

AVALIAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL EM INDIVÍDUOS EM REABILITAÇÃO: CONTRIBUTOS PARA A SUA ADAPTAÇÃO

Ana Jéssica Lopes Simão

Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro
ajsimao@ua.pt

Resumo

Ao longo do desenvolvimento humano situações de crise podem ocorrer, quando existe uma alteração ou perturbação do equilíbrio ao nível biológico, psicológico e social. De entre as várias formas de incapacidade que podem atingir o ser humano, a lesão vertebro-medular (LVM) é sem dúvida uma das mais devastadoras. Este tipo de lesão é um acontecimento disruptivo na vida do indivíduo, acarreta mudanças significativas e uma adaptação biopsicossocial. A presente investigação pretende contribuir para o estudo do suporte social na adaptação psicológica em indivíduos em reabilitação. A amostra foi constituída por 36 lesionados vertebro-medulares, de idades entre os 20 e os 82 anos ($M=53.56$, $DP=18.27$), em regime de internamento no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais. Foi aplicado um protocolo de avaliação que engloba a Medida de Independência Funcional e a Escala de Satisfação com o Suporte Social. Os resultados indicam que os indivíduos portadores de LVM apresentam uma adaptação psicológica eficaz à sua condição clínica e que, parece ser um bom indicador da adaptação psicológica uma maior perceção do suporte social. Os resultados salientam a necessidade de os profissionais de saúde e familiares/cuidadores adquirirem conhecimentos facilitadores do processo de adaptação à condição clínica, contribuindo assim para a saúde, bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos portadores de uma LVM.

Palavras-chave: Suporte Social; Reabilitação; Adaptação Psicológica; Situações de Crise; Lesão Vertebro-Medular.

Abstract

Throughout human development, crisis situations can occur whenever there is a change or disturbance of the balance at the biological, psychological and social level.

Among the various forms of disability that can attain the human being, the spinal cord injury (SCI) is undoubtedly one of the most devastating. This type of injury is a disruptive event in the individual's life, entails significant changes and a biopsychosocial adaptation. The present research aims to contribute to the study of the social support in the psychological adaptation in individuals in rehabilitation. The sample consisted of 36 individuals with SCI, with ages between 20 and 82 years ($M=53.56$, $SD=18.27$), in inpatient at the Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais. It was applied an evaluation protocol that encompasses the Functional Independence Measure and the Satisfaction Scale with Social Support. The results indicate that individuals with SCI present an effective psychological adaptation to their clinical condition and that a higher perception of social support seems to be a good indicator of psychological adaptation. The results highlight the need for health professionals and family/caregivers to acquire knowledge that facilitates the process of adaptation to the clinical condition, thus contributing to the health, well-being and quality of life of individuals with SCI.

Keywords: Social Support; Rehabilitation; Psychological Adaptation; Crisis Situations; Spinal Cord Injury.

Introdução

O ser humano é um ser em equilíbrio e desequilíbrio constante. Ao longo do desenvolvimento humano situações de crise podem ocorrer, quando existe uma alteração ou perturbação do equilíbrio ao nível biológico, psicológico e social. A crise origina uma mudança significativa na vida do indivíduo, levando-o a um estado de fragilidade, desorganização e tristeza (Sá, Werlang, & Paranhos, 2008).

A lesão vertebro-medular (LVM) é uma condição clínica devastadora com diversas manifestações incapacitantes e permanentes, decorrentes da perda de funcionalidade parcial ou total da medula espinal (Fechio, Pacheco, Kaihimi, & Alves, 2009). O seu surgimento conduz a uma alteração significativa na vida do indivíduo, acarretando uma série de consequências biopsicossociais (Geyh, Kunz, Müller, & Peter, 2016; Gill, 1999; Kennedy, 1998; Livneh & Martz, 2014). Complicações como alterações sensório-motoras, disfunção sexual, dor, espasmos musculares, fadiga, úlceras de pressão, osteoporose, problemas intestinais e vesicais podem também



ocorrer (Babamohamadi, Negarandeh, & Dehghan-Nayeri, 2011; Geyh et al., 2016; Kennedy, 1998; Ruiz & Díaz, 2003).

