seidl, 2005). No contexto das condições crônicas de saúde, como a lesão medular, o enfrentamento assume papel central no ajustamento psicológico, influenciando diretamente o bem-estar emocional, a qualidade de vida e a adaptação à nova condição (Faria & Seidl, 2005; Pereira & Araujo, 2006).

Diante desse cenário, a flexibilidade cognitiva (FC) emerge como um construto relevante para a compreensão da adaptação psicológica frente às consequências da lesão medular. A FC consiste em uma habilidade que permite ao sujeito modificar padrões de pensamento e desenvolver novas estratégias comportamentais diante de mudanças ambientais, sendo conceituada como o oposto de rigidez cognitiva (Dennis & Vander Wal, 2010; Diamond, 2013). Indivíduos com uma maior FC tendem a apresentar uma maior capacidade de reorganizar o pensamento, explorar diferentes estratégias de enfrentamento e lidar de forma mais adaptativa com situações estressoras (Borzyszkowska & Basińska, 2020; Dajani & Uddin, 2015).

Dentre os diferentes aspectos da FC, a percepção de controle sobre a situação vivenciada assume papel central nos modelos transacionais do estresse, uma vez que influencia diretamente na avaliação que o sujeito faz sobre os recursos disponíveis e na seleção das estratégias de enfrentamento utilizadas. Indivíduos que percebem um maior nível de controle sobre a situação tendem a mobilizar mais o uso de estratégias de aproximação frente ao estressor, enquanto percepções reduzidas de controle podem favorecer o uso de estratégias de afastamento e esquiva (Lazarus & Folkman, 1984).

Evidências empíricas indicam associações positivas entre FC, resiliência e melhores desfechos psicológicos, como menores níveis de depressão e uma maior adaptação emocional (Soltani et al., 2017). Indivíduos que possuem uma maior capacidade de FC podem ser mais propensos a reagir de forma adaptativa ao vivenciarem situações difíceis, enquanto indivíduos cognitivamente inflexíveis podem ser mais suscetíveis a apresentar reações patológicas em resposta a experiências desafiadoras (Dennis & Vander Wal, 2010).

A literatura tem avançado na compreensão do enfrentamento ao enfatizar o papel da flexibilidade no uso das estratégias de enfrentamento como um dos principais determinantes do ajustamento e do bem-estar psicológico (Cheng & Cheung, 2005; Cheng et al., 2014). Diante desse panorama, Cheng e Cheung (2005) propuseram o conceito de “*coping flexibility*” como a capacidade do sujeito em avaliar as demandas situacionais, selecionar estratégias de enfrentamento adequadas e modificar o curso da ação quando necessário.

O nível de flexibilidade com a qual indivíduos usam diferentes estratégias de enfrentamento, ou seja, a capacidade de alternar entre estratégias distintas de acordo com as demandas do contexto, pode ser mais determinante para a adaptação psicológica do que as próprias estratégias utilizadas (Bonanno & Burton, 2013; Cheng & Cheung, 2005; Galvis Aparicio et al., 2021). Além disso, a flexibilidade no enfrentamento apresenta associações mais consistentes com indicadores de bem-estar psicológico do que o simples repertório de estratégias disponíveis (Cheng et al., 2014).

Outra variável que pode atuar como moderadora ou mediadora na manutenção da saúde em momentos de estresse é o suporte social. O apoio social recebido possibilita ao sujeito enfrentar melhor os problemas e dificuldades vivenciados (Zanini et al., 2009) e possui efeito protetor na saúde mental de pessoas com lesão medular (Taio, 2022).

Considerando que diferentes estratégias de enfrentamento cumprem funções distintas no processo de adaptação psicológica, torna-se relevante investigar modelos preditivos

específicos para cada modalidade de enfrentamento. Assim, é possível analisar de forma mais aprofundada como variáveis como a FC e o suporte social se relacionam com o enfrentamento, contribuindo para uma compreensão dos processos envolvidos no ajustamento psicológico de pessoas com lesão medular.

Diante desse panorama teórico, a presente pesquisa teve como objetivo investigar o papel preditor da FC e do suporte social nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos. Com base em modelos processuais do enfrentamento e da FC (Lazarus & Folkman, 1984; Cheng & Cheung, 2005; Cheng et al., 2014), a hipótese principal do presente estudo é a de que indivíduos com maiores níveis de FC tendem a utilizar com maior frequência estratégias de enfrentamento ativas, com foco no problema, favorecendo um melhor ajustamento psicológico frente às mudanças e desafios vivenciados (Kato, 2012; Galvis Aparicio et al., 2021; Van Diemen et al., 2018).

O Papel do Enfrentamento na Adaptação do Sujeito Frente à Lesão Medular

Quando o indivíduo se depara com uma condição impactante e desafiadora como a lesão medular, ele inicialmente realiza uma avaliação cognitiva sobre a situação vivenciada, de acordo com suas crenças e valores pessoais. Após atribuir significado ao evento estressor e compreender a situação como ameaçadora, o sujeito realiza uma avaliação secundária na qual suas opções de recursos e as estratégias disponíveis para lidar com a situação são examinados (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Pereira & Araujo, 2006).

Depois de avaliar o evento vivenciado, o indivíduo pode escolher adotar estratégias de enfrentamento focalizadas no problema ou estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção (Lazarus & Folkman, 1984). As estratégias orientadas ao problema consistem majoritariamente em estratégias ativas de adaptação voltadas para a resolução de problemas e/ou a reestruturação cognitiva. São estratégias de aproximação frente ao evento estressor, concentradas na gestão do problema que está causando sofrimento, visando a sua

modificação e manejo, com o objetivo de controlar sua ameaça. Por outro lado, as estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção consistem em ações de afastamento frente ao estressor, tendo como função principal regular a resposta emocional vivenciada, a busca por apoio emocional e o distanciamento do problema (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Faria & Seidl, 2005).

No contexto do enfrentamento de condições crônicas de saúde, é importante salientar que diversas questões demandam respostas adaptativas contínuas por parte do indivíduo. No caso da lesão medular, lidar com as consequências fisiológicas da condição, como a dor, com internações hospitalares recorrentes, além de manter o equilíbrio emocional frente às mudanças vivenciadas e preservar relações saudáveis com familiares e amigos, exige constantemente recursos de ajustamento do sujeito (Faria & Seidl, 2005; Pereira & Araujo, 2005). Tendo isso em vista, o enfrentamento da lesão medular pode se manifestar tanto nas tarefas adaptativas impostas pela lesão (e.g., passar a se locomover com uma cadeira de rodas), quanto na evolução das estratégias de enfrentamento ao longo do processo de reabilitação e no impacto das estratégias adotadas sobre o ajustamento psicológico do indivíduo (Pereira & Araujo, 2006).

O conceito de enfrentamento relaciona-se ao de resiliência, entendida como a capacidade humana de superar as adversidades e adaptar-se de forma positiva frente a situações estressoras (Taboada et al., 2006). Ao investigar as relações entre FC, estilos de enfrentamento, resiliência e depressão, Soltani et al. (2017) evidenciaram que a FC se correlacionou de forma positiva e significativa com a resiliência, sugerindo que indivíduos cognitivamente mais flexíveis tendem a apresentar uma maior capacidade adaptativa. Nesse sentido, pessoas resilientes mostram-se mais resistentes aos efeitos negativos de estímulos estressores, o que reforça a inter-relação entre esses construtos no contexto da adaptação psicológica (Mohammadkhani et al., 2022).

Embora os conceitos de enfrentamento e resiliência sejam frequentemente utilizados como sinônimos na literatura, eles se diferenciam em alguns aspectos. Enquanto o *enfrentamento* refere-se às respostas cognitivas e comportamentais utilizadas para lidar com uma situação percebida como ameaçadora ou desafiadora, a resiliência se concentra no resultado bem-sucedido das estratégias utilizadas, favorecendo a adaptação do sujeito (Cerezetti et al., 2012).

