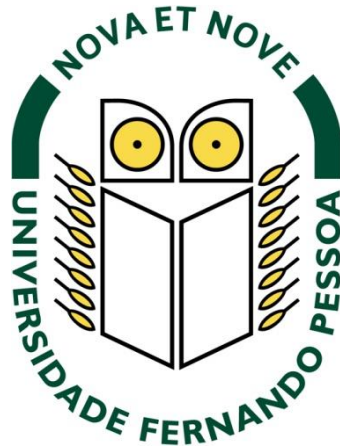


Sofia Isabel Lopes Taio



**Adaptação à Lesão Medular: Saúde Mental, Suporte Social, Sintomas  
Psicopatológicos e *Coping* Resiliente**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto

2022

*Adaptação à Lesão Medular: Saúde mental, Suporte Social, Sintomas Psicopatológicos e Coping Resiliente*

*Adaptação à Lesão Medular: Saúde mental, Suporte Social, Sintomas Psicopatológicos e Coping Resiliente*

Sofia Isabel Lopes Taio



**Adaptação à Lesão Medular: Saúde mental, Suporte Social, Sintomas Psicológicos e Coping Resiliente**

Universidade Fernando Pessoa

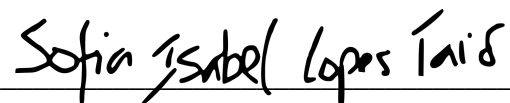
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto

2022

Sofia Isabel Lopes Taio

“Adaptação à Lesão Medular: Saúde mental, Suporte Social, Sintomas Psicológicos e *Coping* Resiliente”



---

Sofia Isabel Lopes Taio

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, com especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Professora Isabel Silva.

“When we are no longer able to change a situation,  
we are challenged to change ourselves.”

Viktor Frankl

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Isabel Silva, orientadora deste estudo, pelo acompanhamento e apoio prestado ao longo da realização do mesmo, pelo boa disposição e constante disponibilidade.

Às associações / instituições que colaboraram e ajudaram na partilha do estudo junto dos potenciais participantes.

Aos participantes que colaboraram nesta investigação.

Aos meus amigos, por me acompanharem neste percurso, pelo apoio, pela entreaajuda e pelas palavras de motivação.

Em especial à Sara Pinto, à Ana Sofia Boticas e à Inês Costa pelas inúmeras mensagens partilhadas e horas de zoom realizadas para nos entreaajudarmos.

Aos meus pais pelo apoio e confiança depositada nas minhas capacidades ao longo destes 5 anos académicos.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1. LESÃO MEDULAR E ADAPTAÇÃO A ESTA</b> .....	15
<b>2. ANSIEDADE E DEPRESSÃO</b> .....	17
<b>3. BEM-ESTAR E <i>FLOURISHING</i></b> .....	18
<b>4. <i>COPING</i> RESILIENTE</b> .....	20
<b>5. SUPORTE SOCIAL</b> .....	21
<b>ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	24
<b>PERTINÊNCIA DO ESTUDO</b> .....	24
<b>OBJETIVOS</b> .....	24
<b>MÉTODO</b> .....	25
<b>PARTICIPANTES</b> .....	25
<b>INSTRUMENTOS</b> .....	28
<b>PROCEDIMENTO</b> .....	31
<b>PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS</b> .....	31
<b>RESULTADOS</b> .....	32
<b>DISCUSSÃO</b> .....	39
<b>CONCLUSÃO</b> .....	42
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	45
<b>ANEXOS</b> .....	53

## **Índice de tabelas/quadros**

**Quadro 1** – Caracterização sociodemográfica dos participantes

**Quadro 2** – Caracterização clínica dos participantes

**Quadro 3** - Análise descritiva das variáveis em estudo (coping resiliente, saúde mental, sintomas psicopatológicos e satisfação com suporte social)

**Quadro 4** - Classificação do estado de saúde mental dos participantes presentes na amostra

**Quadro 5** – Classificação da sintomatologia psicopatológica dos participantes presentes na amostra

**Quadro 6** – Associação entre a satisfação do suporte social e saúde mental

**Quadro 7** – Associação entre a satisfação do suporte social e os sintomas psicopatológicos

**Quadro 8** – Associação entre saúde mental e a adoção de coping resiliente

**Lista de Siglas e Abreviaturas**

ESSS – Escala de Satisfação do Suporte Social

HADS – Escala de Ansiedade e Depressão Clínica

LVM – Lesão Vertebro Medular

MHC-SF – *Mental Health Continuum – Short Form*

WEMWBS - Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh

**Índice de anexos**

**Anexo A** – Questionário Sociodemográfico e clínico

**Anexo B** – Escala de Satisfação do Suporte Social (ESSS)

**Anexo C** – Escala Breve de Coping Resiliente (EBCR)

**Anexo D** – Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (HADS)

**Anexo E** – Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)

**Anexo F** - *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF)

**Anexo G** - *Flourishing Measure* (Medida de Florescimento - Versão Portuguesa)

**Anexo H** – Autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

**Anexo I** – Autorização dos autores dos instrumentos

**Anexo J** – Consentimento informado do estudo online

**Anexo K** - Pedido de autorização para a realização do estudo de investigação nos Centros

## RESUMO

O presente estudo empírico teve como objetivo analisar se existe uma associação entre o suporte social percebido e a adaptação do doente à lesão medular, sintomas de depressão e ansiedade, *coping* resiliente, bem-estar e *flourishing*. Contou com a participação de 19 indivíduos (63,2% do sexo masculino e 36,8% do sexo feminino) com o diagnóstico de lesão medular com idades compreendidas entre os 22 e os 53 anos ( $M=39,89$ ;  $DP= 8,66$ ). Os participantes responderam anonimamente, através da plataforma digital *Google Forms*, a um conjunto de questionários: (1) Questionário Sociodemográfico e Clínico, (2) Escala de Satisfação do Suporte Social (ESSS), (3) Escala Breve de Coping Resiliente, (4) Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (HADS), (5) Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS) – Versão Portuguesa, (6) Escala *Continuum* de Saúde Mental – versão reduzida e (7) *Flourishing Measure* – Medida de Florescimento – Versão Portuguesa. Os resultados revelam que quase metade da amostra se encontra num estado de saúde mental positiva *flourishing* (50%), com bons índices de bem-estar psicológico, social e emocional e níveis baixos de psicopatologia. Constatou-se, ainda, a associação negativa forte entre o suporte social e os sintomas de depressão e ansiedade. Os resultados confirmam a teoria do efeito protetor do suporte social no que respeita à depressão e ansiedade na população com LVM. Ainda assim, os dados sublinham a necessidade de associar outras medidas de avaliação de saúde mental positiva (bem-estar psicológico, *coping* resiliente, *flourishing*, aspetos da personalidade do indivíduo, sexualidade/auto-estima e valorização do próprio) para predizer uma melhor adaptação à doença e de desenvolver estudos longitudinais com amostras mais alargadas.

**Palavras-Chave:** Lesão Vértebro Medular, Adaptação, *Coping* Resiliente, Satisfação com Suporte Social, *Flourishing*, Ansiedade e Depressão

## **ABSTRACT**

This empirical study aimed to analyse whether there is an association between perceived social support and patients' adjustment to spinal cord injury, symptoms of depression and anxiety, resilient coping, well-being and flourishing. It involved 19 individuals (63.2% male and 36.8% female) diagnosed with spinal cord injury and aged between 22 and 53 years ( $M=39,89$ ;  $DP= 8,66$ ). The participants answered a set of questionnaires anonymously, through the digital platform Google Forms: (1) Sociodemographic and Clinical Questionnaire, (2) Social Support Satisfaction Scale (ESSS), (3) Brief Resilient Coping Scale, (4) Clinical Anxiety and Depression Scale (HADS), (5) Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) - Portuguese Version, (6) Mental Health Continuum Scale - reduced version and (7) Flourishing Measure - Portuguese Version. The results reveal that almost half of the sample is in a state of positive mental health flourishing (50%), with good rates of psychological, social and emotional well-being and low levels of psychopathology. The strong negative association between social support and symptoms of depression and anxiety is also observed. The results confirm the theory of the protective effect of social support with regard to depression and anxiety in the SCI population. Nevertheless, the data highlight the need to associate other measures of positive mental health assessment (psychological well-being, resilient coping, flourishing, aspects of one's personality, sexuality/self-esteem and self-worth) to predict a better adaptation to the disease and to develop longitudinal studies with larger samples.

**Keywords:** Spinal Cord Injury, Adaptation, Resilient Coping, Satisfaction with Social Support, Flourishing, Anxiety and Depression

## **INTRODUÇÃO**

O percurso de vida do ser humano envolve, em diferentes momentos, situações de crise com capacidade de provocar mudanças significativas em diversas áreas de atuação (Sá, Werlang & Paranhos, 2008). Neste cenário, enquadra-se o aparecimento de doenças crónicas que, devido às suas características clínicas (doença de longa duração, raramente com cura), acabam por ter um impacto profundo a nível emocional, psicológico, físico e no bem-estar dos indivíduos (Simão, 2016; Ribeiro, Costa, Vazão, Abreu, Pedro, & Silva, 2017). A OMS (2011) estima que, no mundo, mais de um bilhão de pessoas tenha algum tipo de deficiência ou doença crónica. O diagnóstico de uma doença crónica ou a aquisição de uma deficiência origina impactos que interferem com todos os aspetos de vida do indivíduo, uma vez que este irá passar por um conjunto de mudanças nas rotinas diárias, no estilo de vida e, principalmente, por uma transformação a nível pessoal (Brito, 2009; Santos, & de Carvalho-Freitas, 2019). Segundo Yang (2006), há uma necessidade de compreender as consequências do processo de incapacidade física na saúde mental dos indivíduos.

A lesão vertebro-medular é uma condição física crónica, com várias manifestações clínicas, que decorre da perda de funcionalidade parcial ou total da espinal medula (Fechio, Pacheco, Kaihami, & Alves, 2009) com implicações na função motora e sensorial (Peter et al., 2015). As limitações físicas e neurológicas adquiridas mais comuns observam-se na mobilidade voluntária, no descontrolo dos esfíncteres, na sensibilidade e funcionamento do sistema nervoso autónomo (Ruiz & Diaz, 2003). Pode ser classificada de duas formas: a primeira, tendo em conta o nível da lesão (paraplegia ou tetraplegia), e a segunda, pela sua extensão (completa ou incompleta) (Maynard et al., 1997). A paraplegia caracteriza-se pela perda da função motora e/ou sensorial dos membros inferiores (zona sacral, lombar e torácica) (Maynard et al., 1997). A tetraplegia consiste na perda da função motora e/ou sensorial dos membros inferiores e dos membros superiores (zona sacral, lombar, torácica e cervical) (Maynard et al., 1997). Quanto à extensão, uma lesão completa significa que não há funcionalidade abaixo da área comprometida, enquanto a incompleta preserva alguma funcionalidade (Maynard et al., 1997). Segundo a literatura, as principais causas das lesões medulares são os acidentes de viação (39,08%) e as quedas (29,54%), seguidas por atividades desportivas e causas médicas (National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2015). Esta patologia é considerada uma das mais incapacitantes com consequências devastadoras para o

indivíduo que se aplicam não só a nível físico e funcional, mas também a nível psicológico, social e laboral (Fechio, et al., 2009; Geyh et al., 2016). Traduz-se num acontecimento, maioritariamente, inesperado, com a capacidade para mudar, drasticamente, a vida do indivíduo, obrigando-o a adaptar-se a novas rotinas e à nova condição (Ribeiro, Monteiro, & Bártolo, 2016).

A forma como o indivíduo encara a doença adquirida tem influência no seu processo de adaptação, que se pode traduzir como positivo, potencializando o crescimento e desenvolvimento pessoal, ou negativo com o surgimento de sintomas psicopatológicos. Apesar de a adaptação psicológica ser encarada como um processo individual, esta depende de vários fatores que a podem facilitar ou dificultar (Ferreira & Guerra, 2014). Esses fatores traduzem-se não só na perceção sobre o acontecimento e na personalidade do próprio indivíduo, mas também nos recursos pessoais (internos) e sociais (externos) disponíveis (Fazio, Rashiid, & Hayward, 2008).

O suporte social é um dos fatores com influência no processo de adaptação. Este construto é um dos principais objetos de estudo da Psicologia da Saúde, área da psicologia que visa a “promoção e proteção da saúde, à prevenção e tratamento da doença” (Matarazzo, 1982, p.4). Segundo Siqueira (2008), o suporte social é considerado, cada vez mais, uma variável que protege e promove a saúde. A investigação sobre a influência do suporte social na saúde teve os seus inícios, a partir dos anos 70, com Cobb (1976) que defende o papel facilitador do suporte social na adaptação em situações de crises emocionais, como é o caso do aparecimento, inesperado, de uma doença ou deficiência.

Durante muito tempo, as investigações sobre a saúde mental centravam-se nas perturbações mentais ou na ausência destas. Atualmente, a definição de saúde mental engloba, também, aspetos positivos do funcionamento do indivíduo (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster, & Keyes, 2011). Esta evolução na definição da saúde mental deve-se, principalmente, ao papel da Psicologia Positiva, uma área da Psicologia, relativamente recente, que tem como foco estudar as qualidades das pessoas e promover o seu funcionamento positivo (Snyder & Lopez, 2009, p.7). Assim, o conceito de saúde mental positiva é definido como “um estado de bem-estar subjetivo no qual o indivíduo percebe as suas próprias capacidades, é capaz de lidar com acontecimentos adversos no quotidiano, trabalha de forma produtiva e é capaz de contribuir para a sua comunidade” (WHO, 2001, p.1).