As LVM podem classificar-se segundo o nível funcional da lesão (paraplegia vs. tetraplegia) e a extensão da lesão (incompleta vs. completa) (Maynard et al., 1997). Etiologicamente, este tipo de lesões, podem ser divididas em lesões traumáticas e não traumáticas (Faria, 2006; Oliveira, 2001).

As incapacidades decorrentes deste tipo de lesão obrigam a uma institucionalização, proporcionando o contexto de reabilitação um ambiente de grande apoio padronizado que ajuda indivíduos diagnosticados com LVM a familiarizarem-se com a incapacidade adquirida (Lude, Kennedy, Elfström, & Ballert, 2014). O processo de reabilitação após a lesão tem então como objetivos a reintegração do indivíduo na comunidade, melhorar a adaptação à nova condição clínica, promover uma maior autonomia pessoal, potenciando a sua funcionalidade e preparando-o a si e aos seus familiares/cuidadores, a tirar o máximo partido das oportunidades disponíveis. O programa de reabilitação deve assim contemplar os recursos do indivíduo, a natureza das suas dificuldades e o prognóstico médico-funcional, bem como a capacidade para adquirir novas técnicas e conhecimentos, que permitam potenciar os seus níveis de atividade (Oliveira, 2001; Union Européenne des Médecins Spécialistes e a Académie Européenne de Médecine de Réadaptation, 2009).

A adaptação psicológica é um dos principais objetivos da reabilitação, podendo ser definida, no caso concreto da LVM, como a resposta adaptativa do indivíduo à lesão, alterando o comportamento, pensamento e circunstâncias em relação aos fatores associados à lesão e incapacidade, para obter uma qualidade de vida satisfatória (Middleton & Craig, 2008). A literatura tem demonstrado que o suporte social é uma variável que pode influenciar positivamente a adaptação psicológica, tornando-a mais eficaz (Thompson, Coker, Krause, & Henry, 2003; Tramonti, Gerini, & Stampacchia, 2015).

O suporte social pode ser definido como um fenómeno observável e perceptível em que o indivíduo acredita que é amado, cuidado, estimado e que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas (Cobb, 1976). Rees, Smith e Sparkes (2003) salientam a importância de se abordar o suporte social como um constructo multidimensional, havendo diferentes definições de tipos de suporte social mencionados por diferentes autores.

Existem diversos estudos que demonstram que o suporte social pode facilitar o

controlo da doença, das emoções, favorecer a adaptação psicológica, a saúde, a qualidade de vida e a satisfação com a vida (Müller, Peter, Cieza, & Geyh, 2012; Oliveira, 2001; Tramonti et al., 2015). Assim, a perceção do suporte social é essencial na reabilitação e adaptação à LVM (Gill, 1999; Livneh & Martz, 2014; O'Hare, Wallis, & Murphy, 2011), visto que pode funcionar como um mecanismo amortecedor perante situações stressantes, tornando-as de algum modo mais toleráveis e suportáveis, protegendo assim o indivíduo de potenciais efeitos patológicos (Oliveira, 2001).

A literatura existente propõe quatro formas através das quais o suporte social pode influenciar os estados de saúde dos indivíduos, designadamente, promover apoio direto ao indivíduo, aconselhar a procura de cuidados médicos apropriados à sua condição, facilitar modelos de identificação comportamentais acerca de atitudes saudáveis e evitar comportamentos de risco, bem como desenvolver interações psicossociais (Oliveira, 2000).

Os indivíduos com elevado nível de incapacidade adquirida, apesar de estarem frequentemente limitados nos seus contactos sociais comparativamente com outros grupos, não mostram diferenças significativas em relação a outros aspetos do suporte e da própria estrutura das redes sociais (Morgan, Patrick, & Charlton, 1984). Contudo, os indivíduos que sofreram uma LVM apresentam uma rede de contactos sociais consideravelmente mais restrita, quando comparada com a população sem incapacidade adquirida (Schulz & Rau, 1985).

A literatura tem mencionado que o suporte social proporcionado pela família, amigos e mesmo por profissionais de saúde é essencial para a adaptação dos indivíduos em situações de crise (Cobb, 1976; Ornelas, 1996).

