

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**A IMAGEM CORPORAL EM LESIONADOS VÉRTEBRO-
MEDULARES: A RELAÇÃO COM A DEPRESSÃO, A ANSIEDADE, A
SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL E A AUTOESTIMA GLOBAL**

Filipa Daniela Pereira Costa

Outubro 2013

Filipa Daniela Pereira da Costa

Presidente: Doutora Teresa Maria Pinto da Cruz
Barreiros Leal

Arguente: Doutora Tânia Cristina Lima Bastos

Orientadora: Doutora Maria Raquel Camarinha da
Silva dos Santos Barbosa

Classificação: 18 valores

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pela Prof.^a Doutora Raquel Barbosa (F.P.C.E.U.P).

AGRADECIMENTOS

Representando este trabalho um “passaporte” para a conclusão de uma etapa pessoal, tão importante, não poderia começar sem, antes de mais, agradecer a todos aqueles que me acompanharam ao longo desta *caminhada* e foram tão fundamentais!

A todos vocês um sincero e muito sentido **Obrigada!**

À *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto*, por todos os recursos e oportunidades proporcionadas ao longo de cinco anos de formação.

À *Prof. Doutora Raquel Barbosa*, por ter orientado os meus passos na concretização deste projeto de forma tão carinhosa. Pelos contributos na conceção e definição do mesmo, pelo acompanhar constante e atento, pela exigência, pelas sugestões rigorosas e todos os momentos de reunião que guardo como fundamentais.

Aos *Participantes*, por tão amavelmente se terem disponibilizado a participar nesta investigação. Igualmente agradeço o importante contributo e apoio das várias instituições que contactei ao longo deste processo, designadamente à *Associação de Deficientes das Forças Armadas (ADFA)*, à *Associação Portuguesa de Deficientes – Delegações de Braga e de Paredes* e ao *Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG)*.

À *Marisa*, por comigo partilhar muitas das suas angústias, receios, incertezas, alegrias e principalmente por me acompanhar nos momentos de “recolha”, muitas vezes difíceis, nos quais o seu apoio foi fundamental.

Aos meus *Colegas e Amigos da faculdade*, em especial: ao *João* por tão divertidamente “travar” comigo inúmeras conversas de apoio e alento, à *Anabela* pelos “jantares” proporcionados, à *Sara* e à *Ana* pela companhia nos momentos de (pouco) trabalho na biblioteca, mas acima de tudo pela amizade construída com todos vocês. À *Patrícia* pelas divertidas saídas e inúmeros cafés, bem como pela enorme ajuda na tradução do resumo.

À *minha pequena família do Porto: Andreia, Leonor e Isabel* por serem as “minhas” pequenas, por terem sempre uma palavra ou um abraço reconfortante, por me incentivarem a “ser mais e melhor”. À *Isabel* e à *Lídia* por ao longo de cinco anos nunca me deixarem sentir “só” nesta imensa cidade, pela dedicação constante, por ouvirem e “aturarem” todos os meus anseios e incertezas, por me desviarem a atenção do trabalho que é tão fundamental, por tudo o que são e por tudo o que somos juntas.

À *Liliana* por transpor em atos o verdadeiro sentido da palavra amizade, por me estender sempre a mão, por partilhar comigo muitos dos desafios do culminar desta etapa, por compactuar com algumas das minhas “loucuras”, por ser tão especial e por me cativar dessa forma tão sua!

Às minhas amigas *Águeda*, *Diana* e *Sofia* pelos constantes e divertidos “cafés” fundamentais para o meu autocuidado, pelas conversas triviais, pelo apoio e carinho... À *Olívia* pela verdadeira amizade de anos que apesar da distância se fez sentir sempre muito presente... pela dedicação, pela cumplicidade, pelos sorrisos partilhados, obrigada!

A *toda a minha Família* por todo o incentivo na concretização deste meu sonho. Em especial aos meus *Avós* pelo exemplo que são, aos meus *Padrinhos* por acreditarem sempre em mim, bem como à *Tia Rosa*, *Tia Emília*, *Nela*, *Fábio*, *Daniela* e *Margarida* por estarem sempre por perto com uma palavra apaziguadora que em tantas e tantas vezes foi fundamental. Também à *Elizabete* pela enorme ajuda na tradução do resumo.

Aos meus *Pais* pelo apoio constante e base segura que sempre se revelaram, porque sem eles nada disto seria possível. Aos meus *Irmãos* que apesar de serem os meus «pestinhas» sempre se mostraram apoiantes.

E por fim, mas não menos importante, ao *Nuno* pelos vários anos de companheirismo, de amizade e amor verdadeiro. Por ter assistido e acompanhado de perto o meu crescimento na Psicologia, pela força que me dá e tranquilidade com que abraça o meu empenho e a minha motivação. Por me recordar o mais importante da vida, pelos sorrisos que me desperta, pela paciência e presença incondicional nos bons e maus momentos, por tornar tão fácil aquilo que parece tão difícil! Por *tudo*...

RESUMO

O surgimento da lesão vértebro-medular conduz a uma alteração significativa da vida do indivíduo acarretando uma série de consequências biopsicossociais. Por ser uma lesão com implicações diretas na imagem corporal tornou-se pertinente compreender melhor de que modo a satisfação corporal destes indivíduos é afetada e de que forma estas mudanças têm repercussões no ajustamento psicossocial do indivíduo lesionado. A presente investigação, enquadrada numa metodologia essencialmente quantitativa, pretende assim explorar a relação entre a satisfação corporal a adaptação psicossocial (ansiedade e depressão), assim como com a satisfação com o suporte social e a autoestima global.

A amostra da presente investigação foi recolhida segundo um processo não probabilístico de amostragem por conveniência (*snowball*), contando com um total de 53 lesionados vértebro-medulares (38 homens e 15 mulheres), com uma média de idades de 39.87 anos ($DP = 14.09$). Foram administradas a versão portuguesa da Escala da Imagem Corporal, as subescalas da Ansiedade e da Depressão do Inventário de Sintomas Psicopatológicos, a Escala da Satisfação com o Suporte Social e o Questionário de Autoestima Global. Utilizou-se ainda um questionário sociodemográfico e clínico, com a inclusão de uma questão aberta acerca das principais mudanças percecionadas nas suas vidas após a lesão.

Ao nível dos resultados, as análises descritivas revelaram alguma insatisfação com a imagem corporal, pouca prevalência de sintomas de ansiedade e depressão, bons níveis de autoestima global, tal como valores positivos de satisfação com o suporte social nesta amostra de participantes. Observaram-se correlações fortes e positivas entre a ansiedade, a depressão e a insatisfação corporal e negativas entre a autoestima global, a satisfação com o suporte social percebido e a insatisfação corporal. Constatou-se, também, que os lesionados em que o diagnóstico da lesão ocorreu depois dos 16 anos, bem como os tetraplégicos apresentaram valores superiores de insatisfação corporal. O modelo preditor indicou que a sintomatologia psicopatológica (ansiedade), a idade de ocorrência da lesão, tal como a extensão da mesma são as variáveis que melhor predizem a insatisfação com a imagem corporal. Finalmente, a readaptação à situação, as perdas e as dificuldades de integração social foram os aspetos mais salientes nos discursos dos participantes relativos aos significados atribuídos aquele acontecimento de vida e às suas implicações.

Do ponto de vista clínico realça-se a importância da promoção de sentimentos positivos, reenquadrando de forma construtiva a vivência do novo corpo, tal como intervenções de cariz social.

Palavras-chave: Lesionados vértebro-medulares, Imagem corporal, Ansiedade, Depressão, Autoestima Global, Satisfação com o Suporte Social percebido.

ABSTRACT

The onset of the spinal cord injury leads to significant changes in individuals life, leading a series of biopsychosocial consequences. Being a lesion with direct implications on body image has become relevant to better understand how the body satisfaction of these individuals is affected and how these changes have an impact on the psychosocial adjustment of the injured individual. The current investigation, embedded in a essentially quantitative methodology, thus aims to explore the relationship between body satisfaction, psychosocial adaptation (anxiety and depression), as well with social support and global self-esteem satisfaction.

The sample of this research was collected in a non-probabilistic convenience sampling (snowball), with a total of 53 spinal cord injured (38 men and 15 women) with an average age of 39.87 years ($SD = 14.09$). We used the Portuguese version of the Body Image Scale, subscales of Anxiety and Depression of the Inventory Psychopathological Symptoms, the Scale of Satisfaction with Social Support Questionnaire and the Global Self-Esteem. Was also used a sociodemographic and clinical survey, with the inclusion of a question about the main perceived changes in their lives after injury.

Regarding results, the descriptive analyzes revealed some dissatisfaction with body image, low prevalence of symptoms of anxiety and depression, good global self-esteem levels along with positive values such as satisfaction with social support in this participants sample. It was observed strong and positive correlations between anxiety, depression and body dissatisfaction and negative correlations including self-esteem, overall satisfaction with perceived social support and body dissatisfaction. It was found also that the injured in the diagnosis of lesions occurred after 16 years-old and tetraplegic patients presented higher values of body dissatisfaction. The predictive model indicated that the psychopathological symptoms (anxiety), the age of occurrence of the injury, such as the extension of the same meter such as its, are the variables that best predict dissatisfaction with body image. Finally, the readaptation to the situation and the losses and difficulties of social integration were the most salient aspects of the participants speeches relating to meanings attributed to that life event and its implications.

From the clinical point of view, the emphasis it put on the importance of promoting positive feelings, reframing constructively the experience of the new body, as in social interventions.

Keywords: Spinal Cord Injury, Body Image, Anxiety, Depression, Global Self-esteem, Satisfaction with Social Support Perceived.

Résumé

L'apparition de lésion vertébrale-médullaire conduit à un changement significatif dans la vie des individus menant à une série de conséquences biopsychosociales. Due aux implications directes de ce type de lésions sur l'image corporelle, une question pertinente a été celle de comprendre la satisfaction de l'image corporelle de ces personnes et comment ces changements ont un impact sur l'adaptation psychosociale de l'individu malade. Encadré dans une méthodologie essentiellement quantitative, cette étude a pour objectif d'explorer la relation entre la satisfaction du corps et l'adaptation psychosociale (anxiété et dépression), ainsi que la satisfaction d'un soutien social et l'estime de soi globale.

L'échantillon de cette recherche a été recueilli selon la méthode d'échantillonnage non probabiliste, du type commodité (*snowball*), avec un total de 53 malades vertébrale-médullaire (38 hommes et 15 femmes) ayant un âge moyen de 39.87 ans ($DT = 14.09$). Les échelles suivantes ont été administrées: la version portugaise à l'Échelle de l'Image Corporelle, les sous-indicateurs d'Anxiété et de Dépression de l'Inventaire Symptômes Psychopathologiques, l'Échelle de Satisfaction avec le Support Sociale et le Questionnaire de l'Estime de Soi Globale. Un questionnaire sociodémographique et clinique a été également utilisé, incluant une question ouverte à propos des principaux changements perçus dans leur vie après l'accident.

Au niveau des résultats, le descriptif des analyses a révélé une certaine insatisfaction de l'image corporelle, une faible prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression, des bons niveaux d'estime de soi, des valeurs positives telles que la satisfaction par rapport au soutien social dans cet échantillon de participants. On a observé des corrélations fortes et positives entre l'anxiété, la dépression et l'insatisfaction corporelle et estime de soi négative entre la satisfaction globale avec le soutien social perçu et l'insatisfaction corporelle. Il a été constaté également que le malade avec un diagnostic posé au-delà de ces 16 ans et les patients tétraplégiques ont présenté des valeurs plus élevées d'insatisfaction de l'image corporelle. Le modèle prédictif a indiqué que les symptômes psychopathologiques (anxiété), l'âge de l'apparition de la lésion, mais aussi l'extension de celle-ci sont les variables qui prédisent le mieux l'insatisfaction de l'image corporelle. Finalement, le réajustement à la situation, les pertes et les difficultés d'intégration sociale ont été les aspects les plus importants dans les discours des participants relatifs aux significations attribuées à leur événement de vie et à ses conséquences. Du point de vue clinique on souligne l'importance de promouvoir des sentiments positifs et de recadrer de manière constructive l'expérience au nouveau corps, ainsi qu'encourager des interventions du type sociales.

Mots-clés: Blessures vertébrale-médullaire, l'image corporelle, l'anxiété, la dépression, estime de soi globale, satisfaction du soutien social perçu.

Lista de abreviaturas

β	Beta
BIS	Escala da Imagem Corporal
BSI	Inventário de Sintomas Psicopatológicos
cf.	Confrontar
<i>d</i>	Medida de magnitude do efeito de Cohen
DP	Desvio Padrão
et al.	E outros (do latim <i>et alii</i>)
ex.	Por exemplo
LVM	Lesão Vértebro-Medular
<i>M</i>	Média
Max.	Valor máximo
Min.	Valor mínimo
<i>n</i>	Número de elementos de uma parte limitada da amostra
η^2	Eta squared medida de magnitude do efeito
p. (pp.)	Página (Páginas)
<i>p</i>	Nível de significância
QAE	Questionário de Autoestima Global
<i>r</i>	Coeficiente de correlação de Pearson
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<i>t</i>	<i>t</i> de student
<i>u</i>	Estatística do teste Mann-Whitney
VI	Variáveis Independentes
χ	Chi-Square estatística do teste Kruskal-Wallis

Índice Geral

I. INTRODUÇÃO	1
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL.....	4
1. Lesão vértebro-medular: concetualização e implicações biopsicossociais.....	4
a) Concetualização: definição e etiologia da lesão vértebro-medular.....	4
b) Implicações biopsicossociais da lesão vértebro-medular:	7
2. Lesão vértebro-medular e imagem corporal	15
III. ESTUDO EMPÍRICO	20
1. Objetivos e hipóteses do estudo	20
2. Método	21
2.1. Participantes.....	21
2.2. Instrumentos	24
2.2.1. Questionário demográfico e clínico	24
2.2.2. Body Image Scale (BIS; Hopwood, 2001; versão portuguesa Moreira & Canavarro, 2007)	25
2.2.3. Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993 versão portuguesa Canavarro, 1995)	26
2.2.4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS; Ribeiro, 1999)	28
2.2.5 Questionário de Autoestima Global (QAE; Rosenberg, 1965 versão portuguesa Faria & Silva, 2000).....	30
2.3. Procedimento	31
3. Resultados e discussão	32
3.1. Análises Descritivas	32
3.2. Estatística inferencial - teste de hipóteses	35
3.2.1. Relação entre as principais variáveis.....	36

3.2.2.Efeito das variáveis sociodemográficas e clínicas na imagem corporal	39
3.2.3. Preditores da insatisfação corporal.....	43
3.2.4 Significados atribuídos à lesão vértebro-medular	45
IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	63

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra.	23
Tabela 2. Distribuição de frequências das variáveis insatisfação corporal, ansiedade, depressão, satisfação com o suporte social e autoestima global.....	32
Tabela 3. Correlações entre a insatisfação corporal, ansiedade, depressão, autoestima global e satisfação com o suporte social.	36
Tabela 4. Resultados estandardizados da regressão linear múltipla da ansiedade, depressão, autoestima global, satisfação com o suporte social, idade de ocorrência da lesão e a sua extensão.	44
Tabela 5. Árvore de categorias construída através da análise de conteúdo dos discursos dos participantes, frequência das unidades de análise em cada categoria, bem como alguns exemplos.....	45
Tabela 6. Diferenças ao nível da insatisfação corporal em função dos significados atribuídos às mudanças do seu corpo.	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Medula espinal localização e constituição.....	4
Figura 2. Demonstração gráfica do processo que conduz à LVM.....	5

ANEXOS¹

Anexo 1. Questionário Demográfico e Clínico
Anexo 2. Escala da Imagem Corporal – BIS (Moreira, & Canavarro, 2007)
Anexo 3. Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (Canavarro, 1995)
Anexo 4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999)
Anexo 5. Questionário de Autoestima Global (Faria, 2000)
Anexo 6. Declaração de Consentimento

¹ Os anexos 2, 3, 4 e 5, por questões éticas (direitos de autor), apenas estão disponíveis para o Orientador, Presidente de Júri, e Arguente do presente trabalho.

I. INTRODUÇÃO

I. INTRODUÇÃO

Atualmente vivemos num contexto histórico e social em constante mutação e instabilidade. Associado a este aspeto tem-se vindo a confirmar, com crescente frequência, que os principais contextos de construção e desenvolvimento da identidade do indivíduo, como constituem exemplo a família, a religião, o trabalho e a política parecem assumir cada vez menos importância para os indivíduos. Neste sentido, compreende-se que estes aspetos parecem tender a que a apropriação do corpo seja a principal forma de expressão do eu (Barbosa, Matos & Costa, 2011a).

Tendo em conta a perspectiva de Braunstein e Pépin (1999) o corpo está presente na vida quotidiana como sendo um meio de comunicação com o outro e com o mundo através de signos aliados à linguagem, gestos, roupas, entre outros aspetos. Deste modo, com facilidade se compreende o impacto avassalador de uma lesão vértebro-medular (LVM), dado que há uma alteração significativa no corpo do indivíduo.

Entende-se a LVM enquanto um rompimento completo ou incompleto dos tratos nervosos da medula que vai afetar os sinais motores, sensitivos e neurovegetativos das áreas correspondentes ao nível medular lesionado (Defino, 1999; Faria, 2006; Fecho, Pacheco, Kaihimi, Alves, 2009; Gama, 2009; Kirshblum, et al., 2011; Magalhães, 2005). Tendo em conta que, a nível etiológico, as principais causas da lesão se relacionam com situações traumáticas, havendo uma maior incidência entre o período da adolescência e da idade adulta (Defino, 1999; Faria, 2006; Gama, 2009), compreende-se que este acontecimento tem um vasto impacto não só ao nível físico com todas as alterações orgânicas e complicações clínicas secundárias variadas (Andrade & Gonçalves, 2007; Defino, 1999; Faria, 2006; Gama, 2009; Garrett, Teixeira & Martins, s.d.; Jansen, Hirsh, Molton & Barner, 2009; Magalhães, 2005), como psicológico com a adaptação à situação de doença e à sua nova imagem corporal (Cardoso, 2000; Cardoso, 2003; Campos, Avoglia, Souza, Custódio & Gianelli, 2008; Galhordas 2006; Galhordas & Lima, 2004; Gama, 2009; Magalhães, 2005; Woodbury & Trieschmann 1978), assim como ao nível social, uma vez que a lesão exige uma readaptação do indivíduo à sociedade e desta para com o lesionado pois, a mesma terá que se mover para o auxiliar em várias circunstâncias (Fecho, Pacheco, Kaihimi, Alves, 2009; Magalhães, 2005).

Alguns estudos nacionais (Cardoso, 2000; Cardoso, 2003; Magalhães, 2005) indicam os acidentes de viação como sendo a principal causa da LVM, surgindo posteriormente as

quedas. Tendo em conta dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2010, 2011) verifica-se que, nos últimos anos (entre 1990 e 2010), apesar de um decréscimo dos acidentes de viação com vítimas, a prevalência destes acidentes ainda é elevada. A LVM pode, assim, comportar-se como um reflexo da, ainda, elevada sinistralidade em Portugal.

Em termos de incidência, no nosso país, Martins, Freitas, Martins, Dartigues e Barat (1998) consideram ser de 57.8 indivíduos por um milhão de habitantes/ano. Já quanto à sua prevalência parece ainda não haver dados publicados a nível nacional, porém tendo em conta os dados de incidência e as taxas de sobrevivência desta população, próximas da população geral, pensa-se haver alguns milhares de indivíduos com LVM em Portugal (Cardoso, 2003; Magalhães, 2005).

Deste modo, considera-se que é, de facto, importante compreender melhor o impacto de um acontecimento traumático como a LVM no indivíduo, com o intuito de aproximar as intervenções clínicas às necessidades específicas desta população, auxiliando-os no sentido de uma melhor adaptação à sua nova condição física. Por se tratar de uma lesão com implicações diretas na imagem corporal tornou-se pertinente compreender melhor de que modo a satisfação corporal destes indivíduos é afetada e de que forma estas mudanças têm repercussões no ajustamento psicossocial do indivíduo lesionado, sendo este o principal objetivo do estudo. A par disso, procurou-se explorar a relação entre a satisfação corporal e a adaptação psicossocial (ansiedade e depressão), assim como com a satisfação com o suporte social e a autoestima global nestes indivíduos.

Apesar de haver um grupo considerável de estudos que apontam alterações na imagem corporal nesta população (Alves & Duarte, 2010; Kettl et al., 1991; Mayer & Eisenberg, 1988; Moin, Dvdevany & Mazor, 2009; Romeo, Wanlass & Arenas, 1993, Taleporos & McCabe, 2001/2005), ainda não são claras estas evidências tornando-se, por isso, pertinente perceber melhor este impacto. Para além disso, no contexto nacional, pouca atenção tem sido dada pela investigação a esta população clínica (são exceções, Campos, Avoglia, Souza, Custódio & Gianelli, 2008; Cardoso, 2000; Cardoso, 2003; Galhordas 2006; Galhordas & Lima, 2004; Gama, 2009; Ferreira, 2012).

Neste sentido, numa primeira parte deste trabalho é apresentado um pequeno enquadramento teórico procurando-se contextualizar concetualmente o estudo empírico, procedendo-se à definição, epidemiologia e etiologia da lesão vertebro-medular. De modo semelhante, exploram-se as principais implicações biopsicossociais desta lesão.

Uma vez que a satisfação com a imagem corporal é uma variável central do estudo procurou-se salientar a investigação desenvolvida neste âmbito com a população clínica em estudo.

Num segundo capítulo é apresentado o estudo empírico, começando-se por descrever os principais objetivos e hipóteses a que nos propomos. Seguidamente são caracterizados os participantes que compõem a amostra do estudo, tal como descritos os instrumentos utilizados e o procedimento que guiou toda a investigação. Numa fase posterior são apresentados os resultados obtidos integrando-os com a sua discussão e reflexão.

Finalmente, nas considerações finais, será efetuada uma pequena síntese dos principais resultados, bem como realçadas as principais implicações para a prática clínica. Além disso, procurar-se-á apontar as principais potencialidades e limitações do estudo, bem como algumas sugestões para futuras investigações.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL

Certamente que para uma melhor compreensão destes indivíduos será necessário um conhecimento mais aprofundado acerca da LVM, designadamente em que consiste uma lesão desta natureza, tal como todas as mudanças que esta acarreta para o sujeito, não só ao nível físico como psicológico e social. Neste sentido, será apresentada em seguida uma pequena concetualização da LVM explorando a definição e etiologia da mesma, bem como as principais implicações biopsicossociais na qual serão abordadas as dimensões analisadas nesta investigação (imagem corporal, depressão, ansiedade, satisfação com o suporte social percebido e auto estima global). Tendo em conta que neste estudo a imagem corporal é a principal variável dependente (especificamente a dimensão satisfação corporal), concretizou-se uma análise um pouco mais extensiva da mesma e, neste sentido, revelou-se pertinente dedicar um subcapítulo apenas a esta variável.

1. Lesão vértebro-medular: concetualização e implicações biopsicossociais

a) *Concetualização: definição e etiologia da lesão vértebro-medular*

A medula espinal é um órgão do sistema nervoso central que estabelece comunicação entre o cérebro e as diferentes partes do corpo, bem como controla funções como a postura, a atividade sexual, a micção, o intestino, a respiração e a regulação térmica, sendo por isso o nervo mais importante do organismo humano protegido pela coluna vertebral (Defino, 1999; Faria, 2006; Kirshblum, et al., 2011; United Spinal Association, s.d.). A coluna vertebral é dividida por quatro secções (cf. Figura 1), das quais 31 pares de nervos emergem e se estendem até às várias partes do corpo. A parte superior da coluna vertebral é a área cervical (pescoço), seguidamente surge a área torácica (peito e área superior das costas), a parte inferior das costas é a região lombar e, por

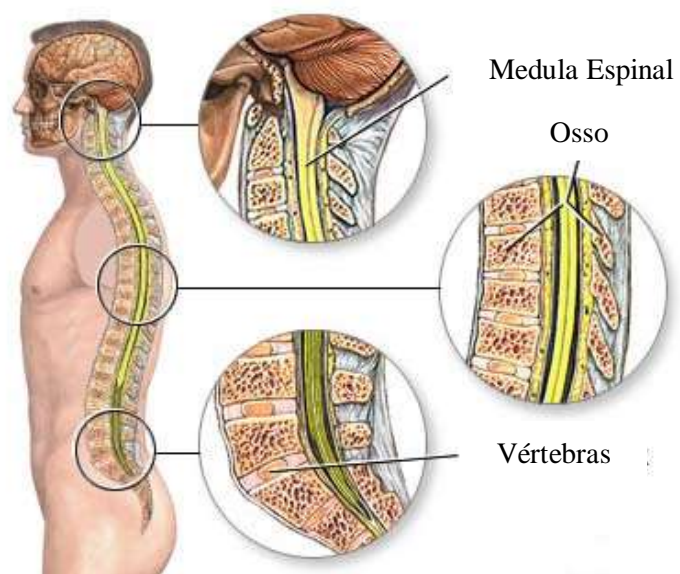


Figura 1. Medula espinal localização e constituição

fim, surge a área sacral (cóccix) (Defino, 1999; Gama, 2009; Kirshblum, et al., 2011; United Spinal Association, s.d.).

Quando ocorre uma lesão medular passa a existir um obstáculo à passagem de informação nesta região (cf. Figura 2) assim, todos os nervos acima do nível da lesão continuam a exercer as suas atividades normais, enquanto na área ao nível da lesão e abaixo não há transmissão das mensagens (Defino, 1999; Fecho, Pacheco, Kaihimi & Alves, 2009; Kirshblum, et al., 2011; United Spinal Association, s.d.). A informação pode ser relativa a um movimento (ex. o cérebro comunica movimento na perna mas esta não estica), ou a uma sensação (ex. tem a bexiga cheia mas a informação não chega ao cérebro o que faz com que a pessoa não tome consciência). Todas as informações vão ser travadas no local da lesão, por conseguinte,

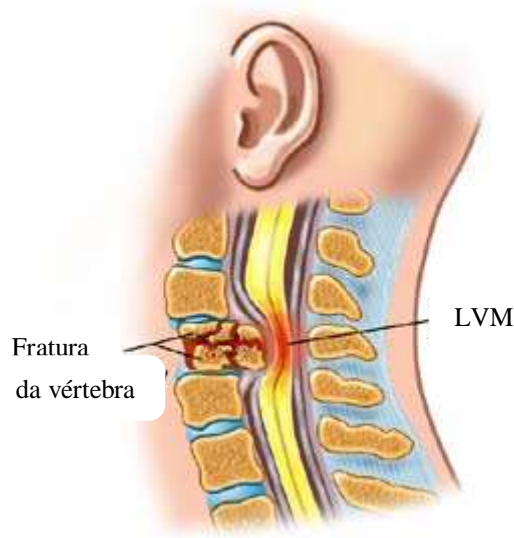


Figura 2. Demonstração gráfica do processo que conduz à LVM

não vão chegar ao cérebro para tomarmos consciência das sensações ou descer aos músculos para que os possamos contrair (Introdução à lesão medular, s.d.; Kirshblum, et al., 2011).

Desta forma, pode **definir-se** a LVM como um rompimento completo ou incompleto dos tratos nervosos da medula que vão afetar os sinais motores, sensitivos e neurovegetativos das áreas correspondentes ao nível medular lesionado (Defino, 1999; Faria, 2006; Fecho, Pacheco, Kaihimi, Alves, 2009; Gama, 2009; Kirshblum, et al., 2011; Magalhães, 2005). Os danos da LVM dependem em muito da localização e da extensão da lesão, contudo resulta, frequentemente, na paralisia dos músculos utilizados para respiração, paralisia e/ou perda da sensibilidade em todos ou alguns músculos do tronco, braços e pernas, fraqueza, dormência, perda de controlo do intestino e da bexiga, bem como numerosas condições secundárias, incluindo problemas respiratórios, úlceras de pressão, e às vezes picos fatais da pressão arterial (Faria, 2006; Gama, 2009; Magalhães, 2005; United Spinal Association, s.d.).

De acordo com a *American Spinal Injury Association* (ASIA citado por Kirshblum, et al., 2011) as LVM podem ser divididas em tetraplegia ou paraplegia, tendo em conta o nível da lesão, e completas ou incompletas, tendo em conta a extensão da lesão. Assim, a

tetraplegia relaciona-se com a perda ou diminuição da função motora e/ou sensorial nos segmentos cervicais da medula espinal, resultando numa alteração da função nos membros superiores e inferiores, bem como do tronco e órgãos pélvicos. Já a paraplegia caracteriza-se pela perda ou diminuição da função motora e/ou sensorial nos segmentos torácicos, lombares ou sacrados da medula espinal, a função dos membros superiores mantém-se íntegra mas, dependendo do nível de lesão, o tronco, os membros inferiores e os órgãos pélvicos podem estar comprometidos funcionalmente. Considera-se que é uma lesão completa quando há ausência da função motora e sensorial no segmento medular sacrado e incompleta quando se constata preservação das funções motoras e/ou sensoriais abaixo do nível neurológico lesionado incluindo a área sacral. Deste modo, tendo em conta o nível da lesão falamos em tetraplegia/paraplegia aquando de lesões de extensão completa, e de paraparésia/tetraparésia aquando de uma lesão incompleta (Cardoso, 2000; Defino, 1999; Faria, 2006; Gama, 2009; Kirshblum, et al., 2011; Magalhães, 2005; United Spinal Association, s.d.).

Quanto à **etiologia** da LVM podem distinguir-se dois grupos de causas, as traumáticas e as não traumáticas (Cardoso, 2000; Cardoso, 2003; Faria, 2006). As primeiras, como sendo as mais frequentes, referem-se aos grandes impactos provocados por acidentes de viação, ferimentos com projéteis de arma de fogo, acidentes desportivos, quedas, entre outros. Nas causas não-traumáticas temos as doenças tumorais e infecciosas, as disfunções vasculares, doenças neurológicas como a esclerose múltipla e a esclerose lateral amiotrófica, abscessos da medula espinal, entre outras. Em Portugal, à semelhança de países como o Reino Unido, a Austrália, a América, entre outros, compreende-se que as causas traumáticas são as mais comuns surgindo como mais frequentes os acidentes de viação, seguidos das quedas (Burt, 2004; Cardoso, 2000; Cardoso, 2003; Middleton, Davies, Anand, Reinten-Reynolds, Marial & Middleton, 2012). Em termos da faixa etária ainda que se constate que é mais frequente em jovens adultos as investigações não têm sido muito claras quanto a esse aspeto (Cardoso, 2000; Cardoso, 2003). Ainda assim, considera-se o período entre a adolescência e a idade adulta (aproximadamente entre os 15 e os 30 anos) como o mais propenso ao desenvolvimento deste tipo de lesões (Defino, 1999; Faria, 2006; Gama, 2009). A este propósito, Burt (2004) e Magalhães (2005) defendem que estas lesões são muito raras em crianças ou adolescentes com menos de 15 anos, mas pelo contrário as populações geriátricas registam as maiores percentagens de LVM provocada por quedas. Relativamente ao nível e extensão da lesão, Staas e colaboradores (1992) consideram haver uma maior ocorrência de tetraplegias e um progressivo aumento de lesões incompletas,

explicadas em parte pela melhoria dos primeiros cuidados de emergência. Este aspeto não foi constatado no estudo desenvolvido por Cardoso (2000) onde se verificou maior incidência de paraplegia e lesões incompletas. Em termos de incidência desta lesão na população portuguesa, estima-se uma incidência anual de 57.8 casos por milhão de habitantes (Martins, Freitas, Martins, Dartigues & Barat, 1998).

Tendo como base uma conceção biopsicossocial (Ribeiro, 2005b), que considera importante a análise da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais na avaliação da saúde do indivíduo, passaremos, à exposição sucinta de algumas das principais consequências da LVM a estes níveis.

b) Implicações biopsicossociais da lesão vértebro-medular:

A LVM, principalmente quando surge de forma súbita, é uma das lesões mais devastadoras, do ponto de vista orgânico e psicológico (Amaral, 2009; Andrade & Gonçalves, 2007). A nível **físico** podemos constatar que muitas são as consequências que uma LVM pode provocar. É aqui importante ressaltar que uma boa gestão no período imediato à lesão é fundamental, não só para a sobrevivência do indivíduo, mas também pode estar relacionado com a redução de algumas consequências mais devastadoras desta lesão (Middleton, Davies, Anand, Reinten-Reynolds, Marial & Middleton, 2012). Estas dependem, essencialmente, do nível e extensão da lesão, sendo que quanto mais alta for a lesão na medula, ou mais próxima da cabeça, maiores são as perdas ao nível das funções sensitivas e autónomas e verificam-se mais alterações metabólicas no organismo (Defino, 1999; Faria, 2006; Gama, 2009). A lesão traumática resulta de um corte ou dilaceração dos feixes nervosos da medula espinal, implicando, assim, perdas sensoriais, motoras, sexuais, descontrolo dos esfíncteres da bexiga e do intestino, complicações nas funções respiratórias, térmica e circulatória, espasticidade e dor (Faria, 2006). Tendo em conta as principais complicações da LVM (Burt, 2004; Faria, 2006; Gama, 2009; Magalhães, 2005) surgem como frequentes o choque medular (perda de sensibilidade, dos movimentos e do tónus muscular nos segmentos posteriores à lesão); complicações cutâneas (diminuição da resistência da pele e dos tecidos que tem como consequência a maior facilidade para desenvolver úlceras, associadas também à diminuição da sensibilidade); alterações respiratórias (devido ao comprometimento da musculatura respiratória); complicações urológicas pela ausência de sensibilidade consciente da plenitude vesical; alterações gastrointestinais com eventual perda do controlo intestinal; problemas cardiovasculares; disreflexia autónoma (caracteriza-se pela presença de cefaleias e hipertensão);

complicações osteo-musculo-articulares (devido à desmineralização óssea pode mais facilmente desenvolver osteoporose e são mais vulneráveis às quedas); dor (evolui tendendo para a cronicidade); alterações sexuais que conduzem com frequência a sintomas de ansiedade e stresse quando há um reinício da atividade (Garrett, Teixeira & Martins, s.d.; Kettl, Zarefoss, Jacoby, Garman, Hulse, Rowley, Corey, Sredy, Bixler & Tyson, 1991); regulação térmica que pode ficar comprometida pelas alterações homeotérmicas; espasticidade ou espasmos musculares que são perturbações frequentes nas lesões congénitas ou adquiridas do sistema nervoso central. Um estudo desenvolvido por Jansen, Hirsh, Molton e Barner (2009) confirmou que apesar dos problemas de sono serem frequentes na população geral, estes são mais constantes em indivíduos com uma LVM o que leva a compreender que alterações do sono também poderão constituir uma complicação secundária frequente.

A nível **psicológico** constata-se, igualmente, um grande impacto na pessoa, como refere Galhordas e Lima (2004, p. 39) “o sofrimento vivenciado pela pessoa que tem de lidar com uma perda física, funcional ou outra não se limita à dor física, resultando da violação da integridade da pessoa como um todo”. Este acontecimento resulta normalmente, para o indivíduo, em conflitos psíquicos abrangendo dimensões como a perceção do *self*, a autoestima, a capacidade de lidar com as perdas a vários níveis e a perceção dos processos relacionais (Oliveira, 2000). Neste sentido, algumas das principais reações psicológicas constatadas após a lesão prendem-se com a negação da sua condição, processos de luto, depressão, ansiedade, desespero, raiva, agressividade, impulsividade, ambivalência, sentimentos de inferioridade, egocentrismo, baixa autoestima, frustração, descompensação egóica, respostas reativas e isolamento social (Fechio, Pacheco, Kaihimi & Alves, 2009; Galhordas & Lima, 2004; Galhordas, Lima & Encarnação, 2007; Gama, 2009). Na obra de Paisana e Almeida (2008) alguns destes sentimentos são também relatados pelo autor também tetraplégico:

“Desculpa se me irritei de mais, mas estou sempre a imaginar coisas que possam suceder para as evitar, antecipando-me. Grande parte da minha vida se passa assim. Muitas das situações que vou conseguindo superar devem-se a estar sempre a prever vários cenários, para os controlar da melhor forma possível! Quando sinto as coisas fora do meu alcance, ou me sinto isolado, sou dominado por sentimentos de insegurança e impotência...” (p. 72).

Kannisto e Sintonen (1997, citado por Magalhães, 2005) verificaram que nos primeiros dois anos após a lesão aproximadamente 30% das pessoas manifestam sintomas de ansiedade e depressão, tal como outras alterações psicológicas. Fecho, Pacheco, Kaihami e Alves (2009) e Magalhães (2005) referem, ainda, as alterações ao nível do autoconceito e da imagem corporal como estando frequentemente associadas aos indivíduos com LVM. Além disso, referem o sentimento de perda como comum, pois existem bastantes restrições para se movimentar e a necessidade de ajuda é frequente, tal como a perceção de diminuição no domínio pessoal.

Neste sentido, situações de doença ou lesões graves como as da vértebra medular interferem de uma forma drástica e repentina na autoimagem sendo que o reajustamento às mudanças que os traumas provocaram pode afetar a identidade do indivíduo (Fecho, Pacheco, Kaihami e Alves, 2009; Gama, 2009). A noção de identidade, por seu lado, está intimamente relacionada com o corpo, dado que este funciona como um instrumento de projeção no espaço sociocultural, sendo que perante uma lesão que provoque mudanças drásticas no seu corpo, o sentido de identidade fica conseqüentemente abalado (Fecho, Pacheco, Kaihami & Alves, 2009; Gama, 2009). Este aspeto vai ao encontro da conceção que Hall (1999 citado por Edwards & Imrie, 2003) propõe para corpo, definindo-o como não sendo “determinado pela biologia, nem pela sociedade, mas absorve e reage aos processos biológicos e sociais num processo sem fim” (p. 242). Deste modo, pode compreender-se que o autoconceito, como sendo um aspeto central do bem-estar psicológico, é influenciado pelas experiências adquiridas ao longo do seu desenvolvimento, tornando a vivência de uma LVM um evento que irá ter uma grande influência no indivíduo (Gama, 2009).

Oliveira (2000) considera, inclusive, que lesões físicas podem despoletar perturbações emocionais, perda de identidade e baixa autoestima. A autoestima como sendo uma componente do autoconceito, relaciona-se com o processo avaliativo que o indivíduo concretiza sobre as suas qualidades e desempenhos (Serra, 1986). Neste sentido, com facilidade compreendemos que a autoestima se relaciona com a componente afetiva e emocional do autoconceito (Serra, 1986). Rosenberg (1979) define autoestima como uma atitude do sujeito relativamente ao *self*, podendo ser uma atitude positiva (em que os indivíduos se avaliam como tendo valor e o respeito dos outros) ou negativa (quando os indivíduos se autodesvalorizam, por insatisfação e falta de respeito por si próprios). Segundo o mesmo autor, o desenvolvimento da autoestima passaria por quatro princípios base, designadamente, avaliações refletidas, comparações sociais, autoatribuições e

centralidade psicológica. O primeiro relaciona-se com as avaliações que consideramos que os outros efetuam sobre nós próprios, sendo que estas têm importância para a validação do autoconceito. O segundo princípio relaciona-se com as comparações que os indivíduos efetuam com outros elementos, sendo que existem dois tipos de comparações com impactos distintos na autoestima. Uma relaciona-se com as comparações em que os indivíduos se percebem como superiores, fomentando assim uma melhor autoestima; a outra diz respeito às avaliações em que os indivíduos se percebem como inferiores detendo um maior impacto negativo ao nível da autoestima. As autoatribuições dizem respeito ao modo como o indivíduo avalia as suas ações. Por fim, a centralidade psicológica refere-se à importância relativa das várias dimensões do autoconceito para o indivíduo. Segundo Serra (1986), a autoestima é de facto a componente mais relevante do autoconceito, aspeto que também se tem constatado no decurso das investigações.

Num estudo desenvolvido por Galhordas (2006) com indivíduos lesionados da vértebra medular em processo de reabilitação, procurou compreender quais eram os temas mais frequentemente abordados em consultas de apoio psicológico, bem como as suas reações face a determinado tema. Compreendeu-se assim que alguns dos principais temas abordados nas consultas se relacionavam, sobretudo, com algumas das seguintes categorias: (1) a pouca evolução da sua condição de saúde durante o processo de reabilitação; (2) o futuro percebido como negativo; (3) alguns aspetos relacionados com o passado; (4) confrontação com a lesão e as limitações impostas por esta; (5) os momentos de visita; (6) os fins de semana passados fora da instituição; (7) atividades efetuadas para ocupar o seu tempo; (8) psicologia, referindo-se aqui ao processo de consulta psicológica e o seu impacto para os sujeitos; (9) a relação com as outras pessoas; (10) o sofrimento psicológico; (11) a evolução no tratamento; (12) a cadeira de rodas; (13) as questões económicas; (14) desejos para o futuro; (15) reação da família; (16) tratamento; (17) imagem do corpo referindo-se, com frequência, à forma como percebem o seu corpo; (18) preocupação com familiares; (19) futuro positivo; (20) morte de outros familiares próximos; e, por fim, (21) as situações de discriminação. Compreendeu-se, também, que as melhorias do tratamento, o apoio da família, as suas ocupações e a reflexão em torno das suas capacidades são aspetos associados a sentimentos mais positivos e que, por conseguinte, permitem um maior bem-estar e ajustamento positivo do lesionado à sua nova condição. Em contrapartida, as restantes categorias, com frequência, estavam associadas a sentimentos mais negativos.

Em termos do ajustamento psicológico após uma LVM, numa meta-análise desenvolvida por Woodbury e Trieschmann (1978), verificou-se que as principais áreas frequentemente abordadas na literatura até à altura relacionavam-se com a personalidade, a imagem corporal, a depressão, o *locus* de controlo, a motivação, o ambiente, a sexualidade e os fenómenos do membro fantasma. Em relação à personalidade, verificaram que havia uma quantidade significativa de trabalhos publicados neste âmbito, sendo que vão desde a descrição de personalidades predisponentes para a ocorrência da lesão, aos efeitos da mesma nos indivíduos.

Quanto à imagem corporal, como sendo a visão que um indivíduo tem sobre si e de como os outros o veem, tem também sido alvo de investigação referindo-se a literatura à importância desta conceção para o ajustamento à situação. Arnhoff e Mehl (1963, citado por Woodbury & Trieschmann 1978) demonstraram que indivíduos com LVM revelam valores significativamente mais baixos do que a população não clínica ao estimar o tamanho do corpo. Dimond e Hirt (1973, citado por Woodbury & Trieschmann 1978) encontraram evidências de que há relação entre imagem corporal e ajustamento psicológico. Outros estudos têm procurado relacionar a imagem corporal com outras medidas de ajustamento, designadamente Genskow (1968, citado por Woodbury & Trieschmann 1978) que constatou que a imagem corporal em LVM é mais valorizada, referenciada como mais negativa, e está mais intimamente relacionada com a autoestima do que na população dita “saudável”. No mesmo sentido, Rosillo e Fogel (1971, citado por Woodbury & Trieschmann 1978) constataram que as pessoas importantes para o indivíduo tinham influência e contribuía para a importância atribuída à imagem corporal e, ainda, para o processo de reabilitação. Neste sentido, os estudos analisados neste artigo sugerem que a construção da imagem corporal, como sendo uma construção ampla e multifacetada, pode ser útil e auxiliar o ajustamento psicológico dos lesionados vértebro-medulares.

Sobre a depressão, vários estudos têm sido efetuados, porém ainda não existe muito consenso quanto à importância desta para o ajustamento após a lesão. Alguns estudos sugerem que sempre que ocorre uma LVM está associada a depressão (Feld, 1961; Millard & Perry, 1965; e Wittkower, Gingras, Mergler, Wigdor & Lepine, 1954, citados por Woodbury & Trieschmann 1978), sendo uma componente necessária ao processo de adaptação (Roberts, 1972; Weiss & Diamond, 1966, citados por Woodbury & Trieschmann 1978), porém poucos resultados confirmaram estas hipóteses. Teoricamente, os estudos têm demonstrado que a perceção que o indivíduo tem de *locus* de controlo (interno ou externo) é importante e tem um papel significativo para a adaptação à mudança. De modo

semelhante, a motivação interna para a mudança é também preponderante, inclusive um estudo mais recente (Galhordas & Lima, 2004) compreende que investir em si não desistindo do seu projeto de vida, mas adaptando-o às suas capacidades tornam-se fatores relevantes para a readaptação.

Relativamente ao ambiente, as investigações indicam o ambiente da reabilitação como um fator importante, destacando-se os ambientes que incitem à observação direta (Levine, 1970, citado por Woodbury & Trieschmann 1978) e mais estruturados (Vineberg & Willems, 1971; Willems, 1972, citado por Woodbury & Trieschmann 1978), como aqueles que auxiliam a uma melhor reabilitação.

Sobre a sexualidade, lembrando que esta lesão é mais comum no sexo masculino (Defino, 1999; Faria, 2006; Gama, 2009), os autores da meta-análise, compreendem que este é um fator importante para a adaptação, sendo necessário um bom acompanhamento profissional com disponibilidade para o esclarecimento de diversas questões (ex. “No entanto, acho que não se deve esquecer a ligação tão próxima que a sexualidade mantém com a saúde física e psicológica de todos nós...” – Paisana & Almeida, 2008, p. 56).

Quanto aos estudos sobre o fenómeno do membro fantasma ainda não é clara a relação entre as sensações percebidas e a sua importância para a adaptação à lesão.

Mais recentemente têm surgido algumas investigações no âmbito de estratégias de coping desenvolvidas para melhor lidar com as situações associadas à LVM, designadamente, um estudo desenvolvido por Duchnick, Letsch e Curtiss, (2009) que constataram que intervenções assentes no ensino e aprendizagem de determinadas estratégias de *coping* permitem um melhor ajustamento do indivíduo. No mesmo sentido, Znoj e Lude (2002) constatam que a aquisição de estratégias de regulação emocional mais eficazes para lidar com sentimentos negativos são fatores importantes para a proteção de algumas perturbações como a depressão e o stress pós-traumático. Além destes aspetos, outros estudos apontam as questões culturais como sendo relevantes para o processo de reestruturação dos indivíduos, uma vez que, os valores e conceções da sociedade associados à deficiência física têm alguma preponderância no modo como o lesionado vértebro-medular reage (Alves & Duarte, 2010; Fecho, Pacheco, Kaihami & Alves, 2009). Apesar destes aspetos é realçado que a forma como cada indivíduo se adapta à nova condição é, fundamentalmente, um aspeto idiossincrático que tem em consideração os valores e conceitos desenvolvidos por si ao longo da sua história desenvolvimental (Alves & Duarte, 2010). Ainda assim, algumas investigações têm revelado alguns padrões comportamentais comuns ao processo de adaptação, designadamente a depressão, a

ansiedade e menores índices de autoconceito e autoestima (Alves & Duarte, 2010). Estes aspetos, segundo Beeken (1978, citado por Alves & Duarte, 2010) são atenuados com a presença, durante o processo de reabilitação, de uma boa rede de suporte social, sendo um aspeto bastante importante para a reconstrução da identidade. Os autores da meta-análise finalizam referindo que várias são as áreas relacionadas com este tema que ainda devem ser aprofundadas em futuras investigações, como são exemplo uma maior compressão de como o lesionado constrói a sua imagem corporal, tendo em conta aspetos cognitivos, emocionais e comportamentais.

De modo muito semelhante, Lequerica, Forchheimer, Albright, Tate, Duggan e Rahman (2010), entendem que o ajustamento à situação de deficiência é um processo que se prolonga no tempo e envolve uma série de respostas e estratégias inovadoras para lidar com os novos desafios que a lesão lhe colocou. Além disso, a adaptação constitui um processo totalmente individual, pois os significados atribuídos são sempre dissemelhantes (Galhordas & Lima, 2004). Ainda assim, alguns autores têm procurado estruturar o processo de adaptação a esta situação em algumas fases relativamente distintas (Brunner & Suddart, 1993, citado por Gama, 2009; Duchesne & Mussen, 1976, Verkuyl, 1977, citados por Cardoso, 2000). Esta organização parte de uma conceção sequencial de fases/estádios emocionais e atitudinais, que seriam frequentemente comuns na adaptação de todos os indivíduos com LVM (Alves & Duarte, 2010; Cardoso, 2000).

No âmbito **social** pode compreender-se que uma lesão com todo este impacto físico e psicológico acaba, inevitavelmente, por afetar as relações sociais que o indivíduo estabelece. As circunstâncias que a lesão provoca no indivíduo, designadamente a dependência face a outros, o isolamento social após a lesão e a irreversibilidade da perda, conduzem-no a um estado de elevada insatisfação, aspeto que pode levar à ausência de motivação para a vida social e profissional (Fechio, Pacheco, Kaihami & Alves, 2009; Gama, 2009). Por outro lado, vivemos numa sociedade em que se idolatram as pessoas bonitas e perfeitas, em que “defeitos” parecem intoleráveis, aspeto que acaba por ter uma grande influência no indivíduo lesionado. Neste sentido, é plausível reconhecer que a LVM conduz a uma perda de prestígio social, pois o padrão de referência relaciona-se com o indivíduo dinâmico, independente e produtivo aspetos aos quais o lesionado já não se adequa (Gama, 2009; Magalhães, 2005; Zoboli & Barreto, 2006, citado por Rechineli, Porto & Moreira 2008). Estes sentimentos relacionados com fatores como a ausência de emprego e de rendimentos ou rendimentos baixos e inexistência de competências para uma

nova profissão, o pouco apoio social para a reabilitação, a alteração da imagem corporal, o sofrimento psicológico, entre outros, conduzem a uma mudança na qualidade de vida e a uma menor satisfação com a mesma (Hampton, 2008; Gama, 2009). Além disso, tal como refere Garrett, Teixeira e Martins (s.d.), com frequência estes indivíduos, devido à lesão, percecionam as relações sociais como sendo complicadas e as relações amorosas como praticamente impossíveis. Neste sentido, compreende-se que, de facto, a adaptação à sua nova condição é muito influenciada pelas estratégias de *coping* adotadas, sendo que as redes sociais e emocionais oferecem um contributo muito importante para a sua recuperação (Hampton, 2008; Garrett, Teixeira & Martins, s.d.). Aliás no estudo de Galhordas (2006), referido anteriormente, os fins de semana passados fora da instituição, com os seus familiares, as visitas que recebiam e as relações com os outros foram com mais frequência associadas a sentimentos positivos como alegria e motivação, o que nos indica a importância do suporte social para a saúde mental do indivíduo e para uma maior motivação no processo de reabilitação.

Um estudo desenvolvido por Martins e Ribeiro (2008) que tinha como principal objetivo analisar a relação de variáveis socio demográficas, clínicas, o suporte social (entre outra variáveis), com a felicidade subjetiva, também constatou que a satisfação com o suporte social é uma dimensão importante para o bem-estar do indivíduo. Além disso, tal como refere Oliveira (2000) a nova condição pode fomentar uma regressão afetiva e novas necessidades de segurança e proteção, agravadas com ansiedades desestruturantes que podem ser projetadas na sua rede de suporte social, reforçando novamente a importância de uma boa rede. Segundo o mesmo autor, a importância do suporte social nas doenças físicas e na recuperação das mesmas tem sido, recentemente, alvo de várias investigações.

Deste modo, a investigação tem revelado que o suporte social poderá estar relacionado com um efeito mediador dos impactos da doença (Oliveira, 2000). Importa referir que se entende o suporte social como sendo os recursos e unidades sociais (por exemplo família) que os indivíduos detêm e acedem em resposta aos pedidos de ajuda e assistência (Dunst & Trivette, 1990 citado por Ribeiro, 1999/2011). Lamber (1992 citado por Oliveira, 2000) propõe quatro formas através das quais o suporte social pode influenciar os estados de saúde dos indivíduos, designadamente, promovendo preocupação diretamente ao indivíduo, aconselhando-o e apoiando-o na procura de cuidados médicos apropriados à sua condição, facilitando modelos de identificação comportamentais acerca de atitudes saudáveis e evitamento de comportamentos de risco, bem como desenvolvendo interações psicossociais.

Singer e Lord (1984 citado por Ribeiro, 1999/2011) consideram que os estudos que se têm efetuado relacionando o suporte social e a saúde podem ser agrupados em quatro grandes categorias: (1) uma em que o suporte social protege de perturbações induzidas pelo stresse, sendo o suporte social considerado como um mediador ou moderador do stresse; (2) outra em que a ausência de suporte social pode promover stresse nos indivíduos; (3) a perda de suporte social poderá ser uma fonte de stresse; e, finalmente, que (4) a existência de suporte social por si só, é benéfica para o indivíduo. Assim, podemos compreender que, de facto, os indivíduos têm necessidade de estabelecerem relações de suporte para o seu bem-estar, aspeto ainda mais saliente em situação de incapacidade física adquirida (Hampton, 2008; Oliveira, 2000). Alguns estudos desenvolvidos com lesionados vértebro-medulares, têm confirmado esta premissa, nomeadamente, uma investigação desenvolvida por Schulz (1985 citado por Oliveira, 2000) constatou que o tamanho da rede social destes indivíduos, quando comparada com uma amostra sem incapacidade física, é notavelmente mais restrita e pequena, sendo que os indivíduos que detinham níveis mais elevados de suporte revelavam níveis de bem-estar também mais elevados. Hampton (2008) e Oliveira (2000) reconhecem, também, que a qualidade de suporte social que o indivíduo tem disponível pode influenciar as suas reações emocionais e está implicada na sua perceção de qualidade de vida e satisfação com a mesma.

2. Lesão vértebro-medular e imagem corporal

É compreensível que indivíduos que apresentam deformações ou corpos que “fujam” ao que é predominante na sociedade tendam a pensar mais no seu corpo e na sua aparência do que as pessoas que são saudáveis (Benrud-Larson, Heinberg, Boling, Reed, White, Wigley & Haythornthwaite, 2003). Neste sentido, tendo em conta as grandes alterações de uma LVM, podemos compreender que, possivelmente, o corpo e a imagem corporal adquiram uma preponderância mais elevada nas suas vidas do que as pessoas que não sofreram qualquer tipo de lesão.

Entende-se, neste contexto, o **corpo** não apenas como um elemento orgânico, mas também como condutor de aspetos psicológicos, culturais e religiosos permanecendo na vida quotidiana como um meio de comunicação não-verbal (Braunstein & Pépin, 1999; Ribeiro, 2005a). Ribeiro (2005a, p. 19) define corpo como “uma unidade psicofísica, uma estrutura emocional e cognitiva”, realçando assim a importância da globalidade nesta conceção.

A **imagem corporal** por seu lado é um constructo bastante complexo e tem sido concetualizado de diversas formas, havendo, contudo, consenso quanto à sua natureza multidimensional (Barbosa, 2001/2008; Barbosa, Matos & Costa, 2008; Cash & Pruzinsky, 1990; Galhordas & Lima, 2004; Schilder, 1999; Taleporos & McCabe, 2001/2005). Schilder (1999) considera a imagem corporal como:

“a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós. Há sensações que nos são dadas. Vemos partes da superfície do corpo. Temos impressões táteis, térmicas e de dor. Há sensações que vêm dos músculos e seus invólucros [...]. Além disso, existe a experiência imediata de uma unidade de corpo. Esta unidade é percebida, porém é mais do que uma percepção. Nós a chamamos de esquema do nosso corpo, esquema corporal [...]. O esquema do corpo é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Podemos chamá-la de imagem corporal.” (Schilder, 1999, p.7).

Esta proposta de Schilder (1999) reveste-se de uma visão bastante integrada e unificada da imagem corporal, não se cingindo aos aspetos físicos do mesmo, procurando antes uma relação entre o corpo como elemento físico e a interpretação/representação que o indivíduo faz do mesmo. Mais tarde, Cash e Pruzinsky (1990) consideraram a imagem corporal como sendo a totalidade das representações, sentimentos e atitudes, elaboradas ao longo da sua existência, através de experiências sensoriais, cognitivas, afetivas e sociais, acerca do seu corpo. Bastante próxima desta definição Slade (1994, citado por Taleporos & McCabe, 2001/2005) concetualiza a imagem corporal como a conceção mental do tamanho e forma do corpo influenciada por fatores históricos, culturais, sociais, individuais e biológicos. Desta forma, podemos compreender a imagem corporal com uma “representação mental do corpo existencial” (Campana & Tavares, 2009, p. 18), sendo esta uma representação individual e dinâmica, uma construção constante ao longo da história de vida de cada indivíduo e baseada nas experiências vividas (Barbosa, 2008; Campos, Avoglia, Souza, Custódio & Gianelli, 2008).

A **(in)satisfação corporal**, por seu lado, é um conceito que deriva da imagem corporal, centrando-se na dimensão avaliativa do corpo, funcionando este sentimento de (in)satisfação como uma variável mediadora (intermediária) da relação consigo próprio e com os outros, na medida em que condiciona as suas atitudes e formas de se relacionar (Barbosa, 2008; Ribeiro, 2005a).

Quanto às mudanças da concepção de imagem corporal nos indivíduos, Paul Schilder (1999) considera que estas ocorrem através das experiências corporais do ser humano pelo movimento intrínseco de “destruição e reconstrução” (Campana & Tavares, 2009, p. 18). Para Van Kolch (1986 citado por Campos, Avoglia, Souza, Custódio & Gianelli, 2008), uma vez que a imagem corporal se relaciona com o produto de um organismo como um todo, uma pequena mudança provocada, por exemplo, por uma doença, não irá introduzir mudanças na imagem corporal apenas na parte afetada, mas uma alteração geral, pois irá promover novas relações consigo mesmo e com os outros. No mesmo sentido, Alves e Duarte (2010) entendem que a compreensão da imagem corporal é um processo contínuo e dinâmico efetuado ao longo de toda a vida dos indivíduos.

Os primeiros estudos efetuados no âmbito da imagem corporal decorreram tendo em conta, essencialmente, a dimensão perceptiva da imagem corporal (Campana & Tavares, 2009). Esta dimensão relaciona-se com a percepção do indivíduo acerca do seu tamanho e forma corporal. Posteriormente, com os problemas conceptuais e metodológicos que surgiram destas pesquisas emerge uma nova corrente de investigações, agora, centradas na componente atitudinal da imagem corporal (Campana & Tavares, 2009). A componente atitudinal é, segundo Campana e Tavares (2009), constituída pelas dimensões afetiva (emoções acerca da aparência física), cognitiva (investimento na aparência física, pensamentos distorcidos e crenças acerca do corpo), comportamental (evitamento de situações de exposição do corpo e adoção de comportamentos de observação do corpo) e a insatisfação geral subjetiva (insatisfação/satisfação que uma pessoa pode ter em relação à sua aparência como um todo, subdividindo-se em satisfação com o peso, satisfação ou estima corporal e satisfação com a aparência).

A LVM como sendo uma lesão com implicações físicas graves, como constatado anteriormente, terá certamente um grande impacto na imagem corporal dos indivíduos. Inclusive, tal como Derogatis (citado por Romeo, Wanlass & Arenas, 1993) refere, em situações extremas de deformação física, como é exemplo a LVM, com regularidade há uma alteração negativa na imagem do corpo que coincide com um decréscimo da autoestima e dificuldade de readaptação. Todavia, tal como Taleporos e McCabe (2005) defendem, poucos estudos têm sido desenvolvidos neste âmbito não só pelos investigadores da deficiência física, como da imagem corporal. Apenas alguns estudos com lesionados da vértebra medular (Alves & Duarte, 2010; Campos, Avoglia, Souza, Custódio & Gianelli, 2008; Kettl et al., 1991; Moin, Duvdevany & Mazor, 2009; Romeo, Wanlass & Arenas, 1993) foram encontrados e constataram esta premissa, ao verificarem que, de

facto, após a lesão houve uma alteração da percepção do corpo e insatisfação com as capacidades corporais.

Importa compreender que não se entende pessoas com deficiência física como um “recetor passivo das forças sociais” (Paterson & Hughes, 1999, p. 597), mas antes como “uma condição em que uma pessoa experimenta desvio significativo ou perda da sua função ou estrutura do corpo que resulta em limitações físicas nas suas atividades físicas que podem afetar sua participação na vida, dependendo do contexto em que vivem” (Taleporos & McCabe, 2005, p. 638). Apesar de, muitas vezes, estes indivíduos quererem fazer parte e integrar a sociedade, tal como todos os outros cidadãos, com regularidade os indivíduos com deficiência física são estigmatizados e impedidos de aceder à mesma (Frank, 1988). Deste modo, tendo em conta a teoria de Erving Goffman (1963 citado por Frank, 1988), a estigmatização sentida pelos indivíduos conduzem-nos à adoção de práticas para ocultar os indicadores da sua diferença. Todavia, em lesionados vértebro-medulares, com frequência utilizadores de cadeiras de rodas, torna-se praticamente impossível ocultar os sinais que revelam a sua diferença, provocando, muitas vezes o isolamento social.

Uma meta-análise desenvolvida por Alves e Duarte (2010) acerca dos estudos realizados sobre a imagem corporal e a deficiência física, tendo uma especial incidência em lesionados vértebro-medulares, revelou estes aspetos. Mais concretamente, os estudos analisados, demonstraram que, de facto, a deficiência física adquirida tem grandes implicações na imagem corporal dos indivíduos, acarretando várias complicações psicológicas, físicas e sociais (Alves & Duarte, 2010). Esta alteração drástica da imagem corporal exige que o indivíduo se adapte a uma nova realidade como um novo corpo, novas aptidões, capacidades e limitações de uma forma repentina (Beeken, 1978, French & Phillips, 1991, citados por Alves & Duarte, 2010). Deste modo, a adaptação à nova condição é, sem sombra de dúvida, importante e exige uma reestruturação do indivíduo, sendo que a imagem corporal anterior ao trauma é um aspeto essencial nesta reestruturação.

Tal como referido anteriormente, o corpo e a imagem corporal dos indivíduos são aspetos que estão diretamente ligados com o autoconceito (Campos, Avoglia, Souza, Custódio & Gianelli, 2008). Entende-se aqui o autoconceito como a percepção que o indivíduo tem de si, mais especificamente “as atitudes, os sentimentos e o autoconhecimento acerca das suas capacidades, competências, aparência física e aceitabilidade social” (Byrne, 1984, Faria, 2002a, Faria & Fontaine, 1990, Marsh & Hattie,

1996, citados por Faria, 2005, p. 362). Inclusivamente, com a abordagem psicanalítica, mais especificamente com o contributo de Freud, compreendeu-se que o corpo é uma componente fundamental para o desenvolvimento da identidade e estruturação do ego (Freud, 1974). Nesta perspetiva o autor defende que a primeira forma de sentimento de identidade advém da capacidade da criança distinguir o seu corpo do ambiente exterior, havendo assim uma grande importância da consciência corporal para o desenvolvimento da sua identidade. De modo semelhante, Epstein (1973, citado por Mayer & Eisenberg, 1988) considerou que o corpo é o primeiro aspeto do autoconceito a desenvolver-se na criança e permanece um aspeto fundamental ao longo de toda a sua vida (Faria, 2005; Mayer & Eisenberg, 1988).

Por seu lado, e tal como a investigação tem vindo a confirmar, as relações estabelecidas, particularmente com as figuras de vinculação, ao longo do desenvolvimento têm uma grande preponderância para a construção da experiência corporal e para a interação do sujeito consigo e com os outros (Barbosa, 2001/2008; Barbosa, Matos & Costa, 2011b; Cash, Theriault & Annis, 2004) e, portanto, no autoconceito e autoestima. Além disso, as comparações efetuadas pela criança entre as suas capacidades e competências físicas com as dos seus pares têm um importante contributo para a construção do seu autoconceito físico, que está intimamente relacionado com a autoestima global (Faria, 2005). Porém, ao longo do seu desenvolvimento, os indivíduos passam por vários estados corporais, designadamente estados de saúde, doença, incapacidade e, em algumas circunstâncias, o conceito individual de corpo, a sua estima corporal e a imagem corporal devem adequar as mudanças vivenciadas, mudando o seu autoconceito (Mayer & Eisenberg, 1988). Por conseguinte, pode compreender-se que o acontecimento traumático de uma LVM, como sendo um estado corporal novo para o indivíduo, poderá ser uma situação de acomodação do conceito de corpo, estima corporal e imagem corporal e mudança do seu autoconceito.

Em suma, com a revisão efetuada, pode compreender-se que uma LVM tem um forte impacto não só ao nível físico, mas também psicológico e social nos indivíduos e, neste sentido, tendo em conta que muitas pessoas vivenciam este acontecimento, torna-se importante compreender melhor quais as suas necessidades e fragilidades aproximando cada vez mais as intervenções às reais necessidades dos indivíduos.

III. ESTUDO EMPÍRICO

III. ESTUDO EMPÍRICO

1. Objetivos e hipóteses do estudo

Segundo Cardoso (2000), a investigação mais recente acerca da LVM tem-se debruçado essencialmente sobre a identificação e avaliação de variáveis psicológicas mais frequentemente associadas a este quadro clínico, como constitui exemplo, o autoconceito e a imagem corporal. No mesmo sentido, admitindo que nos lesionados vértebro-medulares há mudanças na imagem corporal visíveis e, em consequência, no autoconceito do indivíduo (Alves & Duarte, 2010; Campos, Avoglia, Souza, Custódio & Gianelli, 2008; Gama, 2009; Kettl et al., 1991; Mayer & Eisenberg, 1988; Moin, Duvdevany & Mazor, 2009; Romeo, Wanlass & Arenas, 1993; Taleporos & McCabe, 2001, 2005) embora a investigação não confirme na totalidade este aspeto, considerou-se como **objetivo principal** deste estudo compreender melhor o impacto da LVM ao nível da experiência corporal, mais concretamente da imagem corporal, e de que forma estas mudanças têm repercussões no ajustamento psicossocial do indivíduo lesionado.

Especificamente pretende-se:

1. **Explorar o ajustamento psicossocial** destes participantes, concretamente, ao nível da insatisfação corporal, de sintomas depressivos e ansiogénicos, da autoestima e do suporte social percebido.
Parte-se assim da hipótese (*H1*) que os participantes apresentem níveis mais elevados de insatisfação corporal, de depressão e de ansiedade, tal como uma baixa autoestima e valores moderados de satisfação com o suporte social percebido (Alves & Duarte, 2010; Campos, Avoglia, Souza, Custódio & Gianelli, 2008; Fecho, Pacheco, Kaihama & Alves, 2009; Ferreira, 2012; Galhordas, 2006; Galhordas & Lima, 2004; Gama, 2009; Kettl et al., 1991; Moin, Duvdevany & Mazor, 2009; Magalhães, 2005; Oliveira, 2000; Romeo, Wanlass & Arenas, 1993; Taleporos & McCabe, 2001, 2005; Woodbury & Trieschmann, 1978).
2. Perceber **como se relacionam as principais variáveis** consideradas no estudo: a imagem corporal (satisfação), a autoestima, a sintomatologia (depressiva e ansiogénica) e o suporte social. Além disso, procurou-se também explorar a relação da imagem corporal (principal variável da investigação) com algumas variáveis sociodemográficas e clínicas.

- (H2) Espera-se que quanto mais insatisfeitos com o seu corpo, mais baixa a autoestima, o suporte social percebido e mais elevados os níveis de depressão e ansiedade (Alves & Duarte, 2010; Campos, Avoglia, Souza, Custódios, Gianelli, 2008; Galhordas & Lima, 2004; Gama, 2009; Genskow, 1968 citado por Woodbury & Trieschmann, 1978).
3. Avaliar o **efeito de algumas variáveis** sociodemográficas (sexo, idade, estado civil) e clínicas (idade da sua ocorrência, extensão e causa da LVM) na imagem corporal (satisfação) nestes participantes. Concretamente espera-se:
- (H3) Um efeito do sexo, da idade, do estado civil, da idade de ocorrência, da extensão e causa da lesão nos níveis de insatisfação corporal, sendo estes valores mais elevados no sexo masculino, em faixas etárias mais jovens, em lesionados cujo estado civil seja solteiro(a), divorciado(a) ou viúvo (a), quando o diagnóstico da lesão ocorre depois dos 15 anos, quanto maior for a extensão da lesão e quando a lesão decorre de causas traumáticas (Romeo, Wanlass & Arenas, 1993; Rosillo & Fogel, 1971 citado por Woodbury & Trieschmann, 1978; Taleporos & McCabe, 2005)
4. Explorar quais os **melhores preditores da insatisfação corporal** dos lesionados, tendo em conta a idade de ocorrência da lesão, a extensão da lesão, a sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão), o suporte social e a autoestima global.
- (H4) Espera-se que os lesionados com diagnóstico da lesão em idades mais tardias, com tetraplegia, que manifestam sintomatologia psicopatológica, com uma percepção negativa de suporte social, bem como com baixa autoestima, apresentem maiores índices de insatisfação corporal (Taleporos & McCabe, 2005).
5. Explorar os significados que os participantes atribuem às mudanças decorridas da LVM (físicas, psicológicas e sociais).

2. Método

2.1. Participantes

A amostra da presente investigação foi recolhida segundo um processo não probabilístico de amostragem por conveniência (*snowball*), contando com um total de 53 lesionados vértebro-medulares. Procurou-se uma amostra equivalente em termos de sexo, pois existem poucos estudos que abrangem também o sexo feminino e, apesar de

estatisticamente haver menos incidência no sexo feminino (Gama, 2009), considerou-se relevante explorar e compreender a perspetiva da vivência desta lesão no feminino. Esta amostra é, então, constituída por 71.7% ($n = 38$) de homens e 28.3% ($n = 15$) de mulheres.

Em termos de idade fixou-se os 18 anos como idade limite mínima, pois pretendeu-se direccionar o estudo para a população adulta, além disso é mais frequente esta lesão ocorrer no período da adolescência e idade adulta (Defino, 1999; Faria, 2006; Gama, 2009). Desta forma, na presente investigação a *idade* dos participantes está compreendida entre os 21 e os 79 anos, com uma média de idades de 39.87 anos ($DP = 14.09$).

No que se refere ao *estado civil*, 60.4% dos participantes são solteiros, 22.6% casados, 15.1% divorciados e apenas 1.9% dos participantes vive em união de facto, sendo que nenhum participante do estudo é viúvo(a).

Relativamente às *habilitações académicas* a maioria dos participantes tem no mínimo o 3º ciclo (81%), havendo apenas 3 (5.7%) participantes sem qualquer tipo de formação académica, 3 (5.7%) com a instrução primária completa e 7.5% detém o segundo ciclo.

Quanto à *idade dos participantes aquando da lesão* verifica-se que esta compreende-se entre os 0 e os 51 anos com uma média de idades de 16.23 ($DP = 13.75$). O *tempo que decorreu desde a lesão* varia entre 1 e 77 anos com uma média de 23.64 ($DP = 2.33$). Tendo em conta a *causa da lesão* observa-se que 35.8% dos participantes tem a lesão devido a causas não traumáticas (doença) enquanto 64.2% dos participantes se deveu a causas traumáticas [acidente de viação (32.2%), acidente de trabalho (17%), acidente desportivo (11.3%) ou, ferimentos com projéteis de fogo (3.8%)]. Verifica-se, ainda, que a maioria dos participantes deste estudo tem *paraplegia* [completa (34%) ou incompleta (49.1%)] sendo que apenas 17% tem diagnóstico de *tetraplegia*. Quanto à possibilidade de estarem em *processo de reabilitação* compreende-se que apenas 18.9% dos participantes se encontravam, no momento do preenchimento do questionário, em processo de reabilitação, apresentando uma média de 2.3 tratamentos ($DP = 1.57$) por semana, comparecendo aos mesmos maioritariamente sozinhos. Em termos da utilização de algum *apoio físico* aproximadamente 87% dos participantes usufrui deste tipo de apoios considerando-os muito importantes para si (69.8%).

No que concerne ao *apoio psicológico* verifica-se que apenas 9.4% dos participantes beneficia deste tipo de acompanhamento, ainda assim 49% considera que este tipo de acompanhamento poderá ser importante ou até mesmo muito importante.

Por fim, quanto à presença de *comorbidade* nos pacientes compreende-se que a grande maioria (86.8%) dos participantes não apresentam outras patologias além da LVM. A

caracterização sociodemográfica e clínica pormenorizada dos participantes está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra.

Variável	n (%)	
Idade	<i>M</i> = 39.87 (<i>DP</i> = 14.09), <i>min.</i> = 21, <i>max.</i> = 79	
Sexo	Masculino	38 (71.7%)
	Feminino	15 (28.3%)
Estado Civil	Solteiro (a)	32 (60.4%)
	União de facto	1 (1.9%)
	Casado (a)	12 (22.6%)
	Divorciado (a)	8 (15.1%)
Habilitações académicas	Analfabeto	3 (5.7%)
	1º Ciclo de instrução primária completa	3 (5.7%)
	2º Ciclo – 6º ano	4 (7.5%)
	3º Ciclo – 9º ano	18 (34%)
	Secundário – 12º ano	14 (26.4%)
	Universitário/Bacharelato	11 (20.8%)
Idade de ocorrência da lesão	<i>M</i> = 16.23 (<i>DP</i> = 13.75), <i>min.</i> = 0, <i>max.</i> = 51	
Tempo que decorreu desde a Lesão	<i>M</i> = 23.64 (<i>DP</i> = 13.75), <i>min.</i> = 1, <i>max.</i> = 77	
Causa da LVM	Acidente de viação	17 (32.1%)
	Acidente de trabalho	9 (17%)
	Acidente desportivo	6 (11.3%)
	Ferimento com projéteis de fogo	2 (3.8%)
	Doença	19 (35.8%)
Nível da LVM	Tetraplegia completa	5 (9.4%)
	Tetraplegia incompleta	4 (7.5%)
	Paraplegia completa	18 (34%)
	Paraplegia incompleta	26 (49.1%)
Processo de reabilitação	Não	43 (81.1%)
	Sim	10 (18.9%)
	Média de tratamentos por semana	<i>M</i> = 2.3 (<i>DP</i> = 1.57)
	Comparece acompanhado(a)	
	Sozinho (a)	8 (80%)

	Mãe	2 (20%)
	Acessibilidade de deslocação	
	Pouco acessível	1 (10%)
	Nem pouco nem muito acessível	2 (20%)
	Acessível	2 (20%)
	Muito acessível	5 (50%)
	Utiliza algum apoio físico	
	Sim	46 (86.8%)
	Não	7 (13.2%)
	Importância atribuída	
Apoio físico	Nada importante	1 (1.9%)
	Pouco importante	6 (11.3%)
	Nem pouco nem muito importante	6 (11.3%)
	Importante	3 (5.7%)
	Muito importante	37 (69.8%)
	Não	48 (90.6%)
	Sim	5 (9.4%)
	Tempo de acompanhamento	$M = 9.2$ anos
	Importância atribuída	
Apoio psicológico	Nada importante	5 (9.4%)
	Pouco importante	4 (7.5%)
	Indiferente	17 (32.1%)
	Importante	13 (24.5%)
	Muito importante	13 (24.5%)
	Não resposta	1 (1.9%)
Outra doença ou lesão	Sim	7 (13.2%)
	Não	46 (8.8%)

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário demográfico e clínico (cf. Anexo 1)

O questionário sociodemográfico e clínico apresenta-se com um pequeno questionário para aceder a algumas características sociodemográficas e clínicas dos participantes. Assim, procurou-se compreender aspetos como o sexo, a idade, o estado civil, a idade em

que ocorreu a lesão, se ainda está ou não em processo de reabilitação, a extensão da lesão, a causa da lesão, entre outras informações pertinentes para o estudo. Entendeu-se, ainda, relevante considerar uma questão aberta que permitisse aceder à forma como os participantes viveram as mudanças na sua vida com a ocorrência da lesão. Desta forma, pretendeu-se complementar os dados quantitativos obtidos com a BIS com esta questão de índole mais qualitativa.

2.2.2. *Body Image Scale* (BIS; Hopwood, 2001; versão portuguesa Moreira & Canavarro, 2007 – cf. Anexo 2)

Para avaliar a satisfação corporal foi utilizada a versão portuguesa da BIS (Moreira & Canavarro, 2007). Esta escala é constituída por 10 itens que são respondidos numa escala de Likert de 4 pontos correspondentes a “Nada” (0), “Um Pouco” (1), “Moderadamente” (2) e “Muito” (3) sendo, por isso, um questionário de autorrelato. Uma vez que esta escala considera a imagem corporal como um constructo multidimensional que abrange as dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais (Hopwood, Fletcher, Lee & Al Ghazal, 2001; Moreira, Silva, Marques & Canavarro, 2010), os itens incluem estas dimensões para avaliação da imagem corporal. Deste modo, a BIS possibilita de uma forma rápida e completa avaliar aspetos emocionais, cognitivos e comportamentais da imagem corporal dos indivíduos aproximando-se, assim, do modelo afetivo-cognitivo-comportamental de compreensão da perturbação da imagem comportamental (Hopwood, Fletcher, Lee & Al Ghazal, 2001).

Tendo em conta a cotação da escala é importante referir que, contrariamente à versão original, esta escala não contém itens invertidos sendo todos formulados na negativa (Hopwood, Fletcher, Lee & Al Ghazal, 2001; Moreira, Silva, Marques & Canavarro, 2010). Assim, os itens são cotados de 0 a 3 e a soma de todos os itens dá origem à pontuação global, podendo variar entre 0 e 30. Quando um participante não responde a algum dos itens, calcula-se este valor a partir da média das respostas nos restantes. Quanto à interpretação, uma pontuação global de zero corresponde a “nenhum sintoma/nenhuma perturbação”, enquanto pontuações mais elevadas relacionam-se com maior índice de “sintomas/perturbação” ou insatisfação (Hopwood, Fletcher, Lee & Al Ghazal, 2001; Moreira, Silva, Marques & Canavarro, 2010).

O estudo de aferição da versão portuguesa da BIS foi efetuado com doentes oncológicos, sendo que na primeira etapa do estudo foi aplicado o questionário a um pequeno grupo de doentes de cancro da mama, seguindo-se uma pequena entrevista que

procurava perceber se havia dificuldades de compreensão dos vários itens (Moreira, Silva, Marques & Canavarro, 2010). A versão portuguesa da BIS comprovou a estrutura unidimensional da escala, tal como revelou uma consistência interna adequada quer na amostra global (alfa de Cronbach = 0.93) quer nos subgrupos cirúrgicos (alfa de Cronbach = 0.91), revelando-se uma medida de autorrelato psicometricamente robusta (válida e confiável) da perturbação da imagem corporal em doentes oncológicos (Moreira, Silva, Marques & Canavarro, 2010).

Apesar deste instrumento ter sido desenhado especificamente para doentes oncológicos, os autores da escala original pretenderam obter uma estrutura suficientemente geral para ser aplicável a outros contextos e situações de doença/tratamento (Hopwood, Fletcher, Lee & Al Ghazal, 2001). Assim, considerou-se que esta seria uma boa escala para utilizar com a população-alvo desta investigação: lesionados vértebro-medulares.

Na amostra do presente estudo também se verificaram bons resultados de consistência interna (alfa de Cronbach = 0.90), pelo que demonstrou ser uma medida fiável para as análises posteriores.

2.2.3. *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1993 versão portuguesa Canavarro, 1995 – cf. Anexo 3)

Ao nível da depressão e da ansiedade utilizaram-se as respetivas subescalas da BSI (Derogatis, 1993, versão portuguesa Canavarro, 1995). Esta escala tem como objetivo analisar um conjunto alargado de sintomas psicopatológicos tendo em conta várias dimensões e três índices globais de perturbação emocional (Canavarro, 1999/2007; Derogatis & Melisaratos, 1983). A BSI deriva essencialmente da *Symptom Checklist-90* (SCL-90), um instrumento de autorrelato criado para ser utilizado numa série de configurações e aplicações com populações hospitalizadas, incluindo lesionados vértebro-medulares (Canavarro, 1999/2007; Derogatis & Lazarus, 1994; Derogatis & Melisaratos, 1983; Patíão, Maroco & Leal, 2006; Tate, Kewman & Maynard, 1990 citado por Tate, Forchheimer, Maynard, Davidoff & Dijkers, 1993). A SCL-90 é um instrumento com boas características psicométricas avaliando um vasto número de dimensões psicopatológicas, porém sendo constituído por 90 itens exige bastante tempo para o seu preenchimento (12 a 20 minutos) o que, em alguns contextos, é bastante limitador (Canavarro, 1999/2007; Derogatis & Lazarus, 1994). Neste sentido, tentando colmatar esta limitação, após análise estatística à SCL-90 e constatando-se que a eliminação de alguns itens não interferia com as várias dimensões psicopatológicas, eliminaram-se alguns itens da escala ficando apenas

os itens com maior representação, dando-se origem à BSI (Canavarro, 1999/2007; Derogatis & Lazarus, 1994).

A BSI é então constituída por 53 itens que representam um conjunto de sintomas psicopatológicos, estes agrupam-se em 9 dimensões psicopatológicas, designadamente a somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo (Anastasi & Urbina, 2000; Canavarro, 1999/2007; Derogatis & Lazarus, 1994; Derogatis & Melisaratos, 1983). A dimensão *depressão* (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50) relaciona-se com a representação de alguns indicadores de depressão clínica, como sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia, menor motivação e interesse pela vida. Já a dimensão da *ansiedade* (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49) relaciona-se com um conjunto de itens que descrevem sintomas de ansiedade generalizada, ataques de pânico, nervosismo e tensão, bem como alguns dos seus componentes cognitivos (Canavarro, 1999/2007; Derogatis & Melisaratos, 1983). Este instrumento possibilita também o cálculo de três índices globais [Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP)] que representam avaliações sumárias de perturbação emocional (Anastasi & Urbina, 2000; Canavarro, 1999/2007; Derogatis & Lazarus, 1994; Derogatis & Melisaratos, 1983). Tal como previsto, este instrumento exige menor tempo ao participante para o seu preenchimento (cerca de 10 minutos) o que se torna vantajoso (Canavarro, 1999/2007; Derogatis & Lazarus, 1994; Derogatis & Melisaratos, 1983). A BSI é, por conseguinte, uma medida de auto relato aspeto que segundo Derogatis e Melisaratos (1983) é bastante proveitoso, pois permite o acesso a informação exclusiva do próprio indivíduo que experimenta o fenómeno e também possibilita uma maior gestão de tempo e dos profissionais envolvidos.

Relativamente à administração do instrumento esta pode ser efetuada individual ou coletivamente, sendo que em qualquer uma das situações o administrador deverá reservar algum tempo para fornecer algumas instruções (Canavarro, 1999/2007; Derogatis & Melisaratos, 1983). As instruções são para que o participante se posicione em cada item, tendo em conta a forma como aquele problema o afetou na última semana, detendo 5 possibilidades de resposta: “Nunca”, “Poucas Vezes”, “Algumas Vezes”, “Muitas Vezes” e “Muitíssimas Vezes”. Em termos de cotação de cada uma das dimensões psicopatológicas, deverá somar-se a pontuação obtida em cada um dos itens da dimensão (“Nunca” = 0, “Poucas Vezes” = 1, “Algumas Vezes” = 2, “Muitas Vezes” = 3 e “Muitíssimas Vezes” = 4). O resultado obtido com o somatório dos itens deverá ser dividido pelo número de itens

da dimensão analisada. Para calcular o IGS o administrador deverá efetuar o somatório de todas as pontuações e dividir pelo número total de itens respondidos. O TSP pode ser obtido somando todos os itens com uma resposta positiva, isto é, superior a zero. Por fim, o ISP calcula-se dividindo o somatório de todos os itens pelo resultado obtido no TSP.

Em termos da interpretação dos resultados, esta dependerá essencialmente dos objetivos que orientam a administração do instrumento. Ainda assim, as pontuações obtidas nas várias dimensões fornecem informação sobre a sintomatologia que mais predominantemente perturba o indivíduo e os índices globais permitem observar, de um modo geral, o nível de psicossintomatologia apresentado (Canavarro, 1999/2007; Derogatis & Melisaratos, 1983). Para fins de investigação, estes parâmetros também devem ser tidos em consideração e, em situações de formação de grupos, por exemplo, indivíduos emocionalmente perturbados *versus* indivíduos emocionalmente não perturbados, pode estabelecer-se um ponto de corte como critério de inclusão ou exclusão do grupo (Canavarro, 1999/ 2007).

Os primeiros estudos de aferição da versão portuguesa da BSI foram efetuados com população geral e população clínica apresentando uma boa consistência interna (alfa de Cronbach entre 0.70 e 0.80 em todas as escalas com exceção das escalas de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo com valores de 0.62) e validade (Canavarro, 1999/2007). Assim, podemos constatar que este instrumento apresenta características psicométricas que oferecem segurança na sua utilização, sendo um bom indicador de sintomas psicopatológicos (Canavarro, 1999/2007). Neste sentido, e tendo em conta os objetivos desta investigação, considerou-se que este instrumento seria útil para análise de sintomas de depressão e ansiedade em lesionados vértebro-medulares. De modo semelhante à escala original este instrumento apresentou uma boa consistência interna na amostra do presente estudo (alfa de Cronbach 0.85 e 0.88 para as escalas da depressão e a ansiedade, respetivamente).

2.2.4. *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS; Ribeiro, 1999 – cf. Anexo 4)*

Para a avaliação da perceção e satisfação com o suporte social dos indivíduos, utilizou-se a ESSS (Ribeiro, 1999). Esta escala pretende avaliar a satisfação dos indivíduos face ao suporte social que percebem, encarando o suporte social como sendo a “existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason, et al., 1983, p.127 citado por Ribeiro, 1999; Ribeiro, 2011; Ribeiro & Ponte, 2009). Apesar da importância do

suporte social para os indivíduos e para o seu bem-estar, o autor considera que ainda não há grande uniformidade quanto à forma de avaliação do mesmo (Ribeiro, 1999/2011). É neste contexto que Ribeiro (1999/2011) construiu a ESSS. Este instrumento, constituído por 15 itens, é uma medida de percepção do suporte social assumindo que esta percepção é fundamental nos processos cognitivos e emocionais associados ao bem-estar e à qualidade de vida dos indivíduos (Ribeiro 1999/2011; Santos, Ribeiro & Lopes, 2003).

Os 15 itens da escala distribuem-se por quatro dimensões ou fatores, designadamente, a “satisfação com os amigos” (SA: itens 3, 12, 13, 14, 15) que avalia a satisfação do indivíduo com as suas amizades/amigos, a “intimidade” (IN: itens 1, 4, 5, 6) que mede a percepção de existência de suporte social íntimo, a “satisfação com a família” (SF: itens 9, 10, 11) que avalia a satisfação com o suporte social familiar que possui e, por fim, as “atividades sociais” (AS: itens 2, 7, 8) que procuram compreender a satisfação com as atividades sociais que realiza (Ribeiro 1999/2011; Santos, Ribeiro & Lopes, 2003).

Relativamente às instruções, estas são simples e apelam que o participante se posicione quanto às afirmações numa escala de likert de 5 pontos [“Concordo totalmente” (A), “Concordo na maior parte” (B), “Não concordo nem discordo” (C), “Discordo na maior parte” (D) e “Discordo totalmente” (E)], devendo a sua respostas corresponder à sua forma de pensar (Ribeiro, 1999/2011).

No que concerne à sua cotação e interpretação, é importante salientar que a ESSS possui alguns itens invertidos (itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15) devendo, por conseguinte, ser cotados de forma invertida. Os restantes itens são cotados atribuindo-se a seguinte pontuação: A = 1, B = 2, C = 3, D = 4 e E = 5. Deste modo, a pontuação total é obtida com o somatório dos itens, podendo oscilar entre 15 e 75 pontos, correspondendo a pontuação mais elevada a uma percepção de suporte social maior. A pontuação de cada fator obtém-se somando a pontuação dos itens de cada dimensão. Neste sentido, não existem pontos de corte, o que significa que todas as pessoas têm uma percepção de satisfação com o suporte social e, quer obtenham uma baixa ou alta pontuação, não implica que detenham um suporte social deficitário (Ribeiro, 1999/2011).

Tendo em conta que cada dimensão tem um número de itens diferente, as pontuações mínimas e máximas são, também, diferentes. Desta forma, se for necessário efetuarem-se a comparações entre os fatores, o autor (Ribeiro, 1999/2011) sugere que se proceda à conversão das pontuações mínimas e máximas de cada dimensão por “0” e “100”, respetivamente.

Relativamente às características psicométricas da escala, constata-se que esta apresenta uma boa consistência interna, tanto a escala no seu geral (alfa de Cronbach 0.85), como as várias dimensões (alfa de Cronbach de SA = 0.83, IN = 0.74, SF = 0.74 e AS = 0.64). Ao nível da validade também foram constatados bons indicadores. Assim, compreende-se que esta escala é válida e fiel na população Portuguesa (Ribeiro, 1999/2011; Santos, Ribeiro & Lopes, 2003). Além disso, tal como se constata no estudo desenvolvido por Martins e Ribeiro (2008) que inclui lesionados vértebro-medulares, esta escala apresentou uma boa consistência interna (alfa de Cronbach 0.76). Assim, considerou-se que é um bom instrumento para avaliar a satisfação do suporte social em lesionados vértebro-medulares, apresentando, de um modo geral, na presente amostra uma boa consistência interna (alfa de Cronbach de Escala total = 0.89, SA = 0.89, IN = 0.61, SF = 0.91 e AS = 0.84).

2.2.5 *Questionário de Autoestima Global* (QAE; Rosenberg, 1965 versão portuguesa Faria & Silva, 2000 – cf. Anexo 5)

Tendo em conta a dimensão da autoestima considerou-se pertinente a utilização da *Self-Esteem Scale* (SES: Rosenberg, 1965) e, por conseguinte utilizou-se a versão portuguesa adaptada por Faria e Silva (2000), o QAE. A SES constitui um marco importante na mensuração do autoconceito e mais especificamente da autoestima global (Keith & Bracken, 1996 citado por Faria & Silva, 2000), uma vez que representa um instrumento breve e de fácil utilização que permite obter um valor global da autoestima (Azevedo & Faria, 2004; Faria & Silva, 2000). Este instrumento baseia-se na conceção de Rosenberg (1979) para a compreensão do autoconceito. Rosenberg (1979) considera o autoconceito como sendo um conjunto organizado de componentes ordenadas hierarquicamente e interrelacionadas de uma forma complexa que devem ser avaliadas e analisadas de modo independente. Trata-se, assim, de uma instrumento unidimensional que pode avaliar o nível de autoestima dos indivíduos distinguindo-os entre indivíduos com baixa autoestima (refere-se ao sentimento de incompetência, inadequação e incapacidade de enfrentar as situações), média autoestima (relaciona-se com a oscilação entre sentimentos de aceitação e rejeição de si próprio) e alta autoestima (autoavaliação positiva) – Sbicigo, Bandeira e, Dell’Aglío (2010).

Apesar de algumas limitações da SES, designadamente, a sua baixa consistência interna e as normas desatualizadas (Faria & Silva, 2000), esta escala tem sido amplamente utilizada em todo mundo, tendo sido traduzida em 53 países (Anastasi & Urbina, 2000; Sbicigo, Bandeira & Dell’Aglío, 2010).

À semelhança da escala original, o QAE (Faria & Silva, 2000) é constituído por 10 itens, sendo que 5 destes itens são indicadores de autoavaliações positivas (por exemplo “Globalmente estou satisfeita comigo própria”) e os outros 5 relacionam-se com autoavaliações negativas (por exemplo: “Por vezes penso que nada valho”). Por forma a não tornar a escala tão transparente, os itens de autoavaliação positiva e negativa não são apresentados de modo sequencial, mas antes intercalado (Azevedo & Faria, 2004; Faria & Silva, 2000). As instruções procuram que o participante se posicione tendo em conta as afirmações apresentadas acerca de como se sente em relação a si. A escala detém 6 possibilidades de resposta [“Concordo Totalmente” (A), “Concordo” (B), “Concordo Parcialmente” (C), “Discordo Parcialmente” (D), “Discordo” (E) e “Discordo Totalmente” (F)] em que os participantes se devem posicionar, tendo em conta aquela que melhor se adequa a si. Relativamente à cotação, é atribuída uma pontuação que pode variar entre 1 e 6 pontos (A = 6, B = 5, C = 4, D = 3, E = 2 e F = 1), sendo que nos itens negativos (itens 2, 5, 6, 8, 9) esta pontuação é invertida. Neste sentido, os resultados podem oscilar entre 10 e 60 pontos em que quanto mais elevados forem os resultados obtidos maior é a autoestima global do participante (Faria & Silva, 2000). Tendo em conta os vários estudos efetuados com este instrumento na população portuguesa, constata-se que este apresenta boas características psicométricas com a confirmação da sua estrutura unifactorial e um alfa de Cronbach superior a 0.80 (Faria & Silva, 2000). Deste modo, ponderamos que este instrumento seria bastante útil para aferir a autoestima global em lesionados vértebro-medulares apresentando, na amostra do estudo, um alfa de Cronbach de 0.89.

2.3. Procedimento

A administração dos instrumentos foi realizada entre Novembro de 2012 e Julho de 2013. Foram contactadas várias instituições e associações nacionais, nomeadamente a Associação de Deficientes das Forças Armadas (ADFA), a Associação Portuguesa de Deficientes – Delegações de Braga e de Paredes e o Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG) no sentido de pedir a sua colaboração. Após esclarecidos os objetivos do estudo e o seu enquadramento, estas instituições auxiliaram no contacto com os seus utentes. Os participantes foram previamente informados dos objetivos gerais do estudo e procurou-se assegurar a participação voluntária no mesmo. Além disso, também foi esclarecido o carácter confidencial das suas respostas. Em seguida, foi pedido que cada participante lesse e assinasse a declaração de consentimento informado de participação na

investigação, onde estas informações eram descritas detalhadamente (cf. Anexo 6). No sentido de alargar a amostra e alcançar mais participantes foi criada, em Fevereiro de 2013, uma versão *online* dos instrumentos com a mesma estrutura e organização da versão em papel. O *link* do questionário foi divulgado através de correio eletrónico.

Trata-se assim de um estudo com um *design* essencialmente quantitativo com recolha de dados em apenas um momento. Foram utilizados os instrumentos referenciados anteriormente que têm em conta os objetivos e hipóteses definidos. Os dados provenientes foram posteriormente codificados e sujeitos a tratamento estatístico. O *software* estatístico utilizado para a análise dos dados foi o *PASW Statistics* (versão 19, SPSS Inc, Chicago, IL).

Para além disso, procedeu-se a uma breve análise de conteúdo, salientando-se as principais categorias emergentes da questão qualitativa efetuada no questionário sociodemográfico e clínico.

3. Resultados e discussão

Neste capítulo, serão apresentados os principais resultados tendo em conta os objetivos e hipóteses do estudo definidos, no ponto anterior. Para uma maior clareza e economia de espaço, procurou-se discutir e refletir os resultados à medida que estes foram sendo apresentados, tendo em conta a revisão prévia da literatura.

3.1. Análises Descritivas

Num primeiro momento, considerou-se importante compreender de que forma a amostra do presente estudo se posiciona quanto às principais variáveis (insatisfação corporal, ansiedade, depressão, satisfação com o suporte social e autoestima global), explorando-se assim o ajustamento psicossocial dos participantes com LVM (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de frequências das variáveis insatisfação corporal, ansiedade, depressão, satisfação com o suporte social e autoestima global.

	Insatisfação Corporal	Ansiedade	Depressão	Satisfação com o Suporte Social	Autoestima Global
n	53	53	53	53	52
Média	7.83	0.78	1.01	54.21	47.13
Desvio Padrão	7.02	0.76	0.84	12.93	9.81
Mínimo	0	0	0	16	21
Máximo	28	3	4	74	60

No que diz respeito à insatisfação corporal a pontuação pode variar entre os 0 e os 30 pontos, sendo a média dos participantes de 7.83 ($DP = 7.02$), o que revela valores ligeiros² de insatisfação corporal. Importa, ainda, realçar que alguns participantes apresentaram valores bastantes significativos de insatisfação corporal ($max. = 28$). Comparando estes valores com os obtidos noutras populações clínicas que utilizaram o mesmo instrumento de avaliação, compreende-se que os lesionados vértebro medulares apresentam valores similares a uma amostra com doentes amputados [$M = 8.48, t(52) = -.67, p > .05$] (Silva, *no prelo*), de mulheres com fibromialgia [$M = 9.19, t(52) = -1.41, p > .05$] (Azevedo, 2013) e de mulheres com diagnóstico de infertilidade [$M = 8.07, t(52) = -.25, p > .05$] (Antunes, *no prelo*). Ainda assim, apesar dos valores obtidos pelos participantes do estudo serem baixos, estes indicam a presença de alguma insatisfação corporal, o que vai ao encontro dos estudos analisados anteriormente que referem a existência de uma alteração da imagem corporal (Alves & Duarte, 2010; Campos, Avoglia, Souza, Custódio & Gianelli, 2008; Galhordas, 2006; Gama, 2009; Kettl et al., 1991; Moin, Duvdevany & Mazor, 2009; Romeo, Wanlass & Arenas, 1993; Taleporos & McCabe, 2001, 2005; Woodbury & Trieschmann, 1978).

Relativamente à ansiedade e depressão, os valores podem variar entre os 0 e os 4 pontos. Como tal, neste estudo, constataram-se valores baixos de ansiedade ($M = 0.78, DP = 0.76$) e depressão ($M = 1.01, DP = 0.84$), o que indica a pouca prevalência destes sintomas na presente amostra. De facto, os valores de ansiedade e depressão obtidos no presente estudo não diferem de uma amostra da população geral [Ansiedade $M = 0.94, t(52) = -1.55, p > .05$; Depressão $M = 0.89, t(52) = 0.98, p > .05$] (Canavarro, 2007), mas são significativamente inferiores a uma amostra de pessoas com perturbações emocionais [Ansiedade $M = 1.75, t(52) = -9.30, p < .001$; Depressão $M = 1.83, t(52) = -7.12, p < .001$] (Canavarro, 2007). Assim, compreende-se que estes resultados contrariam o que vários estudos têm vindo a evidenciar (Fechio, Pacheco, Kaihama & Alves, 2009; Ferreira, 2012; Galhordas, 2006; Galhordas & Lima, 2004; Magalhães, 2005), quando revelam que a presença de ansiedade e depressão é comum no quadro de uma lesão vértebro-medular. Estes valores podem dever-se ao facto da população da presente investigação evidenciar um tempo médio de diagnóstico da lesão de 23.64 anos ($DP = 13.75$). Ou seja, a maioria dos estudos analisados anteriormente referem que há, de facto, sintomas de ansiedade e

² Nas variáveis em que não foi possível o acesso aos valores médios obtidos pela população em geral, sempre que se faz referência a valores *baixos, ligeiros ou elevados*, tomou-se como ponto médio de referência o ponto médio de cada uma das escalas analisadas (média matemática).

depressão, principalmente no período posterior à ocorrência ou diagnóstico da lesão, apesar de a investigação não ser clara quanto à sua presença e estabilidade após vários anos de diagnóstico (Cardoso, 2003). Assim, os baixos níveis de sintomas no presente estudo podem estar associados ao tempo decorrido desde o diagnóstico da lesão até ao momento atual, permitindo um reajustamento e adaptação à sua nova condição (Cardoso, 2003).

Quanto à satisfação com o suporte social percebido, compreende-se que os participantes se consideram satisfeitos com o seu suporte social evidenciando pontuações médias de 54.21 ($DP = 12.94$) num total de 75 pontos. Tendo em conta os vários fatores que compõem esta escala, nomeadamente a satisfação com os amigos ($M = 18.83$, $DP = 5.5$), com a intimidade ($M = 11.17$, $DP = 3.08$), com a família ($M = 12.09$, $DP = 3.34$) e com as atividades sociais ($M = 5.85$, $DP = 2.78$), também se verificam valores bastante elevados. De notar que os vários fatores têm valores máximos diferentes da escala original, mediante os itens considerados em cada fator (*ibidem*. Capítulo 2.2. Instrumentos). Comparando estes resultados com outras amostras clínicas em que o mesmo instrumento de avaliação foi utilizado, verifica-se que os mesmos são próximos dos obtidos com uma amostra de pessoas com diagnóstico de doença oncológica [Escala global $M = 57.12$, $t(52) = -1.64$, $p > .05$] (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003). Alguns estudos (Fechio, Pacheco, Kaihami & Alves, 2009; Ferreira, 2012; Galhordas, 2006; Galhordas & Lima, 2004; Oliveira, 2000) têm-se debruçado sobre a importância do suporte social para um melhor ajustamento dos lesionados vértebro medulares. A maioria considera esta variável como sendo um mediador fundamental para o bem-estar destes indivíduos, “amortecendo” assim o impacto emocional desta lesão e influenciando o prognóstico clínico (Alves & Duarte, 2010; Oliveira, 2000). Além disso, entendem que numa fase inicial os próprios lesionados tendem a isolar-se como uma forma de proteção, necessitando e socorrendo-se mais do suporte social numa fase posterior, sentindo-se mais satisfeitos com o mesmo (Fechio, Pacheco, Kaihami & Alves, 2009; Galhordas & Lima, 2004; Oliveira, 2000). Os resultados encontrados nesta amostra vão ao encontro destes estudos, já que, considerando o tempo médio que decorreu desde o diagnóstico da lesão nestes participantes ($M = 23.64$, $DP = 13.75$), estes estarão numa fase em que a procura do suporte social será mais elevada, bem como a sua satisfação com o suporte social percebido.

No que concerne à autoestima, verificou-se que os participantes revelam uma boa autoestima global, evidenciando pontuações médias de 47.13 ($DP = 9.81$), num máximo de 60 pontos. Ainda assim, importa salientar que existem alguns participantes com valores bastante baixos de autoestima global ($max. = 21$). Não se tem conhecimento de

investigações em que esta dimensão tenha sido analisada em participantes com LVM com recurso a esta escala, ainda assim comparando o valor aqui obtido com estudos com outras populações clínicas constata-se que estes valores não diferem de uma amostra com amputados [$M = 48.46$, $t(51) = -.97$, $p > .05$] (Silva, *no prelo*). De facto, um estudo de revisão da literatura (Galhordas & Lima, 2003) menciona que, com o surgimento da LVM, são frequentes os distúrbios emocionais, salientando a baixa autoestima como um aspeto comum. De igual forma, num estudo qualitativo, Galhordas (2006) salienta que é frequente a auto-desvalorização dos indivíduos, após a ocorrência de uma LVM. Oliveira (2000) é mais cauteloso, levantando apenas a possibilidade de a ocorrência de danos físicos ocasionar baixa autoestima. Deste modo, os resultados encontrados neste estudo contrariam a investigação desenvolvida até ao momento, revelando que, tal como no caso da sintomatologia depressiva e ansiogénica, apesar do forte impacto psicológico que uma lesão vertebro medular acarreta, o mesmo não implica necessariamente um “ataque” à autoestima e poderá estar bastante associado ao tempo decorrido da lesão. Para além disso, não temos acesso aos níveis de autoestima, depressão, ansiedade e satisfação corporal antes da ocorrência da lesão, o que nos indicaria, de facto, se houve, ou não mudança

Em suma, tendo em conta a hipótese inicialmente levantada (*HI*), que postulava que os participantes apresentariam níveis mais elevados de depressão, ansiedade, insatisfação corporal, tal como uma baixa autoestima e valores moderados de satisfação com o suporte social percebido (Alves & Duarte, 2010; Campos, Avoglia, Souza, Custódio & Gianelli, 2008; Fecho, Pacheco, Kaihami & Alves, 2009; Galhordas, 2006; Galhordas & Lima, 2004; Gama, 2009; Kettl et al., 1991; Magalhães, 2005; Oliveira, 2000; Romeo, Wanlass & Arenas, 1993; Taleporos e McCabe, 2005; Woodbury & Trieschmann, 1978), constata-se que esta foi parcialmente comprovada, salientando-se alguma insatisfação com a imagem corporal, tal como valores positivos de satisfação com o suporte social percebido.

3.2. Estatística inferencial - teste de hipóteses

Nesta secção, procura-se testar as relações entre as variáveis do estudo. Recorreu-se à estatística paramétrica, uma vez que, o número de participantes é superior a 30. No entanto, quando os pressupostos inerentes a estes testes (normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias) não foram assegurados, prosseguiu-se a análise com recurso a testes não paramétricos. Ainda assim, quando os resultados obtidos pelos dois testes foram similares, optou-se por relatar os dados dos testes paramétricos. Em todas as análises, utilizou-se como referência o nível de significância de $(\alpha) \leq 0.05$, juntamente com

as medidas de magnitude do efeito [d de Cohen e eta squared (η^2)] (Cohen, 1988). Quanto à classificação das correlações mediante a sua intensidade, seguiram-se os critérios de Cohen (1988). Apresentam-se, de seguida, os procedimentos e resultados obtidos para cada uma das hipóteses definidas no capítulo anterior (*ibidem*. Capítulo 1. Objetivos e hipóteses do estudo).

3.2.1. Relação entre as principais variáveis

A imagem corporal e a satisfação com a mesma são aspetos fundamentais para os indivíduos, tendo uma influência importante no bem-estar psicológico (Alves & Duarte, 2010; Gama, 2009; Mayer & Eisenberg, 1988). Tal como observado no ponto anterior, os lesionados vértebro-medulares, à semelhança daquilo que algumas investigações constatarem, evidenciam alguma insatisfação corporal. Desta forma, tornou-se pertinente perceber de que modo esta insatisfação poderia estar relacionada com as outras variáveis em análise (sintomatologia psicopatológica, autoestima global e satisfação com o suporte social percebido), constatando-se assim aquilo que alguns estudos (Alves & Duarte, 2010; Campos, Avoglia, Souza, Custódios, Gianelli, 2008; Galhordas & Lima, 2004; Gama, 2009; Genskow, 1968 citado por Woodbury & Trieschmann, 1978) têm vindo a apontar e, portanto, confirmando-se a hipótese formulada ($H2$).

Efetivamente foram encontradas associações bastante significativas, moderadas a fortes e no sentido esperado: quanto mais insatisfeitos com a sua imagem corporal os participantes se sentem, maiores são os níveis de ansiedade [$r(53) = .724, p < .001$] e depressão [$r(53) = .748, p < .001$] e mais baixa é a sua autoestima global [$r(52) = -.509, p < .001$] e a sua satisfação com o suporte social [$r(53) = -.509, p < .001$] (cf. Tabela 3).

Tabela 3. Correlações entre a insatisfação corporal, ansiedade, depressão, autoestima global e satisfação com o suporte social.

		Insatisfação corporal	Ansiedade	Depressão	Autoestima global	Satisfação com o suporte social
Insatisfação corporal	r. Pearson	1				
	n	53				
Ansiedade	r. Pearson	.724**	1			
	n	53	53			
Depressão	r. Pearson	.748**	.808**	1		
	n	53	53	53		
Autoestima global	r. Pearson	-.509**	-.528**	-.692**	1	
	n	52	52	52	52	
Satisfação com o suporte social	r. Pearson	-.498**	-.400**	-.602**	.434**	1
	n	53	53	53	52	53

Nota: ** valores significativos $p < .01$

Efetivamente, mudanças na imagem corporal, como as que os lesionados vértebro medulares vivenciam, com frequência estão associadas a mudanças no comportamento dos indivíduos, quer na esfera individual (relação consigo próprio), quer na esfera social (interação estabelecida com os outros) (Alves & Duarte, 2010; Campos, Avoglia, Souza, Custódio & Gianelli, 2008; Gama, 2009; Galhordas & Lima, 2004; Taleporos & McCabe, 2005). Os resultados aqui encontrados vêm reforçar esta premissa, ao confirmar que a insatisfação corporal é uma dimensão importante a considerar, podendo este indicador estar associado a uma vivência de menor autoestima global e de prevalência de sintomas de ansiedade e depressão mais elevada, na esfera individual, bem como de maior isolamento social – que poderá estar subjacente à maior insatisfação com o suporte social percebido constatado – na esfera social. Ainda assim, importa ter em atenção que estamos a falar de relações bidirecionais e, portanto, não podemos inferir relações de causalidade. Desta forma, sabemos, também que a perceção de apoio por parte dos outros, uma boa autoestima e menores níveis de sintomatologia depressiva e ansiogénica estarão associados a uma satisfação corporal mais elevada. Todavia, percebe-se que por de trás destes sintomas e sentimentos pode estar inerente uma dificuldade ou incapacidade do lesionado vértebro-medular se ajustar à sua nova imagem corporal, sendo importante uma intervenção que assente nesta dimensão (Campos, Avoglia, Souza, Custódio & Gianelli, 2008). Salienta-se, também, como pertinente o desenvolvimento de estudos longitudinais de modo a compreender melhor estas relações.

Além de explorar a relação da imagem corporal (satisfação) com as principais variáveis em estudo, considerou-se igualmente pertinente procurar perceber se a insatisfação corporal estaria de alguma forma associada a outras variáveis sociodemográficas e/ou clínicas. Procedeu-se, assim, a testes de correlação com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson*, constatando-se que a insatisfação corporal está apenas associada significativamente com a *idade de ocorrência da lesão*, apresentando uma correlação moderada. Compreende-se, então, que quando a lesão ocorre em idades mais tardias, a insatisfação corporal é maior [$r(53) = .386, p < .05$]. Ou seja, quanto mais idade a pessoa tem quando ocorre o diagnóstico da lesão vertebro-medular, maior é a insatisfação corporal dos indivíduos. Este resultado parece congruente com as perspetivas do desenvolvimento da imagem corporal, já que se verifica que, à medida que os indivíduos crescem e se desenvolvem, a consciência corporal também acompanha este processo (Schilder, 1999). Tendo, ainda, em linha de conta que o processo de desenvolvimento da identidade e estruturação do ego está intimamente relacionado com o corpo (Barbosa, 2008; Freud,

1974; Schilder, 1999), a ocorrência de uma lesão deste género irá romper com todos os padrões e crenças estruturados até então, podendo promover uma maior insatisfação com o mesmo. Acrescem, ainda, as repentinas e forçadas mudanças do estilo de vida, bem como a adaptação às novas formas de viver e se relacionar consigo próprio e com os outros.

Verificámos de igual forma que a *idade* dos participantes não está associada à insatisfação corporal [$r(53) = .202, p > .05$]. Este dado parece congruente com o mencionado, na medida em que considera que a insatisfação corporal acompanha aos indivíduos ao longo do seu desenvolvimento sendo ainda assim mais saliente no período da adolescência (Barbosa, 2008), ora tendo em conta que a idade mínima da amostra é de 21 anos percebe-se a maior homogeneidade dos valores de insatisfação corporal.

De facto, a ocorrência da lesão vértebro medular é um acontecimento que, principalmente quando ocorre de forma inesperada e súbita rompe com tudo o que os indivíduos acreditavam, detendo um forte impacto físico e psicológico (Amaral, 2009; Andrade & Gonçalves, 2007). Esta associação entre a idade de ocorrência da lesão e a insatisfação corporal levou a que se considerasse que a *causa da lesão* poderia ter aqui um importante contributo para a insatisfação corporal, uma vez que, as causas traumáticas (acidentes de viação, de trabalho, desportivo ou com projéteis de fogo) ocorrem com maior regularidade de forma súbita e totalmente inesperada (Amaral, 2009; Andrade & Gonçalves, 2007; Cardoso, 2003; Gama, 2009). Deste modo, procedeu-se a uma análise inter-sujeitos com recurso ao teste *t* para amostras independentes, de forma a averiguar se existiriam diferenças entre a média de idade de ocorrência da lesão dos participantes cuja causa da lesão foi traumática e não traumática. Com esta análise, percebeu-se que de facto há diferenças significativas [$t(51) = 5.34, p < .001$], sendo que os participantes em que a causa da lesão foi traumática ($M = 22.32, DP = 11.48$) detêm uma média de idades superior ao grupo cuja causa não foi traumática ($M = 5.32, DP = 10.42$). Este resultado vem, assim, reforçar a associação entre a idade de ocorrência da lesão com a insatisfação corporal, pois as causas traumáticas são acontecimentos súbitos que cortam radicalmente com os padrões funcionais e vivenciais dos indivíduos, dificultando, assim, um ajustamento progressivo e mais positivo à sua nova imagem corporal (Andrade & Gonçalves, 2007; Cardoso, 2003; Gama, 2009).

3.2.2. Efeito das variáveis sociodemográficas e clínicas na imagem corporal

Num estudo quantitativo de pessoas com deficiência física (incluindo lesionados vértebro-medulares), Taleporos e McCabe (2005) para além de constatarem a presença de alterações na imagem corporal (satisfação) verificaram, ainda, diferenças em termos do sexo dos participantes, tempo da lesão e severidade da mesma. Este dado levou ao terceiro objetivo deste estudo que pretendeu avaliar o efeito de algumas variáveis sociodemográficas (sexo, estado civil) e clínicas (idade da sua ocorrência, extensão e causa da LVM) na imagem corporal (satisfação) destes participantes. Quanto aos efeitos de *sexo*, contrariamente ao verificado em estudos anteriores (Taleporos & McCabe, 2005), não se constatarem diferenças a este nível no que se refere à insatisfação corporal [$t(51) = -.72, p > .05, d = -.20^3$]. Percebendo-se assim que tanto os homens ($M = 7.39, DP = 7.38$) como as mulheres ($M = 8.93, DP = 6.08$) apresentam valores similares de insatisfação corporal. No estudo de Taleporos e McCabe (2005), foram constatadas diferenças significativas em termos do sexo, sendo que as mulheres apresentavam maiores níveis de insatisfação corporal. Os dados por nós encontrados contrariam este resultado, evidenciando que a satisfação corporal é uma dimensão com crescente importância para ambos os sexos, tal como algumas investigações têm vindo a evidenciar (Barbosa, 2008). Ainda assim, considerou-se interessante tentar perceber se haveria diferenças na distribuição de homens e mulheres tendo em conta a *causa da lesão*. Procedendo-se, para tal, a um teste Qui Quadrado, observando-se uma associação significativa entre o sexo e a causa da lesão (traumáticas vs. não traumáticas) [$\chi^2(1) = 5.31, p = .029$]. Desta forma, compreendeu-se que enquanto no sexo masculino a maioria dos participantes (73.7%) tem o diagnóstico da lesão devido a causas traumáticas, no sexo feminino, a maioria (60%) das participantes tem a lesão por razões não traumáticas. Aspeto que faria prever, nesta amostra, maiores níveis de insatisfação corporal no sexo masculino, tendo em conta que as causas traumáticas se relacionam com acontecimentos súbitos e inesperados com maior impacto a este nível (Andrade & Gonçalves, 2007; Cardoso, 2003; Gama, 2009). Porém, tal como referido, não foram observadas diferenças significativas em termos do sexo, resultados que devem ser

³ De acordo com Cohen (1988), convencionou-se que os valores da magnitude do efeito (" d ") são considerados pequenos se ($0.20 \leq d < 0.50$); médios se ($0.50 \leq d < 0.80$) e grandes se ($d \geq 0.80$). No entanto, estes valores devem ser interpretados com alguma precaução já que, mais importante do que a magnitude do efeito obtida, será a sua «significância prática». Cohen prefere que o efeito observado seja comparado com efeitos previamente estabelecidos dentro de uma determinada área de investigação (valores de referência que não temos). Deste modo, por exemplo, encontrar um efeito de $d = 0.20$ quando valores tipicamente observados seriam na ordem de 0.10, por exemplo, pode indicar um efeito importante, mas será necessária mais investigação nesta área para podermos analisar estes efeitos com mais precisão.

explorados em estudos posteriores com amostras mais numerosas e equitativas em termos de sexo, uma vez que o tamanho da amostra ($n = 53$) e o menor número de participantes do sexo feminino ($n = 15$) poderão estar a condicionar estes resultados.

No que se refere ao *estado civil*, foram agrupados os participantes cujo estado civil fosse solteiro ou divorciado num grupo e os casados ou a viver em união de facto noutro grupo. À semelhança das restantes variáveis sociodemográficas consideradas até ao momento, não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas [$t(51) = 0.40, p > .05, d = 0.11$]. Este resultado não é congruente com os resultados encontrados por estudos anteriores (Rosillo & Fogel, 1971 citado por Woodbury & Trieschmann, 1978), que identificaram a proximidade com outros significativos (nomeadamente o companheiro romântico) como sendo importante para a relevância atribuída à imagem corporal. Este dado parece pertinente, pois a presença de alguém significativo pode influenciar (positiva ou negativamente) a forma como o indivíduo se sente com a sua imagem corporal, porém os dados da presente amostra não refletem esta premissa. Ainda assim, para além, do reduzido número de participantes que compõem a amostra ($n = 53$), sabemos que os indivíduos desta amostra em particular revelaram níveis de satisfação com a sua rede de apoio bastante razoáveis. Desta forma, explorou-se como é que solteiros e divorciados, tal como os casados ou que viviam em união de facto percecionavam a sua rede de suporte social. Procedendo-se a um teste t para amostras independentes constatou-se ausência de diferenças estatisticamente significativas quanto há satisfação com o suporte social entre estes dois grupos [$t(51) = -.82, p > .05, d = -.23$]. Deste modo, pode depreender-se que independentemente do estado civil os participantes têm uma boa rede de suporte social sentindo-se satisfeitos com a mesma, aspeto que pode estar na base dos resultados encontrados quanto à insatisfação com a imagem corporal.

Para analisar os efeitos da *idade de ocorrência da lesão* na imagem corporal (satisfação), recodificou-se esta variável, tendo em conta a literatura. Segundo Cardoso (2003) é frequente haver dois grupos distintos quanto à idade de ocorrência da lesão: com menos de 15 anos são raros os diagnósticos de LVM surgindo, mais frequentemente, associados a causas não traumáticas; pelo contrário, o grupo etário dos 16 aos 30 anos é onde se encontram a maioria dos diagnósticos de LVM essencialmente devidos a causas traumáticas. Deste modo, recodificou-se esta variável dividindo-se a mesma em dois grupos [menos de 15 anos (47.2%) e mais de 16 anos (52.8%)]. Procedendo-se a testes t para amostras independentes constatou-se que, de facto, existem diferenças estatisticamente significativas [$t(51) = -2.32, p = 0.025, d = -0.65$], sendo que os

participantes em que a lesão ocorreu após os 16 anos ($M = 9.86$, $DP = 7.50$) revelam valores mais elevados de insatisfação corporal do que o grupo de participantes em que a lesão decorreu antes dos 15 anos ($M = 5.56$, $DP = 5.767$). Apesar de alguns estudos anteriores (Talepores & McCabe, 2005) não encontrarem efeitos em termos da idade do diagnóstico, constatam-se valores mais elevados de insatisfação corporal nos participantes com diagnóstico mais tardio, o que vai ao encontro dos resultados aqui constatados. Estes dados parecem congruentes com a literatura, uma vez que antes dos 15 anos os adolescentes, eventualmente, ainda estão a iniciar ou não se confrontaram com a tarefa da construção da sua identidade (Erikson, 1959 citado por Costa, 2005), na qual o corpo desempenha um papel fundamental (Barbosa, 2008; Schilder, 1999). Assim, a identidade e o desenvolvimento pessoal e interpessoal são construídos *com* o corpo e *no* corpo. Pelo contrário, como já referimos, quando a lesão é mais tardia e após a juventude e adolescência, isso poderá exigir um confronto e uma (re)construção de uma identidade num “novo corpo”, o que implicará um processo de luto de um corpo que *se foi* e *se teve* e a adaptação a uma nova realidade corporal, relacional e pessoal.

Para além disso, este resultado pode também deter alguma influência do *tempo que decorreu desde a lesão*, uma vez que o grupo etário em que a lesão ocorreu antes dos 15 anos ($M = 32.68$ anos, $DP = 18.12$ anos) difere estatisticamente do grupo em que a lesão ocorreu depois dos 16 anos ($M = 15.57$ anos, $DP = 10.80$), quanto à duração da lesão [$t(51) = 4.23$, $p < .001$, $d = 1.18$]. Isto é, a diferença encontrada em termos da insatisfação corporal quanto à idade de ocorrência da lesão está, também, bastante associada à influência do tempo que decorreu desde a mesma, pois o grupo com diagnóstico de LVM antes dos 15 anos detém a lesão há mais anos do que o segundo grupo etário, permitindo assim um maior período de tempo para se adaptar à lesão e, conseqüentemente, à sua nova imagem corporal. Inclusive este resultado vem fortalecer o que alguns estudos têm mencionado sobre a importância da intervenção psicológica assente na adaptação à deficiência e no ajustamento à sua nova imagem corporal no período de reabilitação (fase mais marcante no que se refere ao reajustamento psicológico destes indivíduos), permitindo assim um (re)ajustamento progressivo e gradual à sua nova imagem, a um novo corpo (Campos, Avoglia, Souza, Custódio & Gianelli, 2008).

Tendo em conta os efeitos ao nível da *extensão da lesão* (tetraplegia e paraplegia completa e incompleta), procedeu-se a uma análise de variância confirmando-se, assim, não haver diferenças quanto à insatisfação corporal tendo em conta o nível da lesão [$F(3,49) = 1.78$, $p > .05$, $\eta^2 = 0.098$]. Apesar destes resultados, considerou-se pertinente

agrupar-se os participantes em tetraplégicos e paraplégicos, procedendo-se a um teste t para amostras independentes para explorar as eventuais diferenças na satisfação corporal. Constataram-se diferenças marginalmente significativas [$t(51) = 1.73, p = .09, d = 0.48$] o que, tendo em conta a nossa dimensão amostral teriam, certamente, outra significância (reforçado pelo valor médio da magnitude do efeito obtida) numa amostra mais numerosa. Deste modo, compreende-se que os tetraplégicos ($M = 11.44, DP = 7.78$) apresentam valores ligeiramente mais elevados de insatisfação corporal do que os paraplégicos ($M = 7.09, DP = 6.71$). Estes resultados são congruentes com investigações desenvolvidas anteriormente (Taleporos & McCabe, 2005) constatando que, de facto, pessoas com maior comprometimento a nível físico, como é o caso dos tetraplégicos, apresentam níveis de insatisfação corporal mais elevados. No seguimento deste comprometimento físico, tal como foi anteriormente observado (*ibidem*. Capítulo II Enquadramento Teórico-Conceptual) os tetraplégicos acabam por se revelar também menos independentes e ativos, aspeto que certamente estará associado à sua maior insatisfação corporal, por comparação com os paraplégicos. Este resultado vai também ao encontro das constatações de Ferreira (2012) ao observar diferenças entre paraplégicos e tetraplégicos ao nível do sentido de vida e da qualidade de vida, onde os paraplégicos apresentam valores mais positivos por comparação com os tetraplégicos.

Quanto ao efeito da *causa da lesão* na imagem corporal (satisfação), constatou-se não haver diferenças estatisticamente significativas, quer analisando as várias causas consideradas [$F(4,48) = 1.06, p < .05, \eta^2 = 0.081$], quer quando comparando participantes cuja causa foi traumática e não traumática [$t(51) = 1.56, p > .05, d = 0.44$], apesar dos participantes em que causa da lesão foi traumática ($M = 8.94, DP = 7.50$), apresentarem valores ligeiramente superiores de insatisfação corporal do que os participantes em que a causa da lesão não foi traumática ($M = 5.84, DP = 5.72$). Compreende-se, assim, que a causa da lesão não tem efeito sobre a satisfação com imagem corporal. Apesar disso, salienta-se novamente a dimensão da presente amostra ($n = 53$), podendo estes resultados, numa amostra numericamente superior, revelarem efeitos estatisticamente significativos.

Desta forma, e em jeito de conclusão, verificou-se que a terceira hipótese ($H3$) do estudo considerada foi parcialmente comprovada, constando-se valores mais elevados de insatisfação corporal nos participantes em que o diagnóstico da lesão ocorreu depois dos 16 anos, bem como ao nível da extensão apresentando-se os tetraplégicos como aqueles que se sentem mais insatisfeitos com a sua imagem corporal, por comparação com os paraplégicos. Ao nível das restantes variáveis sociodemográficas (sexo e estado civil) e

clínicas (causa da lesão) e a sua influência na imagem corporal (satisfação), não se observaram diferenças estaticamente significativas.

3.2.3. *Preditores da insatisfação corporal*

As relações encontradas anteriormente sugerem que algumas variáveis psicológicas podem constituir determinantes significativas da insatisfação corporal nos lesionados vértebro medulares. Desta forma, com base em estudos anteriores (Taleporos & McCabe, 2005) e nos resultados obtidos neste estudo⁴, pretendeu-se explorar quais seriam os melhores preditores da insatisfação corporal (*H4*), controlando-se o efeito de cada uma das variáveis independentes (VIs). Para este modelo foram consideradas então como VIs a idade de ocorrência da lesão, extensão da mesma, a sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão), o suporte social e a autoestima global. Para tal procedeu-se a uma regressão linear múltipla, com o método simultâneo (*enter*)⁵. Analisando-se os pressupostos inerentes a este teste (normalidade da distribuição dos erros, linearidade, homoscedasticidade, independência dos erros e a multicolinearidade) verificou-se que os mesmos estavam assegurados.

Verificámos que o modelo testado prediz significativamente a insatisfação corporal dos lesionados vértebro-medulares [$F(6, 45) = 14.22, p < .001$]. Constatou-se, assim, que a sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão), a satisfação com o suporte social, a autoestima global, a idade de ocorrência da lesão, tal como a extensão da mesma são responsáveis por 65.5% da variância da insatisfação corporal ($R^2 = 0.655$). Contudo, tal como se pode observar na tabela 4, apenas a ansiedade ($\beta = 1.41, p < .05$), a idade de ocorrência da lesão ($\beta = 0.177, p = 0.069$) e a extensão da lesão ($\beta = -0.153, p = 0.099$) são preditores marginalmente significativos, o que poderá estar relacionado com o tamanho da nossa amostra, pelo que serão necessários estudos posteriores que explorem estes e outros preditores em amostras mais extensas.

Deste modo, à semelhança do que se tem vindo a constatar, quanto mais elevada for a sintomatologia ansiosa, mais anos tiverem os indivíduos aquando do diagnóstico, bem como quanto mais elevada for a extensão (tetraplegia) maior é a insatisfação com a imagem corporal nos lesionados vértebro-medulares.

⁴ O critério para seleção das VIs a incluir no modelo de predição foi a obtenção de associações significativas entre essas variáveis e a insatisfação corporal.

⁵ Apesar deste teste não ser recomendado para amostras pequenas, tendo em conta o critério mínimo de 5 participantes por cada variável independente, percebe-se que o mesmo é assegurado, permitindo assim a utilização do teste com a presente amostra. Apesar disso, os resultados têm de ser utilizados com precaução (Pallant, 2010).

Tabela 4. Resultados estandardizados da regressão linear múltipla da ansiedade, depressão, autoestima global, satisfação com o suporte social, idade de ocorrência da lesão e a sua extensão.

	B	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade	3.078	0.336	2.182	0.034
Depressão	2.640	0.319	1.600	0.117
Autoestima global	-0.046	-0.065	-0.516	0.608
Satisfação com o suporte social	-0.044	-0.082	-0.717	0.477
Idade de ocorrência da lesão	0.090	0.177	1.864	0.069
Extensão da lesão	-2.81	-0.153	-1.685	0.099

Efetivamente, num estudo desenvolvido com pessoas com deficiência física Taleporos e McCabe (2005) procuram, também, explorar os melhores preditores da satisfação com a imagem corporal para homens e mulheres. Após analisar os modelos construídos pelos autores constata-se que, de facto, a idade, a severidade da deficiência, a necessidade de assistência/apoio, a autoestima, a depressão e a estima sexual explicam 23% e 38% da insatisfação com a imagem corporal nos homens e nas mulheres, respetivamente. Porém, apenas algumas variáveis são preditores significativos. Comparando com os resultados aqui obtidos, constata-se que o modelo construído pelos autores revela menor poder explicativo do que o aqui apresentado, podendo assim as variáveis psicológicas consideradas nesta investigação serem variáveis relevantes na predição da insatisfação corporal. Deste modo, percebe-se que intervenções psicológicas que assentem, fundamentalmente, na redução dos níveis de ansiedade e direcionadas principalmente para tetraplégicos e pessoas cujo diagnóstico ocorre em idades mais tardias são necessárias e importantes para promover uma maior satisfação com a imagem corporal dos indivíduos, tal como, e consequentemente, um maior bem-estar psicológico.

Salientamos, obviamente que estas são relações bidirecionais e, portanto, poderemos supor que aqueles participantes cuja insatisfação corporal é superior serão, também, aqueles que desenvolvem maiores níveis de ansiedade.

Para além destes dados, torna-se também pertinente observar a pouca significância apresentada pela autoestima global ($\beta = -0.065$, $p > .05$) e pela satisfação com o suporte social ($\beta = -0.082$, $p > .05$), uma vez que estes dados realçam a possibilidade que alguns estudos têm vindo a confirmar de que estas variáveis poderão funcionar, frequentemente, como moderadores e não preditores da insatisfação corporal (Alves & Duarte, 2010; Oliveira, 2000; Ribeiro, 2005a).

3.2.4 Significados atribuídos à lesão vértebro-medular

Este último objetivo e questão de investigação procurou *dar voz* aos participantes colhendo assim a percepção dos mesmos em torno das representações do seu “novo” corpo, particularmente dos significados atribuídos às implicações do diagnóstico da lesão vértebro-medular. A técnica de análise de informação utilizada neste ponto foi a análise de conteúdo. Segundo Bardin (2011) a análise de conteúdo define-se como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (Bardin, 2011, p.46).

Deste modo, seguindo as orientações do autor, num primeiro momento, foi efetuada uma leitura flutuante, procurando-se uma organização inicial e não estruturada dos dados. Seguiu-se a exploração do material, onde, através da codificação, se organizou o texto bruto em categorias e subcategorias (cf. Tabela 5). As unidades de análise (ou unidades de significado) consideradas foram as temáticas (palavras, frases, associados a um determinado tema) e foram distribuídas por categorias e subcategorias mutuamente exclusivas. Com o intuito de facilitar a leitura e compreensão dos resultados obtidos, estes serão apresentados com base nas principais categorias e subcategorias emergentes.

Tabela 5. Árvore de categorias construída através da análise de conteúdo dos discursos dos participantes, frequência das unidades de análise em cada categoria, bem como alguns exemplos.

Categorias e Subcategorias	Frequência das unidades de análise	Exemplo
Readaptação Profissão Mudança de profissão	6	“Após a lesão, tive a necessidade de alterar os meus estudos, estudava desporto, e ingressar noutra instituição de ensino (também noutra cidade a 30 km) para prosseguir uma carreira em informática.” (P21)
Preconceito	3	“As principais dificuldades foram ao nível do emprego visto haver um certo estigmatismo.” (P5)
Familiar	2	“Muitas mudanças na minha vida e da minha família.” (P20)

	Deficiência	3	<i>“Atualmente considero-me muito feliz, pois desenvolvo a minha vida normalmente.” (P13)</i>
Perda	Autonomia	14	<i>“A perda da independência e autonomia são das mais importantes diferenças.” (P17)</i> <i>“Essencialmente depender de terceiros para tudo e de ajudas técnicas.” (P35)</i>
	Profissional	2	<i>“Falta de dinheiro uma vez que estou desempregado.” (P2)</i>
	Estilo de vida/saúde	5	<i>“A desistência obrigatória do desporto visto que era uma das partes importantes na minha vida.” (P44)</i> <i>“Surgimento de outras complicações médicas (asma).” (P48)</i>
	Projetos	4	<i>“Muitas! Mudou totalmente a minha vida! Todos os projetos que tinha, tive de os mudar. Tive de os adaptar à minha situação.” (P14)</i>
	Poder económico	2	<i>“O impacto foi muito grande, porque deixou de entrar um ordenado na minha casa e tenho três filhos para alimentar.” (P3)</i>
	Relacionamento/sexualidade	3	<i>“Separação da minha esposa.” (42)</i> <i>“Mudanças a nível sexual.” (P24)</i>
	Vivência emocional	1	<i>“(…) na minha vida pessoal fiquei mais triste (…)” (P3)</i>
	Estigma Social (Dificuldades de integração social)	6	<i>“Muitas no emprego no dia-a-dia só ter de me mover numa cadeira de rodas já em si é difícil fora os obstáculos que aparecem à frente. As acessibilidades são muito más.” (P25)</i> <i>“(…) Problema é o que me rodeia. É a falta de oportunidade de emprego, lazer, acessibilidade, formação, etc.” (P29)</i>
Ausência de comparações	8	<i>“Uma vez que a lesão foi em tenra idade, a perceção de mudança foi reduzida.” (P18)</i>	

Tal como podemos constatar na tabela 5, quatro grandes categorias foram emergindo dos discursos dos participantes. Uma primeira categoria centrada na readaptação e ajustamento a uma nova vida e condição, centrando-se assim o discurso dos participantes no relato de mudanças que surgiram no âmbito profissional, familiar e relativas à própria deficiência. Denotou-se que estes discursos eram imbuídos de algum espírito positivo, transmitindo uma adaptação aos novos desafios que lhe foram impostos com o diagnóstico da lesão. Este dado é congruente com a perspetiva de Shontz (1990 citado por Alves & Duarte, 2010) ao mencionar que, de facto, apesar de todo o impacto negativo que uma lesão deste tipo pode acarretar a verdade é que nem sempre deficiência é vista como algo negativo. Inclusive, alguns participantes centraram o seu discurso unicamente nas mudanças positivas que a lesão promoveu na sua vida: “*A minha vida mudou completamente. Os hábitos e rotinas de vida, a profissão (reformei-me) o ciclo de amigos, as minhas prioridades...Tornei-me mais humana, acho que uma pessoa melhor!*” (P37).

Foi, no entanto, bastante saliente que, grande parte dos significados atribuídos à lesão e às suas implicações foram associados a perdas, concentrando-se nesta categoria, os discursos dos participantes que se centraram nos aspetos negativos que a lesão acarretou, designadamente: a perda de *autonomia*, como sendo aquela com maior prevalência; as perdas *profissionais* associadas com regularidade às situações de desemprego; a mudança forçada do *estilo de vida*, salientando-se aqui a impossibilidade de praticar desporto; o reajustamento de *projetos*, mencionando a necessidade de reformulação de sonhos e planos de vida em função da sua nova condição física; a perda de *poder económico* com frequência aliada à precaridade do emprego; as *dificuldades relacionais e sexuais*, relacionadas com perdas afetivas e às mudanças na vivência da sexualidade, bem como a vivência emocional, referindo-se aqui os participantes ao impacto emocional que a lesão promoveu.

Estes dados são congruentes com os encontrados por Amaral (2009) e Bampi e Guilhem (2007), onde a perda de autonomia, os sentimentos negativos, as dificuldades financeiras e profissionais, as mudanças na vida sexual e as mudanças de forma holística foram constatadas. Desta forma, Ferreira (2012), num estudo com lesionados vértebro-medulares, procurou que os participantes enumerassem as principais alterações (positivas e negativas) que ocorreram na sua vida. A análise dos resultados encontrados salientou a predominância de aspetos negativos face aos aspetos positivos. De modo semelhante, os resultados aqui encontrados refletem esta predominância sendo que, dos 53 participantes, 58.49% salientaram as perdas sentidas com a lesão face a 26.48% que centra o seu discurso em

aspectos mais positivos e de reajustamento à nova condição física. É, também, interessante constatar que as principais categorias apontadas por Ferreira (2012) emergiram neste estudo.

Uma outra representação pessoal da LVM que se salientou nos discursos destes participantes foi nomeada de “estigma social” e refere-se às dificuldades impostas pela sociedade que interferem com a adaptação do lesionado, concretamente o preconceito e discriminação inerente à condição de deficiência, bem como os obstáculos (arquitetónicos) existentes, que impedem o acesso às mais variadas dimensões sociais. Este resultado foi também destacado no estudo de Bampi e Guilhem (2007), salientando estas dimensões como bastante importantes para os indivíduos, colocando-os numa posição mais frágil devido à constante tomada de consciência da diferença e da sua condição física.

A última categoria aqui encontrada refere-se à ausência de comparações. Como vimos na descrição da amostra do estudo (*ibidem*. Capítulo 2.1. Participantes) existem alguns participantes cujo diagnóstico da lesão ocorreu em tenra idade. Deste modo, alguns destes participantes (15.09%) responderam a esta questão salientando precisamente ser “*difícil*” comparar as mudanças ocorridas, dado que cresceram com aquela realidade, inclusive um participante refere “*Eu sempre tive nesta condição por isso é difícil comparar o “antes” e o “depois” da situação.*” (P9). Ainda assim, foi interessante constatar que, apesar de vários serem os participantes nesta situação, apenas 8 responderam deste modo, sendo que os restantes, que conviveram desde cedo com esta realidade, estabeleceram algumas comparações e apontaram mudanças.

Atentando, ainda, a possíveis diferenças entre as respostas dos participantes a esta questão e a sua influência na insatisfação corporal, procedeu-se a uma codificação das suas respostas mediante as grandes categorias aqui identificadas (readaptação, perda, estigma social e ausência de comparações). Procedendo-se ao teste Kruskal-Wallis, constatou-se haver diferenças marginalmente significativas ao nível da insatisfação corporal nos indivíduos em função das suas respostas sobre como vivem e viveram as mudanças do seu corpo [$\chi^2(3) = 7.525, p = 0.057$] (cf. Tabela 6).

Testes de Mann-Whitney evidenciaram diferenças entre os participantes cuja resposta se centrou na perda e os que mencionavam ausência de comparações ($u = 32, p = 0.005$), bem como entre estes últimos e o grupo cuja resposta se enquadrava na primeira categoria (readaptação) ($u = 20, p = 0.051$). Ou seja, o grupo de participantes que não estabelece comparações, ao nível da resposta qualitativa, apresenta menores índices de insatisfação

corporal, por comparação com os participantes cujas representações deste acontecimento se centram na readaptação e nas perdas. Este resultado parece corroborar os resultados encontrados neste estudo, levando-nos a considerar que o *tempo da lesão* será, de facto, uma variável explicativa importante, dado que os participantes que não mencionam comparações detêm a lesão desde muito jovens, permitindo assim que estes estejam mais adaptados à sua condição física (Amaral, 2009; Cardoso, 2003).

Tabela 6. Diferenças ao nível da insatisfação corporal em função dos significados atribuídos às mudanças do seu corpo.

	Que significados atribuem às mudanças do seu corpo				χ^2 (3)
	Readaptação	Perda	Estigma social	Ausência de comparações	
	Ordem média	Ordem média	Ordem média	Ordem média	
Insatisfação Corporal	27.77	27.70	21.58	13.00	7.525*

* $p = 0.057$

Em suma, tendo em conta que o nosso objetivo de investigação (ponto 5) procurava perceber como é que os participantes vivenciam (e vivenciaram) as mudanças do seu corpo, compreende-se que, se por um lado uma grande percentagem de participantes centra o seu discurso ao nível das perdas que esta lesão acarretou, existem alguns que mencionam de forma mais positiva as mudanças ocorridas. Estes dados vão ao encontro da recente visão de que um acontecimento mais negativo, uma crise ou adversidade, como o é o diagnóstico de uma lesão deste género, não tem necessariamente de ter atribuições negativas, podendo conduzir ao desenvolvimento de atribuições e significados positivos, tal como fazer emergir algumas “forças” humanas (Guerra, 2010). Ainda em menor número, mas não menos importante, surgiram também as dificuldades da integração social, relembrando assim a importância que a sociedade detém no impacto individual do lesionado. Deste modo, estes resultados sugerem a importância de intervenções psicológicas que assentem na promoção de sentimentos mais positivos, reenquadrando de forma construtiva a vivência do seu novo corpo, para além disso, parece também relevante intervenções de índole social, permitindo uma maior aceitação da pessoa deficiente, bem como fomentando maiores acessos às mesmas.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Libertei ali sozinho toda a tensão acumulada, todos os meus medos, as minhas dúvidas. Percebi que sozinho não ia conseguir. Tinha de falar com alguém. Tinha de partilhar a minha dor. Fazer perguntas. Exigir respostas. Traçar objetivos.” (Paisana & Almeida, 2008, p. 28)

Como podemos observar na presente citação, toda a vivência emocional e psicológica é transposta para o mundo através do nosso corpo. Assente nesta premissa, bem como considerando que a vivência positiva da corporeidade é fundamental para o bem-estar dos indivíduos, o principal objetivo deste estudo prendia-se com uma compreensão mais clara do impacto que uma LVM tem ao nível da experiência corporal, bem como de que modo estas mudanças têm repercussões no ajustamento psicossocial do indivíduo lesionado. Tal como podemos constatar, os resultados aqui encontrados revelaram que, de facto, há uma insatisfação com a imagem corporal nos lesionados vértebro-medulares, embora não muito elevada. Para além disso, observou-se que quanto mais insatisfeitos os participantes se sentiam com a imagem corporal, mais sintomas de ansiedade e depressão apresentavam, bem como uma baixa autoestima global e menor satisfação com o suporte social percebido. De modo semelhante, constatou-se que a idade de diagnóstico da lesão está associada à imagem corporal, sendo que quanto mais tardio for o diagnóstico maior é a insatisfação corporal dos indivíduos. Tendo em conta os efeitos de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas constataram-se valores superiores de insatisfação corporal nos lesionados em que o diagnóstico da lesão ocorreu depois dos 16 anos, bem como nos tetraplégicos. De acordo com o modelo preditor realizado verificou-se que a sintomatologia psicopatológica (ansiedade), a idade de ocorrência da lesão, tal como a extensão da mesma são as variáveis que melhor predizem a insatisfação com a imagem corporal. A readaptação e ajustamento a uma nova vida/condição, as perdas como sendo os aspetos mais negativos que a lesão acarretou, as dificuldades de integração social e ausência de comparações foram os aspetos mais salientes dos discursos dos participantes, constatando-se, ainda, uma prevalência dos aspetos negativos face os aspetos positivos, como o ajustamento e readaptação.

Desta forma, os resultados aqui encontrados vêm reforçar a importância da satisfação com a imagem corporal, como sendo uma dimensão importante para o indivíduo, que influencia amplamente a sua adaptação e ajustamento à LVM. Inclusive, tal como Campos, Avoglia, Souza, Custódio e Gianelli (2008) referem, com o diagnóstico de LVM o

indivíduo fica, frequentemente, “preso” à imagem do que era antes da lesão, aspeto que compromete o ajustamento à sua nova condição física.

Assim, do ponto de vista clínico salienta-se como pertinente o desenvolvimento de intervenções psicológicas que promovam sentimentos positivos, reenquadrando de forma construtiva a vivência do “novo” corpo, facilitando os processos de adaptação e ajustamento à lesão e, conseqüentemente, à sua nova imagem corporal. De modo semelhante, são também importantes intervenções que atuem ao nível da educação e prevenção (intervenções primárias) direcionadas para a autoestima e para a sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão), promovendo uma melhor relação destas pessoas com o seu próprio corpo. Salienta-se como também fundamental o contexto relacional, sendo relevante estimular estes indivíduos para o recurso à rede de suporte social, tal como uma maior satisfação com a mesma.

Por outro lado, tendo em conta que há uma maior incidência desta lesão em homens e em idades precoces, associada muitas vezes a comportamentos de risco (acidentes desportivos, de viação, entre outras), salienta-se como fundamental o desenvolvimento de intervenções de prevenção, por forma a prevenir a ocorrência desta lesão.

Serão também importantes intervenções de cariz social, podendo as mesmas facilitar a integração social do lesionado, bem como repercutir-se num melhor ajustamento do ponto de vista individual. Salienta-se aqui a necessidade de sensibilizar a população para a igualdade de direitos e acessibilidades, sendo também fulcral a reflexão em torno dos espaços públicos e as barreiras diárias colocadas a esta população.

Os profissionais de saúde envolvidos nos processos de reabilitação poderão, também, deter aqui um importante papel, uma vez que lidam de perto e diariamente com os lesionados precisamente no período mais frágil, o momento da recuperação, podendo ser pertinente a sensibilização destes profissionais para a importância da imagem corporal. De modo semelhante, salientam-se os profissionais da área do desporto, uma vez que podem também influenciar positivamente a (re)adaptação ao novo corpo, pela promoção de sensações corporais agradáveis.

Em Portugal tem sido pouca a investigação levada a cabo com a população com LVM, sendo que no que concerne à principal variável aqui considerada (imagem corporal) é notória uma grande lacuna em termos de investigação (são exceções o estudo de Campos, Avoglia, Souza, Custódio & Gianelli, 2008; Galhordas 2006; Galhordas & Lima, 2004). Assim sendo, espera-se que este estudo seja “motor” de futura investigação com esta população clínica, assumindo-se como inovador e relevante.

Contudo, apesar de representar um contributo na área da deficiência física e da imagem corporal, é importante salientar que esta investigação apresenta algumas limitações. Não menosprezando os resultados encontrados, entende-se que a primeira e mais relevante limitação do estudo se prende com o tamanho da amostra e o método de amostragem, tendo como consequência a pouca representatividade da mesma. Importa, ainda, salientar algumas características da amostra, dado que a maioria tem paraplegia (nível de lesão com menor impacto físico), existe uma menor representatividade do sexo feminino, bem como o tempo médio desde o diagnóstico da lesão é elevado, aspetos que poderão estar na base de alguns dos resultados aqui obtidos. A par disso, considera-se que poderia ter sido interessante considerar outras variáveis psicológicas, concretamente a presença de acompanhamento psicológico. Apesar desta questão ter sido incluída no questionário sociodemográfico, poucos participantes usufruíam deste acompanhamento não permitindo assim estabelecer comparações. Além disso, denotou-se a dificuldade de comparações dos resultados alcançados, dada a escassez de dados a nível nacional relativamente a amostras com LVM e a ausência de um grupo de controlo, que nos permitiria contrapor resultados numa população não-clínica. O facto de não existirem instrumentos validados para a população com LVM e, portanto, uma menor sensibilidade das medidas utilizadas, concretamente para a avaliação da satisfação com a imagem corporal, poderá ter condicionado, de alguma forma, os resultados. Ainda assim, a utilização da presente bateria de instrumentos revelou que estas eram medidas válidas e confiáveis para esta população sendo, sendo por isso, importante continuar a explorar a sua utilidade e consistência noutras amostras mais diversificadas e extensas. De modo equivalente salienta-se o facto deste estudo se ter debruçado apenas numa dimensão da imagem corporal a (in)satisfação, podendo ser útil futuramente analisar outras dimensões da imagem corporal nesta população.

Importa, ainda, aludir algumas recomendações para futuras investigações. Por um lado, parece pertinente o estudo destas variáveis em amostras de dimensão superior e mais heterogéneas, de modo a extraírem-se conclusões mais fidedignas e generalizáveis para esta população clínica; por outro lado, a existência de um grupo de controlo seria pertinente, para uma melhor perceção e comparação dos resultados obtidos nas variáveis exploradas. Urge também a necessidade de tradução e validação e mesmo de construção de instrumentos junto desta população clínica, dadas as lacunas sentidas a este nível. Para além disso, seria pertinente compreender melhor a vivência corporal destes indivíduos, através de análises qualitativas mais aprofundadas, reforçando (inclusive) a importância

que a imagem corporal pode deter para a sua recuperação clínica, como alguns estudos qualitativos foram apontando (Campos, Avoglia, Souza, Custódio & Gianelli, 2008; Galhordas, 2006; Galhordas & Lima, 2004). Neste seguimento, a necessidade do desenvolvimento de estudos longitudinais e ecológicos (com outros significativos) com esta população clínica seria igualmente importante, de modo a compreender-se melhor as relações aqui constatadas. Seria, também, interessante entender melhor a influência de aspetos socioculturais ao nível da satisfação com a imagem corporal em pessoas com deficiência física, uma vez que a forma como cada sociedade encara a deficiência física influencia amplamente a forma como o lesionado encara a sua diferença.

Em suma, espera-se ter respondido a varias questões e ter levantado muitas mais, percebendo-se que, apesar das evidências empíricas do forte impacto psicológico que esta lesão acarreta, ainda muito há a fazer nesta área, principalmente tendo em conta o contexto Português.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, M. L. T., & Duarte, E. (2010). Relação entre a imagem corporal e a deficiência física: uma pesquisa bibliográfica. *Revista Digital - Buenos Aires*, 143, 15.
- Amaral, M. T. M. P. (2009). Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após a lesão medular. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 43 (3), 573-580.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrade, M. I., & Gonçalves, F. (2007). Lesão medular traumática: recuperação neurológica e funcional. *Ata Med Port*, 20, 401-406. Retrieved from: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/5/401-406.pdf>
- Antunes, R. N. A. (no prelo). *A imagem corporal na infertilidade: a Infertilidade no feminino* (Tese de Mestrado), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Azevedo, Â. S., & Faria, L. (2004). A auto-estima no ensino secundário: validação da Rosenberg Self Esteem Scale. In C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Avaliação Psicológica: formas e contextos X conferência internacional* (pp. 415-421). Braga: Psiquilíbrios.
- Azevedo, M. D. (2013). *A dor vivida num corpo crónico* (Tese de Mestrado), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Bampi, L., & Guilhem, D. (2007). *Percepção de qualidade de vida de pessoas com lesão medular traumática: Uma forma de estudar a experiência da deficiência* (Tese de Doutoramento), Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasil.
- Barbosa, M. R. (2001). *A vinculação aos pais e a imagem corporal de adolescentes e jovens* (Tese de mestrado), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

- Barbosa, M. R. (2008). *Contextos relacionais de desenvolvimento e vivência corporal* (Tese de Doutorado), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Barbosa, R., Matos, P. M., & Costa, M. E. (2008). O corpo falado pelos jovens adultos. *Psicologia, Educação e Cultura, 13* (2), 379-402.
- Barbosa, M. R., Matos, P. M., & Costa, M. E. (2011a). Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. *Psicologia & Sociedade, 23* (1), 24-34.
- Barbosa, R., Matos, P. M., & Costa, M. E. (2011b). O corpo e os afetos: a família e a vivência corporal. In M. E. Costa, P. M. Matos, & C. Duarte (Eds.), *Famílias: questões de desenvolvimento e intervenção* (pp. 37-57). Porto: Livpsic
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Benrud-Larson, L. M., Heinberg, L. J., Boling, C., Reed, J., White, B., Wigley, F. M., & Haythornthwaite, J. A. (2003). Body image dissatisfaction among women with scleroderma: extent and relationship to psychosocial function. *Health Psychology, 22* (2), 130-139. doi: 10.1037/0278-6133.22.2.130
- Braunstein, F., & Pépin, J. F. (1999). *O lugar do corpo na cultura ocidental*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Burt, A. A. (2004). (iii) The epidemiology, natural history and prognosis of spinal cord injury. *Current Orthopaedics, 18*, 26–32. doi: 10.1016/j.cuor.2004.01.001
- Campana, A. N. N. B., & Tavares, M. C. G. C. F. (2009). *Avaliação da imagem corporal: instrumentos e diretrizes para a pesquisa*. São Paulo: Phorte Editora.
- Campos, M. T., Avoglia, H. R. C., Souza, F. Y., Custódio, E. M., & Gianelli, M. (2008). A imagem corporal de indivíduos com paraplegia não congênita: um estudo exploratório. In I. Leal, J. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Intervenção em psicologia e saúde: actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 439-442). Porto: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, J. (2000). Adaptação psicológica à lesão vértebro-medular: da centralidade da doença à centralidade do sujeito. In J. Ribeiro, I. Leal & M. Dias (Eds.), *Psicologia da saúde nas doenças crónicas: actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 401-408). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Cardoso, J. M. S. (2003). *Sexualidade masculina pós-lesão vertebro-medular* (Dissertação de Doutoramento), Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and change*. New York: The Guilford Press.
- Cash, T.F., Theriault, J., & Annis, N.M. (2004). Body Image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*, 89-103.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Costa, M. E. (2005). *À procura da intimidade*. Porto: Edições ASA.
- Defino, H. L. A. (1999). Trauma Raquimedular. *Medicina, Ribeirão Preto, 32*, 388-400.
- Derogatis, L. R., & Lazarus, L. (1994). SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In M. E. Maruish (Eds.), *The use of Psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 217-248). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine, 13*, 595-605.

- Duchnick, J. J., Letsch, E. A., & Curtiss, G. (2009). Coping effectiveness training during acute rehabilitation of spinal cord injury/dysfunction: a randomized clinical trial. *Rehabilitation Psychology, 54* (2), 123-132. DOI: 10.1037/a0015571
- Edwards, C., & Imrie, R. (2003). Disability and bodies as bearers of value. *Sociology, 37* (2), 239-256. doi: 10.1177/0038038503037002002
- Faria, F. (2006). Lesões vértebro-medulares: a perspectiva da reabilitação. *Revista Portuguesa de Pneumologia, 12* (1), 45-53.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica, 23* (4), 361-371.
- Faria, L., & Silva, S. (2000). Efeitos do exercício físico na promoção do auto-conceito. *Psychologica, 25*, 25-43.
- Fechio, M. B., Pacheco, K. M. D. B., Kaihama, H. N., & Alves, V. L. R. (2009). Artigo de revisão: A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. *Acta Fisiátrica, 16* (1), 38-42.
- Ferreira, M. (2012). *Adaptação à lesão vertebro-medular: influência da felicidade, sentido de vida, suporte social, depressão e coping na qualidade de vida* (Tese de Mestrado), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Frank, G. (1988). Beyond stigma: visibility and self-empowerment of persons with congenital limb deficiencies. *Journal of Social Issues, 44* (1), 95-115.
- Freud, S. (1974). *O Ego e o Id*. Rio de Janeiro: Imago.
- Galhordas, J. (2006). Impacto psicológico da lesão vértebro-medular. *Cidade Solidária, 66-70*. Retrieved from: http://ww3.scml.pt/media/revista/rev_15/Lesao_vert_medular.pdf
- Galhordas, J. G., & Lima, P. A. T. (2004). Aspectos psicológicos na reabilitação. *Re(habilitar) – Revista da ESSA, 0*, 35-47. Retrieved from: http://www.essa.pt/revista/docs/n_0/re04_0_5.pdf

- Galhordas, J., Lima, P., & Encarnação, T. (2007). Marte: da agressividade ao amor: a compreensão da agressividade nas pessoas com lesão vértebro-medular. *Análise psicológica*, 4 (25), 603-611.
- Gama, R. M. (2009). *A actividade física no processo de reabilitação de pessoas com lesão vértebro-medular: estudo exploratório longitudinal de pessoas atendidas no hospital universitário Getúlio Vargas – Manaus (Amazonas)* (Tese de Mestrado), Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.
- Garrett, A., Teixeira, Z., & Martins, F. (s.d.). Modelo transaccional do stress: período que antecede ao reinício da sexualidade do lesionado vértebro-medular. Retrieved from: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/448/1/222-228FCHS04-14.pdf>
- Guerra, M. (2010). *Humanismo Revisitado e Psicologia Positiva: Contributos para Psicologia da Saúde* (Prova de Agregação). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Hampton, N. Z. (2008). The affective aspect of subjective well-being among Chinese people with and without spinal cord injuries. *Disability and Rehabilitation*, 30 (19), 1473-1479.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37, 189-197.
- Introdução à lesão medular (s.d.). Retrieved from: http://ww4.scml.pt/media/cmra/2010/folhetos/lvm/cap_a.pdf
- Instituto Nacional de Estatística (2010). *Anuário estatístico de Portugal 2009* [versão online]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Anuário estatístico da região norte 2010* [versão online]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jansen, M. P., Hirsh, A. T., Molton, I. R., & Barner, A. M. (2009). Sleep problems in individuals with spinal cord injury: frequency and age effects. *Rehabilitation Psychology*, 54 (3), 323-331. doi: 10.1037/a0016345

- Kettl, P., Zarefoss, S., Jacoby, K., Garman, C., Hulse, C., Rowley, F., Corey, R., Sredy, M., Bixler, E., & Tyson, K. (1991). Female sexuality after spinal cord injury. *Sexuality and Disability, 9* (4), 287-295.
- Kirshblum, S. C., Waring, W., Biering-Sorensen, F., Burns, S. P., Johansen, M., Schmidt-Read, M., Donovan, W., Graves, D. E., Jha, A., Jones, L., Mulcahey, M. J., & Krassioukov, A. (2011). Reference for the 2011 revision of the international standards for neurological classification of spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine, 34* (6), 547-554.
- Lequerica, A. H., Forchheimer, M., Albright, K. J., Tate, D. G., Duggan, C. H., & Rahman, R. O. (2010). Stress appraisal in women with spinal cord injury: supplementary findings through mixed methods. *International Journal of Stress Management, 17* (3), 259-275. doi: 10.1037/a0019716
- Magalhães, I. M. B. (2005). *Influência da actividade física na sexualidade de indivíduos com lesão vértebro-medular* (Tese de mestrado), Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, Porto.
- Martins, A. C., & Ribeiro, J. L. P. (2008). Relação entre variáveis socio-demográficas, clínicas, relacionadas com a cadeira de rodas, suporte social e auto-eficácia com a felicidade subjectiva dos utilizadores de cadeira de rodas. In I. Leal, J. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Intervenção em psicologia e saúde: actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 89-93). Porto: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Martins, F., Freitas, F., Martins, L., Dartigues, J. F., & Barat, M. (1998). Spinal cord injuries – epidemiology in Portugal's central region. *Spinal Cord, 36*, 574-578.
- Mayer, J. D., & Eisenber, M. G. (1988). Mental representation of the body: stability and change in response to illness and disability. *Rehabilitation Psychology, 33* (3), 155-171.
- Middleton, P.M., Davies, S.R., Anand, S., Reinten-Reynolds, T., Marial, O., & Middleton, J.W. (2012). The pre-hospital epidemiology and management of spinal cord injuries in New South Wales: 2004–2008. *Injury, Int. J. Care Injured, 1-6*. doi: 10.1016/j.injury.2011.12.010

- Moin, V., Duvdevany, I., & Mazor, D. (2009). Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability. *Sex Disabil*, 27, 83-95. doi: 10.1007/s11195-009-9112-5
- Moreira, H., Silva, S., Marques, A., & Canavarro, M. C. (2010). The Portuguese version of the Body Image Scale (BIS): Psychometric proprieties in a sample of breast cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 11-118. doi: 10.1016/j.ejon.2009.09.007
- Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 4 (18), 437-453.
- Paisana, A., & Almeida, S. M. (2008). *Salvador: Ser feliz assim*. Lisboa: Editora Livros do Brasil.
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS*. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Paterson, K., & Hughes, B. (1999). Disability studies and phenomenology: the carnal politics of everyday life. *Disability & Society*, 14 (5), 597-610.
- Patifão, I., Maroco, J., & Leal, I. (2006). Validação do BSI numa amostra portuguesa de mulheres com cancro da mama. In I. Leal, J. P. Ribeiro, & S. N. Jesus (Eds.), *Saúde, bem-estar e qualidade de vida: actas do 6º congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 395-399). Faro: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Rechineli, A., Porto, E. T. R., & Moreira, W. W. (2008). Corpos deficientes, eficientes e diferentes: uma visão a partir da educação física. *Rev. Bras. Ed. Esp., Marília*, 14 (2), 293-310.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558.
- Ribeiro, A. (2005a). *O corpo que somos: aparência, sensualidade, comunicação*. Cruz Quebrada: Casa das Letras.
- Ribeiro, J. L. P. (2005b). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.

- Ribeiro, J. L. P. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Ribeiro, J. L. P., & Ponte, A. C. S. (2009). Propriedades métricas da versão portuguesa da escala de suporte social do MOS (MOS Social Support Survey) com idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças, 10* (2), 163-174.
- Romeo, A. J., Wanlass, R., & Arenas, S. (1993). A profile of psychosexual functioning in males following spinal cord injury. *Sexuality and Disability, 11* (4), 269-276.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. Malabar: Krieger Publishing Company.
- Santos, C. S. V. B., Ribeiro, J. P., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças, 4* (2), 185-204.
- Sbicigo, J. B., Bandeira, D. R., & Dell'Anglio, D. D. (2010). Escala de autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF, 15* (3), 395-403.
- Silva, M. S. (no prelo). *A imagem corporal na amputação: relação com a depressão, a ansiedade, a satisfação com o suporte social e a autoestima global* (Tese de Mestrado), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Serra, A. V. (1986). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica, 7* (2), 57-66.
- Shindler, P. (1999). *A imagem do corpo: as energias construtivistas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.
- Staas, W. E., Formal, C. S., Gershkoff, A. M., Freda, M., Hirschwald, J. F., Miller, G. T., Forrest, L., & Burkhard, B. A. (1992). Reabilitação do paciente com traumatismo raquimedular. In J. DeLisa (Ed.), *Medicina de reabilitação: princípios e prática* (vol. II, pp. 735-762). São Paulo: Manole.
- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2001). The impact of physical disability on body esteem. *Sexuality and Disability, 19* (4), 293-308.

- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2005). The relationship between the severity and duration of psysical disability and body esteem. *Psychology and Helth*, 20 (5), 637-650. doi: 10.1080/0887044042000334733
- Tate, D. G., Forchheimer, M., Maynard, F., Davidoff, G., & Dijkers, M. (1993). Comparing two measures of depression in spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 38 (19), 53-61.
- United Spinal Association (s.d.). What is sci/d? Retrieved from: <http://www.spinalcord.org/what-is-spinal-cord-injury-and-disease/>
- Woodbury, B., & Trieschmann, R. B. (1978). Psychological adjustment to spinal cord injury: a literature review and evaluation. *Rehabilitation Psychology*, 25 (3), 115-163.
- Znoj, H. J., & Lude, P. (2002). Regulation of emotion and psychological symptoms in people with spinal cord injury. *Swiss Journal of Psychology* 61 (4), 203–210.

ANEXOS

Anexo 1. Questionário sociodemográfico e clínico

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E
PSICOSSOCIAL**

Data:			
-------	--	--	--

Nº Questionário:			
------------------	--	--	--

1) Este questionário foi preenchido pelo:

Participante

Com apoio do administrador

2) Sexo: Masculino Feminino

3) Idade: _____

4) N.º de irmãos: _____

5) Estado Civil:

Solteiro (a)

União de facto

Casado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

6) Local de residência: _____

7) Com quem reside (agregado familiar): _____

8) Profissão: _____

9) Habilitações académicas (completas):

Analfabeto (a)

1º Ciclo – instrução primária completa

2º Ciclo – 6º ano

3º Ciclo – 9º ano

Secundário – 12º ano

Universitário/Bacharelato

10) Família

Habilitações académicas (completas):

Analfabeto (a)

Pai

Mãe

- 1º Ciclo – instrução primária completa
- 2º Ciclo – 6º ano
- 3º Ciclo – 9º ano
- Secundário – 12º ano
- Universitário/Bacharelato

Profissão:

Pai _____ Mãe _____

11) Que idade tinha quando ficou lesionado(a)? _____

12) Qual a causa da lesão:

- Acidente de viação
- Acidente de trabalho
- Acidente desportivo
- Ferimento com projéteis de fogo
- Doença
- Outra. Qual? _____

13) Qual o nível da sua lesão:

- Tetraplegia ou Paraplegia
- Completa ou Incompleta

14) Está em processo de reabilitação?

- Sim
- Não

Se sim:

14.1. Quantas vezes por semana tem tratamentos? _____

14.2. Costuma comparecer aos tratamentos acompanhado por alguém? (indique o grau de parentesco de quem o acompanha se for o caso) _____

14.3. Como classifica o acesso e deslocação aos tratamentos?

1	2	3	4	5
Nada acessível				Muito acessível

15) Utiliza algum apoio físico (ex. cadeira de rodas):

Sim

Não

15.1. Em que medida considera importante para o seu bem-estar o uso de algum apoio físico? (responda quer utilize ou não algum apoio físico)

1	2	3	4	5
Nada importante				Muito importante

16) Possui algum apoio económico?

Sim

Não

17) Possui algum tipo de apoio psicológico?

Sim Há quanto tempo? _____

Não

17.1. Qual o grau de importância que atribui ao apoio psicológico tendo em conta a sua situação? (responda quer esteja a ser acompanhado/a ou não)

1	2	3	4	5
Nada importante				Muito importante

18) Possui alguma doença ou lesão (além da lesão vertebro-medular)?

Não

Sim Qual? _____

19) O que significou para si ter uma lesão vertebro medular? Que mudanças teve na sua vida?

Anexo 2. Escala da Imagem Corporal – BIS (Moreira & Canavarro, 2007)

Escala de Imagem Corporal – BIS

Versão original: P. Hopwood (2000);

Versão Portuguesa: H. Moreira & M. C. Canavarro (2007)

Neste questionário ser-lhe-ão colocadas algumas questões acerca da forma como se sente em relação ao seu corpo e acerca de algumas mudanças que podem ter ocorrido como resultado da sua doença e dos tratamentos a que foi submetido(a).

Por favor, leia cada questão cuidadosamente e assinale a resposta que considerar mais adequada e que melhor corresponder à forma como se tem sentido na **última semana**.

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
Tem-se sentido constrangido(a) ou inibido(a) com a sua aparência?	0	1	2	3
Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à lesão vértebro-medular e ao tratamento?	0	1	2	3
Tem-se sentido insatisfeito(a) com a sua aparência quando está vestido(a)?	0	1	2	3
Tem-se sentido menos masculino/feminino por causa da lesão vértebro-medular ou do tratamento?	0	1	2	3
Teve dificuldade em olhar para o seu corpo nu(a)?	0	1	2	3
Tem-se sentido menos atraente sexualmente como resultado da sua lesão vértebro-medular ou tratamento?	0	1	2	3
Evitou encontrar-se com pessoas devido à forma como se sentia em relação à sua aparência?	0	1	2	3
Tem sentido que o tratamento deixou o seu corpo “menos completo”?	0	1	2	3
Sentiu-se insatisfeito(a) com o seu corpo?	0	1	2	3
Tem-se sentido insatisfeito(a) com a aparência da sua cicatriz? (se aplicável)	0	1	2	3

Anexo 3. Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (Canavarro, 1995)

Brief Symptom Inventory (BSI)

Versão original: L.R. Derogatis, 1993

Versão Portuguesa: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que, por vezes, as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado(a) pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
Nervosismo ou tensão interior	1	2	3	4	5
Pensamentos de acabar com a vida	1	2	3	4	5
Ter um medo súbito sem razão para isso	1	2	3	4	5
Sentir-se sozinho	1	2	3	4	5
Sentir-se triste	1	2	3	4	5
Não ter interesse por nada	1	2	3	4	5
Sentir-se atemorizado	1	2	3	4	5
Sentir-se sem esperança perante o futuro	1	2	3	4	5
Sentir-se em estado de tensão ou aflição	1	2	3	4	5
Ter ataques de terror ou pânico	1	2	3	4	5
Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	1	2	3	4	5
Sentir que não tem valor	1	2	3	4	5

Anexo 4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999)

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS)

Versão original: Ribeiro (1999)

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco números. Marque um círculo à volta do número que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar 1, se acha que nunca pensa isso deverá marcar o número 5.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	1	2	3	4	5
Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	1	2	3	4	5
Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	1	2	3	4	5
Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	1	2	3	4	5
Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	1	2	3	4	5
Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	1	2	3	4	5
Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	1	2	3	4	5
Gostava de participar mais em atividades de organizações (ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	1	2	3	4	5
Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	1	2	3	4	5
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	1	2	3	4	5

Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	1	2	3	4	5
Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	1	2	3	4	5
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	1	2	3	4	5
Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	1	2	3	4	5
Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	1	2	3	4	5

Anexo 5. Questionário de Autoestima Global (Faria, 2000)

Questionário de Auto-Estima Global

Versão Original: Rosenberg (1965)

Versão portuguesa: Luísa Faria (2000)

Segue-se uma lista de afirmações respeitantes ao modo como se sente em relação a si próprio(a). À frente de cada uma destas assinale com uma cruz (X), na respetiva coluna, a resposta que mais se adequa ao seu caso.

	Concordo totalmente	Concordo	Concordo parcialmente	Discordo Parcialmente	Discordo	Discordo totalmente
Globalmente estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	1	2	3	4	5	6
Por vezes, penso que não valho nada.	1	2	3	4	5	6
Sinto que tenho um bom número de qualidades.	1	2	3	4	5	6
Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas.	1	2	3	4	5	6
Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	1	2	3	4	5	6
Por vezes sinto-me de facto um(a) inútil.	1	2	3	4	5	6
Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.	1	2	3	4	5	6
Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	1	2	3	4	5	6
Em termos gerais inclino-me a achar que sou um(a) falhado(a).	1	2	3	4	5	6
Adoto uma atitude positiva perante mim próprio(a).	1	2	3	4	5	6



Questionário de investigação

Este questionário foi elaborado com vista à realização de um estudo científico, inserido no Mestrado Integrado em Psicologia, que visa compreender o impacto das alterações corporais ao nível psicológico e social.

Não há respostas certas ou erradas; a resposta adequada será aquela que melhor descrever o que pensa e sente em relação às questões. As perguntas podem fazê-lo/a pensar sobre si, mas o questionário não faz nenhum julgamento de valor. Todas as respostas são **anónimas e confidenciais**, não havendo qualquer associação entre as respostas e a pessoa que respondeu.

Esta investigação irá basear-se na sinceridade das suas respostas. A sua participação é muito importante. Por favor responda a **todas** as perguntas, com **calma, consciência e sinceridade**.

No final do preenchimento, verifique, por favor, se respondeu a todas as questões.

Agradecemos, desde já, a sua disponibilidade e colaboração!

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Este questionário foi elaborado com vista à realização de um estudo científico, inserido no Mestrado Integrado em Psicologia, que tem como objetivo compreender o impacto de alterações corporais ao nível psicológico e social.

Eu, abaixo-assinado, _____
_____, compreendi a explicação que me foi fornecida e da investigação que se
tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as
perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a
informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios
previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o
direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como
efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o inquérito proposto pelo investigador.

Data: ____ / ____ / 20__

Assinatura do voluntário: _____

O Investigador principal:

Nome: Filipa Costa

Assinatura: Filipa Costa

Caso pretenda receber feedback da investigação na qual está a participar disponibilize o
seu email nesta página.

Email: _____

Esta página foi deixada propositadamente em branco