UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

INCAPACIDADE FUNCIONAL, SENSO DE AJUSTAMENTO PESSOAL E BEM-ESTAR SUBJETIVO EM ADULTOS E IDOSOS AFETADOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

DÓRIS FIRMINO RABELO

ORIENTADORA: PROFª DRª ANITA LIBERALESSO NERI

2006

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

INCAPACIDADE FUNCIONAL, SENSO DE AJUSTAMENTO PESSOAL E BEM-ESTAR SUBJETIVO EM ADULTOS E IDOSOS AFETADOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

DÓRIS FIRMINO RABELO

ORIENTADORA: PROFª DRª ANITA LIBERALESSO NERI

Trabalho apresentado como parte das exigências para obtenção de título de Mestre em Gerontologia pela FE/UNICAMP defendida por Dóris Firmino Rabelo.

Data: 31 /07 / 2006

Assinatura Orientadora:

_____

Comissão Julgadora:

_____

_____

_____

2006

© by Dóris Firmino Rabelo, 2006.

Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca da Faculdade de Educação/ UNICAMP

Rabelo, Dóris Firmino.
R112i Incapacidade funcional, senso de ajustamento pessoal e bem-estar subjetivo em adultos e idosos afetados por Acidente Vascular Cerebral / Dóris Firmino Rabelo. -- Campinas, SP: [s.n.], 2006.

Orientador : Anita Liberalesso Neri.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

1. Capacidade funcional. 2. Suporte social. 3. Ajustamento (Psicologia). 4. Acidente vascular encefálico. 5. Velhice. I. Neri, Anita Liberalesso. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade Educação. III. Título.

05-270-BFE

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Claudia Barbosa Firmino Rabelo pelo apoio e dedicação que sempre me ofertou.

À minha avó Normy Barbosa Firmino pelo exemplo de vida.

Ao meu marido, Edmar Henrique Dairell Davi pelo seu amor, companheirismo, compreensão e incentivo ao meu crescimento.

À toda minha família que sempre torceu pelo meu sucesso.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio financeiro que possibilitou a concretização deste trabalho.

À Nelma Caires Queroz pelo apoio e conforto ofertado desde minha graduação.

Às minhas queridas colegas do mestrado em Gerontologia e às minhas amigas Ewellyne, Arlete, Adriana e Denise por dividir tantas tristezas e alegrias!

Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Gerontologia por terem contribuído com meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos coordenadores dos grupos de reabilitação cujos participantes fizeram parte da amostra, em especial Cristiane Finotti Cardoso, Vânia Rodrigues, Adriel Pereira Rosa, Fernanda Morais e Josefina Bernardo Vieira, por estarem sempre dispostos a ajudar e por terem tornado possível a realização desta pesquisa.

Aos meus auxiliares de pesquisa, Rodrigo Gomes Santana, Maria Beatriz de Souza Ferreira, Angélica Luiza Pereira e Letícia Terra Alves pela colaboração na coleta de dados.

Ao estatístico Helymar da Costa Machado pelo tratamento dos dados.

A todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram para o enriquecimento da minha formação pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À minha Orientadora Anita Liberalesso Neri, sou muitíssimo grata pela maravilhosa experiência profissional e pessoal durante o mestrado, pela maneira carinhosa de compartilhar seu conhecimento, e por ter creditado confiança no meu trabalho.

À professora Sueli Aparecida Freire por todas as oportunidades a mim concedidas com tanto carinho e dedicação, por ter acreditado no meu potencial e por ter contribuído para que este se desenvolvesse desde a graduação até hoje.

À Marineia Crosara de Resende pela substancial colaboração para minha formação profissional, pelo incentivo ao meu crescimento e pelas prazerosas experiências compartilhadas.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **1**

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL **2**

BEM-ESTAR SUBJETIVO E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO: CONCEITOS, RELAÇÕES E DISTINÇÕES **9**

BEM-ESTAR SUBJETIVO E AJUSTAMENTO PESSOAL EM ADULTOS E IDOSOS QUE SOFRERAM AVC **26**

OBJETIVOS **35**

MÉTODO **36**

SUJEITOS **36**

INSTRUMENTOS **37**

PROCEDIMENTO **39**

RESULTADOS **40**

DISCUSSÃO **73**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **88**

ANEXOS **99**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Coeficientes de correlação entre variáveis indicadoras de bem-estar subjetivo e o escore global de ajustamento psicológico..... 54

Tabela 2. Correlações entre as variáveis de satisfação e estados de ânimo..... 56

Tabela 3. Resultados da análise de regressão logística univariada para satisfação global com a vida hoje..... 58

Tabela 4. Resultados da análise de regressão logística univariada para satisfação comparada com outros..... 59

Tabela 5. Resultados da análise de regressão logística univariada para satisfação com o envolvimento social..... 60

Tabela 6. Resultados da análise de regressão linear multivariada para ajustamento pessoal.... 61

Tabela 7. Análise de regressão linear multivariada para satisfação global hoje..... 62

Tabela 8. Análise de regressão linear multivariada para satisfação global há cinco anos..... 64

Tabela 9. Análise de regressão linear multivariada para satisfação com a saúde..... 65

Tabela 10. Análise de regressão linear multivariada para satisfação com a capacidade mental..... 66

Tabela 11. Análise de regressão linear multivariada para satisfação com o envolvimento social..... 68

Tabela 12. Análise de regressão linear multivariada para o escore de ânimo..... 69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo operacional..... 34

Figura 2. Tipos de suporte instrumental e fontes de ajuda percebidos pelos participantes..... 43

Figura 3. Fontes de suporte emocional percebido pelos participantes..... 43

Figura 4. Fontes de suporte informativo percebido pelos participantes..... 43

Figura 5. Médias de satisfação global com a vida referenciadas a critérios temporais e de comparação social..... 47

Figura 6. Médias de satisfação com a saúde referenciadas a critérios de tempo e de comparação social..... 47

Figura 7. Médias de satisfação com a saúde mental referenciadas a critérios de tempo e de comparação social..... 49

Figura 8. Médias de satisfação com o envolvimento social referenciadas a critérios de tempo e de comparação social..... 49

Figura 9. Presença de afetos positivos e negativos..... 51

Figura 10. Escores médios nos domínios da Escala de Desenvolvimento Pessoal, indicativa de ajustamento pessoal..... 53

Figura 11. Resultado da regressão linear para ajustamento pessoal..... 62

Figura 12. Resultado da regressão linear para a relação entre satisfação global e restrição em atividades de auto-definição..... 63

Figura 13. Resultado da regressão linear para a relação entre satisfação global e tempo desde o AVC..... 63

Figura 14. Resultado da regressão linear para a relação entre satisfação com a saúde e ajustamento pessoal 65

Figura 15. Resultado da regressão linear para a relação entre satisfação com a saúde e suporte em atividades de auto-cuidado 66

Figura 16. Resultado da regressão linear para a relação entre satisfação com a capacidade mental e ajustamento pessoal 67

Figura 17. Resultado da regressão linear para a relação entre satisfação com a capacidade mental e idade 68

Figura 18. Resultado da regressão linear para satisfação com o envolvimento social 69

Figura 19. Resultado da regressão linear para o escore de ânimo 70

Figura 20. Relações com o ajustamento pessoal..... 70

Figura 21. Relações com satisfação com a vida atual..... 71

Figura 22. Relações com satisfação com a vida comparada com outros sem AVC..... 71

Figura 23. Relações com a satisfação com a vida em geral..... 71

Figura 24. Relações com afetos positivos..... 72

Figura 25. Relações com afetos negativos..... 72

Figura 26: Modelo teórico da relação entre incapacidade funcional e bem-estar subjetivo..... 84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Síntese dos estudos encontrados sobre a relação entre AVC e bem-estar subjetivo e o ajustamento psicológico na literatura internacional, no período 1996-2005..... 28

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Ficha de Informações Sócio-Demográficas..... 100

Anexo 2- Mini-exame do Estado Mental..... 101

Anexo 3- "Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire – BOMFAQ" 102

Anexo 4 – Escala para medida de Satisfação Geral com a Vida..... 103

Anexo 5- Escala para medida da Satisfação com a Vida Referenciada a Domínios..... 106

Anexo 6- Escala de ânimo Positivo e Negativo (EAPN)..... 107

Anexo 7 - Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP) – Versão reduzida..... 108

Anexo 8 - Termo de Consentimento..... 109

RABELO, D. F. (2006). **Incapacidade funcional, senso de ajustamento pessoal e bem-estar subjetivo em adultos e idosos afetados por Acidente Vascular Cerebral.** Campinas: Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP.

RESUMO

Objetivos: Investigar em pessoas acometidas por acidente vascular cerebral (AVC), as relações entre as incapacidades geradas pelo AVC, o senso de ajustamento pessoal e o bem-estar subjetivo. **Método:** Participaram 52 afetados por AVC acima de 50 anos freqüentadores de grupos de reabilitação. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual, apoiados em: a) questionário sócio-demográfico e itens concernentes ao AVC; b) *Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionaire* - BOMFAQ para avaliar a capacidade funcional; c) para avaliar o bem-estar subjetivo, uma escala de satisfação com a vida global e uma de satisfação com a vida referenciada a domínios (capacidade física, mental e envolvimento social), e outra escala que avalia ânimo positivo e negativo; d) ajustamento pessoal pela Escala de Desenvolvimento Pessoal – EDEP em versão reduzida. **Resultados:** Verificou-se que os principais preditores de baixo bem-estar subjetivo entre pessoas acometidas por AVC são: ter restrições em atividades importantes ligadas à identidade pessoal; ter sofrido AVC há menos de 3 anos; não contar com suporte para realizar atividades básicas e instrumentais de vida diária; maior necessidade de ajuda em atividades de vida diária; baixo escore de ajustamento psicológico; alto escore de afetos negativos; baixo escore de afetos positivos; comparação social desfavorável quanto à satisfação com a vida em relação a outros de mesma idade não afetados por AVC; comparação desfavorável da vida atual em comparação com a vida há cinco anos; e avaliação negativa da própria vida no momento. São influências favoráveis após um AVC: programas sociais de apoio e de reabilitação, suporte social, continuidade de uma ocupação produtiva, integração social e manutenção da competência em atividades instrumentais de vida diária.

Palavras-chave: Capacidade funcional, Suporte social, Ajustamento (Psicologia), Acidente vascular encefálico, Velhice

RABELO, D. F. (2006). *Incapacidade funcional, senso de ajustamento pessoal e bem-estar subjetivo em adultos e idosos afetados por Acidente Vascular Cerebral.* Campinas: Master's Dissertation in Gerontology, Faculdade de Educação da UNICAMP. *Functional disability, perceived personal adjustment and subjective well-being in adult and older people affected by stroke.* Advisor: Anita Liberalesso Neri.

ABSTRACT

Objectives: Investigating relationships between functional disability, perceived personal adjustment and subjective well-being among people who had suffered stroke. **Method:** There were 52 individuals aged 50 and more, participants of rehabilitation groups. Data were collected through an individual interview including: a) a sociodemographic questionnaire and items about the stroke; b) the Brazilian version of the *OARS Multidimensional Functional Assessment Questionaire* - BOMFAQ -, assessing functional ability; c) to assess the subjective well-being: scales of general life satisfaction, satisfaction concerning physical and mental ability, and social involvement, and positive/negative affect; d) a reduced version of the *Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP)*, assessing aspects of the psychological adjustment referenced to the Ryff´s model and to the concept of generativity. **Results:** The main predictors of low subjective well-being were: restrictions related to important activities concerning personal identity; having had stroke less than three years ago; low instrumental support to perform basic and instrumental activities of daily living; high necessity for instrumental support in activities of daily living; low score of perceived psychological adjustment; high score of negative affect; low score of positive affect; low scores in global life satisfaction in comparison with others who did not suffer stroke, in satisfaction with current life in comparison with life five years ago, and in satisfaction with current life. The following variables showed positive effects on well being: social support, involvement in rehabilitation programs, continuity of a productive occupation, social integration and maintenance of competence in instrumental activities of daily living.

Keywords: Functional ability, Social support, (Psychological) Adjustment, Stroke, Old age

INTRODUÇÃO

As questões físicas, econômicas, sociais e psicológicas pertinentes ao envelhecimento e à velhice têm alcançado considerável visibilidade nos últimos anos no Brasil e em outros países em desenvolvimento, sendo o rápido envelhecimento da população um dos determinantes mais relevantes para este fenômeno. Vários pesquisadores têm se voltado para a compreensão das necessidades e características da população idosa e dos fatores que influenciam a qualidade de vida na velhice e o envelhecimento bem-sucedido, na medida em que cada vez mais se reconhece a importância social, econômica, educacional e médico-sanitária do atendimento a esse crescente segmento.

Há claras indicações de que a saúde física e mental e a funcionalidade refletidas na capacidade para o desempenho em atividades básicas e instrumentais de vida diária são críticas para o bem-estar subjetivo do idoso. A incapacidade funcional representa grande desafio para a família e para a sociedade, além de constituir-se em fator de risco para a boa qualidade de vida de adultos mais velhos. Ainda que velhice não seja sinônimo de doença, é significativa a associação entre idade avançada e certas condições causadoras de incapacidades físicas e mentais (Caldas, 2003). Dentre estas condições, o Acidente Vascular Cerebral (AVC – popularmente conhecido como "derrame"), tem grande potencial para gerar déficits no funcionamento físico, sensorial e cognitivo, tem impacto no cotidiano e no desempenho do indivíduo frente às atividades cotidianas e afeta a avaliação subjetiva que este faz da sua vida.

Na medida em que as pessoas envelhecem, a habilidade de se recuperarem de eventos negativos de vida adquire maior importância (Kahn; Juster, 2002), uma vez que progressivamente aumentam as perdas biológicas, cognitivas, motivacionais e sociais (Neri, 1993) e que os idosos lidam mais freqüentemente com problemas de saúde e com perdas de pessoas próximas e significativas (Fortes; Neri, 2004). As diferentes condições de vida associadas às incapacidades tendem a alterar o potencial do indivíduo para manter um senso positivo de bem-estar subjetivo (Smith et al, 2002). De acordo com Clarke (2003), as incapacidades residuais do AVC podem afetar significativamente o bem-estar de adultos e idosos. No entanto, sabe-se ainda relativamente

pouco sobre os processos pelos quais os indivíduos mantêm ou perdem o senso positivo de bem-estar frente a condições incapacitantes.

Sofrer AVC é um episódio inesperado, com alto potencial para ser vivenciado de forma estressante e representa ameaça ao senso de controle pessoal. Pode-se dizer que este é um evento crítico na vida dos indivíduos afetados, que exige da pessoa um grande esforço adaptativo e propõe uma demanda à personalidade individual orientando-a ao enfrentamento dos desafios provenientes de um evento não-desejado e ao ajustamento psicológico e social (Fortes; Neri, 2004). Por isso, aciona intensamente os recursos emocionais, sociais e cognitivos da pessoa afetada. Os eventos negativos são importantes na determinação do bem-estar subjetivo no envelhecimento. O sucesso na adaptação às demandas acarretadas pelo evento é um importante indicador do estado de bem-estar.

Compreender o que significa sobreviver e envelhecer após um acidente vascular cerebral gerador de incapacidade é útil à investigação das condições que permitem uma boa qualidade de vida. Nesse contexto de análise, é importante reconhecer não somente que a experiência de eventos críticos afeta negativamente o ajustamento e o bem-estar dos indivíduos, como também cria oportunidades para o acionamento de recursos do *self*, os quais permitirão que a pessoa lide melhor com os eventos e se mantenha bem. Conhecer esses mecanismos é importante à geração de alternativas de intervenções voltadas ao bem-estar subjetivo e ao ajustamento psicológico de idosos com limitações funcionais. É relevante ter em mente que, quanto mais integrados psicológica e socialmente os idosos estiverem, mais ajustados irão se sentir e menos ônus trarão para suas famílias e seus cuidadores, bem como para os serviços de saúde (Freire, 2000).

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das primeiras causas de morte e de incapacidade física e mental no País. A partir dos 60 anos de idade há um aumento significativo de sua incidência (Medina; Sairassu; Goldfeder, 1998). Ao descrever as despesas do Sistema Único de Saúde (SUS) com internações, Nunes (1999) registra que, na faixa dos 60 aos 64 anos, o AVC se

destaca como uma condição que determina a adoção dos procedimentos mais dispendiosos e com a maior taxa de óbitos. Este quadro permanece bastante similar nos grupos mais velhos, acima dos 65 anos. Ainda segundo o autor, entre os homens, as internações são mais freqüentes do que entre as mulheres, e, para ambos os sexos, aumentam com o avançar da idade.

De acordo com Pittella e Duarte (2002), a mortalidade aumenta com o avançar da idade nos primeiros três meses após o AVC (variando de 24% entre 65-74 anos e 39,4% em adultos com 85 anos e mais). A recorrência é comum e contribui para o aumento da morbidade, além de o episódio poder produzir demência vascular. Segundo pesquisa dos autores com idosos que sofreram necropsia, na cidade de Belo Horizonte, as doenças cerebrovasculares constituem o principal grupo de doenças do Sistema Nervoso Central que acometem o idoso (71,9% dos casos). Para Lotufo e Bensenor (2004), a mortalidade por doença cerebrovascular no município de São Paulo aumenta progressivamente com o avançar da idade, com os homens apresentando sempre os valores mais elevados (30,5% para os homens e 21,9% para as mulheres). Sua prevalência duplica a cada década para os indivíduos com mais de 55 anos e, dentre os sobreviventes do episódio, 32% mostram sérias alterações na sua capacidade funcional (Py, 2002).

O AVC é um episódio agudo que pode deixar seqüelas expressas em problemas crônicos e debilitantes de saúde. Comumente, o sobrevivente tem que enfrentar incapacidades residuais tais como paralisia de músculos, rigidez nas partes do corpo afetadas, perda da mobilidade das articulações, dores difusas, problemas de memória, dificuldades na comunicação oral e escrita e incapacidades sensoriais, entre outros (Skilbeck, 1996). A incapacidade funcional diz respeito a limitações específicas no desempenho individual de papéis e de tarefas socialmente definidas, dentro de uma ambiente sociocultural e físico particular. Estão envolvidas as atividades básicas e instrumentais de vida diária, os papéis ocupacionais e os não-ocupacionais, bem como os envolvidos com o exercício de atividades de lazer. O termo incapacidade é usado com referência ao impacto que doenças ou condições crônicas e agudas, como o AVC, têm no funcionamento de diferentes sistemas corporais, na habilidade da pessoa de cumprir funções básicas e de atuar em papéis necessários, esperados e desejados pela sociedade.

