



UC/FPCE — 2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Variáveis Psicológicas na Adesão Terapêutica em
Lesionados Medulares**

Joana Filipa Cruz Costa (e-mail: joanafilipa.costa@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, área de
especialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, sob a
orientação do Professor Doutor Rui Paixão

Variáveis Psicológicas na Adesão terapêutica em Lesionados Medulares

Resumo: O presente estudo procura explorar a relação entre algumas variáveis de natureza psicológica (ansiedade e depressão, satisfação com o suporte social e locus de controlo) e a forma como os sujeitos com deficiência motora adquirida (tetraplégicos e paraplégicos) aderem ao tratamento em contexto hospitalar de reabilitação.

A amostra clínica é composta por 42 sujeitos com lesão medular em regime de internamento no Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais.

Os resultados apontam para a inexistência de pontuações elevadas nas escalas de ansiedade e depressão (Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão), e pontuações médias na escala de satisfação com o suporte social (Escala de Satisfação com o Suporte Social) e na escala de locus de controlo (Escala de Locus de Controlo na Reabilitação). Por outro lado, são evidenciados resultados elevados na adesão terapêutica (Escala de Adesão Terapêutica). Os resultados sugerem, ainda, a influência significativa da idade e da satisfação com suporte social na Adesão Terapêutica.

Palavras-chave: Satisfação com o suporte social, Ansiedade, Depressão, Locus de controlo, Adesão terapêutica.

Psychological variable on the therapeutic adherence in Spinal Cord Injury subjects

Abstract: The present study aims to explore the relationships' between some variables of psychological nature (anxiety and depression, satisfaction with social support and control locus) and the way that the subjects with acquire motor deficiency (tetraplegics and paraplegics) adhere to the treatment in the rehabilitation hospital context.

This clinical sample comprises 42 subjects with spinal cord injury that are inpatient at the Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais.

The results show that there are no high scores in the scales of anxiety and depression (Hospital Anxiety and Depression Scale), that there are mean scores in the scale of satisfaction with the social support (Satisfaction with the Social Support Scale) and in the control locus scale (Control Locus on Rehabilitation Scale). On the other hand, there are high scores in therapeutic adherence (Therapeutic Adherence Scale). The results also suggest a significant influence of age and satisfaction with social support on therapeutic adherence.

Key Words: satisfaction with social support, anxiety, depression, control locus, therapeutic adherence

Agradecimentos

Agradeço e dedico este trabalho, em especial, às minhas pessoas de sempre e para sempre, à minha família. Um sincero e genuíno obrigado por saber que estão na minha mais profunda essência, por saber que são e estão sempre dispostos a acolher a minha felicidade e as minhas angústias, e acima de tudo por me fazerem sentir segura mesmo quando nada faz sentido.

Agradeço aos meus amigos, por existirem em mim e por me acompanharem nesta jornada, que é a vida. A vossa diversidade e riqueza interior apaziguam e revitalizam alguns espaços do meu mundo interno.

Ao Professor Doutor Rui Paixão, pela passagem na minha vida académica e iniciação clínica, pela disponibilidade, pelo conhecimento e ensinamentos partilhados.

À professora Doutora Ana Garrett, pela sua importante presença na minha iniciação clínica e, acima de tudo, pelas suas palavras de conforto e de incentivo sempre pautadas por um pragmatismo relevante.

Ao Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais (CMRRC-RP) pela possibilidade de realizar um estágio curricular tão enriquecedor e por permitir a recolha de uma amostra tão específica.

Por fim, mas não menos importante, um agradecimento muito especial aos doentes do CMRRC-RP, pela facilidade com que se dispuseram a partilhar um pouco do seu tempo e de si para esta investigação.

Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento Conceptual.....	2
1. Lesão Medular	2
1.1. Caracterização da Lesão Medular.....	2
1.2. Lesão Medular e Funcionamento Psicológico.....	4
2. Adesão Terapêutica.....	5
3. Locus de Controlo.....	8
4. Satisfação com Suporte Social.....	10
II. Metodologia.....	11
1. Objetivos.....	11
2. Amostra.....	12
3. Instrumentos.....	13
3.1 Questionário sociodemográfico e clínico.....	13
3.2 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	13
3.3 Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	14
3.4. Escala de Locus de Controlo na Recuperação (ELCR).....	14
3.5 Escala de Adesão Terapêutica (EAT).....	14
4. Procedimentos.....	16
III. Apresentação dos Resultados.....	16
Objetivo 1: Estudo das variáveis depressão, ansiedade, satisfação com suporte social, locus de controlo e de adesão nos diferentes grupos.....	16
Objetivo 2: Relação entre as variáveis medidas pelas escalas Hospitalar de Ansiedade e Depressão, de Satisfação com o Suporte Social e de Locus de Controlo na Reabilitação	20
Objetivo 3: Relação entre variáveis (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; Escala de Satisfação com o Suporte Social; Escala de Locus de Controlo na Reabilitação) e a Escala de Adesão terapêutica (EAT)	22
Objetivo 4: Análise da Covariância entre as variáveis (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; Escala de Satisfação com o Suporte Social; Escala de Locus de Controlo na Reabilitação; quadro clínico, idade; e género) e a Adesão Terapêutica.....	25
Objetivo 5: Acompanhamento Psicológico prévio e Depressão-Ansiedade atuais.....	27
IV. Discussão dos Resultados.....	27
Conclusão.....	31
Bibliografia.....	33
Anexos.....	47

Introdução

“Ao contrário de outros autores, não sei se a realidade psíquica tem mais poder do que a realidade objetiva. Sei sim que a realidade psíquica tem poder para transformar e potencializar o crescimento mental face à inoperância da realidade objetiva, mas tem poder igualmente para conseguir bloquear e destruir toda e qualquer possibilidade terapêutica” (Oliveira, 2004, p. 66).

Com esta nota inicial, pretende-se introduzir a influência das variáveis psicológicas nos processos de adesão aos programas terapêuticos, bem como a importância destas variáveis na evolução funcional dos doentes (Ettinger et al., 1997; Hawkins & Switlyk, 1993; Ice, 1995; Lenze et al., 2004; Merrill, 1994; Rives, Gelberman, Smith, & Carney, 1992), particularmente nos doentes com Lesão Medular (LM), onde o confronto com uma realidade díspar e o caminho árduo de adaptação ao novo corpo são condicionados pelos estados afetivos, pela perceção da doença, pelo suporte social, pela reabilitação e pela autonomia funcional (Crisp, 2007; Müller, Peter, Cieza, & Geyh, 2011).

O presente trabalho procura, assim, explorar a realidade psíquica dos sujeitos com LM internados para reabilitação, avaliando a influência de variáveis psicológicas na adesão ao regime terapêutico. Serão, para tal propósito, avaliadas a Ansiedade e a Depressão (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Pais-Ribeiro, 2007), o Locus de Controlo na Reabilitação (Escala de Locus de Controlo na Reabilitação, Oliveira & Paixão, 1998), a Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999) e a Adesão Terapêutica (Escala de Adesão Terapêutica). Procurar-se-á, também, analisar e caracterizar o processo de adesão terapêutica e a LM, nomeadamente as suas implicações ao nível do funcionamento psíquico.

I. Enquadramento Conceptual

1. Lesão Medular

1.1 Caracterização Geral

Considerando os dados dos Censos 2001 (INE, 2002), em Portugal, pode observar-se uma população de 10.355.824 onde existem 634.408 (6.12%) indivíduos com Deficiência, sendo que 156.364 (1.50%) possuem Deficiência Motora. No entanto, se estas estatísticas elucidam, pela sua grandeza, a importância do estudo desta população, não devem induzir uma ideia de generalidade e uniformidade clínica nem de padrões pré-definidos de intervenção terapêutica, destacáveis do conceito genérico de Deficiência Motora (Oliveira, 2000). De facto, não são esses os conceitos e abordagens mais ajustados, uma vez que não existe qualquer uniformidade pré-definida nestas pessoas. A incapacidade adquirida provoca, assim, uma ruptura do percurso normal de vida, alterando o significado individualizado das noções de tempo, espaço e capacidade judicativa, através do confronto com uma situação abruptamente distinta e limitadora do desempenho das obrigações sociais, profissionais e familiares (Oliveira, 2000). Por outras palavras, são vividas profundas mudanças nas capacidades físicas, realização das atividades de vida diárias e independência (Barker et al., 2009), que se traduzem numa situação orgânica e psicologicamente devastadora, que confronta médico e doente com múltiplos desafios (Shneck, 1997). Desta forma, não é possível usar uma intervenção ou interpretação estandardizada dos fenómenos associados à LM, mas sim uma abordagem individualizada.

A espinhal medula é o elemento central destas situações clínicas, uma vez que apresenta uma função essencial ao nível da transmissão de impulsos nervosos, controlo de funções como a regulação térmica, postura, micção e intestino, função sexual e respiração. Neste sentido, quando ocorre uma interrupção da passagem de informação numa qualquer destas zonas (zona medular lesada), observa-se a consequente incapacidade funcional abaixo dessa zona (Faria, 2006). Tal incapacidade origina múltiplas dificuldades e obriga a uma objetivação e partilha da informação médica, não apenas sobre a gravidade da lesão medular, mas também sobre os aspetos de prognóstico e planificação do processo reabilitador.

Neste contexto, foi criado pela *American Spinal Cord Injury Association* um sistema de classificação, a “*International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (ISCSCI)*” (American Spinal Cord Injury Association, 2003). Estes importantes normativos de avaliação e partilha de informação (Chafetz, Vogel, Betz, Gaughan, & Mulcahey, 2008) classificam o grau da lesão em 5 níveis de ordem decrescente: “**A**” designa uma lesão completa; “**B**” classifica uma lesão incompleta com preservação apenas da sensibilidade; “**C**” e “**D**” classificam lesões incompletas com preservação

Variáveis Psicológicas na Adesão Terapêutica em Lesionados Medulares

parcial da sensibilidade e motilidade; e “E” classifica uma situação onde as funções sensitivas e motoras estão preservadas (Maynar, 1997).

A classificação acima apresentada complementa a informação do nível neurológico da lesão (o segmento mais caudal com função sensitiva e motora normal nos dois lados do corpo). Assim, quando existe alteração das funções no segmento cervical (C1-C8) ocorre uma tetraplegia; e no segmento dorsal (D1-D12), lombar (L1-L5) ou sacrado (S1-S4), ocorre um quadro de paraplegia (Maynar et al., 1997; Shneck, 1997). Como medida complementar é, ainda, habitual utilizar a *Functional Independence Measure* (FIM) que avalia o impacto da lesão medular na execução das atividades de vida diárias (Laíns, 1991; Maynar, 1997).

Considerar a incidência de LM, a nível mundial, é um indicador importante que, neste caso, traduz uma oscilação entre 10.4 e 83 por milhão de pessoas ano, evidenciando os homens um risco mais elevado, em especial entre os 15-24 e os 40 anos (O’Connor, 2006; Wyndaele & Wyndaele, 2006). Já a prevalência mundial estimada situa-se entre 223 e 755 indivíduos por milhão de habitantes (O’Connor, 2006) e, a taxa de mortalidade, ronda os 40% nos primeiros dois anos após lesão (Strauss, Devivo, Paculdo, & Shavelle, 2006), embora se encontra em decréscimo devido à melhoria nos cuidados médicos e de reabilitação (Frankel et al., 1998).

Em Portugal, a informação epidemiológica acerca da LM é reduzida (Faria, 2006) e reporta-se, com frequência, às lesões traumáticas. No entanto, existe um estudo, realizado na Região Centro, sobre os acidentados entre 1989 e 1992 (Martins, Freitas, Martins, Dartigues, & Barat, 1998), que refere uma taxa de incidência de 25.4 por milhão de habitantes, excluindo os sujeitos que não sobreviveram durante o transporte para o hospital e durante o primeiro mês. Considerando a totalidade dos sinistrados, descreveu-se uma incidência de 58 novos casos por milhão de habitantes. Todavia, este estudo poderá não encontrar veracidade na situação atual, uma vez que se verificou uma melhoria nos cuidados pré-hospitalares, como resultado da melhor cobertura do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), bem como da modificação da sinistralidade (Garrett, 2011).

Neste mesmo sentido, em 2003, o Ministério da Saúde apontava 25 casos por milhão de habitantes, como incidência anual, e uma previsão de 88 casos na região norte, 50 na região centro e 112 na região sul, sendo a grande maioria jovens adultos (Ministério da Saúde, 2003).

Considerando a esperança média de vida (EMV) dos LM, esta encontra-se negativamente relacionada com o nível neurológico e tipo de lesão, isto é, quanto mais elevada e completa foi a lesão, menor a EMV (Achat et al., 2000). Ainda neste contexto, a categoria neurológica mais frequente é a tetraplegia incompleta (39.5%), seguida da paraplegia completa (22.1%), da paraplegia incompleta (21.7%) e da tetraplegia completa (16.3%) (*National Spinal Injury Cord Statistical Center*, 2011).

Focando agora a etiologia da LM, podem identificar-se duas categorias: traumática e não-traumática, sendo que a primeira é mais comum (acidentes de viação, quedas, lesões desportivas e vítimas de armas de fogo) (Ho et al., 2007;

Variáveis Psicológicas na Adesão Terapêutica em Lesionados Medulares

National Spinal Injury Cord Satatistic Center, 2011; O'Connor, 2006), particularmente nos jovens do sexo masculino (3.8 homens para 1 mulher) (*National Spinal Injury Cord Satatistic Center*, 2011; Wyndaele & Wyndaele, 2006). As lesões não-traumáticas conhecidas incluem as degenerativas, vasculares, neoplásticas e infecciosas. Destas, a LM de causa inflamatória ou degenerativa (esclerose múltipla ou tuberculoma da medula espinhal) é mais comum em jovens adultos e, a isquémica, mais comum nas fases avançadas da vida (Yeo, Walsh, Rutkowski, Soden, & Craven, 1998).

Expostos estes dados, sublinha-se a importância de uma intervenção reabilitadora que vise maximizar as capacidades e competências funcionais e que influa positivamente na reconstrução do projeto de vida. Isto é, uma abordagem mais adequada pretende-se holística, considerando os problemas clínicos, emocionais, sociais, desportivos, lúdicos e formativos capazes de incrementar a qualidade de vida, independência e participação social (Faria, 2006; Sjolund, 2002).

1.2 LM e funcionamento psicológico

A LM, à semelhança de outras condições de incapacidade, tem influência no psiquismo, podendo suscitar múltiplas desorganizações relacionais, em consonância com as características prévias da pessoa (Oliveira, 2002, 2004). Ou seja, para além dos problemas físicos (como as úlceras de pressão, as infeções do trato urinário e a dor neuropática), coexiste um *distress* psicológico relacionado com as barreiras físicas, sociais e psicológicas (Hampton, 2004).

Deste modo, “Muitos fisiatras podem, por vezes, pensar que o primeiro choque que abala o paciente lesionado medular é o choque medular (...), no entanto, o maior choque provém da perda da identidade corporal, quando veem subitamente anulada a sua capacidade ambulatoria, tal como outras funções corporais” (Sjolund, 2002, p. 251). Isto é, trata-se de um processo que exige uma reorganização que desembocará num movimento de síntese e unificação do espaço corporal, que poderá traduzir-se em dois movimentos emocionais básicos: depressivo (verdadeiro luto pela perda sentida) ou maníaco-depressivo (dificuldade no movimento de síntese) (Oliveira, 2004).

Cabe assim, neste momento, abordar o fenómeno depressivo na LM que é pautado por dados controversos, apesar da ampla exploração da temática (Craig, Tran, & Middleton, 2009; Elliott & Frank, 1996). A controvérsia referida pode observar-se em estudos onde, por um lado, alguns clínicos reportam a depressão como um estágio de adaptação (Orbaan, 1986) e, por outro lado, autores como Schulz e Decker (1985), que defendem que a prevalência média da depressão na população geral é semelhante à dos LM. Porém, no estudo de revisão de Craig et al. (2004), verificam-se níveis de depressão entre 20-43% que estão relativamente próximos dos valores obtidos noutros tipos de doentes hospitalizados. Por outro lado, utilizando entrevistas clínicas de diagnóstico, obtém-se uma prevalência de Depressão Major, nos indivíduos com LM, entre 9.8% e 37.5% (Bombardier, Richards, Krause, Tulskey, & Tate, 2004), um valor semelhante ao obtido em estudos de rastreio de Depressão (20 a 43%) durante a reabilitação (Craig, Tran, & Middleton, 2009) e na comunidade (11-60%) (Achat

Variáveis Psicológicas na Adesão Terapêutica em Lesionados Medulares

et al., 2011; Craig, Tran, & Middleton, 2009; Dryden et al., 2005). Para além disso, de acordo com outros autores, o aumento dos sintomas depressivos ocorrerá com maior frequência na fase aguda (Kennedy & Rogers, 2000) e na alta hospitalar (Dorsett & Geraghty, 2004).