Sendo evidente a pertinência, a relevância e os reduzidos estudos em contexto nacional a respeito desta temática, a presente investigação pretende contribuir para o estudo do suporte social e a sua relação com os dados sociodemográficos e clínicos, na adaptação psicológica, em indivíduos portadores de LVM em reabilitação.

Método

Participantes

A presente investigação tem como amostra uma população clínica de 36 indivíduos, com diagnóstico de LVM, em regime de internamento, no ano de 2016, no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC-RP).



Os critérios de exclusão utilizados foram idade inferior a 18 anos e alterações cognitivas que enviesassem as capacidades de compreensão e resposta ao instrumento de avaliação psicológica aplicado, estando estes critérios em consonância com os de peritos na área (Hampton, 2000; Pollard & Kennedy, 2007).

Quanto à amostra, 23 participantes são do sexo masculino (63.9%) e 13 são do sexo feminino (36.1%). As idades dos participantes situam-se entre os 20 e os 82 anos, com uma média de 53.56 anos (DP=18.27). *[Estamos conscientes desta variabilidade e do que lhe está inerente. Porém, achamos ser de elevada utilidade a integração de todos os indivíduos].*

Relativamente ao estado civil, 22 dos indivíduos encontram-se casados/união de facto (61.1%), oito estão solteiros (22.2%), cinco viúvos (13.9%) e um divorciado/separado (2.8%).

No que concerne às habilitações literárias, 12 indivíduos (33.3%) completaram o ensino primário, 15 (41.6%) o ensino básico, três (8.3%) o ensino secundário e seis (16.7%) o ensino superior.

A caracterização clínica da amostra relativamente ao nível funcional, extensão e etiologia da lesão encontra-se apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização clínica da amostra relativamente ao nível funcional, extensão e etiologia da lesão.

	Frequência	Percentagem (%)
Nível Funcional da Lesão		
Paraplegia	24	66.6
Tetraplegia	12	33.3
Extensão da Lesão		
Incompleta	26	72.2
Completa	10	27.8
Etiologia da Lesão		
Não Traumática	19	52.8
Traumática	17	47.2
Total	36	100.0



As idades dos participantes aquando da lesão situam-se entre os 13 e os 80 anos, com uma média de 50.25 anos (DP=19.87). O tempo de reabilitação total variou entre 1 e 432 semanas, com uma duração média de 54.78 semanas. Enquanto o tempo de reabilitação no CMRRC-RP variou entre 1 e 96 semanas, com uma duração média de 18.47 semanas.

A Medida de Independência Funcional (MIF) aplicada à amostra, varia entre 48 e 123 pontos, situando-se a média nos 82.33 pontos (DP=21.33). Do total da amostra, 17 participantes (47.2%) efetuam idas ao domicílio no fim de semana.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Clínico: Permite recolher informações sobre variáveis sociodemográficas como o género, idade, estado civil e habilitações literárias. O questionário aborda, igualmente, o nível funcional, a extensão e a etiologia da lesão, a idade do sujeito aquando da lesão, o tempo de reabilitação total, o tempo de reabilitação no CMRRC-RP, a independência funcional do participante no início do internamento e a ida dos indivíduos ao domicílio no fim de semana. O valor da MIF e as informações clínicas relacionadas com a lesão foram obtidas através da consulta dos processos clínicos, após consentimento dos participantes.

Medida de Independência Funcional (MIF): A MIF, é a versão portuguesa da *Adult Functional Independence Measure, Guide for the Uniform Data System for Medical Rehabilitation* (Keith, Granger, Hamilton, & Sherwin, 1987; Laíns, 1991). Este instrumento de avaliação é um indicador de base da severidade da incapacidade e foca-se na realização das atividades de vida diárias de forma independente. Foi desenvolvido para o acompanhamento de indivíduos que se encontrem em processo de reabilitação, avaliando o seu desempenho em 18 tarefas. Cada um dos 18 itens (tarefas) são classificados numa escala de 1 (*dependência total*) a 7 (*independência total*) pontos, que representam os níveis de dependência. A cotação total pode variar entre 18 e 126 pontos. A MIF apresenta as seguintes subescalas: autocuidados, controlo esfinteriano, mobilidade/transferências, locomoção, comunicação e cognição social (Laíns, 1991; Maynard et al., 1997).