Apesar dessas distinções, os dois construtos estão intrinsecamente relacionados, uma vez que o enfrentamento constitui um elemento central para a compreensão do nível de resiliência do indivíduo, especialmente em contextos de estresse (Cerezetti et al., 2012; Taio, 2022). A partir dessa concepção foi desenvolvido o conceito de *coping* resiliente, que se refere à capacidade do sujeito em adaptar-se de forma positiva frente às situações de adversidade, englobando aspectos como otimismo, perseverança, criatividade e crescimento diante de eventos altamente estressores (Pais-Ribeiro & Morais, 2010; Taio et al., 2022).

O Papel da Flexibilidade Cognitiva

A FC possibilita ao indivíduo reorganizar seus padrões cognitivos e conjuntos de pensamento para adequar-se às mudanças ambientais, e envolve a capacidade de modificar interpretações e respostas diante de demandas contextuais, sendo o oposto de rigidez cognitiva (Dennis & Vander Wal, 2010; Diamond, 2013). Alguns dos principais aspectos da FC consistem em mudar a forma como pensamos sobre algo, considerar diferentes maneiras de resolver um problema, adotar novas atitudes frente a uma situação e ser flexível o suficiente para se ajustar a novas demandas ou prioridades (Diamond, 2013).

A FC está diretamente relacionada à capacidade de desafiar e reestruturar crenças desadaptativas, favorecendo interpretações mais equilibradas e adaptativas frente a eventos estressores (Dennis & Vander Wal, 2010). Uma pessoa que dispõe de alta FC seria capaz de

reorganizar seu pensamento após uma mudança no contexto vivido, assim como implementar novos padrões de comportamento mais eficazes para o ajustamento, procurando várias maneiras de lidar com o estresse (Borzyszkowska & Basińska, 2020).

Para que seja possível se desvencilhar de padrões de comportamento adotados anteriormente, é preciso ter a capacidade de adotar um comportamento flexível, ao considerar diferentes alternativas e direcionar o foco para a busca de novos objetivos (Dajani & Uddin, 2015; Diamond, 2013). Após verificar que uma estratégia antiga não é apropriada para o novo ambiente que foi modificado, as respostas anteriores devem ser inibidas e será necessário reconfigurar uma nova estratégia que atinja o objetivo de forma eficiente (Dajani & Uddin, 2015).

É possível apontar uma associação positiva entre a flexibilidade do enfrentamento e diferentes desfechos de adaptação psicológica (e.g. sintomas de depressão e ansiedade, satisfação com a vida), e essa associação foi evidenciada tanto na população geral quanto em pessoas com lesão medular (Cheng et al., 2014; Galvis Aparicio et al., 2021; Van Diemen et al., 2018). Uma maior FC pode auxiliar o sujeito a desenvolver estratégias de enfrentamento que incentivem a resolução de problemas, a regulação emocional, a reestruturação cognitiva e a busca por apoio social (Asici & Sari, 2021), comportamentos necessários ao lidar com um evento tão impactante quanto a lesão medular.

No presente estudo, a FC é compreendida como um recurso que influencia a forma como os indivíduos avaliam situações estressoras e selecionam estratégias de enfrentamento específicas. Dessa forma, parte-se do pressuposto de que indivíduos com uma maior FC tendem a perceber as situações como mais controláveis e a gerar múltiplas alternativas de ação, o que pode orientar a escolha de estratégias de enfrentamento mais adaptativas em diferentes contextos.

O Papel do Suporte Social

O suporte social pode ser compreendido como a percepção que o sujeito possui de dispor de recursos oferecidos por outras pessoas em momentos de necessidade, bem como a crença de ser querido, amado e de integrar uma rede social baseada em compromissos mútuos. De forma resumida, o apoio social consiste na percepção de ter pessoas com as quais se pode contar (Zanini et al., 2009; Zanini et al., 2018).

O conceito de suporte social pode ser abordado em relação ao seu campo afetivo (suporte emocional), aos recursos e auxílios concretos recebidos (suporte instrumental) e o suporte ao nível da informação obtida (Siqueira, 2008; Taio, 2022). Outra distinção importante seria entre os seus aspectos objetivos – a quantidade de amigos e familiares, a frequência de contato social -, e entre seus aspectos subjetivos, relacionados ao nível de satisfação com a rede de apoio (Taio, 2022).

Método

Participantes

A pesquisa foi realizada com 198 indivíduos brasileiros, com idades entre 25 e 55 anos, divididos entre um grupo clínico ($n = 110$) e um grupo não clínico ($n = 88$). O grupo clínico foi composto por sujeitos que apresentam lesão medular, majoritariamente homens (78,18%) com paraplegia (70%). Em relação ao tempo de lesão, a amostra foi heterogênea, com média de 6,72 anos (DP = 8,02), mediana de 3,25 anos, com tempo mínimo de 10 meses e máximo de 46 anos. Já o grupo não clínico foi composto por sujeitos sem deficiência, em sua maioria mulheres (71,59%).

Em relação à escolaridade dos participantes, o grupo clínico apresentou uma maior heterogeneidade, abrangendo de forma majoritária os níveis ensino médio completo (35,45%) e superior completo (30%). Já no grupo não clínico, a maioria dos participantes apresentou ensino superior completo (63,6%).

Instrumentos

Foram utilizadas três escalas na presente pesquisa: (a) o Inventário de Flexibilidade Cognitiva (CFI) traduzido e adaptado para o Brasil; (b) a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas - EMEP, na versão adaptada para a população brasileira por Gimenes e Queiroz (1997) e validada por Seidl et al (2001); (c) a Escala de Apoio Social - MOS-SSS (Zanini et al. 2009) e (d) um Questionário de dados Sociodemográfico. Tais instrumentos são descritos a seguir.

Inventário de Flexibilidade Cognitiva (CFI)

O Inventário de Flexibilidade Cognitiva (CFI) foi desenvolvido para avaliar aspectos da FC que permitem aos indivíduos responder de forma adaptativa ao se depararem com eventos estressantes ao longo da vida (Dennis & Vander Wal, 2010). Trata-se de uma medida de autorrelato, do tipo *Likert*, composta por dois fatores organizados em duas subescalas: Alternativas e Controle. A subescala Alternativas ($\alpha = 0,91$) avalia a capacidade do sujeito em perceber múltiplas explicações para acontecimentos da vida e de gerar diferentes soluções alternativas para lidar com situações difíceis. Já a subescala Controle ($\alpha = 0,86$) avalia a tendência do indivíduo em perceber situações difíceis como controláveis (Dennis & Vander Wal, 2010). Na presente pesquisa, foi utilizada a versão da escala CFI adaptada para o contexto brasileiro, composta por 14 itens distribuídos nos mesmos fatores propostos por Dennis e Vander Wal (2010). A subescala Alternativas ($\alpha = 0,784$) foi composta por 8 itens, enquanto a subescala Controle ($\alpha = 0,784$) foi composta por 6 itens.

Escala Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP

A escala EMEP baseia-se no modelo interativo do estresse, o qual conceitua enfrentamento como um conjunto de respostas fornecidas diante de uma situação estressora (Seidl et al., 2001). A escala foi adaptada por Gimenes e Queiroz (1997) e validada por Seidl et al. (2001) para o contexto brasileiro, sendo composta por 45 itens distribuídos em 4 fatores,

sendo eles: Fator 1 - enfrentamento focalizado no problema, com 18 itens ($\alpha = 0,84$); Fator 2 - enfrentamento focalizado na emoção, com 15 itens ($\alpha = 0,81$); Fator 3 - busca de suporte social, com 5 itens ($\alpha = 0,70$); e Fator 4 - busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, com 7 itens ($\alpha = 0,74$). Foi utilizada na presente pesquisa a escala EMEP – versão reduzida, composta por 26 itens agrupados nos mesmos fatores da versão proposta por Seidl et al. (2001). Na versão reduzida da escala o Fator 1 foi composto por 12 itens ($\alpha = 0,858$), o Fator 2 foi composto por 7 itens ($\alpha = 0,776$), o fator 3 por 4 itens ($\alpha = 0,777$) e o Fator 4 foi composto por 3 itens ($\alpha = 0,703$).