Explanada esta ambivalência de resultados, quando se verifica o fenómeno depressivo, este tende a associar-se a períodos mais longos de reabilitação e permanência nas instituições, com menores ganhos funcionais (Malec & Neimeyer, 1983), menor independência funcional e mobilidade (Crisp, 2007; Johnson, Gerhart, McCray, Menconi, & Whiteneck, 1998; Tate, Forchheimer, Maynard, & Dijkers, 1994; Umlauf & Frank, 1983), maior ocorrência e severidade percebida de úlceras de pressão (Herrick, Elliott, & Crow, 1994; Martz, Liveneh, Gontkivsky, & Atokic, 2011), infeções urinárias (Dorsett & Geraghty, 2004; Elliott & Frank, 1996), dor crónica (Barrett, McClelland, Rutkowski, & Siddall, 2003), avaliação pobre do estado de saúde (Bombardier et al., 2004), mais dias na cama e maior utilização de cuidados de saúde pagos, prejudicando a integração social (Tate et al., 1994).

Torna-se, ainda, importante salientar que alguns dados da literatura sugerem que a depressão não se correlaciona com os níveis de LM e grau de independência física, mas sim com a dor, sentimentos de desesperança, ansiedade, baixa qualidade do sono, fadiga e desamparo (Craig et al., 2004). Para além disso, a idade, severidade da lesão, educação, abuso de substâncias, nível de lesão e suporte social percebidos, locus de controlo, diferenças individuais na personalidade e estilos de *coping* parecem influenciar a relação Depressão – LM (Elliott & Frank, 1996; Frank et al., 1987; Tate et al., 1994). Segundo Bombardier et al. (2004), o diagnóstico “Depressão Major provável” é mais prevalente na faixa etária 25-49 anos numa avaliação de *follow-up*, um ano após LM; e, ainda, um nível educativo baixo, baixos rendimentos e idade avançada correlacionam-se negativamente com os valores obtidos em sintomas depressivos (Krause, Kemp, & Coker, 2000; Tate et al., 1994). Por fim, focando a Ansiedade como uma condição comum e incapacitante comórbida da Depressão (Craig et al., 2009; Elliott & Frank, 1996), é possível concluir que ambas se encontram negativamente correlacionadas com a aceitação da LM (Attawong & Kovindha, 2004).

Em suma, apesar da maioria dos LM não apresentarem sintomatologia depressiva (Craig, Train, & Middleton, 2004), quando esta se verifica, mesmo que nas suas diversas formas de expressão, pode influenciar negativamente a adesão à reabilitação (Casey, Hughes, Waechter, Josephson, & Rosneck, 2008).

2. Adesão terapêutica

A *adesão ao regime terapêutico*, *adesão terapêutica* ou ainda *adesão ao tratamento* são diferentes termos para um mesmo construto (Vermeire, Hearnshaw, VanRoyen, & Denekens, 2001). De acordo com a World Health Organization (WHO, 2003), existe adesão quando o comportamento de um

sujeito, ao tomar medicação, cumprir uma dieta, e/ou a mudar o seu estilo de vida, coincide com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde.

A adesão terapêutica foi inicialmente definida por Meichenbaum e Turk (1987) como o grau no qual os pacientes acedem às prescrições clínicas e habitacionais dos programas de fisioterapia. Para Bugalho e Carneiro (2004), a adesão é “sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde” (pp. 9-10). Ou seja, o grau de conformidade entre recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento do sujeito no programa terapêutico/psicoterapêutico (Haynes et al., 2008; McDonald, Garg, & Haynes, 2002; Nose, Barbui, Gray, & Tansella, 2003).

Assim, o termo adesão enfatiza a vertente ativa e voluntária dos pacientes ao planear e implementar o tratamento, sugerindo uma diminuição do poder do clínico e sublinhando a relação com o profissional de saúde (“aliança terapêutica”) (Cabral & Silva, 2010; Osterberg & Blaschke, 2005). Deste modo, Vermeire et al. (2001) enfatizam o construto, uma vez que nas suas investigações se verifica que entre 30% a 50% dos doentes, com diversas patologias, não aderem (Vermeire et al., 2001).

A adesão terapêutica sofre a influência de algumas variáveis, agrupáveis em três fatores: **a.** Fatores demográficos, sociais e económicos; **b.** Fatores da doença e regime terapêutico; **c.** Fatores da relação do paciente com profissionais (Bugalho & Carneiro, 2004; Meichenbaum & Turk, 1987, 1991).

a. Os fatores demográficos, sociais e económicos ou fatores internos, segundo Almeida et al. (2007), têm sido amplamente estudados, embora não existam conclusões consideradas sólidas (Cluss & Epstein, 1985). A variável género não tem demonstrado uma relação consistente com o grau de adesão (Vermeire et al., 2001), tal como a idade. Na realidade, a “não adesão” ocorre em ambos os sexos e em todos os grupos etários (Griffith, 1990). Quanto aos fatores socioeconómicos, o nível baixo de escolaridade e, sobretudo, o baixo rendimento, desemprego ou instabilidade laboral, isolamento social, distância geográfica das unidades de saúde, instabilidade habitacional e a falta de apoio da rede social podem traduzir-se em barreiras significativas à adesão (Bugalho & Carneiro, 2004; Levy & Feld, 1999; Vermeire et al., 2001; WHO, 2003).

As características pessoais, a história de adesão, a motivação (Brewer et al., 2000^a) e o suporte social influenciam a adesão terapêutica (Byerly et al., 1994), tal como os fatores cognitivos e emocionais (Osterberg & Blaschke, 2005; WHO, 2003), em especial as perturbações de humor e ansiedade que influenciam negativamente a adesão terapêutica (Bruce, Hancock, Arnett, & Lynch, 2010; Bugalho & Carneiro, 2004; Garvie et al., 2010).

As crenças negativas sobre o valor dos exercícios, também, parecem afetar negativamente a adesão (Sluijs, 1993^a), ao contrário das crenças positivas sobre a reabilitação (Brewer et al., 2003; Taylor & May, 1996). Para além destes dados, Chen, Neufeld, Feely e Skinner (1999, cit. in Radomski, 2011) concluíram que a autoeficácia e o locus de controlo interno são bons preditores da adesão terapêutica.

Em suma, a adesão é influenciada por fatores psicológicos (Frain et al., 2009), todavia, segundo Sluijs, Kok e van der Zee (1993), os três principais fatores para a não-adesão à reabilitação fisioterapêutica são: 1. Barreiras percebidas e encontradas; 2. Ausência/défice de feedback positivo; e, 3. Baixas expectativas.

b. Quanto aos fatores relativos à doença e regime terapêutico ou fatores externos (Almeida et al., 2007), a gravidade da doença e severidade dos sintomas surgem em segundo plano na explicação da não-adesão. Neste caso, o carácter crónico, a ausência de sintomatologia, a existência de uma ou mais doenças concomitantes (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001) e as desvantagens específicas da doença (Bugalho & Carneiro, 2004) surgem como fatores mais influentes. Também o modo como a lesão é percebida e sentida condiciona a adesão terapêutica, tal como o comportamento dos médicos, cuidadores e outros agentes envolvidos (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

A duração e complexidade dos tratamentos são aspetos importantes, sendo que os tratamentos mais simples obtêm níveis superiores de adesão (Goldberg et al., 1998). A literatura salienta, ainda, que a influenciar o nível de adesão se encontra o nível de instrução e o conhecimento sobre a doença, as atitudes e as crenças a respeito da eficácia do tratamento (Frain, Bishop, Tschopp, Ferrin, & Frain, 2009; WHO, 2003), a motivação, o sentimento de vulnerabilidade, as consequências antecipadas e o impacto na qualidade de vida (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

O tempo das sessões de tratamento, o ambiente clínico, o conteúdo do programa de tratamento e as atitudes do paciente relativamente ao programa terapêutico são importantes quando se considera o tratamento em si (Fisher et al., 1993; Vasey, 1990). A título de exemplo, a literatura científica tem sugerido níveis de adesão superiores quando o ambiente clínico é percebido como confortável e acolhedor (White et al., 2010) e quando a lesão é percebida como grave (Taylor & May, 1996) e causadora de vulnerabilidade (Brewer et al., 2003; Taylor & May, 1996).

c. Por fim, os fatores ligados à relação do paciente com os profissionais ou fatores relacionais, são muito importantes para a adesão terapêutica (Almeida et al., 2007) e para o processo reabilitador (Giorgi, 2006; Oliveira et al., 2007). É fulcral a confiança do paciente no tratamento, no médico e na qualidade do vínculo (Osterberg & Blaschke, 2005) que assenta, em grande medida, nas competências de comunicação para transmitir informação de forma clara e apropriada ao nível educacional e capacidade cognitiva do paciente (Bishop, 1994; Joyce-Moniz & Barros, 2005). Assim, a comunicação vai influenciar a adesão (Ogden, 2004), expectativas e decisões do doente (Santos, 2008) e, quanto melhor a qualidade da relação, maior a adesão (Leite & Vasconcellos, 2003).

De outro modo, focando os comportamentos de não-adesão, estes devem ser entendidos “como respostas dos indivíduos à falta de coincidência entre as suas ideias e as do médico relativamente aos seus problemas e/ou tratamentos” (Horne, 1997, cit in Klein & Gonçalves, 2005, p. 119). A não-adesão pode, então, resultar num agravamento do estado de saúde do paciente e, em

Variáveis Psicológicas na Adesão Terapêutica em Lesionados Medulares

consequência, prescrições, procedimentos e custos acrescidos (Cluss & Epstein, 1985). Para além disso, e apesar da relação entre adesão e os resultados de tratamento ser complexa (Hays et al., 1994), a adesão está relacionada com baixas taxas de hospitalização, progressão de doença e morte (Hogg, Heath, & Yip, 1998; Press, Tyndall, Wood, Hogg, & Montaner, 2002) e é fulcral para alcançar bons resultados (Ettinger et al., 1997; Hawkins & Switlyk, 1993; Rives et al., 1992; Ice, 1995; Merrill, 1994).

Relacionado com o construto “Adesão”, encontra-se o conceito de **Envolvimento (*Engagement*)**, ou seja, “a extensão de participação ativa do paciente no seu tratamento” (Tetley, Jinks, Huband, & Howells, 2011, p. 927), ou esforço deliberado e comprometimento com os objetivos da terapia de reabilitação demonstrados pela participação ativa e cooperação (Lequerica, Donnell, & Tate, 2009). Para Mathews et al. (2002), *engagement* é um contínuo que polariza “entusiasmo e interesse” (elevado *engagement*) – “apatia e indiferença” (baixo *engagement*). No entanto, apesar deste conceito não se encontrar bem definido (Drieschner et al., 2004; O’Brien et al., 2009), para Tetley et al. (2011), ele é composto por seis fatores, designadamente: 1. Frequentar as sessões terapêuticas; 2. Completar o tratamento no tempo pré-estabelecido; 3. Completar tarefas definidas entre sessões; 4. Contribuição/cooperação esperada nas sessões; 5. Aliança terapêutica apropriada; e 6. Comportamento de suporte e ajuda com outros participantes (terapias grupais). Fatores justificados, por um lado, pelas observações que associam a mudança clínica a esta cooperação/empenho nas sessões (McMurrin et al., 2010) e, por outro lado, pela associação entre *Engagement* e uma relação de trabalho afetiva que resulta num aumento dos ganhos (Barber et al., 2008). Para além destes aspetos, e da proximidade com o conceito de adesão terapêutica, este construto relaciona-se com o estado emocional, evidenciando-se, num estudo com terapia física e ocupacional, que o humor deprimido e atitudes negativas face ao tratamento são um fator importante de impedimento à adesão (Lenze et al., 2004).

3. Locus de Controlo na Reabilitação

O construto Locus de Controlo é, segundo a literatura, relevante para a compreensão das diferenças individuais no ajustamento à LM (Krause, Stanwyck, & Maides, 1998). Historicamente advém do contributo de Rotter (1954) que o define como a expectativa individual de um resultado que prediz o comportamento, numa dada circunstância. “O construto locus de controlo refere-se às expectativas generalizadas que as pessoas mantêm acerca dos acontecimentos como dependentes do seu próprio comportamento (locus de controlo interno) ou como dependentes de fatores externos como a sorte, o acaso, o destino ou o poder dos outros (locus de controlo externo)” (Barros et al., 1988, p.58). Este construto existe num *continuum* entre internalidade extrema e externalidade extrema (Ribeiro, 2000), resultando do processo de aprendizagem

Variáveis Psicológicas na Adesão Terapêutica em Lesionados Medulares

social através de observação, instrução direta e com incentivos de outros significativos (Pereira & Almeida, 2006).

Levenson (1981) expandiu este conceito ao propor três dimensões independentes: a. Internalidade; b. Influência de outros significativos (*influence of powerful others*); e c. Efeito de ocorrências ao acaso.

A Internalidade corresponde, no contexto da LM, à autculpabilização e a Influência de outros significativos à culpabilização de terceiros. Já o fator “acaso” foi adicionado para abranger eventos considerados fora do controlo de qualquer pessoa.

Na área da saúde, segundo Wallston (1991, 1992), será expectável que com um maior sentido de controlo interno a pessoa acredite poder influenciar a sua saúde, desenvolvendo mais atitudes e comportamentos promotores de saúde, manutenção de bem-estar, prevenção ou controlo da doença.

Especificando a incapacidade física, o locus de controlo pode funcionar como uma variável de efeito amortecedor ou protetor dos efeitos emocionais que influem a adesão, nomeadamente no caso de doenças crónicas, como a diabetes *millitus* e o cancro (Partridge, 1989; Morrison, 1994). Todavia, por si só, estas variáveis não são preponderantes (Lefcourt, 1984).

No caso da LM, é comum que os pacientes com um locus de controlo interno experienciem maior bem-estar, menor perceção de dor e maior adaptação à lesão (Conant, 1998; Decker & Schulz, 1985; Krause et al., 1998; Waldron et al., 2010) e com um locus de controlo externo maior *distress* e incapacidade física (Frank et al., 1987; Kennedy & Rogers, 2000; MacLeod & MacLeod, 1998). Porém, apesar do locus de controlo interno estar associado a um menor *distress*, após lesão, estes indivíduos são também afetados pelo *distress*, durante o primeiro ano de lesão (Frank et al., 1987) e, um baixo locus de controlo, tende a associar-se mais sistematicamente com a ansiedade e a depressão (Kennedy & Rogers, 2000).

De um modo geral, o locus de controlo surge correlacionado com vários aspetos do ajustamento à vida; a internalidade correlaciona-se positivamente com o bem-estar subjetivo; e a dimensão *powerful others* (capacidade de cura mágica) negativamente com os indicadores de saúde (Krause et al., 1998).

Por outro lado, Morrison (1994) sublinha que uma crença *powerful others* pode ser vantajosa no período inicial de hospitalização, em doentes com infeção do miocárdio, LM ou vítimas de acidente vascular cerebral, ainda que a manutenção dessa crença seja desvantajosa nas fases posteriores de tratamento. Para Wallston (1992), “um Locus de Controlo Interno seria condição necessária mas não suficiente para a pessoa desencadear comportamentos adequados ao controlo da saúde. (...) Mas, por a pessoa valorizar a saúde e se sentir responsável pela mesma, não significa que se sinta capaz de dar os passos adequados para controlar o seu estado de saúde.” (p. 194).

Em suma, apesar da inconsistência dos resultados, o locus de controlo pode ser considerado uma variável útil para delinear programas e definir estratégias terapêuticas, bem como para favorecer a adesão (Pereira & Almeida, 2007; Oliveira & Paixão, 1998).