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS): A ESSS foi desenvolvida e validada, em 1999, por Pais-Ribeiro e permite identificar quatro dimensões: satisfação com amigos/amizades (SA, cinco itens), intimidade (I, quatro itens), satisfação com a família (SF, três itens) e atividades sociais (AS, três itens). A ESSS é composta por 15



itens, nos quais o sujeito deve, numa escala de tipo *Likert* com cinco opções de resposta (de *concordo totalmente* a *discordo totalmente*), selecionar aquela que mais se adequa. A pontuação para a escala total pode variar entre 15 e 75 pontos, sendo que à pontuação mais alta corresponde uma perceção de maior suporte social. Contudo, as pontuações mínimas e máximas por dimensão são diferentes, visto que o número de itens varia em cada dimensão. Esta escala apresenta um valor de consistência interna de .85 (*alfa de Cronbach*) e mostra-se fiel e válida para a população portuguesa (Pais-Ribeiro, 2011).

Procedimento

O protocolo foi realizado através de entrevistas estruturadas, de modo a permitir uma aplicação *standard* a todos os participantes, independentemente das limitações motoras que estes pudessem, ou não, apresentar. Com as respetivas autorizações do Conselho de Administração e da Comissão de Ética para a Saúde do CMRRC-RP, a recolha de dados foi realizada após todos os participantes terem sido informados dos objetivos da investigação, de terem dado o seu consentimento para a participação na mesma, tendo-lhes sido garantido o anonimato, a confidencialidade dos dados recolhidos e a possibilidade de acederem aos resultados.

Análise de Dados

A análise estatística dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS, versão 20.0 para o sistema operativo *Windows*). Foram usadas estatísticas descritivas para caracterizar a amostra e o instrumento de avaliação psicológica aplicado. Após ser estudada a normalidade da amostra, verificou-se que esta difere significativamente da distribuição normal. Dado isso, optou-se pela realização de estatística não-paramétrica, onde foi aplicado o teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes.

Resultados

De acordo com a análise descritiva efetuada, a subescala do suporte social que revelou uma pontuação média mais elevada foi a satisfação com amigos/amizades (M=20.44, DP=3.20), seguida da intimidade (M=15.22, DP=3.54), satisfação com a família (M=12.31, DP=3.08) e por fim as atividades sociais (M=9.03, DP=3.09). Tendo

a ESSS apresentado uma pontuação média total de 57.00 pontos (DP=9.48).

No presente estudo, a percepção do suporte social foi maior nos indivíduos portadores de uma lesão não traumática (Mdn=62.00, DP=7.92) do que nos indivíduos portadores de uma lesão traumática (Mdn=56.00, DP=10.20). Um teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes mostrou que a diferença entre condições era estatisticamente significativa (U=92.00, Z=-2.21, p=.028, r=-0.37).

A percepção do suporte social foi também maior nos indivíduos portadores de uma lesão incompleta (Mdn=59.50, DP=7.33) do que nos indivíduos portadores de uma lesão completa (Mdn=55.50, DP=11.88). Constataram-se diferenças estatisticamente significativas entre condições (U=70.00, Z=-2.12, p=.034, r=-0.35).

Relativamente à percepção da satisfação com amigos/amizades, esta foi maior nos indivíduos portadores de uma lesão não traumática (Mdn=22.00, DP=2.65) do que nos indivíduos portadores de uma lesão traumática (Mdn=20.00, DP=3.44). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre condições (U=97.50, Z=-2.04, p=.042, r=-0.34).

A percepção da satisfação com amigos/amizades foi também maior nos indivíduos portadores de uma lesão incompleta (Mdn=22.00, DP=2.53) do que nos indivíduos portadores de uma lesão completa (Mdn=19.00, DP=3.95). Um teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes mostrou que a diferença entre condições era estatisticamente significativa (U=69.50, Z=-2.15, p=.031, r=-0.36).