Por sua vez, o conceito de *flourishing*, é bastante recente na literatura científica, sendo considerado o verdadeiro estado de saúde mental, interligando os conceitos de equilíbrio, bem-estar e funcionamento positivo (Keyes, 2007; 2009; Seligman, 2011). Para VanderWeele (2017), o *flourishing* consiste num estado no qual o indivíduo se sente bem em todos os aspetos da sua vida, considerando-os bons. Neste último, já assistimos a uma integração do conceito bem-estar humano (global).

O conceito de *Coping* resiliente não é simples, uma vez que integra dois conceitos amplos que acabam por ter várias definições e facilmente são confundidos– a resiliência e o *coping*. Sinclair e Wallston (2004) conseguem ajudar a perceber a diferença entre ambos afirmando que o *coping* ocorre num momento determinado enquanto a resiliência percorre no tempo. Acrescentam, ainda, que a principal característica que distingue *coping* resiliente e *coping* propriamente dito é a capacidade para promover uma adaptação positiva apesar do elevado índice de stress (Ribeiro, & Morais, 2010).

O interesse sobre a temática do suporte social na área das doenças e deficiências não é algo novo. Contudo, observa-se um crescente interesse na investigação, em Psicologia, no estudo da influência deste nas variáveis psicológicas positivas para promover uma melhor adaptação à lesão adquirida. As variáveis presentes no estudo são: suporte social, bem-estar, *flourishing* e *coping* resiliente. Integra também duas variáveis negativas (depressão e ansiedade) para uma melhor compreensão do tema.

## **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1. LESÃO MEDULAR E ADAPTAÇÃO A ESTA**

A literatura oferece uma vasta gama de modelos de adaptação psicológica à doença crónica e deficiência que foram sendo desenvolvidos no sentido de aprofundar o significado de adaptação e as teorias que determinam os fatores que promovem ou dificultam o seu processo (Ferreira & Guerra, 2014; Santon, Revenson, & Tennen, 2007). Por outro lado, também há uma necessidade de compreender o porquê de alguns indivíduos experienciarem a doença de forma negativa e outros adaptarem-se com maior facilidade (adaptação positiva) (Ferreira & Guerra, 2014).

O Modelo Transacional de Lazarus e Folkman (1984) de *coping* é um dos principais modelos que constitui a base inicial da investigação sobre a adaptação a

doenças (Santon, Revenson, & Tennen, 2007) e continua a ser um dos mais utilizados nas pesquisas por vários investigadores (Dias, & Pais-Ribeiro, 2019). Neste modelo, a teoria de stress e *coping* destaca quatro processos de avaliação cognitiva que influenciam a adaptação à doença crónica, como (Santon, Revenson, & Tennen, 2007): (1) Perceção da ameaça aos objetivos de vida; (2) Expectativas da doença; (3) Encontrar significado e (4) Processos Cognitivos. É neste último ponto (4) que se insere o conceito de *coping* que se divide em dois aspetos específicos – *coping* focado no problema e *coping* focado nas emoções – que resultam da avaliação e interpretação que o indivíduo faz sobre a situação envolvente ser ou não um fator de ameaça ao seu bem-estar (Dias, & Pais-Ribeiro, 2019). Segundo o modelo, estes são os principais tipos de *coping* que os indivíduos usam para enfrentar situações de stress e a partir destes consegue-se distinguir os que lidam com as situações de forma ativa e outros de forma passiva. Assim, os resultados (positivos ou negativos) do processo de adaptação à lesão dependerão do tipo de *coping* que o indivíduo escolha utilizar para enfrentar a situação.

No caso da LVM, a forma como os indivíduos reagem à lesão depende da dinâmica entre vários fatores médicos (características clínicas da lesão), psicológicos (como, por exemplo, auto-eficácia, traços da personalidade, resiliência) e sociais (por exemplo, apoio social) que podem ser recursos positivos ou fatores de stress (Middleton & Craig, 2008). A influência e a avaliação destes fatores decorrem durante todo o processo de adaptação desde o período de internamente, a reabilitação hospitalar, o regresso à comunidade e, posteriormente, à reintegração ao meio social e profissional. Segunda a literatura encontrada nesta população, não é possível apoiar o processo de adaptação psicológica num único só modelo devido à diversidade de fatores que influenciam a reação do indivíduo (Middleton & Craig, 2008), havendo uma interligação entre vários modelos (por exemplo, cognitivos, biopsicossociais).

Apesar das consequências devastadoras que a LVM acarreta e os desafios inerentes, estudos recentes demonstram que é possível ocorrer uma adaptação positiva (Dibb et al., 2014; Ferreira & Guerra, 2014), se houver uma alteração de comportamento, pensamento e sentimento face à perceção sobre a incapacidade (Middleton & Craig, 2008). Para além disso, na perspetiva da Psicologia Positiva, a compreensão que o indivíduo tem acerca da sua situação aliada com as características da sua personalidade e os recursos pessoais e sociais disponíveis, pode de facto, promover mudanças e crescimento pessoal positivo (Fazio, Rashiid, & Hayward, 2008).

Nos últimos anos, o interesse pelo estudo de variáveis positivas tem aumentado, principalmente, no domínio das doenças crônicas e deficiências físicas. É neste campo teórico que a Psicologia Positiva se revê uma vez que o seu foco incide nos aspetos positivos e no potencial humano para enfrentar os desafios da vida (Ferreira & Guerra, 2014). Aliás, cada vez mais estudos têm comprovado os benefícios em maximizar os recursos psicológicos positivos para uma melhor adaptação. Murta e Guimarães (2007) reforçam esta ideia afirmando que “o enfrentamento bem-sucedido à lesão medular traumática está mais associado a variáveis ambientais e psicossociais do que variáveis relativas à lesão medular” (p.61).

## **2. ANSIEDADE E DEPRESSÃO**

A depressão e a ansiedade são os problemas de saúde mental mais comuns em todo o mundo (Lima et al., 2004; Roohafza et al., 2014). Indivíduos com doenças crônicas ou deficiências, como é o caso da LVM, tendem a estar mais vulneráveis à presença de sintomas depressivos, apresentando níveis consideravelmente mais elevados, comparativamente à população em geral (Peter et al., 2015). O estado da arte revela que os sintomas de depressão são mais frequentes (Williams & Muray, 2015), seguidos pelos de ansiedade (Galvin & Godfrey, 2001). Os primeiros estudos sobre os indivíduos com LVM revelavam a presença de sintomatologia depressiva entre 20% a 40% dos participantes (Scivoletto et al., 1997). Estudos mais recentes, integrados no âmbito da Psicologia Positiva, têm revelado dados mais positivos como, por exemplo, no estudo de Kennedy, Lude e Taylor (2006) em que foi administrada a HADS (Escala de Ansiedade e Depressão Clínica) a uma amostra de 350 participantes de vários países e em que os autores concluíram que mais de metade dos participantes mostrava níveis normais da sintomatologia depressiva. Em contexto nacional, um estudo levado a cabo por Ferreira e Guerra (2014) verificou a existência de níveis de depressão mínimos em mais de 80% da amostra estudada. Os autores pretenderam “rasgar com os modelos 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.” (Ferreira & Guerra, 2014, p.391).

Apesar de estes valores serem significativos, não há um consenso entre os vários estudos e não é possível generalizar os resultados uma vez que estes dependem sempre do tamanho da amostra, da cultura da população estudada, das condições clínicas, dos recursos disponíveis e até da própria personalidade do indivíduo.

Os fatores protetores de sintomatologia psicopatológica mais abordados na literatura da LVM remetem para a avaliação/interpretação que o sujeito faz da sua condição atual, as estratégias de *coping* utilizadas e a percepção/satisfação do suporte social (Peter et al., 2015; Roohafza et al., 2014).

### **3. BEM-ESTAR E *FLOURISHING***

A LVM é, claramente, um evento que desafia o bem-estar do indivíduo (Kaiser & Kennedy, 2011), dificultando o processo de adaptação. Por este motivo, o conceito tem sido alvo de inúmeras investigações em diversas áreas científicas, principalmente, na Psicologia da Saúde e na Psicologia Positiva. Esta última começou a demonstrar interesse pelos aspetos positivos que advém de desafios e situações traumáticas para a promoção de crescimento pessoal (Ferreira & Guerra, 2014).

O conceito de bem-estar tem vindo a ser estudado, durante vários anos, por diferentes autores o que leva a uma diversidade de definições que acaba por dificultar a clareza sobre o construto. Destaca-se, num primeiro momento, a definição de Ryan e Deci (2001) sobre o bem-estar caracterizando-o como um funcionamento psicológico e um conjunto de experiências positivas (Ryan, & Deci, 2001). Para estes autores, o bem-estar divide-se em dois aspetos – hedónico e eudemónico. A abordagem hedónica abrange o conceito de felicidade através da prevenção de dor e a obtenção de prazer e a abordagem eudemónica tem como principal foco o significado e a autorrealização, estando esta última mais relacionada com o funcionamento das capacidades do indivíduo (Ryan, & Deci, 2001).

Por sua vez, Snyder e Lopez (2009) destacam três tipos de bem-estar, sendo eles o bem-estar psicológico, o bem-estar social e o bem-estar emocional. Estes três construtos são aprofundados por Keyes (2002) e Ryff (1995) através do instrumento de avaliação de saúde mental - o *Mental Health Continuum*. Segundo os autores, o bem-estar psicológico apresenta um carácter multidimensional positivo uma vez que engloba aspetos como autoaceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio de competências de gestão com o meio envolvente, propósito de vida e desenvolvimento pessoal (Keyes, 2002; Ryff & Keyes, 1995). Faz referência a aspetos mais individuais e privados do funcionamento do indivíduo (Keyes, 2002). Já o bem-estar social como o nome indica refere-se às dimensões sociais como a coerência, atualização, integração, aceitação e contribuição social (Keyes, 2002). A positividade aliada a estes aspetos depende sempre

da avaliação e percepção do indivíduo. Por último, o bem-estar emocional remete para a satisfação e interesse pela vida e felicidade (afeto positivo) (Keyes, 2002). A avaliação da saúde mental traduz-se, assim, em indicadores de experiências emocionais positivas, funcionamento psicológico e social positivos que se encontram representados na articulação das três dimensões do bem-estar (psicológico, social e emocional).

Segundo Keyes (2002), a saúde mental deve considerar a ausência de doença mental, mas também a manifestação de sintomas de saúde mental (Keyes, 2005) e, por isso, deve ser compreendida como um processo *continuum* que passa por dois polos opostos – o *languishing* (saúde mental negativa, não significa que haja uma perturbação mental) e o *flourishing* (saúde mental positiva) (Keyes, 2002; Keyes, 2016). Entre estes dois polos considera-se, ainda, o estado de saúde mental moderada, onde se encontram os indivíduos que não apresentam sintomas de florescimento ou de *languishing* (Keyes, 2002).

O *flourishing* é considerado o auge da saúde mental por englobar os três tipos de bem-estar: o psicológico, o social e o emocional (Keyes, 2002). No *Flourishing Model* de Keyes (2016), este só é possível ser alcançado se o indivíduo cumprir pelo menos três aspetos do bem-estar emocional (interesse pela vida, satisfação com a vida e felicidade) e seis dos onze aspetos do bem-estar psicológico (autonomia, desenvolvimento pessoal, domínio do meio, propósito de vida, autoaceitação e relações positivas com os outros) e do bem-estar social (coerência social, contribuição social, aceitação social, integração social e atualização social) (Keyes, 2016). Para VanderWeele (2017), o *flourishing* é alcançado quando o indivíduo apresenta níveis elevados de felicidade e satisfação com a vida, saúde mental e física, significado e finalidade, caráter e virtude e nos relacionamentos sociais. O autor acrescenta, ainda, que o conceito de *flourishing* deve ser considerado como um estado duradouro e não momentâneo, no sentido de promover um *continuum* no desenvolvimento de uma saúde mental positiva (Keyes, 2016). Ainda que os modelos de Keyes e VanderWeele têm aspetos semelhantes envolvendo os três tipos de bem-estar, VanderWeele envolve também a virtude e a própria saúde no conceito de *flourishing* (VanderWeele, 2017).

Os estudos acerca dos construtos bem-estar e *flourishing* na população da LVM são reduzidos a nível nacional. Observa-se, essencialmente, estudos com foco noutras variáveis psicológicas positivas que se possam relacionar positivamente com o bem-estar

como auto-eficácia e sentido de vida (Ferreira, & Guerra, 2014; Ribeiro, Monteiro, & Bártolo, 2016). Para além disso, devido à variedade de conceitos sobre o bem-estar, há estudos que se focam apenas num tipo (subjetivo ou emocional ou psicológico ou geral). Contudo, foi possível verificar a existência, ainda que reduzida, de estudos emergentes sobre *flourishing* nesta população, mas sem possibilidade de acesso aos mesmos. A partir de um resumo no site da APA destaco o estudo de Allaire e seus colaboradores (2022) cujo objetivo consistiu na análise de fatores psicológicos e *flourishing* após a LVM tendo em conta aspetos da personalidade, suporte social e funcionamento executivo. Os resultados e conclusões do resumo revelaram que os fatores que se relacionam positivamente com o florescimento psicológico nos indivíduos com LVM são a presença de um bom apoio social e ter uma personalidade resiliente.