4. Satisfação com o Suporte Social

O conceito de suporte social tem sido considerado como um aspeto fundamental no âmbito da psicologia da saúde (Dunbar, Ford, & Hunt, 1998). É definido como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason et al., 1983, p.127). Para Cobb (1976), o suporte social é a informação pertencente a uma, de três classes: informação que leva o sujeito a acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele; informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e tem valor; e, informação que conduz o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação com obrigações mútuas. Acresce, segundo Dunst e Trivette (1993), que o suporte social são os recursos dos indivíduos e unidades sociais (como a família) em resposta aos pedidos de ajuda.

Trata-se de um construto com uma forte relação à saúde (Uchino, 2006), constituindo-se como um poderoso mediador desta última (Rutter & Quine, 1996). Neste sentido, considerando a meta-análise de Schwarzer e Leppin (1991), a “má saúde” relaciona-se significativamente com a inexistência ou fraco suporte social, principalmente em mulheres. Sendo mesmo, no caso de suporte fraco, reportada uma taxa de mortalidade superior, em doentes cardiovasculares (Schwarzer & Rieckman, 2002) e em mulheres com cancro (Kroenke, Kubzansky, Schernhammer, Holmes, & Kawachi, 2006).

Também Blaney et al. (1997) verificaram que o aumento do Suporte Social tem impacto positivo nas manifestações psicológicas em doentes com SIDA; Kessler et al. (1985) e Ornelas (1996) concluíram, ainda, que o Suporte Social protege indivíduos em risco de perturbação mental; e, Schwarzer e Knoll (2007) indicam que o Suporte Social é um mediador entre a autoeficácia e a depressão.

A investigação tem, deste modo, evidenciado que o Suporte Social é um amortecedor do impacto do stress na saúde, onde um suporte social diminuto está associado à redução do bem-estar ou agravamento do efeito dos stressores (Dunbar, Ford, & Hunt, 1998). Quer dizer, quando existe isolamento acentuado ou uma rede de suporte social fraca, ocorre alguma facilitação, em várias patologias médicas, do decréscimo de saúde mental, vitalidade, funcionamento emocional e o desempenho social (Achat et al., 1998; Bishop, 1994; Caron, Tempier, Mercier, & Leouffre, 1998), tal como influencia a funcionalidade/independência na realização de atividades de vida diária (Kennedy, Lude, Elfstrom, & Smithson, 2010).

Considerando agora um evento traumático causador de debilitação física, é comum este suscitar uma hipersensibilização ao suporte social (Elliott, Herrick, Witty, Godshall, & Spruell, 1992). No caso da LM, o suporte social tem-se associado à saúde e funcionalidade (Herrick, Elliott, & Crow, 1994; Müller, Peter, Cieza, & Geyh, 2011) e, na presença de níveis elevados de *distress*, os dados sugerem a existência de relações entre as várias formas de

Variáveis Psicológicas na Adesão Terapêutica em Lesionados Medulares

operacionalizar o suporte social (objetivos e subjetivos) e a Satisfação com a Vida (Leeuwen et al., 2010).

Por fim, a satisfação com o suporte social é uma dimensão cognitiva importante para a redução do mal-estar que foca o relacionamento interpessoal (família, amigos e intimidade) e apresenta um papel determinante na resistência psicológica ao stress causado pela doença (Coelho & Ribeiro, 2000; Sarason et al., 1985). Por este motivo, a presente investigação focará esta dimensão, uma vez que as medidas usuais de avaliação do suporte social são simplistas, centrando-se apenas nos provedores de suporte e/ou na presença/ausência de alguém significativo, descurando a informação em torno da qualidade das relações (Santos, Ribeiro, & Lopes, 2003).

II. Metodologia

1. Objetivos

A presente investigação tem como objetivo principal avaliar a influência de variáveis sociodemográficas (quadro clínico - tetraplegia e paraplegia -, género e idade), clínicas (ansiedade e depressão), satisfação com o suporte social e locus de controlo na adesão terapêutica (AT) em doentes LM.

Como objetivos secundários destacam-se os seguintes:

Objetivo 1: Estudo descritivo das variáveis ansiedade e depressão (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS), satisfação com suporte social (Escala de satisfação com o Suporte Social - ESSS), locus de controlo na reabilitação (Escala de Locus de Controlo na Reabilitação - ELCR) e de adesão terapêutica (Escala de Adesão Terapêutica - EAT) nos diferentes grupos.

Neste objetivo pretende-se caracterizar a amostra de LM, considerando os resultados obtidos nas escalas: HADS, ESSS, ELCR e EAT, nos diferentes grupos estabelecidos (tetraplegia e paraplegia).

Objetivo 2: Relações entre as variáveis medidas pelas escalas Hospitalar de Ansiedade e Depressão, de Satisfação com o Suporte Social e de Locus de Controlo na Reabilitação (HADS; ESSS; ELCR).

Este objetivo tem como foco a análise da relação entre as diversas variáveis (VI's) e baseia-se no estudo de correlações.

Objetivo 3: Relação entre variáveis (HADS; ESSS; ELCR) e a Escala de Adesão terapêutica (EAT).

Neste objetivo procura-se explorar a existência de correlações estatisticamente significativas entre as VI's (HADS; ESSS; ELCR) e a VD (EAT).

Objetivo 4: Análise da Covariância entre as variáveis e a Adesão Terapêutica (EAT).

De forma a realizar uma análise mais concisa acerca possível influência das VI's (HADS, ESSS, ELCR) na VD (EAT), procede-se à realização de uma ANCOVA, com algumas variáveis de controlo demográficas (quadro clínico, género e idade).

Objetivo 5: Acompanhamento Psicológico prévio e Depressão-Ansiedade atuais.

O último objetivo visa uma análise da possível existência de relação entre a história prévia de utilização de serviços de psicologia/psiquiatria com o diagnóstico/motivo de depressão e os resultados obtidos na HADS, considerando os níveis de ansiedade e de depressão. Esta análise baseia-se na realização do Teste Exato de Fisher.

2. Amostra

A presente investigação tem como amostra uma população clínica de conveniência de 42 sujeitos LM em situação de internamento no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC-RP). A participação dos pacientes foi voluntária e conforme os procedimentos éticos aprovados pela Comissão de Ética do Hospital.

Os critérios de inclusão baseiam-se, essencialmente, na existência de um quadro clínico de tetraplegia ou paraplegia, em internamento de reabilitação no referido centro. Por outro lado, os critérios de exclusão utilizados estão em consonância com os de outros autores (Krause & Dawis, 1992; Hampton, 2000, 2004; Pollard & Kennedy, 2007). Isto é, são excluídas as situações de comprometimento das capacidades de raciocínio, mnésicas e de comunicação, e idade inferior a 18 anos. A avaliação destes critérios foi realizada considerando os dados diagnósticos, a anamnese, os diários clínicos e as entrevistas clínicas realizadas com cada um dos sujeitos.

Dos 42 sujeitos que compõem o grupo em estudo, 32 são do género masculino (76.2%) e 10 do feminino (23.8%). As idades estão compreendidas entre os 21 e os 79 anos ($M=50.71$; $DP=2.47$), com uma amplitude de intervalo de variação de 58 anos.

O nível de escolaridade é reduzido (42.9% - do 1º ao 4º ano; 21.4% - do 5º ao 6º ano; 16.7% - do 7º ao 9º ano; 9.5% - do 10º ao 12º; e, 9.5% - licenciatura), algo que se coaduna com os grupos profissionais onde se inserem os sujeitos, de acordo com a Classificação Nacional de Profissões (CNP, 2012) (*cf.* Tabela 1, Anexo 1).

Seguindo os procedimentos propostos por Bombardier et al. (2004), a amostra foi dividida em duas categorias/grupos, de acordo com o nível de lesão, constituindo-se um grupo de Paraplegia e outro de Tetraplegia. Neste contexto, o grupo Tetraplegia inclui 20 sujeitos (47.6%) (17 do género masculino -85%-; e 3 do género feminino -15%-) e o grupo Paraplegia 22 sujeitos (52.4%) (15 do género masculino -68.2%-; e 7 do género feminino -31.8%-).

No grupo Tetraplegia a maioria dos participantes são casados (55%), seguido de solteiros (30%), em união de facto (5%) e viúvo (5%). No grupo

Variáveis Psicológicas na Adesão Terapêutica em Lesionados Medulares

Paraplegia o padrão é semelhante, ou seja, a maioria dos participantes são casados (63.6%), seguindo-se os solteiros (31.8%) e os divorciados (4.5%).

No que concerne à necessidade prévia de consultar um psicólogo ou psiquiatra, apenas 6 (14.3%) (N=42) o haviam feito. No grupo Tetraplegia, 5 (25%) recorreram a um desses profissionais, apresentando todos eles como motivo/diagnóstico Depressão. De destacar que desses 5 sujeitos 3 (13.6%) tiveram que ser internados por esses motivos.

Por outro lado, considerando o grupo Paraplegia, apenas um sujeito (4.5%) recorreu previamente a psicólogo/psiquiatra, sendo o motivo Depressão.

Os dados relativos às características clínicas dos sujeitos encontram-se na tabela 1 (Anexo 1).

3. Instrumentos

3.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Este questionário, construído especificamente para esta investigação, foca-se nas variáveis sociodemográficas (idade, género, nacionalidade, local de residência, estado civil, habilitações literárias, situação laboral do próprio antes da lesão) e clínicas (história psiquiátrica do sujeito e familiares do 1º grau). Para além disso, inclui a causa da LM (e.g. traumática, tumoral, enfarte medular), a data da lesão e o quadro clínico (paraplégico ou tetraplégico). Os dados clínicos assim obtidos (grau e nível motor da lesão) foram, posteriormente, cruzados com os disponíveis nos processos clínicos de cada paciente.

3.2. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Esta escala foi criada por Snaith e Zigmond (1983), como forma de auxiliar os clínicos a identificar e a reconhecer os componentes emocionais associados à doença física suscetíveis de influenciar os níveis de *distress* causados pela doença, confundir o diagnóstico ou mesmo causar o prolongamento da recuperação (Pais-Ribeiro et al., 2007).

Trata-se de uma escala que pretende avaliar a depressão e a ansiedade em contexto hospitalar. As questões reportam-se à semana anterior ao preenchimento.

A HADS consiste em duas subescalas, uma referente à ansiedade e outra à depressão, cada uma com sete itens, cotados separadamente. Assim, cada um dos 14 itens é respondido numa escala ordinal de 0 a 3, variando a cotação para cada dimensão entre 0 e 21 pontos (Pais-Ribeiro et al., 2007).

A versão original tem sido bastante utilizada e os dados apontam para boas qualidades psicométricas (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002). A versão portuguesa foi estudada numa amostra de 1322 doentes com diferentes diagnósticos (cancro, acidente vascular cerebral, epilepsia, diabetes tipo 2, obesidade mórbida, doença cardíaca coronária, depressão, apneia do sono, distrofia miotónica) e num grupo sem patologias. Evidenciou boas qualidades psicométricas, com valores de *alfa de Cronbach* na escala de ansiedade de .76 e de .81 na escala de depressão, e valor de correlação entre as escalas de .58 (Pais-Ribeiro et al., 2007). Nesta investigação, os valores de consistência interna (*alfa*

de Cronbach) obtidos para a escala foram menos satisfatórios: .52 para a escala de ansiedade e .65 para a de depressão.

Os valores normativos apresentados no manual da HADS indicam que uma pontuação entre 0 e 7 corresponde a uma classificação “normal”; 8 e 10 – “leve”/“provável”; 11 e 14 – “moderada”; e 15 e 21 – “severa” (Snaith, 2003). Segundo Pais-Ribeiro (2007), algumas investigações apontam um ponto de corte de 8/9 para ausência vs. provável existência de ansiedade ou depressão, no entanto, tal valor não foi verificado na população portuguesa.

3.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A ESSS é composta por 15 itens, nos quais o sujeito deve, numa escala de tipo Likert com 5 opções de resposta (de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”), selecionar aquela que mais se adequa. A ESSS foi desenvolvida e validada por Pais-Ribeiro (1999) e permite identificar quatro fatores: Satisfação com amigos/amizades (SA, 5 itens); Intimidade (I, 4 itens); Satisfação com Família (SF, 3 itens); Atividades Sociais (AS, 3 itens). Pode, ainda, calcular-se a Pontuação Global (ESSS), onde os valores mais elevados correspondem a uma perceção de maior satisfação com o suporte social. A pontuação total pode variar entre 15 e 75 pontos.

Esta escala apresenta um valor de consistência interna de .85 (alfa de Cronbach) e foi já utilizada em vários estudos com populações clínicas portuguesas, de entre as quais a população oncológica (Pais-Ribeiro & Guterres, 2001) evidenciando propriedades métricas idênticas à da escala original (Pais-Ribeiro & Guterres, 2001). Nesta investigação o valor de consistência interna foi de .70, um valor apropriado de acordo com Maroco e Garcia-Marques (2006).

3.4. Escala de Locus de Controlo na Recuperação (ELCR)

A ELCR visa analisar o tipo de locus de controlo dos sujeitos em situação de recuperação. É uma escala de Partridge e Johnston (1989) traduzida e adaptada para a população portuguesa por Oliveira e Paixão (1998). É uma escala do tipo Likert (5- “concordo muito” a 1- “não concordo mesmo nada”), composta por 12 itens, 5 dos quais relativos ao locus de controlo interno (internalidade) (itens 1, 4, 5, 7, 12), 3 relativos ao locus de controlo externo (externalidade) (itens 6, 9, 11) e 3 relativos à força da crença no controlo dos acontecimentos em recuperação física (*powerful others*) (itens 2, 3, 8).

Os resultados podem variar entre 12 e 60 pontos, cotados na direção do fator internalidade. Os índices de consistência interna da escala original apresentam valores relativamente bons, particularmente o coeficiente *alfa* de .72 (Oliveira & Paixão, 1998). Contudo, no estudo de adaptação da escala para português, o valor da consistência interna da escala foi de .57, um valor considerado pouco aceitável, embora seja importante ter em conta o tamanho da amostra (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

3.5. A Escala de Adesão Terapêutica (EAT)

Esta é uma escala de 9 itens, construída especificamente para esta investigação. Organiza-se numa escala tipo *Likert* com 5 opções de resposta (de 5 -“concordo totalmente” a 1-“ discordo totalmente”).

Comporta três dimensões: frequentar as sessões (itens 1 a 3); esforço ou empenho na reabilitação (itens 4 a 6); e aliança terapêutica (itens 7 a 9) (*cf.* Anexo 2). A escala apresenta, ainda, uma versão para observadores envolvidos no processo de reabilitação de cada participante e um item invertido (item 3). A pontuação pode, assim, variar entre 9 e 45.

A primeira dimensão desta escala foi organizada com base em duas escalas de adesão terapêutica: uma dirigida a pacientes com lesões desportivas (Brewer et al., 2000a; Brewer et al., 2000b) e outra de avaliação da regularidade e do cumprimento das prescrições medicamentosas (Bruce, Hancock, Arnett, & Lynch, 2010). Assim, a dimensão “Esforço ou Empenho na Reabilitação” é uma dimensão avaliada pela *Sports Injury Rehabilitation Adherence Scale* (Brewer et al., 2000b) (itens: 1. Circunde o número que melhor caracteriza a intensidade com qual o paciente completou os exercícios de reabilitação durante a sessão de hoje; 2. Durante a sessão de hoje, com que frequência seguiu as instruções e conselhos?; 3. Quão recetivo à mudança esteve o paciente hoje, no programa de reabilitação.). Todavia, dada a necessidade de ajustamento dos itens citados, estes foram alterados de modo a integrar a escala em questão (*cf.* Anexo 2).