Quanto à percepção da satisfação com a família, verificou-se que esta foi maior nos indivíduos mais velhos (Mdn=14.00, DP=1.85) do que nos indivíduos com idades mais jovens (Mdn=12.00, DP=3.72). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre condições (U=79.50, Z=-2.61, p=.009, r=-0.44).

A percepção da satisfação com a família foi também maior nos indivíduos que sofreram a lesão em idades mais avançadas (Mdn=14.00, DP=1.81) do que nos indivíduos que sofreram a lesão em idades mais jovens (Mdn=12.00, DP=3.81). Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre condições (U=78.50, Z=-2.58, p=.010, r=-0.43).

Em relação à percepção da realização de atividades sociais, esta foi maior nos indivíduos portadores de uma lesão incompleta (Mdn=9.00, DP=3.02) do que nos indivíduos portadores de uma lesão completa (Mdn=7.50, DP=2.23). Foram constatadas diferenças estatisticamente significativas entre condições (U=56.00,



$Z=-2.65$, $p=.008$, $r=-0.44$).

A percepção da realização de atividades sociais foi também maior nos indivíduos diagnosticados com paraplegia (Mdn=9.00, DP=3.28) do que nos indivíduos diagnosticados com tetraplegia (Mdn=8.00, DP=2.02). Um teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes mostrou que a diferença entre condições era estatisticamente significativa ($U=80.50$, $Z=-2.16$, $p=.032$, $r=-0.36$).

Discussão

A LVM apresenta um acontecimento disruptivo na vida do indivíduo e acarreta mudanças significativas e uma adaptação biopsicossocial (Geyh et al., 2016; Ruiz & Díaz, 2003). Por conseguinte, a Psicologia tem procurado encontrar formas de auxiliar e dotar de recursos estes indivíduos, investigando variáveis que permitam facilitar a adaptação psicossocial e a reabilitação física durante e após o processo de internamento. Sendo também considerada a educação em situações de crise de elevada importância.

A literatura tem demonstrado que variáveis como o suporte social podem influenciar positivamente a adaptação psicológica, tornando-a mais eficaz (Thompson et al., 2003; Tramonti et al., 2015). O presente estudo investigou a variável psicológica numa amostra de indivíduos portadores de uma LVM, em reabilitação.

Estudos realizados a populações de indivíduos diagnosticados com LVM confirmam que a qualidade do suporte social é muito mais importante do que a quantidade (Tramonti et al., 2015). A literatura evidencia também, que no momento em que os indivíduos chegam a uma idade mais avançada, a família e pequenos grupos de amigos próximos podem voltar a representar a principal fonte de suporte social (Oliveira, 2001; Shaw, Krause, Liang, & Bennett, 2007). Os resultados da presente investigação, em que a percepção da satisfação com a família foi mais elevada nos indivíduos com mais idade e nos que sofreram a lesão em idades mais avançadas, vêm corroborar os estudos acima referenciados.

Uma LVM com todo o impacto físico e psicológico acaba, inevitavelmente, por afetar as relações sociais que o indivíduo estabelece. As circunstâncias que a lesão provoca no indivíduo, designadamente a dependência face a terceiros, o isolamento social após a lesão e a irreversibilidade da perda, conduzem-no a um estado de elevada insatisfação, aspeto que pode levar à ausência de motivação para a vida

social (Fechio et al., 2009). No presente estudo, a percepção do suporte social, da satisfação com amigos/amizades e da realização de atividades sociais foi menor nos indivíduos portadores de uma lesão completa, tendo também, os indivíduos diagnosticados com tetraplegia uma menor percepção da realização de atividades sociais, o que vai de encontro à literatura mencionada anteriormente.

É importante enfatizar que a literatura tem mencionado que a família/cuidadores não possuem a formação ou preparação necessária para auxiliar o indivíduo portador de uma LVM a adaptar-se à situação de crise, o que pode colocar em risco o bem-estar e qualidade de vida tanto da pessoa portadora da lesão como o da sua família/cuidadores (Dreer, Elliott, Shewchuk, Berry, & Rivera, 2007; Temmink, Francke, Hutten, Zee, & Abu-Saad, 2000). Assim é fundamental a educação e aconselhamento dos indivíduos com uma LVM, bem como das famílias/cuidadores e amigos ao longo de todo o programa de reabilitação com o intuito de trabalharem conjuntamente no processo de adaptação à nova condição clínica (Gill, 1999) e consequentemente melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos.