Segundo Skilbeck (1996), é importante entender: a) a relação da pessoa com os aspectos relevantes da situação, considerando-se como o indivíduo define a situação da incapacidade e como reage a ela; b) como os outros definem a situação de incapacidade e como dispõem expectativas para os afetados e c) as características do próprio ambiente físico. Para Lamb (1996) o tópico incapacidade é de grande interesse, não apenas porque é influenciado por condições médicas, por patologias ou por deficiências, mas também porque sofre influências de fatores sociais e psicológicos. Os recursos pessoais e sociais de que o indivíduo dispõe são um caminho na determinação das implicações da incapacidade no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas com incapacidades.

Repercussões na Qualidade de Vida dos Afetados

O AVC freqüentemente resulta em desconforto (*distress)* psicológico e em limitações das atividades em múltiplos domínios do funcionamento físico, cognitivo e social. Muitos estudos indicam que ocorrem mudanças na qualidade de vida das vítimas de AVC, mesmo entre aqueles moderadamente afetados (Doyle, 2002). Carod-Artal et al (2000) investigaram as variáveis que podem predizer a qualidade de vida pós-AVC em sobreviventes espanhóis (média de 68 anos), um ano após o evento. Verificaram que a depressão, e principalmente a incapacidade, foram os principais determinantes da qualidade de vida global e da qualidade de vida referenciada aos domínios psicossocial e físico. As mulheres apresentaram maior prevalência de depressão, maior gravidade e duração da depressão e pior qualidade de vida percebida em todos os domínios avaliados. Observaram também que, quanto maior a idade por ocasião do AVC, e quanto maior a incapacidade gerada pelo episódio, pior a recuperação e pior o *status* funcional dessas mulheres. Relataram que o isolamento e a restrição em atividades sociais resultam mais da incapacidade do que da depressão pós-AVC e que o suporte social é um importante preditor de depressão.

É interessante notar que entre as pessoas com menos de 65 anos, não poder voltar ao trabalho por causa da incapacidade gerada pelo AVC apareceu como a principal fonte de baixa qualidade de vida auto-relatada. Vestling, Tufvesson e Iwarsson (2003) dizem que as vítimas do AVC são

afetadas não apenas pelas incapacidades e limitações em atividades de modo geral, mas também ficam limitadas para o trabalho, o que pode gerar graves conseqüências para o seu bem-estar global. O trabalho preenche muitas necessidades humanas, entre elas as financeiras, as sociais e as intrínsecas, motivo pelo qual o retorno ao trabalho depois do AVC é de grande importância para a qualidade de vida e a satisfação com a vida dos sobreviventes.

Segundo estudo prospectivo de Ostir et al (2002), aproximadamente metade dos idosos sobreviventes de AVC não conseguem recuperar completamente a independência. Em geral os fatores associados à recuperação da capacidade funcional incluem idade, *status* cognitivo, suporte social, educação, comorbidades e depressão pós-evento. Os autores relataram que os sujeitos com baixo nível de sintomas depressivos e alto nível de afetos positivos apresentaram três vezes mais chance de recuperação do que os altamente deprimidos. Ainda, os com menor tendência à recuperação tinham 85 anos ou mais ou apresentavam incapacidade em um grande número de atividades de vida diária.

Para Jonkman, Weerd e Vrijens (1998), a literatura indica que o AVC pode resultar em decréscimo na qualidade de vida, para o qual os determinantes mais importantes incluem os déficits neurológicos persistentes, a incapacidade cognitiva e as mudanças de humor. Os autores avaliaram em pacientes entre 25 e 70 anos com primeiro AVC isquêmico, quais os fatores mais importantes para a qualidade de vida no período de três a 12 meses pós-AVC. Os resultados mostraram que a qualidade de vida melhorou de alguma forma, mas sem completa recuperação, mesmo depois de um ano desde o AVC. A piora na qualidade de vida apareceu correlacionada com depressão e, em algum grau, com déficit neurológico.

A sintomatologia depressiva está associada à baixa qualidade de vida, a um efeito negativo sobre o bem-estar e à maior incapacidade. Tem sido indicada como um fator importante na determinação das dificuldades de ajustamento pessoal. De acordo com levantamento feito por Terroni et al (2003), entre as fontes dessas dificuldades estão: prejuízo funcional, prejuízo cognitivo, história de depressão, idade (jovens têm maior propensão no período agudo enquanto idosos no período tardio pós-AVC), gênero, história de AVC prévio, aspectos sociais (morar sozinho e rede social pobre), e correlatos neuro-anatômicos.

A depressão é uma complicação psiquiátrica freqüente após o AVC, está associada a um pior prognóstico e tem sido indicada como um fator importante na determinação das dificuldades de ajustamento pessoal, estando associada a um efeito negativo sobre o bem-estar. Segundo Ostir et al (2002), os sintomas depressivos podem diminuir a motivação da pessoa para a reabilitação e podem diminuir a interação social. Baixo suporte social pode aumentar os sentimentos de solidão e a falta de esperança, afetando a recuperação. Podem também ocasionar uma incapacidade para dominar ou adaptar-se aos desafios mutantes do ambiente. Pessoas com humor positivo tendem a engajar-se mais em relacionamentos sociais, a ser otimista sobre seu futuro, a enfrentar com mais sucesso as situações estressantes e a sentir-se no controle de suas vidas. Ao contrário, afetos negativos estão relacionados a humor deprimido, ansiedade crescente e desesperança (Ostir et al, 2001).

De acordo com Bagg, Pombo e Hopman (2002), a idade foi identificada em numerosos estudos como uma variável prognóstica significativa para a recuperação pós-AVC. No entanto, outros estudos não encontraram tal associação. Diante de evidências contraditórias, os autores buscaram discernir o real efeito da idade de outros fatores mensuráveis, isso em um estudo prospectivo, ao longo de seis anos, estudo esse realizado com todos os pacientes de AVC admitidos num programa canadense de reabilitação. Relataram que a idade tem efeito estatisticamente significante, porém pequeno, sobre a recuperação. Mais importante do que a idade em si, dizem os autores, é a combinação dos efeitos da presença concomitante de outras doenças, do ritmo mais lento de recuperação funcional dos mais velhos e das expectativas dos profissionais de saúde. Ao que parece, os profissionais de saúde tendem a subestimar o potencial do idoso e, por isso, a investir menos em sua recuperação do que no de pessoas mais jovens.

Para Bethoux, Calmels e Gautheron (1999), a qualidade de vida não é um parâmetro estático e pode variar entre os sujeitos e no mesmo sujeito ao longo do tempo. Os autores buscaram avaliar a influência da passagem do tempo sobre a qualidade de vida de pacientes de AVC com hemiplegia, pacientes esses que viviam em casa e que tinham moderada incapacidade funcional. Compararam dois grupos que diferiam quanto ao tempo transcorrido desde a alta hospitalar (G 1: menos de seis meses; G 2: avaliados mais de seis meses depois da alta). Relataram que o grupo

avaliado mais de seis meses depois da alta hospitalar apresentou pior qualidade de vida, no que tange à reintegração à vida normal, às habilidades para sair e mover-se fora de casa, ao desempenho de habilidades voltadas para o auto-cuidado, às relações pessoais e à capacidade de lidar com os eventos de vida. Segundo os mesmos autores, os resultados indicaram que a qualidade de vida pode deteriorar em alguns domínios ao longo do tempo, mesmo quando o nível de incapacidade permanece inalterado.

A curva que representa a trajetória do avanço da recuperação das funções físicas e cognitivas afetadas pelo AVC atinge a estabilidade aproximadamente seis meses após o episódio. A recuperação e a adaptação variam de indivíduo para indivíduo; dependem da severidade da lesão e do engajamento em processos de reabilitação eficientes. Num período que varia de um mês até dois anos após o episódio, alguns sobreviventes podem sofrer deterioração da funcionalidade, melhorar ou permanecer estabilizados na condição inicial (Skilbeck, 1996).

De acordo com Hopman e Verner (2003), a reabilitação ajuda os sobreviventes de AVC a maximizar sua qualidade de vida percebida, no que toca aos aspectos físicos, cognitivos, emocionais e sociais. Os autores investigaram as mudanças na qualidade de vida percebida durante a reabilitação e, de novo, seis meses após a alta, em pacientes canadenses entre 33 a 92 anos de idade. Os resultados mostraram que, durante a reabilitação, houve melhora em cinco domínios e que, durante o período da alta e até seis meses depois, houve declínio em cinco domínios e melhora em um. Entre os que pioraram estavam a vitalidade e à saúde mental, nos quais as mulheres pioraram mais do que os homens. Já a idade não foi um fator significativo nas mudanças da qualidade de vida percebida. O dado segundo o qual ocorreu declínio nesses domínios seis meses após a alta sugere que os pacientes podem não se ajustar quando retornam para seus próprios ambientes. É interessante notar que quando perguntados sobre os resultados, os pacientes relataram que sentiam que os declínios estavam relacionados com comorbidades, com redução dos níveis de energia, com vida social limitada e com expectativas irreais de recuperação. Esses dados reforçam a importância do engajamento em grupos especializados de apoio aos afetados pelo AVC.

Os dados das pesquisas analisadas indicam que as repercussões de um AVC sobre os indivíduos são muitas e que os principais mediadores ou indicadores de baixa qualidade de vida são a incapacidade e a depressão. Entre os afetados mais jovens, especialmente entre os homens, o domínio trabalho é de grande importância e fonte de satisfação com a vida. Entre os mais velhos, além das incapacidades e dos sintomas depressivos, as comorbidades, o pior status cognitivo e o ritmo mais lento de recuperação influenciam os vários domínios da qualidade de vida.

A qualidade de vida é usualmente conceitualizada tantos por componentes objetivos quanto pela percepção individual destes fatores e de sua importância, isto é, por um componente subjetivo. O bem-estar subjetivo tem sido estudado em indivíduos que sofreram AVC em relação às suas incapacidades físicas e cognitivas e ao seu ajustamento psicossocial (Segal; Schall, 1996). A identificação das variáveis relacionadas ao bem-estar subjetivo faz parte dos esforços de melhorar a qualidade de vida, uma vez que, em seu sentido original, está claramente relacionada com percepções subjetivas, como por exemplo a felicidade e a satisfação (Wyller et al, 1998).

Nesse estudo, duas variáveis subjetivas foram consideradas como conceitos-chave para o entendimento do impacto do AVC sobre os domínios físico, psicológico e social na vida dos afetados: o ajustamento pessoal[1] e o bem-estar subjetivo. A seguir, procurou-se definir estas duas variáveis, examinar pontos de aproximação e diferenças entre elas e apresentar dados relacionando-as ao AVC. O ajustamento pessoal e o bem-estar subjetivo são conceitos de grande relevância para a compreensão de como os efeitos negativos das condições incapacitantes operam sobre na qualidade de vida dos acometidos e de como estes conseguem se ajustar psicologicamente com vistas a alcançar satisfação e felicidade.

[1] Neste estudo considerou-se como ajustamento pessoal o modelo de Carol Ryff (1989a) de bem-estar psicológico mais o conceito de geratividade de Erikson (1963; 1998)

BEM-ESTAR SUBJETIVO E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO: CONCEITOS, RELAÇÕES E DISTINÇÕES

A pesquisa sobre o bem-estar subjetivo (BES) floresceu nas últimas décadas com o crescente reconhecimento da importância da subjetividade na avaliação do que faz da vida algo bom e desejável. Seu estudo se caracteriza pela perspectiva de bem-estar como prazer ou felicidade. Segundo Diener (1984), os indicadores de bem-estar subjetivo são a satisfação com a vida, as emoções positivas e negativas e seu equilíbrio como felicidade. As emoções correspondem à avaliação do bem-estar por critérios afetivos e são relativamente menos estáveis do que a satisfação. Esta é reconhecida por Diener como um indicador cognitivo de bem-estar subjetivo. Existem fortes evidências de pesquisa no sentido de que essas variáveis são interrelacionadas.

No final dos anos 1980, a psicóloga norte americana Carol Ryff produziu estudos críticos sobre esse construto em psicologia. Segundo a autora, a perspectiva de bem-estar que se traduz em felicidade e a que se traduz em excelência pessoal pertencem a diferentes domínios e devem ser analisadas com base em diferentes perspectivas filosóficas. Uma delas é a perspectiva hedonista e assume que o bem-estar está ligado à busca e à satisfação do prazer (BES). Historicamente, os sociólogos foram os grandes promotores de estudos populacionais e transnacionais sobre bem-estar subjetivo, principalmente associado a variáveis objetivas, tais como idade, gênero, renda, educação e ocupação.

A outra perspectiva é psicológica e, segundo Ryff (1989a), é de natureza eudaimônica e privilegia a virtude ou o senso de ajustamento derivado de sentir-se envolvido com a busca de excelência pessoal. Para a autora , o sentido hedonista atribuído ao bem-estar subjetivo não esgota todo o potencial dos processos envolvidos com as tentativas de atingir essa meta. Antes, esse sentido se completa com a consideração de que algo mais profundo, ligado ao ajustamento do *self* e às suas relações com o mundo, impele as pessoas à ação. Segundo Schmutte e Ryff (1997), a operacionalização teórica e empírica do bem-estar subjetivo tem geralmente ignorado

teorias relevantes que se preocupam com a natureza do funcionamento psicológico positivo e do desenvolvimento humano bem-sucedido. Ryff (1989a) oferece um modelo alternativo e multidimensional de bem-estar que foi derivado de discussões teóricas sobre o envelhecimento bem-sucedido, o funcionamento psicológico positivo e o desenvolvimento humano normal. O modelo de Bem-Estar Psicológico (BEP) dessa autora dá ênfase às escolhas individuais no enfrentamento dos desafios existenciais da vida para funcionar positivamente, isto é, as resoluções bem-sucedidas dos desafios básicos da vida.

Antes de Ryff, o conceito de ajustamento pessoal enquanto desenvolvimento e crescimento integral do indivíduo teve largo trânsito na Psicologia, por exemplo nas obras de Allport (1961), Maslow (1968), Rogers (1961) e Jung (1933), entre outros. Porém, devemos à autora o conceito de bem-estar psicológico como busca de excelência pessoal e a tentativa de operacionalizá-lo. Na perspectiva eudaimônica de Carol Ryff, inspirada em Aristóteles, o bem-estar envolve mais do que felicidade pessoal. O foco está mais no que a pessoa faz ou pensa em relação à vida e às relações consigo mesmo do que em como está se sentindo emocionalmente. Os estudos sobre o bem-estar psicológico iniciaram-se dentro da psicologia do desenvolvimento adulto e enfocam o potencial individual para uma vida significativa e de auto-realização perante os desafios que ela apresenta.

Tanto o enfoque do bem-estar subjetivo quanto o do bem-estar psicológico estão fundamentalmente preocupados com auto-relatos avaliativos sobre o bem-estar e centram-se em uma perspectiva positiva em Psicologia. Segundo Lent (2004), as tradições hedônica e eudaimônica implicam em visões distintas da natureza humana e do que constitui uma boa sociedade. Elas fazem diferentes questionamentos sobre como os processos desenvolvimentais e sociais estão relacionados ao bem-estar.

Em Psicologia, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico têm sido usados como correlatos de respostas pessoais aos vários desafios da vida, tais como os projetos pessoais, os eventos estressantes e as condições de saúde. O assunto é de grande relevância a todos os profissionais que desejam entender e promover um funcionamento psicológico positivo em seus clientes e comunidades. Apesar da escassez de conhecimentos sobre o tema no Brasil, percebe-se no país

um esforço por parte dos estudiosos do envelhecimento em relação à maior compreensão dos dois enfoques teóricos. Entre os estudiosos brasileiros desses temas podem ser citados Freire, 2001; Cachioni, 2002; Neri, 2002; Santos, 2003; Queroz, 2003. Em todo o mundo, existem abundantes dados sobre o comportamento dessas variáveis em idosos, os quais indicam que elas têm grande importância para a manutenção da sua resiliência psicológica, atuando como amortecedores em relação aos efeitos adversos das perdas sociais, físicas e cognitivas que se tornam mais comuns na velhice.

Em seguida, vamos discutir as duas diferentes tendências teóricas e empíricas que guiam os estudos no campo do bem-estar humano e examinar pontos de aproximação e diferenças entre elas.

Bem-estar Subjetivo (BES)

O conceito de bem-estar subjetivo emergiu em um universo de estudos sociológicos e de qualidade de vida que focalizavam uma estrutura externa de valores como parâmetro para avaliação, ou seja, não a do sujeito entrevistado, mas a de seu observador. Entre as variáveis estudadas estavam as de natureza sociodemográfica, tais como renda, crescimento econômico do país, condições sanitárias, escolaridade, entre outros fatores objetivos considerados pelos especialistas como influentes no bem-estar das pessoas. No desenvolvimento destas pesquisas, constatou-se que a variância explicada por estes fatores era pequena e que não representavam completamente a experiência de qualidade de vida, o que abriu uma frente para os estudos sobre as causas subjetivas do bem-estar humano (Diener; Oishi; Lucas, 2003). Neste contexto, a satisfação com a vida e os afetos se tornaram os componentes mais estudados do BES. Ed Diener, é um dos arquitetos chave deste enfoque.

A literatura sobre o bem-estar subjetivo preocupa-se com como e por que as pessoas experimentam suas vidas de maneira positiva. Diz respeito às respostas avaliativas das pessoas sobre suas vidas, respostas essas tanto de natureza cognitiva quanto emocional (Diener, 1984). No domínio cognitivo, os indivíduos podem fazer julgamentos de acordo com seus padrões e crenças sobre sua vida em geral (satisfação com a vida) e sobre domínios específicos, como a

saúde, o trabalho, as relações familiares ou o casamento. É uma avaliação cognitiva da própria vida e pode ser indiretamente influenciada pela emoção (Diener, 1996).

No nível emocional, as pessoas reagem com afetos positivos e negativos às atividades nas quais estão envolvidas e aos eventos de vida. A felicidade é um julgamento que as pessoas fazem comparando esses dois componentes (equilíbrio afetivo), sendo importante para o BES a preponderância das emoções agradáveis sobre as desagradáveis. A ausência de afeto negativo não é o mesmo que a presença de afeto positivo; ambos os tipos de emoções coexistem e variam ao longo de um contínuo (Diener, 1984).

O papel da freqüência e o da intensidade do afeto foi bastante investigado. Segundo Diener et al (1991), o bem-estar subjetivo parece estar mais relacionado com a freqüência do que com a intensidade do afeto positivo. A duração da experiência das emoções agradáveis prediz melhor o BES do que a intensidade das emoções positivas. Sentir emoções agradáveis a maior parte do tempo, mesmo que sejam apenas moderadas, e ter poucas emoções desagradáveis parecem ser suficientes para os relatos de felicidade. Para Diener (2000), as pessoas que experimentam altos níveis de intensidade emocional positiva também tendem a experimentar altos níveis de intensidade emocional negativa. Se a pessoa procura por êxtase emocional a maior parte do tempo, provavelmente ficará desapontada, uma vez que, além de durar pouco, o êxtase emocional não é necessário para a felicidade.