Escala de Apoio Social (MOS-SSS)

A Escala de Apoio Social (MOS-SSS) avalia em que medida o indivíduo pode contar com o apoio de outras pessoas para enfrentar situações desafiadoras (Zanini et al., 2009; Zanini et al., 2018). A MOS-SSS foi traduzida e adaptada para uso no Brasil por Griep et al. (2005), e diferentes estudos nacionais foram conduzidos para a obtenção de evidências de validade do instrumento (Zanini et al., 2009; Zanini et al., 2018). É uma escala *likert* composta por 19 itens. A estrutura fatorial da escala foi verificada e foram obtidos na presente amostra os quatro fatores propostos na versão original: 1) Apoio emocional/informacional ($\alpha = 0,946$), composto por 8 itens; 2) Interação social ($\alpha = 0,914$), composto por 4 itens; 3) Apoio material ($\alpha = 0,896$), composto por 4 itens; 4) Apoio social afetivo ($\alpha = 0,892$), composto por 3 itens.

Questionário de Dados Sociodemográficos

O questionário continha informações sociodemográficas sobre idade, gênero, escolaridade, tipo da lesão (paraplegia ou tetraplegia) e tempo de lesão, entre outras questões. O Questionário de Dados Sociodemográficos do grupo não clínico possuía as mesmas perguntas, com exceção de “tipo de lesão” e “tempo de lesão”.

Procedimento

Por envolver a participação de seres humanos, a presente pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Associação das Pioneiras Sociais - Rede Sarah, tendo sido aprovado sob o Parecer nº 7.877.610, CAAE: 85795225.9.0000.0022, em 26/02/2025. Após a aprovação do estudo, os sujeitos do grupo clínico foram captados para a presente pesquisa durante a sua participação no Programa de Neuroreabilitação em Lesão Medular, no Hospital SARAH Brasília - DF. Além dos sujeitos que estavam internados e responderam aos instrumentos presencialmente, foi enviado um *link* com um convite de participação remota no estudo para outros indivíduos com lesão medular, por meio do aplicativo *Whatsapp*. Já os sujeitos do grupo não clínico foram captados por mutirão nas redes sociais, e a maior parte respondeu à pesquisa de forma remota por meio de um formulário *online*.

Todos os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo e foram convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de responder aos instrumentos da pesquisa. O tempo médio de preenchimento para todos os instrumentos foi de cerca de 25 minutos.

Análise de dados

Inicialmente foram realizadas análises fatoriais exploratórias por meio do *software* Factor (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017) com as três escalas utilizadas na pesquisa. Então, foram computados os escores fatoriais das escalas por meio do *software* Jamovi (The Jamovi Project, 2025). Os escores fatoriais da escala CFI foram calculados a partir da soma dos escores brutos dos participantes em cada fator, levando em consideração a pontuação invertida do fator “Controle”. Os escores fatoriais da escala EMEP foram computados utilizando a média aritmética de cada fator, referente ao uso de cada estratégia de enfrentamento pelos participantes; e os escores da escala MOS-SSS foram calculados a partir

da soma da pontuação bruta em cada fator. Conforme a alta correlação entre os fatores da escala MOS-SSS, descrita na Tabela 2, optou-se por utilizar um único escore fatorial (MOSSS-G) como indicativo do nível de suporte social total percebido. O escore foi calculado a partir da soma da pontuação em todos os itens.

Foram conduzidas Análises de Regressão Múltipla por meio do *software* Jamovi para testar diferentes modelos preditivos, na tentativa de investigar se a FC e o apoio social percebido – variáveis independentes, predizem o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema – variável dependente. Também foram testados modelos utilizando as outras estratégias de enfrentamento avaliadas pela escala EMEP – focalizadas na emoção, voltadas para a busca de suporte social e para práticas religiosas como variáveis dependentes.

Resultados

Análises Fatoriais Exploratórias

Em relação às análises fatoriais conduzidas com as escalas, a escala CFI – versão adaptada para o contexto brasileiro apresentou índice de KMO de 0,82301, sugerindo adequação satisfatória dos dados para análise fatorial. Os índices de ajuste do modelo também foram satisfatórios, RMSR = 0,0655; RMSEA = 0,058; CFI = 0,979; GFI = 0,868; AGFI = 0,812. A variância total explicada pelos fatores foi de 54%, e a variância comum explicada foi de 71,17%. A correlação entre os dois fatores da CFI indicados pela análise paralela realizada foi de -0,313. As médias aritméticas e os desvios-padrão dos escores dos subgrupos em ambos os fatores da CFI foram, para o fator Alternativas: 30 (4,90) para o grupo clínico e 27,6 (5,48) para o grupo não clínico. Já para o fator Controle, as médias aritméticas dos escores foram de 15,3 (5,95) para o subgrupo clínico e de 14,5 (5,77) para o subgrupo não clínico.

A escala EMEP - versão reduzida com 26 itens, também apresentou índice de KMO classificado como satisfatório (KMO = 0,76950), assim como índices adequados de ajuste

aos dados, RMSEA = 0,046; CFI = 0,980; GFI = 0,979; AGFI = 0,970; RMSR = 0,0502 (abaixo do critério de Kelley de 0,0722), com 57% da variância sendo explicada pelos quatro fatores. O Fator 2 e o Fator 4 obtiveram uma correlação alta e positiva de 0,445, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1

Correlação e média dos fatores da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas – versão reduzida

Fator	F1	F2	F3	F4
F1				
F2	-0,164	1,000		
F3	0,186	0,237	1,000	
F4	0,445	-0,075	0,039	1,000
<i>M (DP) grupo clínico</i>	4,15 (0,63)	2,61 (0,85)	2,98 (1,09)	3,75 (1,04)
<i>M (DP) grupo não clínico</i>	3,97 (0,59)	3,24 (0,76)	3,36 (1,06)	3,26 (1,20)

Nota. F1: Estratégias de Enfrentamento Focalizadas no Problema; F2: Estratégias de Enfrentamento Focalizadas na Emoção; F3: Busca de Suporte Social; F4: Práticas Religiosas/Pensamento Fantasiado. M = Média aritmética dos escores em cada fator; DP = desvio-padrão.

Os itens da escala MOS-SSS se agruparam exatamente nos mesmos fatores propostos na escala original (Zanini et al., 2009), o índice de KMO apresentou valor de 0,91046, sugerindo adequação satisfatória dos dados para análise fatorial. A escala apresentou bons índices de ajuste ao modelo, RMSEA = 0,048; RMSR = 0,0260; CFI = 0,996; GFI = 0,998, com 83% da variância sendo explicada pelos quatro fatores propostos. A correlação entre os fatores da MOS-SSS está descrita na Tabela 2.

Tabela 2

Correlação e média dos fatores da escala MOS-SSS

Fator	F 1	F 2	F 3	F 4
1	1,000			
2	0,528	1,000		
3	0,561	0,745	1,000	
4	0,406	0,674	0,659	1,000
<i>M (DP) grupo clínico</i>	28,5 (8,96)	16,6 (4,17)	15,4 (3,85)	12,8 (2,64)
<i>M (DP) grupo não clínico</i>	29 (8,51)	14,9 (4,80)	15,7 (4,01)	12,8 (2,85)

Nota. Fator 1 – Interação Social; Fator 2 – Emocional / Informacional; Fator 3 – Afetivo; Fator 4 – Material. M = Média aritmética dos escores em cada fator; DP = desvio-padrão.