Podemos mencionar que os indivíduos do presente estudo apresentam uma adaptação psicológica eficaz à sua condição clínica, tal como é defendido por alguns autores (Pollard & Kennedy, 2007). No entanto, importa aqui frisar que, o adequado e a elevada qualidade do acompanhamento psicológico que é realizado no CMRRC-RP poderá ter contribuído para alguns dos resultados positivos aqui apresentados.

Não menosprezando as conclusões encontradas no nosso estudo, é necessário ter em consideração algumas limitações inerentes a este tipo de estudo, nomeadamente: a desejabilidade social, o tamanho da amostra e a sua representatividade, a escassez de literatura recente em contexto nacional relativa a indivíduos com LVM e a ausência de instrumentos validados para a população de indivíduos portadores deste tipo de lesões, ao contrário do que acontece com outras populações clínicas.

Para investigação futura importa estudar outras variáveis psicológicas bem como a inclusão de amostras maiores, construir e validar instrumentos de avaliação psicológica para a população de indivíduos portadores de LVM. Para além da necessidade de replicar o presente estudo, importa ainda que possam ser realizados estudos de natureza longitudinal com o intuito de investigar o suporte social ao longo das diversas etapas de vida destes indivíduos.

Em conclusão, os resultados salientam a necessidade de os profissionais de



saúde e familiares/cuidadores adquirirem conhecimentos facilitadores do processo de adaptação à condição clínica, contribuindo assim para a saúde, bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos portadores de uma LVM.

Referências Bibliográficas

- Babamohamadi, H., Negarandeh, R., & Dehghan-Nayeri, N. (2011). Coping strategies used by people with spinal cord injury: A qualitative study. *Spinal Cord*, 49(7), 832-837. doi:10.1038/sc.2011.10
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. doi: 10.1097/00006842-197609000-00003
- Dreer, L. E., Elliott, T. R., Shewchuk, R., Berry, J. W., & Rivera, P. (2007). Family caregivers of persons with spinal cord injury: Predicting caregivers at risk for probable depression. *Rehabilitation Psychology*, 52(3), 351-357. doi: 10.1037/0090-5550.52.3.351
- Faria, F. (2006). Lesões vértebro-medulares: A perspectiva da reabilitação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 12(1), 45-53. doi:10.1016/S0873-2159(15)30467-0
- Fechio, M., Pacheco, K., Kaihami, H., & Alves, V. (2009). A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. *Acta Fisiátrica*, 16(1), 38-42. doi: 10.5935/0104-7795.20090005
- Geyh, S., Kunz, S., Müller, R., & Peter, C. (2016). Describing functioning and health after spinal cord injury in the light of psychological–personal factors. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 48(2), 219-234. doi: 10.2340/16501977-2027
- Gill, M. (1999). Psychosocial implications of spinal cord injury. *Critical Care Nursing Quarterly*, 22(2), 1-7. doi: 10.1097/00002727-199908000-00002
- Hampton, N. (2000). Self-efficacy and quality of life in people with spinal cord injuries in China. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43(2), 66-74. doi: 10.1177/003435520004300202
- Keith, R., Granger, C., Hamilton, B., & Sherwin, F. (1987). The functional independence measure – FIM. *Advances in Clinical Rehabilitation*, 1, 6-18. Retirado de <http://www.incamresearch.ca/content/functional-independence-measure>
- Kennedy, P. (1998). Spinal cord injuries. In A. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology: Health psychology* (Vol. 8). (pp. 445-462). New York: Elsevier Science. doi: 10.1016/B0080-4270(73)00095-X
- Laíns, J. (1991). *Guia para o uso do sistema uniformizado de dados para reabilitação*

médica (SUDRM). Tradução autorizada pelo Uniform Data System for Medical Rehabilitation and The Center for Functional Assessment Research, State University of New York: Buffalo.