Os determinantes do BES foram ligados à hereditariedade, à personalidade, aos eventos de vida e à acessibilidade de informações (Keys; Ryff; Shmotkin, 2002). As combinações possíveis destes determinantes produziram interesse nas formulações causais denominadas como *top-down e bottom-up.* Na primeira, literalmente "de cima para baixo", o elemento cognitivo tem precedência sobre o afetivo (os indivíduos mais felizes são os que têm propensão a experimentar as coisas de maneira positiva, o que influencia as interações que têm com o mundo, ou seja, a pessoa busca e aproveita os prazeres porque é feliz). Na segunda, ou "de baixo para cima", os aspectos afetivos tem precedência sobre os cognitivos (a felicidade é a soma ou acumulação de momentos felizes ou de pequenos prazeres). Tais concepções fomentam dois debates no campo do BES: 1) A felicidade é um traço ou um estado?; e 2) Os eventos agradáveis causam ou são resultado da

felicidade? Também geraram questões relacionadas à dinâmica envolvida na variabilidade do BES a longo e a curto prazos.

Segundo Suh, Diener e Fujita (1996), o BES é mais bem explicado por modelos integrativos que consideram tanto os efeitos das circunstâncias imediatas de vida quanto das dimensões mais duradouras da personalidade global. Para os autores, os eventos de vida e a personalidade poderiam diferir em termos da duração de seus efeitos sobre o BES; a personalidade teria um efeito de longo prazo enquanto os efeitos dos eventos de vida têm efeito de prazo mais curto. Assim, o nível atual de BES seria produto tanto da personalidade quanto de eventos recentes que temporariamente modificam a experiência do BES.

As variáveis de personalidade mostram relação consistente com o BES. A extroversão tende a correlacionar-se positivamente com afeto positivo enquanto o neuroticismo correlaciona-se com afetos negativos. Os indivíduos relatam maior BES quando estão em situações que são congruentes com sua personalidade (Diener, 2000). Para Diener (1996), a personalidade afeta os relatos de felicidade e de satisfação com a vida e as reações cognitivas e afetivas das pessoas podem ser entendidas dentro da matriz da personalidade. A personalidade controlaria a maior parte da variância do BES e existem evidências de que a hereditariedade predispõe o indivíduo a ter maior ou menor BES. Em adultos, as predisposições de temperamento são consideradas como reações emocionais consistentes e estáveis e predispõem a pessoa a sentir certos tipos de emoções e não outras. De acordo com Diener, Oishi e Lucas (2003), embora não expliquem todo o padrão de associação, os traços extroversão e neuroticismo são o principal elo entre a personalidade e o BES. Ou seja, diferenças individuais tanto na personalidade quanto no BES emergem cedo na vida, são estáveis ao longo do tempo e têm um forte componente genético.

Emmons, Diener e Larsen (1996) testaram dois modelos de interação pessoa-situação com universitários e verificaram que, em seu ambiente cotidiano, os indivíduos escolhem envolver-se com certas situações e evitar outras. Observaram que o padrão de escolha ou evitação é previsível a partir dos traços de personalidade dos entrevistados e que o alcance de objetivos e a satisfação de necessidades são bons preditores do tempo gasto nas situações e do afeto a elas relacionado.

Os autores sugeriram, a partir dos dados, que a seleção de ambientes congruentes com a personalidade tende a perpetuar o comportamento e a promover a consistência e a estabilidade.

Os eventos de vida podem influenciar fortemente as emoções momentâneas em uma situação específica, mas os traços são importantes para predizer níveis médios de afeto de longo prazo. Os eventos de vida tendem a se repetir, uma vez que no cotidiano são influenciados e interpretados pela personalidade individual. Por exemplo, a extroversão prediz eventos positivos, ao passo que neuroticismo prediz eventos negativos. Na relação entre eventos de vida relatados e BES, as dimensões da personalidade são fatores pessoais cruciais na negociação entre a pessoa e a situação na qual os eventos ocorrem. Os eventos são relativamente estáveis, em parte porque as circunstâncias em ocorrem freqüentemente são produzidas pelas tendências gerais de ação e de percepção de mundo pessoal. Assim, o efeito dos eventos de vida sobre as pessoas é mediado pelas diferenças individuais em matéria de personalidade.

Para entender como o BES é mantido ao longo do tempo, Seidlitz, Wyer e Diener (1997) examinaram os processos cognitivos subjacentes às reações das pessoas aos eventos de vida positivos e negativos e como essas experiências estão relacionadas ao bem-estar. Os resultados sugerem que as pessoas que, no curso de suas vidas, tendem a encontrar mais eventos positivos e menos eventos negativos também têm maior propensão a interpretar suas vidas de maneira positiva e a reagir mais intensamente e com maior duração aos eventos positivos. Esses fatores contribuem para uma relativa maior disponibilidade de eventos positivos na memória dessas pessoas. Além disso, recordar um evento positivo estimula a memória de outros eventos positivos que ocorreram no mesmo domínio de vida e, dessa maneira, essas pessoas têm mais chance de sentir e relatar maior felicidade. Os dados desta pesquisa indicam que tanto os traços de personalidade quanto os estados afetivos estão relacionados a diferenças individuais no processamento de informação emocional. As pessoas tendem a perceber, a estar atentas e a lembrar-se de informações congruentes emocionalmente e congruentes com sua personalidade. Pessoas com alto escore em extroversão tendem a perceber e interpretar suas vidas de maneira mais positiva do que as pessoas com alto escore em neuroticismo.

Suh, Diener e Fujita (1996) examinaram o efeito dos eventos de vida sobre o BES em um estudo longitudinal com universitários. Os resultados indicaram que o BES de fato é sensível à influência das mudanças externas, mas retorna rapidamente à estabilidade dependente da personalidade. Somente os eventos de vida ocorridos recentemente influenciam a satisfação com a vida e os afetos positivos e negativos. A adaptação a experiências estressantes e até mesmo trágicas, ocorre e num período maior ou menor, dependendo das condições da personalidade, das experiências passadas, das condições de saúde e do suporte social. Ou seja, os efeitos de eventos de vida adversos não são permanentes sobre o BES. As pessoas podem adaptar-se rapidamente a algumas circunstâncias, lentamente a outras ou pouquíssimo a determinadas situações, mesmo depois de muitos anos. Para Diener (2000), ao passar por eventos extremos, as pessoas tendem a retornar não para um estado de neutralidade emocional, mas para o seu nível básico habitual, em geral positivo.

Em estudo longitudinal com amostra alemã nacionalmente representativa, Fujita e Diener (2005), observaram certa estabilidade nos relatos de satisfação com a vida, com as pessoas flutuando em torno de um ponto estável (devido à personalidade), mas flexível, que poderia mudar significativamente para alguns indivíduos em decorrência de fortes alterações na vida. Parece que, a longo prazo, as emoções são mais dependentes da hereditariedade do que os julgamentos cognitivos, que podem ser influenciados não apenas pelas emoções, mas também pelas informações e padrões avaliativos que são salientes no momento.

Um dado interessante sobre a pesquisa de Suh, Diener e Fujita (1996) é que bons e maus eventos tendem a ocorrer juntos e não separados no curso de vida, embora as pessoas usualmente não recordem dessa co-ocorrência. Uma vez que o sucesso na realização de metas é importante para o BES, durante o processo de empenhar-se por um objetivo pessoal os eventos de vida podem ser usados como um meio de checar o próprio progresso ou a possibilidade de realização das metas. Por exemplo, eventos positivos, como uma promoção, podem ser percebidos como um sinal de progresso em relação ao alcance dos objetivos pessoais, aumentando o senso de BES. Fazer progresso em relação a uma determinada meta está relacionado ao BES, e a flexibilidade nas metas pessoais poderia ser a chave para o BES em circunstâncias adversas.

Observando o BES dos indivíduos ao longo do tempo, os eventos e mudanças de vida têm importantes implicações para o bem-estar, além dos efeitos da personalidade. Embora um grau significante de estabilidade seja encontrado tanto no BES quanto nos eventos de vida, as mudanças podem, ao menos temporariamente, alterar o nível do BES. Dessa forma, o BES parece ser mais bem conceitualizado como um produto da interação entre a personalidade e os eventos de vida do que apenas o resultado de ambos isoladamente (Suh; Diener; Fujita, 1996). Os traços podem predizer mais fortemente diferenças no BES dentro de um grupo onde o ambiente é mais homogêneo. Quando se trata de circunstâncias ambientais mais amplas, de diferenças circunstanciais marcantes entre diferentes países ou culturas, os efeitos ambientais são mais determinantes do BES (Diener, 1984).

Diener e Fujita (1995) investigaram em 195 universitários a relação entre a posse de recursos materiais, sociais e pessoais e o BES. Segundo os autores, os recursos materiais, sociais ou pessoais são usados para fazer progresso em relação aos objetivos pessoais. Os resultados da pesquisa mostraram que os recursos pessoais e sociais estavam mais fortemente relacionados com o BES do que os recursos materiais. Verificou-se ainda que não importa o quanto de recursos os participantes possuem, mas que apenas a congruência entre as suas metas e seus recursos importa. Quanto mais relevante o recurso é para o alcance das metas pessoais, maior o BES. As pessoas tendem a selecionar as metas de acordo com seus recursos mais relevantes. As pessoas que têm seus mais altos recursos em áreas que são relevantes para seu esforço pessoal têm maior BES. A relevância de cada diferente recurso variou entre homens e mulheres. Assim, a adaptação bem-sucedida provavelmente depende da escolha de objetivos que podem ser alcançados com os recursos que o indivíduo possui.

Diener e Suh (1997) examinaram várias pesquisas internacionais sobre a relação entre o BES e a idade, nas quais os respondentes de diversos países, em diversos continentes, foram questionados sobre a satisfação com a vida e sobre a felicidade. Os autores verificaram que satisfação com a vida não declina com o envelhecimento apesar do fato de certas fontes, tais como o casamento e a renda, que se correlacionam com o bem-estar, realmente declinarem com a idade. O nível estável ou crescente de satisfação com a vida, a despeito das mudanças nas condições objetivas, pode ser devido ao nível mais baixo de aspiração das pessoas mais idosas e da sua capacidade de ajustar os

objetivos pessoais às suas competências e aos seus recursos atuais. Os autores também verificaram que as emoções desagradáveis permanecem relativamente constantes e o afeto positivo declina na velhice. Dessa maneira, segundo eles, há razão para ser otimista em relação à flexibilidade e à habilidade das pessoas de se adaptarem e ainda alcançarem níveis positivos de satisfação com a vida enquanto envelhecem, mesmo em condições muitas vezes consideradas indesejáveis.

Segundo Fujita, Diener e Sandvik (1991), estudos sobre diferenças de gênero quanto ao BES apontam para um aparente paradoxo: as mulheres relatam mais afeto negativo do que os homens, mas relatam a mesma felicidade global que eles. Na tentativa de esclarecer esse paradoxo, os autores pesquisaram 100 universitários com a proposta de que as diferenças na intensidade do afeto seriam a explicação. Para os autores, parece haver independência entre equilíbrio afetivo (porcentagem de tempo gasto em um estado afetivo) e intensidade afetiva. Se as pessoas que experimentam altos níveis de afeto positivo também experimentam alta intensidade de afeto negativo, é possível que essas pessoas relatem níveis eqüitativos de felicidade geral. Dessa forma, as mulheres seriam afetivamente mais intensas, sentindo tanto mais alegria quanto também mais tristeza. Os resultados do estudo apoiaram essa hipótese. Parece que mais emoções positivas intensas tendem a contrabalançar mais emoções negativas intensas, quando as mulheres relatam sua felicidade global.

Há claras indicações de que a saúde física e mental são críticas para o bem-estar subjetivo do idoso, em particular as perdas em capacidade funcional. Analisando saúde e bem-estar subjetivo entre idosos a partir dos dados do *Berlin Aging Study*, Smith et al (2002) verificaram que doenças crônicas e deficiências funcionais limitam o bem-estar especialmente entre aqueles que estão na velhice avançada (80 anos e mais). De acordo com Kahn e Juster (2002), a maioria dos estudos que se preocupou em avaliar o bem-estar incluiu questões sobre a saúde, justamente porque esta tem considerável impacto sobre aquele. Investigando os fatores preditores da saúde percebida positivamente entre idosos, Bryant, Beck e Fairclough (2000) detectaram que os mais importantes foram: a presença de poucas condições crônicas e a não piora destas condições; mobilidade e melhor *status* físico, e ausência de depressão.

O BES é provavelmente determinado por um grande número de fatores, sendo pouco realista esperar que algumas variáveis sejam preponderantes. Além disso, fica difícil separar os efeitos de diferentes variáveis, uma vez que estão intercorrelacionadas. Há grande necessidade de métodos mais sofisticados que permitam um maior entendimento de como e pelo que o bem-estar é influenciado, bem como de uma estrutura teórica adequada para guiar o trabalho empírico. Embora indivíduos mais felizes em média pareçam exibir mais comportamentos desejáveis e pareçam mais produtivos e sociáveis, ninguém poderia afirmar que o BES é uma condição suficiente para garantir saúde mental, nem poderiam os psicólogos escolher avaliar a vida das pessoas unicamente com base se são felizes ou não, sem valorizar características adicionais (Diener, 2000).

Bem-estar Psicológico (BEP)

Nas últimas décadas, muito foi escrito dentro e fora do campo da Psicologia em relação ao que estaria faltando na vida das pessoas e quais seriam as influências mais importantes para um funcionamento psicológico saudável. Segundo Ryff (1989a), a Psicologia, desde seu princípio, devotou muito mais atenção à infelicidade e sofrimento humano do que às causas e conseqüências do funcionamento psicológico positivo. O conhecimento do Bem-Estar Psicológico é consideravelmente menor do que conhecimento sobre as disfunções psicológicas.

Na busca por indicadores úteis de qualidade de vida no fim dos anos 1950 e para monitorar mudanças sociais e melhorar políticas sociais, foram enfatizadas a satisfação com a vida e os afetos. Para Ryff e Keyes (1995), estes indicadores foram perpetuados com pouco debate sobre o que significa estar bem psicologicamente. O objetivo central desses estudos não era a definição da estrutura básica do bem-estar, mas saber como mudanças sociais em nível macro (educação, empregabilidade, tensões políticas) afetavam a vida dos cidadãos. Assim, os afetos e a satisfação com a vida foram eleitas as variáveis dependentes e mais freqüentemente investigadas, geradas inicialmente com a preocupação de aplicações práticas e sem explicações do significado essencial do bem-estar. A negligência geral em relação a formulações teóricas e a ausência de esforços para definir a estrutura do bem-estar com base nessas medidas são uma limitação significativa que persiste (Ryff, 1989b).

Para Ryff (1989a), existem muitos aspectos importantes para o funcionamento psicológico positivo que estariam ausentes nos estudos de Bem-Estar Subjetivo. A autora preocupou-se em preencher essas lacunas a partir dos estudos sobre o envelhecimento bem-sucedido. Ryff (1989a) lamenta a ausência de bases teóricas para a discussão de componentes e de índices de satisfação com a vida, afeto positivo e negativo e felicidade. Menciona o negativismo implícito que conduziu a mais pesquisas sobre doenças do que sobre bem-estar. Essa concepção ignora o potencial do indivíduo de conseguir formas de funcionar positivamente e iguala o bem-estar à simples ausência de doenças. A autora fala ainda sobre a pouca atenção dada às possibilidades de crescimento e desenvolvimento contínuo na velhice, incluindo a capacidade de negociação dos desafios da velhice, mais do que a manutenção de atitudes e comportamentos anteriores. Em seus comentários, afirma que há necessidade de reconhecimento de que as definições de bem-estar são construções humanas repletas de valores e ideais implícitos e, portanto, sujeitas a variações culturais.

Tentando superar essas limitações, a autora gerou um modelo alternativo de Bem-Estar Psicológico. Para Ryff (1995), estar bem psicologicamente é mais do que estar livre de desconforto ou de outras disfunções psicológicas, é possuir auto-relação positiva, senso de domínio, autonomia, relações positivas com as outras pessoas, senso de propósito e de sentido na vida e sentimentos de crescimento e desenvolvimento contínuo. Essas dimensões têm relação com a expressividade pessoal em atividades importantes, com o sentir-se desafiado e com a realização do próprio potencial.

As principais dimensões do modelo de Bem-Estar Psicológico proposto por Ryff (1989b) são os pontos de convergência das características de funcionamento psicológico positivo enfatizadas nas teorias de saúde mental, da área clínica e da perspectiva de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life-span)* de desenvolvimento humano. Embora guiada pela noção de bem-estar como ausência de doença, a literatura sobre a saúde mental conta com exceções tais como a formulação de critérios positivos de saúde mental de Jahoda (1958) e a concepção de funcionamento positivo na velhice de Birren e Renner (1980). A psicologia clínica também oferece múltiplas formulações de bem-estar tais como a concepção de auto-atualização de Maslow (1968), a visão

de Rogers (1961) do funcionamento integral da pessoa, a formulação de individuação de Jung e a concepção de maturidade de Alport (1961). E a psicologia do desenvolvimento, particularmente a perspectiva *life-span* de desenvolvimento, concebe o bem-estar como crescimento contínuo através do ciclo de vida. Essa perspectiva inclui Erikson (1959) com os estágios de desenvolvimento psicossocial, a formulação de Buhler (1935) das tendências básicas da vida e as descrições de Neugarten (1963) das mudanças da personalidade na vida adulta e velhice.

A convergência dessas múltiplas estruturas de funcionamento positivo é o fundamento teórico do modelo multidimensional de Bem-Estar Psicológico de Ryff (1989a), que inclui seis dimensões distintas: auto-aceitação, relação positiva com outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal. Segundo Ryff (1995), fica claro que os pontos principais desse modelo de Bem-Estar Psicológico apontam para aspectos do funcionamento positivo que são faltantes nos estudos científicos correntes de Bem-Estar Subjetivo. A dimensão auto-aceitação refere-se a ter atitudes positivas em relação a si mesmo e em relação à própria vida presente e passada, bem como ao reconhecimento e à aceitação dos múltiplos aspectos de si mesmo, incluindo as boas e más qualidades. A dimensão relações positivas com outros é definida como uma relação calorosa, satisfatória e verdadeira com os outros, com a preocupação com o bem-estar destes e com empatia, afeição, intimidade e entendimento da relação de dar e receber nas relações humanas. A dimensão autonomia diz respeito à autodeterminação, à resistência a pressões sociais e à presença de um *locus* interno de avaliação com base em seus próprios padrões. A dimensão domínio sobre o ambiente diz respeito à habilidade de escolher ou criar ambientes apropriados às condições físicas e de manipular e controlar ambientes complexos. Ou seja, relaciona-se à habilidade do indivíduo para engajamento, para manejo e para o exercício de atividades em seu mundo. Propósito na vida diz respeito ao sentimento de que existe um propósito e um significado para a vida. Refere-se aos objetivos na vida, ao senso de direção e ao sentimento de sentido para o presente e o futuro. A dimensão crescimento pessoal representa o senso de desenvolvimento contínuo, de realização do próprio potencial e de estar aberto a novas experiências (Ryff; Essex, 1991).

Ryff e seus colaboradores se preocuparam em investigar se os perfis de funcionamento positivo variam através do curso de vida, se homens e mulheres diferem entre si com relação às dimensões

básicas de Bem-Estar Psicológico e se o mesmo varia entre as culturas. Os resultados (Ryff, 1989b; Ryff; Essex, 1991; Ryff; Keyes, 1995) de pesquisas com homens e mulheres divididos em três faixas etárias (adultos jovens, na meia-idade e idosos) apontaram para uma alta diferenciação nos perfis de funcionamento psicológico através do ciclo de vida adulto, dentro das limitações de um estudo transversal, indicando possíveis ganhos na velhice em alguns aspectos da saúde mental como a auto-aceitação, mas vulnerabilidade potencial em outros domínios, como o senso de crescimento pessoal e propósito na vida. O senso de propósito na vida e o de crescimento pessoal tendem a declinar com o avançar da idade, já o domínio sobre o ambiente tende a aumentar nos grupos mais velhos e de meia-idade, e a autonomia foi pontuada mais alta nos grupos mais jovens e de meia-idade. Quanto às diferenças de gênero, as mulheres pontuaram mais alto nos domínios relações positivas com outros e crescimento pessoal. Além disso, supõe-se que os aspectos mais auto-orientados do Bem-Estar Psicológico, tais como auto-aceitação e autonomia, têm maior saliência em culturas que valorizam o individualismo e a independência, enquanto aspectos mais orientados ao outro, tais como relações positivas com outros, têm maior significância em culturas que valorizam o coletivismo e a interdependência.

Ryff e Essex (1991) e Ryff (1995) também investigaram as experiências e eventos de vida e as interpretações individuais dessas experiências como as influências-chave no Bem-Estar Psicológico. Estudos documentaram variabilidade sócio-demográfica (por idade, gênero e educação) nas dimensões do Bem-Estar Psicológico e a ligaram às transições e experiências de vida como a recolocação comunitária e as mudanças de saúde na velhice. Através desses estudos, maior ênfase tem sido dada ao intermédio de processos psicológicos, tais como a comparação social (como as pessoas dão sentido às suas experiências comparando-se com outros), as avaliações reflexivas (avaliações do feedback oriundo de outros significativos), os processos de atribuição (tentativa de entender as causas de suas experiências) e a centralidade psicológica (adicionar relativa importância a tais experiências).

Segundo Schmutte e Ryff (1997), a personalidade tem sido fortemente ligada às dimensões de BEP em vários estudos, mas estas pesquisas de personalidade e bem-estar pouco têm dito sobre as predisposições em relação ao desenvolvimento bem-sucedido e ao funcionamento mental positivo. Teorias contemporâneas de personalidade têm definido afeto como um componente

central da estrutura de personalidade. Não está claro ainda se as concepções de bem-estar baseadas no afeto são distintas de concepções de personalidade baseadas no afeto, uma vez que traços de personalidade e emoções estão tão intimamente ligados que isso freqüentemente dificulta a distinção de itens de medida de humor daqueles do inventário de personalidade. A maior parte desses estudos usou auto-relatos de personalidade e bem-estar/afeto sem uma validação externa de ambos os construtos.

Além dos aspectos relacionados ao BEP quanto às diferenças de idade, gênero, cultura, eventos de vida e personalidade, outro conceito também tem sido estudado como parte importante do ajustamento pessoal: a geratividade. A partir de 1950, Erikson preocupou-se com o ajustamento psicossocial do indivíduo e introduziu o conceito de geratividade em seu modelo de oito estágios do desenvolvimento humano. Esta foi uma contribuição importante ao que atualmente Ryff e seus colaboradores designaram como bem-estar psicológico. A geratividade manifesta-se mais intensamente na meia-idade e inclui procriatividade, produtividade, criatividade, envolve um processo de autodesenvolvimento e elaboração da identidade de adulto maduro e é um indicador de ajustamento psicológico na meia-idade e na velhice (Queroz, 2003).

À medida que as pessoas caminham em direção à vida adulta, elas tipicamente desejam ser gerativas de diversas maneiras, e este desejo é estimulado e encorajado por muitas forças do ambiente social. A geratividade é a constelação entre desejo interno, demanda cultural, preocupação gerativa, crença, comprometimento, ação (os comportamentos de geratividade envolvem criar, manter e oferecer) e narração da história de vida que justificam um objetivo psicossocial geral de prover a sobrevivência, o bem-estar e o desenvolvimento das próximas gerações (McAdams; Hart; Maruna, 1998). A geratividade é importante para o ajustamento e sua realização permite a transcendência de limitações e incapacidades e a manutenção do senso de propósito pessoal (Neri, 1999).

Cada dimensão (auto-aceitação, relação positiva com outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal) que compõe o modelo de BEP de Ryff bem como a geratividade podem ser afetadas pelo AVC. Clarke (2003) ressalta o impacto substancial que as incapacidades podem ter na **auto-aceitação** e na identidade individual na velhice, um

caminho através do qual o senso de ajustamento poderia ser afetado. Segundo o autor, mudanças corporais associadas com condições crônicas têm um efeito notável sobre o *self* porque o corpo é o meio pelo qual as concepções sobre si mesmo são formadas. Quando as incapacidades residuais do AVC restringem aspectos salientes da identidade pessoal e da auto-definição, isto é, quando impedem que a pessoa se engaje em atividades que constituem um importante componente de sua identidade pessoal, então estabelece-se uma relação entre incapacidades e decréscimo no bem-estar. Para Erbolato (2000), por meio dos eventos de vida, dos modelos de comparação social e das pressões sociais as pessoas constroem uma idéia de si mesmos, uma visão geral de como são e de como imaginam que os outros as vêem. Esse julgamento baseado em valores e em apreciação pessoal é denominado auto-estima. Algumas circunstâncias da vida, entre elas uma condição geradora de incapacidade , podem resultar em julgamentos que terão reflexos negativos para a auto-imagem e o auto-conceito, a partir dos quais muitos comportamentos se alterarão de maneira não satisfatória.O indivíduo poderá sentir-se insatisfeito consigo mesmo, desapontado com o que ocorreu em sua vida e desejoso de ser diferente do que é. É relevante notar que a adaptação e o enfrentamento de uma determinada situação desafiadora depende, em parte, de um autojulgamento positivo que inclui sentir-se autônomo, capaz de se relacionar bem com outras pessoas e de reconhecer as próprias limitações, para assim poder conviver da melhor maneira possível com elas.

No que diz respeito às **relações positivas com outros,** Erbolato (2000) ressalta a importância das relações interpessoais à manutenção do auto-conceito e da auto-estima. Eventos particulares, como o AVC, tendem a funcionar como eventos estressantes, cujo enfrentamento depende dos recursos pessoais, sim, mas também dos recursos sociais disponíveis (Lemos; Medeiros, 2002). A família é a fonte básica de apoio social e emocional na velhice, mas sua atuação é completada de modo importante pelos amigos da mesma idade, cuja capacidade de amenizar o impacto dos eventos estressantes reside principalmente no fato de serem confidentes de sentimentos e preocupações e fontes de confirmação da identidade e do valor pessoal. Segundo Clarke (2003), os sobreviventes de AVC participantes de sua pesquisa relataram que suas vidas se transformaram após o episódio e que o suporte social foi importante mediador de um senso positivo de bem-estar, em parte porque ajudou na implementação de estratégias de adaptação à incapacidade. O idoso com limitações físicas ou mentais decorrentes do AVC, sofrendo de

restrições às atividades normais ou sentindo dificuldades quanto a ser objeto de cuidado, pode sentir-se isolado, frustrado em suas relações interpessoais e incapacitado para oferecer suporte a outras pessoas.

O bem-estar na velhice está correlacionado com a **autonomia**, definida em termos de capacidade de gerir e de tomar decisões sobre a própria vida. Para Goldstein (2000), todos nós sentimos necessidade de controlar os eventos que afetam o nosso bem-estar. Na velhice ocorrem perdas físicas e quando estas se associam a eventos indesejados, como os que causam deficiências temporárias ou permanentes, podem ocorrer sentimentos de desamparo e de perda de controle sobre a própria vida e sobre si mesmo.

As incapacidades decorrentes do AVC podem associar-se às mudanças normais que acompanham o envelhecimento, tais como a diminuição na capacidade de reagir e de recuperar-se de eventos estressantes, deixando o idoso ainda mais vulnerável e afetando o seu senso de **domínio sobre o ambiente**. Para a pessoa idosa, especialmente para aquela acometida por incapacidades físicas decorrentes do AVC, o ambiente e suas características estão diretamente ligados ao bem-estar, já que um contexto físico e social não-adaptado às suas condições pode ser não só ocasião para incompetência como também para baixo senso de auto-eficácia. Disso decorre a necessidade de os ambientes estarem preparados para atender as necessidades do idoso, pois isto promove e encoraja a sua independência e a sua autonomia (Perracini, 2002).

O p**ropósito na vida** tem papel importante na promoção do bem-estar psicológico e o grande desafio é descobrir os sentidos positivos da vida (Freire; Resende, 2001), especialmente para aquele que teve sua vida transformada por um evento inesperado. O sentido pessoal ajuda a superar as crises e as perdas que ocorrem ao longo da vida. Diante de um episódio de AVC que deixou seqüelas significativas, o idoso pode achar que não tem mais nada a fazer, nem projetos a cumprir e nem trabalhos a serem executados. Apesar de a limitação física não significar necessariamente falta de sentido, muitos podem experimentar perda em sua crença de que a vida tem um sentido ou propósito, e falta de direção na existência.

O senso de desenvolvimento contínuo e de **crescimento pessoal** pode ser afetado por sentimentos de estagnação, monotonia e falta de interesse na vida, quando o indivíduo se defronta com limitações decorrentes de um evento não esperado, que o desajusta em relação ao que experimentava em sua vida pregressa. O envelhecimento satisfatório depende do equilíbrio entre as potencialidades e as limitações do indivíduo. A necessidade de auto-atualização e de crescimento pessoal não declina com a idade (Freire, 2000), mas pode ser afetada quando o indivíduo enfrenta limitações de atividades e de capacidades em múltiplos domínios e quando enfrenta estresse psicológico.

Relações entre bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico

Tanto o BES quanto o BEP priorizam a capacidade de auto avaliação daquilo que faz da vida algo bom e desejável. Mostramos quais são os aspectos que caracterizam cada uma dessas correntes teóricas, seus determinantes mais importantes e agora, procuramos também apresentar algumas evidências que indicam que, apesar de distintas, têm aspectos relacionados. Esses aspectos são importantes na compreensão das várias maneiras pelas quais o BES e o BEP vão ao encontro de um funcionamento psicológico saudável.

Embora os dois enfoques teóricos de bem-estar tenham evoluído separadamente, há muitas evidências sobre conexões entre os dois, embora resguardando peculiaridades. Dados dessa natureza foram relatados em estudo de Keys, Ryff e Shmotkin (2002), realizado com uma amostra nacional americana (The Midlife in the U. S. – MIDUS). Os resultados indicam que os adultos que relataram altos níveis de BEP tenderam a relatar mais afeto positivo e menos afeto negativo e a avaliar mais positivamente sua satisfação com a vida.

As variedades nas combinações de medidas de bem-estar (alto BEP e BES ou baixo BEP e BES; alto BEP e baixo BES ou vice-versa) estão estruturadas por variáveis sociodemográficas, notadamente idade o nível educacional, e por características de personalidade. Adultos com baixo BES e alto BEP tendem a ter maior escolaridade do que os adultos com a combinação de baixo

BES e baixo BEP. Em contraste, adultos com alto BES e baixo BEP tendem a ser menos educados e mais velhos do que os adultos com a combinação de baixo BES e BEP. Adultos com alto BES e BEP tendem a ter maior escolaridade e a serem mais velhos do que aqueles do tipo baixo BES e BEP. Assim, ótimo bem-estar está ligado à educação e à idade. Adultos na meia-idade e idosos que alcançaram maior nível de escolaridade têm maior chance de maior BEP e BES.

De acordo com o mesmo estudo, a personalidade aparece como importante elemento preditor das formas de bem-estar. Alto BES e alto BEP relacionam-se com baixo neuroticismo e alta extroversão e escrupulosidade. Alto BEP e baixo BES relacionam-se à alta abertura à experiência mas também a Neuroticismo e escrupulosidade. Alto BEP e baixo BES se diferenciaram dos seus opostos (baixo BEP e alto BES) pela maior abertura à experiência. O neuroticismo discriminou mais fortemente entre os tipos discordantes de bem-estar, e alta Extroversão e alta Conscienciosidade diferenciaram aqueles que tinham alto BES e BEP daqueles com baixo perfil de ambos. São os aspectos mais fortemente existenciais do BEP (propósito na vida e crescimento pessoal) que mais claramente o separam das medidas afetivas de BES. Os autores sugerem que quando o BES e o BEP existem em níveis equivalentes (alto BES e BEP ou baixo BES e BEP), complementem um ao outro provendo um senso de congruência do *self*. No entanto, podem compensar um ao outro quando são tipos discordantes (Baixo BES e alto BEP ou vice-versa).

Os dados desta pesquisa sugerem que os indicadores dos dois conceitos de bem-estar podem trabalhar juntos como mediadores psicológicos para a adaptação às perdas em funções físicas e papéis sociais ou como indicadores de como a pessoa se vê em seu estado atual. Em ambos os casos, deve-se levar em conta a capacidade que os indivíduos têm de funcionar positivamente em termos psicológicos, em sua relação consigo mesmo e com os outros, e alcançar satisfação e felicidade frente à condições estressantes e consideradas indesejáveis.

BEM-ESTAR SUBJETIVO E AJUSTAMENTO PESSOAL EM ADULTOS E IDOSOS QUE SOFRERAM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Estudos transversais têm indicado que o ajustamento pessoal e o bem-estar subjetivo podem ficar comprometidos, mesmo depois de um AVC leve (Hopman; Verner, 2003). A identificação das variáveis relacionadas a este evento faz parte dos esforços de melhorar a qualidade de vida dos afetados (Wyller; Holmen; Laake, 1998). De acordo com Diener (2000), o ajustamento psicológico é um dos processos subjacentes ao bem-estar subjetivo e existem evidências indicando que pessoas com graves limitações físicas ficam extremamente infelizes após o acidente que o causou, mas se adaptam mais ou menos rapidamente. Há variações no tempo transcorrido para a adaptação, nos sentimentos envolvidos e no produto, dependendo da flexibilidade do sistema de metas de vida e do temperamento do indivíduo.

Frente a estas considerações, procurou-se dados de pesquisa referentes aos fatores que podem afetar positivamente ou negativamente o bem-estar subjetivo e o ajustamento psicológico de adultos e idosos afetados por AVC. Para tanto, foi feito um levantamento dos estudos brasileiros e estrangeiros publicados entre 1996 e 2005 que relacionavam bem-estar subjetivo ou psicológico e acidente vascular cerebral. Nas bases de dados internacionais *Ageline*, *PsycINFO, Medline (*via *OVID)* e *Web of Science* foram utilizadas combinações entre palavras-chave: "stroke and well-being", e "stroke and psychological well being". Foram identificados 15 artigos apresentados no Quadro 1. Na busca relativa ao mesmo período, nas bases nacionais Scielo, Portal CRUESP e DEDALUS, utilizou-se a palavra-chave "Acidente Vascular Cerebral". Foram identificados 49 estudos empíricos publicados em periódicos, resumos em eventos científicos, dissertações e teses nacionais. Não foram encontrados estudos brasileiros que tratavam especificamente do bem-estar subjetivo ou psicológico da pessoa afetada pelo AVC. Notou-se a tendência de priorizar a relação entre o AVC e outras variáveis clínicas e fisiológicas, bem como a questão das seqüelas e a do cuidador familiar. Uma das pesquisas considerou variáveis subjetivas tais como a depressão pós-AVC (Terroni et al, 2003), outra tratou do ajuste às alterações físicas, psíquicas e sociais (Kaihami, 2001), uma terceira focalizou os aspectos psicodinâmicos da pessoa afetada (Paulo, 2003) e a quarta, a ansiedade e a depressão relacionadas à atividade física em pessoas com seqüelas (Costa, 2000).

Quadro 1. Síntese dos estudos encontrados sobre a relação entre AVC e bem-estar subjetivo e o ajustamento psicológico na literatura internacional, no período 1996-2005.

ESTUDO	POPULAÇÃO/ DELINEAMENTO	OBJETIVOS	RESULTADOS
Segal; Schall, 1996	38 pacientes (idade média de 65 anos) com 6 meses pós-AVC. Estudo prospectivo	Avaliar a satisfação com a vida de indivíduos seis pós-AVC em comparação com a população geral.	Satisfação com a vida menor entre os que sofreram AVC em comparação com a população geral e está fortemente associada com a incapacidade resultante do episódio.
Wyller et al, 1997	60 pacientes com 1 ano pós-AVC (idade média de 74 anos) e 419 indivíduos no grupo controle (idade média de 75 anos) Estudo transversal	Comparar o BES de pacientes de AVC com um grupo controle e estudar a relação com as características dos pacientes.	A maior parte dos pacientes de AVC apresentaram baixo BES, sendo os fatores mais significantes para isso as incapacidades motoras e visuais, a afasia, a capacidade cognitiva deficiente e a institucionalização.
Hoen; Thelander; Worsley, 1997	35 participantes de um programa para pessoas com afasia decorrente de AVC ou lesão cerebral e suas famílias. A avaliação do programa foi feita 2 vezes em um período de 1 ano. Estudo transversal	Avaliar em um período de 1 ano, o progresso no BEP de indivíduos com afasia e de seus familiares, todos participantes de um programa comunitário de apoio a portadores de afasia.	Tanto os afetados quanto seus familiares mostraram mudança positiva em 5 dos 6 domínios do BEP. Este progresso pode estar relacionado com a atenção direta que o programa dá para o BEP, para a comunicação, para o ambiente global e para a avaliação em si.
Wyller; Holmen; Laake, 1998	1417 pacientes de AVC (idade média de 71,6 anos) e 1439 indivíduos de idade similar livres de AVC. Estudo transversal	Buscar as possíveis variáveis explanatórias do BES em idosos que sofreram AVC.	Os idosos afetados pelo AVC têm significativamente menor BES do que a população geral. Alto senso de BES pós-AVC está relacionado com gênero (menor em homens), idade (aumento do BES com aumento da idade) boa saúde geral e mental e uma rede social sólida.
Lofgren; Gustafson; Nyberg, 1999	47 idosos que sofreram AVC entrevistados 3 anos após alta da reabilitação. Estudo prospectivo	Investigar o BEP em pacientes severamente afetados pelo AVC e explorar as associações entre as características dos sujeitos, suas deficiências e suas incapacidades.	Os resultados indicaram que a maior parte mostrou alto ou médio escore de BEP. Humor deprimido esteve associado com baixo bem-estar. Os sujeitos relataram pouco contentamento com seu próprio processo de envelhecimento indicando que as conseqüências do AVC podem ter contribuído para a mudança de suas concepções prévias sobre o próprio envelhecimento.

Lofgren et al, 1999	55 idosos que sofreram AVC (25 vivem na comunidade; 15 em hotels ou casas para idosos; 15 em instituições de longa permanência) Estudo prospectivo	Verificar as condições de moradia, o BEP e as mudanças na funcionalidade de idosos 3 anos após o AVC.	O funcionamento motor dos idosos deteriorou nos 3 anos. No entanto, a maior parte foi capaz de manter suas funções e fazer algum progresso. O BEP mostrou-se muito bom. Viver sozinho, AVC recorrente e declínio funcional estava associado à mudança para uma moradia que dê mais suporte.
Ostir et al, 2001	2478 idosos (>= 65 anos) americanos (norte da Carolina), residentes na comunidade, e que não apresentam histórico de AVC Estudo prospectivo (6 anos)	Saber em que medida os afetos positivos ou negativos, ou ambos, são preditores de risco de AVC	Durante o período de acompanhamento, 340 AVCs ocorreram. Escores mais altos de afeto negativo estão relacionados a maior risco de sofrer AVC, enquanto que altos níveis de afeto positivo parecem proteger contra o AVC em idosos.
Clarke et al, 2002	Amostra nacional de (n=5395, sendo 339 sobreviventes de AVC) idosos canadenses (>=65 anos), residentes na comunidade, participantes do *Canadian Study of Health and Aging* (CSHA2). Comparações foram feitas entre sobreviventes de AVC e idosos que não sofreram o episódio Estudo prospectivo (4 anos)	Investigar padrões de bem-estar psicológico em sobreviventes de AVC residentes na comunidade para identificar quais fatores restringem ou aumentam o bem-estar psicológico.	Em comparação com idosos que não experimentaram AVC, os sobreviventes de AVC relataram menor senso de BEP. Os sobreviventes tendem a sofrer restrição no seu funcionamento físico e cognitivo, a relatar pior saúde mental e a viver com maior número de comorbidades. Pior saúde mental e incapacidade física e cognitiva estão associadas com menor senso de BEP nos sobreviventes, mas suporte social e recursos educacionais moderam o impacto do *status* funcional no BEP.
Jaracz et al, 2002	72 idosos poloneses (idade média de 65 anos) 6 meses após o primeiro AVC isquêmico. Estudo prospectivo	Investigar os aspectos objetivos e subjetivos (BEP) da qualidade de vida de indivíduos depois do primeiro AVC isquêmico e seus correlatos mais importantes.	O impacto negativo do AVC foi maior no aspecto objetivo do no subjetivo da qualidade de vida. A incapacidade, a depressão e o estado civil explicaram 80% da variância na qualidade de vida objetiva. Suporte emocional, depressão e incapacidade funcional explicaram 38% da variância no BEP. Depressão e incapacidade funcional foram os preditores mais importantes da qualidade de vida.
Lalu,, 2003	138 pacientes geriátricos,	Identificar e analisar as mudanças na qualidade de vida de idosos no primeiro	A recuperação na funcionalidade em atividades instrumentais de vida diária depois da reabilitação não garante uma

	no primeiro ano após o AVC. Estudo prospectivo	ano pós-AVC.	melhora subseqüente no BES, nem um enfrentamento positivo do AVC impede um declínio na qualidade de vida. As trocas sociais aumentaram e tornaram-se mais concentradas e menos recíprocas.
Clarke, 2003	Os dados quantitativos foram obtidos a partir do *Canadian Study of Health and Aging* (CSHA2) feito com amostra representativa de idosos canadenses (>=65 anos) vivendo em comunidade ou instituição. Os dados qualitativos foram adquiridos por uma amostra separada de 8 idosos em residência sobreviventes de AVC Estudo prospectivo (4 anos)	Descrever mediante dados quantitativos, os padrões de correlação do BEP pós-AVC; e obter por meio dos dados qualitativos um maior entendimento dos processos e significados subjacentes pelo qual o AVC afeta o bem-estar na velhice.	As incapacidades físicas e cognitivas estão repetidamente associadas com menor senso de bem-estar pós-AVC. As incapacidades podem impedir o engajamento em atividades de auto-definição, restringindo o senso pessoal de *self,* resultando em decréscimo do BEP. O suporte social e a maior escolaridade são importantes para o senso positivo de bem-estar pós-AVC. Os recursos sociais são importantes na adaptação e no ajustamento dos idosos após o evento.
Vestling; Tufvesson; Iwarsson, 2003	120 pacientes de AVC, idade média de 50 anos, suecos, com tempo médio 2,7 anos do AVC até a data da coleta e trabalhavam antes do evento Estudo transversal.	Investigar a probabilidade de retorno a atividades produtivas (incluindo o trabalho remunerado) e o bem-estar subjetivo (indicado pela satisfação com a vida em diferentes domínios) depois de um AVC em indivíduos com diferentes níveis de aptidão para o trabalho.	Exercer atividades de nível executivo, estar apto a caminhar e ter preservado a capacidade cognitiva significou melhores chances de retorno ao trabalho. Retornar ao trabalho depois do AVC é o principal determinante de alto BES.
Jaracz; Kozubski, 2003	72 pacientes hospitalares de AVC, idade média de 65 anos, poloneses Estudo prospectivo (6 meses)	Descrever a qualidade de vida (definida como senso pessoal de BE derivado da satisfação com as áreas da vida que são importantes) global e seus domínios específicos de indivíduos após o primeiro AVC isquêmico e identificar os determinantes mais importantes pós-AVC.	70% dos sujeitos relataram estarem satisfeitos com suas vidas em geral. A maior qualidade de vida foi encontrada no domínio "família" e a menor no domínio "saúde e funcionalidade". Foram identificados como preditores da qualidade de vida a satisfação com o suporte emocional, a depressão e o *status* funcional.
Araki et al, 2004	176 pacientes ambulatoriais diabéticos livres de AVC, idade média 75 anos, japoneses	Examinar em que medida fatores psicológicos são de risco para o desenvolvimento de AVC em idosos diabéticos.	Durante os 3 anos acompanhados, 25 AVCs ocorreram. Baixo BES (indicado por agitação, atitude em relação à própria velhice, solidão e insatisfação com a vida) e aumento da carga de sintomas e da sobrecarga social foram preditores

	Estudo prospectivo (3 anos)		significativos de AVC nos idosos diabéticos.
Sveen et al, 2004	64 pacientes (idade média de 77,5 anos) com 6 meses pós-AVC. Estudo transversal	Explorar a relação entre BES e competência em atividades instrumentais de vida diária pós-AVC.	A capacidade de exercer atividades de lazer está positivamente associada com BES.

A análise dos artigos publicados em língua inglesa, e relativos a dados obtidos no exterior mostrou que estudos transversais e prospectivos indicam que, quando comparados com a população geral, os adultos e idosos afetados por AVC apresentam mais baixo senso de bem-estar subjetivo. Maior ajustamento psicológico foi verificado entre aqueles que estão amparados por programas sociais de apoio e de reabilitação, que têm suporte social e entre aqueles com maior escolaridade. Boa capacidade cognitiva, suporte social efetivo, continuidade de uma ocupação produtiva (como o retorno ao trabalho), manutenção da competência em atividades instrumentais de vida diária e humor positivo são fatores que podem afetar positivamente o bem-estar subjetivo e psicológico. Os fatores indicados na literatura que podem afetar negativamente o bem-estar subjetivo e psicológico dos sobreviventes de AVC são a incapacidade funcional, a capacidade cognitiva deficiente, a depressão, a dificuldade em restabelecer a identidade e posição social anterior pela restrição em atividades de auto-definição.

É interessante observar que duas pesquisas de natureza prospectiva (Araki et al, 2004; Ostir et al, 2001) identificaram o bem-estar subjetivo como um preditor importante da incidência do AVC, isto é, a insatisfação com a vida e o alto escore de afeto negativo foram identificados como fatores de risco para a ocorrência do AVC. Os outros estudos avaliaram o bem-estar após a ocorrência do evento.

Na velhice, a capacidade de gerenciamento de eventos críticos depende de experiências anteriores, das capacidades físicas e das condições de vida e as respostas adaptativas podem assumir diferentes configurações. Os idosos lidam mais freqüentemente com problemas de saúde, com perdas de pessoas próximas e significativas e as perdas biológicas e sociais aumentam. Isso sugere o quanto é importante a capacidade de recuperação de eventos negativos e os recursos externos sociais e familiares.

Os profissionais da saúde e seus pacientes acometidos por AVC beneficiam-se do conhecimento das implicações psicológicas de sofrer AVC. Com base num repertório de conhecimentos e de habilidades que lhes permitam incentivar e promover recursos pessoais e sociais pode ajudar os pacientes e seus familiares a lidarem com os desafios gerados pelo evento, com conseqüências benéficas para essas pessoas e para o sistema de saúde. Pesquisas realizadas no contexto brasileiro deverão ajudar a esclarecer o fenômeno e a verificar a generalidade dos dados internacionais para a nossa realidade.

O indivíduo afetado normalmente tem que lidar com um evento inesperado, incontrolável e negativo e que traz conseqüências numerosas e de longo prazo em sua vida. Essa vivência tende a acionar intensamente os recursos emocionais, sociais e intelectuais da pessoa afetada. Quanto mais desenvolvidos os seus mecanismos de ajustamento psicológico, maior a chance de se adaptar, presumivelmente sem grande declínio em sua satisfação com a vida e em sua experiência emocional. O reconhecimento das conseqüências psicossociais de sofrer AVC é crucial ao entendimento dos fatores objetivos e subjetivos envolvidos na experiência.

Sofrer AVC é um episódio com alto potencial para ser vivenciado de forma estressante e que representa ameaça ao senso de controle pessoal, e pode-se dizer que é um evento crítico na vida dos indivíduos afetados. Segundo Fortes e Neri (2004), eventos críticos exigem da pessoa um grande esforço adaptativo e propõem uma demanda à personalidade individual orientando-a ao enfrentamento dos desafios provenientes de um evento não-desejado e ao ajustamento psicológico e social. Para as autoras, os eventos negativos são importantes na determinação do bem-estar no envelhecimento sendo o sucesso na adaptação das demandas exigidas pelo evento um importante indicador deste estado de bem-estar.

Compreender como é envelhecer após um acidente possivelmente incapacitante é útil à investigação e ao investimento nas condições que permitem uma boa qualidade de vida. A ocorrência de eventos críticos não só levanta a questão de como afetam o ajustamento e o bem-estar dos indivíduos, como também a de como podem lidar com sucesso com eles. Responder a essas questões é importante à geração de alternativas válidas de intervenção voltada ao bem-estar

de idosos com limitações funcionais e voltadas para a identificação das condições que permitem envelhecer com senso positivo de bem-estar, mesmo diante de incapacidades.

A experiência de sofrer AVC é associada a variáveis objetivas e subjetivas. Nesta pesquisa considerou-se como variáveis objetivas de interesse as incapacidades geradas pelo AVC e indicadas por a) quantidade de ajuda que o indivíduo necessita para realizar as atividades básicas (AVDs) e instrumentais (AIVDs) de vida diária; b) as restrições em atividades associadas a papéis sociais que influenciam a identidade (atividades importantes à auto-definição); c) os apoios físicos/instrumentais, informativos, emocionais e sociais de que os indivíduos afetados dispõem. Controlamos as variáveis gênero, idade e tempo transcorrido desde o AVC. Assumiu-se que o bem-estar psicológico é uma condição subjetiva de ajustamento que, juntamente com a avaliação do impacto das incapacidades geradas pelo AVC medeia a avaliação do bem-estar subjetivo, este indicado por satisfação com a vida e por equilíbrio entre emoções positivas e negativas. O impacto do AVC sobre a satisfação com a vida e os afetos pode ser maior ou menor, em função do ajustamento pessoal e da avaliação subjetiva que a pessoa faz dos episódios negativos e de seus desdobramentos.

A questão central deste estudo foi saber em que medida o senso de ajustamento psicológico indicado pela autopercepção de homens e mulheres adultos e idosos que sofreram AVC, há um período de pelo menos 1 ano, em relação à autonomia, à auto-aceitação, ao propósito, ao senso de crescimento pessoal, às relações positivas com os outros, ao senso de domínio sobre o ambiente, e à geratividade afeta o impacto das incapacidades geradas pelo AVC sobre o bem-estar subjetivo indicado por satisfação e por equilíbrio entre afetos positivos e negativos. Foi proposto um modelo operacional (Figura 1) que descreve como acredita-se que essas variáveis são relacionadas. Pretendemos testá-lo com o estudo que ora propomos.

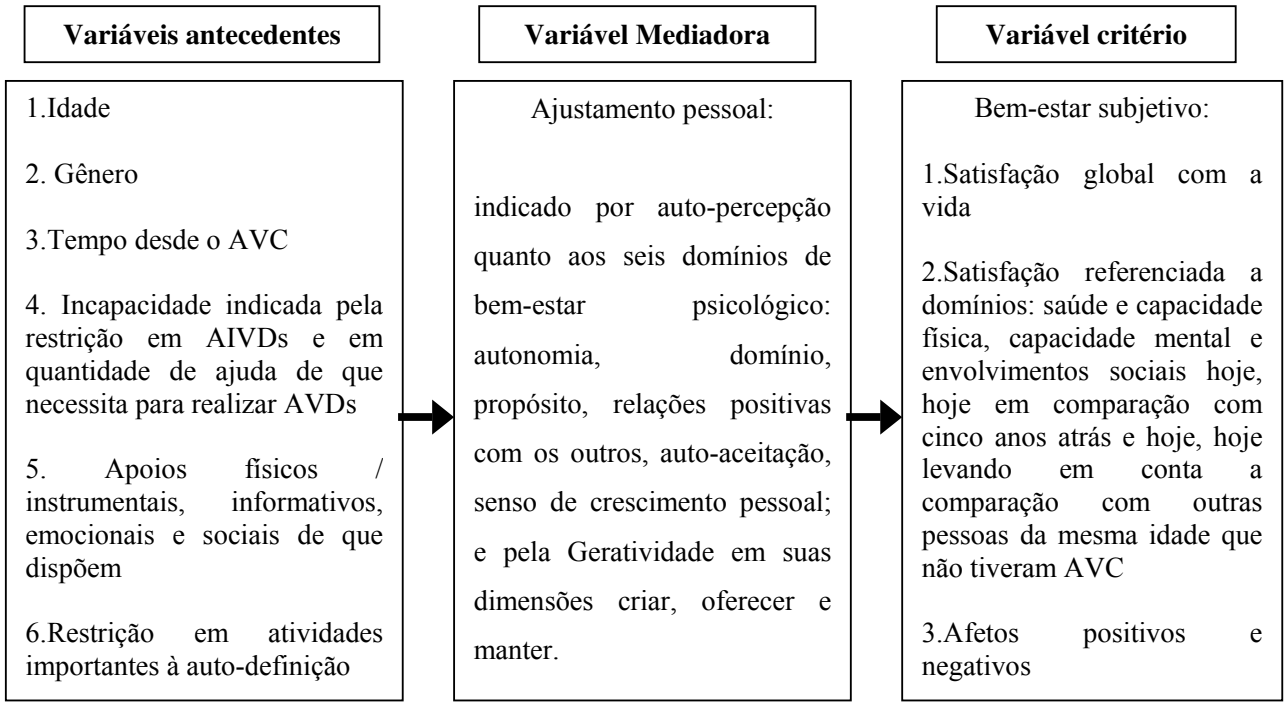


Figura 1: Modelo operacional

Objetivo geral

Numa amostra de homens e mulheres, adultos e idosos, afetados por acidente vascular cerebral (AVC) há um período de pelo menos 1 ano e participantes de grupos de reabilitação, investigar as relações entre as restrições e incapacidades geradas pelo AVC, o senso de ajustamento pessoal (indicado pela autonomia, auto-aceitação, propósito, crescimento pessoal, relações positivas com os outros, domínio sobre o ambiente, e geratividade) e o bem-estar subjetivo (indicado pela satisfação e pelos afetos positivos e negativos).

Objetivos específicos

a) Descrever as variáveis antecedentes idade, gênero, tempo transcorrido desde o AVC; incapacidades indicadas pela restrição em AIVDs e em atividades importantes à auto-definição, e em quantidade de ajuda de que necessita para realizar AVDs; e apoios ergonômicos, físicos/instrumentais, emocionais e informativos de que dispõem.

b) Descrever as variáveis do bem-estar subjetivo, indicadas pela satisfação com a vida global e referenciada a domínios (capacidade física e saúde, capacidade mental e relações sociais) - hoje, hoje em comparação com cinco anos atrás, e hoje em comparação com outras pessoas da mesma idade que não sofreram AVC -, e pelo equilíbrio entre afetos positivos e negativos.

c) Descrever o senso de ajustamento pessoal indicado pelos domínios autonomia, domínio, propósito, relações positivas com os outros, auto-aceitação, crescimento pessoal e geratividade.

d) Analisar relações bivariadas e multivariadas existentes entre as variáveis antecedentes (gênero, idade, tempo desde o AVC, incapacidade funcional, desempenho de atividades ligadas à auto-definição, suporte social percebido), mediadora (ajustamento pessoal) e critério (bem estar subjetivo).

MÉTODO

Sujeitos

A pesquisa foi realizada com amostra de conveniência composta por adultos e idosos freqüentadores dos cinco grupos de reabilitação existentes nos Centros de Assistência Integrada I e II (CEAIs), instituições públicas ligadas à Prefeitura de Uberlândia - MG, as quais atendem adultos a partir de 50 anos e oferece atividades sócio-educacionais, culturais e atendimentos médico, psicológico e odontológico. Os dados também foram coletados em dois grupos de reabilitação que incluem afetados por AVC, pertencentes aos projetos de extensão e estágio do curso de Educação Física da Universidade Federal de Uberlândia. O total de indivíduos identificados nesses locais foi de 87. Dentre os 87, um não quis participar, 15 foram excluídos (por serem portadores de afasia ou de outros problemas de saúde graves que impediam sua participação) e 19 não atingiram a nota de corte no Mini Exame do Estado Mental.

Dessa forma, do universo de sujeitos disponíveis fizeram parte da amostra 52 (59,8%). Dentre estes, 38,5% têm entre 50 e 59 anos, 32,7% , de 60 a 69 anos e 28,8% têm 70 anos e mais (28,8%). A idade média é de 63,5 anos (DP = 9,78). Do total dos sujeitos, a maioria é de homens (61,5%), 50% casados, e os outros 50% sem companheiro (solteiros, viúvos ou divorciados). Quanto à escolaridade, 11,5% são analfabetos, 61,5% têm o ensino fundamental incompleto, 11,5% completou o ensino fundamental e 15,3% têm mais de 8 anos de escolaridade. Não trabalham 96,2% dos participantes e 88,5% são aposentados ou pensionistas. Grande parte (49,9%) mora com o cônjuge, filhos e/ ou netos, 11,5% sozinhos, 17,3% com o cônjuge, 13,4% com filhos ou netos e 7,6% com outras pessoas.

Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizadas várias medidas e materiais:

a) Ficha de informações sócio-demográficas onde foram registradas informações sobre: idade, gênero, renda, escolaridade, profissão, ocupação, estado civil, tipo de arranjo domiciliar, tempo desde o AVC, tempo de participação no grupo e quantos AVC sofreram. Foi incluído nesta ficha um questionário criado para este estudo para levantar os apoios ergonômicos, físicos/instrumentais, emocionais e informativos de que dispõem e pergunta relativa às restrições em atividades importantes de auto-definição (Anexo 1);

b) Mini Exame do Estado Mental (Bertolucci et al, 1994; Brucki et al, 2003). Permite uma avaliação global do funcionamento cognitivo. É composto por uma avaliação objetiva da orientação, memória, cálculo e linguagem. Funciona como indicador de déficit cognitivo. Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que não atingiram o escore mínimo esperado (Os escores medianos por escolaridade: para analfabetos, 20; para escolaridade de 1 a 4 anos, 25; de 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos, 28; para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29). A avaliação foi feita para se ter um critério de exclusão das pessoas que tinham potencial de não compreensão das instruções ou do conteúdo dos instrumentos psicológicos. (Anexo 2).

c) *Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionaire* - BOMFAQ (Ramos et al, 1993a; Ramos et al, 1993b; Piton, 2004). Avalia a dificuldade que o indivíduo apresenta para realizar tarefas básicas e instrumentais de vida diária tais como deitar e levantar-se da cama, comer, pentear o cabelo, andar no plano, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro em tempo, subir um lance de escada, fazer compras, preparar refeições, sair de condução, entre outros. O sujeito deve indicar se consegue fazer cada uma destas atividades sem nenhuma necessidade de auxílio, se precisa de alguma ajuda, ou se não consegue fazer de forma nenhuma (Anexo 3);

d) Escala para medida da satisfação geral com a vida: escala de item único que pede avaliação dessa condição numa escala de 1 a 10 apresentada graficamente (1 = a pior vida e 10 = a melhor vida) (De Vitta, 2001, Freire, 2001, Nogueira, 2001, Neri, 2002, Santos, 2003). Ela serviu para levantar dados avaliativos sobre a vida atual, sobre a vida atual em comparação com há cinco anos (comparações temporais), e sobre a vida atual da pessoa em comparação com a de outros indivíduos da mesma idade não portadores de AVC (critério de comparação social) (Anexo 4).

e) Instrumento para medida de satisfação com a vida referenciada a três domínios: saúde e capacidade física, capacidade mental e envolvimento social (Freire, 2001; De Vita, 2001, Nogueira, 2001, Neri, 2002, Santos, 2003). A avaliação é feita numa escala de 5 pontos variando de muito pouco satisfeito a muitíssimo satisfeito. Foram usados os mesmo critérios de comparação mencionados acima. Esta escala tem uma validade interna superior a 0,80 e uma correlação com a medida de satisfação global superior a 90% (Anexo 5).

f) Escala de ânimo positivo e negativo (EAPN) (Siqueira; Martins; Moura, 1999): em uma escala que varia de 1 (pouco) a 5 (extremamente), solicita-se ao sujeito que avalie seu ânimo positivo, composto por seis expressões (feliz, alegre, animado, bem, satisfeito, contente) e seu ânimo negativo, indicado por oito expressões (irritado, desmotivado, angustiado, deprimido, chateado, nervoso, triste, desanimado) (Anexo 6).

g) Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP) (Cachioni, 2002; Queroz, 2003): foi construída a partir das seis sub-escalas de bem-estar psicológico estabelecidas por Ryff (referem-se as dimensões relações positiva com outros, autonomia, propósito de vida, crescimento pessoal, auto-aceitação, domínio do ambiente), às quais foram acrescentados 12 itens avaliando geratividade (Neri, 1999 e 2002) e suas dimensões criar, manter e oferecer, totalizando 30 itens. Cada item é avaliado por uma escala de cinco pontos (de 1- representa pouquíssimo a 5- representa muitíssimo). Queroz e Neri (2004) realizaram análises fatoriais sobre esta escala e verificaram que os domínios estão relacionados e que o instrumento possui boa consistência interna, o que sugere que avalia ajustamento pessoal. Neste estudo, optou-se pela redução da extensão da EDEP, considerando-se que o estado físico dos sujeitos poderia ser um obstáculo.

Isso foi feito com base em procedimentos estatísticos cuja lógica conduz à redução de dados. Para tanto foram considerados os resultados das análises fatoriais realizadas por Queroz (2003) (Anexo 7).

Procedimento

Depois da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP, foi feito contato com os coordenadores dos grupos de reabilitação para portadores de seqüela de AVC dos CEAIs de Uberlândia-MG e do curso de Educação Física da UFU, visando a explicitar os objetivos do estudo e solicitar autorização para realizar a coleta de dados nos locais. Os indivíduos que estavam dispostos a participar do estudo foram informados acerca dos objetivos da pesquisa, sobre o caráter optativo de sua participação, sobre a possibilidade de abandonar a pesquisa quando quisessem, sobre a inexistência de risco pessoal, sobre a confidencialidade dos dados e sobre o tempo de entrevista. Os sujeitos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 8) e, junto com a pesquisadora, estabeleceram agenda para as entrevistas individuais de coleta de dados.

Considerando que o AVC pode deixar seqüelas no estado cognitivo, optou-se por efetuar a coleta de dados em duas fases. Na primeira aplicou-se o questionário sócio-demográfico, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e o Bomfaq. Aqueles que conseguiram a pontuação mínima no MEEM, participaram da segunda fase, que incluiu os instrumentos de bem-estar subjetivo e ajustamento psicológico.

Os dados foram coletados com a colaboração de quatro auxiliares de pesquisa, alunos do curso de Psicologia da UFU, que tinham experiência de trabalho com grupos de adultos e de idosos, em projetos de extensão. Os auxiliares foram previamente treinados para aplicação dos instrumentos.

RESULTADOS

Para descrever o perfil da amostra quanto às informações sobre o AVC, a incapacidade funcional, a necessidade de apoios físicos/ instrumentais, emocionais e informativos, as restrições em atividades importantes de auto-definição, o bem-estar subjetivo e o ajustamento pessoal foram feitas tabelas de freqüência para as variáveis categóricas bem como estatísticas descritivas das variáveis contínuas (média, desvio padrão, valores mínimo e máximo e mediana).

Para comparação entre variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-Quadrado ou, quando necessário, o teste exato de Fisher (presença de valores esperados menores que 5). Para comparar as variáveis numéricas entre dois grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney, e entre três ou mais grupos o teste de Kruskal-Wallis. Para os cruzamentos entre as variáveis antecedentes foi utilizado o teste Exato de Fisher. Para analisar a relação entre as variáveis numéricas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância adotado nos testes foi de 5%, ou seja, $p<0.05$.

Análise da consistência interna dos instrumentos

O teste da consistência interna das escalas resultou em valores de alfa acima de 0,70, que indicam alta consistência. Satisfação com a vida referenciada a domínios alcançou um *alfa* = 0,8, a Escala de Ânimo Positivo e Negativo – EAPN, um *alfa* = 0,9 e a Escala de Desenvolvimento Pessoal – EDEP, um *alfa* = 0,7.

Variáveis relativas ao AVC, à incapacidade funcional, aos apoios físicos e instrumentais, emocionais e informativos e às restrições em atividades de auto-definição para o grupo como um todo e para os grupos de gênero e idade

Com relação ao tempo desde o primeiro AVC, 23,1% dos participantes haviam sofrido o acidente há menos de 3 anos; 32,7% há 4 a 8 anos atrás; e 30,8% há 9 anos ou mais (M= 8,5; DP= 6,32). Quanto ao tempo de participação no grupo de reabilitação, 21,2% participavam por um período que variou de um mês a um ano; 46,2% de 2 a 5 anos; e 32,7% participavam há seis anos ou mais (M= 4,7; DP= 4,43). Sofreram mais de um AVC 19,2% dos entrevistados.

Na avaliação da incapacidade funcional, a maior parte dos participantes (53,8%) relataram ter dificuldade em sete ou mais atividades básicas e instrumentais de vida diária, 26,9% relataram dificuldade em 4 a 6 atividades, 15,4% em 1 a 3 atividades e apenas 3,8% disseram não ter dificuldade em atividades cotidianas. Quanto à necessidade de apoios físicos, 44,2% disseram não precisar usar nenhum tipo de aparelho depois do AVC, 19,2% relataram usar até hoje e os outros disseram ter precisado apenas no começo. Procurou-se saber dos suportes instrumental, emocional e informativo de que dispunham, a partir da percepção dos participantes sobre quantas pessoas contavam para auxiliá-los em cada domínio. Para o suporte instrumental, 82,7% disseram não contar com ninguém para ajudá-los em atividades de auto-cuidado, 61,5% relataram, ter um familiar para ajudá-los nas atividades dentro de casa e 51,9% disseram contar com a ajuda de um familiar nas atividades fora de casa. Para o apoio emocional, 44,2% relataram contar com um familiar; para o suporte informativo, 53,8% apontaram que contavam com a ajuda de um profissional da saúde (Ver Figuras 2, 3 e 4).

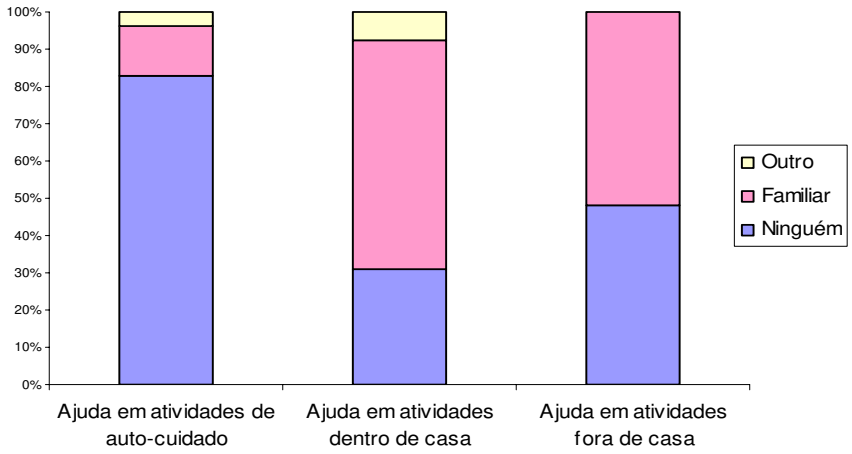


Figura 2. Tipos de suporte instrumental e fontes de ajuda percebidos pelos participantes

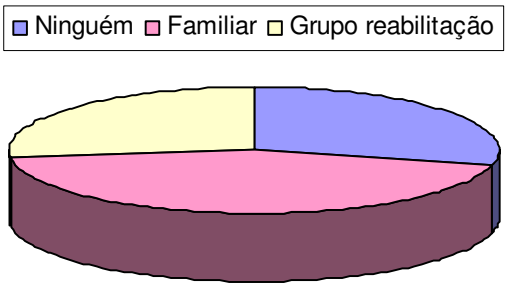


Figura 3. Fontes de suporte emocional percebido pelos participantes

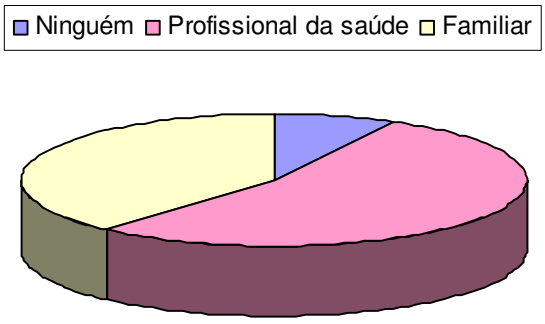


Figura 4. Fontes de suporte informativo percebido pelos participantes

Foi perguntado também se existia alguma atividade importante ligada à própria identidade que passou a não poder mais ser feita em decorrência do AVC, isto é, quais eram as restrições mais importantes referentes a atividades de auto-definição. Verificou-se que 44,2% disseram não poder mais exercer seu trabalho, fora ou dentro de casa (atividades domésticas); 32,7% não conseguiam mais realizar atividades consideradas importantes ligadas ao lazer, à vida social ou a passatempos; os demais relataram que o AVC não causou restrições em suas atividades associadas à auto-definição. Ainda, procurou-se saber o que mais mudou na vida depois do AVC. Segundo 53,8% o que mais mudou foi não poderem mais trabalhar ou realizar atividades importantes de lazer; para 23,1% foi ter que lidar com alguma limitação ou incapacidade específica decorrente do AVC, e 13,5% relataram que melhoraram depois do AVC devido a terem assumido comportamentos mais positivos de saúde, passaram a enxergar a vida diferente e a deixar mais tempo para outras atividades; para 7,7% a maior mudança esteve relacionada ao afastamento de amigos e familiares e à falta de apoio; e para 1,9%, a mudança se deu não por causa do AVC, mas por uma doença crônica já previamente instalada que causava mais limitações e dificuldades.

Os participantes que tinham sofrido AVC há mais de quatro anos relataram dispor de mais suporte informativo do que aqueles que sofreram o primeiro AVC há menos de três anos ($p = 0.043$); os primeiros freqüentam o grupo de reabilitação a mais tempo dos que os últimos, que têm menos de um ano de participação no grupo ($p < 0.001$). Isto é, aqueles com mais de dois anos de participação no grupo relataram ter mais suporte informativo do que os indivíduos com menos de um ano no grupo ($p = 0.035$). Os participantes que relataram ter dificuldade em mais de sete atividades básicas e instrumentais de vida diária relataram contar com mais ajuda em atividades fora de casa do que os indivíduos com menor dificuldade ($p = 0.001$). Os com dificuldade moderada (4 a 6 atividades) e grave (+ de 7 atividades) relataram ter mais suporte informativo do que os com dificuldade leve ou sem dificuldade ($p = 0.023$).

As análises comparativas entre gêneros mostraram mais mulheres vivendo sem um companheiro do que homens vivendo sem uma companheira ($p = 0.004$) As mulheres contam com mais suporte em atividades de auto-cuidado ($p = 0.019$) e com mais suporte afetivo ($p = 0.018$) do que os homens. As mulheres também estão mais satisfeitas com o domínio de vida "envolvimento

social" (p = 0.006), avaliam mais positivamente seu envolvimento social hoje em comparação com o de cinco anos atrás (p = 0.028) e seu envolvimento social em comparação com de outras pessoas de mesma idade e que não sofreram AVC (p = 0.014) do que os homens. Nas comparações por idade, verificou-se que o grupo de 60 a 69 anos relatou ter mais suporte afetivo do que os demais grupos de idade (diferença estatisticamente significante - p = 0.024).

Bem-estar subjetivo indicado por satisfação e por afetos positivos e negativos na amostra como um todo

O bem-estar subjetivo foi avaliado mediante os julgamentos cognitivos de satisfação com a vida em geral e referenciada a domínios específicos, e mediante respostas emocionais. A satisfação com a vida em geral incluiu a satisfação no momento, há cinco anos e em comparação com outros de mesma idade que não sofreram AVC. A satisfação em domínios específicos foi avaliada quanto à saúde e capacidade física, à capacidade mental e ao envolvimento social referenciadas ao hoje, comparando o hoje com cinco anos atrás e em comparação com outros de mesma idade e que não sofreram AVC. Foi avaliado o equilíbrio entre afetos positivos ou negativos, calculando-se a diferença entre os escores médios de ânimo positivo e ânimo negativo da escala EAPN; médias separadas de afeto positivo e negativo foram calculadas.

Os dados indicaram que os participantes, em média, relataram estar moderadamente satisfeitos com a vida em geral (M= 6,4; DP= 1,85). Ver Figura 5. Em relação à satisfação com os domínios saúde e capacidade física (M= 3,3; DP= 0,83), capacidade mental (M= 3,4; DP= 0,91) e envolvimento social (M= 3,6; DP= 0,91) os participantes mostraram maior satisfação, especialmente quanto ao terceiro (ver Figuras 6, 7 e 8). Os três domínios específicos foram avaliados em relação ao hoje (M= 3,5 DP= 0,76), ao hoje em comparação ao passado (M= 3,5; DP= 0,95) e em comparação com outros (M= 3,2; DP= 0,88).

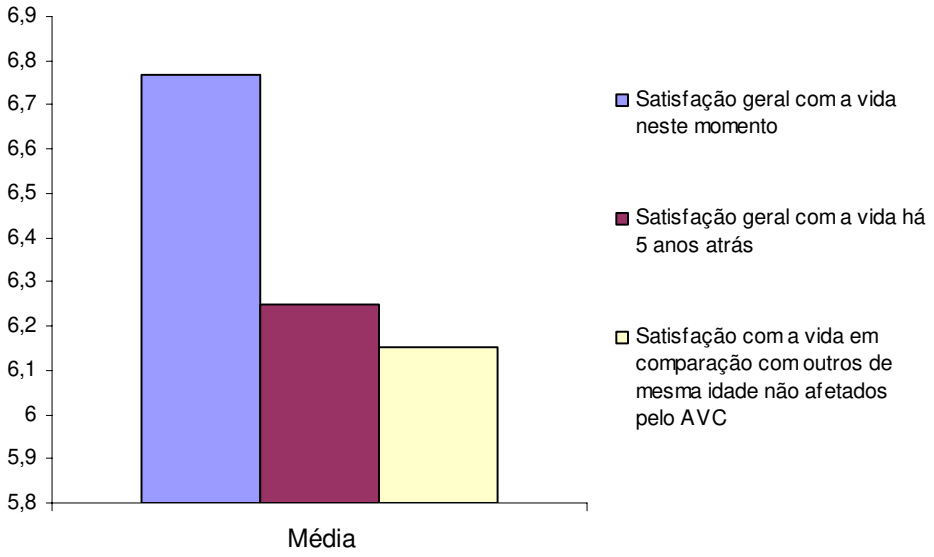


Figura 5. Médias de satisfação global com a vida referenciadas a critérios temporais e de comparação social

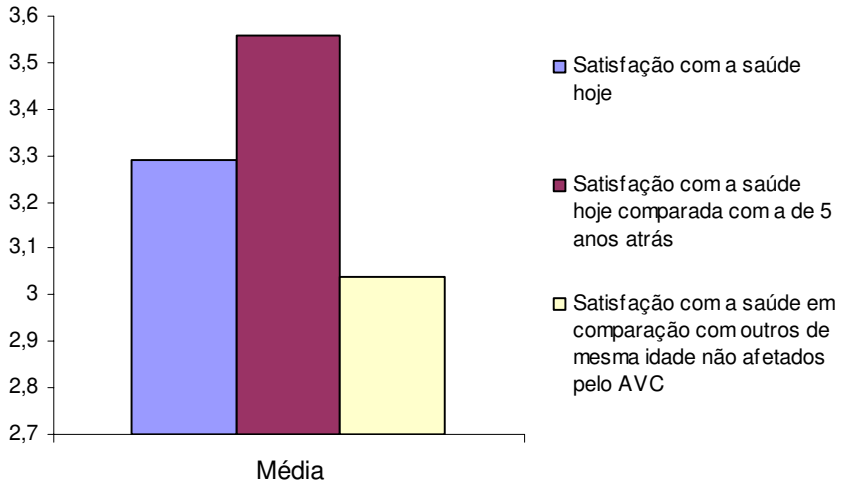


Figura 6. Médias de satisfação com a saúde referenciadas a critérios de tempo e de comparação social

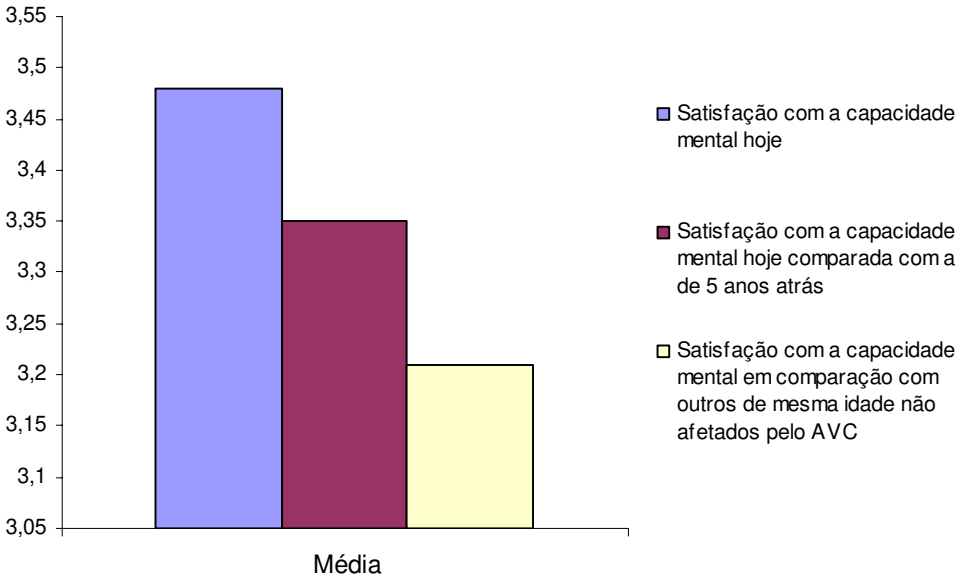


Figura 7. Médias de satisfação com a saúde mental referenciadas a critérios de tempo e de comparação social

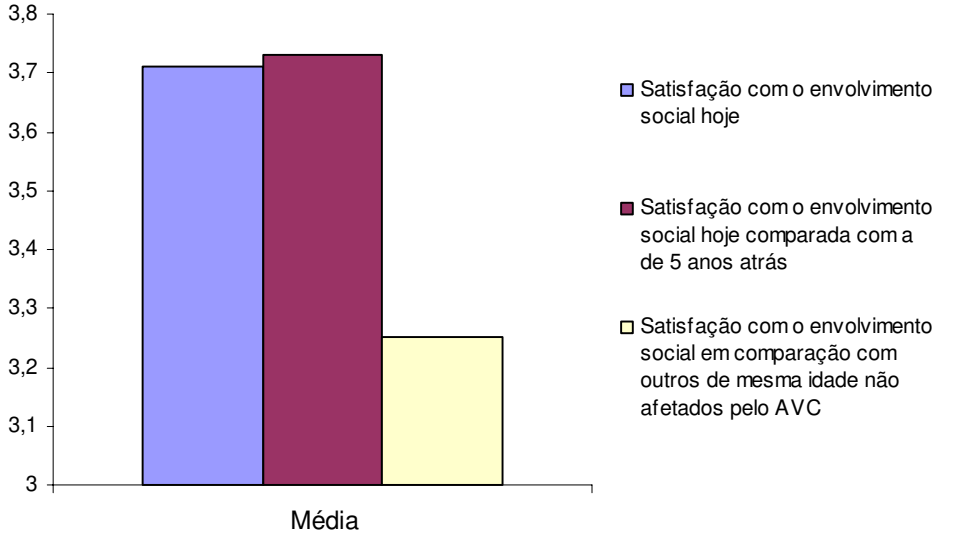


Figura 8. Médias de satisfação com o envolvimento social referenciadas a critérios de tempo e de comparação social

Quanto aos estados afetivos, em uma escala de 1 (nada) a 5 (extremamente), verificou-se que os estados de ânimo negativo (M= 2,5; DP= 0,84) são experimentados menos freqüentemente dos que os estados positivos (M= 3,4; DP= 0,76). Na análise do equilíbrio afetivo, a preponderância é do afeto positivo (73,1%) em relação ao afeto negativo (26,9%). Ver Figura 9.

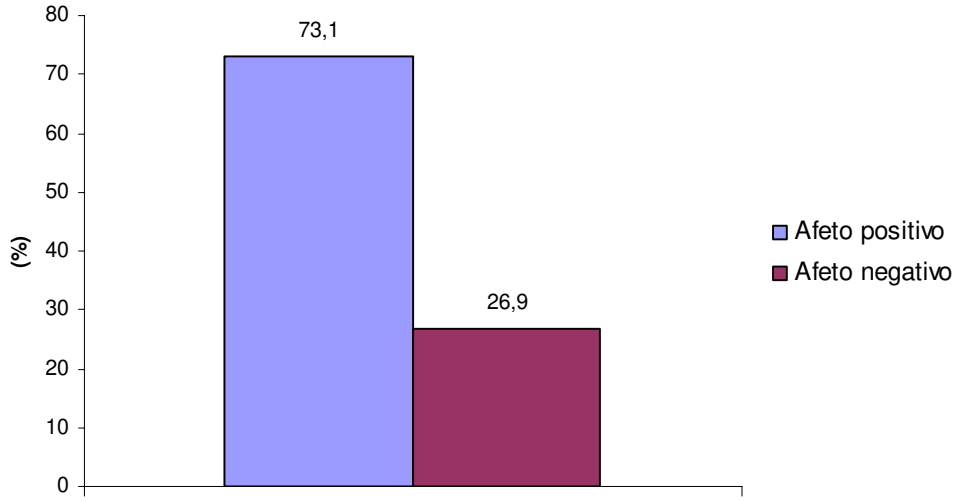


Figura 9. Presença de afetos positivos e negativos

Ajustamento Pessoal

O ajustamento pessoal foi avaliado quanto às dimensões do bem-estar psicológico (relações positivas com outros, autonomia, propósito na vida, crescimento pessoal, auto-aceitação, domínio do ambiente) e geratividade, esta em suas dimensões criar, manter e oferecer, todas em escala de cinco pontos (de 1- pouquíssimo a 5- muitíssimo). O escore médio na escala como um todo foi de 3,6 (DP= 0,56). A média mais alta foi em crescimento pessoal e a mais baixa em autonomia (ver Figura 10).

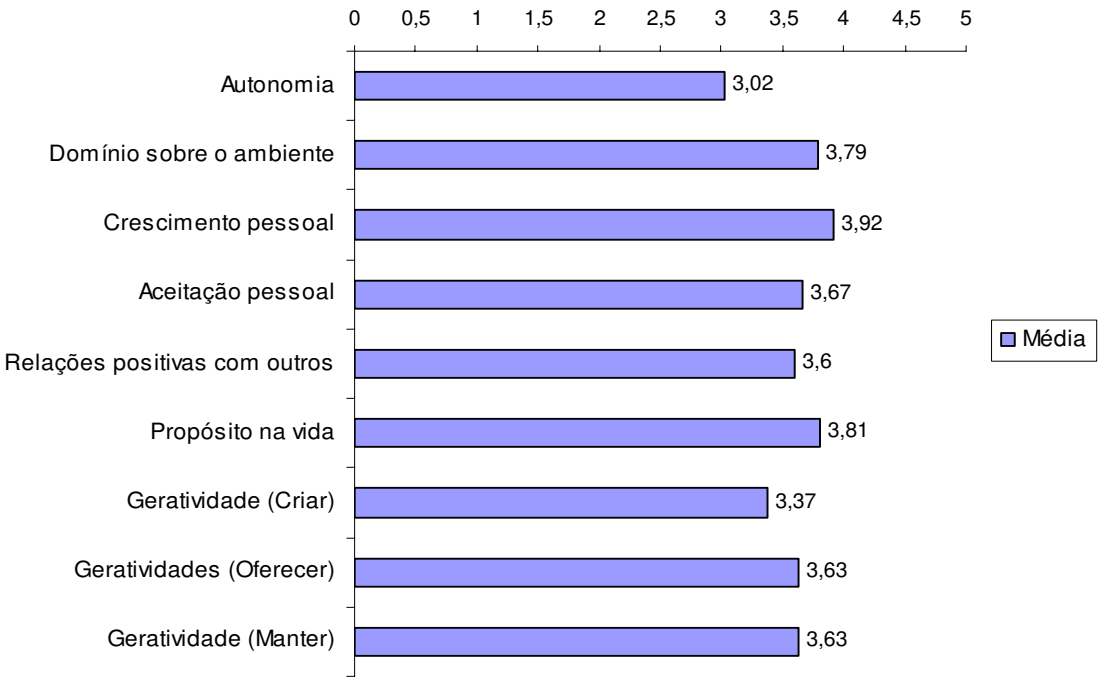


Figura 10. Escores médios nos domínios da Escala de Desenvolvimento Pessoal, indicativa de Ajustamento Pessoal

Relações entre satisfação, afetos positivos e negativos e ajustamento pessoal: análises bivariadas

Os dados mostraram que quanto maior o ajustamento psicológico, maior os escores nas avaliações da satisfação com a vida referenciada aos domínios saúde e capacidade mental, mais positivamente os domínios são avaliados em referência ao hoje e hoje em comparação com outros de mesma idade não portadores de AVC e maior o escore em afeto positivo (ver Tabela 1).

Tabela 1. Coeficientes de correlação entre variáveis indicadoras de bem-estar subjetivo e o escore global de ajustamento psicológico

DOMÍNIOS DO BES	AJUSTAMENTO PESSOAL
SAÚDE HOJE	r =0.34167 p =0.0132
SAÚDE COMPARADA C/ OUTROS	r =0.42165 p =0.0019
CAPACIDADE MENTAL HOJE	r =0.40327 p =0.0030
CAPACIDADE MENTAL COMPARADA C/ OUTROS	r =0.55182 p =0.0001
ENVOLVIMENTO SOCIAL COMPARADO C/ OUTROS	r =0.29673 p =0.0327
DOMÍNIO SAÚDE E CAPACIDADE FÍSICA	r =0.37087 p =0.0068
DOMÍNIO CAPACIDADE MENTAL	r =0.46435 p =0.0005
REFERÊNCIA AO HOJE	r =0.42763 p =0.0016
REFERÊNCIA OUTROS	r =0.56127 p =0.0001
ÂNIMO POSITIVO	r =0.37680 p =0.0059

*r=coeficiente de correlação de Spearman; p=p-valor; n=número de indivíduos (n=52).

Análises adicionais que buscaram relações com o bem-estar subjetivo indicaram que:

a) Quanto maior o tempo desde o primeiro AVC, maior a satisfação com a capacidade mental hoje (p = 0.047). Quanto maior a satisfação com a vida no momento, maior a satisfação com a saúde hoje em comparação com a de cinco anos atrás (p = 0.012), maior a satisfação com a capacidade mental hoje em comparação com outros de mesma idade sem AVC (p = 0.021), maior a satisfação com o domínio saúde (p = 0.030), mais positivamente os domínios específicos da

vida são avaliados em referência ao hoje (p = 0.043) e hoje em comparação com outros de mesma idade não portadores de AVC (p = 0.020), maior o afeto positivo (p = 0.002) e menor o afeto negativo (p = 0.041).

b) Quanto maior a satisfação a com a vida atual em comparação com outras pessoas da mesma idade que não sofreram AVC, maior a satisfação com os domínios saúde (p = 0.013) e capacidade mental (p = 0.012), maior a satisfação com a capacidade mental (p = 0.023) em comparação com outros da mesma idade não portadores de AVC, mais positivamente os domínios são avaliados hoje em comparação com outros de mesma idade não portadores de AVC (p = 0.004), maior o afeto positivo (0.020) e menor o afeto negativo (p = 0.007).

c) Quanto maior a satisfação geral com a vida, maior a satisfação com o domínio saúde (p = 0.006), maior a satisfação com a saúde hoje em comparação com cinco anos atrás (p = 0.002) e em comparação com outros da mesma idade sem AVC (p = 0.039), mais positivamente os domínios são avaliados hoje em comparação com cinco anos atrás (p = 0.011) e em comparação com outros de mesma idade não portadores de AVC (p = 0.019), maior o afeto positivo (p = 0.037) e menor o afeto negativo (p = 0.017).

Foram calculadas correlações entre os estados de ânimo positivos e negativos e as variáveis indicadoras de satisfação geral e referenciada a domínios, por critérios temporais e de comparação social. Os resultados corroboraram os dados precedentes (ver Tabela 2). Quanto maior o afeto positivo, maior a satisfação com a saúde, capacidade mental e envolvimento social, mais positivamente os domínios são avaliados em referência ao hoje, hoje em comparação ha cinco anos atrás e hoje em comparação com outros de mesma idade não portadores de AVC e maior o ajustamento pessoal. Quanto maior o afeto negativo, maior a insatisfação com a saúde, capacidade mental e envolvimento social e mais negativamente os domínios são avaliados em referência ao hoje, hoje em comparação a cinco anos atrás e hoje em comparação com outros de mesma idade não portadores de AVC.

Tabela 2. Correlações entre as variáveis de satisfação e estados de ânimo

	ANIMO POSITIVO	ANIMO NEGATIVO
SAÚDE HOJE	r = 0.58411 p =0.0001	r = -0.45278 p =0.0008
SAÚDE COMPARADA 5 ANOS ATRÁS	r = 0.35566 p = 0.0097	
SAÚDE COMPARADA C/ OUTROS	r = 0.38091 p =0.0053	r = -0.29152 p =0.0360
CAPACIDADE MENTAL HOJE	r = 0.37836 p = 0.0057	r = -0.46086 p = 0.0006
CAPACIDADE MENTAL COMPARADA 5 ANOS ATRÁS		r = -0.39953 p =0.0033
CAPACIDADE MENTAL COMPARADA C/ OUTROS	r = 0.40281 p =0.0031	r =-0.43079 p =0.0014
ENVOLVIMENTO SOCIAL HOJE	r = 0.58787 p =0.0001	r = -0.29617 p =0.0330
ENVOLVIMENTO SOCIAL COMPARADO 5 ANOS ATRÁS	r = 0.59104 p =0.0001	
ENVOLVIMENTO SOCIAL COMPARADO C/ OUTROS	r = 0.45745 p =0.0007	r = -0.34838 p =0.0114
DOMÍNIO SAÚDE	r = 0.55656 p =0.0001	r = -0.40805 p =0.0027
DOMÍNIO CAPACIDADE MENTAL	r = 0.37842 p =0.0057	r = -0.52844 p =0.0001
DOMÍNIO ENVOLVIMENTO SOCIAL	r = 0.67911 p =0.0001	r = -0.31810 p =0.0216
REFERÊNCIA AO HOJE	r = 0.68719 p =0.0001	r = -0.53729 p =0.0001
REFERÊNCIA HA 5 ANOS ATRÁS	r = 0.47237 p =0.0004	r = -0.36737 p =0.0074
REFERÊNCIA OUTROS	r = 0.51890 p =0.0001	r = -0.47894 p =0.0003

* r=coeficiente de correlação de Spearman; p=p-valor; n=número de indivíduos (n=52).

Relações conjuntas entre as variáveis gênero, idade, tempo desde o AVC, incapacidade, suporte, ajustamento pessoal e bem-estar subjetivo

Análise de Regressão Logística

Para analisar a relação conjunta entre as variáveis do modelo operacional foram feitos sucessivas análises de regressão logística, de natureza univariada, modelo logito, para selecionar as variáveis com associações significativas que entrariam nos modelos de análise de regressão multivariada, modelo *stepwise*.

Para estudar a relação das variáveis antecedentes com a variável mediadora ajustamento pessoal, os indivíduos foram classificados pelo escore total da EDEP: foram considerados como tendo menor ajustamento psicológico os que tinham escore menor que o percentil 25 (≤3.1), e os com maior ajustamento psicológico foram os com escore acima do percentil 25 (≥3.2). Pelos resultados, verificou-se que nenhuma das variáveis antecedentes estudadas teve relação significativa com a variável mediadora ajustamento pessoal.

Para estudar as relações com a variável satisfação global com a vida, os participantes foram classificados em termos de menor satisfação com a vida hoje, os que tinham escore menor que o percentil 25 (≤6.0), e os com maior satisfação foram os com escore acima do percentil 25 (≥7.0). Os resultados indicaram que os que tinham sofrido AVC há menos de três, os com maior incapacidade auto-relatada, e os com restrição em atividades importantes de auto-definição eram os mais insatisfeitos (respectivamente 4.6 vezes, 12.0 vezes e 5.5 vezes mais risco de menor satisfação global com a vida). Ver tabela 3.

Tabela 3. Resultados da análise de regressão logística univariada para satisfação global com a vida hoje

Variável	Níveis de Comparação*	p-valor	OR**	IC 95%
Idade	60-69 anos / 50-59 anos	0.275	2.09	0.56 – 7.85
	≥70 anos / 50-59 anos	0.487	1.63	0.41 – 6.39
Sexo	Feminino / Masculino	0.930	1.05	0.34 – 3.24
Tempo de AVC	1-3 anos / ≥9 anos	**0.046**	**4.57**	1.03 – 20.35
	4-8 anos / ≥9 anos	0.286	2.03	0.55 – 7.47
Incapacidade Funcional	4-6 atividades / 0-3 atividades	0.107	6.75	0.66 – 68.78
(BOMFAQ)	≥7 atividades / 0-3 atividades	**0.027**	**12.00**	1.33 – 108.02
Necessidade de Apoio Físico	Sim / Não	0.923	1.06	0.35 – 3.18
Suporte Instrumental / Auto-Cuidado	Não / Sim	0.989	0.99	0.23 – 4.20
Suporte Instrumental / Dentro Casa	Não / Sim	0.516	0.67	0.20 – 2.24
Suporte Instrumental / Fora Casa	Não / Sim	0.974	0.98	0.33 – 2.94
Suporte Emocional	Não / Sim	0.402	1.68	0.50 – 5.61
Suporte Informativo	Não / Sim	0.809	1.29	0.17 – 9.90
Restrição em Atividades	Sim / Não	**0.041**	**5.53**	1.07 – 28.49
Bem-Estar Psicológico	Menor Bem-Estar / Maior Bem-Estar	0.904	0.93	0.27 – 3.19

* nível de comparação / nível de referência; Menor Satisfação (n=23); Maior Satisfação (n=29).