Modelos Preditivos – Análise de Regressão Múltipla

Foram realizadas análises de regressão múltipla para testar diferentes modelos preditivos. A primeira análise teve como objetivo verificar em que medida a FC e o apoio social percebidos predizem o uso de estratégias de enfrentamento voltadas para o problema. O modelo de regressão foi estatisticamente significativo, explicando 24,3% da variância do desfecho ($R^2 = 0,243$). No modelo, o preditor mais forte foi o fator Alternativas ($\beta = 0,396$, $p < 0,01$), seguido do fator Controle ($\beta = 0,146$, $p = 0,024$). O apoio social percebido também apresentou associação positiva e significativa com o enfrentamento focalizado no problema ($\beta = 0,154$, $p = 0,017$). Os coeficientes do modelo estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3

Modelo preditivo - enfrentamento focalizado no problema

Preditor	B	EP	t	p	β
Intercepto	2,07574	0,26607	7,80	< 0,01	
MOSSS-G	0,00576	0,00240	2,40	0,017	0,154
Alternativas	0,04652	0,00759	6,13	< 0,01	0,396
Controle	0,01548	0,00682	2,27	0,024	0,146

Nota. B = coeficiente de regressão não padronizado; EP = erro padrão; t = valor do teste t de Student; β = coeficiente padronizado

Em seguida, a regressão linear múltipla realizada para investigar em que medida a FC e o apoio social predizem o enfrentamento focalizado na emoção demonstrou um coeficiente de determinação (R^2) de 0,111. Entre os preditores, apenas a dimensão Controle (CFI) apresentou efeito significativo negativo ($\beta = -0,313, p < 0,01$). Apoio social ($\beta = -0,05, p = 0,456$) e Alternativas ($\beta = -0,05, p = 0,504$) não contribuíram significativamente para o modelo. Os coeficientes do modelo estão descritos na Tabela 4.

Tabela 4

Modelo preditivo - enfrentamento focalizado na emoção

Preditor	B	EP	t	p	β
Intercepto	4,01568	0,40138	10,005	< 0,01	
MOSSS-G	-0,00270	0,00361	-0,747	0,456	-0,0516
Alternativas	-0,00766	0,01146	-0,669	0,504	-0,0468
Controle	-0,04644	0,01026	-4,527	< 0,01	-0,3135

Nota. B = coeficiente de regressão não padronizado; EP = erro padrão; β = coeficiente padronizado; t = valor do teste t de Student; p = nível de significância.

A regressão linear múltipla conduzida para testar se a FC e o apoio social predizem o uso de estratégias de enfrentamento baseadas em práticas religiosas demonstrou um coeficiente de determinação (R^2) de 0,117. A variável Controle exerceu o efeito mais forte, negativo e significativo, $\beta = -0,324, p < 0,01$, e a dimensão Alternativas apresentou associação positiva e significativa com o enfrentamento religioso ($\beta = 0,16, p = 0,026$). O apoio social não contribuiu significativamente para o modelo ($\beta = 0,064, p = 0,354$). Os coeficientes do modelo estão descritos na Tabela 5.

Tabela 5

Modelo preditivo - enfrentamento baseado em práticas religiosas

Preditor	B	EP	t	p	β
Intercepto	3,17763	0,52471	6,056	< 0,01	
MOSSS-G	0,00439	0,00472	0,930	0,354	0,0642
Alternativas	0,03371	0,01499	2,250	0,026	0,1572
Controle	-0,06296	0,01343	-4,688	< 0,01	-0,3245

Nota. B = coeficiente de regressão não padronizado; EP = erro padrão; β = coeficiente padronizado; t = valor do teste t de Student; p = nível de significância.

A regressão linear múltipla conduzida para verificar se a FC e o apoio social predizem o uso de estratégias de enfrentamento voltadas para a busca de suporte social explicou 24,2% da variância na variável dependente ($R^2 = 0,242$). O apoio social mostrou-se o preditor mais forte e positivo ($\beta = 0,48, p < 0,01$), e o fator Controle (CFI) foi negativamente associado ao uso dessa estratégia ($\beta = -0,15, p = 0,020$). A variável Alternativas (CFI) não apresentou efeito significativo ($\beta = -0,010, p = 0,871$). Os coeficientes do modelo estão descritos na Tabela 6.

Tabela 6

Modelo preditivo - enfrentamento baseado na busca de suporte social

Preditor	B	EP	t	p	β
Intercepto	1,31341	0,46666	2,814	0,005	
MOSSS-G	0,03174	0,00420	7,561	< ,001	0,4811
Alternativas	-0,00217	0,01329	-0,163	0,871	-0,0105
Controle	-0,02779	0,01183	-2,349	0,020	-0,1496

Nota. B = coeficiente de regressão não padronizado; EP = erro padrão; β = coeficiente padronizado; t = valor do teste t de Student; p = nível de significância.

Por último, foi realizada uma comparação entre os modelos testados. Os índices de ajuste encontrados estão descritos na Tabela 7.

Tabela 7*Comparação entre os modelos testados*

Modelo	R²	BIC	RMSE
1	0,243	338	0,541
2	0,111	501	0,818
3	0,117	603	1,07
4	0,242	563	0,951

Nota. R² = coeficiente de determinação. Modelo 1: Modelo preditivo enfrentamento voltado para a resolução de problemas. Modelo 2: Modelo preditivo enfrentamento focalizado na emoção. Modelo 3: Modelo preditivo enfrentamento baseado em práticas religiosas. Modelo 4: Modelo preditivo enfrentamento voltado para a busca de suporte social.

A comparação entre os quatro modelos de regressão indicou diferenças no poder explicativo e no ajuste aos dados. O Modelo 1 apresentou o maior coeficiente de determinação ($R^2 = 0,243$) e o menor valor de RMSE (0,541), indicando melhor ajuste global em relação aos demais modelos. O Modelo 4 apresentou valor de R^2 semelhante (0,242), porém com RMSE mais elevado (0,951). Já os Modelos 2 e 3 apresentaram menor variância explicada ($R^2 = 0,111$ e $R^2 = 0,117$; respectivamente) e valores mais elevados de RMSE, indicando desempenho inferior quando comparados aos modelos voltados para estratégias de enfrentamento ativas.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo investigar o papel preditor da FC e do suporte social nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos sujeitos da amostra geral, contribuindo para a compreensão desses construtos. A comparação entre os modelos testados indicou que aqueles voltados para estratégias de enfrentamento ativas, baseadas na focalização do problema e na busca por suporte social, apresentaram maior poder explicativo quando comparados aos modelos focados em estratégias emocionais e religiosas. Esses

achados sugerem que estratégias de enfrentamento mais ativas podem estar mais diretamente associadas às variáveis incluídas nos modelos, enquanto estratégias emocionais ou religiosas podem depender de outros fatores não contemplados na presente pesquisa.

Dentre os modelos analisados, o modelo 1, preditivo do enfrentamento voltado para a resolução de problemas, destacou-se por apresentar maior variância explicada e melhor ajuste global aos dados. Esse modelo evidenciou que o enfrentamento orientado ao problema foi predito pelo nível de FC do sujeito, relacionando-se de forma robusta com os dois fatores da escala CFI, especialmente com o fator Alternativas.

Esses achados indicam que indivíduos com uma maior capacidade de elaborar diferentes formas para lidar com um problema, aliada à percepção de um maior controle sobre a situação vivenciada, tendem a utilizar com maior frequência estratégias ativas de resolução de problemas, favorecendo seu ajustamento diante de situações adversas como a lesão medular. Estudos anteriores evidenciaram uma associação positiva entre a FC e estilos adaptativos de enfrentamento baseados na resolução de problemas. Sujeitos com uma maior FC são capazes de avaliar as demandas da situação, selecionar estratégias de enfrentamento adequadas e ajustar o comportamento de forma eficaz, o que favorece seu ajustamento eficiente e a superação de adversidades (Cheng & Cheung, 2005, Kato, 2012).

A literatura também aponta para associações negativas entre a FC e estratégias de enfrentamento consideradas mal adaptativas, baseadas no distanciamento do problema (Arici-Ozcan et al., 2019; Cerezetti et al., 2012; Mohammadkhani et al., 2022; Soltani et al., 2013). Os achados do presente estudo também se alinham à proposição de Lazarus e Folkman (1984), segundo a qual quando uma situação é avaliada como passível de mudança e o indivíduo percebe que algo pode ser feito, o uso de estratégias focalizadas no problema é favorecido.

Cabe ressaltar que a FC avaliada no presente estudo se refere às habilidades cognitivas percebidas pelo indivíduo, mensuradas por meio de uma escala de autorrelato, e não a medidas de desempenho cognitivo baseadas em tarefas neuropsicológicas. Conforme discutido por Dennis e Vander Wal (2010), instrumentos de autorrelato, como o CFI, são particularmente úteis para captar aspectos da FC relacionados à reavaliação da situação, à percepção de controle e à adaptação do sujeito ao estresse.

O uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção não foi predito pelo fator Alternativas da CFI nem pelo nível de suporte social percebido. Entretanto, o fator Controle da CFI apresentou efeito significativo no uso dessa estratégia, indicando que quanto menor a percepção de controle sobre a situação vivenciada, maior a tendência do indivíduo a recorrer a estratégias voltadas para a regulação emocional. De acordo com Lazarus e Folkman (1984), o enfrentamento focalizado na emoção mostra-se particularmente útil quando o evento estressor é avaliado como não passível de mudança ou percebido como além do controle individual, o que corrobora os achados do presente estudo.

Os resultados da presente pesquisa também indicam que indivíduos com uma menor percepção de controle sobre a situação vivenciada, aliada a uma maior capacidade de gerar soluções alternativas para o problema, tendem a recorrer com maior frequência ao uso de práticas religiosas como estratégia de enfrentamento. Estratégias de enfrentamento religiosas positivas, como reavaliações religiosas benevolentes e a busca de apoio espiritual, podem favorecer o ajustamento psicológico ao estresse, desempenhando diferentes funções adaptativas (Ano & Vasconcelles, 2005).

Nesse sentido, diversos autores argumentam que crenças e práticas religiosas podem atuar como mediadoras no processo saúde-doença, ao promoverem esquemas cognitivos que ampliam os recursos de enfrentamento do indivíduo, aumentam sua sensação de controle sobre a situação e atribuem significado ao evento estressor (Ano & Vasconcelles, 2005; Faria

& Seidl, 2005; Panzini & Bandeira, 2007). Assim, ressalta-se que a religiosidade pode exercer efeitos tanto positivos quanto negativos, especialmente quando utilizada de forma exclusiva, em detrimento de outras estratégias de enfrentamento potencialmente adaptativas (Faria & Seidl, 2005).

Ademais, observou-se que indivíduos que percebem dispor de uma maior rede de apoio social tendem a recorrer com maior frequência a estratégias de enfrentamento voltadas para a busca de suporte social. Por outro lado, sujeitos com maior percepção de controle sobre a situação vivenciada parecem recorrer menos à busca de apoio externo, possivelmente por avaliarem que possuem recursos suficientes para lidar com o problema de forma individual.

A percepção de apoio social — entendida como a crença de dispor de pessoas com as quais se pode contar em momentos de necessidade — constitui um dos principais fatores que influenciam o comportamento de busca por ajuda, atuando como um moderador nesse processo. Uma vez que o apoio social representa uma fonte de ajuda disponível, indivíduos com redes de apoio mais amplas tendem a buscar ajuda com maior frequência. Em contrapartida, aqueles que não percebem a presença de uma rede de apoio consistente podem encontrar maiores dificuldades em recorrer ao suporte externo diante de situações estressoras (Nagai, 2015).

De forma integrada, os resultados do presente estudo indicam que o processo de adaptação psicológica frente a situações desafiadoras como a lesão medular envolve tanto recursos cognitivos próprios do sujeito quanto fatores contextuais disponíveis. A FC e o suporte social percebido mostraram-se como fatores preditores dos tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas pelos sujeitos, mobilizando o uso de estratégias ativas de enfrentamento.

A FC pode ser compreendida como um recurso cognitivo que orienta a seleção, o ajuste e a substituição das estratégias de enfrentamento utilizadas e atua como facilitadora do *coping* flexível (Cheng, 2005; Kato, 2012). Dessa forma, é importante considerar a FC em intervenções para a reabilitação de pessoas com lesão medular, tendo em vista a relevância desse construto para a adaptação psicológica dos indivíduos, a resolução dos problemas enfrentados e a promoção de uma maior qualidade de vida.

Conclusão

Os resultados do presente estudo contribuem para o avanço da literatura ao integrar evidências empíricas e modelos teóricos que concebem a FC como um recurso central para a adaptação psicológica, tanto em pessoas com lesão medular quanto em pessoas sem deficiência. De modo geral, os resultados obtidos corroboram a compreensão da FC como um recurso que orienta a seleção e o ajuste das estratégias de enfrentamento utilizadas, reforçando a concepção de enfrentamento como um processo dinâmico e contextual, dependente da avaliação cognitiva da situação e dos recursos disponíveis ao indivíduo (Cheng & Cheung, 2005; Cheng et al., 2014; Lazarus & Folkman, 1984; Zanini et al., 2009).

A literatura sugere ainda que maiores níveis de FC estão associados a uma maior capacidade de regulação emocional e adaptação frente a situações desafiadoras, como condições crônicas de saúde como a lesão medular. Nesse contexto, a FC e a resiliência têm sido apontadas como possíveis mediadoras na relação entre as estratégias de enfrentamento utilizadas e níveis de sofrimento psicológico, uma vez que estudos prévios indicam associações negativas significativas entre FC e indicadores de sofrimento emocional (Arıcı-Ozcan et al., 2019; Mohammadkhani et al., 2022; Soltani et al., 2013).

Implicações para a Prática Psicológica

Considerando que a flexibilidade com a qual os indivíduos utilizam diferentes estratégias de enfrentamento se relaciona a desfechos positivos de adaptação psicológica,

intervenções psicológicas que promovam o desenvolvimento da FC podem ser mais eficazes do que aquelas focadas exclusivamente no treinamento de estratégias específicas (Galvis Aparicio et al., 2021). Dessa forma, intervenções em reabilitação para pessoas com lesão medular devem considerar não apenas os aspectos clínicos e funcionais, mas também as necessidades emocionais dos sujeitos, fortalecendo seus recursos psicológicos por meio de abordagens interdisciplinares que contemplem os aspectos biopsicossociais da pessoa (Cerezetti et al., 2012; Galvis Aparicio et al., 2020).

Os achados do presente estudo sugerem que intervenções voltadas para o desenvolvimento de uma maior capacidade de FC podem auxiliar indivíduos com condições crônicas de saúde a avaliarem situações adversas como mais passíveis de controle e a desenvolverem múltiplas soluções alternativas para os problemas vivenciados, favorecendo o ajustamento psicológico frente ao estresse (Arici-Ozcan et al., 2019; Mohammadkhani et al., 2022; Soltani et al., 2013). Evidências prévias indicam ainda que intervenções em reabilitação orientadas para o enfrentamento estão associadas a desfechos positivos relacionados à redução de sintomas de ansiedade, depressão e ao aumento da satisfação com a vida em pessoas com lesão medular (Li et al., 2020; Galvis Aparicio et al., 2021), reforçando a relevância clínica de intervenções que promovam estratégias ativas de enfrentamento no manejo do sofrimento psicológico (Rocha et al., 2021).

Limitações e Recomendações para Estudos Futuros

Apesar das contribuições do presente estudo, algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A amostra, embora adequada em tamanho, apresentou heterogeneidade nos perfis sociodemográficos, com a maior parte do grupo clínico sendo composta por homens de escolaridade variada e a maior parte do grupo não clínico sendo composta por mulheres com nível de formação superior.

Também é importante indicar que conforme a compreensão do enfrentamento como um processo dinâmico e a relevância de intervenções voltadas para a FC visando um melhor ajustamento psicológico dos sujeitos, estudos futuros poderiam empregar delineamentos longitudinais para investigar mudanças nos padrões de enfrentamento ao longo do processo de reabilitação. Investigações futuras também podem explorar modelos mais complexos, aprofundando a compreensão dos mecanismos pelos quais a FC e o suporte social contribuem para o ajustamento psicológico em pessoas com lesão medular.

Referências

- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 61*(4), 461–480.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20049>
- Arici-Ozcan, N., Cekici, F., & Arslan, R. (2019). The relationship between resilience and distress tolerance in college students: The mediator role of cognitive flexibility and difficulties in emotion regulation. *International Journal of Educational Methodology, 5*(4), 525–533. <https://doi.org/10.12973/ijem.5.4.525>
- Asici, E., & Sari, H. I. (2021). The mediating role of coping strategies in the relationship between cognitive flexibility and well-being. *International Journal of Scholars in Education, 4*(1), 38-56. <https://doi.org/10.52134/ueader.889204>
- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science, 8*(6), 591–612.
<https://doi.org/10.1177/1745691613504116>
- Borzyszkowska, A. & Basińska, M. A. (2020). Two types of flexibility: in coping and cognitive, and their relationship with stress among firefighters. *Medycyna Pracy Workers' Health and Safety, 71*(4), 441-50. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00928>
- Cerezetti, C., Nunes, G., Cordeiro, D. & Tedesco, S. (2012). Lesão medular traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. *O Mundo da Saúde, 36*(2), 318-326.
<https://doi.org/10.15343/0104-78092012362318326>
- Cheng, C., & Cheung, M. W. (2005). Cognitive processes underlying coping flexibility: differentiation and integration. *Journal of Personality, 73*(4), 859–886.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00331.x>

- Cheng, C., Lau, H. P. B., & Chan, M. P. S. (2014). Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *140*(6), 1582–1607. <https://doi.org/10.1037/a0037913>
- Dajani, D. R., & Uddin, L. Q. (2015). Demystifying cognitive flexibility: Implications for clinical and developmental neuroscience. *Trends in Neurosciences*, *38*(9), 571–578. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2015.07.003>
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, *34*(3), 241–253. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, *64*, 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: Aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, *11*(2), 55-66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: Revisão de Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *18*(3), 381-389. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000300012>
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2017). Program FACTOR at 10: Origins, development and future directions. *Psicothema*, *29*(2), 236–241. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.304>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, *21*(3), 219–239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes.

Journal of Personality and Social Psychology, 50(5), 992–1003.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>

Galvis Aparicio, M., Carrard, V., Morselli, D., Post, M. W. M., Peter, C., & SwiSCI Study Group. (2020). Profiles of psychological adaptation outcomes at discharge from spinal cord injury inpatient rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(3), 401–411. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.08.481>

Galvis Aparicio, M., Kunz, S., Morselli, D., Post, M. W. M., Peter, C., & Carrard, V. (2021). Adaptation during spinal cord injury rehabilitation: The role of appraisal and coping. *Rehabilitation Psychology*, 66(4), 507–519. <https://doi.org/10.1037/rep0000410>

Gimenes, M. G. G., & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Eds.), *A mulher e o câncer* (pp. 171–195). Editorial Psy.

Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L., & Lopes, C. S. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português do Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 703–714. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>

Kato T. (2012). Development of the Coping Flexibility Scale: evidence for the coping flexibility hypothesis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(2), 262–273. <https://doi.org/10.1037/a0027770>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Li, Y., Chien, W. T., & Bressington, D. (2020). Effects of a coping-oriented supportive programme for people with spinal cord injury during inpatient rehabilitation: a quasi-experimental study. *Spinal Cord*, 58(1), 58–69. <https://doi.org/10.1038/s41393-019-0320-2>

- Margetis, K., Das, J. M., & Emmady, P. D. (2025). *Spinal Cord Injuries*. StatPearls.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560721/>
- Masini, M. (2018). Estimativa da incidência e prevalência de lesão medular no Brasil. *Jornal Brasileiro de Neurocirurgia*, 12(2), 97–100. <https://doi.org/10.22290/jbnc.v12i2.385>
- Mohammadkhani, S., Foroutan, A., Akbari, M., & Shahbahrami, M. (2022). Emotional Schemas and Psychological Distress: Mediating role of resilience and cognitive flexibility. *Iranian Journal of Psychiatry*, 17(3), 284–293.
<https://doi.org/10.1850/ijps.v17i3.9728>
- Nagai, S. (2015). Predictors of help-seeking behavior: Distinction between help-seeking intentions and help-seeking behavior. *Japanese Psychological Research*, 57(4), 313–322.
<https://doi.org/10.1111/jpr.12091>.
- Organização Mundial de Saúde. (2024). *Spinal Cord Injury*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>
- Pais-Ribeiro, J. L., & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(1), 5-13. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36219018001>
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>
- Pereira, M. E. M. S. M., & Araujo, T. C. C. F. (2005). Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 63(2b), 502–507. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2005000300025>
- Pereira, M. E. M. S. M., & Araujo, T. C. C. F. (2006). Enfrentamento e reabilitação de portadores de lesão medular e seus cuidadores. *Psico*, 37(1), 37-45.

- Rocha, M. A., Coura, A. S., França, I. S. X., Feijão, A. R., Almeida, I. J. S., & Aragão, J. S. (2021). Funcionalidade familiar e estratégias de enfrentamento em pessoas com lesão medular. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.37689/actape/2021AO000635>
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225–234. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381–388. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200021>
- Soltani, E. Shareh, H., Bahrainian, S. A., Farmani, A. (2013). The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pajoohande*, 18(2), 88-96.
- Taboada, N. G., Legal, E. J., & Machado, N. (2006). Resiliência: Em busca de um conceito. *Journal of Human Growth and Development*, 16(3), 104–113. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000300012
- Taio, S. I. L. (2022). *Adaptação à Lesão Medular: Saúde mental, Suporte Social, Sintomas Psicopatológicos e Coping Resiliente* [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa].
- The Jamovi Project. (2025). *Jamovi* (Versão 2.6) [Software de computador]. <https://www.jamovi.org>
- Van Diemen, T., van Nes, I. J. W., Geertzen, J. H. B., & Post, M. W. M. (2018). Coping flexibility as predictor of distress in persons with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(10), 2015–2021. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.05.032>

Conclusões gerais

Os resultados da presente dissertação contribuem para o avanço do estudo da flexibilidade cognitiva (FC) e das estratégias de enfrentamento, especialmente no contexto de condições crônicas de saúde como a lesão medular. De forma integrada, os três artigos que compõem este trabalho evidenciam que a adaptação psicológica frente a eventos estressores decorre da interação dinâmica entre os recursos cognitivos do sujeito, as estratégias de enfrentamento adotadas e os fatores contextuais disponíveis, indo ao encontro de modelos clássicos do estresse e do enfrentamento (Cheng et al., 2014; Lazarus & Folkman, 1984).

Uma das contribuições da presente dissertação foi disponibilizar evidências de validade de instrumentos para a investigação dos construtos discutidos no contexto brasileiro. A adaptação e a obtenção de evidências de validade do Inventário de Flexibilidade Cognitiva (CFI) contribui para o campo da avaliação psicológica no Brasil, tendo em vista a carência de medidas baseadas em escalas para a avaliação da FC. Também acrescenta ao possibilitar a avaliação subjetiva e aplicada a situações cotidianas da FC, especialmente no que se refere à capacidade de gerar alternativas e à percepção de controle.

Entretanto, é importante considerar as limitações do instrumento, tendo em vista que o construto avaliado envolve a autopercepção do sujeito sobre a sua habilidade em usar a FC em situações difíceis. No geral, os achados ampliam o conhecimento sobre a avaliação da FC e reforçam a diferenciação entre as medidas baseadas em escalas e os testes de desempenho, visto que avaliam dimensões complementares, porém não equivalentes, das funções executivas (Barkley, 2012; Dennis & Vander Wal, 2010; Toplak et al., 2013).

Adicionalmente, a obtenção de evidências de validade de uma versão reduzida da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) contribui para o avanço da avaliação psicológica ao oferecer um instrumento de mais fácil aplicação para contextos clínicos, de pesquisa e de saúde, com índices satisfatórios de consistência interna e adequada estrutura

fatorial. Os resultados obtidos reforçam a compreensão do enfrentamento como um processo multifacetado, sensível à avaliação cognitiva que o sujeito faz da situação e às demandas contextuais, corroborando achados prévios da literatura nacional (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Faria & Seidl, 2005).

A principal contribuição desta dissertação se refere à investigação da associação entre a habilidade de FC e as estratégias de enfrentamento, demonstrando como esses recursos se articulam na adaptação psicológica de indivíduos com diferentes características clínicas. Os achados do terceiro artigo evidenciam que a FC desempenha papel central nas estratégias de enfrentamento utilizadas, especialmente aquelas voltadas para a focalização no problema, ao passo que o suporte social percebido atua como um recurso adicional na mobilização de estratégias ativas de enfrentamento. A FC atua como um recurso que influencia a forma como os sujeitos avaliam as situações estressoras vivenciadas e mobilizam diferentes estratégias de enfrentamento para manejar tais situações, sendo fundamental para o uso eficiente das estratégias adotadas.

Ao evidenciar que a FC está associada à adoção de estratégias de enfrentamento mais adaptativas, este trabalho contribui com implicações para a prática psicológica. Salienta-se a importância de intervenções psicológicas que promovam o desenvolvimento da FC, sobretudo em contextos de reabilitação e saúde. Tendo em vista que considerar a flexibilidade relacionada ao enfrentamento pode ser mais útil do que apenas treinar o uso de estratégias específicas (Galvis Aparicio et al., 2021), sugere-se que as intervenções psicológicas realizadas possam favorecer a adoção de múltiplas perspectivas sobre a situação vivenciada, além da percepção de diferentes possibilidades e alternativas de ação, mobilizando assim um maior nível de FC do sujeito. Tais intervenções podem favorecer a reavaliação cognitiva das situações adversas, ampliar o repertório de respostas fornecidas e fortalecer o ajustamento psicológico frente ao estresse, contribuindo para abordagens interdisciplinares que

considerem os aspectos biopsicossociais do indivíduo (Asici & Sari, 2021; Galvis Aparicio et al., 2021).

Em síntese, esta dissertação contribuiu ao integrar estudos de validação de instrumentos de avaliação psicológica, uma revisão teórica sobre os conceitos de FC e enfrentamento e evidências empíricas sobre a associação entre essas variáveis, oferecendo contribuições teóricas e práticas. Com isso, recomenda-se que pesquisas futuras possam aprofundar a investigação desses construtos em diferentes populações e contextos clínicos.

Referências gerais

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Anderson, S. W., Damasio, H., Jones, R. D., & Tranel, D. (1991). Wisconsin card sorting test performance as a measure of frontal lobe damage. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 13*(6), 909–922. <https://doi.org/10.1080/01688639108405107>
- Andrade, J. M. de, & Valentini, F. (2018). Diretrizes para a construção de testes psicológicos: A Resolução CFP nº 009/2018 em destaque. *Psicologia: Ciência e Profissão, 38*(spe), 28–39. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000208890>
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 61*(4), 461–480. <https://doi.org/10.1002/jclp.20049>
- Arici-Ozcan, N., Cekici, F., & Arslan, R. (2019). The relationship between resilience and distress tolerance in college students: The mediator role of cognitive flexibility and difficulties in emotion regulation. *International Journal of Educational Methodology, 5*(4), 525–533. <https://doi.org/10.12973/ijem.5.4.525>
- Asici, E., & Sari, H. I. (2021). The mediating role of coping strategies in the relationship between cognitive flexibility and well-being. *International Journal of Scholars in Education, 4*(1), 38–56. <https://doi.org/10.52134/ueader.889204>
- Barkley, R. A. (2012). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. Guilford Press.
- Berge, J. M., & Kiers, H. A. (1991). A numerical approach to the approximate and the exact minimum rank of a covariance matrix. *Psychometrika, 56*(2), 309–315. <https://doi.org/10.1007/BF02294464>

- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591–612. <https://doi.org/10.1177/1745691613504116>
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paideia*, 22(53), 423–432. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>
- Borzyszkowska, A., & Basińska, M. A. (2020). Two types of flexibility: Coping and cognitive, and their relationship with stress among firefighters. *Medycyna Pracy*, 71(4), 441–450. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00928>
- Buchanan, T. (2016). Self-report measures of executive function problems correlate with personality, not performance-based executive function measures, in nonclinical samples. *Psychological Assessment*, 28(4), 372–385. <https://doi.org/10.1037/pas0000192>
- Carim, D. B., Miranda, M. C., & Bueno, O. F. A. (2012). Tradução e adaptação para o português do Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(4), 653–661. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000400004>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Cerezetti, C., Nunes, G., Cordeiro, D. & Tedesco, S. (2012). Lesão medular traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica. *O Mundo da Saúde*, 36(2), 318-326. <https://doi.org/10.15343/0104-78092012362318326>
- Cheng, C., & Cheung, M. W. (2005). Cognitive processes underlying coping flexibility: Differentiation and integration. *Journal of Personality*, 73(4), 859–886. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00331.x>

- Cheng, C., Lau, H. P. B., & Chan, M. P. S. (2014). Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *140*(6), 1582–1607. <https://doi.org/10.1037/a0037913>
- Cunha, J. A. (2005). *Manual do teste Wisconsin de classificação de cartas*. Casa do Psicólogo.
- Dajani, D. R., & Uddin, L. Q. (2015). Demystifying cognitive flexibility: Implications for clinical and developmental neuroscience. *Trends in Neurosciences*, *38*(9), 571–578. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2015.07.003>
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, *34*(3), 241–253. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, *64*, 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: Aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, *11*(2), 55–66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Duncan, M. T. (2006). Obtenção de dados normativos para desempenho no teste de stroop num grupo de estudantes do ensino fundamental em Niterói. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *55*(1), 42–48. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852006000100006>
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/Aids. *Psicologia em Estudo*, *10*(2), 155–164. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200003>
- Felippe, A. M., Campos, L. A. M., Fausta, S. C., Botelho, R. W. M., Senna, G. W., Espinola, M. S. D., Dantas, E. H. M., & de Oliveira, C. Q. (2025). Empatia: uma análise

- interdisciplinar desde suas origens filosóficas até as neurociências e aplicações contemporâneas. *Aracê*, 7(7), 40335-40347. <https://doi.org/10.56238/arev7n7-297>
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2017). Program FACTOR at 10: Origins, development and future directions. *Psicothema*, 29(2), 236–241. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.304>
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2017). Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 77(5), 762–780. <https://doi.org/10.1177/0013164416685165>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>
- Galvis Aparicio, M., Carrard, V., Morselli, D., Post, M. W. M., Peter, C., & SwiSCI Study Group. (2020). Profiles of psychological adaptation outcomes at discharge from spinal cord injury inpatient rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(3), 401–411. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.08.481>
- Galvis Aparicio, M., Kunz, S., Morselli, D., Post, M. W. M., Peter, C., & Carrard, V. (2021). Adaptation during spinal cord injury rehabilitation: The role of appraisal and coping. *Rehabilitation Psychology*, 66(4), 507–519. <https://doi.org/10.1037/rep0000410>

- Gimenes, M. G. G., & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Eds.), *A mulher e o câncer* (pp. 171–195). Editorial Psy.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kenworthy, L. (2000). *Behavior rating inventory of executive function*. Psychological Assessment Resources.
- Godoy, V. P. (2024). Medidas indiretas (baseadas em escalas) de funções executivas. In N. M. Dias & L. F. Malloy-Diniz (Eds.), *Tratado das funções executivas: Avaliação e intervenção* (pp. 36–49). Editora Ampla.
- Gomes, S. R. D., de Oliveira, A. R., & Carvalho, T. A. (2023). Escala autopercepção da flexibilidade cognitiva (EFC): validação para o contexto brasileiro. *Psicologia Argumento*, 41(115). <https://doi.org/10.7213/psicolargum.41.115.AO05>
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L., & Lopes, C. S. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português do Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 703–714. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>
- Hohl, K., & Dolcos, S. (2024). Measuring cognitive flexibility: A brief review of neuropsychological, self-report, and neuroscientific approaches. *Frontiers in Human Neuroscience*, 18. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2024.1331960>
- Hu, L.T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Ionescu, T. (2012). Exploring the nature of cognitive flexibility. *New Ideas in Psychology*, 30(2), 190–200. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2011.11.001>