- Livneh, H., & Martz, E. (2014). Coping strategies and resources as predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology, 59*(3), 329-339. doi: 10.1037/a0036733
- Lude, P., Kennedy, P., Elfström, M., & Ballert, C. (2014). Quality of life in and after spinal cord injury rehabilitation: A longitudinal multicenter study. *Topic in Spinal Cord Injury Rehabilitation, 20*(3), 197–207. doi: 10.1310/sci2003-197
- Maynard, F., Bracken, M., Creasey, G., Ditunno, J., Donovan, W., Ducker, T., ... Young, W. (1997). International standards for neurological and functional classification of spinal cord injury. *Spinal Cord, 35*(5), 266-274. doi: 10.1038/sj.sc.3100432
- Middleton, J., & Craig, A. (2008). Psychological challenges in treating persons with spinal cord injury. In A. Craig, & Y. Tran (Eds.), *Psychological aspects associated with spinal cord injury rehabilitation: New directions and best evidence* (pp. 3-53). New York: Nova Science Publishers. Retirado de <https://opus.lib.uts.edu.au/handle/10453/12110>
- Morgan, M., Patrick, D. L., & Charlton, J. R. (1984). Social network and psychosocial support among disable people. *Social Science & Medicine, 19*(5), 489-497. doi:10.1016/0277-9536(84)90044-3
- Müller, R., Peter, C., Cieza, A., & Geyh, S. (2012). The role of social support and social skills in people with spinal cord injury—a systematic review of the literature. *Spinal Cord, 50*(2), 94-106. doi:10.1038/sc.2011.116
- O'Hare, M., Wallis, L., & Murphy, G. (2011). Social support pairs predict daily functioning following traumatic spinal cord injury: An exploratory study. *The Open Rehabilitation Journal, 4*(1), 51-58. Retirado de <http://www.bentham-open.com/contents/pdf/TORHJ/TORHJ-4-51.pdf>
- Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica, 18*(4), 437-453. doi: 10.14417/ap.391
- Oliveira, R. A. (2001). *Psicologia clínica e reabilitação física: Uma abordagem psicoterapêutica da incapacidade física adquirida*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica, 2-3*(14), 263-



268. Retirado de http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3843/1/AP_1996_23_263.pdf
- Pais-Ribeiro, J. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa: Placebo.
- 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(3), 347-362. doi: 10.1348/135910707X197046
- Rees, T., Smith, B., & Sparkes, A. (2003). The influence of social support on the lived experiences of spinal cord injured sportsmen. *The Sport Psychologist*, 17(2), 135-156. Retirado de <https://ore.exeter.ac.uk/repository/handle/10871/16349>
- Ruiz, M., & Díaz, A. (2003). *Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular*. Retirado de <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6696/lesionmedular.pdf>
- Sá, S. D., Werlang, B. S. G., & Paranhos, M. E. (2008). Intervenção em crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1), 73-80. Doi: 10.5935/1808-5687.20080008
- Schulz, R., & Rau, M. T. (1985). Social support through the life course. In S. Cohen, & L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 129-149). New York: Academic Press. Retirado de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1985-97489-007>
- Shaw, B., Krause, N., Liang, J., & Bennett, J. (2007). Tracking changes in social relations throughout late life. *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2B), S90-S99. doi: 10.1093/geronb/62.2.S90
- Temmink, D., Francke, A. L., Hutten, J. B. F., Zee, J. V. D., & Abu-Saad, H. H. (2000). Innovations in the nursing care of the chronically ill: A literature review from an international perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1449-1458. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01420.x
- Thompson, N., Coker, J., Krause, J., & Henry, E. (2003). Purpose in life as a mediator of adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 48(2), 100-108. doi: 10.1037/0090-5550.48.2.100
- Tramonti, F., Gerini, A., & Stampacchia, G. (2015). Relationship quality and perceived social support in persons with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 53(2), 120-124. doi:10.1038/sc.2014.229
- Union Européenne des Médecins Spécialistes, & Académie Européenne de Médecine de Réadaptation (2009). *Livro branco de medicina física e de reabilitação na Europa (LBMFR)*. Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação.