

GEORGIA CRISTIAN BORGES

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM PROCESSO DE
REABILITAÇÃO**

Brasília
2007

GEORGIA CRISTIAN BORGES

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM PROCESSO DE
REABILITAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Interinstitucional UNB -
UNIGRAN, como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Ciências
da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Clotilde
Henriques Tavares

Brasília
2007

*“Não corra atrás das borboletas; plante ‘uma
flor em seu jardim e todas as borboletas virão
até ela”*

(D. Elhers).

Aos homens e mulheres que já foram acometidos pelo acidente vascular encefálico, em especial àqueles que fizeram parte deste estudo.

Ao saudoso senhor Orevir Miotto que infelizmente, não esta mais entre nós, mas contribuiu com muito empenho para o desenvolvimento deste estudo.

Aos meus pais que me apoiaram sem cessar;

Aos meus alunos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a vida!

Aos meus pais, que me nutriram de amor, carinho e atenção, não deixando que nada me faltasse, amo vocês!

À minha orientadora Maria Clotilde H. Tavares, que sem medir esforços me recebeu em Brasília com muita atenção e me dedicou muitas horas de orientação, foram horas de aprendizado que levarei para minha vida. Mas o maior aprendizado que me ofereceu foi à humildade e o sentimento de capacidade, sempre acreditando em mim, Obrigada pelo exemplo de ser humano!

Ao Prof. Dr. Hartmut Gunter que colaborou com a análise estatística e com carinho se fez compreensivo e me fez acreditar que seria possível.

A todos os professores do programa de mestrado em ciências da saúde, que dedicaram momentos preciosos de sabedoria, representados pelo Prof. Dr. Carlos Tomaz.

À minha querida Mestre e Amiga Sandra Haerter Lopes, pela sua atenção, carinho e incentivo; sem você este projeto nem teria existido. Você plantou esta semente há alguns anos atrás e ela agora começa a brotar, razão pela qual sou eternamente grata.

À Unigran, lugar onde dei os primeiros passos na vida acadêmica e representada por pessoas maravilhosas, através da Magnífica Reitora Rosa Maria D'Amato De Déa, a qual oportunizou o meu ingresso como docente, e minha qualificação, chegando hoje ao título de Mestre.

À professora Mara Mussury, não há palavras suficientes para expressar seu carinho e compreensão, você acreditou em mim e me ensinou a ser forte.

À Eveline Barbosa encantadora colega de trabalho que não mediu esforços para me ajudar, você me ajudou mais do que pode imaginar, obrigada querida!

Ao setor de fisioterapia através das professoras Ângela Lima, Tais e Rafaela, obrigada pela atenção.

Aos pacientes pela atenção e contribuição.

Aos meus alunos, que nos momentos de dificuldade e vontade de desistir, me mostravam através do brilho no olhar, que eu seria capaz e que ao final valeria a

pena. Foi pelo prazer em estar em sala de aula e ver o entusiasmo do processo de ensino aprendido que me fiz capaz de ir até o fim!

Aos meus queridos amigos que por vezes me distraíram, mas com a intenção de me ajudar a aliviar as pressões. Vocês foram e são fundamentais na minha vida!

E não poderia esquecer Kowu, Kiara, Nega e Ájax amigos irracionais, mas que sabem amar e compreender acima de tudo!

A todos que de uma maneira ou outra contribuíram para a realização deste trabalho.

Em especial ao Sérgio Rubin-de-Celis que nos últimos momentos me ensinou que este processo vale à pena, se não for pela dor e sim pelo amor!

RESUMO

O presente estudo preliminar pesquisou as estratégias de enfrentamento (coping) utilizadas e a percepção da qualidade de vida (QV) de um grupo de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico (AVE) em processo de reabilitação, relacionadas as suas relações com atividades da vida diária, tempo de acometimento, tempo de reabilitação, gênero e idade. A amostra foi tomada entre março a outubro de 2006 e composta por 17 pacientes, 12 homens e 05 mulheres, com idade entre 34 e 82 anos, e uma média de 58,8 anos com desvio padrão de 11.02, todos os pacientes foram da Clínica de Fisioterapia da Unigran – Dourados, MS, Brasil. A avaliação cognitiva foi realizada através do instrumento MiniMental (Bertolucci, 1994), 1) o Inventário de Enfrentamento (Folkman e Lazarus, 1985), versão traduzida (Savoia, 1996) o Índice de Katz (Gallo *et al.*, 1995) e a Escala de Qualidade de Vida de Clientes de Serviços de saúde Mental de Wisconsin (W-QLI) (Becker, 1993), respondidos em sessões consecutivas, antes ou após de reabilitação fisioterápica. Informações sobre o tempo de acometimento do acidente vascular encefálico, o tempo de reabilitação e os tipos de seqüelas foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada realizada com cada paciente. Quanto às estratégias de enfrentamento em relação ao acidente vascular encefálico, os resultados indicam que os homens utilizaram mais a estratégia de autocontrole, enquanto as mulheres utilizaram em maior proporção à resolução de problemas. Os índices Alpha de Cronbach não atingiram o padrão esperado exceto nas estratégias de confronto, suporte social e fuga. A maioria dos pacientes utilizou as estratégias resolução de problemas (86,8%), e reavaliação positiva (76,5%). A percepção da qualidade de vida esteve positivamente correlacionada com a estratégia de enfrentamento de fuga e esquiva ($r = 0,529$). As atividades instrumentais apresentaram correlação negativa ($r = -0,541$) e a variável, finanças correlacionou-se positivamente com a estratégia de confronto ($r = 0,559$). Os resultados sugerem que estes pacientes possam ter uma avaliação positiva quanto a sua satisfação de qualidade de vida, sua saúde física e apoio social, contribuindo de forma positiva para sua percepção e enfrentamento em relação ao AVE.

Palavras-chave: Acidente vascular encefálico; Enfrentamento; Qualidade de vida

ABSTRACT

The following research studied the strategies utilized in the process of coping and the perception of quality of life. The research was conducted in a group of patients whose lives were affected by a stroke and are currently in rehabilitation process. A relationship was made based on their daily activities, time of stroke, and time of rehabilitation, sex and age. The survey was made from march to October 2006 and conducted on 17 patients, 12 men and 05 women, with age varying between 34 and 82 years. The average age was 58,8 years and the standard deviation, 11,02. All stroke patients were committed to the Clinic of Physiotherapy of Unigran - Dourados, MS, Brazil. The cognitive tests were MiniMental State Examination (Bertolucci, 1994) the Inventory of coping (Folkman and Lazarus, 1985), translated version (Savoia, 1996), the Index of Katz (Gallo et al.,1995) e The Wisconsin of Quality of Life of Customers of Services of Mental health (W-QLI) (Becker, 1993) . They were conducted in consecutive sessions before or after the rehabilitation physiotherapy. Information about the sudden of attacked time of the stroke, time of rehabilitation and sort of sequels had been gotten by means of interview half-structuralized took effect with each patient. In relation to strategies of coping in stroke relation, the results denoted that men had used more the self-control strategy, while women had used in bigger ratio, the problem solving. The indexes of Alfha of Cronbach had not reached the expected standard except for the strategies of confrontive, social support and escape-avoidance. The majority of the patients used the problem solving strategies (81%) and positive reappraisal (59%). The perception of the quality of life was correlated positively with the strategy of coping of escape-avoidance ($r = 0,529$). The instrumentals activities were correlated negative with the strategy of positive reappraisal ($r = 0,025$) and the variable: finances was positively correlated with the confrontive strategy ($r = 0,559$).The results suggest that these patients may have a positive evaluation in relation to their satisfaction in terms of quality of life, physical health, social support, this has a positive contribution in their perception and coping with the stroke.

Key words: Stroke; coping; life quality

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxonomia das definições de qualidade de vida	24
Tabela 2 - Descrição dos fatores de qualidade de vida. Escala de qualidade de vida (Apêndice B).....	32
Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos acometidos por AVE em relação ao tempo de acometimento (n= 17).....	37
Tabela 4 - Índices de Alpha de Cronbach, médias e desvios padrão de cada estratégia de enfrentamento	42
Tabela 5 - Percentual de utilização das estratégias de enfrentamento.....	43
Tabela 6 - Legenda das estratégias de enfrentamento e fatores de qualidade de vida.....	44
Tabela 7 - Distribuição das correlações entre estratégias de enfrentamento e fatores de qualidade de vida. N = 17.....	45

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1** - Grau de independência quanto ao desempenho de Atividades Rotineiras desempenhadas por pacientes acometidos por AVE em processo de reabilitação (N=17). 38
- FIGURA 2** – Grau de independência quanto ao desempenho de Atividades Instrumentais desempenhadas por pacientes acometidos por AVE em processo de reabilitação (N=17). 39

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
I - INTRODUÇÃO	14
1.1 Caracterização do Acidente Vascular Encefálico.....	14
1.2 Estresse e Enfrentamento.....	16
1.3 Qualidade de Vida	24
1.4 Objetivo geral	27
1.4.1 Objetivos específicos.....	27
II - MATERIAIS E MÉTODOS	28
2.1 Local	28
2.2 Sujeitos	28
2.3 Instrumentos	29
2.3.1 MiniMental State Examination.....	29
2.3.2 Inventário de enfrentamento.....	30
2.3.3 Índice de Katz.....	30
2.3.4 Escala de Qualidade de Vida de Clientes de Serviços de saúde Mental	31
2.4 Procedimento	33
2.5 Considerações éticas.....	34
2.6 Análise de dados	35
III - RESULTADOS	37
3.1 Perfil sócio-demográfico	37
3.2 Descrição das atividades da vida diária, fatores de qualidade de vida e estratégias de enfrentamento.....	38
3.2.1 Qualidade de vida dos pacientes acometidos por AVE.....	39
3.2.1.1 Bem estar psicológico.....	40
3.2.1.2 Sintomas emocionais	40
3.2.1.3 Saúde física.....	40
3.2.1.4 Relações de suporte social.....	41
3.2.1.5 Finanças	41
3.2.1.6 Percepção da qualidade de vida.....	41
3.2.1.7 Nível de satisfação.....	41
3.2.2 Caracterização estratégias de enfrentamento.....	42
3.3 Correlação das estratégias de enfrentamento e gênero, idade, tempo de acometimento e tempo de reabilitação.....	43
3.3.1 Correlação entre idade, tempo de acometimento, tempo de reabilitação e estratégias de enfrentamento	43
3.3.2 Correlações entre estratégias de enfrentamento atividades da vida diária	44
3.3.3 Correlações entre estratégias de enfrentamento e fatores de qualidade de vida.....	44
IV - DISCUSSÃO	48
V - CONCLUSÕES	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXO A - INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING DE FOLKMAN E LAZARUS	64
ANEXO B - AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA /ÍNDICE DE KATZ	67
ANEXO C – ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA.....	70

ANEXO D - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	77
ANEXO E - TCLE.....	78
APENDICE A -FATORES DO INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>	79
APENDICE B- FATORES DE QUALIDADE DE VIDA.....	82

APRESENTAÇÃO

A motivação para a realização do presente estudo baseou-se no interesse da pesquisadora em verificar a maneira como os pacientes acometidos por acidentes vasculares encefálicos (AVE) lidam com as seqüelas deixadas por ele, logo após um estágio realizado, ainda enquanto acadêmica de psicologia, no setor de Neurologia da Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário da Grande Dourados-Unigran.

Levantou-se a hipótese de que os pacientes acometidos pelos AVEs que mantêm certo grau de independência em suas atividades de vida diária e com percepção positiva de sua qualidade de vida apresentariam estratégias de enfrentamento mais efetivas em relação a sua condição.

Sabe-se que em nosso país, estudos com estratégias de enfrentamento não são freqüentes para o tipo de paciente descrito principalmente, em nossa região. Assim, vê-se a necessidade de descrever como esses pacientes percebem a sua qualidade de vida, de que forma eles lidam com as seqüelas ocasionadas pelo AVE, bem como descrever as estratégias utilizadas por eles para enfrentar a sua condição. O conhecimento desses fatores é particularmente importante para que se possa avaliar o estado do paciente em reabilitação.

Estudos no Brasil com estratégias de enfrentamento vêm sendo realizadas com diversas populações, pacientes com câncer (NEVES, E., 2004), mulheres hipertensas (CHAVES, 2002), transplantados (SANTOS, 2004), mulheres mastectomizadas (DUARTE, 2003), adolescentes com diabetes (SANTOS, 2003), pacientes com lesão raquimedular (PEREIRA, 2005), entre outros. Até a conclusão do presente estudo não encontramos na literatura nacional outros estudos sobre o tema em pacientes com AVE. Considerando que o acometimento por AVE produz em geral, seqüelas, é importante conhecer a forma como estes pacientes lidam com as mudanças provocadas pelo mesmo, assim como investigar a possível relação entre as estratégias de enfrentamento utilizadas por eles, com aspectos relacionados à qualidade de vida e às atividades da sua vida diária e ainda, verificar se o tempo de acometimento e o tempo de reabilitação também interferem na escolha das estratégias utilizadas pelos mesmos.

O conhecimento destes fatores se torna importante na medida em que a

equipe de reabilitação de posse destas informações poderá reestruturar o programa de reabilitação e atender o paciente com AVE de forma mais precisa, dentro de suas condições reais. E poderá ainda incluir se necessário o atendimento psicológico.

I - INTRODUÇÃO

1.1 Caracterização do Acidente Vascular Encefálico

O *acidente vascular encefálico* (AVE) caracteriza-se por uma incapacidade súbita da circulação cerebral causada por um bloqueio parcial ou total de um ou mais vasos sanguíneos, decorrente da falta de oxigênio por poucos minutos que leva à destruição da célula e morte do tecido cerebral (ROACH, 2002).

Na língua inglesa o *acidente vascular encefálico* é entendido como “*stroke*”, e equivale ao comprometimento funcional neurológico. O AVE apresenta-se em duas formas. A primeira, *anóxico-isquêmica*, é caracterizada como a falência vasogênica para suprir adequadamente o tecido de oxigênio e substratos. A segunda é denominada *hemorrágica*, e resulta do extravasamento de sangue para dentro ou para o entorno das estruturas do sistema nervoso central (CHAVES, 2000).

Em outras palavras, o acidente vascular encefálico (AVE) pode ser compreendido então como uma dificuldade, de fornecimento de sangue e seus constituintes em maior ou menor grau a uma determinada área do cérebro, o que determina a falência ou infarto desta área e, conseqüentemente, a perda ou diminuição das respectivas funções controladas pela área comprometida. Este evento provoca impacto em estruturas no sistema nervoso central e deixa seqüelas significativas nas funções cognitivas e físicas, que podem impedir a reintegração social, quer no trabalho, quer em vivências do dia-a-dia para o paciente acometido pelo AVE.

Alguns fatores contribuem para a ocorrência do AVE tais como: hipertensão arterial, que é considerada o principal fator de risco, tabagismo, diabetes e níveis alterados de colesterol (YAMAMOTO, 2007).

O AVE é atualmente considerado a primeira causa de incapacidade motora, sensitiva e cognitiva no mundo (SHAH e GONDEK, 2003). A Organização Mundial da Saúde, em relatório de 1994, estima que o acidente vascular encefálico (AVE) ocupa o 3º lugar nas estatísticas de mortalidade (COSTA, 2000). No Brasil, estima-se que as doenças cerebrovasculares estejam entre as principais causas de óbito nos grandes centros urbanos. Segundo a Sociedade Brasileira de Doenças

Cerebrovasculares, o AVE é a primeira causa de óbito, e gera grande impacto sobre a saúde da população (SDCV, 2001).

É preciso considerar que o AVE traz consigo uma série de seqüelas de ordem física, cognitiva, emocional e funcional (FALCÃO, 2004). Estas seqüelas implicam em algum grau de dependência para o paciente acometido, principalmente no ano seguinte ao acometimento do mesmo. Conseqüentemente, cerca de 30 a 40% dos pacientes que sobreviveram ao AVE são impedidos de voltar ao trabalho e requerem algum tipo de auxílio no desempenho de atividades cotidianas (ROCHA, 1993). Outra questão importante é que independentemente do gênero, o AVE é causa de insatisfação com a vida e de limitações funcionais diversas, além da perda da autonomia decorrente das incapacidades que ele impõe para o indivíduo acometido (FALCÃO, 2004).

As limitações físicas e neuropsicológicas associadas ao acidente vascular encefálico causam impacto significativo no indivíduo, o que, por si, propicia um maior risco para o desencadeamento de um episódio depressivo (VATAJA, 2001). As incapacidades sensoriais e cognitivas causadas pelo AVE interferem também de maneira efetiva nas habilidades para as atividades de vida diária, como se vestir, cuidar da aparência e realizar atividades de lazer (FALCÃO, 2004).

Sabe-se que o Acidente Vascular Encefálico é uma doença que pode ocasionar incapacidade funcional e levar ao óbito. Sendo assim, é necessária a intervenção de uma equipe multidisciplinar, com formação especializada, para o manuseio desses pacientes (NEVES, P.P., 2004).

Em estudo realizado com dezessete pacientes crônicos com diagnóstico de AVEs isquêmicos, identificou-se que o prognóstico de independência funcional está altamente correlacionado com a habilidade cognitiva dos mesmos (CALASANS, 2004), ou seja, não há como pensar em aspectos de funcionalidade sem considerar os aspectos cognitivos.

Neste contexto de insatisfações tanto emocionais quanto físicas, o processo de reabilitação contribui para a reintegração tanto física quanto cognitiva do paciente. Contudo, para que esta traga resultados satisfatórios é necessário considerar o grau das seqüelas, a idade do paciente, suas relações sócio-afetivas, a qualidade de vida e a forma como paciente reage ou enfrenta seu estado.

O AVE em sua fase crônica apresenta um longo período de tratamento e controle. Diante desta perspectiva, Taylor & Aspinwall (1990) *apud* Santos (2004),

colocam que pacientes crônicos geralmente apresentam sensação de desorganização, sendo que, a partir do diagnóstico, eles sofrem mudanças em relação ao estilo de vida, que podem gerar modificações cotidianas e futuras.

Segundo a Divisão de Doenças Crônicas não Transmissíveis¹, as doenças crônicas se caracterizam por um longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não elucidada totalmente, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito (VRANJAC, 2007).

Estas dificuldades no dia-a-dia do paciente precisam ser trabalhadas sob a luz da interação e ajustamento do paciente a doença e ao ambiente externo, para que ele possa atingir melhor qualidade de vida (CHAVES, 2000). Portanto, é importante considerar a maneira como o paciente reage e os recursos que ele dispõe frente a estas circunstâncias perturbadoras, pois estas podem de certa forma ajudar a prever como o paciente enfrentará este período de dificuldades e reabilitação.

É importante considerar que qualquer situação que seja percebida como ameaçadora a nosso bem estar físico e psicológico pode gerar uma situação estressora. As reações advindas das mesmas são denominadas respostas de estresse (ATKISON, 2002). Deste modo, o episódio do acidente vascular encefálico com suas características pode ser considerado um evento estressor, já que o mesmo modifica a rotina dos pacientes por ele acometidos, ao mesmo tempo em que o processo de reabilitação pode trazer uma nova perspectiva de vida para esses pacientes.

1.2 Estresse e Enfrentamento

Segundo Bauk (1985), o termo “*stress*” teve origem na física e na engenharia como forças que agem sobre uma determinada resistência, representando a carga que um material pode suportar antes de romper-se. Na área

¹ DIVISÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS. Centro de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

da saúde, o termo começou a ser utilizado no início do século XX.

Atkison (2002) considera que as situações percebidas como estressantes geralmente divide-se em duas categorias: *eventos traumáticos* caracterizados por situações externas ou pessoas presentes no ambiente que apresente de alguma forma um desafio ao bem estar do sujeito, como exemplos, acidentes e ou seqüestros; e *eventos incontroláveis*, definidos por situações que desafiam os limites de nossas capacidades e de nossos autoconceitos, ou conflitos internos tanto conscientes quanto inconscientes, que necessariamente não dependem de agentes externos.

O pesquisador Hans Selye foi um dos pioneiros na pesquisa sobre “*stress*”. O autor considera o estresse como uma resposta biológica (reação neuroendócrina) e comportamental do organismo diante de estímulos diferentes e inespecíficos, com o intuito de proporcionar um equilíbrio entre o indivíduo e o meio ambiente (SELYE, 1974 *apud* MEDEIROS, 2006).

As mudanças fisiológicas decorrentes do estresse fazem parte de uma síndrome denominada de “*Síndrome de Adaptação Geral*” que é definida como o conjunto de respostas presentes em todos os organismos e divide-se em três fases: **Alarme**, no qual o corpo se mobiliza para enfrentar a ameaça; **Resistência**, o organismo tenta lidar com a ameaça pela fuga e pela luta; e a **Exaustão**, quando o organismo é incapaz de fugir ou lutar contra a ameaça e esgota os seus recursos fisiológicos neste esforço (SELYE, 1936 *apud* ATKISON, 2002).

Walter Cannon elaborou, em 1914, o conceito de “reação de emergência”. Essa reação imediata à percepção de ameaça, mediada pela adrenalina, secretada pela medula adrenal, teria a função de preparar o organismo para luta ou a fuga. Para produzir a reação de luta ou fuga, o hipotálamo ativa dois sistemas: o sistema nervoso simpático e o sistema adrenocortical. O primeiro utiliza vias nervosas para iniciar reações no corpo, ao passo que o segundo utiliza a corrente sangüínea. Os efeitos combinados dos dois sistemas promovem a reação de luta ou fuga (GRAEFF, 2003).

Lazarus e Launier (1978) conceituam estresse como qualquer ocorrência advinda do meio externo ou interno, que diminua ou exceda as fontes de ajustamento de um indivíduo ao ambiente social. Este conceito é conhecido como modelo interacionista, já que a percepção e a subjetividade do sujeito são determinantes na rigidez ou não do evento estressor isto é, o sujeito e o meio

interagem. Deste modo, os estudos sobre estresse avançam na medida em que consideram a capacidade do indivíduo, em controlar as manifestações fisiológicas geradas a partir das circunstâncias geradoras do mesmo através da utilização de estratégias de avaliação da situação estressora.

Segundo Lazarus (1991), a avaliação cognitiva antecede a reação afetiva, e esta nem sempre, envolve um processo consciente. Nesse sentido, o processo cognitivo é uma parte integral de todos os estados emocionais, pois a cognição precede o afeto. Segundo Victoria *et al.* (2005) o pressuposto desta teoria é que pensamento e emoção são partes de um todo, não se separaram e que as emoções são então dependentes da avaliação cognitiva, ou seja, o indivíduo só age ou reage com uma emoção a partir do momento em que avalia e interpreta o estímulo.

Lazarus (1977) *apud* Savoia (2000) propõe uma classificação de estresse. A primeira *baseada na resposta*, que consiste em reações do organismo, da atenção à resposta do indivíduo ao evento estressor. A segunda é *baseada no estímulo estressor*, na qual o indivíduo percebe as características do ambiente como problemáticas, e atribui maior importância ao estímulo. Esta perspectiva não considera as diferenças individuais. A terceira classificação *ênfatisa as relações mútuas* entre o indivíduo, organismo e o ambiente e é chamada de modelo interacionista, como já apresentado acima. Segundo Schmidt (1990), a importância desta terceira abordagem está na interpretação do estímulo.

A versão interacionista considera a avaliação cognitiva um processo de suma importância para a definição de estresse, pois através dela pode-se avaliar a interação da pessoa com o ambiente e também considerar os resultados desta interação, buscando assim recursos para neutralizar, ou então controlar o estresse (GUIDO, 2003).

Sabe-se que qualquer mudança na vida trás em certa maneira um nível de estresse (SAVOIA, 1988) e os eventos estressores podem ser inúmeros como: pressões de tempo, conflitos inter e intrapessoais, aspectos físicos e negativos do local de trabalho, preocupações financeiras, problemas com filhos, problemas conjugais, preocupações de saúde, local no qual reside, enfim, esses e outros podem estar ligados a assuntos pessoais e do próprio ambiente de convivência do indivíduo (SAVOIA, 2000).

As emoções e as reações fisiológicas criadas por situações de estresse são bastante desconfortáveis, e este desconforto leva o indivíduo a tomar atitudes

para aliviá-lo. Nesse sentido, o enfrentamento é utilizado para denominar o processo pelo qual uma pessoa procura administrar as demandas estressoras, a este processo de lidar com mecanismos e estratégias atribui-se em lingues o termo “*coping*” (ATKISON, 2002).

No português não há uma tradução exata que expresse o termo “*coping*”, no entanto ele pode ser entendido como “*lidar com, enfrentar ou adaptar-se*” (ANTONIAZZI, 1998). Segundo Lazarus e Folkman (1984), o termo “*coping*” ou enfrentamento (tradução para o português), refere-se “aos esforços cognitivos e comportamentais constantemente alteráveis para controlar (vencer, tolerar e reduzir) demandas internas ou externas específicas que são avaliadas como excedendo ou fatigando os recursos da pessoa”.

Os mesmos autores colocam que essas estratégias podem se apresentar de formas diversas, frente às mudanças ocorridas no dia a dia, ao estresse, à ocorrência e às etapas de uma doença, e ainda às pressões terapêuticas advindas deste processo.

Ray (1982) *apud* Jeammet (1996) propõe uma classificação destas estratégias frente a doenças graves ou debilitantes nas quais os pacientes devem confrontar os efeitos da estratégia utilizada sobre a persistência dos pensamentos perturbadores na consciência, assim como podem adotar diferentes tipos de posição face à situação estressante (posição de onipotência e de atividade, ou posição de impotência e de passividade, ou ainda posição intermediária).

Existem ainda os recursos sociais, os quais surgem do apoio, do socorro e do suporte afetivo social e profissional que o indivíduo pode encontrar junto aos membros da família, de amigos, e em suas relações de trabalho.

Para Antoniazzi (1998) as estratégias de enfrentamento se apresentam como uma série de mecanismos utilizados pelos indivíduos para se adaptarem a estas circunstâncias adversas, ou mesmo situações vistas como estressantes crônicas ou agudas, assim como para Savoia (2000), o enfrentamento trata-se da adaptação e do domínio das situações de estresse, classificadas em categorias de comportamentos como: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga ou esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva.

Dentre as estratégias citadas o suporte social, de acordo com Jammet (1996, p. 248) divide-se em: “**Suporte Instrumental:** ajuda técnica, financeira,

administrativa, ou de assistência à pessoa em estado de dependência; recomendações, especialmente na área da saúde; **Suporte Emocional**: fornecedor de segurança ou de amor, fonte de um sentimento de confiança e proteção; **Suporte de estima**: reconhecimento do valor de uma pessoa, de suas capacidades em confrontar, de sua coragem ou de sua honestidade”.

Gimenez (1997) considera o enfrentamento como a maneira com que os pacientes juntamente com seus familiares lidam com a doença, buscando diminuir o seu impacto psicossocial.

Assim, o enfrentamento é uma resposta cujo objetivo é aumentar a percepção de controle pessoal. A tendência a escolher determinada estratégia de enfrentamento depende do repertório individual (por exemplo: habilidades sociais, valores e crenças culturais) e de experiências tipicamente reforçadas (SAVOIA, 2000). No entanto, Folkman e Lazarus (1985) consideram que é a situação particular que determina o padrão de estratégias de enfrentamento e não as variáveis pessoais. Neste momento, os autores enfocam a importância da influência dos estímulos sobre o comportamento.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), o processo de enfrentamento é compensatório e abrange aspectos fisiológicos e psicológicos, pois o indivíduo avalia e supostamente encara as situações desafiantes em busca de uma adaptação ou ajustamento a mudanças, tentando recuperar o equilíbrio, a energia e a capacidade para reagir a novas demandas, este processo é dinâmico, porque é avaliativo, e sofre mudanças a cada situação e avaliação.

O indivíduo, sabendo de sua realidade busca estratégias em suas experiências, que pareçam adequar-se aos agentes estressores, a fim de resolver ou adaptar-se à situação estressante (GUIDO, 2003). Sendo assim, o indivíduo tenta administrar a situação através de uma avaliação a fim de se ajustar à mesma.

A literatura aponta ainda algumas abordagens distintas em termos de enfrentamento. Uma delas é a “teoria biológica”, no qual o indivíduo deve evitar, escapar ou dominar os agentes nocivos advindos do ambiente externo; a segunda é embasada pela teoria “Psicanalítica do Ego”, onde o enfrentamento é considerado como pensamentos tanto conscientes quanto inconscientes, realistas, rígidos e estáveis que resolvem problemas reduzindo assim o estresse, (MOOS E BILLINGS, 1982). Eles podem ser chamados de estilos de “*coping*”, ou seja, os indivíduos apresentariam uma tendência ou uma forma particular de responder, sendo os

mesmos, fatores disposicionais do indivíduo (FOLKMAN e LAZARUS, 1980).

A terceira abordagem refere-se ao “modelo interacionista cognitivo”, cujo principal autor Lazarus, considera um modelo de processo contínuo de avaliação e caracterização dos fatos. Este processo de avaliação cognitiva depende da percepção subjetiva e da interpretação de um evento e corresponde à base para as atividades de enfrentamento determinando a qualidade e a intensidade de uma reação emocional. Considera-se então que os dois pontos centrais que tornam tal princípio transacional são: a avaliação cognitiva do acontecimento e o controle do estresse (LAZARUS e FOLKMAN, 1984). Nesta última perspectiva pode-se considerar o “coping” como estratégias de enfrentamento, termo que será adotado ao longo do presente estudo.

Assim, o enfrentamento é resultante de avaliações tanto das situações quanto da própria experiência pessoal do indivíduo, o que definiria a sua natureza cognitiva (ALDWIN, 1994 *apud* PEREIRA, 2005).

Em se tratando de enfrentamento, é importante delimitar as suas diferenças em termos de estratégias de enfrentamento e estilos de enfrentamento. Segundo Ryan-Wenger (1992) *apud* Antoniazzi (1998) os estilos de enfrentamento têm sido mais relacionados a características de personalidade ou aos resultados do enfrentamento, enquanto as estratégias se referem às ações cognitivas ou de comportamento tomadas no curso de um episódio particular de estresse. Para Carver e Scheier (1994) os estilos de enfrentamento podem refletir uma tendência do indivíduo a responder de uma forma particular quando confrontado com uma série específica de circunstâncias. Assim, enquanto os estilos de enfrentamento estão ligados a fatores disposicionais do indivíduo, as estratégias de enfrentamento têm sido relacionadas a fatores situacionais. Porém, segundo Folkman e Lazarus 1980, estas últimas podem mudar de momento para momento durante os estágios de uma situação estressante, ao passo que os fatores disposicionais não se modificam.

Ao considerar as diferentes abordagens, o presente estudo segue a concepção interacionista cognitiva para fins de embasamento teórico, considerando o enfrentamento como a maneira que o indivíduo responde à situação que o ameaça em termos das estratégias por ele mobilizadas para esta finalidade, ao invés de focar nos estilos de enfrentamento de caráter disposicional.

Antoniazzi (1998) destaca quatro conceitos principais em relação ao

enfrentamento como um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o meio ambiente; com a função de administrar a situação estressora, ao invés de controle ou domínio desta; o processo de enfrentamento pressupõe a noção de avaliação, e verificação de como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado para o indivíduo; e o quarto considera o processo de enfrentamento como uma mobilização de esforço, através do qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar as demandas (internas e externas) de sua relação com o ambiente.

A perspectiva cognitivista do enfrentamento apresenta-se de duas formas: O enfrentamento *focalizado na emoção* é definido como um empenho para regular o estado emocional advindo do estresse, ou é o resultado de eventos estressantes. Estes esforços de enfrentamento são conduzidos a um nível somático e/ou a um nível afetivo, em que se busca a mudança do estado emocional do indivíduo, que provoque o alívio tanto da tensão física quanto da emocional gerada pelo estresse através de atividades e ações como, por exemplo: fumar um cigarro, tomar um tranqüilizante, assistir a uma comédia na TV e sair para correr. Já o enfrentamento *focalizado no problema*, indica uma busca de controle para situação de origem do stress, tentando modificá-la. A função básica desta estratégia é alterar, reduzir o evento estressante que gera tensão, existente na relação entre a pessoa e o ambiente. O enfrentamento *focalizado no problema* pode estar voltado para o ambiente, no qual a tendência do comportamento do indivíduo é resolver o conflito interpessoal ou procurar ajuda prática de outras pessoas. Quando o mesmo estiver dirigido em relação ao próprio indivíduo, o processo geralmente incluirá uma reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento estressor (ANTONIAZZI, 1998).

Acredita-se que o enfrentamento focalizado no problema seja mais efetivo, pois não se trata de uma tentativa de amenizar ou disfarçar as tensões, mas sim de tentar resolver as questões geradoras da tensão, de se chegar à origem da mesma.

Segundo Savoia (2000), o enfrentamento pode modificar a relação entre a pessoa e o ambiente, controlando ou alterando a situação problema ou adequando a resposta emocional à situação-problema. Neste caso, quando uma pessoa tenta mudar ou enfrentar a relação com o que lhe causa sofrimento pressupõe-se que a sua reabilitação seja favorecida com este processo, pois o indivíduo não espera,

mas atua sobre o seu destino.

O enfrentamento centrado na emoção é menos efetivo, exceto na reavaliação positiva entendida como um esforço para modificar a avaliação cognitiva da situação problema (PTACEK *et al.*, 1992). Diante desta perspectiva, somente as estratégias como resolução de problemas e reavaliação positiva são vistas como estratégias pautadas no problema e por isso, são consideradas positivas. Assim, as estratégias positivas centradas no problema são as que possibilitam que a pessoa lide mais resolutivamente com a situação conflituosa e se adapte melhor ao evento estressor.

Não se tem, *a priori*, estratégias perfeitas e sim estratégias que podem ser úteis ou não, dependendo do caso e da pessoa e ainda do momento em que se este encontra.

Segundo Neves (2004), em estudo realizado sobre as estratégias de enfrentamento em pacientes com câncer, as estratégias mais citadas pelos participantes foram fuga e esquiva, (esforços no sentido de evitar a situação estressora) e o suporte social que pode estar relacionado ao período de diagnóstico recente. Observa-se que estes pacientes estão utilizando estratégias menos efetivas, pois estão tentando evitar a situação de estresse, embora seja importante ressaltar que a estratégia centrada no problema nesse caso, seria possivelmente pouco eficaz para os pacientes na circunstância respectiva.

É importante considerar que a exposição seguida a um ou vários estressores eleva o nível de estresse e nem sempre a capacidade ou habilidade de adaptação é possível, sendo assim se as estratégias de enfrentamento não forem efetivas, a adaptação não será possível, levando o indivíduo à situação de exaustão (Guido 2003).

Estudos sobre estratégias de enfrentamento vêm sendo realizados com diversas populações como com, pacientes com câncer (NEVES, E. 2004), mulheres hipertensas (CHAVES, 2002), transplantados (SANTOS, 2004), mulheres mastectomizadas (DUARTE, 2003), adolescentes com diabetes (SANTOS, 2003), pacientes com lesão raquimedular (PEREIRA, 2005), no entanto não parece ter sido investigado no Brasil como pacientes com acidente vascular encefálico enfrentam as mudanças provocadas após o seu acometimento.

Esses grupos de pacientes em particular, quando acometidos por AVE na sua forma crônica necessitam lidar a médio e longo prazo com as seqüelas

resultantes do mesmo, em que pesam suas características como um evento estressor. Assim, avaliar a forma como esses pacientes enfrentam a sua situação é bastante relevante. Essa avaliação passa necessariamente pela avaliação da qualidade de vida desses pacientes, aspecto sobre o qual passaremos a tratar.

1.3 Qualidade de Vida

O conceito Qualidade de Vida (QV) tem sido estudado a partir da década de 70 e vem sendo investigada até a atualidade. Farquhar (1995) *apud* Seild (2005) realizou uma revisão de literatura até os primeiros anos da década de 90 e propôs uma taxonomia das definições sobre QV até então existentes, dividida em quatro tipos:

Tabela 1 - Taxonomia das definições de qualidade de vida

Taxonomia das definições de qualidade de vida	Taxonomia das definições de qualidade de vida
Definição global	Tende a concentrar-se apenas em avaliação de satisfação e insatisfação com a vida, não há operacionalização do conceito.
Definição com base em componentes	Surge na década de 80, inicia-se a operacionalização do conceito e priorização de estudo empíricos.
Definição focalizada	Valorização de componentes específicos, voltados para habilidades funcionais ou de saúde. Desenvolvimento de inúmeros instrumentos de avaliação para pessoas acometidas por diferentes agravos
Definição combinada	Favorece os aspectos globais do conceito e abrange diversas dimensões do constructo. Ênfase nos aspectos empíricos e operacionais. Instrumentos de avaliação global e fatorial.

O referido estudo mostra o avanço teórico na conceituação do termo qualidade de vida, em que o autor busca ao longo do tempo, operacionalizar o conceito, desenvolver instrumentos para a mensuração do constructo teórico QV, valorizar e abranger as dimensões que envolvem o termo de forma global, mas ao mesmo tempo tratá-lo de forma fatorial.

O termo qualidade de vida ainda traz discussões na literatura, pela sua

instabilidade conceitual, por trata-se de um constructo subjetivo e de múltiplas dimensões. Apesar desta multidimensionalidade do termo, é consenso que a qualidade de vida perpassa por três dimensões: física, emocional e social (TEIXEIRA - SALMELA, 2005).

O Grupo de Qualidade de Vida, da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde - OMS (*Whoqol group*) definiu *qualidade de vida* como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (FLECK, 1999). Contudo o termo QV é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas (BULLINGER *et al.*, 1993 *apud* FLECK, 1999).

Um indivíduo pode considerar-se com boa qualidade de vida se tiver condições de concretizar as atividades físicas necessárias para o bom funcionamento da vida diária; se suas funções vitais estiverem preservadas; se for capaz de manter um estado psicológico emocional adequado para o enfrentamento das situações da vida adequando suas questões particulares às suas relações sociais (CAROD-ARTAL, 1999).

Alguns estudos foram desenvolvidos sobre qualidade de vida de pacientes acometidos por AVE como: Sturm *et al.*, (2004); Jaracz; Kozubiski, (2003); King (1996). Segundo Cordini (2005) em diversos estudos foram usados diferentes instrumentos e constructos, e em sua maioria, comparações de qualidade de vida com outro desfecho, como prejuízo neurológico, estado funcional ou depressão. Assim, a comparação dos resultados é comprometida para tais aspectos.

King (1996), em estudo com 86 sujeitos americanos acometidos por AVE, encontrou que após três anos, 30% apresentaram depressão, uma porcentagem alta em relação à população normal. Ele observou ainda que a qualidade de vida foi melhor em pessoas de níveis socioeconômicos acima da média. Outro dado interessante é que a depressão, o apoio social e o estado funcional foram os principais preditores de qualidade de vida para esse grupo.

Há de se considerar que outro aspecto que possivelmente, determina um dos fatores da qualidade de vida dos pacientes com AVE é a capacidade de

desempenho do indivíduo e a sua autonomia nas *atividades da vida diária*², tendo em vista que o domínio mais afetado da qualidade de vida em estudo desenvolvido por Jaracz e Kozubiski (2003) foi à capacidade física.

Para realizar uma avaliação mais precisa sobre os efeitos do AVE é necessário ponderar a própria percepção do paciente sobre sua saúde e avaliação de outros aspectos que conjuntamente caracterizarão a qualidade de vida do indivíduo (STURM *et al.*, 2004). Para tanto, é necessário observar outras questões que podem estar relacionadas a este processo tais como, fatores da qualidade de vida, bem-estar psicológico, independência nas atividades diárias, idade, gênero, tempo de acometimento do AVE e tempo de reabilitação do indivíduo.

Segundo Cordini (2005), um dos únicos estudos desenvolvidos no Brasil sobre tal tema foi o de Costa (2002), o qual revela que um programa de atividade física e recreativa regular pode propiciar ao indivíduo que sofreu AVE um novo sentido para a vida, resgatando inclusive sua autoconfiança, autonomia, e independência, o que contribuiu de modo importante para o restabelecimento da qualidade de vida destes pacientes.

Apesar da crescente incidência do AVE, como visto anteriormente, existem poucos trabalhos relacionados à qualidade de vida de pacientes acometido por AVE no Brasil. Isso evidencia a necessidade de pesquisas com estes pacientes para que se possa entender melhor o processo de enfrentamento dos mesmos e se necessário, levantar elementos ou subsídios que possam servir para readequar o programa de reabilitação.

Nesse contexto de insatisfações e limitações, a reabilitação contribui para reintegração tanto física quanto cognitiva do paciente. Contudo, para que esta traga resultados satisfatórios é necessário considerar o grau das seqüelas, a idade do paciente, suas relações sócio-afetivas, a qualidade de vida e, sobretudo a forma como o mesmo reage ou enfrenta seu estado. Com base no exposto, o presente estudo se propõe a alcançar os objetivos propostos a seguir.

² Atividades da Vida Diária são aquelas realizadas no dia-a-dia de uma pessoa, tais como: alimentação, vestuário, toalete, banho, locomoção, comunicação, interação social e transferências da cadeira de rodas para os que dela dependem. Para a realização das mesmas é necessário um treinamento que possibilite a adaptação das seqüelas que o indivíduo apresenta (www.sarah.br).

1.4 Objetivo geral

Investigar as Estratégias de Enfrentamento em pacientes acometidos por AVE em processo de reabilitação na Clínica de Fisioterapia da UNIGRAN no período de março a outubro de 2006.

1.4.1 Objetivos específicos

- Caracterizar os pacientes acometidos por AVE do ponto de vista sócio-demográfico;
- Caracterizar os pacientes acometidos por AVE em fase de reabilitação quanto às estratégias de enfrentamento por eles utilizadas e quanto a fatores relacionados à qualidade de vida;
- Investigar se as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes acometidos por AVE diferem quanto ao gênero, à idade, ao tempo de acometimento e ao tempo de reabilitação;
- Investigar a possível relação entre as estratégias de “*coping*” utilizadas por pacientes acometidos por AVE e os fatores de qualidade de vida e das atividades da sua vida diária.

II - MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Local

O estudo foi desenvolvido na Clínica de Fisioterapia da Unigran, localizada na cidade de Dourados-MS. É uma clínica-escola, conveniada pelo SUS e que tem como finalidade proporcionar aos seus alunos o aperfeiçoamento adequado nos campos do conhecimento e da prática, assim como oferecer à população local necessitada de serviços fisioterápicos, atendimento diferenciado. A Clínica realiza também regularmente diversos projetos sociais em benefício da população da cidade, tem 1900 m² de construção, com piscina terapêutica aquecida de três níveis de profundidade e superfície de 80 metros quadrados. Possui ainda ginásio terapêutico, ambulatório cardio-respiratório, sala de hidroterapia, salas de semiologia, sala de mecanoterapia, ginásio postural, vários consultórios de atendimentos e consultórios de diatermia revestidos com gaiola de Farady.

A escolha deste local se deu por trata-se de um ponto de referência na reabilitação em neurologia na cidade de Dourados, já que a cidade conta com apenas mais um centro de reabilitação com atendimento gratuito. Contudo, esta clínica encontrava-se em reforma no período da realização deste estudo, o que impossibilitou o acesso aos pacientes.

2.2 Sujeitos

Dentre os 21 pacientes convidados a participar deste estudo, o que equivalia ao total de pacientes atendidos pela clínica, 17 foram que os que concordaram sendo 12 homens e 5 mulheres, todos residentes na cidade de Dourados-MS, com idade variando entre 34 e 82 anos, média de 58,7 (dp = 11.02). A amostra não-probabilística foi composta por todos os pacientes que aceitaram participar do estudo através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os sujeitos também atenderam aos critérios de inclusão apresentados a seguir.

Critérios de inclusão: Sujeitos com ausência de comprometimento das

funções cognitivas que atingiram escore 19 no Exame Mini Mental (Bertolucci *et al.*, 1994), tempo de acometimento da doença igual ou maior a 6 meses (este tempo foi estipulado devido ao tempo mínimo para o paciente sair do período de impacto da doença segundo Cordini, 2005), fala preservada, não estar tomando medicamentos, exceto hipertensivos, declaração de esclarecimento quanto aos objetivos do trabalho por meio da assinatura do TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão: invalidez, doenças associadas (exceto hipertensão e diabetes), afasia e comprometimento cognitivo.

Quatro pacientes não atenderam aos critérios de inclusão. Um deles não aceitou a participação, outros dois não atingiram o escore mínimo (19) do Minimental segundo Bertolucci *et al.* (1994), o último paciente desistiu do tratamento de fisioterapia na Clínica, o que inviabilizou a sua participação no estudo.

2.3 Instrumentos

Quatro instrumentos foram utilizados neste estudo. O MiniMental (Bertolucci *et al.*, 1994) foi utilizado anteriormente à aplicação dos demais instrumentos nos pacientes acometidos por AVE a fim de excluir dentre o grupo aqueles que apresentavam comprometimento cognitivo.

2.3.1 MiniMental State Examination

O MiniMental State Examination (MMSE) Folstein *et al.* (1975)– tradução de Bertolucci *et al.* (1994) consiste em um teste (prévio) para a verificação das funções cognitivas específicas composto por diversas questões agrupadas em sete categorias: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MMSE pode variar de um valor mínimo de zero até um valor total de no máximo de 30 pontos e seu tempo de aplicação é de 5-10 minutos.

Os outros três instrumentos utilizados foram: o Inventário de “ *coping*”, o Índice de Katz, e a Escala de Qualidade de Vida de Clientes de Serviços de Saúde

Mental (W-QLI) abaixo explicitados.

2.3.2 Inventário de enfrentamento

O Inventário de enfrentamento é da autoria de Folkman e Lazarus (1985) e foi traduzido e adaptado por Savoia, 1996. Em conclusão ao artigo *A Adaptação de Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português*, a própria autora diz tratar-se de um instrumento preciso e validado para o estudo de estratégias de enfrentamento, segundo os padrões aceitos em psicologia, tendo ainda uma boa consistência interna (SAVOIA, 1996).

O inventário consiste em um instrumento de auto-avaliação, em forma de questionário que contém 66 itens, englobando pensamentos, ações e estratégias que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas e externas de um evento estressante específico. As estratégias contempladas no instrumento são: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga esquiva, resoluções de problemas e reavaliação positiva. Estas estratégias se dividem em positivas, situadas no problema e estratégias negativas, situadas na emoção.

Embora o inventário completo tenha 66 itens, apenas uma parte do mesmo foi aplicada (vide Anexo A), já que ele foi transformado em oito fatores conforme mostra Savoia, (2000).

2.3.3 Índice de Katz

O Índice de Katz, Gallo *et al.* (1995) tradução para o português de Scazufca, (Anexo B) é uma escala que consiste em avaliar o desempenho em atividades da vida diária, ou seja, a capacidade funcional do paciente. Elas são divididas em rotineiras (tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, continência e alimentação) e instrumentais (usar telefone, preparar comida, fazer compras, locomoção fora de casa, uso de medicação e relação com o dinheiro). A escala classifica os pacientes em três níveis: independente (I), dependente (D) e necessitado de assistência (A).

2.3.4 Escala de Qualidade de Vida de Clientes de Serviços de saúde Mental

A Escala de Qualidade de Vida de Clientes de Serviços de saúde Mental (W-QLI) Becker *et al.*, (1993) foi traduzida e culturalmente adaptada por Pitta *et al.*, (1995) (Anexo C). Trata-se de um instrumento auto-aplicável em que o cliente determina o peso de cada item na sua vida baseado na sua própria percepção, com aplicação aproximada entre 30-40 minutos na versão para os pacientes, 20-30 minutos na versão para familiares e 10-20 minutos na versão dos profissionais. A escala trabalha com informação sobre o paciente em três perspectivas: a do próprio paciente, a da família e a do profissional que o assiste. O instrumento examina diferentes domínios da vida dos pacientes: indicadores socioeconômico-demográficos, atividades ocupacionais, bem-estar psicológico, sintomas mentais, saúde física, relações de suporte social, finanças, atividades de vida diária.

A presente escala sofreu adaptações já que alguns itens não atendiam aos objetivos do presente estudo. No entanto, ela foi escolhida por tratar-se de uma escala que compreende a qualidade de vida de uma forma abrangente, tanto subjetiva quanto multifatorial e ainda tenta compreender a satisfação do pacientes em relação ao seu tratamento. Então este procedimento foi realizado para que o instrumento se ajustasse ao trabalho proposto. Primeiramente, foi aplicada somente a versão para os pacientes, já que as outras versões não compreendiam os objetivos do estudo. Dessa forma, foram então excluídas todas as questões que não respondiam a tais objetivos ou se repetiam de alguma forma.

Em relação aos **dados pessoais** foram excluídas as questões 5 - Quantas uniões você teve? 7 - Com quem você gostaria de morar? 10- onde você morou principalmente? Casa ou apartamento? 11 - Onde você gostaria de morar? Casa ou apartamento?

Em relação ao item **Nível de Satisfação**, a questão 13 foi excluída por tratar-se do mesmo conteúdo da questão 12, o que poderia gerar confusão nas respostas.

No item **Atividades Ocupacionais** foram excluídas as questões 15 e 16 que tratavam dos números de horas de trabalho, pois já era sabido que os sujeitos da pesquisa eram aposentados. No item **Sintomas/Atitudes**, a questão 24 não contemplava os objetivos do estudo, por tratar de perguntas sobre suicídio e vontade de agredir os outros. As questões 28 a 36 foram retiradas pelo fato de abordarem

aspectos psiquiátricos e problemas com álcool e drogas, itens estes verificados anteriormente na investigação do prontuário do pacientes. As questões 38 a 42 sobre **Relações Sociais e Apoio** também foram retiradas por serem abordadas em outras questões anteriores e em outro instrumento, no caso o Inventário de enfrentamento. A questão 44 do item **Finanças** foi retirada, por tratar-se de recebimento de pagamento por tarefas realizadas, o que também não caracterizava o grupo em estudo.

Todo o item relativo às atividades da vida diária foi retirado, já que foi aplicado um instrumento específico (Índice de Katz) para avaliá-las.

Os itens que consistiam em avaliar o Serviço de Saúde Mental foram adaptados para o Serviço de reabilitação fisioterápica. Com base nessas modificações, a escala ficou estruturada da seguinte forma:

Tabela 2 - Descrição dos fatores de qualidade de vida. Escala de qualidade de vida (Apêndice B)

Fatores de qualidade de vida	Questões
1. SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICOS	1; 2; 3; 4 ;6 ;7
2. ATIVIDADES OCUPACIONAIS	14; 16; 17; 18; 19.
3. BEM-ESTAR PSICOLÓGICO	20; 21.
4. SINTOMAS MENTAIS	22;23.
5. SAÚDE FÍSICA	25 a e b, 26, 27,
6. RELAÇÕES DE SUPORTE SOCIAL	37 e 43
7. FINANÇAS	45; 46; 47 a e b; 48
8. OBJETIVOS	53; 54; 55 E 56
9. NÍVEL DE SATISFAÇÃO	12.

Além dos instrumentos relatados acima, foi realizada uma entrevista breve com cada paciente, bem como uma análise de seu prontuário para levantar dados sobre o tempo de acometimento do AVE, tempo de reabilitação, características das seqüelas e dados de doenças associadas ou vícios.

2.4 Procedimento

O recrutamento dos pacientes e a coleta de dados foram realizados nos meses de março a outubro de 2006, nas dependências da Clínica de fisioterapia da Unigran. Os pacientes eram encaminhados a uma sala ao lado do ginásio de reabilitação, para maior comodidade dos mesmos, onde foi realizado todo o procedimento.

A aplicação dos instrumentos foi realizada na própria instituição de forma individual, sendo que a pesquisadora foi auxiliada por três estagiárias devidamente treinadas para dar as informações corretas e sem variações. Estas liam as questões e posteriormente as possíveis respostas para os pacientes para que eles respondessem uma a uma na seqüência. Este procedimento foi adotado para prevenir, caso algum paciente, apresentasse dificuldade na escrita e ou leitura, como exemplo a lentidão. Os instrumentos foram respondidos pelos pacientes antes ou após suas sessões de fisioterapia, já que os mesmo não se dispuseram a serem atendidos em horários diferentes dos de seus atendimentos rotineiros.

Tendo em vista que cada paciente é atendido na Clínica duas vezes por semana, teve-se um total de 4 encontros de 30 minutos com cada paciente para a realização de toda a coleta, sendo distribuído um encontro por semana.

Primeiramente, foi realizada a aplicação do Minimental para selecionar dentre os pacientes atendidos na Clínica, acometidos por AVE, os que atendiam aos critérios de inclusão. Este procedimento se deu em conjunto com os professores e estagiários da fisioterapia, já que esta informação foi útil para o processo de avaliação dos pacientes em reabilitação, tratando-se de uma rotina já utilizada na Clínica da UNIGRAN.

Num segundo momento, foi realizado a leitura do TCLE- *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Anexo E) para recolher a concordância do paciente em participar do estudo. Na ocasião, foi assegurado para os participantes, o sigilo e a confidencialidade dos dados. Os participantes foram objetivamente informados de que sua participação no estudo tinha caráter voluntário, podendo ser interrompida em qualquer etapa, sem prejuízo ou punição sendo permitido aos mesmos solicitar informações sobre os procedimentos utilizados. Posteriormente, a pesquisadora se comprometeu em fornecer a devolução dos resultados para a instituição envolvida UNIGRAN, ao final do estudo.

Num terceiro momento, deu-se início à aplicação do *Índice de Katz*, que foi realizado em apenas uma única sessão na qual o paciente respondeu questões sobre as suas atividades de vida diária, informando se precisava de assistência ou não na realização das atividades tanto rotineiras quanto instrumentais. Para cada questão o paciente selecionava a alternativa que representava a sua condição respectiva I – independência; A – assistência e D – dependência.

Já a Escala de Qualidade de Vida de Clientes de Serviços de Saúde Mental (W-QLI), terceiro instrumento aplicado, teve a sua aplicação, em média em 2 sessões, devido à sua extensão, nas quais foram abordadas questões de satisfação e percepção dos campos que integram a qualidade de vida.

Todos os instrumentos seguiram o mesmo procedimento no qual a pesquisadora inicialmente fazia a leitura de cada questão individualmente e os pacientes respondiam à alternativa escolhida.

O Inventário de enfrentamento de Folkman e Lazarus (1985), foi aplicado em apenas uma sessão para cada paciente, coordenada pela pesquisadora, onde foi dada a seguinte orientação:

“Pense no seu processo de reabilitação e me diga como você se sente, ou melhor, como você lida com as suas seqüelas, como é sua vida hoje e o que você faz para lidar com esta situação”.

2.5 Considerações éticas

Anteriormente à sua execução, o presente projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Unigran e aprovado em março de 2006 (Anexo D).

Por tratar-se de um estudo descritivo, sem envolver manipulações ou qualquer processo invasivo, não ofereceu riscos aos sujeitos. Contudo, foi preciso salvaguardar os aspectos psicológicos dos mesmos, sendo necessário assegurar o atendimento adequado, caso o sujeito da pesquisa necessitasse, pois se sabe que sempre há alguma forma de vulnerabilidade, mesmo que esta tenha caráter individual ou sociocultural como: pobreza, desigualdades sociais, o acesso às ações e serviços de saúde entre outros (ZOBOLI e FRACOLLI, 2001).

Foram respeitadas a autonomia e a integridade do sujeito da pesquisa

através das informações estabelecidas no TCLE. Seguiu-se o raciocínio da pesquisa em referência aos seus possíveis problemas éticos, foram utilizados instrumentos validados e traduzidos para a população brasileira, como citados em instrumentos utilizados.

O estudo adotou os procedimentos éticos necessários para a realização de pesquisas com seres humanos extraídos das resoluções a seguir: 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi obtida a concordância do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRAN quanto à realização do estudo junto à Clínica de Fisioterapia, da mesma instituição.

Outra questão foi considerar que a pesquisadora é professora da mesma instituição que presta atendimento a estes pacientes, portanto foi mantido o cuidado e a atenção para que a transparência e a responsabilidade no cumprimento das normas éticas fossem rigorosamente realizadas.

Os problemas éticos apontados foram claramente controlados, através da preparação da pesquisadora, para executar, orientar, esclarecer todo o processo da pesquisa e manter o domínio na aplicação dos testes. Outro cuidado tomado na realização do presente estudo foi mencionar a possibilidade de encaminhamento ao atendimento psicológico para os sujeitos que assim desejassem. Contudo, nenhum sujeito julgou necessário o atendimento ou manifestou desejo em fazê-lo.

2.6 Análise de dados

Os dados coletados foram organizados em tabelas utilizando-se o programa EPI-INFO, versão 3.2.

A análise estatística utilizou o programa informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 11.0 e constou dos seguintes testes: *Prova t de Student*, para comparar médias entre dois grupos, *Análise de variância*, para comparar médias de mais de dois grupos simultâneos e generalização da prova t e *Correlação de Person*, para verificar possíveis relações entre duas variáveis.

Foi realizado ainda o teste de *Alpha de Cronbach*, para a verificação da constância, estabilidade e confiabilidade interna do instrumento de estratégias de enfrentamento.

Com o objetivo de realizar a análise de dados com Inventário de

enfrentamento, foi realizada a soma dos escores atribuídos a cada fator e posteriormente, dividiu-se pelo total de itens, a fim de se obter as médias gerais das estratégias mais utilizadas pelos pacientes acometidos pelo AVE.

A partir da organização dos dados coletados pelos diferentes instrumentos utilizados, realizou-se um estudo das possíveis correlações entre as estratégias de enfrentamento e os aspectos da qualidade de vida assim como o desempenho dos pacientes nas atividades da vida diária.

Os sujeitos foram caracterizados quanto às estratégias de enfrentamento e pretendeu-se verificar como estas estratégias variavam de acordo com a (o), as (os), ao (aos):

1. Gênero, idade, estado civil, escolaridade;
2. Tempo de acometimento do AVE;
3. Tempo de reabilitação;
4. Atividades da vida diária, utilizando critérios de independência, dependência ou assistência.
5. Estratégias de enfrentamento
6. Fatores da qualidade de vida, divididos em bem-estar psicológico, atividades ocupacionais, sintomas mentais, saúde física, relações de suporte social, finanças e nível de satisfação da qualidade de vida.

III - RESULTADOS

Os resultados serão apresentados nesta sessão mantendo-se a mesma seqüência dos objetivos propostos.

3.1 Perfil sócio-demográfico

Em relação ao primeiro objetivo proposto que constituiu em caracterizar os pacientes acometidos por AVE do ponto de vista sócio-demográfico, verificou-se que 71% dos participantes do estudo são do sexo masculino, 58,8% tem idade entre 51 a 60 anos, sendo a média da idade 58,7 anos (dp = 11,02). Em relação à escolaridade dos pacientes, 52,9% concluíram o ensino fundamental e 17,6% o ensino médio. A maioria deles, 47,1%, foram acometidos pelo AVE entre 1 a 3 anos. Verificou-se que 52,9% fazem parte do programa de reabilitação há mais de 7 meses e a média de tempo de reabilitação foi de 14,4 meses (dp = 10,8).

Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos acometidos por AVE em relação ao tempo de acometimento (n= 17)

Período de acometimento	F	%
< 1 ano	4	23.5
1 a 3 anos	8	47.1
4 a 6 anos	2	11.8
7 a 9 anos	1	5.9
> 10 anos	2	11.8
Total	17	100

Em relação ao aspecto financeiro, apenas um sujeito teve renda de auxílio doença, sendo todo o restante aposentado. Dentre o grupo estudado, 64,7% são casados, 17,6% solteiros e 23,4% são viúvos ou separados.

Quanto as seqüelas deixadas pelo AVE, 52,9% dos pacientes apresentaram hemiplegia esquerda e 47% hemiplegia direita. Do total de pacientes apenas 17,6% utilizavam cadeira de rodas. Quanto às doenças associadas, 43,5%

declararam-se hipertensos, 5,8% diabéticos e 17,6% diabéticos e hipertensos, já 21,1% disseram não apresentar nenhuma doença associada, também não havia informações a respeito, em seus prontuários.

3.2 Descrição das atividades da vida diária, fatores de qualidade de vida e estratégias de enfrentamento.

Em relação ao segundo objetivo, caracterizar os pacientes acometidos por AVE em reabilitação quanto às atividades da vida diária, fatores de qualidade de vida e estratégias de enfrentamento utilizadas, verificamos que:

Os pacientes são independentes em seus afazeres rotineiros, exceto quanto à alimentação, atividade em que 58,8% dos pacientes necessitam de auxílio. Em relação às atividades instrumentais como, falar ao telefone e tomar medicações 70,6% dos pacientes encontram-se independentes. Já 23,5% são dependentes no que diz respeito a fazer compras e a preparar os seus alimentos.

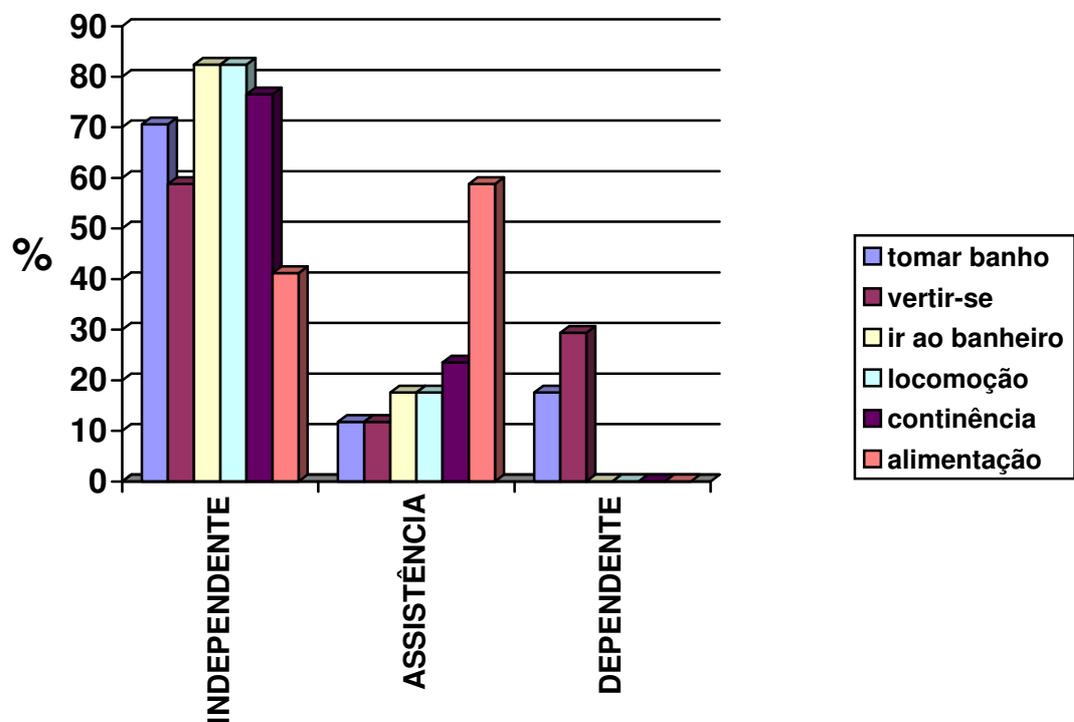


FIGURA 1 - Grau de independência quanto ao desempenho de Atividades Rotineiras desempenhadas por pacientes acometidos por AVE em processo de reabilitação (N=17).

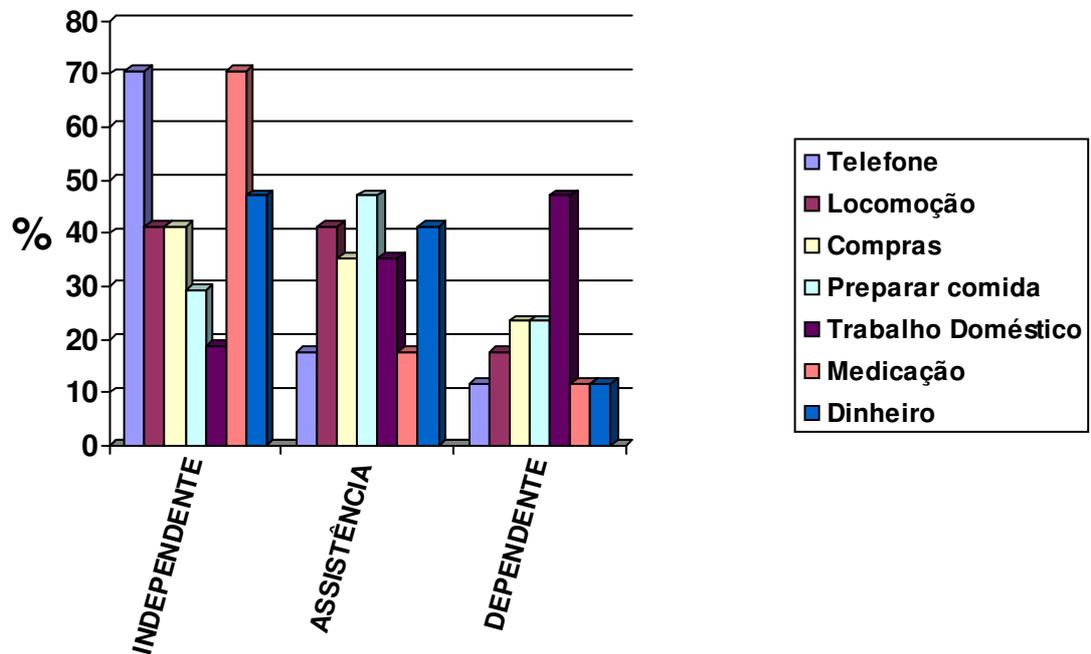


FIGURA 2 – Grau de independência quanto ao desempenho de Atividades Instrumentais desempenhadas por pacientes acometidos por AVE em processo de reabilitação (N=17).

3.2.1 Qualidade de vida dos pacientes acometidos por AVE.

Considerando os fatores avaliados pela escala de qualidade de vida para os pacientes estudados ($n = 17$), verificou-se que em relação à (as) ou ao (aos): *Atividades ocupacionais realizadas nas últimas quatro semanas*: 64,7% estudaram, trabalharam ou ocuparam-se de afazeres domésticos de maneira usual, 23,5% realizaram com menos frequência e apenas 11,8% não tiveram nenhuma ocupação. 82,4% dos pacientes encararam a reabilitação como atividade principal e encontraram-se muito satisfeitos com a mesma, 35,3% consideraram ter se empenhado menos do que gostariam, 23,5% mais do que gostariam, 41,2% não responderam. Quanto a algumas atividades que os pacientes possam ter participado recentemente, 58,8% passearam, 52,9% participaram de grupo com amigos, 88,2% foram ao cinema ou num jogo, 47,1% leram jornal ou revista, 100% assistiram TV, 82,4% foram à igreja, 58,8% jogaram cartas, 76,5% ouviram rádio, 58,8% praticaram

esporte e nenhum indivíduo foi à biblioteca.

3.2.1.1 Bem estar psicológico

Como os pacientes acometidos por AVE se sentiram em relação às coisas da sua vida, nas últimas 4 semanas? 82,4% apresentaram-se contentes por ter conseguido realizar algo; 58,8% consideraram que as coisas saíram do jeito que queriam; 52,9% sentiram-se orgulhosos porque alguém os cumprimentou por algo que fizeram; 82,4% estiveram particularmente animados ou interessados em algo; 58,8% consideraram estar tudo bem; 41,2% estiveram muito sozinhos ou distantes das outras pessoas; 47,1% apresentaram-se entediados; 70,6% inquietos; 41,2% estiveram chateados porque alguém os criticaram; 41,2% sentiram-se deprimidos ou muito tristes. Dos pacientes, 41,2% consideraram estar com estado emocional regular, 29,4% estiveram em bom estado e apenas 5,9% estiveram com estado emocional ruim.

3.2.1.2 Sintomas emocionais

Verificou-se que 76,5% apresentaram-se calmos e positivos de modo geral, 5,9% confusos, amedrontados, ansiosos ou deprimidos de modo geral e 17,6% apresentaram períodos de ansiedade e depressão. Outros 23,5% dos pacientes apresentaram moderadamente esses sintomas e apenas 5,9% apresentaram os mesmos demasiadamente.

3.2.1.3 Saúde física

Verificou-se que 29,4% apresentaram saúde muito boa ou excelente e outros 29,4% julgaram suas saúde física como regular. 17,6% dos pacientes sentiram-se doentes ou indispostos a maior parte do tempo, 76,5% sentiram-se muito bem durante a maior parte do tempo e apenas 5,9% sentiram-se desanimados ou com mal-estar com certa frequência. Assim, 64,6% dos pacientes estiveram satisfeitos com sua saúde física e 35,3%, insatisfeitos de alguma maneira em relação à mesma. Quanto à importância em relação à saúde física, todos acreditaram ser importante.

3.2.1.4 Relações de suporte social

Em termos das relações de suporte sociais apresentadas pelos pacientes acometidos por AVE, 5,9% estiveram muito insatisfeitos em relação à quantidade de amigos, 11,8% estiveram moderadamente insatisfeitos, 11,8% um pouco satisfeitos e 70,6% muito satisfeitos. Em relação ao tipo de relacionamento que mantém 88,2% dos pacientes estiveram muito satisfeitos. Quanto ao relacionamento com as pessoas 17,6% apresentaram apoio inconstante da família e dos amigos ou apenas quando absolutamente necessário outros 17,6% receberam apoio moderado da família e dos amigos e 64,7% consideraram ter um bom relacionamento com as pessoas e disseram receber apoio da família e dos amigos.

3.2.1.5 Finanças

Verificou-se que todos os pacientes consideraram importante ter dinheiro, e ter controle sobre ele. Quanto à quantidade de dinheiro que dispõem apenas 35,2% apresentaram-se satisfeitos de alguma forma. Dos pacientes, 94,2% consideraram que a falta de dinheiro às vezes ou quase sempre os impedem de realizar tarefas.

3.2.1.6 Percepção da qualidade de vida

Verificou-se que 58,8% apresentaram uma alta expectativa da qualidade de vida, enquanto apenas 5,9% consideraram uma baixa expectativa em relação à qualidade de vida. Em relação ao controle das áreas mais importantes da vida 52,9% dos pacientes estudados consideraram ter muito controle e 47,1% ter controle moderado ou nenhum controle.

3.2.1.7 Nível de satisfação

O nível de satisfação com vários aspectos de vida como: quanto à maneira com que gasta o tempo, 58,8% dos sujeitos apontaram satisfação alta ou moderada, 53% sentiram-se confortáveis sozinhos, 76,5% estiveram muito satisfeitos com a moradia, 70,6% consideraram muito satisfeitos com a vizinhança de onde

moram, enquanto a grande maioria, 82,4% esteve muito satisfeito com a sua comida e com a sua roupa. Dos pacientes, 88,2% apresentaram-se muito satisfeitos com o serviço de reabilitação fisioterápica de que participam. Quanto ao acesso ao transporte, 70,6% estiveram muito satisfeitos, entretanto quanto à vida sexual apenas 35,3% apontaram alto grau de satisfação. Quanto à segurança pessoal, 58,8% estiveram muito satisfeitos.

3.2.2 Caracterização estratégias de enfrentamento

Para verificar a caracterização dos pacientes acometidos por AVE em reabilitação em termos das estratégias de enfrentamento utilizadas, foram realizadas médias e desvio padrão de cada estratégia. O cálculo de Alpha de Cronbach, foi realizado para cada uma das estratégias listadas abaixo, e indicou apenas valores aceitáveis para as variáveis confronto, suporte social e fuga e esquivas, pois segundo Bisquerra (2004) para que o teste seja confiável é necessário que seus índices estejam em torno de 0,75.

Tabela 4 - Índices de Alpha de Cronbach, médias e desvios padrão de cada estratégia de enfrentamento

Estratégias	Cronbach 's α
Confronto	0,73
Afastamento	0,49
Autocontrole	0,35
Suporte Social	0,70
Aceitação de responsabilidade	0,56
Fuga e esquivas	0,64
Resolução de Problemas	0,40
Reavaliação positiva	0,45

Os resultados da comparação entre as oito estratégias de enfrentamento, indicaram diferenças estatisticamente significativas entre o grau que cada uma delas foi usada pelos pacientes. ($F = 11.349$; $gl = 7$, $p \leq 0,000$).

Tabela 5 - Percentual de utilização das estratégias de enfrentamento

Estratégias	Nunca %	Pouco %	Bastante %	Em grande quantidade %	TOTAL
Confronto	65,9	14,7	18,8	0,6	100
Afastamento	60,6	14,1	17,1	8,2	100
Autocontrole	32,9	21,2	34,1	11,8	100
Suporte social	27,6	22,4	38,2	11,8	100
Aceitação da responsabilidade	35,3	23,5	27,7	13,5	100
Fuga	23,5	26,5	26,5	23,5	100
Resolução de problemas	13,2	16,2	45,6	25,0	100
Reavaliação positiva	23,5	17,1	40,0	19,4	100

3.3 Correlação das estratégias de enfrentamento e gênero, idade, tempo de acometimento e tempo de reabilitação

De acordo com o 3º objetivo proposto que correspondeu a investigar a correlação entre as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes acometidos por AVE quanto ao (a): gênero, (b) idade, (c) tempo de acometimento e tempo de reabilitação, realizou-se, inicialmente o teste *t* para cada uma das estratégias, comparando-se homens e mulheres, quanto o uso das diferentes estratégias. Somente no que diz respeito às estratégias de autocontrole ($t = 2.239$) e de resolução de problemas ($t = -2,150$) homens e mulheres diferiram estatisticamente quanto ao uso das estratégias utilizadas. Homens mostraram usar mais a estratégia de autocontrole (média = 1,43), enquanto mulheres usaram mais a de resolução de problemas (média = 2,25).

3.3.1 Correlação entre idade, tempo de acometimento, tempo de reabilitação e estratégias de enfrentamento

Estabeleceu-se uma tendência à correlação entre idade, tempo de acometimento, tempo de reabilitação e estratégias de enfrentamento usadas, as mesmas foram verificadas através de testes de correlações que indicaram que quanto maior é o tempo de reabilitação mais se utiliza às estratégias de confronto (r

= 0,432 $p = 0,083$) e a aceitação da responsabilidade ($r = 0,051$ $p = 0,847$). Em relação à idade, foi verificado que quanto maior a idade maior o uso de autocontrole pelos pacientes ($r = 0,462$ $p = 0,062$).

3.3.2 Correlações entre estratégias de enfrentamento atividades da vida diária

Em relação às correlações entre as atividades da vida diária e estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes acometidos por AVE, verificou-se que quanto menor a independência em atividades instrumentais, maior o uso de estratégias de reavaliação positiva, ($r = -0,541$) com significância de $p \leq 0,05$. Existe uma tendência à significância estatística entre uso de estratégias de fuga e esquiva e as atividades rotineiras, no sentido de que quanto mais independência em atividades rotineiras, menor a tendência de uso de estratégias de fuga e esquiva ($r = -0,451$ $p = 0,07$).

3.3.3 Correlações entre estratégias de enfrentamento e fatores de qualidade de vida

Para simplificar o entendimento da tabela de correlações entre estratégias de enfrentamento (Apêndice A) e fatores de qualidade de vida (Apêndice B), que será apresentada a seguir, faz-se necessário à apresentação de uma tabela anterior com a respectiva legenda:

Tabela 6 - Legenda das estratégias de enfrentamento e fatores de qualidade de vida

Estratégia enfrentamento	Fator	Fatores de qualidade de vida	Siglas
Confronto	1	Bem estar	BE
Afastamento	2	Estado emocional	EMO
Autocontrole	3	Saúde física	SF
Suporte social	4	Satisfação com a saúde física	SSF
Aceitação da responsabilidade	5	Satisfação com relações sociais	SRS
Fuga e esquiva	6	Importância para o dinheiro	ID
Resolução de problemas	7	Satisfação com o dinheiro	SD
Reavaliação positiva	8	Atividades realizadas	ATV
		Relação com a qualidade de vida	RQV
		Satisfação com aspectos da vida	SAV

Tabela 7 - Distribuição das correlações entre estratégias de enfrentamento e fatores de qualidade de vida. N = 17

Fatores	<i>r</i> Pearson n 17 Sig. (2-tailed)	BE	EMO	SF	SSF	SRS	ID	SD	ATV	RQV	SAV
1	<i>r</i>	-.306	-.222	-.027	-.304	-.333	.559*	-.295	.186	-.291	.056
	Sig.	.232	.392	.922	.235	.192	.011	.251	.475	.256	.831
2	<i>r</i>	.040	.250	.041	.068	-.175	.289	.291	-.021	.206	-.042
	Sig.	.880	.333	.879	.796	.501	.261	.258	.937	.428	.872
3	<i>r</i>	.135	.086	.132	-.086	.208	-.015	-.155	.141	.244	.388
	Sig.	.606	.742	.627	.744	.423	.954	.553	.588	.344	.124
4	<i>r</i>	.061	.019	-.289	-.277	-.244	.195	.069	.420	.282	.213
	Sig.	.815	.943	.278	.281	.346	.452	.792	.094	.273	.413
5	<i>r</i>	.085	.105	-.019	-.296	-.066	.362	-.035	.248	.209	.186
	Sig.	.745	.689	.943	.248	.801	.153	.895	.337	.421	.475
6	<i>r</i>	.030	.406	.028	-.206	-.138	.378	.012	.154	.529*	.053
	Sig.	.910	.106	.919	.427	.598	.135	.963	.556	.029	.841
7	<i>r</i>	.295	.186	.178	.067	-.186	-.070	.144	-.067	-.048	.027
	Sig.	.251	.474	.510	.797	.475	.789	.581	.797	.853	.918
8	<i>r</i>	-.036	.030	.176	-.127	-.138	.280	-.023	.239	-.246	.094
	Sig.	.892	.909	.514	.627	.598	.277	.930	.355	.341	.720

Alguns resultados sugerem uma tendência a correlações entre as variáveis: bem-estar e estratégia de confronto apresentaram uma correlação negativa ($r = -0,306$), ou seja, quanto mais os pacientes apresentam bem-estar, menos utilizam a estratégia de confronto. Outra tendência à correlação foi observada entre bem-estar e a estratégia de resolução de problemas e ($r = 0,295$). Isto indica que quanto mais os indivíduos apresentam bem estar, mais utilizada é a resolução de problemas. Quanto ao fator de relação ao estado emocional e estratégia de enfrentamento, não foi obtida nenhuma correlação significativa.

Entre a avaliação da saúde física e estratégias de enfrentamento não foram observadas correlações significativas. Contudo, é possível verificar uma tendência à correlação negativa entre avaliação do paciente em relação a sua saúde física e a utilização de suporte social ($r = -0,289$). Isto indica que quanto menor é sua satisfação com a saúde física, maior é a utilização de suporte social.

O fator de satisfação com a saúde física e estratégias de enfrentamento

não apresentou nenhuma correlação estatisticamente significativa, contudo houve algumas correlações sugestivas: quanto mais satisfeitos os pacientes com AVE se sentem, menor é a utilização da estratégia de confronto ($r = -0,304$), e quanto mais satisfeitos eles encontram-se, menos utilizada é a estratégia de suporte social ($r = -0,277$) e aceitação de responsabilidade ($r = -0,296$).

Em relação à satisfação com as relações sociais e estratégias de enfrentamento, nenhuma correlação estatisticamente significativa foi observada. Foram encontradas algumas sugestões: quanto maior satisfação com relações sociais, menor a utilização da estratégia de confronto ($r = -0,333$), e quanto maior a satisfação com as relações sociais menor é a utilização da estratégia de apoio social ($r = -0,244$).

A maioria dos pacientes apresentou receber apoio e ter bom relacionamento com amigos e familiares (67,7%). Comparações através do teste t, do grupo que recebeu apoio e teve bom relacionamento com o que considerou ter apoio inconstante ou moderado dos amigos e familiares, indicou uma tendência de diferença, no sentido que os pacientes que indicaram ter menos apoio nos últimos 4 semanas, tiveram menor utilização da estratégia de aceitação de responsabilidade (média = 0,976), ($t = -1,935$ $p = 0,072$). Enquanto que o grupo com bom relacionamento e apoio, apresentou maior utilização da estratégia de reavaliação positiva (média = 1,717) ($t = -2,497$ $p = 0,032$).

Os aspectos financeiros foram correlacionados com fatores de enfrentamento, sendo que uma correlação estatisticamente significativa foi encontrada: quanto maior a importância do dinheiro ($r = 0,559$) mais os pacientes utilizam a estratégia de confronto como enfrentamento. Ainda foram encontradas algumas correlações sugestivas: quanto maior a importância do dinheiro, maior a utilização da estratégia de afastamento ($r = 0,289$), de aceitação da responsabilidade ($r = 0,362$), de fuga e esquiva ($r = 0,378$) e de reavaliação positiva ($r = 0,280$).

Por outro lado, quanto maior a satisfação com a situação do dinheiro, menor a utilização da estratégia de confronto ($r = -0,295$), e maior a estratégia de afastamento ($r = 0,291$). Não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre a importância e a satisfação com o dinheiro.

Em termos das atividades realizadas, elas apresentaram uma correlação sugestiva à significância estatística com a estratégia de enfrentamento de suporte social: quanto maior as atividades realizadas pelos pacientes, maior a utilização de

suporte ($r = 0,420$).

Em relação à variável importância dada à qualidade de vida, verificou-se uma correlação estatisticamente significativa com a estratégia de enfrentamento de fuga e esquiva ($r = 0,529$), isto é, quanto maior a importância dada à qualidade de vida, mais os indivíduos se utilizam estratégia de fuga e esquiva.

Outras correlações foram sugestivas, no sentido de quanto maior a importância dada à qualidade de vida, menor a utilização de estratégia de confronto ($r = -0,291$) e de reavaliação positiva ($r = -0,246$). Ao mesmo tempo, quanto maior a importância da qualidade de vida por parte dos pacientes estudados, maior é a utilização da estratégia de autocontrole ($r = 0,244$) e de suporte social ($r = 0,282$).

A maioria dos pacientes apresentou uma alta expectativa em relação à qualidade de vida, 58,8%. Comparando-se os grupos que tiveram alta e baixa expectativa, encontrou-se uma diferença significativa no sentido do fator de enfrentamento autocontrole (média = 1,500) ser mais utilizado como estratégia entre os pacientes que apresentaram alta expectativa de atingir a qualidade de vida desejada ($t = -2,668$ e $p = 0,018$).

A variável satisfação com a vida não se correlacionou com nenhum dos oito fatores de enfrentamento. Observou-se apenas uma sugestão de correlação entre a estratégia de autocontrole ($r = 0,388$) e a satisfação, no sentido de que, quanto maior é a satisfação com a vida do paciente com AVE, mais ele utiliza a estratégia de autocontrole.

IV - DISCUSSÃO

Os dados apresentados serão discutidos na seguinte seqüência: perfil sócio demográfico, descrição dos pacientes quanto ao tempo de acometimento e ao tempo de reabilitação; atividades da vida diária; aspectos da qualidade de vida e estratégias de enfrentamento mais utilizadas. Posteriormente, serão discutidas as correlações estatisticamente significativas entre as estratégias de enfrentamento e os aspectos acima descritos.

Quanto à caracterização dos pacientes, foi possível observar que trata-se na sua maioria do sexo masculino com a média de idade de 58,7 anos (dp = 11,02). A maioria concluiu o ensino fundamental, é aposentada, casada e apresentou hemiplegia esquerda. Na literatura, a população com AVE é mais comum em homens e na faixa etária de 60 a 70 anos, (BRUNO *et al*, 2000). Sabe-se ainda que até os 51 anos de idade os homens têm maior propensão do que as mulheres de serem acometidos por um AVE (DAMIANI, I.T. *et al*, 1995). Assim, as características dos pacientes do presente estudo, não diferem das demais apresentadas pelos estudos relacionados.

Todos os pacientes envolvidos neste estudo foram acometidos pelo AVE há mais de 6 meses e a maioria encontrou-se entre 1 a 3 anos de tempo de acometimento. Segundo North (1999), um tempo mínimo de seis meses é requerido geralmente para que as conseqüências psicológicas imediatas à lesão tais como, emoções conflitantes, desordem emocional e desorganização, não estejam mais exercendo forte influência nos pacientes acometidos por AVE. Bays, (2001), constatou que no período de até seis meses ocorre a melhora física do paciente e esta colabora para a melhora de sua qualidade de vida.

No presente estudo 52,93% dos pacientes faziam parte de programa de reabilitação por mais de 7 meses e a média de tempo de reabilitação foi de 14,4 meses (dp = 10,8). Grande parte dos sujeitos da pesquisa (82,4%) tem o tratamento fisioterápico como principal atividade desempenhada. A maioria deles considerou-se satisfeita com a atividade desempenhada. Este fato mostra uma importante característica para a avaliação da qualidade de vida pelo fato do programa de reabilitação proporcionar atendimento especializado o que inclui atenção, dedicação, cuidado e carinho por parte dos estagiários e supervisor, além de propiciar uma

integração do próprio paciente acometido com os demais pacientes que fazem parte deste processo. Acredita-se que estas características do programa possivelmente estabelecem uma melhoria na interação social e promovem uma melhor qualidade de vida dos pacientes.

Segundo Pereira (2005), a participação num programa de reabilitação promove de certa forma, a percepção de alcance progressivo da independência, assim como a relação com outros pacientes e familiares pode levar a uma avaliação menos ameaçadora da situação de lesão, direcionar o sujeito para uma melhor adequação, influenciar o modo de enfrentamento dos participantes, e mobilizá-los a buscar estratégias que viabilizem uma melhor adaptação à situação e uma melhoria na qualidade de vida.

Em pesquisa realizada, na qual se pretendeu descrever as estratégias utilizadas por 76 pacientes, antes e depois de receberem alta de um programa de reabilitação, foi encontrado que algum tempo depois da participação dos pacientes com AVE nesse programa intensivo, algumas estratégias mostraram-se mais eficazes para o enfrentamento das conseqüências ocasionadas pelo AVE (ROCHETTE e DESROSIERS, 2002).

Nossos resultados apontam na mesma direção na medida em que as estratégias utilizadas pelos pacientes foram efetivas de certa forma para os que já faziam parte de um programa de reabilitação há mais tempo.

Muitos dos pacientes estudados realizaram atividades como: ouvir rádio (76,5%) participar de grupo de amigos (76,5%), ler jornais (52,9%), ir à igreja (82,4%), passear (41,2%), esportes (41,2%), o que vem colaborar para a percepção de sua qualidade de vida. Esses resultados apresentados mostram que boa parte dos sujeitos é ativa e desempenha atividades rotineiras de maneira satisfatória. Apesar disso, 70,6% dos sujeitos apresentaram inquietação, 41,2% acreditaram estar deprimidos ou muito tristes e 17,6% ansiosos.

Estudo revela ser comum, em pacientes com AVE, algumas características como a ansiedade e depressão, que vem causar limitações para o retorno produtivo nas atividades rotineiras. No entanto, há uma maior incidência e severidade do quadro depressivo entre o 6º e o 24º mês após o AVE. Encontrou-se sintomas depressivos em 90% das mulheres do estudo no 18º mês após o acometimento do AVE (ROCHA, 1993).

King (1996), em estudo com 86 sujeitos americanos acometido por AVE

após três anos, verificou que 30% da população apresentavam depressão, uma porcentagem alta em relação à população normal.

Ao considerar a sua saúde física, os seus sentimentos na maior parte do tempo e a sua satisfação em relação à saúde física, 29,4% dos sujeitos consideraram sua saúde como excelente e sentindo-se muito bem em relação à mesma. Quanto ao grau de satisfação, 64,6% consideraram-se satisfeitos de alguma forma.

Bayas (2001) realizou um estudo no qual revisou resultados de 68 artigos relacionados a pacientes acometidos por AVE, e considerou que há um aumento considerável da função física entre os três meses e um ano após o acometimento pelo AVE, ocorrendo um progresso funcional do paciente.

Sugere-se, que os pacientes do presente estudo por terem passado por este período de adaptação e possível progresso funcional, apresentam melhor percepção e em relação a sua saúde física.

A maioria dos pacientes com AVE considerou que recebeu apoio dos familiares e amigos e mantiveram um bom relacionamento com os mesmos.

Savoia (2000) coloca que os fatores de independência nas atividades da vida diária, habilidade funcional, suporte social e capacidades gerais para o cuidado a saúde, contribuem significativamente para a qualidade de vida, assim como o prejuízo cognitivo, a depressão e afasia a prejudica. Os sujeitos desta pesquisa se encontram isentos, em relação aos fatores como afasia e prejuízo cognitivo, o que vêem afirmar os dados encontrados.

Um indivíduo pode considerar-se com boa qualidade de vida se tiver condições de concretizar as atividades físicas necessárias para o bom funcionamento da vida diária; se as suas funções vitais estiverem preservadas; se ele for capaz de manter um estado psicológico emocional adequado para o enfrentamento das situações da vida ajustando suas questões particulares às suas relações sociais (CAROD-ARTAL, 1999).

Os resultados do presente estudo sugerem que os pacientes acometidos por AVE tem em sua maioria nível de independência para o desempenho de suas atividades diárias segundo o Índice de Katz. Isto ocorreu tanto em relação às atividades instrumentais quanto nas rotineiras.

Calasans (2004), em estudo realizado com dezessete pacientes crônicos com diagnóstico de AVE isquêmicos, identificou que a habilidade cognitiva esta

altamente correlacionada ao prognóstico de independência funcional, ou seja, é necessário considerar as seqüelas cognitivas no processo de reabilitação para um melhor desempenho funcional. Segundo Falcão, (2004) as incapacidades sensoriais e cognitivas causadas pelo AVE interferem de maneira efetiva nas habilidades para as atividades de vida diária, como se vestir, cuidar da aparência e realizar atividades de lazer. Ele considera que o maior impacto do AVE na vida do paciente ocorre na esfera das relações interpessoais.

Darlington *et al* (2007), em estudo com objetivo de verificar a influência do enfrentamento em momentos distintos do curso do AVE, encontrou que a qualidade de vida dos pacientes com AVE apresentou-se reduzida, e as estratégias de enfrentamento foram determinantes para a qualidade de vida, mas apenas depois de 5 meses de acometimento. Este estudo mostrou que estratégias de enfrentamento são importantes determinantes de qualidade de vida no 1º ano após o acometimento.

Nesse sentido o presente estudo, não teve como constatar tal relação, apenas sugerir que os pacientes apresentam freqüências de qualidade de vida satisfatória, talvez por se encontrarem há mais de 6 meses do acometimento, tempo este considerado ultrapassar o impacto da doença.

Em estudo de Rochette e Desrosiers (2002) 76 pacientes com idade média de 68,3 anos, acometidos por AVE, foram avaliados nas primeiras duas semanas de acometimento e depois de 6 meses em reabilitação. Os autores verificaram que as mulheres usaram mais estratégias de enfrentamento e atingiram escalas maiores de pensamento mágico equivalente a estratégia de fuga-esquiva, na qual o sujeito acredita que algo milagroso possa acontecer com ele ou ainda que sua situação atual possa mudar instantaneamente.

Já no presente estudo, os homens mostraram usar mais autocontrole, enquanto mulheres usam mais a estratégia de resolução de problemas. A estratégia de autocontrole esta ligada a questões de introversão dos sentimentos, procurar encontrar o lado bom das coisas, não fazer nada apressadamente, usar mais a racionalidade, enquanto que as estratégias de resolução de problemas estão ligadas à concentração no que deve ser feito, idealização de planos e realização dos mesmos com muita determinação.

As estratégias mais utilizadas em estudo sobre enfrentamento com mulheres hipertensas foram, fuga-esquiva, suporte social, reavaliação positiva e

resolução de problemas (CHAVES, 2002). Nesse sentido é compátível a escolha da estratégia de resolução de problemas pelas mulheres de tal estudo e do presente.

Ptacek *et al.* (1992) mostra que tanto homens quanto mulheres usam como primeira alternativa o enfrentamento focado no problema³ ⁴. De qualquer forma, é visto que comportamentos de fuga-esquiva e busca de suporte social estão presente mais em mulheres, o que difere dos resultados obtidos no presente trabalho.

Em estudo realizado com 75 pacientes acometidos por AVE após 3 anos, com média de idade de 75 anos, foi verificado que os pacientes utilizaram estratégias centradas na emoção e a incapacidade funcional comprometeu a efetividade de enfrentamento (DE SEPULVEDA e CHANG, 1994).

No entanto segundo Chaves (2002) é difícil fazer comparações entre estes estudos, pois a amostra, metodologia e a classificação de estratégias são de formas distintas.

Já Folkman e Lazarus (1980), em estudo de pessoas com idade avançada, colocam que ambos os sexos apresentam comportamentos parecidos ao tratar-se de estratégias emocionais, o que justifica a descrição dos dados do presente estudo não ser separado por sexo.

As estratégias menos utilizadas pelos sujeitos estudados foram: confronto, afastamento e autocontrole. O pouco uso destas estratégias evidencia que a maioria dos pacientes utiliza estratégias mais efetivas centradas no problema e não na emoção.

No estudo de Rochette e Desrosiers (2002), a resolução de problemas e pensamento mágico foram mais utilizadas enquanto que a estratégia de fuga-esquiva menos utilizados.

Verificou-se no presente estudo que 72,4% dos sujeitos utilizaram de alguma forma a estratégia suporte social e 76,5% utilizaram a estratégia de fuga-esquiva.

³ Classificação das estratégias de enfrentamento: a) estratégias positivas ou focadas no problema: resolução de problemas e reavaliação positiva. b) estratégias negativas ou focadas na emoção: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação da responsabilidade e fuga-esquiva (SAVOIA, 1995).

⁴ Segundo De Sepúlveda (1994) estratégias de enfrentamento focado no problema: confronto, suporte social e resolução de problemas. Focalizado na emoção: autocontrole, aceitação da responsabilidade, fuga-esquiva e reavaliação positiva. Temos duas classificações distintas, no entanto a mais vista pela literatura é a de Savoia, (1995), a qual foi utilizada no presente estudo.

Apesar de ser considerada também uma estratégia centrada na emoção, o suporte social segundo Savoia (2000) traz o benefício por vezes de diminuir riscos de desordens, tais como reduzir o impacto estressor e influenciar na interpretação da ameaça do evento estressor. A falta de suporte social é uma das variáveis mais relacionadas à diminuição da qualidade de vida deste grupo de pacientes (STURM *et al*, 2004).

Em estudo realizado pelo mesmo autor, o domínio das relações familiares foi um dos menos prejudicados, dado este que apontam na mesma direção dos obtidos neste estudo, já que uma das estratégias mais utilizadas pelo pacientes estudados foi o suporte social e que o nível de satisfação em relação ao relacionamento com seus familiares foi considerado alto.

Segundo Neves, E. (2004), em estudo realizado sobre as estratégias de enfrentamento em pacientes com câncer, as estratégias mais citadas pelos participantes foram fuga e esquiva, (esforços no sentido de evitar a situação estressora), e o suporte social, este resultado assemelha-se ao resultado encontrado no presente estudo. No entanto, estes pacientes conviviam com o diagnóstico recente, já no presente estudo, não.

Em níveis de aceitação da responsabilidade é visível que dos sujeitos (42%) utilizaram tal estratégia em grande quantidade.

Apesar dos sujeitos apresentarem uso significativo de suporte social e fuga eles utilizam em maior proporção às estratégias resolução de problemas e reavaliação positiva.

King *et al*. (2002) apresenta um estudo longitudinal de sintomas depressivos, saúde física, e processo de enfrentamento em 53 pacientes com média de idade de 58,4 anos. Eles constataram que as variáveis de enfrentamento não mudaram ao longo do tempo e que a frequência de apoio social diminuiu com o passar do tempo ao passo em que houve aumento no uso da estratégia de fuga-esquiva.

Percebe-se que a estratégia mais utilizada pelos sujeitos no presente estudo foi a de resolução de problemas que somou 86,8%, seguida reavaliação positiva encontrada para 76,59% dos casos.

Acredita-se que o enfrentamento focalizado no problema seja mais efetivo, pois não se compensa algo que estressa, mas sim se tenta resolvê-lo. As maneiras como os indivíduos e seus familiares lidam com a doença, ou seja,

percebem, interpretam e avaliam-na, alteram o desempenho na reabilitação e o seu impacto psicossocial. Segundo Packet (1992), o enfrentamento centrado na emoção é menos efetivo, exceto na reavaliação positiva entendida como um esforço para modificar a avaliação cognitiva da situação problema.

Das variáveis apresentadas, só foi possível estabelecer relações significativamente estatísticas entre:

a) Atividades instrumentais, quanto menor independência, maior o uso de estratégias de reavaliação positiva, ($r = -0,541$);

b) Em relação a variável qualidade de vida, com os fatores de enfrentamento, verificou-se uma correlação positiva, entre a importância da qualidade de vida e a estratégia de enfrentamento de *fuga e esquiva* ($r = 0,529$).

c) Importância do dinheiro e estratégia de confronto ($r = 0,559$)

Entretanto, dentre estas correlações estabelecidas somente as estratégias de confronto, e fuga-esquiva foram consideradas confiáveis de acordo com o teste de Alpha Cronbach, apresentado anteriormente na sessão de resultados. A seguir será apresentado o possível entendimento para tais correlações. Lembrando que, as respostas de estratégias de enfrentamento dos sujeitos, foram relacionadas à percepção dos mesmos em lidarem com as seqüelas do AVE.

Em relação às atividades instrumentais, quanto menor são as atividades, maior é o uso de estratégias de reavaliação positiva. As estratégias de reavaliação positiva estão relacionadas a mudanças positivas nos aspectos da situação. O fato dos pacientes não se encontrarem de forma ativa em suas atividades instrumentais, possibilita uma melhor avaliação do seu estado real.

Em relação a variável importância dada à qualidade de vida e enfrentamento, observou-se que quanto maior a importância dada, maior é a utilização da estratégia de fuga-esquiva, sugere-se que o sujeito ao dar maior importância à qualidade de vida, busca-se meios para o bem estar geral, e isso pode gerar um comportamento de fuga-esquiva em relação às incapacidades deixadas pelo AVE, uma vez que esta estratégia permite um pensamento mágico ou fantasioso de que a situação em questão desapareça de alguma forma.

A importância do dinheiro estabelecida pelos sujeitos apresenta uma

correlação positiva com o confronto, já que os pacientes podem relacionar o dinheiro como uma forma de ter ou não condições de realizar progressos em sua condição atual. A estratégia de confronto possibilita ao indivíduo extravasar de alguma forma seus sentimentos, assim descarrega a raiva em outras pessoas, foge das relações sociais, tenta encontrar culpados para seu problema.

Não foram verificados na literatura até o presente momento outros estudos com métodos ou amostras compatíveis ao presente estudo, dificultando assim a comparação dos resultados.

Dornnellan *et al.* (2006) realizou uma revisão de estudos sobre qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes acometidos por AVE com o objetivo de avaliar medidas e qualidade de estratégias de enfrentamento em estudos de adaptação psicológica do paciente acometido por AVE. Quatro itens foram analisados em 14 estudos: conceito de “*coping*”; enfrentamento de domínios avaliados; enfrentamentos utilizados após o AVE e escalas psicométricas de medidas de enfrentamento em pacientes com AVE.

O referido estudo verificou que dez medidas diferentes de enfrentamento foram utilizadas pelos estudos, assim como diferentes escalas de enfrentamento e estes estudos analisaram muitas limitações. Apenas 8 estudos avaliaram as estratégias de enfrentamento em pacientes acometidos por AVE. Sete deles eram apenas descrições do perfil dos pacientes em relação às estratégias de enfrentamento utilizadas, cinco fizeram associações com depressão, ansiedade e sentimentalismo. A idade média dos pacientes apresentada pelos estudos foi de 65 anos ($dp = 8,6$).

Assim os estudos encontrados apresentam uma população variada, com métodos distintos e principalmente instrumentos e classificação das estratégias que não se assemelham com a do presente estudo.

Segundo Dornnellan *et al.* (2006), é escasso na literatura o número de pesquisas quantitativas nesta área, ele considera que possa ser pelo fato de somente pesquisas com resultados estatisticamente significativos serem publicados.

Estes resultados vão de encontro com as dificuldades apresentadas pelo presente estudo em encontrar estudos semelhantes para a discussão e comparação dos resultados.

V - CONCLUSÕES

Verificou-se no presente estudo que 72,4% dos sujeitos utilizaram de alguma forma a estratégia suporte social, e 76,5% a estratégia de fuga-esquiva. Contudo percebe-se que a estratégia mais utilizada pelos sujeitos foi a de resolução de problemas (86,8%), seguida de reavaliação positiva encontrada para 76,5% dos casos.

Em termos gerais, pode-se observar que a maioria dos sujeitos que participou do estudo apresentou uma satisfação em relação à sua qualidade de vida, estado emocional, convívio social, saúde física e desempenho nas atividades da vida diária, assim como apresentou a utilização de estratégias de enfrentamento mais efetivas como, reavaliação positiva e resolução de problemas.

Como previamente mencionado a tendência a escolher determinada estratégia de enfrentamento depende do repertório individual (por exemplo: habilidades sociais, valores e crenças culturais) e de experiências tipicamente reforçadas (SAVOIA, 2000). Os resultados da presente pesquisa apontam neste sentido, pois estes pacientes apresentaram de certa forma uma avaliação positiva, quanto à satisfação aos aspectos de qualidade de vida, assim como a saúde física e apoio social, o que contribui de forma positiva para a percepção e enfrentamento em relação ao AVE. Isto possivelmente leva à utilização de estratégias mais efetivas ou centradas no problema.

Contudo, o presente estudo apresentou dados descritivos que ficam impossibilitados de serem comparados a demais estudos, já que não foi possível encontrar na literatura estudos semelhantes, em métodos, amostragem e instrumentos.

Os dados apresentados na sua grande maioria não evidenciaram consistência, e nem mesmo correlações significativamente estatísticas, devido ao número reduzido de participantes. Entretanto, muitos dados foram sugestivos para uma possível significância estatística, o que mostra a necessidade de futuras pesquisas com uma amostra de participantes maior para o aprofundamento deste assunto e confirmação dos dados.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a ampliação de conhecimentos nesta área e fornecer de alguma forma, dados para pesquisas

futuras, associadas a pacientes crônicos e sua qualidade de vida e enfrentamento, no sentido de mostrar a importância de conhecer o perfil destes pacientes para que métodos de tratamento possam ser empregados de maneira mais precisa e para que a equipe de reabilitação possa com um maior conhecimento do enfrentamento e aspectos gerais desses pacientes reestruturar suas práticas no sentido e de propiciar um melhor desenvolvimento biopsicossocial do sujeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTONIAZZI, A.S.; DELL' AGLIO, D.D.; BANDEIRA, D.R. A Evolução do conceito de Coping: uma revisão. **Estud. de Psicol.** Natal, 1998. Disponível em: www.fase.rs.gov.br > Acesso em 25 janeiro de 2004.

ATKISON, R. L. *et al.* Estresse, Psicopatologia e Terapia. In: **Introdução à psicologia de Hilgard**. Cap 14, p 508-541, 2002.

BAUK, D.A. Stress. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v.13, n. 50, p. 28-36, 1985.

BAYAS, C.L. Quality of life of stroke survivors: a research synthesis. **J. Neurosci. Nurs.**, v. 33, n. 6, p. 310-316, 2001.

BERTOLUCCI, P.H.F. *et al.* O Mini-exame do Estado Mental em uma População Geral: Impacto da Escolaridade. **Arq. de Neuropsiquiatria**, v 52, p. 1-7, 1994.

BISQUERRA, R. *et al.*, **Introdução à estatística**: enfoque informático com pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BRUNO, A.A *et al.* Perfil dos pacientes hemiplégicos atendidos no lar escola São Francisco: Centro de Reabilitação. **Acta Fisiátrica**, v.7, n. 3, p. 92-94, 2000.

CALASANS, P. A.; ALOUCHE, S.R. Correlação entre o nível cognitivo e a independência funcional após AVE. **Rev. Bras. Fisiot.**, v. 8, n. 2, p. 105-109, maio-ago., 2004.

CAROD-ARTAL, F.L. Measurement of the quality of life in stroke survivors. **Rev. Neurol.**, v.29, n. 5, p. 447-56,1999.

CAVER, C.S E SCHEIER, M.F. Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. **J. of Pers. and Social Psychol.**, v.66, p.184-195, 1994.

CFP / CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Disponível em: <http://www.psicologia-online.org.br/Resoluções>. Acesso em 25 de agosto de 2004.

CHAVES, E. C; CADE, N. V. Enfrentamento e sua relação com a ansiedade e com a depressão em mulheres com hipertensão. **Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.**, v.4, n. 1, p.1-11, jun. 2002.

CHAVES, M.L.F. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. **Rev. Bras. Hipertens.** Porto Alegre, v. 7, n. 4, p.372-82, 2000.

CNS/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em : <http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes/resolucoes> . Acesso em 25 de agosto de 2004.

CORDINI, K. *et al.* Qualidade de vida de pacientes com história previa de acidente vascular encefálico: observação de casos. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 54, n. 4, p.312-317, 2005.

COSTA, A.M, DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral. **Rev. Bras. Cienc. Mov**, v. 10, n. 1, p. 47-54, 2002.

COSTA, J.C. *et al.* Estenose da carótida extra craniana: análise dos fatores de risco e das indicações cirúrgicas. **Rev. de Angiolog. e Cirurg. Vasc.** Porto alegre, v. 9, n. 4, 2000.

DAMIANI, I.T. *et al.* **Acidente vascular cerebral.** TRBPHARMA, 1995. Disponível em >> www.tachini.com . Acesso em junho de 2005.

DARLINGTON, A.S. *et al.* Coping strategies as determinants of quality of life in stroke patients: a longitudinal study. **Cerebro. Vasc. Dis.**, v. 23, n. 5-6, p.401-7., apr., 2007.

DE SEPULVEDA, L.I.B.; CHANG, B. Effective coping with stroke disability in a community setting: the development of a causal model. **J. Neurosci. Nurs.** v, 26, p.193–203, 1994.

DONNELLAN, C. *et al.* Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review. **J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.**, v. 77, p. 1208-1218, 2006.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, Â. N.de. Facing mastectomy: analysis of the discourse of mastectomized women about questions of sexuality. **Estud. Psicol.** Natal, v. 8, n. 1, p. 155-163, jan./apr., 2003.

FALCÃO, I. V. *et al.* Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Saud. Mater. Infant.**, v.4, n.1, p.95-101, jan./mar, 2004.

FLECK, M. P., *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. de Psiq.**, v.21, n.1, p. 19-28, 1999.

FOLKMAN, S ; LAZARUS, R.S. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of college examination. **J.I of Person. and Social Psychol.**, v. 48, p.150-170, 1985.

FOLKMAN, S ; LAZARUS, R.S. Na analysis of coping in a middle-aged community sample. **J. of Health and Social Behavior**, v. 21, p. 219-239, 1980.

GALLO, J.J.; REICHEI, W.; ANDERSEN, L.M. _ **Handbook of Geriatric Assessment**, 2. ed. Aspen Publishers, Gaithersburg, Maryland, 1995. Tradução para o português de Scazufca.

GRAEFF, F. G. Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev. Bras. de Psiquiat.** São Paulo, v 25, june, 2003.

GIMENEZ, M. G. G. A teoria de enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psicoconlogia. In: GIMENEZ, M. G. G (org). **A mulher e o câncer**. Campinas: Editorial Psy, p. 111-148, 1997.

GUIDO, A. de. Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica. **Tese de doutorado**. São Paulo, 2003.

JARACZ, K ; KOZUBISKI, W. Quality of life after in stroke patients. **Acta Neural Scand**, v. 107, n. 5, p.324-9, 2003.

JEAMMET, P. *et al.*. O enfoque psicossomático da saúde e doença. In: JEAMMET, P. *et al.*. **Psicologia Médica**: Rio de Janeiro: Medsi, cap 5, p. 246-249, 1996.

KING, R.B. Quality of life after stroke. **American Heart Association**. 27:1467-1472, 1996.

_____, *et al.* Adaptation to stroke: a longitudinal study of depressive symptoms, physical health, and coping process. **Top Stroke Rehabil.**, v. 9, p. 46-66, 2002.

LAZARUS, R.S. ; FOLKMAN, S. **Stress, Apraisal and Coping**. New york: Springer, 1984.

LAZARUS, R.S. E LAUNIER, S. Stress related transaction between person and environment. In: Drevin LA, Lewis M. **Perpectives in international psychology**. Neu york: Plenum, p.87-327, 1978.

LAZARUS, R. Coping theory and research: past, present and future. **Psychossomatic Medicine**, v. 55, p.234-247, 1991.

MEDEIROS, V.C.C. de. *et al.* A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.40, n.1, p.86-92, 2006.

MOOS, R. H. ; BILLINGS A. G. Conceptualizing and mensuring coping resources and process. In: GOLDBERGER, L. e BREZNITZ, S. **Handbook of stress: theoretical andclinical aspcts.** New York: Free Press, p. 212-230, 1982.

NEVES, E.M. L. *et al.* Estratégias de Enfrentamento em pacientes com câncer In: BRANDÃO, Maria Zilah, *et al.* **Sobre comportamento e Cognição: Contribuições para a Construção da Teoria do Comportamento.** Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2004.

NEVES, P.P. Profissionais da saúde, que assistem pacientes com Acidente Vascular Cerebral, necessitam de informação especializada. **Rev. Neurociênc..** v. 12, n. 4, out/dez, 2004.

NORTH, N.T. Psychological effects of spinal cord injury: a review. **Spinal. Cord.,** v.37, p. 671-679, 1999;

PEREIRA, M. *et al.* Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. **Arq. Neuro. Psiquiatr.** São Paulo, v. 63, 2005.

PITTA, A.M.F. *et al.* Escala de qualidade de vida de clientes de serviços de saúde mental. In: GORENSTEIN, C *et al.*, Escalas de avaliação clinica em psiquiatria e psicofarmacologia. **Rev. Psiquiat. Clinic.,** v.26, n2, março-abril, 1999.

PTACEK, J. T. *et al.*, Gender appraisal and Coping: a longitudinal analiysis. **J. of Personality,** v.60, n. 4, p. 747-770, 1992.

ROCHETTE, A. e DESROSIERS, J. Coping with the consequences of a stroke. **Int. J. Rehabil. Res.,** v.25, n. 1, p. 17-24, março, 2002.

ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ROCHA, F.L. *et al.* Depressão pós acidente vascular cerebral (AVC). **J. Bras. Psiquiatr,** v. 42, p. 203-8, 1993.

SANTOS, A. R. R. dos. Transplante de Medula Óssea e Estratégias de Enfrentamento In: BRANDAO, M. Z., *et al.* **Sobre comportamento e Cognição: Contribuições para a Construção da Teoria do Comportamento.** Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2004.

SANTOS, J. R. DOS. Adolescentes com Diabetes mellitus tipo I: seu cotidiano e enfrentamento da doença. **Psic. Reflex. e Crític.,** v. 16, n. 2, p. 411-425, 2003.

SAVOIA, M. G. Instrumentos para avaliação de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping) em situações de estresse. In: GORENSTEIN, C. *et al.*, Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial, **Rev. de Psiq. Clin.**, v. 26, n.2, março-abril, p. 377-387, 2000.

_____ Relação Entre Eventos Vitais Adversos e Mecanismos de "Coping" no Transtorno do Pânico. **Tese de doutorado**. Instituto de Psicologia da USP, 1995.

_____ Stress: Conceito e Profilaxia. In: II Simpósio de Psicologia São Caetano do Sul, **Resum. Rev. Bras. de Pesq. em Psicol.**, v.1, 1988.

SAVÓIA, M. G.; SANTANA, P.R.; MEJIAS, N. P. Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. **Psicol. USP**, v. 7, n. 1,2, p. 183-201, 1996.

SCHMIDT, I.T. Stress ocupacional no ambiente acadêmico universitário. **Tese de doutorado**. Instituto de psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1990.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C.M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2004.

SHAH, H; GONDEK, K. Aspirin plus extended - release dipyridamole or clopidogrel compared with aspirin monotherapy for the prevention of recurrent ischemic stroke: a cost effectiveness analysis. In: PIEDADE, P. R. *et al.* Platelet aggregation test: application in the control of antiplatelet aggregation in the secondary prevention of stroke. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.61, n.3b, p.764-767, sept., 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES. Primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral. São Paulo, set, 2001.

STURM, J.W. *et al.*, Determinants of handicap after stroke: the north east melbourne stroke incidence study (NEMESIS). **Stroke**, v. 35, n. 10, p. 2340-5, 2004.

TEIXEIRA – SALMELA, L.F. Treinamento físico e destreinamento em hemiplégicos crônicos: impacto na qualidade de vida. **Rev. Bras. de Fisiot.**, v. 9, n. 3, p.347-353, 2005.

VATAJA, R. *et al.* Correlatos de imagem por ressonância magnética de depressão após acidente vascular cerebral isquêmico. **Arch. Gen. Psychiatry**, v .58, p. 925-31, 2001

VRANJAC, A. **Divisão De Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Centro de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Disponível em >> <http://www.cve.saude.sp.gov.br/> . Acesso em 2007.

VICTORIA, M. S. da. *et al.* A influência de estados emocionais positivos e negativos no processamento cognitivo. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, dez, 2005.

YAMAMOTO, F. **Acidente vascular cerebral. Manual de condutas médicas**. Disponível em www.ids-saude.org.br/medicina. Acesso em: janeiro de 2007.

ZOBOLI, E.L.C.P., FRACOLLI, L.A. Vulnerabilidade do sujeito de pesquisa. **Cadernos de ética em pesquisa**, publicação da CONEP: Brasília-DF, n. 8, ano IV, p. 20-21. Agosto de 2001. Disponível em >> <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/index.htm>. Acesso em 30 de junho de 2005.

ANEXO A - INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING DE FOLKMAN E LAZARUS

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada o que você fez na situação

0 não usei essa estratégia

1 usei um pouco

2 usei bastante

3 usei em grande quantidade

- | | |
|--|---------|
| 1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo | 0 1 2 3 |
| 2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor | 0 1 2 3 |
| 3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair | 0 1 2 3 |
| 4. Deixei o tempo passar _ a melhor coisa que poderia fazer era esperar _ o tempo é o melhor remédio | 0 1 2 3 |
| 5. Procurei tirar alguma vantagem da situação | 0 1 2 3 |
| 6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa | 0 1 2 3 |
| 7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias | 0 1 2 3 |
| 8. Conversei com outra(s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação | 0 1 2 3 |
| 9. Critiquei-me, repreendi-me. | 0 1 2 3 |
| 10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções | 0 1 2 3 |
| 11. Esperei que um milagre acontecesse | 0 1 2 3 |
| 12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino | 0 1 2 3 |
| 13. Fiz como se nada tivesse acontecido | 0 1 2 3 |
| 14. Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos | 0 1 2 3 |
| 15. Procurei encontrar o lado bom da situação | 0 1 2 3 |
| 16. Dormi mais que o normal | 0 1 2 3 |
| 17. Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema | 0 1 2 3 |
| 18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas | 0 1 2 3 |
| 19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a sentir | 0 1 2 3 |
| 20. Inspirou-me a fazer algo criativo | 0 1 2 3 |

21. Procurei a situação desagradável	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos	0	1	2	3
26. Fiz um plano de ação e o segui	0	1	2	3
27. Tirei o melhor da situação, o que não era esperado	0	1	2	3
28. De alguma forma extravasei os meus sentimentos	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim	0	1	2	3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada apressadamente, ou seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças	0	1	2	3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral	0	1	2	3
41. Não deixei me impressionar, recusava-me a pensar muito sobre essa situação	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação	0	1	2	3
44. Minimizei a situação recusando-me a me preocupar seriamente com ela	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo	0	1	2	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa (s)	0	1	2	3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	0	1	2	3
50. Recusei a acreditar que aquilo estava acontecendo	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes da próxima vez	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito	0	1	2	3

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como me senti | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 57. Sonhava acordado (a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 60. Rezei | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 61. Preparei-me para o pior | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 63. Pensei em uma pessoa que admiro e a tomei como modelo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 65. Eu disse a mim mesmo (a) que as coisas poderiam ter sido piores | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 66. Corri, ou fiz exercícios | 0 | 1 | 2 | 3 |

Fonte: Adaptado por Savoia *et al.* (1976) do original de Folkman & Lazarus (1985).

ANEXO B - AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA /ÍNDICE DE KATZ

A _ Índice de atividades rotineiras do paciente

Tentar obter essas informações com o paciente, caso seja possível

1. Tomar banho (esponja, chuveiro ou banheira):

(I) Não precisa de ajuda.

(A) Precisa de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (costas ou pernas).

(D) Precisa de ajuda para higiene completa (ou não toma banho).

2. Vestir-se:

(I) Pega as roupas e veste-se sem nenhuma ajuda.

(A) Pega as roupas e veste-se sem ajuda, com exceção de amarrar os sapatos.

(D) Precisa de ajuda para pegar as roupas ou para se vestir, ou fica parcial ou completamente não vestido.

3. Ir ao banheiro:

(I) Vai ao banheiro, faz a higiene, e se veste sem ajuda (mesmo usando um objeto para suporte como bengala, andador, cadeira de rodas, e pode usar urinol à noite, esvaziando este de manhã).

(A) Recebe ajuda para ir ao banheiro, ou para fazer a higiene, ou para se vestir depois de usar o banheiro, ou para uso do urinol a noite.

(D) Não vai ao banheiro para fazer suas necessidades.

4. Locomoção:

(I) Entra e sai da cama, assim como da cadeira, sem ajuda (pode usar usando objeto para suporte, como bengala ou andador).

(A) Entra e sai da cama ou da cadeira com ajuda.

(D) Não sai da cama.

5. Continência:

(I) Controla a urina e movimentos do intestino completamente por si próprio.

(A) Tem acidentes ocasionais.

(D) Supervisão ajuda a manter controle de urina ou intestino, cateter é usado, ou é incontinente.

6. Alimentação:

(I) Alimenta-se sem ajuda.

(A) Alimenta-se, com exceção no caso de cortar carne ou passar manteiga no pão.

(D) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou completamente por meio de tubos ou fluidos intravenosos.

Quando o paciente não souber informar, favor anotar que a informação não foi dada por ele.

B _ Sobre o paciente — Atividades instrumentais da vida diária

As alternativas devem ser escolhidas em relação aos últimos 30 dias)

1. Telefone:

(I) capaz de olhar os números, discar, receber e fazer chamadas sem ajuda.

(A) É capaz de receber chamadas ou ligar para a telefonista em uma emergência, mas necessita de um telefone especial ou ajuda para pegar o número ou discar.

(D) É incapaz de usar o telefone (escreva _ não se aplica _ se o paciente nunca recebeu uma chamada ou usou o telefone).

2. Locomoção fora de casa:

(I) É capaz de dirigir seu próprio carro ou andar em um ônibus ou de táxi sozinho.

(A) É capaz de se locomover fora de casa, mas não sozinho.

(D) É incapaz de se locomover fora de casa.

3. Compras:

(I) É capaz de tomar conta de todas as compras, desde que o transporte seja providenciado.

(A) É capaz de fazer compras mas não sozinho.

(D) É incapaz de fazer compras.

4. Preparar a comida:

(I) É capaz de planejar e preparar uma refeição completa.

(A) É capaz de preparar pratos simples, mas incapaz de cozinhar uma refeição completa sozinho.

(D) Incapaz de preparar qualquer comida. (Se o paciente nunca foi responsável por preparar uma refeição, pergunte algo como fazer sanduíche, pegar uma fruta para comer, etc. Verificar se essas atividades diminuíram e marcar da mesma forma.)

5. Trabalho doméstico:

(I) é capaz de fazer o trabalho doméstico pesado (exemplo: limpar o chão).

(A) É capaz de fazer o trabalho doméstico leve, mas precisa de ajuda nas tarefas pesadas.

(D) É incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico.

6. Medicação:

(I) É capaz de tomar as medicações na dose e hora certa.

(A) É capaz de tomar as medicações, mas precisa ser lembrado ou alguém precisa preparar a medicação.

(D) É incapaz de tomar sozinho suas medicações.

7. Dinheiro:

(I) É capaz de fazer as compras de coisas necessárias, preencher cheques e pagar contas.

(A) É capaz de fazer as compras de uso diário, mas necessita de ajuda com o talão de cheques e para pagar as contas.

(D) É incapaz de lidar com dinheiro.

Abreviações: I = independente, A = assistência, D = dependente.

Fonte: Gallo *et al.*, 1995 (tradução para o português de Márcia Scazufca)

ANEXO C – ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA
Questionário do usuário

Informações para a entrevista

Nome: _____

Nº do Prontuário: _____

Idade: |_|_| Sexo: |_| masculino |_| feminino

Familiar: _____

Data da entrevista:

DADOS PESSOAIS

1. Qual é sua data de nascimento? ____/____/____

2. Você é: Homem Mulher

3. Qual é seu nível de escolaridade?

analfabeto primeiro grau incompleto primeiro grau completo
 segundo grau incompleto segundo grau completo universitário incompleto
 universitário completo

4. Qual é o seu estado civil?

solteiro(a) divorciado(a) separado(a)
 casado(a) união consensual viúvo(a)

6. Qual é sua fonte de renda? (marque todas que se aplicam)

emprego remunerado seguro-desemprego renda de cônjuge
 aposentadoria pensão privada/investimento renda familiar ou rendimentos
 auxílio-doença pensão dos pais outras fontes: _____

7. Qual é sua cor? (marque a resposta que melhor se aplica)

branca amarela parda negra

8. Nas últimas 4 semanas você morou (marque todas que se aplicam)

sozinho(a) com filho(a) com companheiro(a) ou cônjuge
 com amigo(a)/colega de quarto com os pais outros: _____
 em apartamento/casa escola/universidade
 em pensão em instituição (hospital ou casa de repouso)
 em república na prisão

- Em moradia supervisionada Desabrigado(a)
 Em quarto alugado Outros (favor especificar): _____

NÍVEL DE SATISFAÇÃO

12. Como você se sente em relação:	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Um pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
a) a maneira com que você gasta seu tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) sentir-se confortável quando está sozinho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) sua moradia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) a vizinhança do lugar onde você mora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) a comida que você come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) a roupa que você veste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) o serviço de saúde mental que você usa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) o acesso ao transporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) sua vida sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) sua segurança pessoal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATIVIDADES OCUPACIONAIS

14. Nas últimas 4 semanas, você: (assinale somente uma)

- estudou/trabalhou ou ocupou-se com afazeres domésticos da maneira usual
 estudou/trabalhou ou ocupou-se com afazeres domésticos com menos frequência do que de costume
 parou de estudar/trabalhar ou ocupar-se com afazeres domésticos comparado com o que você fazia antes

não se aplica

16) Qual é sua atividade principal? (marque apenas uma)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emprego remunerado | <input type="checkbox"/> Programa de tratamento/reabilitação | <input type="checkbox"/> Atividade sem vínculo empregatício |
| <input type="checkbox"/> Trabalho voluntário ou sem remuneração | <input type="checkbox"/> Oficinas de artesanato/lazer/ <i>hobbies</i> | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Escola | <input type="checkbox"/> Tarefas domésticas | |

17) O quanto satisfeito ou insatisfeito você está com sua atividade principal?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito | <input type="checkbox"/> Um pouco insatisfeito | <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeito |
| <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeito | <input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito | <input type="checkbox"/> Muito satisfeito |
| <input type="checkbox"/> Um pouco satisfeito | | |

18) Você sente que está empenhado na sua atividade: (assinale apenas uma, baseado na resposta para questão 16)

- Menos do que gostaria Mais do que gostaria Na medida certa

19) O que você gostaria de fazer como atividade principal?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emprego remunerado | <input type="checkbox"/> Programa de tratamento/reabilitação | <input type="checkbox"/> Atividade sem vínculo empregatício |
| <input type="checkbox"/> Trabalho voluntário ou sem remuneração | <input type="checkbox"/> Oficinas de artesanato/lazer/ <i>hobbies</i> | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Escola | <input type="checkbox"/> Tarefas domésticas | |

BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

20) Agora nós gostaríamos de saber como você se sente em relação as coisas da sua vida. Para cada questão marque a coluna que melhor reflete a maneira que você se sentiu nas últimas 4 semanas.

SIM NÃO

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a) Contente por ter conseguido realizar algo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b) Muito sozinho ou distante das outras pessoas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c) Entediado |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d) As coisas saíram do jeito que você queria |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e) Tão inquieto que não conseguia ficar muito tempo sentado |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f) Orgulhoso porque alguém o cumprimentou por algo que você fez |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g) Chateado porque alguém o criticou |

- h) Particularmente animado ou interessado em algo
 i) Deprimido ou muito triste
 j) Tudo está as mil maravilhas

21) Nas últimas 4 semanas você diria que seu estado emocional esteve:

- ruim regular bom muito bom excelente

SINTOMAS/ATITUDES

22) Durante as últimas 4 semanas você (assinale apenas uma)

- sentiu-se calmo e positivo de modo geral
teve alguns períodos de ansiedade e depressão
esteve confuso, amedrontado, ansioso ou deprimido de modo geral

23) Existem vários aspectos de incômodo emocional, como por exemplo sentimentos de depressão, ansiedade, ouvir vozes, etc.

Indique quanto esses sintomas o incomodaram nas últimas 4 semanas?

- Nada Um pouco Moderadamente Muito Demais

SAÚDE FÍSICA

25a) Como você descreveria sua saúde física nas últimas 4 semanas?

- ruim regular boa muito boa excelente

25b) Durante as últimas 4 semanas você... (assinale uma)

- sentiu-se muito bem a maior parte do tempo
sentiu-se desanimado ou com mal-estar com certa frequência
sentiu-se doente ou indisposto a maior parte do tempo

26) Como você se sente em relação a sua saúde física?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito | <input type="checkbox"/> Um pouco insatisfeito | <input type="checkbox"/> Moderadamente satisfeito |
| <input type="checkbox"/> Moderadamente insatisfeito | <input type="checkbox"/> Nem satisfeito, nem insatisfeito | <input type="checkbox"/> Muito satisfeito |
| <input type="checkbox"/> Um pouco satisfeito | | |

27) O quanto sua saúde física é importante para você?

Nada importante Moderadamente importante Extremamente importante
 Levemente importante Muito importante

RELAÇÕES SOCIAIS/APOIO

37) Quanto você está satisfeito ou insatisfeito com:

	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Um pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
a) a quantidade de amigos que você tem? <input type="checkbox"/> não tenho amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) o relacionamento que você tem com seus amigos? <input type="checkbox"/> não tenho amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) seu relacionamento com sua família? <input type="checkbox"/> não tenho família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Se você mora com outros, responda em relação as pessoas com quem você mora <input type="checkbox"/> moro sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) o seu relacionamento com outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Quantas pessoas você considera como amigas?	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> mais de 5			

43) Nas últimas 4 semanas você... (assinale apenas uma)

teve bom relacionamento com as pessoas e recebeu apoio da família e dos amigos
 recebeu moderado apoio da família e dos amigos
 teve apoio inconstante da família e dos amigos ou apenas quando absolutamente

necessário

DINHEIRO

O quanto é importante para você:

	Nada importante	Levemente importante	Moderadamente importante	Muito importante	Extremamente importante
45) ter dinheiro?	<input type="checkbox"/>				
46) ter controle do seu dinheiro?	<input type="checkbox"/>				

47) Como você se sente em relação:

	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Um pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
a) a quantidade de dinheiro que você tem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ao controle que você tem sobre o seu dinheiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. A falta de dinheiro, na maioria das vezes, impede-o de realizar aquilo que você gostaria?

Nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre

53) Abaixo estão algumas atividades que você possa ter participado recentemente. Por favor marque SIM ou NÃO para indicar se você realizou estas atividades nas últimas 4 semanas.

SIM	NÃO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) passear
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) participou de grupo com amigos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) foi ao cinema ou a um jogo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) leu jornal ou revista
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) assistiu à TV

ANEXO D - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



Centro Universitário da Grande Dourados



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
UNIGRAN

Dourados 22 de Março de 2006.

Prezada Pesquisadora:
Geórgia Cristian Borges

O Projeto de vossa autoria **003/06** intitulado **“Estratégias de Enfrentamento e Qualidade de Vida de Pacientes Acometidos por Acidente Vascular Encefálico em Processo de Reabilitação”** foi integralmente **APROVADO** pelo CEP-UNIGRAN e poderá ser conduzido. Pois a acadêmica atendeu as recomendações dos relatores.

Ressalto que os relatórios semestrais devem ser apresentados ao Comitê para acompanhamento e que alterações em seu projeto devem ser avisadas previamente a coordenação.

Respeitosamente,



Prof. Rosilda Mara Mussury
Coordenadora do CEP - Unigran

ANEXO E - TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, RG _____, abaixo qualificado, DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de (sujeito objeto da pesquisa ou representante legal do mesmo), que fui devidamente esclarecido sobre o Projeto de Pesquisa desenvolvido pela pesquisadora **Geórgia Cristian Borges** do Curso de **Mestrado-tipo Minter** da Universidade **UNB/UNIGRAN**. O estudo tem como objetivo verificar como os indivíduos reagem às seqüelas deixadas pelo AVE(derrame), como às entendem e as percebem e de que forma isto pode facilitar a dedicação ao tratamento. Estou ciente sobre os objetivos da pesquisa e que devo responder questões sobre como lido com a minha doença, minhas atividades de vida diária, meu estado emocional (como me sinto), atividades de trabalho, relações sociais e familiares e qualidade de vida. Os instrumentos serão aplicados em dias alternados, antes ou após as sessões de fisioterapia, o que levaram em torno de três sessões de 40 minutos.

Estou ciente de que a qualquer momento posso receber informações sobre o desenvolvimento da pesquisa e manter contato com a pesquisadora através dos telefones: 92078595 ou 4267346. Em caso de necessidade terei acesso gratuito a atendimento psicológico especializado.

Fui informado que a minha identidade será mantida em sigilo. A minha participação no estudo é voluntária, podendo ser interrompida em qualquer momento, sem prejuízo ou punição, ou seja, não perderei vaga no atendimento por não participar do estudo. Caso eu tenha interesse, poderei ao final do estudo ser informado sobre os resultados do mesmo.

DECLARO, então, que após suficientemente esclarecido pelo pesquisador, consinto de livre e espontânea vontade (em participar ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa.

_____, _____ de _____ de 2006

APENDICE A - FATORES DO INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING*

Fator 1 – Confronto

itens 47, 17, 40, 34, 07, 28

- 7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias
- 17. Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema
- 28. De alguma forma extravasei os meus sentimentos
- 34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.
- 40. Procurei fugir das pessoas em geral
- 47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa (s)

Fator 2 – Afastamento

itens 41, 13, 44, 21, 06, 16, 10 .

- 6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa.
- 10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.
- 16. Dormi mais que o normal
- 13. Fiz como se nada tivesse acontecido
- 21. Procurei a situação desagradável
- 41. Não deixei me impressionar, recusava-me a pensar muito sobre essa situação.
- 44. Minimizei a situação recusando-me a me preocupar seriamente com ela

Fator 3 – Autocontrole

itens 15, 14, 43, 54, 35

- 14. Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos
- 15. Procurei encontrar o lado bom da situação
- 35. Procurei não fazer nada apressadamente, ou seguir o meu primeiro impulso.
- 43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação
- 54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo

Fator 4 - Suporte social

itens 42, 45, 08, 31, 18, 22

- 8. Conversei com outra(s) pessoa (s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.
- 18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas
- 22. Procurei ajuda profissional
- 31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema
- 42. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos
- 45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo

Fator 5 - Aceitação de responsabilidade

itens 51, 09, 52, 29, 48, 25, 62

- 9. Critiquei-me, repreendi-me.
- 25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos
- 29. Compreendi que o problema foi provocado por mim
- 48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar
- 51. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes da próxima vez
- 52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema
- 62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer

Fator 6 - Fuga e esquiva

itens 58, 59

- 58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse
- 59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam

Fator 7 - Resolução de problemas

itens 49, 26, 46, 01

- 1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo
- 26. Fiz um plano de ação e o segui
- 46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria
- 49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário

Fator 8 - Reavaliação positiva

itens 38, 56, 60, 30, 39, 20, 36, 63, 23

20. Inspirou-me a fazer algo criativo

23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva

30. Saí da experiência melhor do que eu esperava

36. Encontrei novas crenças

38. Redescobri o que é importante na vida

39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final

56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma

60. Rezei

63. Pensei em uma pessoa que admiro e a tomei como modelo

APENDICE B- FATORES DE QUALIDADE DE VIDA

7. SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICOS

Q1 idade

Q2 sexo

Q3 escolaridade

Q4 estado civil

Q6 fonte de renda

Q7 raça

10. ATIVIDADES OCUPACIONAIS,

Q14 Nas últimas 4 semanas, você estudou/trabalhou ou ocupou-se com afazeres domésticos, de maneira usual, com menos frequência do que de costume ou parou?

Q16 Qual é sua atividade principal?

Q17 O quanto satisfeito ou insatisfeito você está com sua atividade principal?

Q18 Você sente que está empenhado na sua atividade: (assinale apenas uma, baseado na resposta para questão 16).

11. BEM-ESTAR PSICOLÓGICO,

Q20 Como você se sente em relação às coisas da sua vida. Para cada questão marque a coluna que melhor reflete a maneira que você se sentiu nas últimas 4 semanas. Marque sim ou não

- a) Contente por ter conseguido realizar algo
- b) Muito sozinho ou distante das outras pessoas
- c) Entediado d) As coisas saíram do jeito que você queria
- e) Tão inquieto que não conseguia ficar muito tempo sentado
- f) Orgulhoso porque alguém o cumprimentou por algo que você fez
- g) Chateado porque alguém o criticou
- h) Particularmente animado ou interessado em algo
- i) Deprimido ou muito triste
- j) Tudo está as mil maravilhas

Q21. Você diria que seu estado emocional esteve?

12. SINTOMAS MENTAIS,

Q22 Durante as últimas 4 semanas você sentiu-se calmo e positivo de modo geral; teve alguns períodos de ansiedade e depressão ou esteve confuso, amedrontado,

ansioso ou deprimido de modo geral

Q23 Existem vários aspectos de incômodo emocional, como por exemplo sentimentos de depressão, ansiedade, ouvir vozes, quais o incomodaram?

13.SAÚDE FÍSICA,

Q25a Como você descreveria sua saúde física nas últimas 4 semanas?

Q25b Durante as últimas 4 semanas você, sentiu-se muito bem a maior parte do tempo; sentiu-se desanimado ou com mal-estar com certa frequência ou sentiu-se doente ou indisposto a maior parte do tempo

Q26 Como você se sente em relação a sua saúde física?

Q27 O quanto sua saúde física é importante para você?

14.RELAÇÕES DE SUPORTE SOCIAL,

Q37 Quanto você está satisfeito ou insatisfeito com

- a) a quantidade de amigos que você tem?
- b) o relacionamento que você tem com
- c) seu relacionamento com sua família?
- d) Se você mora com outros, responda em?
- e) o seu relacionamento com outras pessoas?

Q43 Nas últimas 4 semanas você teve bom relacionamento com as pessoas e recebeu apoio da família e dos amigos; recebeu moderado apoio da família e dos amigos ou teve apoio inconstante da família e dos amigos ou apenas quando absolutamente necessário

15.FINANÇAS,

O quanto é importante para você:

Q45 ter dinheiro?

Q46 ter controle do seu dinheiro?

Q47 Como você se sente em relação:

- a) a quantidade de dinheiro que você tem? b) ao controle que você tem sobre o seu dinheiro?

Q48. A falta de dinheiro, na maioria das vezes, impede-o de realizar aquilo que você gostaria?

16.ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (não foi utilizado)

17.OBJETIVOS

Q53; Abaixo estão algumas atividades que você possa ter participado recentemente. Por favor marque SIM ou NÃO para indicar se você realizou estas atividades nas

últimas 4 semanas.

- a) passear
- b) participou de grupo com amigos
- c) foi ao cinema ou a um jogo
- d) leu jornal ou revista
- e) assistiu à TV
- f) foi à igreja
- g) jogou cartas
- h) ouviu rádio
- i) fez esporte
- j) foi à biblioteca

Q54 Por favor, marque o quadrado abaixo que melhor indica como você se sentiu a respeito da sua qualidade de vida nas últimas 4 semanas. A mais baixa qualidade significa que as coisas foram muito ruins. Alta qualidade significa que as coisas foram as melhores possíveis.

Q55 Se sua qualidade de vida é menor do que você esperava, qual a expectativa que você tem em atingir a qualidade de vida que deseja?

Q56 Que controle você acha que tem sobre as áreas mais importantes da sua vida?

18. NIVEL DE SATISFAÇÃO

Q12 Como você se sente em relação:

- a) A maneira com que você gasta seu tempo?
- b) Sentir-se confortável quando está sozinho?
- c) Sua moradia?
- d) A vizinhança do lugar onde você mora?
- e) A comida que você come?
- f) A roupa que você veste?
- g) O serviço de reabilitação psicológica que você usa?
- h) O acesso ao transporte?
- i) Sua vida sexual?
- j) Sua segurança pessoal?