Para além disso, Tetley, Jinks, Huband e Howells (2011), num artigo sobre o Envolvimento ou *Engagement*, identificaram seis dimensões (frequentar as sessões; completar o tratamento no tempo espectável; completar as tarefas entre sessões; ter um contributo adequado nas sessões; aliança terapêutica apropriada; e comportamento suportativo junto de outros), mas dado que algumas destas dimensões já haviam sido focadas na EAT (itens 1 a 3: frequentar as sessões e contributo adequado nas sessões), e outras não se ajustavam à realidade da instituição (completar o tratamento no tempo espectável; completar as tarefas entre sessões; comportamento suportativo para com os restantes participantes), apenas se utilizaram itens relativos à dimensão aliança terapêutica. Por fim, estes itens sobre aliança terapêutica foram constituídos com base na escala *Working Alliance Survey items* (Lustig, Strauser, Weems, Donnel, & Smith, 2003) que comporta itens como: - o seu terapeuta tenta entender os seus problemas e necessidades?; - o seu terapeuta procura ajudá-lo a solucionar os seus problemas?; e, - o seu terapeuta e staff tratam-no com dignidade e respeito?.

A escala assim constituída foi submetida a uma primeira avaliação de cinco juízes psicólogos e a um pré-teste com 10 sujeitos que preencheram a escala em voz alta. Com base neste pré-teste foram eliminados três itens por apresentarem alguma inespecificidade e falta de clareza. A escala final passou, assim, a incluir 9 itens.

Para avaliar a consistência desta escala, obtiveram-se valores de *alfa* de Cronbach de .73, um valor considerado apropriado (Maroco & Garcia-Marques, 2006). As correlações obtidas inter-item apresentam um valor médio de .26.

Os resultados obtidos com a amostra clínica que respondeu a esta escala evidenciam uma distribuição não normal (K-S, $p > .05$), quer no que respeita aos valores totais, quer no que respeita apenas ao grupo de Paraplegia.

4. Procedimentos

Com o aval da Comissão de Ética do CMRRC-RP, a recolha de dados foi realizada depois de todos os participantes terem sido informados dos objetivos da investigação, garantindo-se-lhes a confidencialidade dos dados e a possibilidade de acederem aos resultados (*cf.* Anexo 2). O protocolo foi realizado através de entrevistas estruturadas de modo a permitir uma aplicação *standard* a todos os sujeitos, independentemente das limitações motoras que estes pudessem, ou não, apresentar (*cf.* Anexo 2).

Os dados recolhidos foram estudados estatisticamente com o “*Statistical Package for Social Science*” (SPSS), versão 20, para o sistema operativo Windows. As estatísticas descritivas como as frequências, médias e desvios-padrão, são utilizadas para caracterizar a amostra e instrumentos. No processo de análise prévia de dados foram removidos cinco *outliers* passando o total amostral de 47 sujeitos iniciais para 42 sujeitos. Isto permitiu normalizar a amostra nas distintas escalas. Os valores relativos às escalas e subescalas são calculados considerando a soma ou a média aritmética dos valores dos itens.

Para a comparação de médias de grupos diferentes recorreu-se ao teste *t-Student* para amostras independentes e ao seu equivalente não-paramétrico, teste de Mann-Whitney. Foram, ainda, efetuadas análises de correlação de Spearman para explorar as associações entre resultados nos distintos instrumentos. Foi preferida a correlação de Spearman, e não a opção paramétrica, a correlação de Pearson, uma vez que a amostra apresenta uma dimensão diminuta e não é cumprido o pressuposto de normalidade num dos instrumentos (EAT). Por fim, foram realizadas ANCOVAS para a análise da covariância das variáveis relativas à Adesão Terapêutica.

III. Apresentação dos Resultados

Objetivo 1: Estudo descritivo das variáveis ansiedade e depressão (HADS), satisfação com suporte social (ESSS), locus de controlo na reabilitação (ELCR) e adesão terapêutica (EAT) considerando os diferentes grupos.

Neste objetivo pretende-se caracterizar a amostra de LM, considerando os resultados obtidos nas escalas: HADS, ESSS, ROC e EAT, nos dois grupos (tetraplegia e paraplegia).

1.1. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Variáveis Psicológicas na Adesão Terapêutica em Lesionados Medulares

A escala de ansiedade apresentou como média 6.55 ($DP= 3.85$), os valores mínimos e máximos obtidos são, respetivamente, 0 e 16, sendo a amplitude de variação de 16 pontos ($N=42$). O intervalo de confiança informa que existe 95% de confiança do verdadeiro mínimo e máximo dos resultados obtidos se situar entre 5.35 e 7.75.

O primeiro quartil indica que 25% dos participantes obtiveram, no máximo, 3 pontos. O segundo quartil indica que 50% dos participantes obtiveram, no máximo, 6.50 pontos. Por fim, o terceiro quartil indica que 75% dos participantes obtiveram, no máximo, 9 pontos. A amplitude interquartil demonstra que em 50% dos participantes analisados existe uma dispersão de 6 pontos.

A distribuição das pontuações é mesocúrtica. O coeficiente de assimetria (.28) revela a existência de simetria. O facto da média e da média aparada a 5% apresentarem valores semelhantes demonstra, igualmente, a presença da simetria.

Quanto à escala de depressão, esta apresentou como média 6.64 ($DP= 3.53$) (Tabela 2), os valores mínimos e máximos obtidos são, respetivamente, 0 e 15, e a amplitude de variação de 15 pontos ($N=42$).

A distribuição das pontuações é mesocúrtica. O coeficiente de assimetria (.07) revela a existência de simetria. O facto da média e da média aparada a 5% apresentarem valores semelhantes demonstra, igualmente, a presença da simetria.

O primeiro quartil indica que 25% dos participantes obtiveram, no máximo, 3 pontos. O segundo quartil indica que 50% dos participantes obtiveram, no máximo, 7 pontos. Por fim, o terceiro quartil indica que 75% dos participantes obtiveram, no máximo, 9 pontos. A amplitude interquartil demonstra que em 50% dos participantes analisados existe uma dispersão de 6 pontos.

A exploração das diferenças entre as médias dos dois grupos evidencia que, apesar de existir um valor médio superior no grupo Paraplegia ($M=7.00$; $DP=3.96$) em comparação com o valor médio no grupo Tetraplegia ($M=6.05$; $DP=3.76$), na escala de ansiedade, esta diferença não é significativa ($t(40)=-.795$, $p>.05$) (Tabela 2).

Tabela 2

Análise das características descritivas e diferenças entre grupo na HADS (escalas: ansiedade e depressão).

	Quadro Clínico										
	Tetraplegia			Paraplegia			Total				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade	20	6.05	3.76	22	7.00	3.96	42	6.55	3.85	-79	.43

Depressão	20	6.75	3.86	22	6.55	3.29	42	6.64	3.53	.18	.85
------------------	----	------	------	----	------	------	----	------	------	-----	-----

Por fim, é importante verificar ainda que a distribuição dos sujeitos pelas pontuações (frequência absoluta) nas duas escalas é também semelhante (Anexo 1, Tabela 3 e 4).

1.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A escala em análise apresentou como média total 51.71 ($DP=7.29$) (Tabela 5), sendo que os valores mínimos e máximos obtidos foram, respetivamente 39 e 67, com uma amplitude de variação de 28 pontos ($N=42$).

O primeiro quartil indica que 25% dos participantes obtiveram, no máximo, 46.75 pontos. O segundo quartil indica 50% os participantes obtiveram, no máximo, 50.50 pontos. Por fim, o terceiro quartil indica que 75% dos participantes obtiveram, no máximo, 56.25 pontos. A amplitude interquartil demonstra que em 50% dos participantes analisados existe uma dispersão de 10 pontos.

A distribuição das pontuações é mesocúrtica. O coeficiente de assimetria (.38) revela a existência de simetria. O facto da média e da média aparada a 5% apresentarem valores semelhantes demonstra, igualmente, a presença da simetria.

As médias dos dois grupos aproximam-se, com $M = 52.25$ ($DP=7.60$) no grupo Tetraplegia e $M = 51.23$ ($DP=7.14$) no grupo Paraplegia. Tal semelhança é corroborada pela ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nesta escala ($t(40) = .44, p > .05$) (Tabela 5).

Tabela 5

Análise das características descritivas e diferenças entre grupos na ESSS (total e subescalas: Amigos; Intimidade; Família; Atividades Sociais).

	Quadro Clínico										
	Tetraplegia			Paraplegia			Total			<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfaç_Amigos	20	17.15	4.45	22	18.00	2.92	42	17.60	3.70	-.73	.46
Intimidade	20	15.00	2.88	22	13.82	3.00	42	14.38	2.97	1.29	.20
Satisfç_Familia	20	12.20	2.11	22	10.86	2.67	42	11.5	2.49	1.78	.08
Satisfaç_Actv_So	20	7.90	2.55	22	8.55	2.22	42	8.24	2.37	-.87	.38
Total_ESSS	20	52.25	7.60	22	51.23	7.14	42	51.71	7.29	.44	.65

1.3. Escala de Locus de Controlo na Reabilitação (ELCR)

A ELCR apresentou uma média total correspondente a 36.67 ($DP = 4.88$) (Tabela 6), sendo que os valores mínimos e máximos obtidos foram, respetivamente, 26 e 47 com uma amplitude de variação de 21 pontos ($N = 42$).

O primeiro quartil indica que 25% dos participantes obtiveram, no máximo, 33 pontos. O segundo quartil indica que 50% dos participantes obtiveram, no máximo, 37 pontos. Por fim, o terceiro quartil indica que 75% dos participantes obtiveram, no máximo, 39.25 pontos. A amplitude interquartil demonstra que em 50% dos participantes analisados existe uma dispersão de 6 pontos.

A distribuição das pontuações é mesocúrtica. O coeficiente de assimetria (-.00) revela a existência de simetria. O facto da média e da média aparada a 5% apresentarem valores semelhantes demonstra, igualmente, a presença da simetria.

Os resultados da ELCR enquadram-se nos obtidos nas restantes escalas. Assim, no que concerne à escala total, os dois grupos apresentam uma pontuação média próxima (Tetraplegia: $M= 7.45$, $DP=2.30$; Paraplegia: $M= 7.73$, $DP=2.00$). Para além disso, a análise com o teste t mostra inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos supra citados ($t(40) = -.52$, $p > .05$) (Tabela 6).

Tabela 6

Análise das características descritivas e diferenças entre grupos na ELCR (total e subescalas: internalidade, externalidade e powerful others).

	Quadro Clínico										
	Tetraplegia			Paraplegia			Total			<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Internalidade	20	17.30	2.22	22	17.32	1.75	42	17.31	1.96	-.03	.97
Externalidade	20	7.70	1.89	22	7.77	2.52	42	7.74	2.20	-.10	.91
Powerful_Others	20	7.45	2.30	22	7.73	2.00	42	7.60	2.13	-.41	.67
Total_ELCR	20	36.25	4.87	22	37.05	4.98	42	36.67	4.88	-.51	.60

1.4. Escala de Adesão Terapêutica (EAT)

A escala em foco apresentou como média total 39.88 ($DP = 4,06$) (Tabela 7), sendo que os valores mínimos e máximos obtidos foram, respetivamente, 30 e 45, com uma amplitude de variação de 15 pontos ($N = 42$).

O primeiro quartil indica que 25% dos participantes obtiveram, no máximo, 36 pontos. O segundo quartil indica que 50% dos participantes obtiveram, no máximo, 41 pontos. Por fim, o terceiro quartil indica que 75% dos participantes obtiveram, no máximo, 43 pontos. A amplitude interquartil demonstra que em 50% dos participantes analisados existe uma dispersão de 7 pontos.

A distribuição das pontuações é mesocúrtica. O coeficiente de assimetria (-.66) revela a existência de simetria. O facto da média e da média aparada a 5% apresentarem valores semelhantes demonstra, igualmente, a presença da simetria.

Apesar de um alfa de *Cronbach* de .73 ser um valor aceitável (Maroco & Garcia-Marques, 2006), não é possível realizar outro tipo de teste para exploração da escala, dada a pequena dimensão da amostra. No entanto, é ainda possível referir que a correlação inter-item é de .26.

Os sujeitos nos dois grupos apresentam para o total de adesão terapêutica, resultados semelhantes (Tetraplegia: $Mdn = 40.00$; Paraplegia: $Mdn = 42.00$). Neste sentido, o teste de Mann-Whitney ($p > .05$) confirmou a inexistência de diferença significativa entre os grupos (Tabela 7).

Tabela 7

Análise das características descritivas e diferenças entre grupos na EAT (total e subescalas: frequentar sessões; empenho na reabilitação; e, aliança terapêutica).

	Quadro Clínico										
	Tetraplegia			Paraplegia			Total				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Freq_sessões	20	13.15	1.34	22	12.95	2.62	42	13.05	2.09	193.5	.49
Empenho_Reab	20	13.60	1.27	22	13.82	1.65	42	13.71	1.47	181.0	.30
Aliança_Terap	20	12.90	1.86	22	13.32	2.64	42	13.12	2.28	170.5	.19
Total_Adesão_Terap	20	39.65	3.48	22	39.76	4.60	42	39.88	4.06	189.0	.43

Objetivo 2: Relações entre as variáveis (HADS; ESSS; ELCR)

Variáveis Psicológicas na Adesão Terapêutica em Lesionados Medulares

Joana Filipa Cruz Costa (e-mail: joanafilipa.costa@gmail.com)

Neste estudo pretende-se avaliar a relação (Correlação de Spearman) entre as diferentes medidas utilizadas para avaliar os sujeitos desta amostra. O objetivo é avaliar a magnitude e grandeza das correlações entre as diversas medidas. No entanto, optou-se pela análise da amostra e não dos grupos previamente definidos (tetraplegia e paraplegia), uma vez que não foi encontrada qualquer distinção significativa entre estes.

2.1. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

No que concerne à relação entre as escalas Ansiedade e Depressão com a ESSI e ELCR, é possível identificar algumas relações significativas (Tabela 8 e 9).

Neste sentido, a escala "ansiedade" encontra-se negativamente correlacionada com a "satisfação com amigos" ($r_s = -.36, p < .05$), "satisfação com intimidade" ($r_s = -.53, p < .01$) e com a "escala total" ($r_s = -.42, p < .01$) (ESSS). Ou seja, à medida que um dos resultados aumenta, a ansiedade diminui, sendo que o oposto também é verdadeiro

Quanto à escala de depressão (HADS), esta apresenta correlações negativas com a subescala "satisfação com amigos" (ESSS) ($r_s = -.45, p < .01$), com a subescala "satisfação com intimidade" (ESSS) ($r_s = -.42, p < .01$) e com o total da ESSS ($r_s = -.39, p < .05$). Ou seja, à medida que as subescalas citadas e a escala total aumentam, a pontuação na escala depressão (HADS) diminui, e vice-versa.

Por fim, há que salientar que ambas as escalas (ansiedade e depressão), não apresentam qualquer correlação significativa com a ELCR (*cf.* Anexo 1, tabela 9).

Tabela 8

Correlação entre HADS (escalas: ansiedade e depressão) com a ESSS (total e subescalas: Amigos; Intimidade; Família; Atividades Sociais).

	Total (n=42)									
	Amigos		Intimidade		Família		Actvid_Soc.		Total. ESSS	
	r_s	P	r_s	P	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Ansiedade	-.36	.01*	-.53	.00**	-.05	.74	-.07	.63	-.42	.00**
Depressão	-.45	.00**	-.42	.00**	-.21	.17	-.04	.76	-.39	.01*

* $p < .05$; ** $p < .01$

2.2. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

As correlações entre a Ansiedade e Depressão com a ESSS foram já explanadas (cf. estudo 2.1). Foi, também, analisada a relação da ESSS com a ELCR.

Por outro lado ao analisar a relação entre a ESSS e a ELCR, sobressai uma correlação negativa e significativa entre a subescala “satisfação com a intimidade” (ESSS) e a subescala “externalidade” (ELCR), com $r_s = -.36$, $p < .05$ (Tabela 10). Deste modo, à medida que a pontuação numa das subescalas aumenta, a outra diminui.

Tabela 10

Correlações entre ESSS (total e subescalas: Amigos, Intimidade, Família e Atividades Sociais) com a ELCR (total e subescalas: Internalidade, Externalidade e Powerful Others)

	Total (N=42)							
	Internalidade		Externalidade		PowerfulOthers		Total.ELCR	
	r_s	P	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Amigos	.02	.86	-.18	.23	-.10	.52	-.12	.41
Intimidade	-.06	.69	-.36	.01*	-.08	.61	-.27	.07
Família	.17	.27	-.00	.96	.19	.20	.11	.45
Activdd_Soc.	.11	.46	.10	.50	.00	.96	.06	.69
Total.ESSS	.02	.87	-.22	.15	-.08	.59	-.15	.33

* $p < .05$; ** $p < .01$

Objetivo 3: Relação entre variáveis (HADS; ESSS; ELCR) e a Escala de Adesão terapêutica (EAT).

Neste objetivo, procura-se explorar a existência de correlações estatisticamente significativas entre as VI's (HADS; ESSS; ELCR) e a VD (EAT).

3.1. Exploração da relação entre a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e a Escala de Adesão Terapêutica (EAT)

Neste estudo, não foram reportadas quaisquer correlações significativas entre a HADS e a EAT (Tabela 11).

Tabela 11

Correlação entre HADS (escalas: ansiedade e depressão) com a EAT (total e subescalas: Frequentar as sessões, Empenho na Reabilitação e Aliança Terapêutica).

	Total (n=42)							
	Freq_Sess.		Empenho_Reab.		Aliança_Terap		Total_EAT	
	r_s	P	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Ansiedade	.05	.72	-.02	.89	-.10	.53	-.06	.68
Depressão	.04	.75	-.09	.56	.12	.41	.04	.77

* $p < .05$; ** $p < .01$

3.2. Exploração da relação entre a Escala de Suporte Social (ESSS) e a Escala de Adesão Terapêutica (EAT)

A exploração da relação entre a escala total e subescalas da ESSS com a EAT evidencia que a subescala satisfação com família (ESSS) se correlaciona significativamente com as subescalas frequentar sessões ($r_s = .36$, $p < .05$) e empenho na reabilitação $r_s = .42$, $p < .01$ (EAT) (Tabela 12).

Tabela 12

Correlação entre ESSS (total e subescalas: Amigos, Intimidade, Família e Atividades Sociais) com a EAT (total e subescalas: Frequentar as sessões, Empenho na Reabilitação e Aliança Terapêutica).

	Total (n=42)							
	Freq_Sess.		Empenho_Reab.		Aliança_Terap		Total_EAT	
	r_s	P	r_s	p	r_s	p	r_s	p

Amigos	.24	.19	.19	.28	.23	.13	.28	.06
Intimidade	.12	.43	.24	.12	.20	.20	.28	.07
Família	.36	.01*	.42	.00**	-.08	.61	.23	.13
Ativdd_Soc	.05	.72	.00	.97	-.21	.16	-.13	.39
Total ESSS	.20	.19	.25	.10	.06	.69	.24	.12

* $p < .05$; ** $p < .01$

3.3 Exploração das correlações entre Escala de Locus de Controlo na Reabilitação (ELCR) e a Escala de Adesão Terapêutica (EAT)

A ELCR e a EAT não evidenciam qualquer associação estatística (Tabela 13).

Tabela 13

Correlação entre ELCR (total e subescalas: Internalidade, Externalidade e Powerful Others) com a EAT (total e subescalas: Frequentar as sessões, Empenho na Reabilitação e Aliança Terapêutica).

	Total (n=42)							
	Freq_Sess.		Empenho_Reab.		Aliança_Terap		Total_EAT	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Internalidade	-.21	.16	-.14	.35	-.10	.52	-.21	.16
Externalidade	.10	.52	-.07	.63	-.16	.28	-.08	.61
PowerfulOthers	.24	.11	.03	.81	.07	.63	.07	.64
Total.ELCR	.07	.66	-.05	.75	-.03	.80	-.06	.69

* $p < .05$; ** $p < .01$

Objetivo 4: Análise da Covariância entre as variáveis e a Adesão Terapêutica (EAT)

4.1. Influência das variáveis demográficas e dos totais dos instrumentos utilizados na Adesão terapêutica

Este objetivo visa explorar a influência da ansiedade, depressão, satisfação com o suporte social e locus de controlo (medidas pelas escalas: HADS, ESSS e ELCR) e das variáveis de controlo (quadro clínico, género e idade medidas pelo questionário sociodemográfico e clínico) na variabilidade da adesão terapêutica (ANCOVA).

O resultado da ANCOVA, com o modelo exposto, mostra que a idade [$F(1,34)=14.78, p=.001, \eta^2=.303$] e o total da escala de satisfação com o suporte social [$F(1,34)=14.78, p=.001, \eta^2=.303$] têm uma influência estatisticamente significativa no total da escala de adesão à terapêutica (Tabela 14). Neste caso, quanto maior a idade e a pontuação da escala de satisfação com o suporte social maior a pontuação na adesão terapêutica.

Tabela 14

Influência das escalas de ansiedade, depressão, satisfação com o suporte social, locus de controlo, quadro clínico, género e idade na adesão terapêutica.

Fonte de variação	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	Potência observada
Quadro clínico	.22	.64	.00	.07
Género	.13	.71	.00	.06
Idade	14.78	.00**	.30	.96
Ansiedade	.17	.68	.00	.06
Depressão	.40	.53	.01	.09
E. de Satisfação com Suporte Social	6.35	.01*	.15	.68
E. de Locus de Controlo na Reabilitação	2.38	.13	.06	.32

* $p < .05$; ** $p < .01$

4.2 Influência das variáveis demográficas e das subescalas dos instrumentos utilizados na Adesão terapêutica

Em continuidade com o estudo previamente apresentado, este foca a influência na variabilidade da adesão terapêutica exercida pelas subescalas da Escala de Satisfação com o Suporte Social (Satisfação com amigos/amizades, Intimidade, Satisfação com Família e Atividades Sociais) e da Escala de Locus de Controlo na Reabilitação (Internalidade, Externalidade e *Powerful Others*), bem como pelas variáveis de controlo (quadro clínico, género e idade).

Assim, o resultado da ANCOVA mostra que é apenas observada a influência significativa da idade na adesão terapêutica [$F(1,31)=10.13$, $p=.003$, $\eta^2=.246$] (Tabela 15).

Tabela 15

Influência das subescalas da Escala de Satisfação com o Suporte Social (Satisfação com amigos/amizades, Intimidade, Satisfação com Família e Atividades Sociais), Escala de Locus de Controlo na Reabilitação (Internalidade, Externalidade e Powerful Others), quadro clínico, género e idade na adesão terapêutica.

Fonte de variação	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	Potência observada
Quadro clínico	.02	.88	.00	.05
Género	.05	.83	.00	.05
Idade	10.13	.00**	.24	.86
Satisfação Amigos	3.53	.07	.10	.44
Intimidade	.30	.58	.01	.08
Satisfação Família	.17	.68	.00	.06
Atividades sociais	.15	.70	.00	.06
Internalidade	.14	.71	.00	.06
Externalidade	.39	.53	.01	.09
Powerful Others	.01	.92	.00	.05

* $p < .05$; ** $p < .01$

Objetivo 5: Acompanhamento Psicológico prévio e Depressão-Ansiedade atuais

Nas Tabelas 16 e 17 estão representados os resultados da associação do recurso a psicólogo/psiquiatra com os níveis de ansiedade e depressão atuais.

Variáveis Psicológicas na Adesão Terapêutica em Lesionados Medulares

Em ambos os casos não se observa qualquer associação estatisticamente significativa ($p=.19$) entre o recurso a psicólogo/psiquiatra e os níveis de ansiedade e depressão. Quanto ao motivo desse recurso, como todos os elementos da amostra recorreram devido a depressão, os resultados da associação do motivo de recurso a psicólogos/psiquiatras com os níveis de ansiedade e depressão são similares aos anteriores.

Tabela 16
Associação entre o recurso a psicólogo e os níveis de ansiedade

	Ansiedade				p ¹
	0 – 10		11 – 20		
	n	%	n	%	
Recorreu a psicólogo/psiquiatra	32	88.9%	4	66.7%	.19
Não recorreu a psicólogo/psiquiatra	4	11.1%	2	33.3%	
Total	36	100.0%	6	100.0%	

Nota: ¹ Teste Exato de Fisher

Tabela 17
Associação entre o recurso a psicólogo e os níveis de depressão

	Depressão				p ¹
	0 – 10		11 – 20		
	n	%	n	%	
Recorreu a psicólogo/psiquiatra	32	88.9%	4	66.7%	0.19
Não recorreu a psicólogo/psiquiatra	4	11.1%	2	33.3%	
Total	36	100.0%	6	100.0%	

Nota: ¹ Teste Exato de Fisher

I.V. Discussão dos Resultados

Neste ponto em que se pretende discutir os resultados obtidos, é importante evidenciar, pela possível influência nos resultados e discussão dos mesmos, alguns aspetos previamente. São eles, a escassez de literatura relativa à influência de variáveis psicológicas na adesão terapêutica, na LM; a provável influência da variável parasita, desajustamento social, nas respostas facultadas em

Variáveis Psicológicas na Adesão Terapêutica em Lesionados Medulares

Joana Filipa Cruz Costa (e-mail: joanafilipa.costa@gmail.com)

registo de entrevista estruturada e não em autopreenchimento (Mortel, 2008; Richman, Weisband, Kiesler, & Drasgow, 1999); e, ainda, o facto dos doentes se encontrarem, no CMRRC-RP, medicados com antidepressivos ou outros fármacos psiquiátricos.

Tendo estes pontos em consideração, esta investigação visou explorar a adesão terapêutica na LM, com base na existência de alguns dados que evidenciam a multifatorialidade de influência sofrida (Brewer et al., 2000^a; Bruce, Hancock, Arnett, & Lynch, 2010; Bugalho & Carneiro, 2004; 2003; Byerly et al., 1994; Garvie et al., 2010; Levy & Feld, 1999; Meichenbaum & Turk, 1987; Osterberg & Blaschke, 2005; Vermeire et al., 2001; WHO, 2003).

Evidenciando agora os resultados obtidos nesta investigação e iniciando com as características demográficas, género e as causas da LM, pode afirmar-se que estas se coadunam com as características observadas neste tipo de sujeitos, em situação de internamento. Isto é, existe uma percentagem bastante superior de homens, em comparação com as mulheres (O'Connor, 2006; Wyndaele & Wyndaele, 2006; *National Spinal Injury Cord Satatistic Center*, 2011), os homens apresentam um risco superior que está relacionado com os fatores sociais que pautam os comportamentos. Para além disso, também em consonância com a literatura, verificou-se que as causas de LM traumáticas são as mais comuns, nomeadamente os acidentes de viação (Ho et al., 2007; *National Spinal Injury Cord Satatistic Center*, 2011; O'Connor, 2006).

Ainda, no que concerne a características demográficas da amostra, conclui-se que a divisão em dois grupos, tetraplegia e paraplegia, à semelhança do que efetuou Bombardier et al. (2004), não se verificou relevante. Por outras palavras, em nenhum instrumento utilizado foram verificadas diferenças significativas entre os dois grupos estabelecidos. Todavia, a inexistência de diferenças entre os grupos não se enquadra no que seria esperado, uma vez que a incapacidade que resulta de um e de outro quadro clínico é muito significativa e influi nos diversos aspetos psíquicos e funcionais. No entanto, se considerarmos algumas investigações, pode encontrar-se alguma justificação para esta indistinção pois, em alguns estudos, não foram encontradas diferenças grupais, por exemplo, na Depressão (Dryden et al., 2005; Fann et al., 2011).

Focando agora os resultados obtidos nas diversas escalas, começando pela HADS, verifica-se que os sujeitos da amostra, em qualquer um dos grupos, obtêm pontuações médias correspondentes aos valores que Snaith (2003) estabeleceu como “normais”. Deste modo, e em concordância com a investigação, a sintomatologia depressiva não se mostra prevalente, também, nesta amostra (Craig et al., 2004). O que se pode enquadrar nas afirmações de alguns autores que defendem que o aumento dos sintomas depressivos ocorre na fase aguda (Kennedy & Rogers, 2000) e na alta hospitalar (Dorsett & Geraghty, 2004). Para além destes factos, cabe mencionar que estes dados podem ter a sua justificação no controlo do humor que é conseguido através de antidepressivos e ansiolíticos. Uma informação passível de ser verificada no processo médico que é criado no internamento do sujeito, no CMRRC-RP, no caso de existir

Variáveis Psicológicas na Adesão Terapêutica em Lesionados Medulares

prescrição prévia ou, também, ao longo do internamento nas reuniões multidisciplinares.

Por seu turno, os resultados na ESSS também se encontram dentro dos valores médios considerados satisfatórios. Ou seja, em média, os sujeitos (em ambos os grupos) encontram-se satisfeitos com o suporte social percebido. Tais dados podem relacionar-se e até facultar alguma justificação ao facto de se terem verificado pontuações “normais” de depressão e ansiedade, uma vez que o suporte social tem um papel determinante na resistência psicológica ao *stress* causado pela doença (Coelho & Ribeiro, 2000; Sarason et al., 1985).

Na ELCR, os resultados evidenciam que, nos dois grupos, existe uma tendência para o polo da externalidade (Oliveira & Paixão, 1998). No entanto, é importante pesar, por um lado, que o locus de controlo é uma variável que se coloca num contínuo entre internalidade extrema e a externalidade extrema (Ribeiro, 2000) e, por outro, que as características da escala não permitem dar uma boa compreensão aos dados obtidos. De qualquer modo, a não existência de um padrão de internalidade vai de encontro ao que defende Wallston (1992), quando refere que um Locus de Controlo Interno é condição necessária, mas não suficiente, para desencadear comportamentos adequados ao controlo da saúde.

Na EAT os resultados obtidos foram elevados. Isto é, os sujeitos da amostra reportaram elevados níveis de adesão ao programa terapêutico em que se inserem. Tal resultado, considerando White et al. (2010), pode estar relacionado com o facto dos pacientes perceberem o ambiente hospitalar como protegido, confortável e acolhedor, ou seja, fatores que contribuem para a obtenção de níveis de adesão superiores.

Quando se procedeu à análise de correlações foram verificados poucos resultados significativos. Por outras palavras, os instrumentos utilizados não apresentam relação significativa entre si.

Todavia, é importante apontar que, para os sujeitos desta amostra, a ansiedade se correlacionou negativamente com a subescala ESSS -satisfação com amigos e com intimidade-, e com a ESSS total. Ou seja, à medida que a pontuação nas subescalas referidas e escala total (ESSS) aumentam, as pontuações de ansiedade diminuem, sendo que o oposto também se verifica. Por seu turno, a depressão apresenta correlações semelhantes às da escala de ansiedade, e, para além disso, ambas (ansiedade e depressão) não apresentaram qualquer correlação significativa com a ELCR. Estes resultados são suportados pela, uma vez que, para alguns autores, a ausência de satisfação tem efeitos negativos e propicia os estados de humor depressivos (Blaney et al., 1997; Kessler et al., 1985; Ornelas, 1996; Palinkas, Johnson, & Boster, 2004). Assim, a satisfação com o suporte social pode ser vista como uma variável protetora dos estados de humor depressivos ou depressão e de estados ansiógenos.

No entanto, a inexistência de relação da ansiedade ou depressão com o locus de controlo não era espectável uma vez que, segundo a literatura, por exemplo, um locus de controlo externo se associa a um maior *distress* (Frank et al., 1987; Kennedy & Rogers, 2000; MacLeod & MacLeod, 1998) e, um baixo

locus de controlo fomenta ansiedade e depressão (Kennedy & Rogers, 2000).

Explorando, ainda, a relação da ESSS com as restantes escalas (HADS e ELCR), a subescala satisfação com intimidade (ESSS) apresenta-se apenas negativamente correlacionada com a subescala Externalidade (ELCR).

Para além destes resultados, o último estudo correlacional visou perceber se algum dos instrumentos (HADS, ESSS, ELCR) estaria relacionado com a EAT, de onde, apenas a ESSS se evidenciou. Isto é, a subescala satisfação com família (ESSS) verificou-se correlacionada com a subescala frequentar as sessões e a subescala empenho na reabilitação (EAT), sendo que, estes resultados, estão em consonância com o estudo efectuado por Byerly et al. (1994), no que concerne à influência do suporte social na adesão.

A ausência de correlações significativas entre a ansiedade e a depressão com a adesão terapêutica está em desacordo com o esperado (Bruce, Hancock, Arnett, & Lynch, 2010; Bugalho & Carneiro, 2004; Garvie et al., 2010; Osterberg & Blaschke, 2005; WHO, 2003), tal como, a ausência de correlação significativa da ELCR com a EAT, não suporta a hipótese de Oliveira e Paixão (1998) e Pereira e Almeida (2007) sobre a importância do locus de controlo na adesão terapêutica.

Para além dos resultados expostos, o estudo relativo à influência na variância da adesão terapêutica, colocou em destaque apenas duas variáveis, a idade e a satisfação com o suporte social. Ou seja, os únicos fatores relevantes para a variância nos resultados da adesão terapêutica foram a idade e a satisfação com o suporte social.

Porém, os resultados relativos à influência da idade não estão de acordo com os observados noutros estudos. Para Griffith (1990) e Vermeire et al. (2001), a idade não tem influência, uma vez que a não-adesão pode ocorrer em qualquer grupo etário. Assim sendo, será importante sublinhar que tais resultados poderão ser apenas enviesamentos estatísticos relacionados com a reduzida dimensão da amostra. Por outro lado, a ausência de influência de outras variáveis demográficas e clínicas detém algum fundamento na literatura, nomeadamente a ansiedade e a depressão (Bruce et al., 2010; Bugalho & Carneiro, 2004; Garvie et al., 2010; Osterberg & Blaschke, 2005; WHO, 2003), o locus de controlo (Chen et al., 1999, cit. in Radomski, 2011) e o género (Griffith, 1990; Vermeire et al., 2001), que não parecem apresentar influência significativa na adesão terapêutica.

De modo distinto da idade, a influência positiva da satisfação com o suporte social na adesão terapêutica, está em consonância com a literatura (Byerly et al., 1994) e mostra-se influente noutros fatores não verificados nesta investigação, como a saúde mental, vitalidade, o funcionamento emocional, o desempenho social (Achat et al., 1998; Bishop, 1994; Caron, Tempier, Mercier, & Leouffre, 1998) e a funcionalidade/independência na realização de atividades de vida diária (Kennedy, Lude, Elfstrom, & Smithson, 2010).

Por fim, explorou-se a ligação entre os dados provenientes da escala de depressão e os dados do questionário sociodemográfico e clínico, referentes à existência de acompanhamento psiquiátrico ou psicológico prévio com

Variáveis Psicológicas na Adesão Terapêutica em Lesionados Medulares

diagnóstico de depressão. Todavia, os dados não corroboram esta hipótese, uma vez que não se evidenciam relações significativas.

Conclusão

Este trabalho procurou colmatar a escassez de investigação sobre os sujeitos com LM, numa área ainda pouco explorada. À semelhança do que nos diz a literatura, não existe homogeneidade ou previsibilidade nas respostas psíquicas à LM (Oliveira, 2000), pois o estudo de cada sujeito é sempre pautado pela sua vivência prévia que explica a forma como este se vai adaptar à nova realidade.

Os resultados apontam, essencialmente, para a existência de duas relações relevantes, uma entre a idade e a adesão terapêutica, e a outra entre a satisfação com o suporte social e a adesão terapêutica. Para além disso, pôde concluir-se que, nesta amostra, Ansiedade, Depressão e Locus de Controlo não se mostraram relevantes na forma como os sujeitos LM aderem ao programa terapêutico.

Deste modo, a mais-valia deste estudo centra-se no fato de se perceber que, nesta amostra clínica, apenas a idade e a satisfação com o suporte social apresentam uma contribuição significativa para as pontuações da adesão terapêutica. Tal conclusão, apesar de ser já uma ideia explorada por Byerly et al. (1994), no que diz respeito à satisfação com o suporte social, trata-se de uma conclusão contraditória com outros resultados que consideram não significativa a influência da idade na adesão terapêutica (Griffith, 1990; Vermeire et al., 2001). Contudo, a influência desta variável neste estudo pode traduzir, apenas, um enviesamento estatístico relacionado com o tamanho da amostra.

Tais resultados, ainda que sejam o espelho de uma amostra em condições ambientais de alguma proteção, evidenciam que é importante consciencializar as famílias de que a situação de LM é uma vivência com traços traumáticos importantes. Isto é, para além de ser uma alteração profunda e repentina do mundo tal como ele era percebido, os internamentos de reabilitação são desgastantes, exigem do sujeito o confronto com o seu novo corpo e com as suas limitações, sendo, desta forma, necessário mostrar à família/suporte social próximo que, apesar de poderem verificar-se reações de afastamento e até de alguma agressividade, é importante a manutenção ou a não desistência por parte dos sujeitos relevantes na vida do sujeito, mesmo que, muitas vezes, o LM procure afastar-se para antecipar possíveis e temidas rejeições. É, também, comum que a ocorrência de LM gere uma onda de afastamentos, nem sempre causados pelas mudanças no LM mas porque os que o rodeiam não são capazes de lidar com a diferença e estão, ainda, presos aos estereótipos da deficiência.

Para além destes aspetos, este estudo destaca a idade como influente na adesão terapêutica, o que nos pode sugerir que, nas camadas mais jovens de LM, a adesão, motivação e até consciencialização para impulsionar a adaptação ao novo corpo e suas limitações, são aspetos a ser bem explorados e trabalhados com o psicólogo clínico, tal como a alteração que ocorre, ou pode ocorrer, nos padrões relacionais.

Posto isto, é importante apontar os variados limites desta investigação. Neste sentido, é importante mencionar que o número de participantes não é extenso, muito embora seja a amostra possível se considerarmos o número de vagas na unidade de Lesionado Medulares, no CMRRC-RP (30 camas), o tempo de internamento e o tempo de recolha da amostra. Também os instrumentos utilizados podem ser apontados como uma limitação, embora a sua escolha esteja intimamente relacionada com a realidade de internamento de reabilitação e a consequente necessidade de um protocolo breve e inviabilizadora da utilização de protocolos extensos e avaliações mais profundas. O método de recolha de amostra, uma entrevista estruturada, pode ser considerado como uma limitação, uma vez que pode aumentar a probabilidade de respostas serem pautadas pelo que é socialmente correto (desejabilidade social) (Mortel, 2008; Richman et al., 1999), mas foi, mais uma vez, uma opção baseada na heterogenia das dificuldades funcionais dos sujeitos. Outro aspeto que pode ser visto como limitação é o facto dos sujeitos se encontrarem num ambiente de internamento, numa instituição sem barreiras físicas de maior e onde o foco está maioritariamente na recuperação funcional, muito embora se trate de uma reabilitação holística. Para além destas limitações, é importante mencionar que os resultados obtidos provêm de respostas de sujeitos que se encontram a tomar medicação psiquiátrica, uma variável que não foi considerada nesta investigação. Ou seja, este controlo medicamentoso configura uma fórmula segura de manter o controlo sobre reações emocionais mais intensas. Por fim, é relevante apontar como limitação a carência de literatura relativa à variável adesão terapêutica na LM e o facto de ser reduzido o número de mulheres nesta amostra.

Como forma de continuar a investigar a problemática da LM, seria interessante estudar as diversas respostas à realidade da LM, uma vez que as respostas ansiógenas e depressivas poderão facilmente ser controladas farmacologicamente. Deste modo, seria relevante explorar, em concreto, os mecanismos de defesa, estratégias de *coping* e explorar, junto dos cuidadores/familiares próximos e amigos, as alterações sentidas na forma de relacionamento, os movimentos de aproximação ou separação, após lesão. No mesmo sentido, seria importante a recolha de amostras em que o género feminino tenha uma maior representatividade, bem como, realizar estudos de cariz longitudinal, embora, à semelhança de qualquer outro projeto, tenha de ser respeitado o funcionamento da instituição e tudo o que isso implica no que concerne a disponibilidade de doentes e seus tempos nas diversas atividades de reabilitação.

Em suma, a expressão do trauma da lesão medular e toda a mudança que comporta a nível funcional carece ser mais explorada na sua expressão psíquica e relacional.

Bibliografia:

- Achat, H., Kawachi, I., Levine, S., Berkey, C., Coakley, E., & Colditz, G. (1998). Social Networks, stress and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 7(8), 735-750.
- Almeida, H., et al. (2007). *Adesão a Tratamentos entre Idosos. Comunicação em Ciências da Saúde*. 18 (1). Brasília (Janeiro/Março 2007). Retirado a 15 Out. 2011, de: http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_1art07.pdf
- Attawong, T., & Kovindha, A. (2004). The Influencing Factors of Acceptance of Disability in Spinal Cord Injured Patients. *Nepal Journal of Neuroscience* 2,67-70.
- Barber, J., Gallop, R., Crits-Christop, P., Barrett, M., Klosterman, S., McCarthy, K., & Sharpless, B. (2008). The role of the alliance and techniques in predicting outcome of supportive–expressive dynamic therapy for cocaine dependence. *Psychoanalytical Psychology*, 25, 461–482.
- Barker, R., Kendall, M., Amsters, D., Pershouse, K., Haines, T., & Kuipers, P. (2009). The relationship between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 47, 149–155.
- Barrett, H., McClelland, J., Rutkowski, S., & Siddall, P. (2003). Pain characteristics in patients admitted to hospital with complications after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84, 789 – 795.
- Barros, A., Barros, J., & Neto, F. (1988). Locus de controlo e motivação para a realização. *Psicologica*, 1, 57-69.
- Bassett, S. (2003). The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. *NZ Journal of Physiotherapy*, 31 (2), 60-66.
- Bassett, S., & Prapavessis, H. (2011). A test of an adherence-enhancing adjunct to physiotherapy steeped in the protection motivation Theory. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1-13. [Retirado a 05 de Outubro de: <http://www.ehpl.uwo.ca/Publication%20PDFs/adherence%20intervention%20during%20ankle%20rehab%20Bassett%20and%20Prapavessis%202010%20Physio%20Therapy%20&%20Practice.pdf>]
- Bishop, G. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature Review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Blaney, N., Goodkin, K., Feaster, D., Morgan, R., Millon, C., Szapocznik, J., & Eisdorfer, C. (1997). A psychosocial model of distress over time in early HIV-1 infection: the role of life stressors, social support and coping. *Psychology and Health*, 12, 633-653.

- Brewer, B., Cornelius, A., Van Raalte, J., Petitpas, A., Sklar, J., Pohlman, M., Krushell, R., & Ditmar, T. (2003). Protection motivation theory and adherence to sport injury rehabilitation revisited. *The Sport Psychologist*, 17, 95–103.
- Brewer, B., Van Raalte, J., Cornelius, A., Petitpas, A., Sklar, J., Pohlman, M., Krushell, R., & Ditmar, T. (2000a). Psychological factors, rehabilitation adherence, and rehabilitation outcome after anterior cruciate ligament reconstruction. *Rehabilitation Psychology*, 45, 20–37.
- Brewer, B., Van Raalte, J., Petitpas, A., Sklar, J., Pohlman, M., Krushell, R., Ditmar, T., Daly, J., & Weinstock, J. (2000b). Preliminary psychometric evaluation of a measure of adherence to clinic-based sport injury rehabilitation. *Physical Therapy in Sport*, 1, 68–74.
- Bombardier, C., Richards, J., Krause, J., Tulsy, D., & Tate, D. (2004). Symptoms of major depression in people with spinal cord injury: implications for screening. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1749-56.
- Bruce, J., Hancock, L., Arnett, P., & Lynch, S. (2010). Treatment adherence in multiple sclerosis: association with emotional status, personality, and cognition. *Journal of behavior Medicine*, 33, 219-227.
- Byerly, P., Worrell, T., Gahimer, J., & Domholdt, E. (1994). Rehabilitation compliance in an athletic training environment. *Journal of Athletic Training*, 29, 352-355. Retirado a 15 de Outubro de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1317812/pdf/jathtrain00028-0066.pdf>
- Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência - Faculdade de Medicina de Lisboa. [Retirado a 15 Out. 2011de: www2.ratiopharm.com/apps/temodule.../index.cfm?fuseaction].
- Cabral, M., & Silva, P. (2010). *Adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais. Retirado a 18 de Outubro de: <http://www.apifarma.pt/estudos/siteestudos/Documents/Conclus%C3%B5es%20Ades%C3%A3o%20%C3%A0%20Terap%C3%Aautica%20PT.pdf>
- Caron, J., Tempier, R., Mercier, C., & Leouffre, P. (1998). Components of Social Support and Quality of Life in severely mentally ill, low income individuals and a general population group. *Community Mental Health Journal*, October, 34(5), 456-475.

- Casey, E., Hughes, J., Waechter, D., Josephson, R., & Rosneck, J. (2008). Depression predicts failure to complete phase-II cardiac rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine*, 31,421-431.
- Chafetz, R., Vogel, L., Betz, R., Gaughan, J., & Mucahey, M. (2008). International standards for neurological classification of spinal cord injury: training effect on accurate classification. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 31, 538-542.
- Chen, D., Apple, D., Hudson, L., & Bode, R. (1999). Medical complications during acute rehabilitation following spinal cord injury—current experience of the model systems. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 80 (11), 1397-1401.
- Classificação Nacional de Profissões (CNP) (2012). Retirado de: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>
- Clough, B., & Casey, L. (2011). Technological adjuncts to increase adherence to therapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 697-710.
- Cluss, P., & Epstein, L. (1985). The measurement of medical compliance in the treatment of disease. In Paul Karoly (Ed.). *Measurement strategies in health psychology* (pp. 403-433). New York: John Wiley and Sons.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do Suporte Social e do Coping sobre a Percepção Subjectiva de Bem-estar em mulheres submetidas a Cirurgia Cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 79-87.
- Conant, L. (1998). Psychological variables associated with pain perceptions among individuals with chronic spinal cord injury pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 5 (1), 71–90.
- Consortium for Spinal Cord Medicine (1998). Depression following spinal cord injury: a clinical practice guideline for primary care physicians. Washington (DC): Paralyzed Veterans of America. Retirado a 1 de Novembro, de: <http://www.metrohealth.org/documents/patient%20services/norscis/Depression.pdf>
- Craig, A., Tran, Y., & Middleton, J. (2009). Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 47, 108–114.
- Crisp, R. (2007). Depression and occupational disability in five diagnostic groups: a review of recent research. *Disability Rehabilitation*, 29, 267-79.
- Decker, S.D., & Schulz, R. (1985). Correlates of life satisfaction and depression in middle-aged and elderly spinal cord- injured persons. *The American Journal of Occupational Therapy*, 39, 740-745.

- DeVivo, M., Krause, J., & Lammertse, D. (1999). Recent trends in mortality and causes of death among persons with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80, 1411-1419.
- De Vivo, M., Richards, J., Stover, S., & Go, B. (1991). Spinal Cord Injury. Rehabilitation adds life to years. *West journal of medicine*, 154, 602-606.
- Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40, 201-219. Retirado a 19 de Out. 2011, de: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>
- Dorsett, P., & Geraghty, T. (2004). Depression and adjustment after spinal cord injury: a three year longitudinal study. *Top Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 9, 43-56.
- Drieschner, K., Lammers, S., & van der Staak, C. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1115–1137.
- Dryden, D., Saunders, D., Rowe, B., May, L., Yiannakoulis, N., Svenson, L., Schopflocher, D., & Voaklander, D. (2005). Depression following Traumatic Spinal Cord Injury. *Neuroepidemiology*, 25, 55-61.
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998) Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13 , 527-544.
- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*. 54 (12), S57-S60.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1993). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp326-349). New York: Cambridge University Press.
- Elliott, T., & Frank, R. (1996). Depression following spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77, 816-23.
- Elliott, T., & Kennedy, P. (2004). Treatment of depression following spinal cord injury: an evidence-based review. *Rehabilitation Psychology*, 49, 134–139.
- Elliott, T., Herrick, S., Witty, T., Godshall, F., & Spruell, M. (1992). Social Support and Depression Following Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 37 (1), 37-48.
- Ettinger, W., Burns, R., Messier, S., et al. (1997). A randomized trial comparing aerobic exercise and resistance exercise with a health education program in older adults with knee osteoarthritis: The Fitness Arthritis and Seniors Trial (FAST). *Journal of the American Medical Association*, 277, 25-31.

- Fann, J., Bombardier, C., Richards, S., Tate, D., Wilson, C., & Temkin, N. (2011). Depression after Spinal Cord Injury: Comorbidities, mental health Service Use, and Adequacy of treatment. *Archives of Physical medicine and Rehabilitation*, 92, 352-359.
- Faria, F. (2006). Lesões vértebro-medulares – a perspectiva da reabilitação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Vol. XII, Nº 1, (Supl 1), Fevereiro, pp. 45-53.
- Fisher, A., Scriber, K., Matheny, M., Alderman, M., & Bitting, L. (1993). Enhancing rehabilitation adherence. *Journal of Athletic Training*, 28, 312-318.
- Frain, M., Bishop, M., Tschopp, M., Ferrin, M., & Frain, J. (2009). Adherence to Medical Regimens: Understanding the Effects of Cognitive Appraisal, Quality of life, and perceived family Resiliency. *Rehabilitation counseling Bulletin*, 52, 237-250.
- Frank, R., Elliott, T., Corcoran, J., & Wondedich, S. (1987). Depression after spinal cord injury: Is it necessary? *Clinical Psychology Review*, 7, 611-630.
- Frank, R., Umlauf, R., Wonderlich, S., & Askanazi, G. (1987). Differences in coping styles among persons with spinal cord injury: a cluster-analytic approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), 727–731.
- Frankel, H., Coll, J., Whiteneck, S., Gardner, G., Jamous, M., Krishnan, K., Nuseibeh, I., Saic, G., & Sett, P. (1998). Long-term survival in spinal cord injury: a fifty year investigation. *Spinal Cord*, 36, 266-274.
- Garrett, A. (2011). Contributos para a Reabilitação da Sexualidade dos Lesionados Medulares: Elaboração de um Programa reabilitador (Dissertação de Doutoramento, Universidade Fernando Pessoa). Retirado de: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2247/3/TD-%20Ana%20Garrett.pdf>
- Garrett, A., Martins, F., & Teixeira, Z. (2009). *Da actividade sexual à sexualidade após uma lesão medular adquirida revista da faculdade de ciências da saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480. 6 (2009), 152-161.
- Garvie, P., Flynn, P., Belzer, M., Britto, P., Hu, C., Graham, B., Neely, M., McSherry, G., Spector, S., & Gaur, A. (2010). Psychological factors, beliefs about medication, and adherence of youth with Human Immunodeficiency Virus in a Multisite Directly Observed Therapy Pilot study. *Journal of Adolescent Health*, 48, 637-640.
- Giorgi, D. (2006). Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13(1), Janeiro/Março, 47-50. Retirado a 03 de Dezembro de 2011, de:

<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/11-estrategias-para-melhorar.pdf>

- Goldberg, A., Cohen, G., & Rubin, A. (1998). Physician assessments of patient compliance with medical treatment. *Social Science & Medicine*, 47(11), 1873-1876.
- Griffith, S. (1990). A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines *British Journal of General Practice*, 40, 114-116.
- Hampton, N. (2000). Self-efficacy and quality of life in people with spinal cord injuries in China. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43, 66–74.
- Haynes, R., McKibbin, K., & Kanani, R. (1996). A systematic Review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions of medications. *Lancet*, 6, 348-383.
- Haynes, R., et al. (2008). *Intervention for Enhancing Medication Adherence*. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 2. [Retirado a. 14 Out. 2011 de http://www.sefap.it/servizi_letteraturacardio_200807/CD000011.pdf].
- Hays, R., Kravitz, R., Mazel, R., Sherbourne, C., DiMatteo, M., Rogers, W., & Greenfield, S. (1994). The impact of Patient Adherence on health Outcomes for Patients with Chronic Disease in the medical Outcomes Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 347- 360.
- Hawkins, R., & Switlyk, P. (1993). Acute prosthetic replacement for stress fractures of the proximal humerus. *Clinical Orthopedics and Related Research*, 289, 156-160.
- Herrick, S., Elliott, T., & Crow, F. (1994). Social Support and the Prediction of Health Complications Among Persons with Spinal Cord Injuries. *Rehabilitation Psychology*, 39 (4), 231-250.
- Hogg, R., Heath, K., & Yip, B. (1998). Improved survival among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy. *Journal of the American Medical Association*, 279, 450–454.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2002). *CENSO 2001: Análise da população com deficiência*. Portugal. Retirado em 9 de Dezembro de 2011 de: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.inr.pt%2Fdownload.php%3Ffilename%3DCensos%2B2001%26file%3D%252Fupload%252Fdocs%252Finfestatistica%252FCensos2001Destaque.pdf&ei=Hw2MT5rrJ8eP0AX95cHoCQ&usg=AFQjCNFzfKMMsAT_fBwfk7_soEiRfa2Ug&sig2=KOy211rVP6Hdv5SVaO1ySQ

- Ice, R. (1985). Long-term compliance. *Physical Therapy*, 65, 1832- 1839. Retirado a 15 de Out 2011, de: <http://ptjournal.apta.org/content/65/12/1832.full.pdf>
- Johnson, R., Gerhart, K., McCray, J., Menconi, J., & Whiteneck, G. (1998). Secondary conditions following spinal cord injury in a population-based sample. *Spinal Cord*, 36, 45 – 50.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: Desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições Asa.
- Kennedy, P., Lude, P., Elfstrom, M., & Smithson, E. (2010). Cognitive appraisals, coping and quality of life outcomes: a multi-centre study of spinal cord injury rehabilitation. *Spinal Cord*, 48, 762–769.
- Kennedy, P., & Rogers, B. (2000). Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 81, 932–937.
- Kessler, R., Price, R., & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Klein, J., & Gonçalves, A. (2005). *A adesão terapêutica em contexto de cuidados de Saúde Primários*. Retirado a 15 de Out. 2011, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v10n2/v10n2a02.pdf>
- Krause, J., Carter, R., Pickelsimer, E., & Wilson, D. (2008). A prospective study of health and risk of mortality after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89, 1482-91.
- Krause, J., & Coker, J. (2006). Aging After Spinal Cord Injury: a 30-year longitudinal study. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 29, 371-376.
- Krause, J., Kemp, B., & Coker, J. (2000). Depression after spinal cord injury: Relation to gender, ethnicity, aging, and socioeconomic indicators. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 1099 – 1109.
- Krause, J. S., Stanwyck, C. A., & Maides, J. (1998). Locus of control and life adjustment: relationship among people with spinal cord injury, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 41, 162-172.
- Kroenke, C., Kubzansky, L., Schernhammer, E., Holmes, M., & Kawachi, I. (2006). Social Networks, Social Support, and Survival After Breast Cancer Diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 24(7), 1105-1111. Retirado a 25 de Novembro, de: <http://jco.ascopubs.org/content/24/7/1105.full.pdf+html>
- Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J., Monahan, P., & Lowe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annual of Internal Medicine*, 146, 317-25.

- Láíns, J. (1991). *Guia para o uso do Banco Uniformizado de Dados para Reabilitação Médica – MIF*. Versão Portuguesa de Guide for the Uniform Data System for Medical Rehabilitation, Adult FIM (1984). Produção Sandoz.
- Leeuwen, C., Post, M., Asbeck, F., Woude, L., Groot, S., & Lindeman, E. (2010). Social Support and Life Satisfaction in Spinal Cord Injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42: 265–271.
- Lefcourt, H., Martin, R., & Saleh, W. (1984) Locus of control and social support: ininteractive moderators of stress. *Journal of personality and social psychology*, 47, 92, 378-389.
- Leite, S., & Vasconcellos, M. (2003). *Adesão à Terapêutica Medicamentosa: Elementos para a Discussão de Conceitos e Pressupostos Adoptados na Literatura. Ciência e Saúde Colectiva*. 8 (3). Pp. 775-782. Retirado a 20 de Out. 2011, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>
- Lenze, E., Munin, M., Quear, T., Dew, M., Rogers, J., Begley, A., & Reynolds, C. (2004). Significance of poor patient participation in physical and occupational therapy for functional outcome and length of stay. *Archives of Physical Medicine rehabilitation*, 85, 1599-1601.
- Lequerica, A., Donnell, C., & Tate, D. (2009). Patient Engagemet in rehabilitation therapy: physical and occupational therapist impressions. *Disability and rehabilitation*, 31(9), 753-760.
- Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H. Lefcourt (Ed.). *Research with the Locus of Control Construct* (Vol. 1). New York: Academic Press, 15-63. Retirado a 10 de Dezembro de 2011, de: <http://hannalevenson.com/locus.pdf>
- Levy, R., & Feld, A. (1999). Increasing patient adherence to gastroenterology treatment and prevention regimens. *American Journal of Gastroenterology*, 94(7), 1733-1742.
- Lustig, D., Strauser, D., Weems, G., Donnel, C., & Smith, L. (2003). Traumatic Brain Injury and rehabilitation Outcomes: Does Working Alliance Make a Difference?. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 34, 4, 30-37.
- Machado, M. (2009). *Adesão o Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros*. Instituto de Educação e Psicologia. [em linha]. Retirado a 15 Out. 2011, de WWW: <URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese de Mestrado - Adesão ao Regime Terapêutico - Representações das pessoas com IRC sobre o cont.pdf>>

- Macleod, L., & Macleod, G. (1998). Control cognitions and psychological disturbance in people with contrasting physically disabling conditions. *Disability and Rehabilitation*, 20 (12), 448–456.
- Malec, J., & Neimeyer, R. (1983). Psychologic prediction of duration of inpatient spinal cord injury rehabilitation and performance of selfcare. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 64, 359-63.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90.
- Martins, F., Freitas, F., Martins, L., Dartigues, J., & Barat, M. (1998). Spinal cord injuries-Epidemiology in Portugal's central region. *Spinal Cord*, 36 (8), 574-8.
- Martz, E., Liveneh, H., Gontkivsky, S., & Stokic, D. (2011). Psychosocial responses to spinal cord injury as predictors of pressure sores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, (2), 203-223.
- Mathews, G., Campbell, S., Falconer, S., Joyner, L., Huggins, J., Gililand, K., Grier, R., & Warm, J. (2002). Fundamental dimensions of subjective state in performance settings: task engagement, distress and worry. *Emotion*, 2, 315-340.
- 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. *American journal of Spinal Cord Injury*, 35, 266-274.
- McDonald, H., Garg, A., & Haynes, R. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: Scientific review. *JAMA, the Journal of the American Medical Association*, 288(22), 2868–2879.
- McMurrin, M., Huband, N., & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30, 277–287.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. New York: Plenum Press.
- Merrill, B. (1994). A global look at compliance in health/ safety and rehabilitation. *Journal of Orthopedic & Sports Physical Therapy*, 19, 242-248.
- Ministério da Saúde-DGS (2003). *Rede de referência hospitalar de medicina física e de reabilitação*. Lisboa.

- Morrison, V., Johnston, M., & MacWalter, R., (1994) Disability, perceived control and distress following a stroke: concurrent and predictive relationships. Comunicação apresentada na *8th Conference of the European Health Psychology Society - Quality of life and health psychology*, Alicante, Espanha, 13-15.
- Mortel, T. F. (2008). Faking it: social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25 (4),40-48. Retirado a 20 de Agosto 2012, de: <http://www.ajan.com.au/vol25/vol25-4.pdf>
- Müller, R., Peter, C., Cieza, A., & Geyh, S. (2011).The role of social support and social skills in people with spinal cord injury—a systematic review of the literature. *Spinal Cord*, doi:10.1038/sc.2011.116
- Nose, M., Barbui, C., Gray, R., & Tansella, M. (2003). Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 197–206.
- O'Brien, A., Fahmy, R., & Singh, S. (2009). Disengagement from mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 558–568.
- O'Connor, P. (2006). Trends in spinal cord injury. *Accident Analysis Prevention*, 38, 71–77.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. (2ª ed.). Lisboa: CLIMEPSI.
- Oliveira, E.C., et al. (2007). *Verificação e Análise do Conhecimento e Adesão à Terapêutica Medicamentosa Prescrita Durante a Alta Hospitalar. Revista Científica da FAMINAS*. 3(1). Muriaé. Retirado a 20 de Out. 2011, de: <http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/0383.pdf>
- Oliveira, R., & Paixão, R. (1998). O Conceito de Locus de Controle no Processo de Reabilitação de Pacientes com Deficiência Física – estudo das qualidades psicométricas da versão portuguesa da RLOC. *Psiquiatria Clínica*, 19 (2), 139-146.
- Oliveira, R. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise psicológica*, 4 (XVIII), 437-453.
- Oliveira, R. (2002). Para pensar...a dor depressiva na reabilitação da incapacidade física adquirida. *Análise psicológica*, 3 (XX), 471-478.
- Oliveira, R. (2004). O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6, 63-67.
- Oliveira, R. (2010). *Corpus Alienum, psicologia e trabalho psicoterapêutico na reabilitação física*. Lisboa: Coisas de Ler.

- Orbaan, I. (1986). Psychological adjustment problems in people with traumatic spinal cord lesions. *Acta Neurologica*, 79, 58-61.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 2-3(XIV), 263-268.
- Osteraker, A., & Levi, R. (2005). Indicators of physical distress in postacute spinal cord injury individuals. *Spinal Cord*, 43, 223-229.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Drug Therapy: Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353, 487-497.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social. *Análise Psicológica*, 3 (VII), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Menezes, R., & Baltazar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225 – 237.
- Pais-Ribeiro, J., & Guterres, C. (2001). Social support and quality of life in chronic mental disease patients submitted to different housing treatment programs. *Quality of Life Research*, 10(7), 275.
- Palinkas, L., Johnson, J., & Boster, J. (2004). Social support and depressed mood in isolated and confined environments. *Acta Astronautica*, 54, 639 – 647.
- Partridge, C., & Johnston, A. (1989) Perceived control of recovery from physical disability: measurement and prediction. *British journal of clinical psychology*, 28, 53-59.
- Pereira, J., & Almeida, M. (2006). Locus de controlo na saúde: conceito e validação duma escala em adolescentes com diabetes tipo i. *Psicologia, saúde & doenças*, 7 (2), 221-238.
- Pestana, M., & Gajeiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (4ª edição)*. Lisboa: Sílabo.
- Pollard, C., & Kennedy, P. (2007). A longitudinal analysis of emotional impact. Coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: a 10-year review. *British Journal of Health Psychology*, 12, 347-362.
- Press, N., Tyndall, M., Wood, E., Hogg, R., & Montaner, J. (2002). Virologic and immunologic response, clinical progression, and highly active antiretroviral therapy adherence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, S112–S117.
- Radomski, M. (2011). More Than Good Intentions: Advancing Adherence to Therapy Recommendations. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 471-477.

- Ribeiro, C. (2000). Em torno do conceito de Locus de Controlo. *Máthesis*, 9, 297-314.
- Richman, W., Weisband, S., Kiesler, S., & Drasgow, F. (1999). Meta-Analytic Study of Social Desirability Distortion in Computer-Administered Questionnaires, Traditional Questionnaires, and Interviews. *Journal of Applied Psychology*, 84 (5), 754-775.
- Rives, K., Gelberman, R., Smith, B., & Carney, K. (1992). Severe contractures of the proximal interphalangeal joint in Dupuytren's disease: Results of a prospective trial of operative correction and dynamic extension splinting. *Journal of Hand Surgery*, 17A, 1153-1159.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control for reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28. Retirado a 7 de Novembro de 2011 de: http://www.edmondschools.net/Portals/3/docs/Terri_McGill/READ-Locus%20of%20control.pdf
- Rutter, D., & Quine, L. (1996). Social psychological mediators of the relationship between demographic factors and health outcomes: a theoretical model and some preliminary data. *Psychology and Health*, 11, 5-22.
- Santos, C., Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 185-204.
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R., & Sarason, B. (1983b). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Sarason, I., Sarason, B., Potter, I., & Antoni M. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine*, 47(2), 156-163.
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42 (4), 243–252.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.
- Schwarzer, R., & Rieckmann, N. (2002). Social support, cardiovascular disease, and mortality. In G. Weidner, M. S. Kopp, & M. Kristenson (Eds.). *Heart disease: Environment, stress, and gender. NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences (Vol. 327, pp. 185-197)*. Amsterdam: IOS Press. Retirado a 25 de Novembro, de http://userpage.fu-berlin.de/~health/support/schwarzer_rieckmann_in_weidner.pdf

- 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(5), 1162-1172.
- Sjolund, B. (2002). Pain and rehabilitation after spinal cord injury: the case of sensory spasticity? *Brain Research reviews*, 40, 250-256.
- Sluijs, E., Kok, G., & van der Zee, J. (1993). Correlates of Exercise Compliance in Physical Therapy. *Physical therapy*, 71 (11), 771-782.
- Snaith, P. (2003). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1-4. Retirado a 4 de Outubro de 2011, de: <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-1-29.pdf>
- Soden, R., Walsh, J., Middleton, J., Craven, M., Rutkowski, J., & Yeo, J. (2000). Causes of death after spinal cord injury. *Spinal Cord*, 38, 604-610.
- Strauss, D., DeVivo, M., Paculdo, D., & Shavelle, R. (2006). Trends in life expectancy after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87, 1079-1085.
- Tate, D., Forchheimer, M., & Maynard, F. (1994). Predicting depression and psychological distress in persons with spinal cord injury based on indicators of handicap. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 175-83.
- Taylor, A., & May, S. (1996). Threat and coping appraisal as determinants of compliance with sports injury rehabilitation: an application of protection Motivation theory. *Journal of sports Sciences*, 14, 471-482.
- Tetley, A., Jinks, M., Huband, N., & Howells, K. (2011). A systematic Review of measures of Therapeutic Engagemnet in Phychosocial and Psychological Treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (9), 927-941.
- Uchino, B. (2006). Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (4), 377-387.
- Umlauf, R., & Frank, R. (1983). A cluster-analytic description of patient subgroups in the rehabilitation setting. *Rehabilitation Psychology*, 28, 157-67.
- Valle, E., Viegas, E., Castro, C., & Toledo, A. (2000). A adesão ao tratamento. *Revista Brasileira de Clínica Terapêutica*, 26 (3), 83-86. Retirado a 7 de Outubro de 2011, de: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=999
- Vasey, L. (1990). DNAs and DNCTs -Why do patients fail to begin or to complete a course of physiotherapy treatment? *Physiotherapy*, 76, 575-578.

- Vermeire, E., Hearnshaw, H., VanRoyen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research - A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacological Therapy*, 26(5), 331-342.
- Waldron, B., Benson, C., O'Connell, A., Byrne, P., Dooley, B., & Burke, T. (2010). Health locus of control and attributions of cause and blame in adjustment to spinal cord injury. *Spinal Cord*, 48, 598–602.
- Walston, K. (1991). The importance of placing measures of health locus of control in a theoretical context. *Health Education Research: Theory and Practice*, 6, 251-252.
- Walston, K. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Theory and Research*, 16(2), 183-199.
- World Health Organization (WHO) (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. WHO, Chap. XIII, 107-114.
- White, K., Terry, D., Troup, C., Rempel, L., & Norman, P. (2010). Predicting the consumption of foods low in saturated fats among people diagnosed with Type 2 diabetes and cardiovascular disease. The role of planning in the theory of planned behaviour. *Appetite*, 55(2), 348–354.
- Wyndaele, M., & Wyndaele, J. (2006). Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? *Spinal Cord*, 44(9):523-9.
- Yeo, J., Walsh, J., Rutkowski, S., Soden, R., Craven, M., & Middleton, J. (1998). Mortality, following spinal cord injury. *Spinal Cord*, 36, 329-336.

Anexos

Anexo_1

Tabelas

Tabela 1

Características Clínica para os quadros clínicos (Tetraplegia e Paraplegia) e para total amostral.

		Quadro Clínico					
		Tetraplegia		Paraplegia		Total	
		N	%	N	%	N	%
Data da lesão	3-6m	4	20%	7	31.8%	11	26.2%
	6-9m	4	20%	3	13.6%	7	16.7%
	9-12m	3	15%	5	22.7%	8	19.0%
	<12m	3	15%	5	22.7%	8	19.0%
	<2 anos	6	30%	2	9.1%	8	19.0%
	Total	20	100.0%	22	100.0%	42	100%
	Traumática	Acidente de viação	8	40%	6	27.3%	14
Acidente de mergulho		2	10%	0	.00%	2	4.8%
Queda		4	20%	6	27.3%	10	23.8%
Arma de Fogo		0	.00%	0	.00%	0	.00%
Outra		1	5%	0	.00%	1	2.4%
Não traumática		5	25%	10	45.5%	15	35.7%
Total		20	100.0%	22	100.0%	42	100.0%
Não Traumática	Tumoral	0	0.0%	2	9.1%	2	4.8%
	Outra	5	25%	8	36.4%	13	31.0%
	Traumática	15	75%	12	54.5%	27	64.3%
	Total	20	100.0%	22	100.0%	42	100.0%
Classificação AIS	A	2	10%	8	36.4%	10	23.8%
	B	4	20%	1	4.5%	5	11.9%
	C	4	20%	9	40.9%	13	31.0%
	D	10	50%	4	18.2%	14	33.3%
	Total	20	100.0%	22	100.0%	42	100.0%

Tabela 3

Distribuição de frequências em ambos os grupos (Tetraplegia e Paraplegia) e no total, nos diferentes graus de severidade da variável na variável Ansiedade (HADS)

Ansiedade	Tetraplegia		Paraplegia		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
0-7	12	60%	12	54.5%	24	57.1%
8-10	2	30%	6	27.3%	12	28.6%
11-14	2	10%	3	13.6%	5	11.9%
15-21	0	0.0%	1	4.5%	1	2.4%

Tabela 4

Distribuição de frequências em ambos os grupos (Tetraplegia e Paraplegia) e no total, nos diferentes graus de severidade da variável Depressão (HADS)

Depressão	Tetraplegia		Paraplegia		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
0-7	10	50%	13	59.1%	23	54.8%
8-10	5	25%	8	36.4%	13	31%
11-14	5	25%	0	0.0%	5	11.9%
15-21	0	.00%	1	4.5%	1	2.4%

Tabela 9

Correlações entre HADS (Ansiedade e Depressão) com a ELCR (total e subescalas: Internalidade, Externalidade e Powerful Others)

		Total (N=42)							
		Internalidade		Externalidade		PowerfulOthers		Total.ELCR	
		<i>r_s</i>	<i>P</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>
Ansiedade		.13	.40	.23	.14	.10	.49	.23	.13
Depressão		.24	.11	.28	.06	.11	.48	.29	.05

*p<.05; **p<.01

Anexo_2
Protocolo de Investigação

EADH

(versão portuguesa, Ribeiro et al., 2007)

Este questionário pretende ajudar a perceber como se tem sentido na última semana. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve o que sentiu na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata será provavelmente a mais correcta. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

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

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

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

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

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

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

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

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

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

6. Sinto-me animado/a:

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

7. Sou capaz de estar descontraído e de me sentir relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

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

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

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

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

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

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

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

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

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

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

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

Escala de Crenças e Atribuições

Para cada item desta escala seleccione a opção mais adequada tendo em conta aquilo em que acredita em relação ao Programa de Reabilitação.

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. O meu programa de tratamento foi criado para aumentar a minha autonomia.	1	2	3	4	5
2. Acredito na eficácia do programa de reabilitação.	1	2	3	4	5
3. Se seguir as recomendações a minha reabilitação será mais eficaz.	1	2	3	4	5
4. A minha lesão é muito grave.	1	2	3	4	5
5. Eu vejo a minha lesão como uma ameaça para o meu futuro.	1	2	3	4	5
6. A minha lesão é demasiado séria e a recuperação não será total.	1	2	3	4	5
7. O programa de reabilitação prepara-me para enfrentar possíveis problemas e limitações associadas à lesão.	1	2	3	4	5
8. A reabilitação é muito importante para prevenir possíveis problemas de saúde relacionados com a lesão.	1	2	3	4	5
9. Sei que se não cumprir o programa de reabilitação posso ter mais problemas de saúde.	1	2	3	4	5
10. Pretendo seguir as indicações que me são dadas pelo médico.	1	2	3	4	5
11. Pretendo seguir as indicações dos fisioterapeutas, enfermeiros, e restantes profissionais.	1	2	3	4	5
12. Mesmo que por vezes sinta dificuldades, pretendo participar activamente nas actividades de vida diárias.	1	2	3	4	5
13. Sinto-me motivado para participar activamente no programa de reabilitação.	1	2	3	4	5
14. Apesar de, por vezes, ter vontade de desistir, sei que tenho de continuar.	1	2	3	4	5
15. Eu consigo impedir que o desconforto físico e/ou dor causados pela minha lesão interfiram nas coisas que eu quero fazer.	1	2	3	4	5
16. Se tentar bastante, eu consigo resolver os problemas relacionados com as minhas dificuldades motoras.	1	2	3	4	5
17. Consigo manter-me calmo ao enfrentar as dificuldades do dia-a-dia porque confio nas minhas capacidades para enfrentar as mais diversas situações.	1	2	3	4	5

(ESSS)
(Ribeiro, 1999)

A seguir vai encontrar várias afirmações. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se pensa muitas vezes está só no mundo e sem apoio, deverá assinalar o número 4.

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Por vezes sinto-me só e sem apoio.	1	2	3	4	5
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	1	2	3	4	5
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	1	2	3	4	5
4. Quando preciso de desabafar encontro facilmente amigos com quem o fazer.	1	2	3	4	5
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	1	2	3	4	5
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	1	2	3	4	5
7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.	1	2	3	4	5
8. Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).	1	2	3	4	5
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.	1	2	3	4	5
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	1	2	3	4	5
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.	1	2	3	4	5
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	1	2	3	4	5
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	1	2	3	4	5
14. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	1	2	3	4	5
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.	1	2	3	4	5

Escala de Adesão Terapêutica

Para cada um dos pontos seguintes, por favor faça um círculo no número que melhor se adequa, tendo em conta o modo como vive o seu programa de reabilitação. Procure ser sincero nas suas respostas.

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Geralmente chego antes da hora de início das sessões.	1	2	3	4	5
2. Normalmente gosto de aproveitar as sessões terapêuticas até ao fim.	1	2	3	4	5
3. Por vezes falto às sessões terapêuticas sem um motivo importante.	1	2	3	4	5
4. Esforço-me muito, sou activo e coopero na minha reabilitação.	1	2	3	4	5
5. Geralmente, cumpro as instruções que me são dadas.	1	2	3	4	5
6. Aceito as mudanças que me são sugeridas.	1	2	3	4	5
7. Tenho uma boa relação com a maioria dos técnicos que me acompanham.	1	2	3	4	5
8. A equipa técnica esforça-se por me entender e por me ajudar a solucionar os meus problemas.	1	2	3	4	5
9. É fácil entender-me com os técnicos e ser verdadeiro no contacto com eles.	1	2	3	4	5

Escala de Adesão Terapêutica (v. e. t.)

Para cada um dos pontos seguintes, por favor escolha o número que melhor se adequa, tendo em conta o modo como avalia a forma como doente vive o seu programa de reabilitação. Por favor, faça um círculo à volta do número que escolher e procure ser sincero nas suas respostas.

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Geralmente chega antes da hora de início das sessões.	1	2	3	4	5
2. Normalmente gosta de aproveitar as sessões terapêuticas até ao fim.	1	2	3	4	5
3. Por vezes falta às sessões terapêuticas sem um motivo importante.	1	2	3	4	5
4. Esforça-se muito, é activo e coopera na reabilitação.	1	2	3	4	5
5. Geralmente, cumpre as instruções que lhe são dadas.	1	2	3	4	5
6. Aceita as mudanças que lhe são sugeridas.	1	2	3	4	5
7. Tem uma boa relação com a maioria dos técnicos que o acompanham.	1	2	3	4	5
8. O doente acredita que a equipa técnica se esforça por entender e por ajudar a solucionar os seus problemas.	1	2	3	4	5
9. Entende-se facilmente com os técnicos e é verdadeiro no contacto com eles.	1	2	3	4	5

Questionário Sócio demográfico

1. Nome: _____

2. Idade: _____ 3. Género: M F 4. Estado civil: - Solteiro(a)
- Casado(a)
- União de facto
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

5. Nacionalidade: _____

6. Profissão: _____

7. Escolaridade

- Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>	- 10° - 12° Ano	<input type="checkbox"/>
- 1° - 4° Ano	<input type="checkbox"/>	- Licenciatura	<input type="checkbox"/>
- 5° - 6° Ano	<input type="checkbox"/>	- Mestrado	<input type="checkbox"/>
- 7° - 9° Ano	<input type="checkbox"/>	- Doutoramento	<input type="checkbox"/>

8. Antecedentes de psicopatologia (no próprio):

Já recorreu a psiquiatra ou psicólogo? Sim Não

Se sim, qual o motivo _____

Por quanto tempo: _____

Foi internado em consequência do problema: Sim Não

9. Antecedentes de psicopatologia (na família)

9.1. Mãe

Já recorreu a psiquiatra ou psicólogo? Sim Não

Se sim, qual o motivo _____

Por quanto tempo: _____

Foi internada em consequência do problema: Sim Não

9.2. Pai

Já recorreu a psiquiatra ou psicólogo? Sim Não

Se sim, qual o motivo _____

Por quanto tempo: _____

Foi internado em consequência do problema: Sim Não

9.3. Irmão/irmã

Já recorreu a psiquiatra ou psicólogo? Sim Não

Se sim, qual o motivo _____

Por quanto tempo: _____

Foi internado em consequência do problema: Sim Não

10. Quadro Clínico: - Tetrapelegia

- Paraplegia

11. Data da lesão: ____ / ____ / ____

12. Causa da lesão:

12.1. Traumática:

Acidente de Viação Acidente de Mergulho Desporto Arma de Fogo

Outra Especifique: _____

12.2. Não traumática:

Tumoral Infecção Vascular Outra Especifique: _____

13. Nível da Lesão: _____

14. Classificação ASIA: - Completa (A)

- Incompleta (B-D)

Escala de Locus Control na Recuperação

(C. Partridge & M. Johnston, 1989; versão portuguesa R. Paixão, 1996)

As questões que se seguem dizem respeito à forma como as pessoas sentem e pensam a sua recuperação face à doença. Não existem, portanto, respostas certas ou erradas.

Para cada uma das questões assinale o quadrado que considera adequar-se melhor à sua situação.

Exemplo: sinto-me bem em casa.

concordo
muito

concordo

nem concordo
nem discordo

não concordo

não concordo
mesmo nada

1) A forma como vou lidar com o meu futuro depende de mim e não do que as outras pessoas possam fazer por mim.

concordo
muito

concordo

nem concordo
nem discordo

não concordo

não concordo
mesmo nada

2) É sempre melhor esperar para ver o que me vai acontecer.

concordo
muito

concordo

nem concordo
nem discordo

não concordo

não concordo
mesmo nada

3) Os médicos são as únicas pessoas que me podem ajudar a recuperar.

concordo
muito

concordo

nem concordo
nem discordo

não concordo

não concordo
mesmo nada

4) O que eu conseguir fazer por mim é que vai marcar realmente a diferença na minha reabilitação.

concordo
muito

concordo

nem concordo
nem discordo

não concordo

não concordo
mesmo nada

5) Os meus esforços não são o mais importante, pois a minha recuperação depende essencialmente da ajuda das outras pessoas.

concordo
muito

concordo

nem concordo
nem discordo

não concordo

não concordo
mesmo nada

6) Os amigos e familiares podem fazer muito pouco para me ajudarem a ultrapassar esta fase.

concordo
muito

concordo

nem concordo
nem discordo

não concordo

não concordo
mesmo nada

7) Nesta situação tudo depende de mim para conseguir a melhor recuperação possível.

concordo
muito

concordo

nem concordo
nem discordo

não concordo

não concordo
mesmo nada

8) A minha contribuição para a minha recuperação não conta muito.

concordo
muito

concordo

nem concordo
nem discordo

não concordo

não concordo
mesmo nada

9) Só os terapeutas (fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais) me podem fazer voltar ao que eu era.

concordo
muito

concordo

nem concordo
nem discordo

não concordo

não concordo
mesmo nada

10) As minhas melhoras dependem mais da minha determinação e força de vontade do que qualquer outra coisa.

concordo
muito

concordo

nem concordo
nem discordo

não concordo

não concordo
mesmo nada

11) Tenho pouco ou nenhum controlo sobre os meus progressos a partir de agora.

concordo
muito

concordo

nem concordo
nem discordo

não concordo

não concordo
mesmo nada

12) Pouco interessa a ajuda que possamos ter - no fim o nosso esforço é que conta verdadeiramente.

concordo
muito

concordo

nem concordo
nem discordo

não concordo

não concordo
mesmo nada
