



Mariana Ferreira

**ADAPTAÇÃO À LESÃO VERTEBRO-MEDULAR: INFLUÊNCIA DA
FELICIDADE, SENTIDO DE VIDA, SUPORTE SOCIAL,
DEPRESSÃO E COPING NA QUALIDADE DE VIDA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
2012

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**ADAPTAÇÃO À LESÃO VERTEBRO-MEDULAR: INFLUÊNCIA DA
FELICIDADE, SENTIDO DE VIDA, SUPORTE SOCIAL, DEPRESSÃO E *COPING*
NA QUALIDADE DE VIDA**

Mariana Ferreira

Junho 2012

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Marina
Prista Guerra*** (F.P.C.E.U.P.).

Agradecimentos

À Professora Doutora Marina Prista Guerra, orientadora deste estudo, pelo acompanhamento e apoio prestado ao longo da realização do mesmo, pela boa disposição e constante disponibilidade.

À Professora Filipa Vieira pela ajuda em algumas fases deste processo. À Doutora Clara Estima pela facilitação dos contactos com os meios e pessoas necessárias à recolha de dados, bem como pela prontidão para contribuir para o bom desenvolvimento deste projeto.

Aos participantes que colaboraram nesta investigação, pelo gosto que me proporcionaram ao conhecer um pouco da realidade de cada um, pelas aprendizagens e pelas histórias que partilharam. A todos os profissionais, pelo auxílio e simpatia demonstrada ao longo da realização deste estudo.

Aos meus pais, pelo esforço que fizeram para poder realizar um dos meus objetivos de vida, pelo constante apoio e desafio que me proporcionam diariamente e pelo exemplo de vida que cultivam em mim. À minha irmã, às minhas primas e a toda a família em geral, pelo amparo em todos os momentos e pela amizade incondicional.

Ao Eder, pela constante boa disposição e humor. Por me ter feito alcançar novas descobertas sobre mim e sobre os sentimentos. Por ser uma força e me fazer feliz.

Aos meus amigos, por me acompanharem neste percurso, pelo apoio e por me fazerem sorrir todos os dias. Em particular, à Andréa, à Mara e à Raquel por terem feito com que estes 5 anos tivessem muito mais sentido para mim. Também à Rita, Luísa e Maria João pela amizade e momentos especiais ao longo destes anos.

A vocês... *Bruno, Eliana e avó*. Com vocês, um dia hei de também *chegar ao cume, ao cimo, ao alto, mais longe e mais além, mas a saber que sou alguém*.

Resumo

O aparecimento de lesões vertebro-medulares gera, de forma inesperada, alterações não só físicas, mas também psicológicas, podendo afetar a qualidade de vida.

O presente estudo, essencialmente enquadrado numa metodologia descritiva, visa explorar a presença de algumas variáveis psicológicas, nomeadamente a felicidade, sentido de vida, suporte social, depressão e *coping*, bem como a sua influência na qualidade de vida dos participantes. Também investiga a distribuição destas variáveis consoante os dados sociodemográficos e clínicos e caracteriza os aspetos positivos e negativos após a lesão.

A amostra foi recolhida num hospital do grande Porto e contempla 33 participantes diagnosticados com Lesão Vertebro-Medular há mais de 9 meses. Foram administrados a Escala sobre a Felicidade, a subescala do Sentido de Vida da Escala de Auto-actualização, a Escala de Avaliação do Suporte Social, a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, o *Brief COPE* e como medida de qualidade de vida o Questionário de Saúde Reduzido SF-36 (componentes físico e mental). Utilizou-se ainda um questionário sociodemográfico e clínico com a inclusão de duas perguntas sobre a perceção de mudanças após a lesão. Obteve-se o consentimento informado dos participantes e efetuaram-se as análises estatísticas e de conteúdo necessárias.

As análises demonstram valores satisfatórios nas variáveis estudadas, comparativamente a outras amostras clínicas e saudáveis e mais de metade dos participantes menciona mudanças positivas que advieram com a lesão. Observaram-se correlações moderadas positivas da felicidade e suporte social com a qualidade de vida e negativa entre a depressão e a qualidade de vida. O sentido de vida, apesar de não se correlacionar diretamente com a qualidade de vida, correlaciona-se positiva e moderadamente com o suporte social, fortemente com a felicidade e negativa e fortemente com a depressão. De acordo com os modelos preditores realizados para o componente físico e mental da qualidade de vida, verificou-se que a felicidade e o suporte social são as variáveis que melhor predizem o componente físico e mental da qualidade de vida.

A mudança de filosofia acerca da vida, bem como o grau da incapacidade física, foram respetivamente os aspetos positivos e negativos mais salientados pelos participantes.

De uma perspetiva da prática clínica será essencial a promoção do suporte social, educação para a felicidade e o encontro de um sentido de vida.

Abstract

Patients with spinal cord injuries face not only unexpected physical changes but also psychological distress that can have an impact on quality of life.

This study aims to analyze descriptively some psychological variables such as happiness, meaning of life, social support, depression and coping as well as to explore their impact on quality of life of patients following spinal cord injury. It also intends to explore these variables' distribution according to sociodemographic and clinical data and to characterize positive and negative changes perceived after the injury.

The study sample was collected in an hospital in the Porto region and it is comprised by 33 patients diagnosed with a spinal cord injury for more than 9 months. The evaluation instruments that were used were the Happiness Scale, the Meaning of Life subscale of the Self-Actualization Scale, The Social Support Evaluation Scale, The Hospital Anxiety and Depression Scale, the Brief COPE and the Short Health Questionnaire SF36 (physical and mental components). Also, a questionnaire was administered to inquire about sociodemographic and clinical data and to ask about the changes perceived after injury. Informed consent was obtained and necessary statistical and content analysis were performed.

The analysis revealed satisfactory results in the variables evaluated when compared to other clinical samples and more than half of the participants mentioned positive changes after injury. Also, moderate positive correlations were found between happiness and social support with quality of life and moderate negative correlations were found between depression and quality of life. Despite no direct correlation was observed between meaning of life and quality of life, there was a moderate positive correlation with social support, strong positive correlation with happiness and strong negative correlation with depression. According to the predictive models applied for the factors of the quality of life scale, the stronger predictors of the physical and mental components of quality of life are, respectively, happiness and social support.

Change in life philosophy and physical incapacity were, respectively, the positive and negative aspects most pointed out by the participants.

As far as clinical practice is concerned, objectives such as promoting social support and educating towards happiness and search for meaning of life are essential.

Résumé

L'apparition de lésions vertébro-médullaires gère, de forma inattendue, des modifications non seulement physiques, mais aussi psychologiques pouvant affecter la qualité de vie.

Cette étude, essentiellement encadrée dans une méthodologie descriptive, vise explorer la présence de certaines variables psychologiques, à savoir le bonheur, le sens de vie, le support social, la dépression et le *coping*, ainsi que leur influence dans la qualité de vie des participants. Notre recherche étudie également la distribution de ces variables selon les données cliniques et sociodémographiques et caractérise les aspects positifs et négatifs après la lésion.

L'échantillon a été recueilli dans un hôpital du grand Porto et contemple 33 participants diagnostiqués avec lésion vertébro-médullaire depuis 9 mois. Nous avons administré l'Échelle du Bonheur, la sous-échelle du Sens de Vie de l'Échelle de mise à jour automatique, l'Échelle de Évaluation du Support Social, l'Échelle de l'Anxiété et Dépression Hospitalière, le *Brief COPE* et comme mesure de qualité de vie le Questionnaire de Santé Réduite SF-36 (composants physique et mental). Nous avons utilisé un questionnaire socodémographique et clinique avec l'inclusion de deux questions sur la perception des changements après la lésion. On a obtenu le consentement informé des participants et effectué les analyses statistiques et de contenu nécessaires.

Les analyses démontrent des valeurs satisfaisantes dans les variables étudiées, relativement à d'autres échantillons cliniques et sains et plus de la moitié de l'échantillon mentionne des changements positifs qui viennent avec la lésion. On a observé aussi des corrélations modérées positives du bonheur et du support social avec la qualité de vie et négative entre la dépression et la qualité de vie. Le sens de la vie, malgré le fait de ne pas se corrélationner directement avec la qualité de vie, il se corrélationne positivement et modérément avec le support social, fermement avec le bonheur et négativement et fermement avec la dépression. Selon les modèles prédictifs réalisés pour le composant physique et mentale de la qualité de vie, il a été constaté que le bonheur et le soutien social sont des variables qui prédisent le mieux un composant de la qualité physique et mentale de la vie. Le changement de philosophie sur la vie,

ainsi que le niveau d' incapacité physique, ont été respectivement les aspects positifs et négatifs les plus accentués par les participants.

Selon une perspective clinique, il serait essentiel promouvoir le support social, l' éducation pour le bonheur et la recherche d'un sens de vie.

Lista de abreviaturas

β	Beta
cf.	Confrontar
e.g.	Por exemplo (do latim <i>exempli gartia</i>)
<i>DP</i>	Desvio Padrão
Ed.	Editor
et al.	E outros (do latim <i>et alii</i>)
<i>HADS</i>	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
<i>IQOLA</i>	<i>International Quality of Life Assessment Project</i>
<i>LVM</i>	Lesão vertebro-medular
<i>M</i>	Média
<i>N</i>	Número de elementos da amostra total
<i>n</i>	Número de elementos de uma parte limitada da amostra
<i>p</i>	Nível de significância
p. (pp.)	Página (páginas)
No.	Número
<i>QV</i>	Qualidade de vida
<i>r</i>	Coefficiente Correlação de Pearson
<i>SPSS</i>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<i>t</i>	<i>t</i> de student

Índice Geral

1. Introdução	1
1.1 Lesão vertebro-medular.....	1
1.1.1 Etiologia.....	2
1.1.2 Tratamento.....	2
1.1.3 Implicações biopsicossociais e adaptação.....	3
1.2 Felicidade.....	8
1.3 Sentido de vida.....	9
1.4 Suporte social.....	10
1.5 Depressão.....	11
1.6 <i>Coping</i>	13
1.7 Qualidade de vida.....	16
2. Introdução ao estudo empírico	18
2.1 Pertinência do estudo.....	18
2.2 Objetivos.....	19
2.3 Variáveis em estudo.....	19
2.3.1 Variáveis independentes.....	19
2.3.2 Variável dependente.....	19
3. Método	20
3.1 Participantes.....	20
3.1.1 Idade.....	20
3.1.2 Género.....	20
3.1.3 Grau de escolaridade.....	21
3.1.4 Estado civil.....	21
3.1.5 Tempo da LVM.....	21
3.1.6 Nível e extensão da LVM.....	21
3.1.7 Motivo da lesão.....	21
3.2 Instrumentos.....	22
3.2.1 Escala sobre a Felicidade.....	22
3.2.2 Subescala do Sentido de Vida.....	22

3.2.3 Escala de Avaliação do Suporte Social.....	23
3.2.4 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar.....	24
3.2.5 <i>Brief</i> COPE.....	25
3.2.6 Questionário de Saúde Reduzido SF-36.....	26
3.2.7 Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	27
3.3 Procedimento.....	27
4. Resultados e discussão.....	29
4.1 Análise descritiva das variáveis.....	29
4.1.1 Felicidade.....	29
4.1.2 Sentido de vida.....	30
4.1.3 Suporte Social.....	30
4.1.4 Depressão.....	31
4.1.5 <i>Coping</i>	32
4.1.6 Qualidade de Vida.....	33
4.2 Relação de dados sociodemográficos e clínicos com as variáveis em estudo.....	34
4.2.1 Idade.....	34
4.2.2 Grau de escolaridade.....	35
4.2.3 Estado Civil.....	35
4.2.4 Tempo de lesão.....	36
4.2.5 Nível da lesão.....	37
4.2.6 Etiologia da lesão.....	37
4.3 Relações entre as variáveis em estudo.....	38
4.4 Variáveis preditivas da Qualidade de Vida.....	40
4.5 Caracterização dos aspetos positivos e negativos após lesão.....	42
5. Conclusão.....	45
Referências Bibliográficas.....	50
Anexos.....	59

Índice de Quadros e Gráficos

Quadro 1. <i>Distribuição do género dos participantes.</i>	20
Quadro 2. <i>Distribuição do estado civil dos participantes.</i>	21
Quadro 3. <i>Distribuição dos participantes por nível e extensão da LVM.</i>	21
Quadro 4. <i>Distribuição da etiologia e respetivos motivos das LVM dos participantes.</i>	22
Quadro 5. <i>Distribuição de frequências da escala da felicidade, sentido de vida, suporte social e depressão</i>	29
Figura 1. <i>Média das estratégias de coping utilizadas.</i>	32
Quadro 6. <i>Distribuição das dimensões e componentes do SF-36 (Qualidade de vida).</i>	33
Quadro 7. <i>Correlações entre o sentido de vida, felicidade, suporte social, depressão e qualidade de vida.</i>	38
Quadro 8. <i>Análise de regressões para o componente físico e mental da qualidade de vida.</i>	41
Quadro 9. <i>Distribuição de frequências das estratégias de coping que diferem entre os participantes que mencionam ou não aspetos positivos.</i>	44

Lista de Anexos

Anexo 1. Escala sobre a Felicidade

Anexo 2. Subescala do Sentido de Vida

Anexo 3. Escala de Avaliação do Suporte Social

Anexo 4. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

Anexo 5. *Brief* COPE

Anexo 6. Questionário de Saúde Reduzido SF-36

Anexo 7. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo 8. Consentimento Informado

1. Introdução

O primeiro capítulo deste trabalho precede e contextualiza o estudo empírico que propõe estudar a influência de algumas variáveis psicológicas na adaptação à lesão vertebro-medular, estudo que será descrito nos capítulos posteriores. Apresenta-se assim inicialmente uma revisão da literatura acerca deste tema, abordando os aspectos gerais da lesão vertebro-medular e de seguida a relação entre a lesão e as variáveis escolhidas para o estudo. Nos capítulos seguintes, apresenta-se o estudo empírico, nomeadamente a metodologia, resultados e discussão, bem como uma conclusão acerca deste trabalho.

1.1 Lesão vertebro-medular

A lesão vertebro-medular (LVM) é uma condição com várias manifestações clínicas incapacitantes e permanentes, causadas pela insuficiência parcial ou total do funcionamento da medula espinal (Fechio, Pacheco, Kaihama & Alves, 2009), decorrente de uma lesão que afeta as informações motoras e sensitivas que ocorrem entre o cérebro e o corpo (Maynard et al., 1997). Isto acontece quando a medula espinal fica comprimida ou quando o abastecimento de sangue desta é cortado devido à fratura ou deslizamento de uma ou mais vértebras da coluna vertebral, condicionando assim pressão à medula espinal. Estas lesões podem ser classificadas consoante o nível (paraplegia ou tetraplegia) e extensão da lesão (completa ou incompleta) (Maynard et al., 1997). Paraplegia refere-se à perda da função motora e/ou sensitiva nos segmentos torácicos, lombar ou sacral da medula espinal, ficando o tronco, os membros inferiores e órgãos pélvicos comprometidos, apesar das funções dos membros superiores ficarem preservadas. A tetraplegia refere-se à perda da função motora e/ou sensitiva nos segmentos cervicais da medula espinal, sendo afetados o tronco, membros superiores e inferiores e órgãos pélvicos. Quanto à extensão, uma LVM completa significa que não há qualquer funcionalidade abaixo da área afetada, enquanto a incompleta ou parcial significa que ainda há alguma funcionalidade (Lopes, 2007; Maynard et al., 1997).

A lesão vertebro-medular ou lesão da medula espinal gera alterações tanto a nível motor, como sensitivo e neurovegetativo, para além de afetarem a nível psicológico alterando a visão do mundo.

1.1.1 Etiologia

As LVM podem ser divididas em causas traumáticas e não traumáticas (Lopes, 2007). As lesões traumáticas são as mais frequentes e advêm de eventos onde há um impacto de grande velocidade (e.g., acidentes de viação, quedas, mergulhos), ocorrendo flexão forçada ou extensão combinada com rotação, compressão ou separação das vértebras. Por outro lado, as lesões não traumáticas resultam de uma patologia (e.g., disfunções vasculares, doença articular degenerativa, neoplasias, doenças neurológicas) (Lopes, 2007; Magalhães, 2005).

Os principais fatores etiológicos encontrados em amostras portuguesas de pessoas com LVM são fundamentalmente acidentes de viação, seguindo-se as quedas (Andrade & Gonçalves, 2007; Carvalho et al., 1998, Martins et al., 1999 como citados em Magalhães, 2005). Apesar de a sua incidência ter vindo a diminuir, conclui-se que existem cerca de 400 casos anuais em Portugal e destes, 40% resultam em lesões completas de tetra ou paraplegia (Rodrigues et al., 2010). No que diz respeito à prevalência, não existem dados publicados, mas estima-se que se aproxime de alguns milhares de indivíduos a nível nacional (Magalhães, 2005). Verifica-se uma maior incidência de lesões em pessoas do sexo masculino do que no feminino (Andrade & Gonçalves, 2007; Cardoso, 2003) e em jovens adultos em comparação com as outras faixas etárias (Cardoso, 2003), o que converge com o panorama internacional. Estas lesões estão também mais associadas a níveis económicos baixos, talvez pela maior exposição à sinistralidade, em acidentes de viação e de trabalho ou à violência social (Magalhães, 2005).

1.1.2 Tratamento

A LVM tem por vezes algum potencial de recuperação, apesar de ser comumente uma patologia irreversível. O tratamento de reabilitação tem como principal objetivo maximizar as capacidades e competências dos indivíduos, com o fim de proporcionar uma maior independência e participação na sociedade, bem como melhorar a qualidade de vida (Faria, 2006). Neste sentido é necessário não só atender aos aspetos clínicos da lesão, mas também aos aspetos emocionais, sociais, desportivos, lúdicos e de formação (Faria, 2006).

O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível (ainda fora do ambiente hospitalar, durante o transporte do paciente) e destina-se essencialmente a evitar lesões adicionais ou ampliar lesões já existentes (Defino, 1999). Salienta-se que

os primeiros cuidados são fulcrais para um melhor prognóstico (Faria, 2006). De seguida, o contacto com o paciente tem o objetivo de manter e restabelecer as funções vitais (Defino, 1999). Posteriormente surge a fase que inclui um tratamento definitivo que tem o objetivo de preservar a anatomia e função da medula espinal, restaurar o alinhamento da coluna vertebral, estabilizar o segmento vertebral lesado e prevenir complicações gerais e locais, bem como restabelecer as atividades do paciente (Defino, 1999). Assim, a reabilitação inclui terapia física (com treinos funcionais a vários níveis) e terapia ocupacional (onde há oportunidades de socialização, inclusive aconselhamento com a equipa de reabilitação) (Faria, 2006). Isto permite melhorar a capacidade do indivíduo o máximo possível, enfatizando-se o conceito de participação como objetivo central (Chan, 2009). Por fim, a equipa terapêutica vai ajudando o paciente a lidar melhor com as complicações a longo termo (e.g., melhorar a função urinária, intestinal e respiratória), contribuindo para o bem-estar psicológico do lesado (Faria, 2006).

1.1.3 Implicações biopsicossociais e adaptação

As consequências físicas e neurológicas da LVM podem alterar a mobilidade voluntária das pessoas, o controlo dos esfíncteres, a sensibilidade, a resposta sexual e o funcionamento do sistema nervoso autónomo (Ruiz & Díaz, 2003). Durante o primeiro ano após a lesão, é recorrente haver hospitalizações, quer relacionadas com a lesão em si, quer pelos efeitos secundários que daí advêm, como complicações cardiopulmonares, dermatológicas (e.g., feridas devido à incapacidade de se moverem), urinárias (e.g., perda de controlo da bexiga), digestivas, músculo-esqueléticas, complicações do sistema nervoso e fraturas secundárias dos membros inferiores. Estas complicações podem até levar à morte (Magalhães, 2005). Mas, para além das complicações físicas que se observam, as LVM podem gerar também consequências psicológicas e sociais que afetam a participação do lesionado na comunidade (Chan, 2009; Gill, 1999;).

O aparecimento de forma brusca e inesperada das lesões implica uma experiência nova e origina vários sentimentos de perda em diversas áreas da vida, como a familiar. Neste domínio, por exemplo, implica uma nova condição em termos de papéis e responsabilidades que o indivíduo desenvolvia enquanto membro de um sistema familiar (Gill, 1999). Em alguns casos, a responsabilidade que possuíam pode retornar de novo para os pais e, mesmo que o adulto já tenha saído de casa, muitas vezes isto implica um regresso a casa. Isto gera implicações, tanto de baixa autoestima e autoconceito para a pessoa com LVM, mas também para os pais que ficam mais

irritados com as circunstâncias (Gill, 1999). Pode também implicar outras mudanças, como abandono no emprego, mudanças na vida social (tanto nas relações amorosas e de amizade) e mudanças nas atividades de vida diária devido à sua falta de acessibilidade. Para além disso, a LVM reduz a capacidade do indivíduo em participar em diversas atividades que lhe permitiriam ter um estilo de vida saudável, como por exemplo, as limitações para a prática desportiva. Neste sentido podem ficar mais suscetíveis a doenças cardiovasculares e a diabetes *mellitus*, para além de ter implicações no bem-estar físico, psicológico e social e consequentemente na qualidade de vida (Magalhães, 2005). Todas estas mudanças físicas e emocionais afetam a identidade individual, visão do *self* em relação aos outros e o prazer que retiram da vida (deRoos-Cassini, de St Aubin, Valvano, Hastings, & Horn, 2009).

Não é possível traçar um perfil específico de indivíduos com LVM, mas alguns autores apontam características e comportamentos comuns, como a agressividade, impulsividade, ambivalência, ansiedade, sentimento de inferioridade, isolamento social, dificuldades nas relações interpessoais, falta de esperança, tristeza, dificuldade em reconhecer e expressar emoções e busca de maior autonomia (Fechio et al., 2009; Galhordas, Lima & Encarnação, 2007). Gill (1999) introduz a expressão “Síndrome dos Quatro D” (*Four D Syndrome*), referindo que as pessoas que sofrem LVM têm um alto risco de Dependência, Depressão, Drogas (adição) e Divórcio (caso estejam casados).

Face a estas evidências apontadas pela literatura, como é então que as pessoas com LVM se adaptam numa sociedade em que se valoriza a pessoa dinâmica, independente e produtiva? Segundo Franklin (2006), o processo de adaptação a um evento traumático como a LVM envolve sempre a redução de habilidades funcionais e modificação dos seus planos para o futuro, sendo um evento extremamente *stressante* para a maioria das pessoas devido à carga física, emocional, interpessoal, informacional e financeira que acarreta. Não existe consenso sobre se serão os homens ou as mulheres os mais adaptados a esta condição. Há estudos que demonstram ser as mulheres, uma vez que os homens sofrem mais com a inversão de papéis e dificuldades de função sexual. No entanto, não se pode chegar a conclusões devido à escassa participação das mulheres nestes estudos (Franklin, 2006). Woolrich, Kennedy e Tasiemski (2006) encontraram níveis mais elevados de ansiedade nas mulheres após a lesão, no entanto, há evidências que são as que mais aceitam a lesão (Woodrich & Patterson, 1983) e que experienciam crescimento (Linley & Joseph, 2004). No que diz respeito à idade, já é mais consensual, sendo os mais novos a terem uma melhor adaptação (Krause &

Sternberg, 1997; Linley & Joseph, 2004; Woodrich & Patterson, 1983). O nível e extensão da lesão não são preditores significativos da adaptação (North, 1999), ao contrário do tempo da lesão que facilita a adaptação (Woodrich & Patterson, 1983).

A nível cultural existe uma crença de que a LVM é um acontecimento devastador e que o retorno à vida normal é improvável. No entanto, isto não se verifica nos estudos que têm sido recentemente realizados, ficando os próprios indivíduos surpreendidos com a sua capacidade de se adaptarem às mudanças físicas e que é possível ter uma vida normal e feliz (Dunn, Uswatte & Elliott, 2009 como citado em Quale & Schanke, 2010). Isto pode estar relacionado com as atribuições das pessoas face aos demais acontecimentos da vida em que costumam ver as suas próprias situações como mais favoráveis do que as pessoas que as veem de fora (Wright, 1991 como citado em Quale & Schanke, 2010). Para além disso, só as pessoas que passam por situação deste teor é que sabem como é vivê-la, ao contrário de outras que podem conceber a lesão como doença e fazer suposições erróneas acerca da mesma (Quale & Schanke, 2010). Quale e Schanke (2010) referem ainda que as investigações têm adotado este olhar externo às situações, uma vez que parece haver uma insistência na não adaptação das pessoas à lesão, bem como um enfoque nos fatores de risco e vulnerabilidades. Ou seja, as reações negativas e catastrofizantes eram consideradas como norma por vários autores. No entanto, isto está atualmente a inverter-se, começando a salientar-se os aspetos positivos (forças humanas para enfrentarem os desafios da vida), como a resiliência, *coping* e otimismo. Não obstante, não podemos generalizar, pois se há indivíduos que conseguem uma boa adaptação e um crescimento pessoal, há outros que desenvolvem altos níveis de *stress* pós-traumático, ansiedade e depressão, como demonstram amostras de estudos como o de Craig, Tran, Lovas e Middleton (2008), North (1999), entre outros. Também não podemos generalizar que acontece o mesmo na população portuguesa, visto serem poucos os estudos desenvolvidos sobre esta temática.

Numa visão mais relativista, alguns autores também defendem que este tipo de acontecimentos traumáticos traz aos indivíduos tanto resultados negativos como positivos (McMillen & Cook, 2003), num caminho *continuum* para a adaptação à nova condição ao longo de toda a vida (Ruiz & Díaz, 2003). Isto significa que após o trauma, os sintomas negativos e, por outro lado, o crescimento pessoal são dimensões contínuas, apesar de distintas e independentes (Linley & Joseph, 2004). Os resultados positivos que parecem advir da crise são essencialmente a aproximação da família e amigos, um sentido mais claro das suas próprias forças e resiliência e mudança de prioridades na

vida (Park, Lechner, Antoni & Stanton, 2009). Encontra-se também mudanças positivas associadas à reconstrução de significados, redefinições e percepção do *self*, mudanças da filosofia de vida (Bampi, 2007; Franklin, 2006), novas atitudes e oportunidades, novos pontos de vista acerca de outras pessoas com lesões e maior gratidão e ajuda aos outros (McMillen & Cook, 2003). Chun e Lee (2008) destacam três grandes temas associados ao crescimento pós-traumático: envolvimento significativo em atividades, experiência de relacionamentos familiares significativos e valorização da vida. Os resultados negativos passam muitas vezes por ansiedade, depressão e alterações psicológicas. A depressão é o estado mais frequente, havendo unanimidade acerca deste estado na fase inicial da adaptação. Isto deve-se em geral à angústia psicológica face à hospitalização, onde o isolamento, separação familiar, dependência pessoal são fatores que favorecem este estado (Scivoletto, Petrelli, Lucente & Catellano, 1997). Posteriormente surgem também problemas económicos, profissionais e alteração dos papéis familiares. Num estudo de Bampi (2007), os participantes com LVM traumática relatam como aspetos negativos a falta de autonomia, limitações físicas e complicações clínicas, falta de apoio social, discriminação, dificuldades profissionais, entre outros.

Num estudo qualitativo de Amaral (2009), os indivíduos após sofrerem LVM apresentam nos seus discursos diversas emoções negativas (e.g., *impotência*, *medo*) associadas à situação de dano sofrido. No entanto, denota-se uma diminuição das emoções negativas na fase pós-impacto, verificando-se mesmo emoções positivas (e.g., *gratidão* pela oportunidade de viver, *aceitação*). Outro estudo evidencia no mesmo sentido, o pensamento de que se conseguiram sobreviver ao acontecimento que originou a lesão também são fortes para enfrentar as circunstâncias futuras, para além de um aumento de ideia de que a vida é frágil e preciosa, relatos de uma maior apreciação da vida todos os dias e gratidão por estarem vivos (Calhoun & Tedeschi, 1999 como citado em Franklin, 2006). Amaral (2009) averiguou também nos discursos dos lesionados que as representações cognitivas, o suporte social, autocontrolo, autoconfiança, consciência da situação e a partilha de experiências com indivíduos com a mesma lesão são fatores determinantes para a adaptação. Destaca ainda um tema central nos seus discursos: encontro com um novo sentido de vida. A organização de todos estes recursos disponíveis e a disposição da pessoa para gerir a situação e os desafios que a mesma impõe culmina na adaptação à lesão. E, segundo Amaral (2009), o modo como os indivíduos tomam consciência da sua nova condição e organizaram os recursos é influenciado pela espiritualidade de cada um, que se traduz pela capacidade da pessoa

em se confrontar com a situação, em modificar a sua existência, procurando um novo significado para a vida (Oliveira, 2004). Segundo Calhoun e Tedeschi (2000 como citado em Franklin, 2006) pode mesmo ocorrer um aumento da espiritualidade e religião após a lesão, bem como uma troca de prioridades na vida. A espiritualidade revelou ser assim, o motor da pessoa para se dispor a lidar com a sua lesão, mantendo a esperança e objetivos na vida que dá possibilidade de agirem no futuro, valorizar a vida, tornando-se também mais humanos e solidários (Amaral, 2009). Quale e Schanke (2010) referem que a trajetória no sentido de um ajustamento psicológico a uma grave lesão física caracteriza-se pela resiliência (54%), recuperação (25%) e *distress* ou angústia (21%).

Quando falamos na adaptação do indivíduo à sua nova condição devemos ter em conta a severidade e tipo de lesão pois como constata Martz e Cook (2001 como citado em deRoos-Cassini et al., 2009) não é só o evento traumático que leva a mal-estar e a *stress* pós-traumático, tendo a deficiência física resultante do evento um forte impacto na adaptação. Por outro lado, Gerhart e col. (1999 como citado em Cardoso, 2003) constataram que eram os fatores psicológicos (depressão, qualidade e satisfação com a vida) os maiores geradores de *stress* em comparação com as próprias complicações médicas da lesão. Também Schulz e Decker (1985) num estudo com pessoas com LVM encontraram que apesar do notório impacto das suas lesões, estes indivíduos viam-se a si mesmos de maneira superior quando comparados com outras pessoas com ou sem deficiência física. Assim, alguns autores concluem que os indivíduos com LVM (ficando fisicamente incapacitados) têm a mesma capacidade de permanecer psicologicamente saudáveis e de retornar ao nível anterior de funcionamento emocional em comparação com indivíduos que experimentam outros eventos traumáticos, mas que retornam depois à função física normal (White, Driver & Warren, 2008). A adaptação pode ainda ser influenciada por outras variáveis como prognóstico da lesão, a personalidade e o nível educacional, social e cultural do indivíduo (Amaral, 2009).

Sumariamente, a adaptação psicológica é concebida atualmente como um processo individual, sendo vários os fatores que facilitam ou dificultam este processo. Como já foi referido, os modelos de abordagem da adaptação psicológica têm evoluído no sentido do negativismo para os processos cognitivos que alicerçam as representações das pessoas. Segundo Fazio e col. (2008), os eventos negativos da vida incitam mudanças positivas, sendo a perceção acerca do evento, a personalidade do indivíduo e a existência de recursos pessoais e sociais fortes preditores de crescimento positivo. Também Moos e Schaefer (1986) afirmam que as crises e transições de vida fornecem

várias vezes condições para o desenvolvimento psicológico, podendo enriquecer os valores e crenças pessoais pela integração e assimilação das novas experiências. Assim, ser capaz de dar um significado ao evento e integrá-lo numa visão alterada acerca do *self* e da vida, é considerado importante para a adaptação (Kaiser & Kennedy, 2011).

De seguida vão ser apresentadas algumas variáveis psicológicas positivas que se afiguram importantes no processo de adaptação (felicidade, sentido de vida, suporte social), a variável psicológica negativa mais estudada no âmbito das crises (depressão), as estratégias que utilizam para enfrentar a lesão (*coping*) e a influência de todas elas na qualidade de vida (QV) das pessoas com LVM, variável que tem sido mencionada em vários estudos como medida de ajustamento a longo prazo (Lopes, 2007).

1.2 Felicidade

A felicidade é um constructo subjacente à individualidade do indivíduo (cada um é feliz ou infeliz à sua maneira), parecendo ser o último objetivo da existência humana (Oliveira, 2004). A felicidade é acessível a todo o ser humano independentemente da sua idade, género, grupo étnico, educação, riqueza, meio onde vive (Nunes, 2007). Assim, parece que está dentro de nós, independentemente das circunstâncias (Oliveira, 2004). Para uns, a felicidade é duradoura e para outros é efémera, no entanto, tem sido considerada mais como um traço estável (Veenhoven, 1984 como citado em Oliveira, 2004). Os fatores da personalidade contribuem no encontro da felicidade, contudo não se deve desprezar as variáveis sociodemográficas e ambientais (Oliveira, 2004).

Num estudo com pessoas com LVM no início do processo de reabilitação, a satisfação com a vida (constructo associado à felicidade) estava associada à idade (sendo os mais novos com maior satisfação), ao tipo de lesão (maior nos paraplégicos), ao sexo (maior no sexo feminino), ao maior suporte social, à independência funcional e menor dor, sendo esses dois últimos preditores da satisfação (van Leeuwen et al., 2011). Salienta-se também o contributo de Brickman, Coates e Janoff-Bulman (1978) que afirmaram que a felicidade depende do contexto e experiências prévias à lesão, encontrando no seu estudo que pessoas que ganharam a lotaria não são mais felizes do que indivíduos paraplégicos (Fazio et al., 2008). Por sua vez, Silver (1982 como citado em Fazio et al., 2008) encontrou que indivíduos com LVM mostraram baixos valores de felicidade logo após a sua lesão, mas 58% dos participantes consideraram a felicidade

como a emoção mais forte que sentiam nas três semanas seguintes. Salienta-se a escassez de estudos relacionando a felicidade com as LVM, apesar de se constatar os seus efeitos terapêuticos e que é um fator preditivo da QV (Martins, 2008).

1.3 Sentido de vida

O sentido de vida tem sido concebido como uma meta de convergência do crescimento espiritual do Homem, não se referindo precisamente a uma emoção (Oliveira, 2004). Tem que ver com a existência consciente de um propósito ou missão na vida da pessoa que faz orientar-se em direção à sua concretização, sendo considerado uma subdimensão de um outro constructo denominado auto atualização (Guerra, 1992). O conceito de sentido de vida deriva dos trabalhos de Vitor Frankl (1969 como citado em Thompson, Cocker, Krause & Henry, 2003) e segundo este autor é a força primária que leva os seres humanos a desejarem encontrar significado, sendo que o não encontro desse significado resulta num vazio existencial. Tal como sugere Frankl (1992 como citado em deRoos-Cassiniet al., 2009), o sentido de vida após sofrimento é algo único e individual (uma vez que cada pessoa é que sabe o que torna a sua vida com significado) e parece trazer grande coerência e satisfação com a vida. Só procurando e alcançando um significado para a vida, o Homem pode sentir-se feliz (Oliveira, 2004). Assim, o sentido de vida está fortemente correlacionado à adaptação e ao crescimento positivo, tendo influência na atenuação da perda e desamparo (Fazio et al., 2008). Também é evidenciada uma associação negativa do sentido de vida e problemas de saúde mental, bem como a constatação de que a ausência ou uma menor orientação de objetivos de vida dificulta a produção de um sentido de vida (deRoos-Cassin et al., 2009).

As pessoas que sofrem LVM, bem como todas as que experienciam um evento traumático que resultam em várias mudanças nas suas vidas poderão ter de dar um novo propósito e significado à sua vida, de maneira a se adaptarem melhor. Segundo deRoos-Cassini e col. (2009) mais do que dar significado ao porquê de a lesão ter ocorrido, é importante haver a crença de se estar a viver com um propósito, em harmonia com as suas próprias crenças e valores individuais. Thompson e col. (2003) conjecturaram e concluíram que ter um sentido de vida (*purpose in life*) é essencial na adaptação à LVM. Estes autores afirmam que o *coping* e o suporte social podem promover a adaptação, no entanto existem fatores importantes que não são passíveis ou são difíceis

de modificar, tais como o tipo de lesão, personalidade ou *locus* de controlo, pelo que o sentido de vida poderá ser o fator que influencia e medeia a adaptação.

Desconhece-se estudos em que se mensure o sentido de vida em pessoas com LVM, no entanto, o encontro de um novo sentido de vida foi o tema central no discurso dos lesionados, sendo um aspeto fulcral para a elaboração de objetivos na vida e para agirem no futuro (Amaral, 2009).

1.4 Suporte social

O suporte social pode ser definido como um fenómeno observável e perceptível em que a pessoa acredita que é amada, cuidada, estimada e que pertence a uma rede de comunicação e obrigação mútua (Cobb, 1976). Rees, Smith e Sparkes (2003) salientam a importância de se abordar o suporte social como um constructo multidimensional, havendo diferentes definições de tipos de suporte social mencionados por diferentes autores. Segundo O'Hare, Wallis e Murphy (2011), as investigações têm analisado três grandes tipos de suporte social: o percebido, o estrutural e o atual. O suporte social estrutural refere-se a redes sociais ou pessoas com os quais os indivíduos têm laços sociais ativos e o suporte social atual inclui suporte emocional, informacional e instrumental, sendo ambas medidas objetivas do suporte social. Já o suporte social percebido refere-se à perceção da disponibilidade do suporte social e grau de satisfação com o mesmo. Este último é o que tem relação mais forte com a adaptação face a situações adversas, como a LVM, nomeadamente no que diz respeito ao seu funcionamento no dia-a-dia após lesão (O'Hare et al, 2011). No entanto, todos os tipos de suporte social parecem ser recursos importantes para o processo de recuperação e reabilitação (O'Hare et al, 2011; Rees et al., 2003).

Em geral, o suporte social pode ser um fator de proteção para a manutenção da saúde mental (Raichle, Hanley, Jensen & Cardenas, 2007), verificando-se correlações negativas com a depressão e positivas com o bem-estar (McMillen & Cook, 2003). Existem vários estudos que demonstram que o suporte social pode também facilitar o controlo da doença, das emoções, favorecer a adaptação psicológica, a saúde e a satisfação com a vida (Martins, 2008). De igual forma, pessoas casadas e apoiadas conjugalmente revelam menores níveis de depressão, maiores perceções de bem-estar psicológico e maior satisfação e QV (Holicky & Charlifue, 1999). Para além disso, o

suporte social é percebido como o fator com maior influência na QV (Dijkers, 1997) e está também positivamente associado ao crescimento pessoal (Linley & Joseph, 2004). O suporte social pode assim ter duas funções: efeito benéfico (providenciando experiências positivas e estabilidade) e efeito contra circunstâncias de *stress* e impacto de eventos negativos (aumentando o controlo percebido de dada situação) (Cohen & Wills, 1985 como citado em Franklin, 2006).

No que concerne aos indivíduos com LVM, pensa-se que o impacto do suporte social seja significativo, uma vez que os indivíduos com muitos contactos sociais sentem maior controlo na sua lesão e reportam níveis mais altos de bem-estar (Schulz & Decker, 1985). Num artigo de revisão, Murta e Guimarães (2007) referiram o suporte social como um dos preditores de adaptação bem-sucedida à LVM. Assim, o suporte social parece ser uma parte integral da QV destes indivíduos e uma das estratégias de *coping* mais utilizada neste tipo de evento traumático (Kennedy et al., 2000). O suporte social pode ainda ser útil para partilhar traumas, tanto com pessoas próximas como com profissionais e grupos de apoio. Não falar acerca do trauma tem sido considerado pela literatura como não sendo saudável e não partilhar histórias pode levar à inibição de pensamentos, emoções e comportamentos que, por sua vez, poderá conduzir à exacerbação de *stress* e outros problemas de saúde (Pennebaker, 1989 como citado em Fazio et al., 2008).

Num estudo de Isaksson, Lexell e Skär (2007) com mulheres que sofreram LVM, estas evidenciaram não só a importância de receber suporte social emocional após a lesão, mas também de dar, isto é, de haver reciprocidade para que possam estar motivadas e participarem nas suas atividades. Esta ideia de reciprocidade nas relações sociais está também presente noutros estudos (e.g., Albrecht e Devlieger (1999)). O suporte emocional logo após a lesão ajuda-as a pensarem sobre a sua vida futura diária, no entanto referem não ter força suficiente para contactarem com as pessoas por si próprias. Também o suporte profissional ajuda a estarem mais motivadas, o que tem influência nos processos de *coping* (Isaksson et al., 2007).

1.5 Depressão

A depressão é um estado afetivo caracterizado por algumas alterações ao nível do peso, apetite, sono e atividade psicomotora, bem como pelo aumento da fadiga ou

diminuição da energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, capacidade intelectual ou concentração diminuída, ideação suicida, perda de interesse em várias atividades e humor deprimido (American Psychiatric Association, 2002). Tem sido demonstrado que a depressão não é inevitável nos indivíduos que sofrem LVM (Craig, Hancock & Dickson, 1994; North, 1999; Scivoletto et al., 1997). No entanto, há evidências de que as reações emocionais mais comuns após a LVM são caracterizadas pelo aumento dos níveis de depressão (Saunders, Krause & Focht, 2012). O que será que diferencia os indivíduos de terem ou não depressão? A literatura tem salientado que o modo de avaliar e interpretar uma situação é um fator importante na determinação das respostas de cada um aos eventos, predizendo o bem-estar psicológico (Kaiser & Kennedy, 2011; Lazarus & Folkman, 1984) ou estados de ansiedade e depressão (Kennedy, Evans & Sandhu, 2009). Se o indivíduo acredita possuir recursos adequados para enfrentar a situação estará provavelmente em menor risco de desenvolver depressão.

As abordagens defensoras de adaptação sequencial concebiam a depressão como reação óbvia e inevitável à LVM (Dunn, 1975; Teal & Athelstan, 1975 como citado em Drench, 1992), havendo terapeutas que a encorajavam por considerarem uma estratégia de adaptação bem-sucedida. Em contraste com estas asserções, a depressão tem sido atualmente concebida como não adaptativa, uma vez que diminui o funcionamento do indivíduo, a QV e talvez por isso, seja a perturbação dos indivíduos com LVM que mais atenção recebe por parte dos investigadores (Ruiz & Díaz, 2003).

É esperada que a depressão ocorra quase imediatamente após a lesão, sendo evidenciado em vários estudos uma percentagem entre 22.7 e 38% de depressão durante a reabilitação inicial (Kennedy, Duff, Evans & Beedie, 2003). Woolrich e col. (2006) encontraram que 21% dos participantes com LVM experimentaram qualquer tipo de perturbação depressiva ao longo do tempo. Já, no que diz respeito a longo prazo, McColl e Rosenthal (1994) num estudo com homens lesados há mais de 15 anos, encontrou uma taxa de 40% de depressão a longo prazo. No entanto, recentemente, Saunders et al. (2012), verificaram uma taxa de 22.1% de depressão e uma taxa de 20.2% passados 5 anos (sendo que desses, 55.7% tinham sintomatologia significativa), demonstrando que a depressão se mantém consistente ao longo do tempo em pessoas com LVM (tal como havia constatado Scivoletto e col., 1997), apesar de uma ligeira tendência para diminuir. Já Woolrich e col. (2006) mostraram que o tempo de lesão tinha uma fraca mas significativa correlação, reduzindo a depressão ao longo do tempo.

De modo geral, tem sido mencionada por inúmeros estudos uma taxa de depressão rondando os 20-40% na população com LVM (Scivoletto et al., 1997). Não obstante, muitos doentes podem exprimir tristeza ou humor deprimido como reação à transição de vida que estão a vivenciar, apesar de não preencherem todos os critérios de diagnóstico de depressão (Cardoso, 2003). Salienta-se o estudo de Kennedy, Lude e Taylor (2006) que utilizaram como medida de adaptação a *HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)* numa amostra de 350 participantes de vários países, tendo concluído que mais de dois terços da amostra apresentaram valores normais (sem indicação de depressão).

No que concerne aos dados sociodemográficos e clínicos, Scivoletto e col. (1997) não encontraram correlações significativas entre a depressão e a idade, género, estado civil, tempo, nível, extensão e etiologia da lesão. No entanto, Fullerton, Harvey, Klein e Howell (1981 como citado em Franklin, 2006), verificaram que indivíduos que sofreram LVM completas são os que têm maior sintomatologia depressiva quando comparados com os que sofreram LVM incompletas. Outros fatores podem também influenciar a vulnerabilidade para estados depressivos após a lesão, como longos períodos de hospitalização, mais tempo passado na cama, aumento de complicações médicas, (Elliot & Frank, 1996 como citado em Saunders et al., 2012), escassez de suporte social e o *coping* (Buunk, Zurriaga & González, 2006). Segundo Kennedy e col. (2000) as medidas de *coping* predizem 67% da variância da depressão um ano após a LVM. Também o grau educacional, o emprego e o suporte familiar têm correlações com a depressão (Scivoletto et al., 1997).

Concluindo, embora presente em alguns indivíduos, a depressão não é uma reação universal à LVM. Alguns estudos demonstram uma tendência para estabilização da depressão no primeiro ano após lesão, mas a longo prazo será necessário mais investigações no sentido de se poder retirar conclusões.

1.6 *Coping*

O *coping* é definido como “*esforços comportamentais e cognitivos em constante mudança de modo a gerir as exigências específicas, externas e/ou internas, que são aprendidas como sobrecarregando ou excedendo os recursos do indivíduo*” (Lazarus & Folkman, 1984, p.141). Este processo de *coping* implica observações, cognições e comportamentos, variando consoante os recursos físicos, psicológicos, materiais e

sociais que o indivíduo possui no momento. Os mesmos autores referem dois tipos de *coping*: centrado no problema (ligado a aspetos comportamentais) e centrado na emoção (ligado a aspetos internos).

O *coping* tem-se tornado um foco de interesse no que concerne aos estudos acerca da adaptação dos seres humanos a situações de crise extremas e o surpreendente é que se constata que muitas pessoas enfrentam de forma eficaz as crises, em vez de desenvolverem sintomas psicopatológicos (Moos & Schaefer, 1986). Segundo Kennedy e col. (2000), as estratégias de *coping* implementadas face a LVM são os melhores preditores de ansiedade e depressão em comparação com a idade, sexo, dependência funcional e fatores sociais.

Sugere-se, de acordo com o modelo de Lazarus e Folkman (1984) que durante as primeiras semanas após a lesão predominem estratégias de *coping* positivas, no sentido de terem sofrido uma "catástrofe" (avaliação primária), mas mesmo assim continuarem vivos (avaliação secundária) (Lude, Kennedy, Evans, Lude, & Beedie, 2005). Aos poucos, como sugere Carver, Scheier e Weintraub (1989) vão surgindo estilos de *coping* que mais ou menos críticos (dependendo da história e da personalidade do indivíduo) podem diminuir o efeito psicológico positivo inicial (Lude et al., 2005).

Numa análise longitudinal de 10 anos de Pollard e Kennedy (2007) com LVM, encontrou-se que, tanto no primeiro como no décimo ano, as estratégias de *coping* mais usadas nas LVM são aceitação, seguida do *coping* ativo e reinterpretação positiva. Estas três estratégias, juntamente com o suporte social e o planeamento já haviam sido encontradas também no estudo de Kennedy e col. (2000). As menos utilizadas foram os comportamentos de desinvestimento, negação e uso de álcool e drogas, sendo também semelhantes ao longo do tempo (Kennedy et al., 2000; Pollard & Kennedy, 2007). Isto sugere que o que acontece no período imediato após a lesão tem implicações para a adaptação no futuro, uma vez que as estratégias de *coping* mudam pouco ao longo do tempo (Kennedy et al., 2000; Pollard & Kennedy, 2007). Estes resultados indicam também que a forma como as pessoas lidam com a sua lesão nas fases iniciais da reabilitação é preditiva de depressão nos vários anos seguintes, isto é, as que desenvolvem problemas depressivos inicialmente, provavelmente continuarão a experienciar nos próximos tempos (Pollard & Kennedy, 2007).

No que concerne às estratégias mais e menos adaptativas à LVM, Moore e col. (1994 como citado em Cardoso, 2003) encontraram que padrões de *coping* associados a uma menor adaptação (maior sintomatologia depressiva, baixa procura de suporte social

e mais pensamentos negativos) baseiam-se essencialmente em estratégias focadas nas emoções. Por outro lado, os que apresentavam mais estratégias focadas no problema revelaram uma maior adaptação à LVM, como a busca de suporte social. Segundo Gill (1999) as características que levam a um *coping* pobre são o suporte social limitado, esperança, baixo autoconceito, sistema familiar fragmentado e crenças não religiosas e não espirituais. King e Kennedy (1999 como citado em Cardoso, 2003) encontraram uma relação das estratégias de fuga ou evitamento com uma maior intensidade depressiva e ansiosa, bem como a resolução planeada de problemas relacionada a alterações de humor e níveis de angústia. Já as estratégias de aceitação, reinterpretação positiva, religiosidade positiva parecem estar associadas ao crescimento positivo (Linley & Joseph, 2004).

Kennedy, Lowe, Cinza e Short (1995 como citado em Kennedy et al., 2009) verificou que a aceitação (estratégia focada nas emoções) é a que mais prediz o ajustamento psicológico, mesmo quando comparada a estratégias focadas nos problemas que estão associadas a melhor adaptação. Também, Elfström, Rydén, Taft e Sullivan (2005) estudando a influência de três fatores de *coping*, encontraram uma associação entre maior aceitação (reavaliação de valores de vida) e menor dependência social com a QV ligada à saúde. O terceiro fator foi o espírito de luta (esforços para tentar minimizar os efeitos da lesão) e estava fracamente relacionado com a QV global e humor depressivo (Elfström et al., 2005). Este último fator foi, pelo contrário noutro estudo (Kennedy et al., 2009), o único fator significativo relacionado com a adaptação dos indivíduos com LVM, pelo que se conclui a existência de alguns estudos contraditórios. Não obstante salienta-se também a diversidade de instrumentos utilizados para a avaliação do *coping* em diferentes estudos. Segundo Kennedy e col. (2000), as estratégias utilizadas pelos indivíduos após as LVM são mais adaptativas do que não adaptativas.

No que concerne às variáveis clínicas da LVM (e.g., nível, extensão, tempo), Ruiz e Díaz (2003) referem que estas não têm influência no tipo de estratégias utilizadas, à exceção da etiologia da lesão. As lesões de natureza traumática demonstram maior aceitação, conformismo e serenidade e as não traumáticas uma menor aceitação e maior inevitabilidade de futuro negativo. Segundo estes autores, serão precisos mais estudos para se averiguarem possíveis diferenças em relação às variáveis sociodemográficas, destacando a ausência de um padrão único de estratégias de *coping* associadas às LVM.

1.7 Qualidade de vida

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1997), a QV é definida como a percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo que é afetado pela saúde física, pelo estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente. Segundo Albrecht e Devlieger (1999), apesar das adversidades da condição física, consegue-se uma boa QV quando se restitui o balanço entre o corpo, a mente e espírito.

Os primeiros trabalhos de investigação da QV em doentes com LVM pertencem a Crew (1980 como citado em Dijkers, 1997), tendo este constatado que os participantes percecionavam uma satisfação inferior à da população geral, principalmente nas áreas da saúde, sexualidade e relações sociais. Outras investigações mais recentes demonstram a consensualidade da diminuição da QV nesta população. Segundo Kanisto e col. (1998 como citado em Stevens, Caputo, Fuller & Morgan, 2008), apesar dos programas de reabilitação promoverem a recuperação da função perdida através da implementação de equipamentos e técnicas compensatórias que aumentam de forma significativa a QV, estes esforços não parecem ser suficientes para usufruírem de uma QV semelhante à da população saudável. Contudo, apesar de inferiores à população saudável, esta população parece apontar índices de bem-estar subjetivo satisfatórios. Albrecht e Devlieger (1999) falam de um paradoxo (*paradoxo da inabilidade*) que pode ser entendido de duas formas: primeiro, as pessoas com lesões graves e persistentes (nomeadamente pessoas com LVM) relatam várias limitações nas atividades quotidianas e na vida social, mas ao mesmo tempo têm uma boa QV e segundo, o público em geral percebe estas pessoas com uma QV insatisfatória, apesar de se constatar que mais de 50% delas reportam boa e até excelente QV. Mesmo indivíduos com altos níveis de prejuízo (e.g., tetraplegia) e requerendo assistência de ventilação relataram excelentes níveis de bem-estar. Os resultados de um estudo de Whiteneck e col. (1992) com 834 pessoas com LVM demonstraram também que 75% relataram uma QV boa ou excelente. Num estudo português, Martins e Ribeiro (2010) encontraram relativa satisfação com a vida em pessoas com LVM, reportando a participação social como determinante na QV. Não obstante, vários estudos demonstram que há um maior comprometimento nos “aspetos sociais”, relativamente a outras dimensões avaliadas

quando se utiliza o SF-36 *Health Survey*, um dos instrumentos mais usados na avaliação da QV em LVM (Bruzoni, Silva, Gonçalves & Veronezi, 2011).

A idade e o grau de escolaridade parecem estar relacionados com a QV. Martins (2008) encontrou num estudo de pessoas com cadeira de rodas que os mais jovens e as pessoas com maior escolaridade eram os que apresentavam níveis de QV maiores. Isto talvez se deva ao maior número de problemas secundários em pessoas mais velhas e devido a um nível superior de informação e conhecimento não só acerca da doença mas também de soluções, respetivamente.

No que concerne ao tempo decorrido desde a lesão, num estudo de Krause e Sternberg (1997) encontrou-se correlação positiva com a adaptação, parecendo ser um processo de aprendizagem gradual. No entanto, outro estudo mais recente de Stevens e col. (2008) evidencia uma correlação negativa entre a QV e o tempo da lesão, o que parece traduzir que à medida que o tempo vai passando, a QV vai diminuindo. Quanto à etiologia da LVM (traumática ou não traumática), esta evidencia pouca diferença na QV (Migliorini, New & Tongue, 2011). Para além dos dados clínicos e sociodemográficos, também pessoas mais felizes, com atitudes mais positivas em relação à sua condição e mais satisfeitas com o apoio emocional são as que percecionam uma melhor QV (Martins, 2008). Não obstante, Stevens e col. (2008) referem que 44% da variação da QV permanece inexplicável.

Considera-se importante salientar uma investigação meta-analítica de Dijkers (1997) englobando resultados de vinte e dois estudos em que se pode concluir que comparativamente com a população não deficiente, as pessoas com LVM apresentam menor QV, mas que o nível e extensão da LVM não predizem diferenças. Encontrou-se ainda vários fatores importantes com efeitos negativos na QV como a ausência de um papel familiar (conjugal ou parental), inexistência de uma ocupação profissional ou educacional, dificuldades de mobilidade, fraca integração social e suporte social deficitário. Também Albrecht e Devlieger (1999) referem que pessoas que não tenham um sentido de vida forte, valores claros e algum sentido de espiritualidade têm baixos índices de QV. Isto sugere que apesar de a deficiência ser irreversível e ter implicações na QV, existem vários fatores pessoais e sociais que podem influenciar a vida destes indivíduos de melhor ou pior forma. Assim, é possível viver numa condição crónica de saúde e continuar a estar satisfeito com a sua vida como um todo (Migliorini & Tongue, 2009).

2. Introdução ao estudo empírico

2.1 Pertinência do estudo

O estudo empírico que se segue propõe estudar a influência de algumas variáveis psicológicas positivas (felicidade, sentido de vida, suporte social, *coping*) e de uma negativa (depressão) na QV das pessoas com LVM. Uma vez que em Portugal se aproximam de alguns milhares os indivíduos com LVM (Magalhães, 2005) e são várias as consequências psicológicas e sociais associadas, torna-se importante explorar mais esta temática, aliado ao facto de serem poucos os estudos existentes a nível nacional. Não obstante, constata-se a existência de alguns estudos portugueses, apesar de a maioria não se debruçar empiricamente sobre as variáveis aqui propostas.

O aparecimento da LVM implica uma nova condição pessoal, afetando a dinâmica familiar e social e exigindo grandes esforços de enfrentamento e adaptação (Ruiz & Díaz, 2003). Com o desenvolvimento da Psicologia Positiva nos últimos anos, começa-se a salientar os aspetos positivos (forças humanas) de experienciarem novos desafios das suas vidas (Nunes, 2007). Até então, dava-se mais importância às variáveis psicológicas negativas, considerando-se mesmo os estados psicopatológicos como reações inevitáveis. Neste sentido, pretende-se que este estudo contribua, ainda que de forma humilde, para a compreensão da visão e do comportamento dos indivíduos que sofrem acontecimentos traumáticos, nomeadamente se daí advêm apenas consequências negativas ou se, por outro lado, há evidências de algum crescimento pessoal. Pretende-se também averiguar a importância das demais variáveis em estudo na adaptação a esta condição, de forma a obter indicações para intervenções mais claras e precisas por parte dos profissionais de Psicologia junto desta população.

No que diz respeito às variáveis escolhidas para integrarem este estudo, a felicidade parece-nos importante ser abordada num enquadramento da Psicologia Positiva enquanto constructo que parece estar mais dentro de nós do que ligado aos acontecimentos de vida. Assim pretendemos avaliar se mesmo face a um acontecimento de vida adverso e que acarreta grandes limitações, as pessoas conseguem ser felizes.

Saber também se pessoas com LMV, de forma geral, conseguem ter um propósito, objetivos ou missão nas suas vidas (sentido de vida) dá-nos pistas acerca do potencial e

motivação para lidarem com as contingências que lhes vão aparecendo. Além disso, o sentido de vida é ainda uma variável pouco versada na literatura (Guerra, 2010).

A percepção do suporte social é essencial na reabilitação e adaptação à LVM (O'Hare et al., 2011), no sentido que afeta todo o comportamento humano (Guerra, 1995) e é um forte preditor da manutenção da saúde mental (Raichle et al., 2007), QV (Dijkers, 1997) e crescimento positivo (Linley & Joseph, 2004).

Avaliar a depressão é importante pois ajuda-nos na reflexão das consequências que um acontecimento deste cariz pode acarretar, como afetar o bem-estar das pessoas.

Considera-se ainda pertinente explorar a forma como as pessoas enfrentam (*coping*) a sua condição, pois isto pode ditar uma melhor adaptação, como o aumento de aspetos positivos após a lesão (Franklin, 2006). Além disso, existe alguma falta de consenso sobre as estratégias que predizem melhor adaptação.

Por último, a QV como variável resultado que traduz a adaptação à LVM é imprescindível como critério mais universal e objetivo. Para além disso, são ainda poucas as investigações que relacionam este constructo com a LVM, sendo necessário o desenvolvimento de mais estudos (Bruzoni et al., 2011).

2.2 Objetivos

- a) Caracterizar as variáveis psicológicas (felicidade, sentido de vida, suporte social, depressão e *coping*) nos indivíduos com LVM;
- b) Caracterizar a QV nos seus dois componentes (físico e mental);
- c) Relacionar dados sociodemográficos (idade, grau de escolaridade, estado civil), e clínicos (tipo, extensão, etiologia e tempo da lesão) com as variáveis em estudo.
- d) Analisar relações entre as diferentes variáveis psicológicas, evidenciando as que devem ser escolhidas para melhor predizerem a adaptação;
- e) Estabelecer os melhores modelos preditores de qualidade vida;
- f) Caracterizar aspetos positivos e negativos após a LVM.

2.3 Variáveis em estudo

2.3.1 Variáveis independentes: dados sociodemográficos e clínicos, Felicidade, Sentido de Vida, Suporte Social, Depressão e *Coping*.

2.3.2 Variável dependente: QV.

3. Método

3.1 Participantes

A amostra foi selecionada num contexto de saúde (serviço de Medicina Física e Reabilitação de um hospital do grande Porto), segundo um processo não probabilístico de amostragem por conveniência. Este estudo contou com a participação de 33 pessoas com LVM. Foram incluídos na amostra pessoas de ambos os géneros e, por questões de aplicabilidade do material de recolha de dados, bem como por questões éticas, a amostra incidiu em adultos (maiores de 18 anos). Outro critério de inclusão foi o tempo da lesão, tendo sido pensado previamente que todos os participantes deste estudo deveriam ter sofrido a lesão há mais de um ano (período considerado para haver já alguma estabilidade na sua adaptação e integração à nova condição (Cardoso, 2003)). No entanto, devido ao número reduzido de participantes disponíveis, incluiu-se indivíduos a partir de 9 meses de lesão. Como critérios de exclusão estabeleceu-se o critério de não incluir pessoas com lesões cerebrais ou défices cognitivos que pudessem comprometer a compreensão e resposta dos itens dos instrumentos de avaliação. Após a recolha de dados excluiu-se um dos participantes para as análises da escala da depressão e componente mental da QV, uma vez que os dados apresentavam vários valores considerados omissos.

Segue-se a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes.

3.1.1 Idade

A idade dos participantes do presente estudo está compreendida entre os 18 e os 67 anos, com uma média de idade de 45.24 ($DP = 12.77$).

3.1.2 Género

A distribuição do género dos participantes está representada no Quadro 1.

Quadro 1. *Distribuição do género dos participantes*

	Frequência	Percentagem (%)
Feminino	6	18.2
Masculino	27	81.8
Total	33	100

3.1.3 Grau de escolaridade

O grau de escolaridade dos participantes varia entre 2 e 17 anos, com uma média de 8.21 ($DP= 4.129$).

3.1.4 Estado Civil

O estado civil dos participantes pode ser observado no Quadro 2.

Quadro2. *Distribuição do estado civil dos participantes.*

	Frequência	Percentagem (%)
Solteiro / Divorciado / Viúvo	15	45.5
Casado / União de Facto	18	54.5
Total	33	100

3.1.5 Tempo da LVM

A média do tempo de lesão dos participantes foi cerca de 121 meses ($DP= 103.15$), tendo o participante com menos tempo de lesão 9 meses e com mais tempo 448 meses (aproximadamente 37 anos).

3.1.6 Nível e extensão da LVM

Participaram no estudo 24 indivíduos com paraplegia (51.5% incompleta e 21.2% completa) e 9 com tetraplegia (24.2% incompleta e 3% completa), tal como está representado no Quadro 3.

Quadro 3. *Distribuição dos participantes por nível e extensão da LVM*

		Extensão da LVM		Total
		Completa	Incompleta	
Nível da LVM	Paraplegia	7	17	24
	Tetraplegia	1	8	9

3.1.7 Motivo da LVM

Os motivos das LVM dos participantes estão sintetizados no Quadro 4, sendo que em 75.8% dos casos a etiologia é traumática e 24.2% é não traumática.

Quadro 4. *Distribuição da etiologia e respetivos motivos das LVM dos participantes*

Etiologia	Motivo	Frequência	Percentagem (%)
Traumática	Acidente de viação	13	39.4
	Queda	8	24.2
	Mergulho	2	6.1
	Alvejada com arma de fogo	1	3.0
	Esmagamento	1	3.0
	Total	25	75.8
Não traumática	Infarto medular	4	12.1
	Doença desmielinizante	2	6.1
	Hérnia Cervical e Lombar	1	3.0
	Sequelas de cirurgia	1	3.0
	Total	8	24.2
	Total	33	100

3.2 Instrumentos

3.2.1 Escala sobre a Felicidade

A Escala sobre a Felicidade (cf. Anexo 1) de Oliveira (2001) tem como objetivo avaliar a felicidade enquanto dimensão da personalidade. A escala é unidimensional e, apesar de Oliveira (2001) ter encontrado quatro ou mais fatores parece privilegiar a regra *scree* para escolher a solução de um fator.

A escala foi desenvolvida com base nas dimensões psicológicas onde radica a felicidade e foi empiricamente validada, tendo-se administrado vários instrumentos já validados: uns que vão no sentido do constructo (otimismo e satisfação com a vida) e outros no sentido contrário (neuroticismo e solidão) no sentido de avaliar a validade convergente e discriminante, para além de uma pergunta (*Sente-se feliz?*) com o objetivo de se verificar a correlação com a escala. Todas as correlações foram significativas, constatando-se a validade da escala. A consistência interna é de .85.

Esta escala é constituída por 18 itens com respostas numa escala de 1 (“totalmente em desacordo”) a 5 (“totalmente de acordo”) e a cotação baseia-se na soma dos itens assinalados pelos participantes, variando o valor total de 18 a 90. Quanto maior o valor obtido, maior é a felicidade.

3.2.2 Subescala do Sentido de Vida

Para avaliar o sentido de vida recorreu-se a uma subescala (cf. Anexo 2) da Escala de Auto-actualização (Guerra, 1992). A escala de auto-actualização foi inspirada no *Personal Orientation Inventory* de Shostrom, no entanto, o conteúdo e subescalas são

distintos. A escala foi desenvolvida com base nos conceitos teóricos subjacentes, sendo sujeita a um estudo de reflexão falada que deu origem a algumas modificações, no sentido de melhorar a escala. Para além da subescala do sentido de vida, a escala de auto-actualização contempla mais três subescalas: orientação interior, vida criativa e dimensão existencial. A consistência interna da subescala sentida de vida é bastante satisfatória (*alfa* de Cronbach de .76), bem como a escala em geral (.84). Em geral, todas as análises psicométricas mostram garantias da aplicabilidade da escala.

Este instrumento, no seu todo é constituído por 33 itens, dos quais se destacam 8 relativamente à subescala do sentido de vida. As respostas são dadas numa escala de 1 (“concordo muito”) a 5 (“discordo muito”) e a cotação é feita através da soma dos itens. No entanto, deve haver especial cuidado, uma vez que nos itens de formulação positiva, a resposta 1 corresponde ao valor 5, isto é, são itens de cotação invertida (itens 1, 3, 4 e 8). A pontuação total varia entre 8 e 40 e quanto maior for o valor, maior o sentido de vida (interesse/propósito pela vida) do participante.

3.2.3 Escala de Avaliação do Suporte Social

A Escala de Avaliação do Suporte Social foi baseada na *Instrumental-Expressive Social-Support Scale* elaborada por Lin, Dean e Ensel (1981 como citado em Guerra, 1995) e adaptada para a população portuguesa por Guerra (1995). Esta escala (cf. Anexo 3) é um instrumento de autorresposta com o objetivo de avaliar o suporte social que as pessoas têm tido nos últimos 6 meses. Foi traduzida cuidadosamente e sujeita a um estudo de reflexão falada de onde emergiram pequenas modificações.

Esta escala é composta por 20 itens organizados em várias dimensões do suporte social: Fator 1 - Suporte Socio-afetivo (2, 3, 5, 6, 13 e 19); Fator 2 - Controlo exercido pelos outros sobre si próprio (itens 10, 16 e 17); Fator 3 - Suporte financeiro (itens 7 e 11); Fator 4 - Suporte Familiar (itens 12, 14 e 18); Fator 5 – Dificuldades na gestão financeira (itens 1 e 20); Fator 6 - Suporte Amoroso – itens (4 e 15). O item 8 aparece em dois fatores (suporte financeiro e, com valor mais baixo no suporte familiar) e o item 9 possui um valor baixo para ser incluído em qualquer fator, apesar de se aproximar mais do fator 2 (controlo exercido pelos outros sobre si próprio). Os fatores comportam assim 19 dos 20 itens e têm uma variância acumulada de 62.1%. A escala tem uma consistência interna bastante satisfatória (com um *alfa* de Cronbach de .83), bem como validade de item e fatorial.

As respostas são dadas numa escala de 1 (“sempre ou quase sempre”) a 5 (“nunca”). A cotação obtém-se com a soma dos valores de todas as respostas (que pode variar de 20 a 100 pontos) e quanto mais alta for a pontuação mais adequado será o suporte social. Numa população normal (pessoas sem patologia), a pontuação nesta escala ronda os 69.4 (Guerra, 1995).

3.2.4 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (*HADS*) é uma adaptação de Ribeiro e col. (2007) com base na versão original desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983 como citado em Ribeiro et al., 2007). Este instrumento (cf. Anexo 4) tem o objetivo identificar e reconhecer os componentes emocionais associados à doença física, apesar de não ser utilizada para efeitos de diagnóstico. Neste estudo, será apenas utilizada uma das duas subescalas que constituem a *HADS*, uma vez que estas são classificadas separadamente.

A escala foi construída com base no conteúdo e confirmada por análises estatísticas. A adaptação portuguesa não apresenta alterações relativamente à versão original, revelando propriedades psicométricas semelhantes. É assim um instrumento válido e, no que concerne à subescala de depressão, a consistência interna é boa (*alfa* de Cronbach de .81).

A subescala da depressão (a utilizada neste estudo) é composta por 7 itens e as respostas variam numa escala de “0” a “3”, correspondendo à melhor ou pior forma que descreve como se tem sentido nos últimos dias, respetivamente. A cotação é feita, somando os itens, podendo variar o resultado total entre 0 e 21. Considera-se que não é indicador de depressão se o valor total obtido for igual ou inferior a 7. Se o valor estiver compreendido entre 8 e 10 já há alguma depressão, entre 11 e 14 há uma presença moderada e entre 15 e 21, considera-se que haja um estado depressivo grave. Na adaptação portuguesa, o resultado igual ou superior a 11 pontos é o ponto de corte para a presença de um estado depressivo (Ribeiro et al., 2007). No entanto, alguns estudos recomendam um ponto de corte de 8/9. Apesar deste valor não ter sido estudado para a população portuguesa, a semelhança das restantes propriedades métricas com as versões original e adaptadas para outros países pode-se assumir, para efeitos de rastreio, estes valores (Ribeiro, 2007).

3.2.5 *Brief* COPE

O *Brief* COPE foi desenvolvido por Carver (1997 com citado em Ribeiro & Rodrigues, 2004) e adaptado para a população portuguesa por Ribeiro e Rodrigues (2004). Este instrumento tem o objetivo de avaliar o *coping* de adultos e foi desenvolvido com base no Modelo de *coping* de Lazarus e Folkman (Ribeiro, 2007), mas com confirmação psicométrica (validação mista).

A adaptação portuguesa (cf. Anexo 5) baseia-se na versão original com 60 itens de Carver, Scheier e Weintraub (1989) com algumas alterações, no entanto, foi desenvolvida uma versão reduzida (28 itens) para diminuir a sobrecarga dos participantes em relação ao tempo necessário para responderem, versão essa que utilizámos no nosso estudo. Assim, algumas escalas desapareceram, outras foram redefinidas e uma incluída (Carver, 1997 como citado em Ribeiro & Rodrigues, 2004). Esta versão foi utilizada num estudo com participantes que tinham sido vítimas de uma catástrofe natural e tem sido útil na avaliação de pessoas com doença crónica submetidas a tratamentos agressivos (Fillion, Kovacs, Gagnon, & Endler, 2002 como citado em Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Este instrumento foi traduzido para Português, procedendo-se a uma apreciação por parte de dois psicólogos acerca da adequação dos itens em cada subescala, bem como a posterior realização do *cognitive briefing*. É constituído por 14 subescalas com dois itens em cada; 1) *Coping* Ativo – itens 2 e 7; 2) Planear – itens 14 e 25; 3) Utilizar suporte instrumental – itens 10 e 23; 4) Utilizar suporte social emocional – itens 5 e 15; 5) Religião – itens 22 e 27; 6) Reinterpretação positiva – itens 12 e 17; 7) Autoculpabilização – itens 13 e 26; 8) Aceitação – itens 20 e 24; 9) Expressão de sentimentos – itens 9 e 21; 10) Negação – itens 3 e 8; 11) Autodistração – itens 1 e 19; 12) Desinvestimento comportamental – itens 6 e 16; 13) Uso de substâncias – itens 4 e 11; 14) Humor – itens 18 e 28. O questionário é precedido de instruções em que se pede à pessoa para responder sobre o modo como lida com os problemas da vida (especificamente com a LMV).

Os itens são descritos consoante as ações que as pessoas realizam e a resposta é dada numa escala de “0” a “3” (“nunca faço isto”, “poucas vezes faço isto”, “algumas vezes faço isto” e “faço sempre isto”, respetivamente). Tal como sugerido pelos investigadores, a resposta pode ser alterada no sentido de averiguar o *coping* situacional e não o *coping* disposicional (Ribeiro & Rodrigues, 2004). O questionário pode ser também reduzido (aplicando-se apenas algumas subescalas) se o investigador assim o

pretender. O resultado final é apresentado como um perfil não havendo uma nota total nem a soma das subescalas. A cotação é feita por cada subescala, havendo assim uma diferenciação das estratégias de *coping* que mais utiliza. Por exemplo, pontuações mais elevadas indicam as estratégias de *coping* mais usadas pelo indivíduo (considerando que “0” é menos utilizada e “6” mais utilizada).

As análises estatísticas efetuadas com a amostra portuguesa foram semelhantes às realizadas na versão original, mostrando a análise de componentes principais com rotação oblíqua, nove fatores com valores próprios superiores a 1. A versão portuguesa explica 67.47% da variância total e verifica-se que todas as cargas fatoriais dos itens são superiores a .40, sendo que 25 dos 28 itens têm carga fatorial superior a .60, tal como acontece no estudo norte-americano. Estes valores são aceitáveis uma vez que são poucos os itens que estão abaixo da fronteira dos .60. Assim, a versão portuguesa apresenta características idênticas à escala original, confirmando a distribuição de itens pelas escalas a que pertencem. A validade e a consistência interna revelaram-se satisfatórias.

3.2.6 Questionário de Saúde Reduzido SF-36

O Questionário de Saúde Reduzido SF-36 (SF-36) (cf. Anexo 6) é uma adaptação portuguesa de Ribeiro (2005) da versão original de Ware, Snow, Kosinsky e Gandek (1993). Este instrumento tem como objetivo avaliar a perceção de saúde tal como é definida pela Organização Mundial de Saúde em jovens e adultos e é um dos instrumentos mais estudados e utilizados na avaliação da QV em populações clínicas e não clínicas (Ribeiro, 2005). O processo de validação deste instrumento baseou-se nos procedimentos recomendados pelo projeto IQOLA, havendo tradução rigorosa e avaliação da tradução, testes psicométricos, exame da validade das escalas e acumulação de dados normativos e de guias de orientação.

Este questionário é composto por 36 itens, 35 dos quais formam duas componentes: componente física (com quatro dimensões: funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal e saúde geral) e a componente mental (com outras quatro dimensões: vitalidade, funcionamento social, desempenho emocional e saúde mental). O item restante diz respeito à transição de saúde, isto é, à perceção que o sujeito tem do seu estado de saúde, desde há um ano atrás. A versão portuguesa do SF-36 apresenta uma elevada consistência interna e uma boa validade.

A cotação é efetuada, somando as notas brutas de cada uma das dimensões e convertendo-as numa escala de 0 a 100. Para isso, os dados devem ser introduzidos numa base de dados e reverter alguns itens (consoante uma tabela padrão) para, através de uma fórmula, converter numa escala de 100 pontos (Ribeiro, 2005), sendo que os valores mais elevados correspondem a uma melhor perceção do estado de saúde ou QV. No que concerne ao estudo de Ribeiro (2005) constata-se que a média de uma população normal para o componente mental é de 67.14 e de 73.08 para o componente físico, em comparação com uma população com doença cujos valores são de 57.15 e 55.96, respetivamente. Para comparação de valores noutras populações em estudo, devem-se considerar os valores das medianas de cada subescala: Funcionamento Físico (95), Desempenho Físico (100), Dor Corporal (72), Saúde Geral (67), Vitalidade (60), Saúde Mental (68), Funcionamento Social (75) e Desempenho Emocional (100).

3.2.7 Questionário Sociodemográfico e Clínico

Neste questionário inquir-se acerca de alguns dados sociodemográficos (sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil), bem como clínicos (motivo, nível, extensão e tempo da LVM) (cf. Anexo 7).

No final do preenchimento de todos os instrumentos, pede-se ainda aos participantes que mencionem três aspetos negativos e três positivos que advieram com a sua lesão, no sentido de destacarem aspetos possivelmente diferentes dos abrangidos pelos questionários e que possam ser importantes para melhor compreender a adaptação dos participantes. Pretende-se com estas perguntas de resposta aberta fazer uma análise de conteúdo, averiguando também a existência ou não de aspetos consensuais entre os participantes, bem como averiguar se são capazes de ter uma visão positiva após experimentarem uma experiência traumática.

3.3 Procedimento

Num primeiro momento, o projeto do presente estudo foi enviado e aprovado pelo Conselho de Gerência de um hospital do grande Porto. Especificamente, no que concerne à recolha de dados, explicou-se previamente a cada participante o tema, objetivos e o enquadramento do estudo. De seguida, pediu-se para que cada um lesse e assinasse uma declaração de consentimento de participação na investigação (no caso

dos participantes que não conseguiam assinar, recorreu-se à sua impressão digital ou assinatura de um familiar testemunho). Nesta declaração (cf. Anexo 8) está detalhado o tempo estimado para preencher os questionários, garantia de anonimato e confidencialidade dos dados, bem como o carácter voluntário de participação. Cada participante teve possibilidade de preencher o seu questionário sozinho ou ter o auxílio do investigador, devido à sua condição física. Aquando do preenchimento individual, o investigador esteve disponível para o esclarecimento de dúvidas pontuais dos participantes. Por fim, disponibilizou-se tempo para eventuais dúvidas ou observações que gostassem de fazer.

A recolha foi feita entre o dia 10 de janeiro e 16 de abril de 2012, em diferentes locais do hospital, consoante o local mais apropriado no momento para o participante (e.g., cama do internamento, ginásio e gabinete de consulta).

A nível do tratamento de dados, recorreu-se ao programa informático SPSS 19 (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 19) para realizar as análises necessárias: análises descritivas para caracterizar a amostra e variáveis em estudo, testes *t*-Student para amostras independentes, testes de correlação usando o coeficiente de *Pearson* para averiguar a relação entre as variáveis e de regressão linear múltipla (usando o método *enter*) para testar predições. Recorreu-se a estatística paramétrica, uma vez que o número de participantes é superior a 30. Utilizou-se em todas as análises o nível de significância de .05. A classificação das correlações consoante a sua força seguiu os critérios de Cohen (como citado em Pallant, 2001). Para além disto, procedeu-se a uma breve análise de conteúdo, salientando as categorias mais referidas pelos participantes em relação à pergunta efetivada.

4. Resultados e discussão

Neste capítulo serão descritos os principais resultados de acordo com os objetivos definidos no capítulo anterior. Primeiro, apresenta-se uma análise descritiva das variáveis em estudo (felicidade, sentido de vida, depressão, QV e *coping*) e a distribuição destas consoante os dados sociodemográficos e clínicos. Segue-se uma exploração das relações entre as principais variáveis, evidenciando as que predizem melhor adaptação. Por fim, salienta-se uma breve caracterização dos aspetos positivos e negativos que advêm da LVM, bem como as diferenças entre as pessoas que consideram haver aspetos positivos e as que não veem qualquer tipo de resultado positivo nas suas vidas após LVM.

À medida que se apresenta os resultados, estes vão sendo interpretados e integrados numa reflexão tendo em conta a revisão da literatura efetuada. Para além disso, salienta-se uma comparação com alguns valores obtidos em estudo com outras populações, clínicas ou não clínicas, uma vez que são escassos os estudos para que se possa estabelecer um termo de comparação em populações com LVM. É de referir que devido à dimensão amostral, nomeadamente ao escasso número de participantes do sexo feminino, não se realizaram análises comparativamente ao género.

4.1 Análise descritiva das variáveis

Quadro 5. *Distribuição de frequências da escala da felicidade, sentido de vida, suporte social e depressão*

	Felicidade	Sentido de Vida	Suporte Social	Depressão
N	33	33	33	32
Média	72.15	29.88	80.21	5.16
Desvio Padrão	10.357	5.561	13.688	4.09
Mínimo	47	18	49	0
Máximo	90	39	100	15

4.1.1 Felicidade

De acordo com o quadro 5, o valor médio obtido na escala da felicidade numa variação de 18 a 90 pontos foi de 72.15 ($DP=10.36$). Desconhece-se estudos sobre a felicidade em pessoas com LVM em Portugal, no entanto, comparando o valor aqui obtido com outros estudos em que utilizam o mesmo instrumento de avaliação, verifica-

se que estes participantes são mais felizes que uma amostra de idosos ($M=67.1$; $t(32)=2.802$; $p=.009$) e igualmente felizes comparando com estudantes universitários ($M=72.3$; $t(32)=-.082$; $p>.05$) (Pinto & Oliveira, 2006) e estudantes do ensino secundário ($M=71$; $t(32)=.639$; $p>.05$) (Oliveira, 2003). Isto demonstra que apesar de esta amostra ter passado por uma situação adversa como a LVM, é possível serem tão ou mais felizes como as outras pessoas, tal como constatou Brickman e col. (1978), comparando paraplégicos com pessoas que haviam ganho a lotaria.

4.1.2 Sentido de vida

Na subescala do sentido de vida que varia entre 8 e 40, a média obtida pelos participantes foi 29.88 ($DP=5.56$). Este valor não difere significativamente de várias populações clínicas, apesar de ser ligeiramente inferior a uma amostra com cancro de colo rectal ($M=31.19$; $t(32)=-1.355$; $p>.05$) (Silva 2010) e de cancro da mama ($M=31.62$; $t(32)=-1.799$; $p>.05$) (Fonseca, 2011) e superior a uma população vítima de acidente vascular cerebral ($M=28.57$; $t(32)=-1.352$; $p>.05$) (Moreira, 2011). No que concerne a outras populações, verifica-se que o sentido de vida nesta amostra é significativamente inferior, por exemplo, em comparação com enfermeiros psiquiátricos ($M=32.63$; $t(32)=-2.842$; $p=.008$) (Forte, 2009), mas significativamente superior a uma amostra de toxicod dependentes ($M=27.727$; $t(32)=2.23$; $p=.033$) (Manita, Negreiros, Agra & Guerra, 1997). Apesar de não existirem muitos dados, nomeadamente os obtidos pela população em geral no estudo de validação da escala, esta amostra apresenta valores semelhantes aos encontrados noutras amostras clínicas.

4.1.3 Suporte social

Na escala da avaliação do suporte social, de 20 a 100 pontos, a média foi de 80.21 ($DP=13.69$). O valor do suporte social encontrado neste estudo é significativamente superior à encontrada numa população seropositiva ($M=62.5$; $t(32)=7.433$; $p<.001$) e numa população saudável ($M=69.4$; $t(32)=4.538$; $p<.001$) ($p<.001$) (Guerra, 1995). No entanto, não difere de uma população masculina com doença coronária ($M=82.03$; $t(32)=-.763$; $p>.05$) (Rodrigues, 2008). Em geral, os participantes demonstram ter apoio social, superior à média obtida no estudo de validação da escala (Guerra, 1995).

4.1.4 Depressão

O grau de depressão desta amostra situa-se nos 5.16 ($DP=4.09$) numa escala de 0 a 21 pontos. De acordo com o ponto de corte definido por Ribeiro e col. (2007), 15.6% dos participantes encontram-se num estado depressivo, sendo que 12.1% é considerada depressão moderada e 3% (apenas 1 participante) evidencia depressão grave. Assim, verifica-se que 78.8% dos participantes não têm indicadores de depressão e 3% têm depressão ainda que ligeira.

Atendendo a estudos em que foi utilizado a *HADS*, o grau de depressão é significativamente superior neste estudo comparando com amostras saudáveis no estudo de Branco (2008) ($M=2.97$; $t(31)=3.025$; $p= .005$) e no de Ribeiro e col. (2007) ($M=3.22$; $t(31)=2.679$; $p< .012$). E, em comparação com outras populações clínicas, a existência de estado depressivo situa-se nos 8.7% numa amostra de pessoas com doença inflamatória intestinal (Branco, 2008), nos 12.6% numa população com cancro da mama (Fonseca, 2011), 20% em indivíduos vítimas de AVC (Moreira, 2011), 7.1% em epiléticos, 6.2% em obesos, 6.6% em indivíduos com doença coronária (Ribeiro et al., 2007), entre outros, comparativamente com os 15.6% da população com LVM. Assim, verifica-se que a taxa de indivíduos com algum estado depressivo é superior às taxas que têm sido encontradas na maioria dos estudos com outras populações. Não obstante, o grau de depressão encontrado neste estudo não difere muito dos valores de Woolrich e col. (2006) numa amostra de pessoas com LVM ($M=5.5$; $t(31)= -.476$; $p> .05$), apesar da percentagem de indivíduos com estado depressivo ser um pouco inferior (15.6% vs 21%). Em geral, a taxa de indivíduos com LVM que apresentam depressão tem variado entre os 20 a 40% (Scivoletto et al., 1997), valores superiores ao que encontramos neste estudo. No entanto, esta amostra não é representativa para generalização de resultados, para além de estes valores não se referirem a quaisquer amostras portuguesas, o que pode gerar um viés nesta comparação. Para além disso, a comparação destes resultados devem ser questionadas, dada a variedade de critérios diagnósticos que podem ser utilizados nos diferentes estudos (Ruiz & Díaz, 2003). Não obstante, na recolha de dados verificou-se que apesar de a *HADS* ter a vantagem de não mensurar dimensões fisiológicas que possam estar associadas a doenças, contempla um item (*Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar*) que pode ter sido interpretado como uma causa da condição física e não psicológica e por conseguinte ter tido influência nos valores obtidos de alguns participantes.

4.1.5 Coping

De acordo com a figura 1, as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos inquiridos são a Aceitação ($M=5.18$; $DP=1.53$), *Coping* Ativo ($M=4.67$; $DP=1.9$) e o Planeamento ($M=4.55$; $DP=1.91$). As menos utilizadas são o Uso de Substâncias ($M=0$; $DP=0$), Desinvestimento Comportamental ($M= .55$; $DP=1.42$) e a Negação ($M=1.67$; $DP=1.95$).

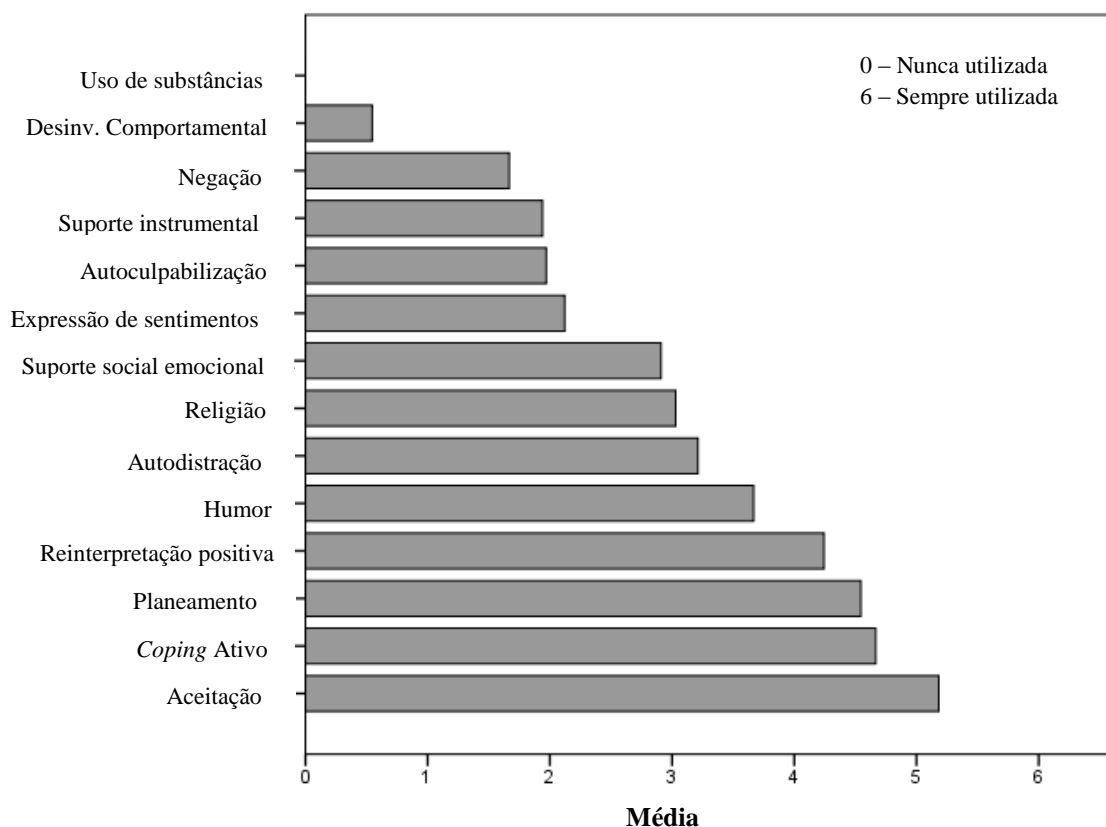


Gráfico 1. Média das estratégias de coping utilizadas.

A Aceitação e o *Coping* Ativo foram também as estratégias mais utilizadas no estudo de Pollard e Kennedy (2007). Estes autores salientaram a Reinterpretação Positiva como a terceira estratégia mais utilizada, estratégia que é a quarta mais evidenciada neste estudo. O Planeamento, por sua vez, é estratégia que se destaca neste estudo como a terceira mais utilizada, sendo que juntamente com as três mencionadas no estudo de Pollard e Kennedy foram também as mais evidenciadas na investigação de Kennedy e col (2000). O suporte social, pelo contrário não é das mais utilizadas pelos indivíduos desta amostra, ao contrário do estudo de Kennedy e col. (2000). Note-se que isto não significa que tenham pouco suporte ou apoio social, simplesmente não procuram compreensão ou conforto emocional para lidarem melhor com a sua LVM, e isto até pode dever-se ao facto de, pelo contrário, até já terem de forma natural esse

apoio. Em geral, tal como constatou Kennedy e col. (2000), as estratégias utilizadas pelos indivíduos após as LVM são mais adaptativas do que não adaptativas.

No que concerne às estratégias menos utilizadas, verifica-se iguais conclusões relativamente aos estudos de Kennedy e col. (2000) e Pollard e Kennedy (2007), destacando-se o Uso de Substâncias, Desinvestimento Comportamental e a Negação. Note-se que estas estratégias menos utilizadas são também das estratégias de *coping* menos adaptativas. É de salientar também que embora o Uso de Substâncias não seja uma estratégia utilizada pelos participantes, alguns autores evidenciam um uso significativo de álcool e drogas após LMV (North, 1999; Murta & Guimarães, 2007).

4.1.6 Qualidade de vida

Numa escala de 0 a 100, a média do componente físico da QV foi de 50.99 ($DP=19.27$) e do componente mental 70.39 ($DP=21.42$). De todas as dimensões, as que evidenciam uma melhor adaptação são o Funcionamento Social, Saúde Mental e Desempenho Emocional e as que evidenciam pior adaptação são o Funcionamento Físico, Desempenho Físico e Dor Corporal, constatando-se que o componente mental é significativamente superior ao componente físico. Estes resultados são expectáveis, dada a própria natureza da LVM que referindo-se a uma condição física e não psicológica, leva em princípio a maiores comprometimentos físicos.

Quadro 6. Distribuição das dimensões e componentes do SF-36 (Qualidade de vida)

	Funcionamento Físico	Desempenho Físico	Dor Corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Funcionamento Social	Desempenho Emocional	Saúde Mental
N	33	33	33	33	32	33	33	32
Média	18.03	58.33	63.24	64.36	66.56	78.41	66.67	71.63
DP	22.36	39.36	28.45	21.25	20.02	24.46	44.88	24.05
	Componente Físico				Componente Mental			
N	33				32			
Média	50.99				70.39			
DP	19.27				21.42			

Comparando com os resultados obtidos na validação desta escala, verifica-se que o valor do componente físico não difere significativamente de uma população doente ($M=55.96$; $t(32)=-1.481$; $p> .05$), mas como seria de esperar é significativamente inferior a uma população saudável ($M=73.08$; $t(32)=-6.585$; $p< .001$) (Ribeiro, 2005). Já o componente mental é significativamente superior a uma população doente ($M=57.15$; $t(31)=3.496$; $p= .001$) e, apesar de não significativo, é também superior a uma

população saudável ($M=67.14$; $t(31)=.858$; $p>.05$) (Ribeiro, 2005). Isto significa que os indivíduos com LVM têm uma boa percepção da QV, podendo ser igual ou superior à maioria das pessoas. Isto vai contra as primeiras investigações acerca da QV em indivíduos com LVM percecionavam uma satisfação inferior de QV em comparação com a população geral (Crew, 1980 como citado em Dijkers, 1997). Não obstante, investigações posteriores demonstraram já que a maioria dos indivíduos relata uma QV boa ou excelente (Albrecht & Devlieger, 1999; Whiteneck et al., 1992). Numa amostra portuguesa de indivíduos com LVM, Martins e Ribeiro (2010) encontraram igualmente relativa satisfação com a vida em pessoas com LVM. Apesar dos instrumentos utilizados nalgumas destas investigações serem diferentes do utilizado neste estudo, conclui-se que é possível estarem bem adaptados a nível mental, vivendo com uma lesão deste tipo. No que concerne ao componente físico, este está no limiar de um nível de adaptação positiva (50.99/100), mas como referiu Elfstrom e col. (2005), a avaliação com o SF-36 pode enviesar os resultados comparativamente a outros instrumentos, uma vez que avalia itens como o andar, subir escadas, entre outros em que a cotação será mínima face à condição de saúde. Reconhece-se assim que são necessários estudos mais detalhados para determinação da QV na LVM, devendo ser construídos e validados instrumentos específicos para este fim (Bruzoni et al., 2011).

4.2 Relação de dados sociodemográficos e clínicos com as variáveis em estudo

4.2.1 Idade

A idade está apenas associada significativamente com duas estratégias de *coping*, sendo a correlação moderada. Quanto maior for a idade, mais os indivíduos usam a Negação ($r=.404$, $n=33$, $p=.02$) e menos o Humor ($r=-.447$, $n=33$, $p=.009$), como estratégias de *coping*. Isto significa que em relação aos mais novos, os mais velhos são menos capazes de fazer piadas acerca da LVM e tentam rejeitar mais esta realidade.

Verifica-se também uma tendência para um menor suporte social, felicidade, sentido de vida e QV e maior o grau de depressão em pessoas mais velhas, apesar dos resultados não serem significativos. De acordo com a revisão de literatura efetuada, vários estudos convergem com estas tendências, salientando que são os mais novos os que melhor se adaptam às LVM (Krause & Sternberg, 1997; Linley & Joseph, 2004; Martins, 2008; Woodrich & Patterson, 1983) e que estão mais satisfeitos com a vida (van Leeuwen et al., 2011). Isto pode dever-se, entre outros aspetos, ao maior número

de problemas físicos e morbilidades nas pessoas mais velhas e ao facto de serem menos ativos e terem um estilo de vida menos gratificante (Krause & Sternberg, 1997). Ribeiro (2005) refere que a perceção de saúde ou QV tende a diminuir com a idade, assim como Pinto e Oliveira (2006) constataam que os valores de felicidade são maiores nos jovens portugueses em geral do que nos mais velhos. Não obstante e apesar de se considerar que o tamanho da amostra possa contribuir para o facto de não se evidenciar resultados significativos, no que concerne à depressão, Scivoletto e col. (1997) com uma amostra de 100 participantes também não encontraram correlações significativas com a idade.

4.2.2 Grau de escolaridade

Verifica-se que o grau de escolaridade está positivo e moderadamente associado a algumas estratégias de *coping*, como o Planeamento ($r = .394$, $n = 33$, $p = .023$), Reinterpretação Positiva ($r = .44$, $n = 33$, $p = .01$), Autoculpabilização ($r = .453$, $n = 33$, $p = .008$) e Humor ($r = .345$, $n = 33$, $p = .05$). Uma possível explicação para este facto é que as pessoas com maior grau de escolaridade poderão estar mais aptas a pensar sobre o melhor modo de enfrentar a situação (Planeamento) e a conseguir retirar o melhor proveito e crescer a partir dela (Reinterpretação Positiva). Da mesma forma, possivelmente são também capazes de levar, mais vezes, a situação para a brincadeira (Humor) e, pensando mais sobre as situações podem ser igualmente mais autocríticos e exigentes consigo mesmos (Autoculpabilização). Estas estratégias, na sua maioria adaptativas, vão no sentido dos valores das outras variáveis em estudo quando se verifica as suas tendências (nomeadamente de maiores valores na escala da felicidade e menores na da depressão), apesar destes não serem significativos.

4.2.3 Estado civil

Evidencia-se diferenças significativas no estado civil em relação ao componente físico, sendo os solteiros/divorciados/viúvos mais adaptados fisicamente ($M = 58.317$; $DP = 18.253$) do que os casados ou os que vivem em união de facto ($M = 44.889$; $DP = 18.377$; $t(31) = 2.096$, $p = .44$). Isto pode ter alguma influência da diferença significativa de idades evidente entre as pessoas que estão numa relação ($M = 51.9$; $DP = 9.83$) e as pessoas que não estão numa relação ($M = 38.47$; $DP = 12.86$; $t(31) = -3.146$, $p = .004$). Isto é, os solteiros/divorciados/viúvos são em geral mais novos e por isso podem ter menos complicações físicas e terem uma maior funcionalidade. Pode-se também levantar como hipótese explicativa adicional o facto das pessoas que não estão

numa relação, isto é, que não têm um companheiro (normalmente figura de maior auxílio) que os apoiem de modo mais constante nas suas dificuldades, tenham tido maiores exigências e também por isso maior necessidade de se adaptarem de forma mais autónoma. Ou seja, poderão estar agora menos dependentes de outros na realização de certas tarefas (e.g., “*tomar banho ou vestir-se sozinho*”; “*levantar ou carregar compras da mercearia*”), pelo que as limitações em realizá-las sozinhos são menores.

Encontra-se também outra diferença significativa referente às estratégias de *coping*, sendo que os indivíduos que estão numa relação ($M=2.28$ $DP=2.218$) utilizam mais a Negação do que os que não estão numa relação ($M= .93$; $DP=1.28$; $t(31)= -2.174$, $p= .038$). Da mesma forma, existe a possibilidade de esta conclusão não estar associada ao estado civil, mas sim à idade dos participantes.

4.2.4 Tempo da lesão

Salienta-se duas estratégias de *coping* negativa e moderadamente associadas com o tempo de lesão. Assim, quanto maior for o tempo de lesão, menos os indivíduos utilizam o Suporte Instrumental ($r= -.417$, $n=33$, $p= .016$) e a Negação ($r= -.415$, $n=33$, $p= .016$). Considera-se expectável que com o passar do tempo, as pessoas procurem menos ajuda e informações acerca do que podem fazer (Suporte Instrumental) uma vez que estão mais habituados e vão possuindo cada vez maior conhecimento sobre o que fazer em relação à LVM. Também, a tentativa de rejeitar a realidade (Negação) acontece mais nas pessoas com menos tempo de LVM possivelmente por uma menor assimilação ou integração do acontecimento. Segundo Gill (1999), as pessoas com LVM passam por estágios semelhantes ao dos experienciados na morte (choque, negação, culpa, depressão, esperança, reconciliação). Assim, segundo esta explicação, a Negação ocorre, de facto nas fases mais iniciais.

O tempo de LVM não está associado a quaisquer outras variáveis estudadas, apesar de haver uma tendência para menor felicidade, suporte social, sentido de vida, adaptação física e mental e maior grau de depressão com o passar do tempo. Algumas evidências empíricas apontam para uma menor depressão nos participantes com mais tempo de lesão (Woolrich et al., 2006), bem como uma maior adaptação (Krause & Sternberg, 1997; Woodrich & Patterson, 1983), destacando a existência de um processo de aprendizagem gradual. Contudo, Saunders e col. (2012) num estudo longitudinal não encontram diferenças de depressão ao longo do tempo e Stevens e col. (2008) verificam, tal como acontece neste estudo, que a QV vai diminuindo com o tempo.

4.2.5 Nível da lesão

Existem diferenças significativas entre o nível da LVM e o grau de depressão, sendo superior nos tetraplégicos ($M=7.67$; $DP=7.67$) em comparação com os paraplégicos ($M=4.17$; $DP=73.49$; $t(30)=-2.321$; $p=.027$). Estas diferenças não foram encontradas noutros estudos (Buunk et al., 2006; Scivoletto et al., 1997; Woolrich et al., 2006), no entanto, estando mais comprometidos a nível físico, os tetraplégicos são menos ativos e independentes, pelo que podem estar mais propensos a estados depressivos. Não obstante, existe um grande número de participantes com paraplegia incompleta nesta amostra e que mantêm, em princípio, um nível de atividade superior aos indivíduos com paraplegias completas e tetraplegias. Se a amostra fosse constituída por mais pessoas com paraplegia completa, possivelmente esta diferença seria atenuada.

O sentido de vida nos paraplégicos ($M=31.17$; $DP=5.46$) é também maior do que nos tetraplégicos ($M=26.44$; $DP=4.45$; $t(31)=2.316$; $p=.027$), bem como o componente mental da QV que é superior nos indivíduos com paraplegia ($M=75.18$; $DP=20.44$) do que nos com tetraplegia ($M=58.14$; $DP=19.85$; $t(30)=2.136$; $p=.041$). Do mesmo modo é expectável que o quadro motor de paraplegia proporcione maior interesse e objetivos nas vidas dos participantes, bem como um menor sentido de que a vida é vivida em vão, quando comparado com quadros de tetraplegia em que há menor capacidade para a concretização de alguns objetivos e desenvolvimento das suas potencialidades. Também, no mesmo sentido da explicação de menor grau de depressão nos paraplégicos, também é expectável maior QV mental. O nível da lesão demonstrou ser assim um fator que influencia adaptação, ao contrário do que demonstra Dijkers (1997).

4.2.6 Etiologia da lesão

O componente físico da QV é significativamente superior nos indivíduos com LVM traumática ($M=55.87$; $DP=19.24$), em comparação com LVM não traumáticas ($M=35.75$; $DP=8.83$; $t(31)=2.840$; $p=.008$). Também o componente mental é superior nas lesões traumáticas ($M=74.84$; $DP=20.08$) do que nas não traumáticas ($M=57.04$; $DP=20.86$; $t(30)=2.151$; $p=.04$). Estas pequenas diferenças podem ser atribuídas à aceitação, conformismo e serenidade mais presente nas lesões traumáticas como defendem Ruiz e Díaz (2003). Pelo contrário, Migliorini e col. (2011), concluem que são poucas as diferenças na QV em relação à etiologia.

Atentando às estratégias de *coping*, apenas a Negação é significativamente inferior nos indivíduos com lesões traumáticas ($M=1.16$; $DP=1.6$) em relação às lesões

não traumáticas ($M=3.25$; $DP=2.19$; $t(31)=-2.941$; $p= .006$). Esta variável, assim como os resultados da QV, podem ter influência da variável idade, uma vez que os indivíduos com lesão traumática são significativamente mais novos ($M=41.48$; $DP=11.892$) do que os indivíduos com lesão não traumática ($M=57$; $DP=7.211$; $t(31)=-3.47$; $p= .002$) e, como já foi descrito acima, os mais velhos utilizam mais a estratégia de Negação do que os mais novos e tendem a ter pior adaptação.

4.3 Relações entre as variáveis em estudo

Encontraram-se várias correlações entre as variáveis em estudo, podendo ser observadas no quadro 7 (à exceção das estratégias de *coping* que são descritas abaixo).

Quadro 7. Correlações entre o sentido de vida, felicidade, suporte social, depressão e qualidade de vida

		Felicidade	Sentido de Vida	Suporte Social	Depressão	Componente Físico – QV	Componente Mental - QV
Felicidade	R Pearson	1					
	Sig.						
	N	33					
Sentido de Vida	R Pearson	.781**	1				
	Sig.	.000					
	N	33	33				
Suporte Social	R Pearson	.247	.344*	1			
	Sig.	.166	.050				
	N	33	33	33			
Depressão	R Pearson	-.730**	-.683**	-.351*	1		
	Sig.	.000	.000	.049			
	N	32	32	32	32		
Componente Físico – QV	R Pearson	.431*	.360*	.371*	-.274	1	
	Sig.	.012	.040	.034	.130		
	N	33	33	33	32	33	
Componente Mental – QV	R Pearson	.423*	.295	.473**	-.432*	.630**	1
	Sig.	.016	.101	.006	.014	.000	
	N	32	32	32	32	32	32

** $p \leq .01$

* $p \leq .05$

A felicidade apresenta uma correlação positiva forte com o sentido de vida e uma correlação positiva moderada com o componente físico e mental da QV. Também se encontra uma correlação negativa forte com a depressão. Em relação às estratégias de *coping*, verifica-se que a felicidade está positiva e moderadamente associada ao *Coping* Ativo ($r= .49$, $n=33$, $p= .036$), Aceitação ($r= .464$, $n=33$, $p= .007$), Planeamento ($r= .399$, $n=33$, $p= .021$), Religião ($r= .378$, $n=33$, $p= .03$) e Humor ($r= .442$, $n=33$, $p= .01$), bem como fortemente associada à Reinterpretação Positiva ($r=0,588$, $n=33$, $p< .001$) e

negativa e moderadamente associada ao Desinvestimento comportamental ($r=-.466$, $n=33$, $p=.006$). Isto significa que quanto maior a felicidade, menor o grau de depressão e maior o sentido de vida, a adaptação e a utilização das estratégias mencionadas, à exceção do Desinvestimento Comportamental que é menos utilizado.

O sentido de vida apresenta correlações com algumas estratégias de *coping*: positivas moderadas com a Aceitação ($r=.429$, $n=33$, $p=.013$), Planeamento ($r=.372$, $n=33$, $p=.033$) e Religião ($r=.368$, $n=33$, $p=.035$), positiva forte com a Reinterpretação Positiva ($r=.561$, $n=33$, $p=.001$) e negativa moderada com o Desinvestimento comportamental ($r=-.479$, $n=33$, $p=.004$). Ou seja, quanto maior o sentido de vida, mais os participantes aceitam, planeiam, interpretam positivamente e se apoiam na religião e menos desinvestem nos seus comportamentos. Encontra-se também uma correlação positiva moderada do sentido de vida com o componente físico da QV e com o suporte social, bem como negativa forte com a depressão. Assim, quanto maior o sentido de vida, melhor é a adaptação física, o suporte social percebido e menor a depressão. Apesar de não se verificar associação do sentido de vida com o componente mental da QV, o sentido de vida está associado a outras variáveis consideradas indicadores de adaptação psicológica, como a felicidade e a depressão. Não obstante, Albrecht e Devlieger (1999) referem que pessoas que não tenham um sentido de vida forte têm baixos índices de QV e Thompson e col. (2003) salientam que o sentido de vida é um forte preditor da adaptação à LVM, o que não se evidencia neste estudo.

No que concerne ao suporte social, encontra-se uma correlação positiva moderada com o componente físico e mental da QV e também uma correlação negativa moderada com a depressão. Isto significa que quanto maior o suporte social, maior é a adaptação e menor o grau de depressão. A literatura evidencia correlações entre o suporte social e a depressão (Buunk et al., 2006; Franklin, 2006), saúde mental (Raichle et al., 2007) e QV em várias populações (Guerra, 2010).

A depressão evidencia uma correlação negativa moderada com o componente mental da QV. As estratégias de *coping* Expressão de sentimentos ($r=.392$, $n=32$, $p=.027$) e o Desinvestimento Comportamental ($r=.36$, $n=32$, $p=.04$) estão associadas positiva e moderadamente à depressão. Já a Reinterpretação Positiva ($r=-.57$, $n=32$, $p<.001$) e o Humor ($r=-.658$, $n=32$, $p<.001$) estão negativa e fortemente associados à depressão. Em suma, quanto maior o grau de depressão, menor é a adaptação mental e há uma menor utilização de estratégias de *coping* baseadas na reinterpretação positiva e no humor, mas uma maior expressão de sentimentos e desinvestimento comportamental.

Centrando nas estratégias de *coping* associadas à QV, verifica-se três associações significativas, estando a Expressão de sentimentos ($r = -.489$, $n=32$, $p = .004$), Negação ($r = -.44$, $n=32$, $p = .012$) e Autodistração ($r = -.407$, $n=32$, $p = .021$) negativa e moderadamente associadas com o componente mental da QV. Por sua vez, não há evidência de nenhuma estratégia de *coping* associada ao componente físico da QV. Isto significa que quanto mais os indivíduos têm tendência para exprimir e descarregar sentimentos de *stress*, rejeitar a realidade da LVM e se autodistraírem, menor é a adaptação. Estes resultados poderiam *à priori* não ser expectáveis, principalmente no que concerne à autodistração (“*Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação*”; “*Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras*”), no entanto, uma hipótese explicativa é que as pessoas que se mostram mais adaptadas não precisam tampouco de recorrer a essas estratégias para enfrentarem de melhor forma a LVM porque a aceitam (menor utilização de “Negação”) e não expressam sentimentos de aborrecimento (menor utilização de “Expressão de Sentimentos”) considerando que estão bem, enquanto as menos adaptadas precisam mais frequentemente de se auto distraírem para não pensarem tanto na LVM. Segundo a meta-análise de Linley e Joseph (2004), é unanime que a estratégia associada a melhor adaptação é a aceitação, apesar de não se ter verificado correlação significativa neste estudo. Salienta-se que alguns estudos ao invés da QV podem conceber outras variáveis como indicadoras de maior adaptação psicológica, como a depressão e satisfação com a vida, o que pode contribuir para algumas diferenças de resultados, para além da inevitabilidade da utilização de instrumentos diferentes, mesmo quando se avalia a QV.

Analisando todas as correlações da QV, verifica-se que o sentido de vida é a única variável que não apresenta correlação com o componente mental da QV e a depressão a que não apresenta correlação com o componente físico da QV.

4.4 Variáveis preditivas da Qualidade de Vida

As associações encontradas acima sugerem que algumas variáveis psicológicas podem constituir determinantes significativos da QV nos indivíduos com LVM. Assim, importa verificar se existem variáveis capazes de prever uma melhor adaptação e qual é a melhor preditora. Dado o número reduzido de participantes desta amostra, recorreu-

se a modelos de regressão apenas com dois preditores da QV. Utilizamos de acordo com as orientações de Pallant (2001), a leitura do valor do *Adjusted Square* devido ao tamanho reduzido da amostra. Para ambos os componentes da QV, testou-se um modelo com a felicidade e o suporte social. No que concerne ao componente físico, estas são as variáveis mais correlacionadas, tendo-se excluído o sentido de vida por estar fortemente correlacionado com a felicidade. Para o componente mental, verificou-se que as mesmas variáveis explicavam melhor a variância do modelo.

Quadro 8. *Análise de regressões para o componente físico e mental da qualidade de vida*

Modelo	Componente físico (QV)				Componente mental (QV)			
	β	T	R^2 (R^2 ajustado)	F(2,31)	β	T	R^2 (R^2 ajustado)	F(2,30)
Felicidade	.362*	2.232	.260 (.211)	5.282	.326*	2.071	.324 (.277)	6.940
Suporte Social	.282	1.738			.392*	2.489		

** $p \leq .01$

* $p \leq .05$

De acordo com o quadro 8, verifica-se que os modelos testados são válidos e que a felicidade e suporte social explicam 21.1% da variância do componente físico e 27.7% do componente mental. Das duas variáveis, apenas a felicidade apresenta uma contribuição única significativa para o componente físico. Para o componente mental, é o suporte social que tem uma maior contribuição única, embora a felicidade também tenha um contributo significativo. Dijkers (1997) apontou o suporte social como o fator com maior influência na QV e Murta e Guimarães (2007) salientam esta variável como um dos preditores de adaptação bem-sucedida à LVM. Segundo Gill (1999), o suporte social, seja por parte de familiares, amigos e profissionais pode facilitar o processo de adaptação. Em relação à felicidade, Martins (2008) assinala esta variável como um fator preditivo da QV, num estudo de pessoas com cadeiras de rodas. Neste sentido, os nossos resultados vão no mesmo sentido de estudos anteriores, salientando-se o impacto do suporte social e da felicidade na adaptação das pessoas à LVM.

No que concerne às estratégias de *coping* preditivas da adaptação, o modelo com a Expressão de sentimentos e a Negação é válido ($F(2,30)=5.474$, $p=.001$) é o que explica melhor a variância do componente mental (22.4%). No entanto, nenhuma das estratégias tem uma contribuição única significativa para explicar o componente. Neste sentido e com base nas correlações, o componente mental é tanto melhor quanto menos usarem a expressão de sentimentos de *stress* e a negação para enfrentarem a LVM.

Em suma, de todas as variáveis psicológicas em estudo, a felicidade é o melhor preditor da adaptação física e o suporte social é o melhor preditor da adaptação mental, seguido igualmente da felicidade. Em relação às estratégias de *coping*, não existem estratégias que predigam a adaptação física nem que predigam de forma isolada a adaptação mental, mas conjuntamente a Expressão de Sentimentos e a Negação, predizem a adaptação mental.

4.5 Caracterização de aspetos positivos e negativos após lesão

Um dos objetivos deste estudo é perceber algumas alterações na vida das pessoas com LVM, nomeadamente a nível psicológico. Sabe-se que as LVM afetam vários domínios das vidas das pessoas, no entanto a integração e adaptação dessas mudanças não são conseguidas da mesma forma por todas as pessoas. Neste sentido, pretendeu-se saber as principais alterações (positivas e negativas) que ocorreram. Dos 33 participantes, 57.6% consideraram haver aspetos positivos que advieram com a LVM, verificando-se um valor superior quando analisamos a frequência de quem mencionou aspetos negativos (93.9%). Salienta-se que grande parte dos participantes que não mencionaram aspetos positivos consideraram “*impossível haver aspetos positivos*” vindos com a LVM. Assim, como seria de esperar, tal como em qualquer doença, os participantes mencionam mais aspetos negativos em comparação com os positivos.

De entre os aspetos positivos, salienta-se que 36.6% dos participantes referem uma mudança de visão sobre a vida (e.g., *dar mais valor à vida e outras coisas não materiais, ver mais aspetos positivos, refletir acerca de aspetos da vida que antes não refletia, viver mais o momento*), 31.66% relatam que ganharam novas capacidades (e.g., *paciência, sensibilidade com as outras pessoas, responsabilidade, maturidade, autocontrolo, calma, ponderação, reconhecimento da força que têm, mais vontade para seguir em frente, mudança de visão acerca das pessoas com LVM*), 21.1% experienciam uma aproximação de familiares e amigos e 15.8% relatam ter ganho novas amizades (*outras pessoas com LVM, profissionais de saúde*) e experiências (e.g., *desporto adaptado*). Ainda foram mencionados outros aspetos, apesar de terem sido relatados com menor frequência.

No que diz respeito aos aspetos negativos, 54.8% dos participantes referem-se ao grau de incapacidade física (e.g., *falta de mobilidade, falta de sensibilidade ao toque*),

41.9% mencionam que deixaram de fazer o que mais gostavam e estavam habituados a fazer (e.g., *desporto, ir à praia, ir de férias, cuidar e pegar no filho*), 25.8% citam limitações a nível profissional (e.g., *maiores dificuldades, não exercer atividade profissional ou não se sentir realizado*), 22.6% relatam uma maior dependência e menor liberdade/autonomia, 19.4% destacam complicações associadas à LVM (e.g., *alteração da vida sexual, não controlo da urina, dores, mal-estar*) e a mesma percentagem aponta menos contactos sociais.

Comparando sucintamente os aspetos supramencionados com outros estudos, verifica-se que a mudança de visão (filosofia) sobre a vida é evidenciada por Calhoun e Tedeschi (1999 como citado em Franklin, 2006), Chun e Lee (2008), Franklin (2006), Kaiser e Kennedy (2011) e Park e col., (2009). O facto de ganharem novas capacidades é destacado por Amaral (2009), bem como por Bampi (2007), McMillen e Cook (2003) e Park e col. (2009). Outro aspeto evidente na literatura é a aproximação da família e amigos (Chun & Lee, 2008; Park et al., 2009) e parecem também surgir novas amizades e oportunidades (McMillen & Cook, 2003). Vários aspetos como a gratidão pela oportunidade de viver e aumento da religião após a lesão (Amaral, 2009; Calhoun & Tedeschi, 1999 como citado em Franklin, 2006) foram também encontrados neste estudo, mas não de forma predominante. Isto vai de encontro com recente visão de que a crise ou adversidade não tem necessariamente de ser negativa e pode ser facilitadora da emergência de algumas “forças” humanas (Guerra, 2010).

No que concerne aos aspetos negativos, Bampi (2007) e Scivoletto e col., (1997) referem tal como no nosso estudo a influência a nível económico e profissional. Outros aspetos também mencionados prendem-se com a falta de autonomia (Amaral, 2009; Bampi, 2007) e as relações interpessoais (Bampi, 2007). Sobre este último tópico, Gill (1999) refere que normalmente as pessoas com LVM têm amigos que costumavam ter interesses em comum e faziam atividades juntos, o que se altera depois. Também, após a LVM, as pessoas podem ficar apáticas e não querer ver os amigos ou sentirem-se embaraçados de estes os verem após a lesão, o que afeta o domínio social (Gill, 1999). Em geral, todas as categorias apontadas no estudo de Bampi (2007) são também evidenciadas neste estudo.

Atentando a possíveis diferenças das variáveis em estudo entre os participantes que vivenciaram algum tipo de mudança positiva, comparativamente com os que não reconhecem qualquer aspeto positivo, verifica-se que apenas existem diferenças na escala da depressão e na utilização de cinco estratégias de *coping*. Nos valores da

depressão constata-se valores significativamente mais baixos para os participantes que referem aspetos positivos ($M=3.95$; $DP= 3.57$) do que aqueles que não referem ($M=6.92$; $DP= 4.29$; $t(30)=-2.135$, $p= .041$). Isto vai de encontro com a própria conceptualização de depressão em que as pessoas estão menos suscetíveis a terem esperança, interesse pelas coisas e a visualizarem aspetos positivos.

No que diz respeito às estratégias de *coping* as pessoas que mencionam aspetos positivos utilizam mais o Humor ($t(31)=2.891$, $p= .007$), Autoculpabilização ($t(31)=2.804$, $p= .009$), Reinterpretação Positiva ($t(31)=3.071$, $p= .004$) e o *Coping* Ativo ($t(31)=2.229$, $p= .033$) do que as pessoas que não mencionam qualquer aspeto. No quadro 8 estão apresentadas as médias das estratégias de *coping*, consoante os dois grupos em comparação.

Quadro 9. Distribuição de frequências das estratégias de *coping* que diferem entre os participantes que mencionam ou não aspetos positivos.

	Mencionam aspetos positivos:	<i>n</i>	Média	Desvio Padrão
Humor	Sim	19	4.47	1.611
	Não	14	2.57	2.174
Autoculpabilização	Sim	19	2.63	1.674
	Não	14	1.07	1.439
Reinterpretação positiva	Sim	19	5.05	1.508
	Não	14	3.14	2.070
<i>Coping</i> Ativo	Sim	19	5.26	1.593
	Não	14	3.86	2.033

Em suma, pessoas capazes de percecionar resultados positivos após a sua lesão têm menor grau de depressão e são as que mais pensam e se esforçam para eliminar ou circunscrever os *stressores* relacionados com a LVM, as que mais aproveitam para crescer com a situação, as que mais se culpam pelo que aconteceu e as que são capazes de fazer piadas acerca da LVM.

No que concerne à felicidade, sentido de vida, suporte social e QV não existem diferenças significativas entre os dois grupos. Quanto aos dados sociodemográficos e clínicos, verifica-se que apenas há diferenças significativas no grau de escolaridade ($t(31)=4.206$, $p< .001$), sendo as pessoas com maior instrução as que são capazes de evidenciar aspetos positivos.

5. Conclusão

Neste capítulo, segue-se uma reflexão acerca de todo o estudo, apresentando um compêndio das principais conclusões, limitações e sugestões para as próximas investigações nesta área e na prática da Psicologia.

Este estudo pretendeu essencialmente caracterizar psicologicamente as pessoas com LVM, salientando a influência das variáveis psicológicas na adaptação à LVM. Concluiu-se que o suporte social e felicidade são as variáveis que melhor predizem a adaptação, tanto física como mental. Também as estratégias de *coping* Expressão de Sentimentos e a Negação são as que constituem o melhor modelo preditor do componente mental, verificando-se uma superioridade deste componente quando essas estratégias são usadas com menos frequência. Não obstante, de todas as variáveis em estudo, o sentido de vida é a única que não apresenta associação com o componente mental da QV (adaptação), apesar de apresentar uma correlação positiva forte com a felicidade e negativa com a depressão que também se podem considerar indicadores de adaptação psicológica.

Em geral, os participantes apresentam valores satisfatórios de felicidade e suporte social e o sentido de vida converge com os valores que têm sido encontrados noutras populações clínicas. A depressão, tal como vários estudos têm sugerido, não é uma reação inevitável, sendo mais de 75% os participantes que não apresentam depressão. Não obstante, esta percentagem é menor comparativamente a várias populações com outros problemas de saúde. Os valores de QV, especificamente no que concerne ao componente mental revelam-se bons, não diferindo muito de uma população saudável. O componente físico da QV está comprometido, apresentando valores reduzidos de adaptação, o que tem muito que ver com a patologia em questão, condicionando a mobilidade e saúde dos participantes. Em relação às estratégias de *coping*, verifica-se que as mais utilizadas pelos participantes são adaptativas, o que converge com os estudos efetuados.

Na análise das variáveis estudadas com os dados sociodemográficos e clínicos, são poucas as diferenças significativas que se destacam. Em relação à idade, verifica-se que são os mais novos que mais aceitam a lesão e usam o humor como forma de adaptação. As pessoas com maior grau de escolaridade usam mais o Planeamento, Humor, Reinterpretação Positiva e Autoculpabilização. No que diz respeito ao estado

civil, são as pessoas que não estão numa relação os mais adaptados a nível físico e os que usam menos a Negação. Também, os que têm lesão há mais tempo são os que utilizam menos o Suporte Instrumental e a Negação. Os participantes com tetraplegia evidenciam maiores valores de depressão e menores de sentido de vida e componente mental da QV em comparação com os participantes com paraplegia. Do mesmo modo, os valores da QV em geral são significativamente superiores nos indivíduos com LVM traumática do que nos não traumática. Estes últimos utilizam mais a Negação como estratégia de *coping*.

Sintetizando os aspetos positivos que vêm após LVM, destaca-se essencialmente uma mudança de visão sobre a vida, o ganho de novas capacidades, de amigos e de novas experiências, bem como aproximação de familiares e amigos. Os negativos passam essencialmente pela falta de mobilidade, deixar de fazer as coisas que mais gostavam, dificuldades profissionais, perda de autonomia e complicações secundárias da LVM. Os aspetos mencionados convergem com os encontrados noutros estudos. Verifica-se que as pessoas que citam mudanças positivas são as que têm menor grau de depressão e maior grau de escolaridade, usando mais o Humor, Autoculpabilização, Reinterpretação Positiva e *Coping* Ativo para enfrentar melhor a LVM. É de notar que a maioria dos participantes evidencia aspetos positivos após a LVM.

Os resultados obtidos neste estudo vêm reforçar a recente visão de que apesar de os indivíduos experienciarem aspetos negativos após a LVM, um evento traumático também pode trazer mudanças de vida positivas em cada um (Chun & Lee, 2008), nomeadamente despoletar algumas capacidades humanas. Este estudo é mais um contributo para “rasgar” com os modelos estanques de psicopatologia após uma situação de crise e considerar o ser humano como um todo, capaz de crescer e viver de forma adaptativa após LVM. Não obstante, e apesar de uma pequena percentagem encontrada de pessoas com depressão, ainda é notório o trabalho a ser desenvolvido nesta população para que se possa alargar o número de pessoas que sejam capazes de vivenciar esta mudança nas suas vidas de forma mais positiva. Os resultados evidenciam também a importância das várias psicológicas, nomeadamente da felicidade e do suporte na QV das pessoas com LVM. Este estudo insere-se assim no âmbito da Psicologia Positiva, área ainda em crescente desenvolvimento e de grande interesse na atualidade.

São ainda poucas as investigações realizadas em Portugal versando sobre as variáveis psicológicas positivas na população de pessoas com LVM, nomeadamente as

que são aqui estudadas. Face à impossibilidade de se abordar as demais variáveis psicológicas positivas, destaca-se a importância das variáveis que foram escolhidas, nomeadamente a felicidade, uma das variáveis mais enfatizadas pela Psicologia por ser das que mais se correlaciona com a QV (conceito fundamental à Psicologia da Saúde) (Guerra, 2010). Não obstante, considera-se vantajoso a análise conjunta de uma variável negativa (a depressão) pois também podem ser importantes no processo de adaptação. Neste sentido, este estudo assume-se como inovador e relevante para a população em estudo e, de forma geral, para a Psicologia Positiva e da Saúde. Contudo, apesar de representar mais um contributo nestas áreas, é de salientar que esta investigação não carece de limitações.

Não menosprezando os resultados encontrados, considera-se que a grande limitação prende-se com o tamanho da amostra e o método de amostragem e, por isso a não representatividade da mesma. Também é importante enfatizar as características da amostra, uma vez que os participantes têm na sua maioria paraplegia incompleta (nível e extensão mais favorável fisicamente dos indivíduos que sofrem LVM), pelo que se poderá ter obtido valores mais satisfatórios das variáveis estudadas do que se se tivesse controlado a homogeneidade no nível e extensão da LVM. Outra limitação tem que ver com a dificuldade de comparação dos resultados obtidos pelo facto de não se utilizarem os mesmos instrumentos nos estudos, para além da escassez de dados nacionais relativamente a amostras de LVM. Para além disso, ainda não existem instrumentos validados para a população de indivíduos com LVM, nomeadamente para a avaliação da QV, ao contrário do que acontece com outras populações clínicas, como o cancro, esclerose múltipla e obesidade. Apesar das crescentes evidências empíricas que têm surgido acerca dos efeitos psicológicos das LVM há ainda um longo caminho a ser percorrido, principalmente tendo em conta o panorama nacional.

Face ao mencionado acima, urge salientar algumas recomendações para os próximos estudos. Seria assim fulcral a inclusão de amostras maiores, de forma a se poder retirar conclusões mais fidedignas acerca das variáveis aqui estudadas. Não obstante, numa problemática tão pouco versada pela literatura portuguesa, existe um vasto leque de aspetos a abordar. Um tópico que se poderia abranger é a ocupação profissional ou atividades que as pessoas realizam no seu dia-a-dia, uma vez que um nível de atividade significativo ou o facto de terem objetivos/um propósito no seu dia-a-dia pode dar-nos indicações sobre a adaptação. Para além disso, as lesões atingem normalmente indivíduos jovens numa fase ativa da vida e as dificuldades a nível

profissional (nomeadamente, a falta de emprego) foi evidenciada como um dos aspetos piores que advieram com a LVM, pelo que poderá afetar psicologicamente esta população. Seria também interessante explorar algumas características da personalidade que podem estar ligadas a melhor ou pior adaptação. A resiliência, por exemplo, enquanto capacidade para a superação de crises em situações adversas seria um importante constructo a estudar. Também a autoestima, autoconceito e autoeficácia seriam essenciais, uma vez que se provavelmente estão diminuídas pelo facto da pessoa com LVM poder ser dependente de outros nas suas atividades diárias, (Gill, 1999). Na perspetiva da Psicologia Positiva, será necessário explorar as forças e virtudes humanas da pessoa quem podem levar à felicidade e QV, como por exemplo as mencionadas por Seligman (2003 como citado em Guerra, 2010). Para além destas indicações, seria útil desenvolver, traduzir, validar e aplicar instrumentos para a população com LVM. Poderia ainda desenvolver-se estudos com cuidadores ou familiares próximos de pessoas com LVM. Em suma, o estudo efetuado limita-se à abordagem de algumas variáveis psicológicas, havendo muitas outras que poderão explicar também a adaptação. Assim, espera-se que este trabalho desperte, de alguma forma, o interesse e motivação para futuras investigações com esta população.

De forma a concluir esta reflexão, considera-se importante salientar algumas pistas para a prática psicológica junto desta população, consoante os resultados e perceções que se foram desenvolvendo ao longo da investigação, aliado ao que é evidenciado pela literatura. Neste sentido, deviam ser tomados em consideração programas de intervenção psicoeducativos para a felicidade, como propôs Seligman, Steen, Park e Peterson (2005) e grupos de apoio, uma vez que a felicidade e suporte social são preditivos de boa QV. Também vários autores sugerem um treino de estratégias de *coping* logo após a lesão, porque estas são determinantes a longo prazo (Pollard & Kennedy, 2007) e reduzem significativamente níveis de depressão e ansiedade (Kennedy et al., 2003). No que concerne ao sentido de vida, e tendo-se constatado uma correlação negativa forte com a depressão e positiva com a felicidade, salienta-se a necessidade de desenvolver objetivos e motivação na vida dos indivíduos com LVM. É necessário encontrarem um meio adequado para que individualmente consigam encontrar um sentido de vida e para isso, é preciso explorar-se as preferências e atividades de cada um, procurando algo que vá ao encontro das suas necessidades, habilidades e aspirações (Manita et al., 1997). Para além disso, desenvolver novas atividades, pode ser importante pois quanto mais a pessoa se tornar um membro ativo na

comunidade, melhor será a sua adaptação à LVM (Bampi, 2007; Gill, 1999). Entrar num trabalho, fazer voluntariado e dar palestras “inspiradoras” são alguns exemplos que poderão melhorar o autoconceito e a perceberem que têm lugar e valor na sociedade (Gill, 1999). Por último, a educação e aconselhamento podem ajudar a pessoa com LVM, assim como a família e amigos a trabalharem conjuntamente no processo de adaptação (Gill, 1999). No que respeita ao indivíduo com LVM, o aconselhamento pode ajudar na integração cognitiva do evento, bem como na produção de um significado para a lesão e na reconstrução do novo *self*. Para além disso, o aconselhamento é importante para a possibilidade de identificação e expressão de sentimentos de desconforto, medos e preocupações, nomeadamente relacionados com a socialização (Gill, 1999), uma vez que muitos não se sentem confortáveis quando interagem com a família e amigos, sendo esta uma das áreas mencionadas como resultado negativo que adveio com a LVM. Este tipo de intervenção pode também ajudar as pessoas com LVM na manutenção de comportamentos positivos, a continuarem a ter relações fora do sistema familiar, encorajando-os a reforçar as relações de amizade e a não recusar convites constantemente por parte dos amigos (Gill, 1999). Em suma, é fulcral promover a reelaboração de um projeto de vida e as variáveis psicológicas positivas, bem como maximizar os ganhos dos pacientes através dos aspetos positivos que mencionam para que possam crescer com a LVM.

Referências Bibliográficas

- Albrecht, G. & Devlieger, P. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48, 977-988.
- Amaral, M. (2009). Encontrar um novo sentido de vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. *Revista da Escola de Enfermagem da US*, 43(3), 573-580.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editor.
- Andrade, M. & Gonçalves, S. (2007). *Lesão Medular Traumática: Recuperação Neurológica e Funcional*. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 401-406.
- Bampi, L. (2007). *Percepção de qualidade de vida de pessoas com lesão medular traumática: Uma forma de estudar a experiência da deficiência* (Tese de Doutorado). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasil.
- Branco, C. (2008). *Alexitimia, qualidade de vida, ansiedade e depressão na doença inflamatória intestinal* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.
- Bruzoni, A., Silva, A., Gonçalves, L. & Veronezi, R. (2011). Qualidade de Vida na Lesão Medular Traumática. *Revista Neurociências*, 19(1), 139-144.
- Buunk, A., Zurriaga, R. & González, P. (2006). Social comparison, coping and depression in people with spinal cord injury. *Psychology and Health*, 21(6), 791-8007.
- Cardoso, J. (2003). *Sexualidade Masculina Pós-Lesão Vertebro-Medular* (Dissertação de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

- Chan, Y. (2009). *Hope, Participation, and Subjective Well-Being of People With Spinal Cord Injuries Living in the Community* (Dissertação de Doutorado). Disponível em PsycINFO (No. 2010-99080-119).
- Chun, S. & Lee, Y. (2008). The Experience of Posttraumatic Growth for People With Spinal Cord Injury. *Qualitative Health Research, 18*(7), 877-890.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314.
- Craig, A., Hancock, K. & Dickson, H. (1994). A longitudinal investigation into anxiety and depression in the first 2 years following a spinal cord injury. *Paraplegia, 32*, 675-679.
- Craig, A., Tran, Y., Lovas, J. & Middleton, J. (2008). Spinal Cord Injury and its Association with Negative Psychological States. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 12*(2), 115-121.
- Defino, H. (1999). Trauma Raquimedular. *Medicina Ribeirão Preto, 32*, 388-400.
- deRoon-Cassini, T., de St Aubin, E., Valvano, A., Hastings, J. & Horn, P. (2009). Psychological Well-Being After Spinal Cord Injury: Perception of Loss and meaning Making. *Rehabilitation, 54*(3), 306-314.
- Dijkers, M. (1997). Quality of life after spinal cord injury: a meta analysis of the effects of disablement components. *Spinal Cord, 35*, 829-840.
- Drench, M. (1992). Impact of Altered Sexuality and Sexual Function in Spinal Cord Injury: A Review. *Sexuality and Disability, 10*(1), 3-14.
- Dunn, M. (1975). Psychological intervention in a spinal cord injury center: an introduction. *Rehabilitation Psychology, 25*(4), 165-178.
- Elfström, M., Rydén, K., Taft, C. & Sullivan, M. (2005). Relations between Coping Strategies and Health-related Quality of Life in Patients with Spinal Cord Lesion. *Journal of Rehabilitation Medicine, 37*, 9-16.
- Faria, F. (2006). Lesões vertebro-medulares – A perspectiva da reabilitação. *Revista Portuguesa de Pneumologia, 7*(1), 45-53.

- Fazio, R., Rashiid, T. & Hayward, H. (2008). Growth through Loss and Adversity: A Choice Worth Making. In S. Lopez (Ed.), *Positive psychology: Exploring the best in people: Vol. 3. Growing in the face of adversity*. (pp. 1–28). Westport: Praeger Perspectives.
- Fechio, M., Pacheco, K., Kaihami, H. & Alves, V. (2009). A repercussão da lesão medular do sujeito. *Acta Fisiátrica*, 16(1), 38-42.
- Fonseca, S. (2011). *A adaptação à doença em mulheres com cancro da mama: a influência do sentido de vida, do otimismo, da imagem corporal e da depressão* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.
- Forte, A. (2009). *Burnout, inteligência emocional e auto-actualização em enfermeiros psiquiátricos* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.
- Franklin, K. (2006). *Traumatic Spinal Cord Injury as a Psychosocial Transition: An Examination of Posttraumatic Growth* (Dissertação de Doutoramento). Disponível em PsycINFO (No. 2007-99002-178).
- Galhordas, J., Lima, P. & Encarnação, T. (2007). Marte: Da agressividade ao amor. *Análise Psicológica*, 4(25), 603-611.
- Guerra, M. (1992). Conceito de auto-actualização, elaboração de uma escala e avaliação das suas qualidades psicométricas. *Psychologica*, 7, 95-109.
- Guerra, M. (1995). Uma escala de avaliação suporte social: sua aplicação numa população seropositiva ao vírus HIV. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 3, 25-34.
- 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.
- Gill, M. (1999). Psychosocial Implications of Spinal Cord Injury. *Critical Care Nursing Quarterly*, 22, 1-7.

- Holicky, R. & Charlifue, S. (1999). Ageing with spinal cord injury: the impact of spousal support. *Disability and Rehabilitation*, 21(5/6), 250-257.
- Isaksson, G., Lexell, J. & Skär, L. (2007). Social Support Provides Motivation and Ability to Participate in Occupation. *Winter*, 27(1), 23-30.
- Kaiser, S. & Kennedy, P. (2011). An exploration of cognitive appraisals following spinal cord injury. *Psychology, Health & Medicine*, 16(6), 708-718.
- Kennedy, P., Duff, J., Evans, M. & Beedie, A. (2003). Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 41-52.
- Kennedy, P., Evans, M. & Sandhu, N. (2009). Psychological adjustment to spinal cord injury: The contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychology, Health & Medicine*, 14(1), 17-33.
- Kennedy, P., Lude, P. & Taylor, N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord*, 44, 95-105.
- Kennedy, P., Marsh, N., Lowe, R., Grey, N., Short, E. & Rogers, B. (2000). A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. *British Journal of Health Psychology*, 5, 157-172.
- Krause, J. & Sternberg, M. (1997). Aging and Adjustment After Spinal Cord Injury: The Roles of Chronologic Age, Time Since Injury, and Environmental Change. *Rehabilitation Psychologist*, 42(4), 287-302.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Linley, P. & Joseph, S. (2004). Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21.
- Lopes, E. (2007). *Construção da Identidade Pessoal em Pessoas que Sofreram Lesão Medular Traumática. Estudo Exploratório Através de Grelhas de Repertório* (Tese de Mestrado). Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Portugal.

- Lude, P., Kennedy, P., Evans, M., Lude, Y. & Beedie, A. (2005). Post traumatic distress symptoms following spinal cord injury: a comparative review of European Samples. *Spinal Cord*, 43, 102-108.
- Magalhães, I. (2005). *Influência da Actividade Física na Sexualidade de Indivíduos com Lesão Vértebro-Medular* (Dissertação de Mestrado, Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física). Retirado de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/14117/2/Influ%C3%A2ncia%20da%20actividade%20f%C3%ADsica%20na%20sexualidade%20de%20indiv%C3%ADduos%20com%20les%C3%A3o%20v%C3%A9rtebro%20medular.pdf>
- Manita, C., Negreiros, J., Agra, C. & Guerra, M. (1997). *Planos existenciais, droga e crime*. Lisboa: Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga - Ministério da Justiça.
- Martins, A. (2008). *Indicadores da Qualidade de Vida nas Pessoas Utilizadoras de Cadeira de Rodas: Uma análise exploratória dos hábitos de vida, características psicológicas, clínicas, sociodemográficas e relacionadas com tecnologias de apoio* (Tese de doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Martins, A. & Ribeiro, J. (2010) Hábitos de vida dos homens e mulheres com lesão vertebro-medular. In I. Leal, J. Pais Ribeiro, M. Marques & F. Pimenta (Edts.) *Actas do Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, sexualidade e género* (pp. 108-116). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Maynard, F., Bracken, M., Creasey, G., Ditunno, J., Donovan, W., Ducker, T., Garber, S., Marino, R., Stover, S., Tator, C., Waters, R., Wilberger, J. & Young, W. (1997). International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury. *Spinal Cord*, 35, 266-274.
- McColl, M. & Rosenthal, C. (1994). A model of resource needs of aging spinal cord injured men. *Paraplegia*, 32, 261-270.
- McMillen, J. & Cook, C. (2003). The Positive By-Products of Spinal Cord Injury and Their Correlates. *Rehabilitation Psychology*, 48(2), 77-85.

- Migliorini, C., New, P. & Tonge, B. (2011). Quality of life in adults with spinal cord injury living in the community. *Spinal Cord*, 49, 365-370.
- Migliorini, C. & Tongue, B. (2009). Reflecting on Subjective Well-Being and Spinal Cord Injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 445-450.
- Moos, R. & Schaefer, J. (1986). Life Transitions and Crises: A conceptual overview. In R. Moos (Ed.), *Coping with life crises: An integrated approach*. (pp. 1-28). New York: Plenum Press.
- Moreira, M. (2011). *A influência da esperança, sentido de vida, criatividade e depressão na adaptação ao acidente vascular cerebral* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.
- Murta, S. & Guimarães, S. (2007). Enfrentamento à lesão medular traumática. *Estudos de Psicologia*, 12(1), 57-63.
- North, N. (1999). The psychological effects of spinal cord injury: a review. *Spinal Cord*, 37, 671-679.
- Nunes, P. (2007). *Psicologia Positiva*. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0115.pdf>
- O'Hare, M., Wallis, L. & Murphy, G. (2011). Social Support Pairs Predict Daily Functioning Following Traumatic Spinal Cord Injury: An Exploratory Study. *The Open Rehabilitation Journal*, 4, 51-58.
- Oliveira, J. (2001). Felicidade: Natureza e Avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, 5(2), 289-318.
- Oliveira, J. (2003). Perdão e felicidade: uma abordagem intercultural. *Psicologia, Educação e Cultura*, 7(2), 283-312.
- Oliveira, J. (2004). *Psicologia positiva: amor, felicidade, alegria, optimismo, esperança, perdão, sabedoria, beleza, sentido de vida*. Porto: Edições ASA.
- Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual: a step by guide to data analysis using SPSS for windows: version 10*. Buckingham: Open University Press.

- Park, C., Lechner, S., Antoni, M. & Stanton, A. (2009). *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?*. Washington: American Psychological Association.
- Pinto, C. & Oliveira, J. (2006). Felicidade e perdão: diferenças por sexo idade e cultura. *Psicologia Educação e Cultura*, 10(2), 353-368.
- Pollard, C. & Kennedy, P. (2007). A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: a 10-year review. *British Journal of Health Psychology*, 12, 347-362.
- Quale, A. & Schanke, A. (2010). Resilience in the Face of Coping With a Severe Physical Injury: A Study of Trajectories of Adjustment in a Rehabilitation Setting. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 12-22.
- Raichle, K., Hanley, M., Jensen, M. & Cardenas, D. (2007). Cognitions, Coping and Social Environment Predict Adjustment to Pain in Spinal Cord Injury. *Journal of Pain*, 8(9), 718-729.
- Rees, T., Smith, B. & Sparkes, A. (2003). The Influence of Social Support on the Lived Experiences of Spinal Cord Injured Sportsmen. *The Sport Psychologist*, 17, 135-156.
- Ribeiro, J. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação da percepção do estado de saúde*. Lisboa: Fundação Merck.
- Ribeiro, J. (2007). *Avaliação Psicológica em Contextos de Saúde e de Doença. Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do *coping*: a propósito do estudo de adaptação do *brief cope*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.
- Rodrigues, A. (2008). *Impacto do stress, acontecimentos de vida, suporte social e hostilidade na doença coronária* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.

- Rodrigues, E., Duarte, R., Maia, R., Ribeiro, J., Vaz, H. & Pereira, E. (2010). Corticoterapia em altas doses no traumatizado medular – benefício ou prejuízo?. *Coluna/Columna*, 9(4), 462-465.
- Ruiz, M. & Díaz, A. (2003). *Estrategias de Afrontamiento y Proceso de Adaptación a la Lesión Medular*. Madrid: IMSERSO.
- Saunders, L., Krause, J. & Focht, K. (2012). A longitudinal study of depression in survivors of spinal cord injury. *International Spinal Cord Society*, 50, 72-77.
- Schulz, R. & Decker, S. (1985). Adjustment to Physical Disability: The Role of Social Support, Perceived Control, and Self-Blame. *American Psychological Association*, 48(5), 1162-117.
- Scivoletto, G., Petrelli, A., Lucente, L. & Catellano, V. (1997). Psychological investigation of spinal cord injury patients. *Spinal Cord*, 35, 516-520.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60 (5) 410:421.
- Silva, E. (2010). Variáveis preditivas da qualidade de vida em sobreviventes de cancro colo-rectal (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.
- Stevens, S., Caputo, J., Fuller, D. & Morgan, D. (2008). Physical Activity and Quality of Life in Adults With Spinal Cord Injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 31, 373-378.
- Thompson, N., Coker, J., Krause, J. & Henry, E. (2003). Purpose in Life as a Mediator of Adjustment After Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 48(2), 100-108.
- Van Leeuwen, C., Post, M., Hoekstra, T., van der Woude, L., Groot, S., Snoek, G., Mulder, D. & Lindeman, E. (2011). Trajectories in the Course of Life Satisfaction After Spinal Cord Injury: Identification and Predictors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92, 207-213.

- White, B., Driver, S. & Warren, A. (2010). Resilience and Indicators of Adjustment During Rehabilitation From a Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 5(1), 23-32.
- Whiteneck, G., Charlifue, S., Frankel, H., Fraser, M., Gardner, B., Gerhart, K., Krishnan, K., Menter, R., Nuseibeh, I., Short, D. & Silver, J. (1992). Mortality, morbidity, and psychosocial outcomes of persons with spinal cord injured more than 20 years ago. *Paraplegia*, 30, 617–630.
- Woodrich, F. & Patterson, J. (1983). Variables Related to Acceptance of Disability in Persons with Spinal Cord Injury. *Journal of Rehabilitation*, 49, 26-30.
- Woolrich, R., Kennedy, P. & Tasiemski, T. (2006). A preliminary psychometric evaluation of the Hospital anxiety and Depression Scale (HADS) in 963 people living with a spinal cord injury. *Psychology, Health & Medicine*, 11(1), 80-90.
- World Health Organization (1997). WHOQOL *Measuring Quality of life*. Extraído de http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

Escala sobre a felicidade

Este questionário pretende conhecer o que pensam as pessoas a respeito de si mesmas e da vida. Responda sinceramente a todas as perguntas, conforme aquilo que verdadeiramente sente e não como gostaria de ser. Todas as respostas são boas, desde que sinceras. O questionário é anónimo. Obrigado pela sua colaboração.

Faça um círculo (só um em cada resposta) em volta do número que melhor corresponde à sua situação (evitando, se possível, o número intermédio), conforme este significado:

1 = totalmente em desacordo (absolutamente não)

2 = bastante em desacordo (não)

3 = nem de acordo nem em desacordo (mais ou menos)

4 = bastante de acordo (sim)

5 = totalmente de acordo (absolutamente sim)

1. Sinto-me bem comigo mesmo.	1	2	3	4	5
2. Tenho um bom conceito de mim mesmo.	1	2	3	4	5
3. Aceito-me como sou.	1	2	3	4	5
4. Relaciono-me bem com as outras pessoas.	1	2	3	4	5
5. Faço amigos facilmente.	1	2	3	4	5
6. Gosto de me sentir livre.	1	2	3	4	5
7. Controlo o ambiente em que vivo.	1	2	3	4	5
8. Aceito o meu passado.	1	2	3	4	5
9. Sei viver o momento presente.	1	2	3	4	5
10. Tenho projectos para o futuro.	1	2	3	4	5
11. Espero evoluir cada vez mais.	1	2	3	4	5
12. Sinto-me uma pessoa feliz.	1	2	3	4	5
13. Luto pelo meu bem-estar.	1	2	3	4	5
14. Considero-me uma pessoa alegre.	1	2	3	4	5
15. Sinto-me satisfeito com a vida.	1	2	3	4	5
16. Tenho conseguido atingir os meus objectivos.	1	2	3	4	5
17. Considero-me uma pessoa cheia de esperança.	1	2	3	4	5
18. Tenho bastante sentido de humor.	1	2	3	4	5

ANEXO 2

Escala de Auto-Atualização – Sentido de Vida

O questionário seguinte pretende saber a sua opinião sobre um certo número de questões. Não existem alternativas certas ou erradas. Responda com a maior sinceridade, assinalando a alternativa que mais se aplica.

	Concordo muito	Concordo	Não tenho a certeza	Discordo	Discordo muito
1. Tenho interesse pela vida e faço planos.	1	2	3	4	5
2. A minha vida é vivida em vão.	1	2	3	4	5
3. Apesar das contingências procuro seguir um plano coerente de vida interior.	1	2	3	4	5
4. Desenvolvo as potencialidades que tenho.	1	2	3	4	5
5. Sinto falta de uma missão na vida em qual me empenhe.	1	2	3	4	5
6. É impossível viver a vida em termos daquilo que quero fazer.	1	2	3	4	5
7. Sinto-me pouco realizado/a como pessoa.	1	2	3	4	5
8. Vivo de acordo com o que gosto e com os meus valores.	1	2	3	4	5

Obrigado pela colaboração.

ANEXO 3

Escala de Avaliação do Suporte Social

Segue-se uma lista de problemas que as pessoas frequentemente têm. Gostaria que assinalasse com que frequência foi incomodado por esses problemas nos últimos 6 meses.

	Sempre ou quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1. Ter problema na gestão do dinheiro.	1	2	3	4	5
2. Ter falta de um/a amigo/a.	1	2	3	4	5
3. Ter poucas pessoas em que possa confiar.	1	2	3	4	5
4. Ter uma vida sexual pouco satisfatória.	1	2	3	4	5
5. Ter poucas pessoas de quem se sinta próxima.	1	2	3	4	5
6. Ter falta de alguém que se preocupe com os seus problemas.	1	2	3	4	5
7. Ter falta de dinheiro suficiente para fazer as coisas que quer.	1	2	3	4	5
8. Ter problemas com as crianças.	1	2	3	4	5
9. Exercer uma actividade profissional pouco satisfatória.	1	2	3	4	5
10. Sentir-se demasiado controlado/a por outros.	1	2	3	4	5
11. Ter falta de dinheiro suficiente para se governar.	1	2	3	4	5
12. Sentir-se insatisfeito/a com o seu estado civil (casado, solteiro, etc.).	1	2	3	4	5
13. Ter poucos amigos.	1	2	3	4	5
14. Ter problemas com o cônjuge ou o ex-cônjuge (companheiro/a).	1	2	3	4	5
15. Ter falta de alguém que lhe demonstre amor e afeição.	1	2	3	4	5
16. Sentir-se demasiado dependente dos outros.	1	2	3	4	5
17. Sentir que as outras pessoas interferem com aquilo que quero fazer.	1	2	3	4	5
18. Ter problemas com familiares do cônjuge, companheiro/a ou parentes.	1	2	3	4	5
19. Ter falta de alguém que compreenda os seus problemas.	1	2	3	4	5
20. Ter problemas com as pessoas que lhe são próximas.	1	2	3	4	5

ANEXO 4

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – Depressão

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas que costuma gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não tão forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

9. Sinto-me de tal forma assustado/a, que parece que tenho um aperto no estômago:

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:

- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos do que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

Obrigado pela colaboração.

ANEXO 5

Brief COPE

Para cada afirmação que se segue, marque um círculo à volta do número que acha que melhor qualifica a sua forma de agir quando se encontra perante uma situação de *stress* ou um problema da vida:

	Nunca faço isto	Poucas vezes faço isto	Algumas vezes faço isto	Faço sempre isto
1. Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação.	0	1	2	3
2. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.	0	1	2	3
3. Digo para mim próprio(a): “isto não é verdade”.	0	1	2	3
4. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.	0	1	2	3
5. Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos).	0	1	2	3
6. Simplesmente desisto de tentar lidar com isto.	0	1	2	3
7. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação.	0	1	2	3
8. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo.	0	1	2	3
9. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos.	0	1	2	3
10. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.	0	1	2	3
11. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas.	0	1	2	3
12. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva.	0	1	2	3

13. Faço críticas a mim próprio.	0	1	2	3
14. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.	0	1	2	3
15. Procuo o conforto e compreensão de alguém.	0	1	2	3
16. Desisto de me esforçar para lidar com a situação.	0	1	2	3
17. Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer.	0	1	2	3
18. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.	0	1	2	3
19. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras.	0	1	2	3
20. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.	0	1	2	3
21. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.	0	1	2	3
22. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.	0	1	2	3
23. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.	0	1	2	3
24. Tento aprender a viver com a situação.	0	1	2	3
25. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação.	0	1	2	3
26. Culpo-me pelo que está a acontecer.	0	1	2	3
27. Rezo ou medito.	0	1	2	3
28. Enfrento a situação com sentido de humor.	0	1	2	3

Obrigado pela colaboração.

ANEXO 6

Questionário do Estado de Saúde SF-36

Para as perguntas 1 e 2 por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, como diria que a sua saúde é:

Ótima_____1
Muito Boa_____2
Boa_____3
Razoável_____4
Fraca_____5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:

Muito melhor_____1
Com algumas melhoras_____2
Aproximadamente igual_____3
Um pouco pior_____4
Muito pior_____5

3. AS PERGUNTAS QUE SE SEGUEM SÃO SOBRE ATIVIDADES QUE EXECUTA NO SEU DIA-A-DIA. SERÁ QUE A SUA SAÚDE O/A LIMITA NESTAS ATIVIDADES? SE SIM, QUANTO?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
A. Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos.	1	2	3
B. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3

C. Levantar ou carregar as compras da mercearia	1	2	3
D. Subir vários lanços de escada	1	2	3
E. Subir um lanço de escada	1	2	3
F. Inclinar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se	1	2	3
G. Andar mais de 1 km	1	2	3
H. Andar vários quarteirões	1	2	3
I. Andar um quarteirão	1	2	3
J. Tomar banho ou vestir-me sozinho/a	1	2	3

4. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS TEVE, NO SEU TRABALHO OU ATIVIDADES DIÁRIAS, ALGUM DOS PROBLEMAS APRESENTADOS A SEGUIR COMO CONSEQUÊNCIA DO SEU ESTADO DE SAÚDE FÍSICA?

(Por favor ponha em cada linha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do Número 2 se a sua resposta for não)

	Sim	Não
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades	1	2
B. Fez menos do que queria	1	2
C. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades	1	2
D. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2

5. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, TEVE COM O SEU TRABALHO OU COM AS SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS, ALGUM DOS PROBLEMAS APRESENTADOS A SEGUIR DEVIDO A QUAISQUER PROBLEMAS EMOCIONAIS (TAL COMO SENTIR-SE DEPRIMIDO/A OU ANSIOSO/A)?

(Por favor ponha em cada linha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do Número 2 se a sua resposta for não)

	Sim	Não
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2
B. Fez menos do que queria	1	2
C. Não executou o seu trabalho ou outras atividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

PARA CADA UMA DAS PERGUNTAS 6,7 E 8 POR FAVOR PONHA UM CÍRCULO NO NÚMERO QUE MELHOR DESCREVE A SUA SAÚDE.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua Saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada _____ 1
Pouco _____ 2
Moderadamente _____ 3
Bastante _____ 4
Imenso _____ 5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas _____ 1
Muito fracas _____ 2
Ligeiras _____ 3
Moderadas _____ 4
Fortes _____ 5
Muito Fortes _____ 6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada _____ 1
Um Pouco _____ 2
Moderadamente _____ 3
Bastante _____ 4
Imenso _____ 5

9. AS PERGUNTAS QUE SE SEGUEM PRETENDEM AVALIAR A FORMA COMO SE SENTIU E COMO LHE CORRERAM AS COISAS NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS. PARA CADA PERGUNTA, COLOQUE POR FAVOR UM CÍRCULO À VOLTA DO NÚMERO QUE MELHOR DESCREVE A FORMA COMO SE SENTIU. CERTIFIQUE-SE QUE COLOCA UM CÍRCULO EM CADA LINHA.

Quanto tempo nas últimas quatro semanas.	Sempre	Maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
A. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
B. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
C. Se sentiu tão deprimido/a, que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
D. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
E. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
G. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
H. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
I. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. DURANTE AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ATÉ QUE PONTO É QUE A SUA SAÚDE FÍSICA OU PROBLEMAS EMOCIONAIS LIMITARAM A SUA ATIVIDADE SOCIAL (TAL COMO VISITAR AMIGOS OU FAMILIARES PRÓXIMOS)?

Sempre_____ 1
 A maior parte do tempo_____ 2
 Algum tempo_____ 3
 Pouco tempo_____ 4
 Nunca_____ 5

11. POR FAVOR, DIGA EM QUE MEDIDA SÃO VERDADEIRAS OU FALSAS AS SEGUINTE AFIRMAÇÕES:

Por favor assinale um número em cada linha	Totalmente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Totalmente falso
A. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
C. Estou convencido/a que a minha Saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D. A minha Saúde é ótima	1	2	3	4	5

Obrigado pela colaboração.

ANEXO 7

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Preencha, por favor, alguns dados pessoais.

1. Idade: _____
2. Sexo: ___F ___M
3. Grau de escolaridade: _____
4. Estado Civil: _____ Solteiro _____ Casado _____ Divorciado _____ Viúvo
5. Tempo da lesão: _____ anos, _____ meses.
6. Nível da lesão: ___ Paraplegia ___ Tetraplegia
7. Extensão da lesão: ___ Completa ___ Incompleta
8. Motivo da lesão: _____

9. Mencione, por favor, três aspetos positivos e três negativos que considera que

advieram na sua vida com a sua lesão.

- a. Aspetos positivos:

- b. Aspetos negativos:

ANEXO 8

Consentimento Informado

Adaptação à lesão vertebro-medular: influência da felicidade, sentido de vida, suporte social, depressão e coping na qualidade de vida

Eu abaixo assinado, _____, fui informado que o estudo de investigação acima referido se destina a estudar a influência de algumas variáveis psicológicas (felicidade, sentido de vida, suporte social, depressão e *coping*) no processo de adaptação de pessoas com lesões vertebro-medulares. A participação demorará sensivelmente 20 minutos.

Tenho conhecimento que neste estudo está prevista a realização de diversos questionários tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive respostas satisfatórias. Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido em anonimato.

Tomei conhecimento que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versam os objetivos, os métodos, os benefícios previstos ou riscos potenciais e o eventual desconforto.

Sei que posso recusar-me a participar ou a interromper a qualquer momento a participação no estudo de investigação sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico garantindo o anonimato.

Assinatura

Data ____/____/____