#### **4. COPING RESILIENTE**

A resiliência é definida como um “processo dinâmico que abrange a adaptação positiva num contexto de adversidade significativa” (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000, p.543). O *coping* é caracterizado por “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).

Ambos os conceitos estão interligados uma vez que o *coping* é indispensável para compreender a característica de resiliência num indivíduo (Ribeiro, & Morais, 2010). Contudo, apesar de ambos os conceitos serem utilizados para superar eventos stressantes e/ou traumáticos, eles não são sinónimos uma vez que uma das características que os distingue é o facto de o *coping* ocorrer num determinado momento, enquanto a resiliência percorre no tempo (Ribeiro, & Morais, 2010; Sinclair, & Wallston, 2004). Para o desenvolvimento da resiliência é necessário a presença de três características fundamentais (Ribeiro, & Morais, 2010): (1) “capacidade para enfrentar”, (2) “capacidade de continuar a desenvolver-se” e (3) “aumentar as competências”.

O interesse crescente nestes dois construtos levou ao desenvolvimento de um novo conceito— *coping* resiliente — que acrescenta a capacidade de adaptação positiva em acontecimentos com elevados índices de stress para os indivíduos (Ribeiro, & Morais, 2010). O que difere o *coping* resiliente do *coping* original definido por Lazarus e Folkman (1984), é a promoção de uma adaptação positiva, envolvendo, consequentemente,

crescimento e desenvolvimento pessoal, em situações adversas que perturbam o estado emocional e psicológico (Ribeiro, & Morais, 2010; Sinclair, & Wallston, 2004). O padrão de funcionamento do *coping* resiliente inclui aspetos como o otimismo, a perseverança, a criatividade e o crescimento positivo perante adversidades (Ribeiro e Morais, 2010).

As consequências devastadoras da lesão medular “despertam” as características resilientes nos indivíduos (Chiu et al., 2022) e a investigação tem observado que níveis elevados de resiliência estão ligados a uma melhor regulação emocional, resolução cognitiva e a uma saúde mental positiva (Khosla, 2017). Em relação às estratégias de *coping*, um estudo verificou que os sujeitos resilientes tendem a utilizar estratégias de confronto direto em relação aos problemas e utilizam menos estratégias de evitamento (Pesce, Assiss, Santos & Oliveira, 2004).

Em relação à população com LVM, Monden e seus colaboradores (2014) encontraram uma associação positiva entre a adoção de estratégias de *coping* adaptativas, como o confronto direto com os problemas, e os níveis de resiliência, potencializando de forma positiva as respostas dos indivíduos face às adversidades. Apesar de haver alguma literatura sobre estas duas variáveis na população com LVM, a mesma mostra-se inconsistente uma vez que há um grande foco nos dois tipos de *coping* do modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984), deixando de parte outros tipos de *coping*.

## **5. SUPORTE SOCIAL**

O conceito de suporte social apresenta várias definições e modelos teóricos, observando-se alguma controvérsia e disparidade entre os investigadores. Martins (2005) aborda o suporte social em dois aspetos – formal (organizações sociais) e informal (relações familiares, amizades, vizinhança). Outros autores aprofundam o conceito apresentando três perspetivas – suporte emocional (campo afetivo), suporte instrumental (auxílio de recursos tangíveis) e suporte de informação (Rodriguez & Cohen, 1998). E, a literatura da temática social apresenta estudos que fazem a distinção entre aspetos objetivos do suporte social (nº de amigos, frequência e intensidade de contactos, redes sociais), e aspetos subjetivos como a perceção e satisfação com a dimensão social (Ribeiro, 2011). É neste último ponto que assenta o foco do presente estudo.

O suporte social é uma variável cada vez mais presente na literatura com resultados satisfatórios do ponto de vista da saúde e da adaptação psicológica (Siqueira, 2008). O conceito foi, inicialmente, definido por Cobb (1976), como um fenómeno em

que o indivíduo percebe que é amado e estimado dentro de uma rede de conexões onde se favorece a comunicação. De um modo mais simples, pode-se dizer que o suporte social é a “disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason et al., 1983, p.127). Ribeiro (1999) completa a definição referindo que na sua composição encontram-se os familiares, amigos, assim como a frequência, intensidade e (in)existência de contactos de amigos íntimos e redes sociais.

Ao longo dos anos, vários autores apresentaram diferentes definições de tipos de suporte social, dos quais destaco a diferenciação feita entre suporte social recebido e suporte social percebido. O primeiro diz respeito à quantidade de apoio que o indivíduo recebe e o segundo refere-se à percepção subjetiva sobre a disponibilidade do apoio social e o grau de satisfação com o mesmo (O’Hare et al., 2011; Sarason, Sarason & Pierce, 1990). Estudos têm revelado que os aspetos subjetivos do suporte social (percepção e satisfação) apresentam uma associação mais forte e positiva com as variáveis de saúde (Wethington & Kessler, 1986) e com a adaptação a doenças crónicas e deficiências físicas (O’Hare et al., 2011; Huang & Wu, 2021), como é o caso da LVM.

Murta e Guimarães (2007), num estudo de revisão, afirmaram que o suporte social é uma variável importante para o desenvolvimento de um processo de adaptação bem-sucedida. Por um lado, porque tem um papel significativo na regulação e diminuição do *stress*, atenuando o surgimento de sintomas psicopatológicos que podem surgir com a deficiência (Yang, 2006; Khazaeipour et al., 2017). Por outro, os investigadores têm observado que o suporte social encontra-se positivamente correlacionado com o bem-estar (Schulz & Decker, 1985; Martins, & Ribeiro, 2008; Malkoç et al., 2015), com o desenvolvimento de estratégias de *coping* (Muller et al, 2012) e de características resilientes (Monden et al, 2014; Bhattarai et al., 2021).

O suporte social pode ter um efeito indireto ou direto em diferentes variáveis psicológicas. O estudo de Malkoç e colaboradores (2015), que teve como objetivo analisar a influência da resiliência, *coping* e suporte social no bem-estar psicológico dos estudantes universitários da Turquia, revelou que a percepção que o indivíduo tem sobre o seu apoio social e o tipo de *coping* utilizado refletia-se no desenvolvimento e numa maior percepção sobre as próprias características resilientes e, conseqüentemente, potenciava o

bem-estar psicológico. Resultados semelhantes foram observados no estudo de Bhattarai e colaboradores (2021) em indivíduos com LVM com o bem-estar subjetivo.

Pode-se afirmar que a influência do suporte social depende da percepção e/ou interpretação do indivíduo (OMS, 1998). Se a percepção acerca do suporte social for positiva, este desempenhará um papel benéfico para a saúde (em geral), possibilitando o desenvolvimento de ferramentas psicológicas positivas. Caso contrário, se o indivíduo perceber o suporte social como desajustado, este pode ter influência negativa nos aspectos psicológicos e emocionais, promovendo o aparecimento de psicopatologias, como a depressão (Sette & Capitão, 2018).

De um modo geral, na população com LVM, os estudos revelam que quanto maior for a percepção e satisfação com o seu suporte social, menores são os níveis de depressão (Beedie, & Kennedy, 2002; Khazaeipour et al., 2017). Os mesmos resultados verificam-se com os aspectos mais quantitativos do suporte social, isto é, quanto mais contactos sociais os indivíduos tiverem, também reportam menores níveis de sintomas depressivos (Ferreira, & Guerra, 2014; Huang et al., 2015). Acrescento, ainda, o estudo de Monden e seus colaboradores (2014) que revelou uma associação positiva entre a percepção acerca do suporte social e os níveis de resiliência positiva na população com LVM, concluindo que a satisfação com o suporte social é um fator relevante nas características resilientes e na adaptação positiva à lesão.

## **ESTUDO EMPÍRICO**

### **PERTINÊNCIA DO ESTUDO**

Estudos sobre o processo de adaptação psicológica e aspetos da saúde mental positiva na população com LVM ainda são considerados reduzidos tendo em conta estudos de outras doenças crónicas e, desse modo, torna-se relevante aprofundar esta temática. Nos últimos anos, tem-se observado uma maior preocupação com o modo como os indivíduos se adaptam à LVM, não apenas no sentido de atenuar os sintomas psicopatológicos presentes, mas também com o crescimento pessoal positivo (Dibb et al, 2014; Ferreira, & Guerra, 2014). Neste sentido, o estudo empírico que se segue propõe analisar se existe uma associação entre o suporte social percebido e a adaptação do doente à lesão medular, integrando algumas variáveis positivas (bem-estar, *flourishing* e *coping* resiliente) e duas negativas (depressão e ansiedade). Pretende-se explorar a associação entre as variáveis no sentido de compreender quais predizem uma melhor adaptação à lesão.

### **OBJETIVOS**

- a) Descrever a adoção de coping resiliente, saúde mental (níveis de bem-estar e *flourishing*) e sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão) em indivíduos com LVM;
- b) Analisar se existe uma associação entre a satisfação do suporte social e saúde mental (bem-estar, *coping* resiliente e *flourishing*) em indivíduos com LVM;
- c) Analisar se existe uma associação entre a satisfação do suporte social e sintomas psicopatológicos em indivíduos com LVM;
- d) Analisar se existe uma associação entre a satisfação do suporte social e a adoção de *coping* resiliente em indivíduos com LVM;
- e) Analisar se existe uma associação entre sintomas de psicopatologia e a adoção de *coping* resiliente em indivíduos com LVM;
- f) Analisar se existe uma associação entre saúde mental e a adoção de *coping* resiliente em indivíduos com LVM;
- g) Analisar se existe uma associação entre saúde mental, sintomas de psicopatologia, *coping* resiliente e apoio social, e características sociodemográficas (idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil e situação profissional) de indivíduos com LVM.

- h) Analisar se existe uma associação entre saúde mental, sintomas de psicopatologia,  *coping*  resiliente e apoio social, e características clínicas (causa, nível, extensão e tempo da lesão) em indivíduos com LVM.

## MÉTODO

### PARTICIPANTES

A amostra do estudo é constituída por 19 adultos com diagnóstico de Lesão Vértebro Medular (LVM), dos quais 63,2% são do sexo masculino e 36,8% do sexo feminino. Maioritariamente com um nível de escolaridade de ensino secundário (31,6%), com idades compreendidas entre os 22 e os 53 anos ( $M=39,89$ ;  $DP= 8,66$ ) (*Quadro 1*).

Quanto ao estado civil, mais de metade dos participantes (57,9%) estão solteiros e não têm filhos (63,2%). Os que afirmam que têm filhos, 26,3% tem mais do que um filho (*Quadro 1*).

Em relação à situação profissional, perto de metade dos participantes encontram-se empregados (47,4%). Face à questão sobre o impacto da lesão na atividade profissional, 89,5% dos participantes afirmou que a mesma teve impacto na performance nas tarefas laborais (*Quadro 1*).

#### *Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes*

		Amostra (n=19)	
		n	%
<b>Sexo</b>	Masculino	12	63,2%
	Feminino	7	36,8%
<b>Grau de escolaridade</b>	3º Ciclo do Ensino Básico	3	15,8%
	Ensino Secundário	6	31,6%
	1º Ciclo do Ensino Superior/Licenciatura	2	10,5%
	2º Ciclo do Ensino Superior/Mestrado	4	21,1%
	Curso profissional	4	21,1%
<b>Estado civil</b>	Solteiro(a)	11	57,9%
	Casado(a)/União de facto	5	26,3%

*Adaptação à Lesão Medular: Saúde mental, Suporte Social, Sintomas Psicopatológicos e Coping Resiliente*

	Separado(a)/Divorciado(a)	3	15,8%
<b>Filhos</b>	Sim	7	36,8%
	Não	12	63,2%
<b>Nº de filhos</b>	1	2	10,5%
	2	3	15,8%
	3	2	10,5%
<b>Situação profissional</b>	Estudante	2	10,5%
	Empregado(a)	9	47,4%
	Desempregado(a)	4	21,1%
	Reformado(a)	4	21,1%
<b>Considera que a lesão teve impacto na sua atividade profissional?</b>	Sim	17	89,5%
	Não	2	10,5%

As características clínicas revelam 9 participantes com diagnóstico de paraplegia, 7 com tetraplegia e 3 que desconhecem o tipo de lesão que têm.

Em relação ao nível de lesão, dos participantes com paraplegia ( $n=9$ ; 47,4%), 4 têm lesão na zona lombar, 2 na zona torácica, 1 na zona cervical e 2 não sabem. Dos participantes com tetraplegia ( $n=7$ ; 36,8%), 5 apresentam lesão na zona cervical e 2 na zona sacral. Dos participantes que não sabiam o tipo de lesão, 1 respondeu ter lesão a nível cervical. Sobre a extensão da lesão, dos participantes com paraplegia ( $n=9$ ; 47,4%), 4 afirmam ser completa e 5 incompleta. Dos participantes com tetraplegia ( $n=7$ ; 36,8%), 2 apresenta lesão completa e 5 incompleta. Dos participantes que não sabiam o tipo de lesão, 1 respondeu ter lesão incompleta (*Quadro 2*).

Observa-se uma incongruência em 4 respostas uma vez que quem afirmou ter o diagnóstico de paraplegia só poderia ter nível de lesão sacral, lombar ou torácico/dorsal. O diagnóstico de tetraplegia só poderia ter como nível de lesão a zona cervical. Em relação ao participante que desconhecia o tipo de lesão, a sua resposta no item do nível de lesão ( $r=$  cervical) já indica o tipo de lesão (tetraplegia). Contudo, não é possível afirmar ou corrigir as respostas uma vez que não se sabe se desconhecem o tipo ou o nível de lesão (*Quadro 2*).

Face ao motivo da lesão, metade dos participantes (52,6%) deram respostas alternativas às primeiras opções (ex.: Neurológica, acidente no trabalho, entre outras), 10,5% admite ter sido por acidente de aviação, 15,8% afirma ter sido uma consequência de uma intervenção cirúrgica e 10,5% afirma ter sido causada por uma queda (*Quadro 2*).

Em relação aos internamentos em centros de reabilitação, 31,6% dos participantes não estiveram internados. Dos que tiveram internados (68,4%), metade esteve apenas uma vez no regime de internamento e a outra metade necessitou mais do que uma vez. Face ao número de Centros de Reabilitação, 47,4% esteve apenas num Centro de Reabilitação e 21,1% necessitou de estar internado(a) em dois Centros. De realçar que nestes itens houve omissões (*Quadro 2*).

**Quadro 2** – *Caracterização Clínica dos participantes*

		<b>Amostra (n=19)</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de lesão</b>	Paraplegia	9	47,4%
	Tetraplegia	7	36,8%
	Não sei	3	15,8%
<b>Nível da lesão</b>	Cervical	7	36,8%
	Torácico/Dorsal	2	10,5%
	Lombar	4	21,1%
	Sacral	2	10,5%
	Não sei	4	21,1%
<b>Extensão da lesão</b>	Completa	6	31,6%
	Incompleta	11	57,9%
	Não sei	2	10,5%
<b>Motivo da lesão</b>	Acidente de viação	4	21,1%
	Queda	2	10,5%
	Intervenção cirúrgica	3	15,8%
	Outro	10	52,6%
	Sim	13	68,4%

<b>Esteve internado/a num centro de reabilitação?</b>	Não	6	31,6%
	1	6	31,6%
	2	3	15,8%
<b>Se “Sim”, nº de vezes que esteve internado(a)?</b>	3	2	10,5%
	+3	1	5,3%
	Omissão	7	36,8%
	0	3	15,8%
<b>Nº de Centros de Reabilitação em que esteve internado(a) ou foi acompanhado(a)?</b>	1	9	47,4%
	2	4	21,1%
	Omissão	3	15,8%

## INSTRUMENTOS

Os participantes responderam aos seguintes instrumentos:

### (1) Questionário sociodemográfico e clínico

Questionário desenvolvido especificamente para o presente projeto com o objetivo de recolher dados relativos a: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional, tempo, nível, extensão e causa da lesão e tempo decorrido depois da lesão.

### (3) Escala de Satisfação do Suporte Social (ESSS)

Escala desenvolvida e validada por Pais-Ribeiro, em 1999, com o objetivo de avaliar a satisfação com o suporte social existente. A versão final é constituída por 15 afirmações que estão agrupadas em 4 subescalas. A subescala “Satisfação com Amizades”, que avalia a satisfação com as amizades, engloba os itens 3, 12, 13, 14 e 15; a subescala “Intimidade”, que avalia a perceção do suporte social mais íntimo, engloba os itens 1, 4, 5 e 6; a subescala “Satisfação com a família”, engloba os itens 9, 10 e 11 e a subescala “Atividades sociais”, que mede a satisfação com as atividades realizadas em grupo, engloba os itens 2, 7 e 8. As respostas são dadas através da escala de Likert que contém 5 opções – 1 = *concordo totalmente*, 2 = *concordo na maior parte*, 3 = *não concordo nem discordo*, 4 = *discordo a maior parte* e 5 = *discordo totalmente*.

A pontuação total resulta da soma da totalidade dos itens e pode variar entre 15 e 75 pontos (Ribeiro, 2011, p.14). A pontuação mais alta indica uma percepção/satisfação de maior suporte social. Para cada dimensão da escala, a pontuação resulta da soma dos itens associados a cada uma e uma vez que há diferenças no número de itens nas dimensões, as pontuações mínimas e máximas podem variar (Ribeiro, 2011, p.14).

#### (4) Escala Breve de *Coping* Resiliente (EBCR)

Escala desenvolvida por Pais Ribeiro e Morais, em 2010, com o objetivo de avaliar a resiliência como uma estratégia de *coping*. É uma escala breve com apenas 4 itens com cinco possibilidades de resposta – 1 = *quase nunca*, 2 = *ocasionalmente*, 3 = *muitas vezes*, 4 = *com muita frequência* e 5 = *quase sempre*. Permite compreender, de forma geral, a capacidade de o indivíduo lidar com situações stressantes de forma ajustada e adaptativa. Os níveis de *coping* resiliente se forem baixos correspondem a pontuação inferior a 13 e uma forte resiliência corresponde a pontuação superior a 17.

#### (5) Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (HADS)

Escala adaptada para a população Portugal por Pais Ribeiro e seus colaboradores, em 2007, cujo objetivo assenta na avaliação da depressão e ansiedade associadas à doença física. É constituída por 2 subescalas, cada uma com 7 itens correspondentes. Cada item é respondido numa escala ordinal de 4 pontos (de 0 a 3). As respostas dadas referem-se à semana anterior ao preenchimento.

A pontuação total obtém-se a partir da soma de todos os itens e pode variar entre 0 e 21 pontos, sendo que pontuação entre 0 e 7 não é indicador de depressão, entre 8 e 10 indica presença de sintomas leves de depressão, entre 11 e 14 considera-se depressão moderada e entre 15 e 21 é indicador de depressão grave. Na adaptação portuguesa, o ponto de corte encontra-se no valor igual ou superior a 11, indicando a presença de um estado depressivo (Ribeiro et al., 2007).

#### (6) Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS) – Versão Portuguesa

Escala adaptada para a população portuguesa por Fonte, Silva e Vilhena, em 2020. O objetivo do instrumento consiste em avaliar o bem-estar mental numa perspetiva positiva.

É constituída por 14 itens e conta com 5 opções de resposta - “1= Nunca”; “2= Raramente”; “3= Algumas vezes”; “4= Frequentemente”; “5= Sempre”, com uma pontuação mínima de 14 pontos e uma pontuação máxima de 70 pontos. Uma pontuação com níveis elevados traduz-se num melhor bem-estar mental.

(7) *Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)*

Instrumento adaptado para a versão portuguesa por Fonte, Silva, Vilhena e Keyes em 2020. É constituída por 14 itens que avaliam 3 componentes do bem-estar – emocional (3 itens – 1, 2 e 3), social (5 itens – 4, 5, 6, 7 e 8) e psicológico (6 itens – 9, 10, 11, 12, 13 e 14) -, através de uma escala de likert com 6 opções de resposta – “1= Nunca”; “2= Uma ou duas vezes”; “3= Cerca de uma vez por semana”; “4= Cerca de 2 ou 3 vezes por semana”; “5= Quase todos os dias”; “6= Todos os dias”.

Este instrumento pretende posicionar os participantes numa das três categorias – (I) *languishing* (se pontuar 1 (Nunca) e 2 (Uma ou duas vezes) em, pelo menos, um dos três itens de bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de funcionamento positivo), (II) saúde mental moderada (pontuar 3 (*Cerca de uma vez por semana*) e 4 (*Cerca de duas a três vezes por semana*) em pelo menos um dos três itens do bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de funcionamento positivo) e (III) *flourishing* (pontuar entre 5 (*Quase todos os dias*) e 6 (*Todos os dias*) num dos três itens do bem-estar emocional e em, pelo menos, seis dos onze itens de funcionamento positivo - bem-estar psicológico e social).

Em relação aos *scores* da escala, para o total da escala varia entre 15 e 50, para a dimensão bem-estar emocional de 3 a 18, para o bem-estar social 5 a 30 e para o bem-estar psicológico de 7 a 42 (Fonte et al., 2020).

(8) *Flourishing Measure* (Medida de Florescimento - Versão Portuguesa)

Escala original criada por VanderWeele, em 2017, e adaptada para versão portuguesa por Silva, Jólluskin, Dinis e Messias, em 2021. Constituída por 10 itens que pretendem avaliar vários domínios do florescimento ou bem-estar, nomeadamente a Felicidade e Satisfação com a vida (itens 1-2), Saúde física e Saúde mental (itens 3-4), Significado e Finalidade (itens 5-6), Caráter e Virtude (itens 7-8) e Relações sociais (itens 9-10).

Cada item possui hipóteses de resposta entre 0 e 10 e o *score* total pode variar entre 0 e 100.

## **PROCEDIMENTO**

Inicialmente, o projeto foi submetido para apreciação por parte da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, tendo recebido um parecer positivo. Face à situação de pandemia e ao grupo clínico escolhido (indivíduos com LVM), a seleção da amostra clínica realizou-se a partir de um processo de amostragem de conveniência por via online. Todos os questionários foram informatizados de forma a possibilitar a sua administração de forma eletrónica.

A participação voluntária dos indivíduos no estudo obedeceu aos critérios de inclusão previamente determinados, nomeadamente a) idade superior a 18 anos; b) estar apto(a) cognitivamente e fisicamente para consentir na participação no estudo e para responder aos questionários em formato digital. Os critérios de exclusão assentaram na idade inferior a 18 anos e estar inapto(a) cognitivamente e fisicamente para consentir na participação no estudo. Todos os indivíduos consentiram de forma livre e informada previamente a sua participação no mesmo.

O convite à participação no estudo foi realizado através do email institucional da Universidade Fernando Pessoa para as várias associações/instituições que trabalham com a amostra do estudo (LVM), solicitando a sua colaboração na divulgação do mesmo junto dos seus associados/membros com lesão medular.

A recolha de todos os dados foi realizada, no período compreendido entre março e abril de 2022, de forma não aleatória, por conveniência, através do *link* criado no *Google Forms*. Após esse período, o *link* tornou-se indisponível. As respostas aos questionários foram transferidas para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 27).

## **PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS**

Os dados foram analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 27), recorrendo às análises descritivas, teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes (dois grupos), teste de *Kruskal-Wallis* para amostras com mais de dois grupos e *Coefficiente Correlação R de Pearson* para associar duas variáveis quantitativas.

## RESULTADOS

No presente capítulo serão descritos os principais resultados, de acordo com os objetivos definidos anteriormente. Na primeira parte apresenta-se a caracterização descritiva das variáveis do estudo ( *coping* resiliente, bem-estar,  *flourishing* , depressão e ansiedade) em indivíduos com LVM. Segue-se uma exploração das relações entre as variáveis do estudo, evidenciando as que predizem uma melhor adaptação. Por último, explora-se a relação entre as variáveis de estudo com os dados sociodemográficos e clínicos.

- a) Caracterização da adoção de  *coping* resiliente, saúde mental (níveis de bem-estar e  *flourishing* ), sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão) e satisfação com suporte social em indivíduos com LVM:

De acordo com o quadro 3, observa-se as médias e respetivos desvios padrões para as variáveis psicológicas ( *coping* resiliente, saúde mental – bem-estar e  *flourishing* , satisfação com suporte social e sintomas psicopatológicos – ansiedade e depressão), assim como os seus valores mínimos e máximos.

**Quadro 3** – *Análise descritiva das variáveis em estudo ( coping* resiliente, saúde mental, sintomas psicopatológicos e satisfação com suporte social)

<b>Domínio</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<i>Coping</i> Total	19	9	20	14,63	3,96
Ansiedade	17	1	19	7,18	3,92
Depressão	18	1	16	5,94	3,95
Bem-Estar Emocional	19	6	18	12,74	4,04
Bem-Estar Social	19	8	29	17,58	6,56
Bem-Estar Psicológico	19	9	36	26,42	8,90
Bem-Estar Mental (WEMWBS)	19	9	68	48,11	15,11
Felicidade/Satisfação Com a Vida	19	6	18	12,32	3,71
Saúde Física/Mental	19	6	19	12,26	4,12

*Adaptação à Lesão Medular: Saúde mental, Suporte Social, Sintomas Psicopatológicos e Coping Resiliente*

Significado/Finalidade	19	4	20	14,26	5,48
Caracter/Virtude	19	5	20	13,26	4,36
Relações Sociais Próximas	19	0	20	14,21	5,54
Satisfação com Família	18	6	15	12,17	2,83
Satisfação com Amigos	19	5	25	18,05	5,21
Satisfação com Intimidade	19	4	20	12,68	3,74
Satisfação Com Atividades Sociais	19	3	14	8,16	3,02
<i>Flourishing</i>	16	37	94	68,81	17,11

No que toca à escala de *coping* resiliente, a média obtida ( $M=14,63$ ) no presente estudo é relativamente superior ao valor apresentado no estudo de validação da escala para a população portuguesa de Ribeiro e Morais (2010) que foi de  $M = 14,26$  ( $p.9$ ). De uma forma geral, pode-se assumir que os participantes demonstram ter níveis de resiliência moderados para lidar com a lesão de forma adaptativa (*Quadro 3*).

Os níveis de depressão e ansiedade dos participantes são relativamente baixos, contudo observa-se uma pontuação média menor nos níveis de depressão ( $M=5,94$ ,  $DP= 3,95$ ) do que de ansiedade ( $M=7,18$ ,  $DP= 3,92$ ) (*Quadro 3*).

Relativamente à escala de bem-estar mental WEMWBS, a pontuação máxima da amostra foi de 68, aproximando-se do valor da escala original de 70 pontos. A média de 48,11% ( $DP= 15,11\%$ ) pode ser indicador da presença de níveis satisfatórios de bem-estar geral nos participantes. Mais concretamente, das subescalas da MHC-SF, a subescala bem-estar psicológico obteve a pontuação média mais alta ( $M=26,42$ ,  $DP= 8,90$ ), seguida pela subescala social ( $M=17,58$ ,  $DP= 6,56$ ) e emocional  $M=12,74$ ,  $DP= 4,04$ ). Acrescenta-se, ainda, que as três subescalas de bem-estar obtiveram pontuações máximas correspondentes às pontuações máximas possíveis, o que sugere haver níveis altos de bem-estar nas três categorias, destacando-se, principalmente esta amostra, níveis elevados de bem-estar psicológico (*Quadro 3*).

Atendendo à escala de VanderWeele *Flourishing Measure* (2017) na versão portuguesa de Silva, Jólluskin, Dinis & Messias (2021), as respostas dos participantes exibem uma *score* média total de 66,31 em 100, o que coloca a amostra do estudo relativamente perto do que é considerado *flourishing* (*Quadro 3*).

Em relação aos resultados sobre a satisfação com suporte social, a subescala que revelou uma pontuação média mais elevada foi a satisfação com amigos ( $M=18,05$ ,  $DP= 5,21$ ), seguida da intimidade ( $M=12,68$ ,  $DP= 3,74$ ), satisfação com família ( $M=12,17$ ,  $DP= 2,83$ ) e por último as atividades sociais ( $M=8,16$ ,  $DP= 3,02$ ) (*Quadro 3*).

No sentido de aprofundar a interpretação dos dados obtidos sobre a saúde mental, dos 19 participantes, através da Versão Portuguesa da Fonte, Silva, Vilhena & Keyes (2019) do *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF), reconheceu-se a importância de classificar o estado de saúde mental em categorias (*Quadro 4*).

**Quadro 4** – Classificação do estado de saúde mental dos participantes presentes na amostra

Domínio	n	%
<i>Launguishing</i>	2	11,11%
Saúde Mental Moderada	7	38,88%
<i>Flourishing</i>	9	50%
<b>Total (n=18)</b>		

Atendendo às classificações de saúde mental positiva, a análise estatística descritiva revela que 50% da amostra se encontra em estado de saúde mental positiva *flourishing*, 11,11% em *launguising* e 38,88% num estado intermédio de saúde mental moderada. Tendo em conta o significado do estado de *flourishing*, metade de amostra em estudo encontra-se com uma saúde mental positiva (*Quadro 4*).

Relativamente aos sintomas psicopatológicos, também se realizou uma classificação em categorias do grau de depressão e de ansiedade dos indivíduos com LVM (*Quadro 5*).

**Quadro 5** – Classificação da sintomatologia psicopatológica dos participantes presentes na amostra

*Adaptação à Lesão Medular: Saúde mental, Suporte Social, Sintomas Psicopatológicos e Coping Resiliente*

<b>Domínio</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Ansiedade	Normal	9	52,94%
	Fraco	7	41,18%
	Grave	1	5,88%
		<b>Total (n=17)</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>
Depressão	Normal	11	61,11%
	Fraco	6	33,33%
	Grave	1	5,55%
		<b>Total (n=18)</b>	

A maioria dos participantes não apresenta níveis de ansiedade e/ou depressão significativos, uma vez que 52,94% classifica-se com ansiedade “normal” e 61,11% com depressão “normal”. Salienta-se, apenas, uma resposta com a classificação de “grave” em ambas as sintomatologias – ansiedade com 5,88% e depressão com 5,55% (*Quadro 5*).

**b) Associação entre a satisfação do suporte social e saúde mental em indivíduos com LVM;**

O quadro 6 engloba os resultados da exploração da relação entre saúde mental (bem-estar psicológico, bem-estar emocional, bem-estar social, bem-estar mental e subescalas do *flourishing*) e as subescalas da satisfação do suporte social.

**Quadro 6 – Associação entre a satisfação do suporte social e a saúde mental**

<b>Domínio</b>	<b>ESSSAmigos</b>	<b>ESSSFamília</b>	<b>ESSSIntimidade</b>	<b>ESSSAtividadesSociais</b>
Bem-Estar Psicológico	0,261	0,512	0,301	0,297
Bem-Estar Social	0,212	0,444	0,139	0,264

*Adaptação à Lesão Medular: Saúde mental, Suporte Social, Sintomas Psicopatológicos e Coping Resiliente*

Bem-Estar Emocional		0,251	0,359	0,097	0,240
Bem-Estar Mental (WEMWBS)		0,151	0,224	0,262	0,287
Felicidade/Satisfação com a Vida		0,352	0,387	0,351	0,406
Saúde Física/Mental		0,240	0,144	0,175	0,447
Significado/ Finalidade		0,293	0,275	0,292	0,249
Caráter/Virtude		0,176	-0,058	0,114	0,286
Relações Próximas	Sociais	0,569*	0,279	0,678**	0,515*

\*A correlação é significativa no nível 0,05

\*\*A correlação é significativa no nível 0,01

Perante uma análise, verificou-se que as subescalas do suporte social não estão correlacionadas de forma estatisticamente significativa com as subescalas bem-estar psicológico, bem-estar social e bem-estar emocional do MHC-SF, a escala de Bem-estar mental positiva (WEMWBSTotal) e 4 subescalas do instrumento *flourishing* (Quadro 6).

Entre os componentes do suporte social, verifica-se uma correlação positiva moderada entre “satisfação com amigos” e a subescala de florescimento “Relações Sociais com Próximos” (0,569), assim como com a “satisfação com atividades sociais” (0,515). Destaca-se, também, uma correlação positiva forte ente a componente social “satisfação com Intimidade” e “Relações Sociais com Próximos” (0,678), predizendo que quanto maior a satisfação com as relações íntimas, melhor e mais positiva serão, promovendo um funcionamento positivo entre os pares (Quadro 6).

- c) Analisar se existe uma associação entre a satisfação do suporte social e sintomas psicopatológicos em indivíduos com LVM;

No quadro 7 pode-se encontrar os resultados relativamente à relação entre as subescalas da satisfação com o suporte social e os níveis de ansiedade e depressão presentes.

**Quadro 7** – Associação entre a satisfação do suporte social e os sintomas psicopatológicos

	<b>Ansiedade</b>	<b>Depressão</b>
Satisfação com Amigos	-0,739**	-0,482*
Satisfação com Família	-0,350	-0,375
Satisfação com Intimidade	-0,746**	-0,487*
Satisfação com Atividades Sociais	-0,597*	-0,549*

\*A correlação é significativa no nível 0,05

\*\*A correlação é significativa no nível 0,01

A ansiedade evidencia uma correlação negativa forte com o componente “satisfação com os amigos” (0,739) e “satisfação com as relações íntimas” (0,746) e, ainda, uma correlação negativa moderada com a “satisfação com as atividades sociais” (0,597). Por outro lado, a depressão apresenta correlações negativas moderadas com mesmas componentes do suporte social – “satisfação com os amigos” (0,482); “satisfação com as relações íntimas” (0,487) e “satisfação com as atividades sociais” (0,549) (Quadro 7).

- d)** Associação entre a satisfação do suporte social e a adoção de  *coping*  resiliente em indivíduos com LVM;

Perante os dados não se observam associações significativa entre a variável  *coping*  resiliente e os diferentes componentes da variável suporte social.

- e)** Associação entre sintomas de psicopatologia e a adoção de  *coping*  resiliente em indivíduos com LVM;

Entre a variável  *coping*  resiliente e as variáveis psicopatológicas, os resultados também não revelam associação significativa.

- f) Associação entre saúde mental e a adoção de *coping* resiliente em indivíduos com LVM;

O quadro 8 contempla os dados relativos à associação entre as variáveis de saúde mental (bem-estar psicológico, bem-estar emocional, bem-estar social, bem-estar mental e subescalas do *flourishing*) com o *coping* resiliente.

**Quadro 8** – Associação entre saúde mental e a adoção de coping resiliente

Domínio	Coping Resiliente
Bem-Estar Psicológico	0,514*
Bem-Estar Social	0,263
Bem-Estar Emocional	0,056
Bem-Estar Mental (WEMWBS)	0,494*
Felicidade/Satisfação com a vida	0,042
Saúde Física/Mental	0,479*
Significado/Finalidade	0,576**
Caráter/Virtude	0,775**
Relações Sociais Próximas	0,416

\*A correlação é significativa no nível 0,05

\*\*A correlação é significativa no nível 0,01

O *Coping* Resiliente apresenta uma correlação positiva forte com os domínios “Significado/Finalidade” (0,576) e “Caráter/Virtude” (0,775) da escala de florescimento (Quadro 8), mostrando que quanto maior for a presença destes domínios na vida dos participantes, maior é a probabilidade de desenvolverem um *coping* do tipo resiliente. Também se destaca a correlação positiva moderada entre este tipo de *coping* e o domínio psicológico do bem-estar (0,514) (Quadro 8).

Em relação aos dois últimos objetivos (g) e (h), que focavam a associação entre as variáveis em estudo e as características sociodemográficas (g) e clínicas (h), não foi

possível fazer uma análise aprofundada devido ao reduzido número de participantes. Contudo, fez-se uma análise preliminar verificando-se a inexistência/insuficiência de resultados estatisticamente significativos.

## **DISCUSSÃO**

Viver com uma doença física e/ou crônica como a LVM acarreta mudanças significativas nas diversas áreas de atuação e exige do indivíduo uma grande adaptação psicológica (Fechio, Pacheco, Kaihama, & Alves, 2009; Geyh et al., 2016; Ribeiro, Monteiro & Bártolo, 2016). Os estudos empíricos têm demonstrado a importância de identificar os recursos que promovem uma adaptação positiva, através do estudo de variáveis de saúde mental positiva e/ou bem-estar (Dibb et al., 2014; Ferreira & Guerra, 2014; Murta & Guimarães, 2007). Um dos recursos mencionados na literatura é a influência do suporte social na promoção de saúde física e mental (Siqueira, 2008). É neste seguimento que o presente estudo foi concebido e que pretendeu verificar se existe uma associação entre a satisfação com o suporte social e variáveis (ansiedade e depressão, bem-estar psicológico, bem-estar emocional, bem-estar social,  *coping*  resiliente e  *flourishing* ) que predizem uma melhor adaptação.

A literatura acerca dos dados clínicos da LVM sugere que as principais causas do seu aparecimento são os acidentes de viação (39,08%) seguidas pelas quedas (29,54%) (National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2015), o que não se verificou no presente estudo, uma vez que mais de 50% da amostra apresentou respostas alternativas para a causa como sendo neurológica, acidente de trabalho, através de uma cirurgia com complicações. Em relação às questões sobre o tipo, extensão e nível da lesão, existe uma incongruência nas respostas de alguns participantes uma vez que 47,4% acusaram ter paraplegia e no nível da lesão 36,8% acusam ser no nível cervical, o que não pode ser possível uma vez que a paraplegia atinge a zona sacral, lombar e torácica, ao passo que a tetraplegia atinge todas essas zonas completando com a zona cervical (Maynard et al., 1997). Esta questão pode ser explicada pelo desconhecimento por parte dos participantes sobre algumas das suas características clínicas, um aspeto que considero que devia ser colmatado com uma melhor comunicação entre doente e profissional médico. Outra questão pertinente que surge com este desconhecimento sobre informação clínica é a necessidade de aumentar a literacia em saúde nesta população uma vez que poderia melhorar, conseqüentemente, o processo de adaptação à lesão. Uma melhor compreensão

da doença poderá levar a uma melhor aceitação e, inclusive, de potenciar comportamentos e pensamentos mais positivos em relação à mesma.

A análise de dados no que respeita à caracterização das variáveis independentes revela que a maioria da população apresenta bons níveis de bem-estar em geral e um estado de saúde mental positivo (50% em *flourishing*). Estes resultados foram também encontrados em estudos nacionais com uma população saudável, sem doença física (Fonte, Ferreira & Alves, 2017; Santos, Fonte, & Pimentão, 2020), o que permitiu concluir e ir ao encontro dos estudos que afirmam que apesar das consequências de um acontecimento disruptivo, o indivíduo é capaz de desenvolver bem-estar e um estado mental positivo ao longo do processo (Dibb et al., 2014). Em relação aos sintomas psicopatológicos, os resultados mostram níveis mínimos de depressão e ansiedade, o que por um lado contraria o verificado noutros estudos que evidenciaram níveis altos destas sintomatologias (Scivoletto et al., 1997; Peter et al., 2015). Por outro lado, estudos mais recentes, nomeadamente o estudo desenvolvido por Kennedy, Lude e Taylor (2006) em que os autores utilizaram, igualmente, a Escala de Depressão e Ansiedade Clínica (HADS) numa amostra de 350 participantes com LVM, concluíram que mais de dois terços não apresentava níveis significativos de depressão, encontrando-se nos valores normais, assim como os 57,9% dos participantes do estudo. O estado da arte no tema da depressão e ansiedade sugere que estas duas sintomatologias são as mais comuns entre a população normal e mais elevada em indivíduos com doenças crónicas como é o caso da LVM (Lima et al., 2004; Roohafza et al., 2014; Peter et al., 2015). Contudo, as investigações têm mostrado que a presença de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa não tem de ser uma constante na vida do indivíduo com doença e que este é capaz de crescer e viver de forma adaptativa após LVM.” (Ferreira & Guerra, 2014).

Relativamente à análise da associação entre satisfação do suporte social com as variáveis estudadas é possível evidenciar alguns resultados significativos. Numa análise geral entre os subdomínios da satisfação do suporte social e as variáveis de saúde mental, apenas se verifica uma relação significativa forte entre a componente social “Intimidade” e a subescala “Relações Sociais com Próximos” do *flourishing*, não evidenciando mais nenhuma relação significativa com as variáveis de bem-estar psicológico, emocional e social (MHC-SF), com o bem-estar mental (WEMWBS) e com as subescalas “Felicidade/Satisfação com a vida”, “Saúde Física/Mental”, “Significado/Finalidade” e “Caráter/Virtude” (*Flourishing*). Os resultados obtidos não corresponderam aos relatados

noutros estudos que encontraram correlações positivas fortes entre o suporte social e o bem-estar (Schulz & Decker, 1985; Martins & Ribeiro, 2008; Malkoç et al., 2015; Bhattarai et al., 2021). Isto pode ser explicado pelos diferentes instrumentos usados, bem como a reduzida dimensão da amostra avaliada no presente estudo. Uma outra explicação pode-se dever ao facto de quem apresenta sintomas depressivos e/ou ansiosos poderá não ter respondido a algumas questões das escalas, o que compromete os resultados obtidos.

No que diz respeito aos sintomas psicopatológicos e o suporte social, a ansiedade revelou uma correlação negativa forte com o componente “satisfação com os amigos” (0,739) e “satisfação com as relações íntimas” (0,746) e, ainda, uma correlação negativa moderada com a “satisfação com as atividades sociais” (0,597). A depressão mostrou estar correlacionada de forma negativa e moderada com as mesmas componentes. A literatura tem constatado os mesmos resultados na população com LVM, enfatizando cada vez mais o efeito protetor do suporte social nestes sintomas (Khazaeipour et al., 2017), ou seja, quanto maior a satisfação com o grupo social, menor poderá ser o desenvolvimento destas sintomatologias. Um aspeto interessante encontrado no estudo foi o facto de a ansiedade estar mais relacionada com as relações sociais do que a depressão e, ainda, as relações sociais terem mais impacto na saúde mental do que as relações familiares. Estudos que comparam os diferentes tipos de perceção de apoio social (familiar e amigos) nos indivíduos com LVM ainda são escassos. Este aspeto poderia ser aprofundado em estudos futuros no sentido de compreender como é a perceção do indivíduo com LVM acerca da relação que estabelece com a família e com os amigos durante o processo de adaptação à lesão e de que forma estas o podem influenciar de forma positiva. Este conhecimento poderia, inclusive, promover o desenvolvimento de intervenções junto das famílias e amigos que lidam com pessoas com LVM.

A literatura sobre o  *coping*  resiliente ainda é muito reduzido, dificultando a possibilidade de comparação entre estudos. No presente estudo, este tipo de  *coping*  demonstrou não estar relacionado de forma estatisticamente significativo com nenhuma das componentes do suporte social, nem com as variáveis depressão e ansiedade. Contudo, revelou correlação positiva forte com os domínios “Significado/Propósito de vida” (0,576) e “Caráter/Virtude” (0,775) da escala de florescimento (*Quadro 8*) e uma correlação positiva moderada com o domínio psicológico do bem-estar (0,514). Estas associações podem ser explicadas pelas características que os itens da escala representam - otimismo, perseverança, criatividade e crescimento positivo perante adversidades

(Ribeiro e Morais, 2010) – que estão ligadas aos aspetos mais centrados do *self*, aspetos mais individuais do funcionamento do indivíduo (Keyes, 2002) perante as situações do quotidiano. Características estas que são semelhantes com as do conceito de bem-estar psicológico que envolve propósito de vida e desenvolvimento pessoal (Keyes, 2002; Ryff & Keyes, 1995). Por outro lado, também é importante referir que o possível motivo para não haver associações com as outras variáveis é o facto de a validação da escala *coping* resiliente para a população portuguesa ter mostrado propriedades psicométricas fracas e limitações quanto à sua aplicação (Ribeiro & Morais, 2010), não se observando mais nenhum estudo para comparação que tenha utilizada a escala. A maioria da literatura sobre *coping* na população com LVM assenta ainda na teoria de Lazarus e Folkman (1984), evidenciando apenas os dois tipos de *coping* e que o uso de *coping* focado nos problemas/*coping* ativo tem influência positiva na adaptação à lesão (Livneh, & Martz, 2014).

Os dois últimos objetivos que pretendiam associar as variáveis em estudos e as características sociodemográficas e clínicas não foi analisada de forma aprofundada devido ao reduzido número de participantes. Contudo, fez-se uma análise preliminar verificando-se a inexistência/insuficiência de resultados estatisticamente significativos.

Em suma, os resultados apresentados vão ao encontro da literatura sobre o fator protetor do suporte social nos sintomas psicopatológico e, em parte, sobre o crescimento positivo perante situações de crise e/ou adversidades, uma vez que metade da amostra se encontra em *flourishing*. Estes últimos resultados confirmam a teoria de que as doenças crónicas e/ou deficiências não têm de ser percecionadas exclusivamente como negativas, mas também como agentes de mudanças positivas e de desenvolvimento pessoal (Fazio et al., 2008).

## **CONCLUSÃO**

Finalizada a investigação, importa refletir, neste capítulo, o objetivo principal do estudo, os dados obtidos, limitações do estudo e futuras recomendações de temáticas na população com LVM.

O estudo tinha como principal objetivo analisar se existe uma associação entre o suporte social percebido e a adaptação do doente à lesão medular, sintomas de depressão e ansiedade, *coping* resiliente, bem-estar e *flourishing*.

Numa primeira análise, os resultados foram ao encontro da literatura no que respeito à associação do suporte social e ansiedade e depressão, confirmando a teoria do efeito protetor e mediador do suporte social nos sintomas psicopatológicos (Beedie, & Kennedy, 2002; Yang, 2006; Khazaeipour et al, 2017). Por outro lado, apesar de a associação entre as dimensões do suporte social e grande maioria das variáveis que caracterizam a saúde mental no presente estudo (bem-estar psicológico, emocional e social e as dimensões da escala de florescimento) não terem tido correlações estatisticamente significativas, importa mencionar e destacar as associações positivas entre as subescalas de florescimento (“Saúde Física/Mental”, “Significado/Finalidade” e “Caráter/Virtude) e o bem-estar psicológico com a adoção de  *coping*  resiliente. Este conhecimento pode ser um ponto de partida para aprofundar a temática sobre o  *coping*  resiliente no processo de adaptação à LVM e como este pode potenciar as dimensões do  *flourishing*  dos indivíduos.

Ainda que se observe os esforços para compreender o impacto psicológico do surgimento da Lesão Vértebro-Medular (LVM), os estudos acerca de variáveis positivas como, por exemplo, o  *coping*  resiliente e o  *flourishing*  ainda são escassos. Estudos sobre a influência do suporte social, mais especificamente, da família e dos amigos, na forma como os indivíduos lidam com a lesão e aspetos mais pessoais também são reduzidos. Os dados obtidos a partir do presente estudo devem impulsionar o interesse sobre estas variáveis para aprofundar o conhecimento sobre os fatores protetores e potenciadores de uma melhor adaptação e, principalmente, para promover intervenções específicas junto dos indivíduos com LVM, suas família e profissionais.

Não menosprezando os resultados obtidos no estudo, é necessário ter em consideração as limitações inerentes, nomeadamente o tamanho da amostra e a sua representatividade, alguma escassez de literatura em contexto nacional, nomeadamente com variáveis positivas mais recentes (como o florescimento e o  *coping*  resiliente). Para além disso, acho importante o desenvolvimento de novos e mais instrumentos para a população de indivíduos com LVM. Apesar do vasto número de investigações empíricas sobre os efeitos psicológicos da LVM, considero que ainda há inúmeras variáveis e questões que podem ser aprofundadas no contexto nacional e internacional de forma a proporcionar informação relevante para o desenvolvimento do trabalho dos profissionais de Psicologia junto da população estudada e dos seus pares.

Tendo em conta ao que foi mencionado anteriormente, saliento algumas recomendações para os próximos estudos como o desenvolvimento de estudos longitudinais durante o período de reabilitação e o período de reintegração ao meio ambiente (social, profissional). Seria interessante explorar a linha de pensamento de Viktor Frankl nos estudos na população de LVM, como o sentido e propósito de vida, o significado que o indivíduo atribui à lesão e às mudanças ocorridas na sua vida, questões existenciais, e a relação com o mundo e os outros. Um outro tema que também considero que seria interessante era o estudo da sexualidade da mulher com LVM, no sentido de explorar a sua visão e significado atribuído à sua imagem corporal, às suas competências nas tarefas do dia-a-dia e a relação com os outros.

Em suma, é fundamental a compreensão do processo de adaptação psicológica perante uma doença física e crónica e contribuir para promover os aspetos psicológicos positivos nos indivíduos, com o objetivo de potencializar o seu desenvolvimento pessoal e florescimento nos vários campos de atuação da vida. Por outro lado, este conhecimento poderá favorecer e melhorar as intervenções junto desta população, inclusive, a criação de programas e atividades direcionados para os primeiros meses após a lesão (como por exemplo, a literacia sobre a lesão, as mudanças possíveis, competências psicológicas para lidar com a doença), nos Centros de Reabilitação e prolongar os mesmos após a saída destes estabelecimentos para garantir o sucesso dos mesmos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allaire, T., Perera, M., Drossel, C., Sol, K., Theisen-Goodvich, M., & Meade, M. A. (2022). Flourishing after traumatic spinal cord injury: Results from a multimethod study. *Rehabilitation psychology*, 67(1), 53–68. <https://doi.org/10.1037/rep0000425>.
- Beedie, A. & Kennedy, P. (2002). Quality Of Social Support Predicts Hopelessness and Depression Post Spinal Cord Injury. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(3), 227-234.
- Bhattarai, M., Jin, Y., Smedema, S.M., Cadel, K.R. & Baniya, M. (2021). The relationship among self-efficacy, social support, resilience, and subjective well-being in persons with spinal cord injuries. *J.Adv.Nurs*, 77, 221-230. Doi: 10.1111/jan.14573.
- Brito, D. C. S. (2009). A orientação profissional como instrumento reabilitador de pacientes portadores de doenças crônicas e deficiências adquiridas. *Psicologia em Revista*, 15(1), 106-119.
- Chiu, C., Brooks, J., Jones, A., Wilcher, K., Shen, S., Driver, S. & Krause, J. (2022). Resilient Coping Types in People With Spinal Cord Injury: Latent Class Analysis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 65(3), 213-222. Doi: 10.1177/0034355221990736.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, v. 38, pp.300-314.
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. *Revista Psicológica e Saúde*, 11(2), 55-66. Doi: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>.
- Dibb, B., Ellis-Hill, C., Donovan-Hall, M., Burridge, J., & Rushton, D. (2014). Exploring positive adjustment in people with spinal cord injury. *Journal of Health Psychology*, 19 (8), 1043-1054. doi: 10.1177/1359105313483158.
- 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: Growing in the face of adversity*. (Vol. 3, pp. 1–28). Westport: Praeger Perspectives.

Fechio, M., Pacheco, K., Kaihama, H., & Alves, V. (2009). A repercussão da lesão medular do sujeito. *Acta Fisiátrica*, *16*, 38-42.

Ferreira, M., & Guerra, M. P. (2014). Adaptação à lesão vertebro-medular. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *15* (2), 380-395. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150205>.

Fonte, C.A.M., Ferreira, C. M. F. & Alves, S. A. P. (2017). Estudo da saúde mental positiva em jovens adultos: relações entre psicopatologia e bem-estar. *PSIQUE*, *XIII*, 57-74. ISSN: 1647-2284.

Fonte, C., Silva, I., Vilhena, E. & Keyes, C. (2020). The Portuguese Adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form for Adult Population. *Community Mental Health Journal*, *56* (2), 368- 375, DOI 10.1007/s10597-019-00484-8.

Galvin, L. R., & Godfrey, H. P. (2001). The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): Review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal Cord*, *39*, 615–627. doi:10.1038/sj.sc.3101221.

Geyh, S., Kunz, S., Müller, R., & Peter, C. (2016). Describing functioning and health after spinal cord injury in the light of psychological–personal factors. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *48*(2), 219-234. doi: 10.2340/16501977-2027.

Huang, Z. & Wu, S. (2021). Acceptance of Disability, Coping Style, Perceived Social Support and Quality of Life Among Patients With Chronic Lymphedema: a Cross-sectional Study. *Research Square*, 1-21. doi: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1002210/v1>.

Kaiser, S., & Kennedy, P. (2011). An exploration of cognitive appraisals following spinal cord injury. *Psychology, Health & Medicine*, *16*(6), 708–718. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2011.564190>.

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. doi:org/10.1038/sj.sc.3101787.

Keyes, C. L. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*, 207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>.

Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>.

Keyes, C. L. (2009). Towards a mentally flourishing society: Mental health promotion, not cure. *Journal of Public Mental Health*, 4-7. <https://doi.org/10.1108/17465729200700009>.

Keyes, C. L. (2016). Why flourishing? D. Harward (ed.) *In Well-Being and Higher Education*. Bringing Theory to Practice.

Khazaeipour, Z., Hajiaghababaei, M., Mirminachi, B., Vaccaro, A.R. & Rahimi-Movaghar, V. (2017). Social Support and its association with depression, gender and socioeconomic indicators in individuals with spinal cord injury in Iran. *Spinal Cord*, 55, 1039-1044.

Khosla, M. (2017). Resilience and health: Implications for interventions and policy making. *Psychological Studies*, 62(3), 233–240. <https://doi.org/10.1007/s12646-017-0415-9>.

Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M. & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental Health Continuum-Short Form 48 (MHC-SF). *Journal of clinical psychology*, 67(1), 99-110. <https://doi.org/10.1002/jclp.20741>.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

Lima, M. S., Knapp, P., Blaya, C., Quarantini, L.C., Oliveira, I.R., Lima, P.A.S.P. (2004). Depressão. In: Knapp, P. e colaboradores. *Terapia cognitivo-comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Livneh, H., & Martz, E. (2014). Coping Strategies and Resources as Predictors of Psychosocial Adaptation Among People With Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 59(3), 329-339. <https://dx.doi.org/10.1037/a0036733>.

Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience-a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.

Malkoç, A. & Yalçın, İ. (2015). Relationships among Resilience, Social Support, Coping, and Psychological Well-Being among University Students. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 5(43), 35-43.

Martins, R. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium: Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 31, 128-134. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium31/9.pdf>.

Martins, A. C., & Ribeiro, J. L. P. (2008). Relação entre variáveis socio-demográficas, clínicas, relacionadas com a cadeira de rodas, suporte social e auto-eficácia com a felicidade subjectiva dos utilizadores de cadeira de rodas. In I. Leal, J. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Intervenção em psicologia e saúde: actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 89-93). Porto: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37(1), 1-14.

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.

Middleton, J., & Craig, A. (2008). Psychological Challenges in Treating Persons with Spinal Cord Injury. In A. Craig & Y. Tran (Eds.), *Psychological Aspects Associated with Spinal Cord Injury Rehabilitation: New Directions and Best Evidence*. New York: Nova Science Publishers.

Monden, K. R., Trost, Z., Catalano, D., Garner, A. N., Symcox, J., Driver, S., Hamilton, R. G. & Warren, A. M. (2014). Resilience following spinal cord injury: a phenomenological view. *Spinal Cord*, 52, 197-201.

Muller, R., Peter, C., Cieza, A. & Geyh, S. (2012). The role of social support and social skills in people with spinal cord injury – a systematic review of the literature. *Spinal Cord*, 50(2), 94-106. <https://doi.org/10.1038/sc.2011.116>.

Murta, S. G., & Guimarães, S. S. (2007). Enfrentamento à lesão medular traumática. *Estudos de Psicologia*, 12(1), 57-63.

National Spinal Cord Injury Statistical Center (2015) Recent trends in causes of spinal cord injury. University of Alabama at Birmingham, Birmingham. Retirado de [https://www.nscisc.uab.edu/PublicDocuments/fact\\_sheets/Recent%20trends%20in%20causes%20of%20SCI.pdf](https://www.nscisc.uab.edu/PublicDocuments/fact_sheets/Recent%20trends%20in%20causes%20of%20SCI.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.

Organização Mundial da Saúde - OMS (1998). *Health Promotion Glossary*. Disponível em: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf). Acessado em: 10/09/2014.

Organização Mundial de Saúde - OMS. (2011). *World report on disability*. Malta: o autor.

Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.

Pais-Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (March de 2007). Validation study of a portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 225-237. doi: 10.1080/13548500500524088.

Pais-Ribeiro, J.L. (2010). *Psicologia e Saúde*. Placebo, Editora LDA.

Pais-Ribeiro, J. L., & Morais, R. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (1), 5-13.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., Vilhena, E., Martins, A., & Martins-da-Silva, A. (2010). O ajustamento à doença crónica: aspectos conceptuais. In: I.Leal, & J.Pais-Ribeiro (Edts.). *Psicologia da saúde: sexualidade género e saúde* (pp.147-156). Lisboa, Portugal: Edições ISPA. ISBN:978-972-8400-98-9.

Pais-Ribeiro, J. L. (2011). *Escala De Satisfação Com o Suporte Social*. Placebo, Editora LDA.

Pais-Ribeiro, J., Monteiro, S. & Bártolo, A. (2016). Ajustamento Psicossocial Pós-Lesão Vertebro-Medular – Associação entre auto-eficácia e sentido de vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(3), 441-453.

Pais-Ribeiro, J. L., Costa, N., Vazão, M. J., Abreu, M., Pedro, L. & Silva, I. (2017). O estigma e as doenças crónicas – como o avaliar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18 (3), 625-639. Doi: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180301>.

Pesce, R. P., Assiss, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e Protecção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143.

Peter, C., Müller, R., Werner, C. S., Geyh, S., Post, M. W., & Leeuwen, C. M. (2015). Depression in Spinal Cord Injury: Assessing the Role of Psychological Resources. 46 (A. P. Association, Ed.) *Rehabilitation Psychology*, 60 (1), 67-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/rep0000021>.

Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

Ryff, C. D. & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>.

Rodriguez, M., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3, 535-544.

Roohafza, H.R., Afshar, H., Keshteli, A.H., Mohammadi, N., Feizi, A., Taslimi, M. & Adibi, P. (2014). What's the role of perceived social support and coping styles in depression and anxiety?. *Journal of Research in Medical Sciences*, 19, 944-949.

Ruiz, M. & Díaz, A. (2003). *Estrategias de Afrontamiento y Proceso de Adaptación a la Lesión Medular*. Madrid: IMSERSO.

Sá, S. D., Werlang, B. S. G., & Paranhos, M. E. (2008). Intervenção em crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1), 73-80. Doi: 10.5935/1808-5687.20080008.

- Santon, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *The Annual Review of Psychology*, 58, 656-692. Doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085615.
- Santos, J.C. & de Carvalho-Freitas, M. N. (2019). Processos Psicossociais da Aquisição de uma Deficiência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003175434>.
- Santos, R., Fonte, C. & Pimentão, C. (2020). Sentido de vida, saúde mental e bem-estar em adultos: que relações? *International Journal of Development and Educational Psychology INFAD Revista de Psicologia*, 1 (2), 315-326. ISSN 0214-9877.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 9–25). New York, NY: Wiley.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Schulz, R., & Decker, S. (1985). Long-term adjustment to physical disability: The role of social support, perceived control, and self-blame. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1162–1172. doi: 10.1037/0022-3514.48.5.1162.
- Scivoletto, G., Petrelli, A., Lucente, L., & Catellano, V. (1997). Psychological investigation of spinal cord injury patients. *Spinal Cord*, 35, 516-520. doi:org/10.1038/sj.sc.3100437.
- Seligman, M. (2008). *Felicidade autêntica: os princípios da psicologia positiva*. Pergaminho: Cascais.
- Seligman, M. (2011). *A vida que floresce*. Estrela Polar: Alfragide.
- Sette, C.P. & Capitão, C.G. (2018). Efeito Moderador do Suporte Social em Pacientes Oncológicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(2), 265-277.
- Simão, A. J. L. (2016). Avaliação do suporte social em indivíduos em reabilitação: contributos para a sua adaptação. *Interacções*, 42, 137-149.

Sinclair, V. G., & Wallston, K.A. (2004). The development and psychometric evaluation of brief resilient coping scale. *Assessment, 10*, 1-9.

Siqueira, M.M.M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo, 13*(2), 381-388.

Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Artmed: Porto Alegre.

VanderWeele, T. J. (2017). On the promotion of human flourishing. *PNAS, 114*(31), 8148–8156. <https://doi.org/10.1073/pnas.1702996114>.

Yang, Y. (2006). How Does Functional Disability Affect Depressive Symptoms in Late Life? The Role of Perceived Social Support and Psychological Resources\*. *Journal of Health and Social Behavior, 47*, 355-372.

Wethington, E., & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social behavior, 27*, 78-89.

Williams, R., & Murray, A. (2015). Prevalence of depression after spinal cord injury: a meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation, 96*(1), 133-140. doi:10.1016/j.apmr.2014.08.016.

World Health Organization. (2001). *A call for action by world health ministers*. Geneva, Switzerland: Department of Mental Health and Substance Dependence.

## **ANEXOS**

# Adaptação à Lesão Medular: Saúde mental, Suporte Social, Sintomas Psicopatológicos e Coping Resiliente

## Anexo A – Questionário Sociodemográfico e clínico

**Questionário Sociodemográfico**

Sexo

Feminino

Masculino

Idade

A sua resposta \_\_\_\_\_

Estado Civil

Solteiro/a

Casado/a / União de Facto

Separado/a / Divorciado/a

Viúvo/a

Outro/a

Tem filhos?

Não

Sim

Se selecionou "sim", indique quantos

A sua resposta \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias

Nunca frequentei o sistema de ensino

1º Ciclo do Ensino Básico / Escola Primária (1ª à 4ª classe)

2º Ciclo do Ensino Básico / Ensino Preparatório (5ª e 6ª ano)

3º Ciclo do Ensino Básico (do 7º ao 9º ano)

Ensino Secundário (do 10º ao 12º ano)

1º Ciclo do Ensino Superior / Licenciatura

2º Ciclo do Ensino Superior / Mestrado

3º Ciclo do Ensino Superior / Doutoramento

Curso Profissional

Situação Profissional

Estudante

Empregado/a

Trabalhador/a-Estudante

Desempregado/a

Reformado/a

Considera que a lesão teve impacto na sua atividade profissional?

Não

Sim

Se selecionou "sim", indique em que sentido (ex: reforma, mudança de setor/tarefa...)

A sua resposta \_\_\_\_\_

[Anterior](#) [Seguinte](#) [Limpar formulário](#)

**Questionário informativo sobre a Lesão Vértebro-Medular**

Quando ocorreu a lesão (mês, ano)?

A sua resposta \_\_\_\_\_

Que idade tinha quando ocorreu a lesão?

A sua resposta \_\_\_\_\_

Motivo da lesão:

Acidente de viação

Queda

Intervenção cirúrgica

Outro

Se selecionou "outro", indique qual:

A sua resposta \_\_\_\_\_

Tipo de lesão:

Paraplegia (comprometimentos motores e/ou sensitivos da cintura para baixo)

Tetraplegia (comprometimentos motores e/ou sensitivos nos braços, tronco e pernas)

Não sei

Nível de lesão

Cervical (Zona do pescoço: C1-C7)

Torácico/Dorsal (Zona do tórax: D1-D12)

Lombar (Zona do tronco: L1-L5)

Sacral (Zona da bacia S1-S5)

Não sei

Extensão da lesão:

Completa (não há sensibilidade ou capacidade de mobilidades abaixo do nível da lesão)

Incompleta (preservação de alguma sensibilidade ou capacidade de mobilidade abaixo do nível da lesão)

Não sei

Esteve internado/a num centro de reabilitação?

A sua resposta \_\_\_\_\_

Se sim, indique o número de vezes que esteve internado/a:

A sua resposta \_\_\_\_\_

Até ao momento, em quantos Centros de Reabilitação esteve internado ou foi acompanhado/a?

A sua resposta \_\_\_\_\_

[Anterior](#) [Seguinte](#) [Limpar formulário](#)

**Anexo B – Escala de Satisfação do Suporte Social (ESSS)**

**ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL**

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA A, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA E.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

## **Anexo C – Escala Breve de Coping Resiliente (EBCR)**

### **Escala Breve de Coping Resiliente**

(Pais Ribeiro & Morais, 2010)

Esta escala permite avaliar a resiliência como uma estratégia de *coping*, uma vez que nos permite perceber a capacidade de o sujeito lidar com o stress de forma adaptativa. É composta por quatro itens, sendo que existem cinco possibilidades de resposta.

Por favor, seleccione a opção que mais se adequa a si, fazendo um círculo na opção que pretende escolher:

**A.** Procuo formas criativas de superar situações difíceis.

- 1- Quase nunca
- 2- Ocasionalmente
- 3- Muitas vezes
- 4- Com muita frequência
- 5- Quase sempre

**B.** Independentemente do que me possa acontecer, acredito que posso controlar as minhas reacções.

- 1- Quase nunca
- 2- Ocasionalmente
- 3- Muitas vezes
- 4- Com muita frequência
- 5- Quase sempre

**C.** Acredito que posso crescer positivamente lidando com situações difíceis.

- 1- Quase nunca
- 2- Ocasionalmente
- 3- Muitas vezes
- 4- Com muita frequência
- 5- Quase sempre

**D.** Procuo activamente formas de substituir as perdas que encontro na vida.

- 1- Quase nunca
- 2- Ocasionalmente
- 3- Muitas vezes
- 4- Com muita frequência
- 5- Quase sempre

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

## **Anexo D – Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (HADS)**

### **Escala de Ansiedade e Depressão Clínica**

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à 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 correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

- |   |   |
|---|---|
| 1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:<br><input type="radio"/> Quase sempre<br><input type="radio"/> Muitas vezes<br><input type="radio"/> Por vezes<br><input type="radio"/> Nunca   | 8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:<br><input type="radio"/> Quase sempre<br><input type="radio"/> Muitas vezes<br><input type="radio"/> Por vezes<br><input type="radio"/> Nunca   |
| 2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:<br><input type="radio"/> Tanto como antes<br><input type="radio"/> Não tanto agora<br><input type="radio"/> Só um pouco<br><input type="radio"/> Quase nada   | 9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:<br><input type="radio"/> Nunca<br><input type="radio"/> Por vezes<br><input type="radio"/> Muitas vezes<br><input type="radio"/> Quase sempre                                    |
| 3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:<br><input type="radio"/> Sim e muito forte<br><input type="radio"/> Sim, mas não muito forte<br><input type="radio"/> Um pouco, mas não me aflige<br><input type="radio"/> De modo algum | 10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:<br><input type="radio"/> Completamente<br><input type="radio"/> Não dou a atenção que devia<br><input type="radio"/> Talvez cuide menos que antes<br><input type="radio"/> Tenho o mesmo interesse de sempre |
| 4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:<br><input type="radio"/> Tanto como antes<br><input type="radio"/> Não tanto como antes<br><input type="radio"/> Muito menos agora<br><input type="radio"/> Nunca  | 11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:<br><input type="radio"/> Muito<br><input type="radio"/> Bastante<br><input type="radio"/> Não muito<br><input type="radio"/> Nada  |
| 5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:<br><input type="radio"/> A maior parte do tempo<br><input type="radio"/> Muitas vezes<br><input type="radio"/> Por vezes<br><input type="radio"/> Quase nunca  | 12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:<br><input type="radio"/> Tanto como antes<br><input type="radio"/> Não tanto como antes<br><input type="radio"/> Bastante menos agora<br><input type="radio"/> Quase nunca                           |
| 6. Sinto-me animado/a:<br><input type="radio"/> Nunca<br><input type="radio"/> Poucas vezes<br><input type="radio"/> De vez em quando<br><input type="radio"/> Quase sempre   | 13. De repente, tenho sensações de pânico:<br><input type="radio"/> Muitas vezes<br><input type="radio"/> Bastantes vezes<br><input type="radio"/> Por vezes<br><input type="radio"/> Nunca   |
| 7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:<br><input type="radio"/> Quase sempre<br><input type="radio"/> Muitas vezes<br><input type="radio"/> Por vezes<br><input type="radio"/> Nunca   | 14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:<br><input type="radio"/> Muitas vezes<br><input type="radio"/> De vez em quando<br><input type="radio"/> Poucas vezes<br><input type="radio"/> Quase nunca                             |

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.

Hospital Anxiety and Depression Scale HAD (Zigmond & Snaith, 1983). Tradução e adaptação para a língua portuguesa de M. Saltaç e J. Ribeiro (1999), versão portuguesa em estudo.

**Anexo E** – Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)

**Versão Portuguesa da Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh**

**(WEMWBS)**

Em baixo encontram-se algumas afirmações sobre sentimentos e pensamentos.

Por favor assinale com uma cruz a resposta que melhor descreve a sua experiência em relação a cada uma delas nas 2 últimas semanas.

<b>Afirmações</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Frequente-mente</b>	<b>Sempre</b>
Tenho-me sentido otimista em relação ao futuro					
Tenho-me sentido útil					
Tenho-me sentido relaxado					
Tenho-me sentido interessado pelas outras pessoas					
Tenho tido energia de sobra					
Tenho lidado bem com os problemas					
Tenho conseguido pensar de forma clara					
Tenho-me sentido bem comigo mesmo					
Tenho-me sentido próximo de outras pessoas					
Tenho-me sentido confiante					
Tenho sido capaz de construir as minhas opiniões sobre as coisas					
Tenho-me sentido amado					
Tenho-me sentido interessado em coisas novas					
Tenho-me sentido alegre					

“Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)

© NHS Health Scotland, University of Warwick, University of Edinburgh and University Fernando Pessoa (2012), all rights reserved”

**Anexo F - Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)**

**Continuum de Saúde Mental – versão reduzida (Adultos)**

**MHC-SF**

Por favor, responda às seguintes questões sobre como se tem sentido no último mês. Coloque uma cruz (X) na opção que melhor representa a frequência com que experimentou ou sentiu o seguinte:

<b><i>Durante o último mês com que frequência sentiu...</i></b>	<i>Nunca</i>	<i>Uma ou duas vezes</i>	<i>Cerca de uma vez por semana</i>	<i>Cerca de 2 ou 3 vezes por semana</i>	<i>Quase todos os dias</i>	<i>Todos os dias</i>
1. Feliz						
2. Interessado na vida						
3. Satisfeito com a vida						
4. Que tinha alguma coisa importante para contribuir para sociedade						
5. Que pertencia a uma comunidade (como por exemplo um grupo social ou a sua vizinhança)						
6. Que a nossa sociedade é um lugar bom, ou que se está a tornar num lugar melhor para toda a gente						
7. Que as pessoas são basicamente boas						
8. Que o modo como a nossa sociedade funciona tem sentido para si						
9. Que gostava da maior parte da sua personalidade						
10. Que é bom a gerir as responsabilidades da sua vida diária						
11. Que tem relações calorosas e de confiança com os outros						
12. Que teve experiências que o desafiaram a crescer e a tornar-se uma pessoa melhor						
13. Confiante para pensar e expressar as suas próprias ideias e opiniões						
14. Que a sua vida tem uma direção ou um sentido						

Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)

© University Fernando Pessoa 2012, all rights reserved

**Anexo G - Flourishing Measure (Medida de Florescimento - Versão Portuguesa)**

**Por favor, para cada pergunta, escolha a resposta que mais se aproxima da forma como se sente ou pensa.**

Em geral, atualmente quão satisfeito está com a sua vida como um todo?	0=Nada satisfeito -----10=completamente satisfeito
Em geral, quão feliz ou infeliz se costuma sentir?	0=Extremamente infeliz-----10= Extremamente feliz
Em geral, como avalia a sua saúde física?	0= Má-----10=Excelente
Em geral, como avalia a sua saúde mental?	0= Má-----10=Excelente
No geral, até que ponto sente que as coisas que faz na sua vida valem a pena?	0= Não valem nada a pena -----10=Valem muitíssimo a pena
Eu entendo o meu propósito na vida.	0= Discordo totalmente-----10= Concordo totalmente
Eu ajudo sempre a promover o bem em todas as circunstâncias, mesmo em situações difíceis e desafiadoras.	0= Não sou nada assim -----10= Sou mesmo assim
8. Sou sempre capaz de desistir de alguma felicidade no presente, para ter maior felicidade no futuro.	0= Não sou nada assim -----10= Sou mesmo assim
9. Estou satisfeito com as minhas amizades e relacionamentos.	0= Discordo totalmente-----10= Concordo totalmente
10. Os meus relacionamentos são tão satisfatórios quanto eu gostaria que eles fossem.	0= Discordo totalmente-----10= Concordo totalmente

**Anexo H – Autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa**



Universidade Fernando Pessoa

*dar conhecimento à turma e orientadora - J*

*28.01.2022*

Exmo. Senhor  
Prof. Doutor Pedro Reis  
Diretor da FCHS

Nº	Data
FCHS/PSC – 250/21	24 de Janeiro de 2022

Exmo. Senhor Professor Doutor,

A Comissão de Ética apreciou o projeto de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde apresentado por Sofia Lopes Taio, intitulado "Adaptação à lesão medular: saúde mental, suporte social, sintomas psicopatológicos e coping resiliente".

Os objetivos do estudo são:

- Caracterizar a adoção de coping resiliente, saúde mental (níveis de bem-estar e flourishing) e sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão) em indivíduos com LMV;
- Analisar se existe uma associação entre a satisfação do suporte social e saúde mental em indivíduos com LMV;
- Analisar se existe uma associação entre a satisfação do suporte social e sintomas psicopatológicos em indivíduos com LMV;
- Analisar se existe uma associação entre a satisfação do suporte social e a adoção de coping resiliente em indivíduos com LMV;
- Analisar se existe uma associação entre sintomas de psicopatologia e a adoção de coping resiliente em indivíduos com LMV;
- Analisar se existe uma associação entre saúde mental e a adoção de coping resiliente em indivíduos com LMV;
- Analisar se existe uma associação entre saúde mental, sintomas de psicopatologia, coping resiliente e apoio social, e características sociodemográficas (idade, sexo, nível de escolaridade, estado civil e situação profissional) de indivíduos com LMV.
- Analisar se existe uma associação entre saúde mental, sintomas de psicopatologia, coping resiliente e apoio social, e características clínicas (causa, nível, extensão e tempo da lesão) em indivíduos com LMV.

A Comissão de Ética considera o estudo pertinente e nada tem a opor quanto à sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da  
Comissão de Ética da UFP

*Inês Lopes Cardoso*  
Inês Lopes Cardoso



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIPC: 502 057 602 - Reg. Comercial nº 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA (REITORIA) | FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA | FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto - Portugal - T. +351 22 507 1300 - www.ufp.pt - geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE | Rua Carlos da Maia, 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T. +351 22 507 4630

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE FERNANDO PESSOA  
Rua D. João de Gusmão, 334 - 4200-353 Porto - Portugal  
T. +351 22 509 6371 - geral@ess.fernandopessoa.pt

# Adaptação à Lesão Medular: Saúde mental, Suporte Social, Sintomas Psicopatológicos e Coping Resiliente

## Anexo I – Autorização dos autores dos instrumentos

Solicitação do uso de instrumentos de avaliação

Externo

Caixa de entrada x



**Sofia Taio** <36652@ufp.edu.pt>  
para jlpr

sexta, 12/11, 12:06 (há 1 dia) ☆ ↶ ⋮

Caro José Luís Pais Ribeiro,

O meu nome é Sofia Taio, sou aluna do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Fernando Pessoa. Encontro-me a realizar o estágio curricular e a desenvolver um projeto de investigação cujo tema prende-se em compreender o papel da rede de suporte social na saúde emocional e na adaptação dos indivíduos à lesão medular, em contexto de reabilitação.

O estudo enquadra-se numa metodologia mista (qualitativa e quantitativa) pelo que venho, por este meio, solicitar o uso de dois instrumentos de avaliação da sua autoria:

- (1) Escala de Satisfação com o Suporte Social;
- (2) Escala Breve de Coping Resiliente.

Com os melhores cumprimentos,  
Sofia Taio,  
Aluna do 2º ano do 2º ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde



**José Pais Ribeiro**  
para mim

10:13 (há 4 horas) ★ ↶ ⋮

Cara Colega

Autorizamos o uso da versão das Escalas que desenvolvemos e estudámos para uso com a população portuguesa referidas: Escala de Satisfação com o Suporte Social e Escala Breve de Coping Resiliente, encontra o manual da escala de suporte social no meu site na secção "books".

Cordialmente

Solicitação do uso do instrumento de avaliação - HADS

Externo

Caixa de entrada x



**Sofia Taio**

Caro José Luís Pais Ribeiro, Venho solicitar a sua autorização para o uso da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), após reconsiderar a alteração de

terça, 14/12, 23:55 (há 21 horas) ☆



**José Pais Ribeiro**  
para mim

09:32 (há 11 horas) ☆ ↶ ⋮

Cara Colega

Autorizamos o uso da versão da HADS que desenvolvemos para a população portuguesa.

cordialmente,

José Luís Pais Ribeiro  
[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)  
mobile phone: (351) 965045590  
web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>  
ResearchGate- [https://www.researchgate.net/profile/Jose\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications)

**Anexo J** – Consentimento informado do estudo online

## "Adaptação à Lesão Medular: Saúde Mental, Suporte Social, Sintomas Psicopatológicos e Coping Resiliente"

O presente estudo procura analisar se existe uma associação entre o suporte social percebido e a adaptação do doente à lesão medular.

Gostaríamos de poder contar com a sua colaboração através do preenchimento dos questionários que se seguem, sendo que essa tarefa demorará aproximadamente 10 minutos.



As questões que se seguem deverão ser respondidas apenas por pessoas portadoras de lesão medular e maiores de idade.

A participação é voluntária, pelo que poderá desistir em qualquer fase sem consequências. Não existem efeitos adversos do seu preenchimento. Toda a informação será recolhida, guardada e tratada de forma confidencial, anónima e codificada. Não haverá qualquer divulgação ou comunicação de resultados individuais. Os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados para este estudo.

O acesso aos dados recolhidos só é possível pelos investigadores envolvidos.

Sublinhamos que não existem respostas certas ou erradas e que elas apenas se referem à sua experiência.

No caso de existirem questões adicionais sobre o estudo, deverão ser endereçadas para uma das seguintes moradas de correio eletrónico [36652@ufp.edu.pt](mailto:36652@ufp.edu.pt) ou [isabels@ufp.edu.pt](mailto:isabels@ufp.edu.pt).

 [36652@ufp.edu.pt](mailto:36652@ufp.edu.pt) (não partilhado) [Mudar de conta](#) 

\*Obrigatório

### Aceitação de participação \*

Aceito de livre vontade participar neste estudo, compreendi os termos de participação, os objetivos e métodos, pelo que consinto na participação no estudo, respondendo às questões propostas e permito que as informações por mim prestadas sejam utilizadas nesta investigação. Estou ciente de que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que daí resulte para mim qualquer prejuízo. Finalmente, tenho conhecimento que a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial, sendo a minha participação anónima e que o acesso aos dados recolhidos só é possível pelos investigadores envolvidos.

Aceito participar no presente estudo

[Seguinte](#)

[Limpar formulário](#)

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este formulário foi criado dentro de Fundação Fernando Pessoa. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários

# Adaptação à Lesão Medular: Saúde mental, Suporte Social, Sintomas Psicopatológicos e Coping Resiliente

## Anexo K - Pedido de autorização para a realização do estudo de investigação nos Centros/Instituições