- Ionescu, T. (2017). The variability–stability–flexibility pattern: A possible key to understanding the flexibility of the human mind. *Review of General Psychology, 21*(2), 123–131. <https://doi.org/10.1037/gpr0000110>
- Jaén, I., Vidal-Arenas, V., Suso-Ribera, C., Pastor, M. C., & García-Palacios, A. (2024). Psychometric properties of the spanish version of the cognitive flexibility inventory. *Clínica y Salud, 35*(3), 101 - 110. <https://doi.org/10.5093/clysa2024a3>
- Kato, T. (2012). Development of the coping flexibility scale: Evidence for the coping flexibility hypothesis. *Journal of Counseling Psychology, 59*(2), 262–273. <https://doi.org/10.1037/a0027770>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Li, Y., Chien, W. T., & Bressington, D. (2020). Effects of a coping-oriented supportive programme for people with spinal cord injury during inpatient rehabilitation: a quasi-experimental study. *Spinal cord, 58*(1), 58–69. <https://doi.org/10.1038/s41393-019-0320-2>.
- Lorenzo-Seva, U. (1999). Promin: A method for oblique factor rotation. *Multivariate Behavioral Research, 34*(3), 347–365. https://doi.org/10.1207/S15327906MBR3403_3
- Magila, M. C., & Caramelli, P. (2000). Funções executivas no idoso. In O. V. Forlenza & P. Caramelli (Eds.), *Neuropsiquiatria geriátrica* (pp. 517–526). Atheneu.
- Margetis, K., Das, J. M., & Emmady, P. D. (2025). *Spinal Cord Injuries*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560721/>
- Martin, M. M., & Rubin, R. B. (1995). A new measure of cognitive flexibility. *Psychological Reports, 76*(2), 623–626. <https://doi.org/10.2466/pr0.1995.76.2.623>
- Masini, M. (2018). Estimativa da incidência e prevalência de lesão medular no Brasil. *Jornal Brasileiro de Neurocirurgia, 12*(2), 97–100. <https://doi.org/10.22290/jbnc.v12i2.385>

- Miotto, E. C., Campanholo, K. R., Serrao, V. T. & Trevisan, B. T. (2023). *Manual de avaliação neuropsicológica: A prática da testagem cognitiva*. Memnon.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, *41*(1), 49–100.
<https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Mohammadkhani, S., Foroutan, A., Akbari, M., & Shahbahrami, M. (2022). Emotional Schemas and Psychological Distress: Mediating role of resilience and cognitive flexibility. *Iranian journal of psychiatry*, *17*(3), 284–293.
<https://doi.org/10.1850/ijps.v17i3.9728>
- Morero, J. A. P., Bragagnollo, G. R., & Santos, M. T. S. (2018). Estratégias de enfrentamento utilizadas por enfermeiros frente ao estresse ocupacional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*(Suppl 1), 457–464. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0578>
- Nagai, S. (2015). Predictors of help-seeking behavior: Distinction between help-seeking intentions and help-seeking behavior. *Japanese Psychological Research*, *57*(4), 313–322.
<https://doi.org/10.1111/jpr.12091>.
- Navarro, M. C., Molinares, N. Q., & Mebarak, M. (2022). Psychometric study of the cognitive flexibility
- Oliveira, M.S. & Rigoni, M.S. (2010). *Figuras complexas de Rey*. Pearson.
- Organização Mundial da Saúde. (2024). *Spinal cord injury*. World Health Organization.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>
- Pacico, J. C., & Hutz, C. S. (2015). Validade. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Eds.), *Psicometria* (pp. 71–84). Artmed.

- Pais-Ribeiro, J. L., & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças, 11*(1), 5-13. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36219018001>
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(1), 126–135. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>
- Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *Journal of behavioral medicine, 25*(6), 551–603. <https://doi.org/10.1023/a:1020641400589>
- Pereira, M. E. M. S. M., & Araujo, T. C. C. F. (2005). Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arquivos De Neuro-psiquiatria, 63*(2b), 502–507. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2005000300025>
- Pereira, M. G., & Araújo, A. M. (2006). Avaliação cognitiva e enfrentamento em situações de estresse. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22*(3), 307–314. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000300009>
- Portoghese, I., Galletta, M., Coppola, R. C., Finco, G., & Campagna, M. (2020). Factor structure, measurement invariance, reliability, and convergent validity of the Cognitive Flexibility Inventory in an Italian sample. *Frontiers in Psychology, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.607191>
- Purcell, D., Strøm, V., & Leiulfstrud, A. S. (2025). Exploring the mediating effects of coping strategies on adjustment after sustaining a spinal cord injury. *Spinal Cord, 63*(4), 208–213. <https://doi.org/10.1038/s41393-025-01062-4>
- Rocha, M. A., Coura, A. S., França, I. S. X., Feijão, A. R., Almeida, I. J. S., & Aragão, J. S. (2021). Funcionalidade familiar e estratégias de enfrentamento em pessoas com lesão

- medular. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO000635>
- Salthouse, T. A. (2005). Relations between cognitive abilities and measures of executive functioning. *Neuropsychology*, 19(4), 532–545. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.19.4.532>
- Salthouse, T. A. (2011). What cognitive abilities are involved in trail-making performance? *Intelligence*, 39(4), 222–232. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2011.03.001>
- Santana, A. N., Melo, M. R. A., & Minervino, C. A. S. M. (2019). Instrumentos de avaliação das funções executivas: Revisão sistemática dos últimos cinco anos. *Avaliação Psicológica*, 18(1), 96–107. <https://doi.org/10.15689/ap.2019.1801.14668.11>
- Savóia, M. G., Santana, P. R., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1–2), 183–201.
- Sedó, M., De-Paula, J. J., & Malloy-Diniz, L. F. (2015). *O teste dos cinco dígitos (FDT)*. Hogrefe.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225–234.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381–388. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200021>
- Soltani, E., Shareh, H., Bahrainian, S. A., & Farmani, A. (2013). The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pajoohandeh*, 18(2), 88–96.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643–662. <https://doi.org/10.1037/h0054651>

- Taboada, N. G., Legal, E. J., & Machado, N. (2006). Resiliência: Em busca de um conceito. *Journal of Human Growth and Development, 16*(3), 104–113.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000300012
- Taio, S. I. L. (2022). *Adaptação à lesão medular: Saúde mental, suporte social, sintomas psicopatológicos e coping resiliente* [Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa].
- The Jamovi Project. (2025). *Jamovi* (Version 2.6) [Computer software].
<https://www.jamovi.org>
- Toplak, M. E., West, R. F., & Stanovich, K. E. (2013). Practitioner review: do performance-based measures and ratings of executive function assess the same construct? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 54*(2), 131–143.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12001>
- Van Diemen, T., van Nes, I. J. W., Geertzen, J. H. B., & Post, M. W. M. (2018). Coping flexibility as predictor of distress in persons with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 99*(10), 2015–2021.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.05.032>
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research, 20*(1), 3–26. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2001_1
- Wang, Y., Yang, Y., Xiao, W., & Su, Q. (2016). Validity and reliability of the chinese version of the cognitive flexibility inventory in college students. *Chinese Mental Health Journal, 30*(1), 58–62.
- Zanini, D. S., Verolla-Moura, A., & Queiroz, I. (2009). Apoio social: Aspectos da validade de constructo em estudantes universitários. *Psicologia em Estudo, 14*(1).
<https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000100023>

- Zanini, D. S., Peixoto, E. M., & Nakano, T. C. (2018). Escala de apoio social (MOS-SSS): Proposta de normatização com referência nos itens. *Temas em Psicologia, 26*(1), 387–399. <https://doi.org/10.9788/TP2018.1-15Pt>
- Zelazo, P. D. (2006). The dimensional change card sort (DCCS): A method of assessing executive function in children. *Nature Protocols, 1*, 297–301. <https://doi.org/10.1038/nprot.2006.46>
- Zimmermann, N., Cardoso, C. de O., Kristensen, C. H., & Fonseca, R. P. (2017). Brazilian norms and effects of age and education on the Hayling and Trail Making Tests. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 39*(3), 188–195. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0082>