** OR=Razão de Risco para Menor Satisfação Global Hoje; IC95%=Intervalo de 95% de Confiança para OR.

Em seguida, foi feita a análise de regressão logística multivariada em relação à essa mesma variável, usando o critério *Stepwise* de seleção de variáveis. A restrição em atividades importantes ligadas à identidade pessoal apareceu como a mais relacionada com a maior insatisfação global com a vida hoje (OR = 5,53; p-valor = 0,041; IC = 1,07- 28,49).

Foi feita análise de regressão logística univariada, modelo logito, para estudar a relação das variáveis antecedentes e mediadoras com a variável critério satisfação global com a vida há cinco anos. Para tanto, os indivíduos foram classificados como: menor satisfação os que tinham escore menor que o percentil 25 (≤3.0), e os com maior satisfação foram os com escore acima do percentil 25 (≥4.0). Nenhuma das variáveis teve relação significativa com a variável critério satisfação global com a vida há cinco anos.

Foi feita análise de regressão logística univariada usando a variável critério satisfação global com a vida comparada com outros que não sofreram AVC. Para tanto, os indivíduos foram classificados como: menor satisfação os que tinham escore menor que o percentil 25 (≤4.5), e os com maior satisfação foram os com escore acima do percentil 25 (≥4.6). Pelos resultados da

análise univariada, verifica-se relação significativa apenas com suporte instrumental dentro de casa: os que relataram não ter suporte tiveram 3,9 vezes mais risco para menor satisfação (Ver tabela 4).

Tabela 4. Resultados da análise de regressão logística univariada para Satisfação Comparada com Outros

Variável	Níveis de Comparação*	p-valor	OR**	IC 95%
Idade	60-69 anos / 50-59 anos	0.167	2.80	0.65 – 12.06
	≥70 anos / 50-59 anos	0.607	0.62	0.10 – 3.91
Sexo	Feminino / Masculino	0.512	0.64	0.17 – 2.44
Tempo de AVC	4-8 anos / 1-3 anos	0.632	0.64	0.11 – 3.91
	≥9 anos / 1-3 anos	0.736	1.31	0.27 – 6.37
Incapacidade Funcional	4-6 atividades / 0-3 atividades	0.770	1.30	0.23 – 7.38
(BOMFAQ)	≥7 atividades / 0-3 atividades	0.424	0.51	0.10 – 2.68
Necessidade de Apoio Físico	Sim / Não	0.629	1.37	0.38 – 4.95
Suporte Instrumental / Auto-Cuidado	Não / Sim	0.310	3.10	0.35 – 27.48
Suporte Instrumental / Dentro Casa	Não / Sim	**0.044**	**3.89**	1.04 – 14.57
Suporte Instrumental / Fora Casa	Não / Sim	0.086	3.23	0.85 – 12.35
Suporte Emocional	Não / Sim	0.597	0.68	0.16 – 2.90
Suporte Informativo	Não / Sim	0.999	1.00	0.10 – 10.54
Restrição em Atividades	Sim / Não	0.999	1.00	0.23 – 4.44
Bem-Estar Psicológico	Menor Bem-Estar / Maior Bem-Estar	0.289	0.41	0.08 – 2.14

* nível de comparação / nível de referência; Menor Satisfação (n=13); Maior Satisfação (n=39).

** OR=Razão de Risco para Menor Satisfação Global Comparada; IC95%=Intervalo de 95% de Confiança para OR.

Usando-se todas as variáveis, foi feita analise multivariada de regressão, a qual mostrou que não ter suporte instrumental dentro de casa está associado com insatisfação global com a vida quando o indivíduo se compara com outros que não sofreram AVC (OR = 3,89; 0-valor = 0, 044 e IC = 1,04-14,57).

Na análise da variável critério satisfação com o domínio saúde, os indivíduos foram classificados como: menor satisfação os que tinham escore menor que o percentil 25 (Saude≤2.8), e os com maior satisfação foram os com escore acima do percentil 25 (Saude≥2.9). Nenhuma das variáveis antecedentes e mediadoras estudadas teve relação significativa com a variável critério satisfação com a saúde física.

Na variável critério satisfação com a capacidade mental, os indivíduos foram classificados como: menor satisfação os que tinham escore menor que o percentil 25 (≤3.0), e os com maior satisfação foram os com escore acima do percentil 25 (≥3.1). Não se observaram relações significantes.

Para a variável critério satisfação com o domínio envolvimento social, os indivíduos foram classificados como: menor satisfação os que tinham escore menor que o percentil 25 (≤2.8), e os com maior satisfação foram os com escore acima do percentil 25 (≥2.9). Os resultados da análise de regressão univariada estão na Tabela 5.

Tabela 5. Resultados da análise de regressão logística univariada para satisfação com o envolvimento social

Variável	Níveis de Comparação*	p-valor	OR**	IC 95%
Idade	60-69 anos / 50-59 anos	0.700	1.30	0.34 – 4.93
	≥70 anos / 50-59 anos	0.762	1.24	0.31 – 4.93
Sexo	Masculino / Feminino	**0.036**	**4.00**	1.09 – 14.62
Tempo de AVC	4-8 anos / 1-3 anos	0.669	1.40	0.30 – 6.53
	≥9 anos / 1-3 anos	0.736	1.29	0.30 – 5.56
Incapacidade Funcional	4-6 atividades / 0-3 atividades	0.332	2.33	0.42 – 12.91
(BOMFAQ)	≥7 atividades / 0-3 atividades	0.744	1.30	0.27 – 6.16
Necessidade de Apoio Físico	Sim / Não	0.930	0.95	0.31 – 2.93
Suporte Instrumental / Auto-Cuidado	Não / Sim	0.959	999.0[#]	0.00 – 999.0
Suporte Instrumental / Dentro Casa	Não / Sim	0.258	2.00	0.60 – 6.64
Suporte Instrumental / Fora Casa	Não / Sim	0.358	0.59	0.19 – 1.83
Suporte Emocional	Não / Sim	0.826	1.13	0.37 – 3.47
Suporte Informativo	Não / Sim	0.440	1.62	0.48 – 5.46
Restrição em Atividades	Sim / Não	0.114	0.34	0.09 – 1.29
Bem-Estar Psicológico	Menor Bem-Estar / Maior Bem-Estar	0.693	1.29	0.37 – 4.47

* nível de comparação / nível de referência; Menor Satisfação (n=20); Maior Satisfação (n=32). [#] divisão por zero.

** OR=Razão de Risco para Menor Satisfação com Envolvimento Social; IC95%=Intervalo de 95% de Confiança para OR.

Da análise de regressão logística multivariada resultou que pertencer ao gênero masculino teve associação significativa com insatisfação com o envolvimento social (OR = 4,00; p-valor = 0,036 e IC = 1,09-14,62).

Para efeito da análise de regressão em relação a ânimo positivo e negativo, ânimo negativo correspondeu a escores menores que zero, e ânimo positivo correspondeu a escore zero ou

positivo. Não foram observadas associações estatisticamente significantes entre essa variável e as demais.

Análise de Regressão Linear

Adicionalmente, foram feitas análises de regressão linear, usando o critério *stepwise* de seleção de variáveis, para avaliar a natureza da variação conjunta de todas as variáveis do modelo operacional. A lógica foi, novamente, de realizar análises univariadas e depois multivariadas.

A Tabela 6 apresenta os resultados da análise de regressão linear múltipla para as variáveis antecedentes em relação a ajustamento psicológico (escore total da EDEP). Verificou-se relação significativa entre ter 70 anos ou mais com o ajustamento psicológico, com redução de 0.40 ponto no escore total da EDEP para o grupo com 70 ou mais anos de idade em relação aos com 50 a 59 anos. Ver figura 11.

Tabela 6 . Resultados da análise de regressão linear multivariada para ajustamento pessoal

Variáveis Selecionadas	Categorias	p-valor	R^2 (%)	Estimativa (E.P.)*
	50-59 anos	---		3.73 (0.12)
Idade (faixas)	60-69 anos	0.903	10.26	-0.02 (0.18)
	≥70 anos	**0.035**		-0.40 (0.18)

*R^2=coeficiente de determinação parcial; E.P.=Erro Padrão; Estimativa = valores do intercepto (1º valor) e do coeficiente angular (2º valor) na reta de regressão. Variável Dependente: Escore Total da EDEP. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R^2 Total=10.26%

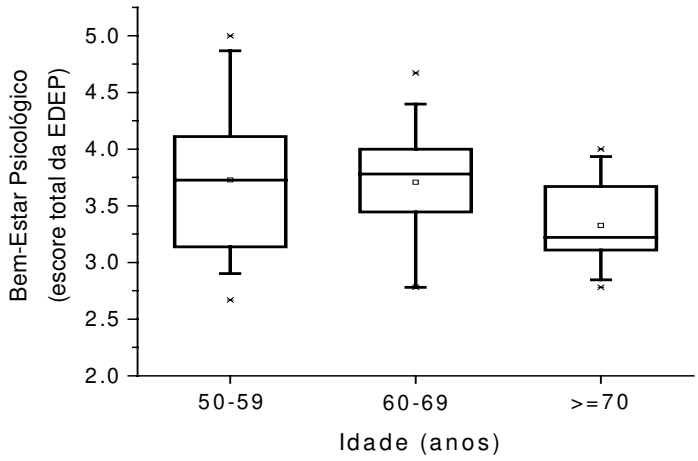


Figura 11. Resultado da regressão linear para ajustamento pessoal

A tabela 7, a seguir, apresenta os resultados da análise de regressão linear multivariada, para estudar a relação das variáveis antecedentes e mediadora com a variável critério Satisfação Global com a Vida Hoje. Verificou-se relações entre satisfação global com a vida hoje e as variáveis restrição em atividades (os com restrição com escore de satisfação 1.42 ponto menor que os sem restrição), e tempo de AVC (os com 4 a 8 anos de AVC e os com 9 ou mais anos de AVC com escore de satisfação 1.47 e 1.47 ponto maior que os com 1 a 3 anos de AVC). As Figura 12 e 13 apresentam esses dados.

Tabela 7. Análise de regressão linear multivariada para satisfação global hoje.

Variáveis Selecionadas	Categorias	p-valor	R^2 (%)	Estimativa (E.P.)*
Restrição em Atividades	Não	---	8.69	6.73 (0.71)
	Sim	**0.025**		-1.42 (0.61)
Tempo de AVC	1-3 anos	---	9.79	---
	4-8 anos	**0.041**		1.47 (0.70)
	≥9 anos	**0.032**		1.47 (0.66)

*R^2=coeficiente de determinação parcial; E.P.=Erro Padrão; Estimativa = valores do intercepto (1º valor) e do coeficiente angular (2º valor) na reta de regressão. Variável Dependente: Escore de Satisfação Global com a Vida Hoje. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R^2 Total=18.48%. (n=52).

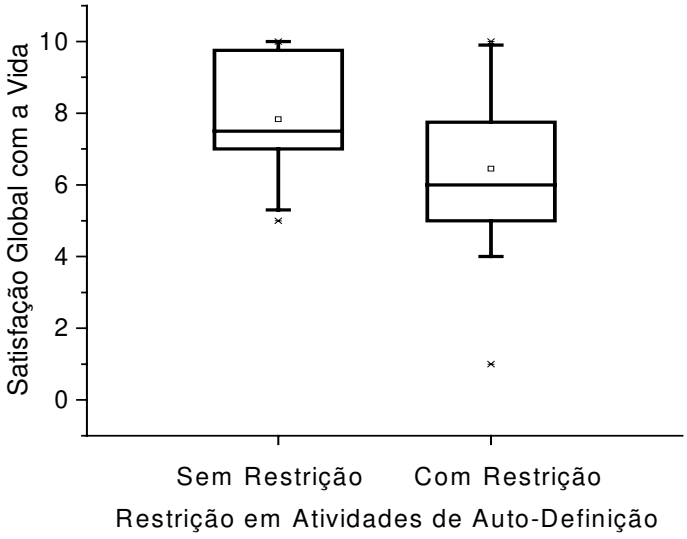


Figura 12. Resultado da regressão linear para a relação entre satisfação global e restrição em atividades de auto-definição

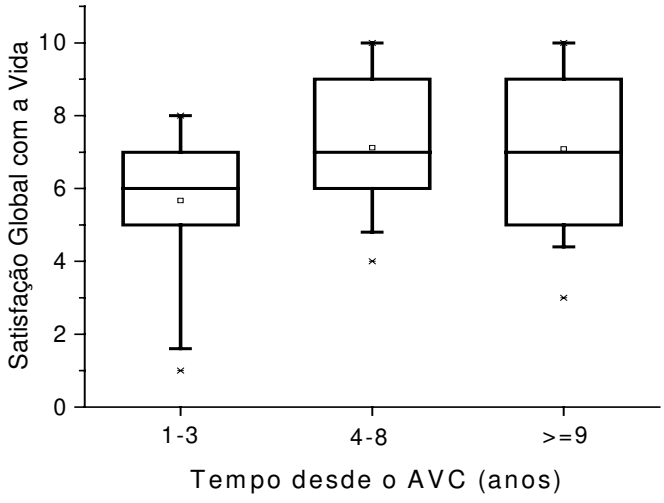


Figura 13. Resultado da regressão linear para a relação entre satisfação global e tempo de AVC

A tabela 8, apresenta os resultados da análise de regressão linear multivariada, para estudar a relação das variáveis antecedentes e mediadora com a variável critério Satisfação Global com a Vida Há 5 Anos.Verificou-se relação significativa apenas do tempo desde o AVC com o escore de satisfação global com a vida há 5 anos: os com 4 a 8 anos de AVC e os com 9 ou mais anos de AVC com escore de satisfação 3.26 e 2.67 pontos menor que os com 1 a 3 anos de AVC.

Tabela 8. Análise de regressão linear multivariada para Satisfação Global Há 5 anos.

Variáveis Selecionadas	Categorias	p-valor	R^2 (%)	Estimativa (E.P.)*
Tempo de AVC	1-3 anos	---	16.62	8.50 (0.84)
	4-8 anos	**0.005**		-3.26 (1.10)
	≥9 anos	**0.013**		-2.67 (1.03)

*R^2=coeficiente de determinação parcial; E.P.=Erro Padrão; Estimativa = valores do intercepto (1º valor) e do coeficiente angular (2º valor) na reta de regressão. Variável Dependente: Escore de Satisfação Global com a Vida Há 5 Anos. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R^2 Total=16.62%. (n=52).

A mesma análise anterior foi refeita, agora usando a variável critério Satisfação Global com a Vida comparada com Outros. Não se observaram relações entre as variáveis de interesse e satisfação comparada com a de outros que não sofreram AVC.

Em relação à satisfação com a saúde e capacidade física, foi observada na análise multivariada, que ocorreram relações entre essa variável, e as variáveis ajustamento pessoal e contar com ajuda instrumental em atividades de auto-cuidado. Houve aumento de 0,56 no escore de satisfação para cada ponto no escore de ajustamento psicológico; os que tinham apoio instrumental em atividades de auto-cuidado tiveram escore de satisfação 0.59 ponto maior que os que não tinham (Ver Tabela 9). As Figuras 14 e 15 ilustram essas relações.

Tabela 9. Análise de regressão linear multivariada para satisfação com a saúde

Variáveis Selecionadas	Categorias	p-valor	R^2 (%)	Estimativa (E.P.)*
Bem-Estar Psicológico	variável contínua	**0.004**	17.76	1.17 (0.67) 0.56 (0.18)
Suporte Instrumental / Auto-Cuidado	Não	---	7.34	---
	Sim	**0.033**		0.59 (0.27)

*R^2=coeficiente de determinação parcial; E.P.=Erro Padrão; Estimativa = valores do intercepto (1º valor) e do coeficiente angular (2º valor) na reta de regressão. Variável Dependente: Escore de Satisfação com Saúde Física. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R^2 Total=25.10%. (n=52).

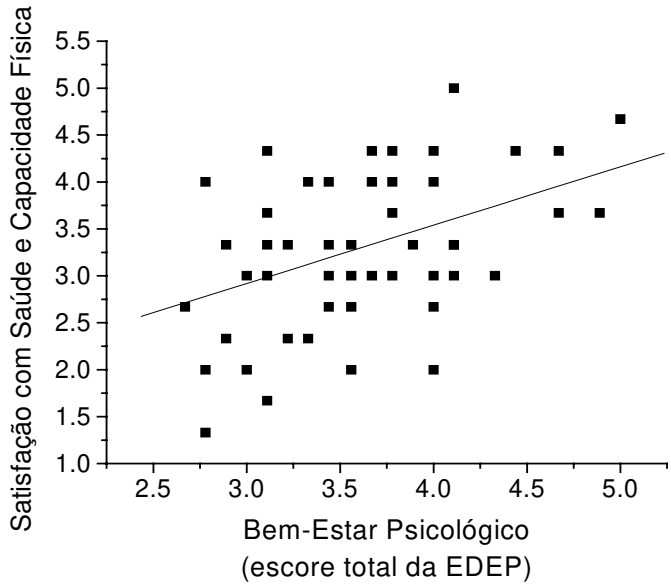


Figura 14. Resultado da regressão linear para a relação entre satisfação com a saúde e ajustamento pessoal

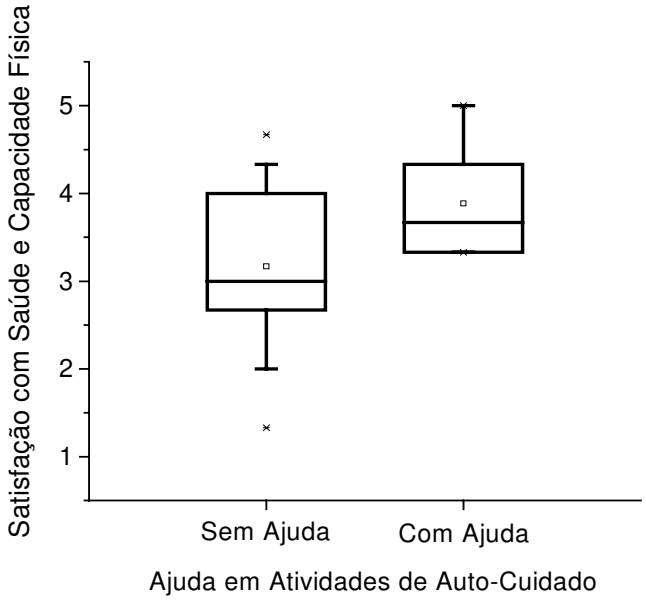


Figura 15. Resultado da regressão linear para a relação entre satisfação com a saúde e suporte em atividades de auto-cuidado

Os resultados para a variável Satisfação com a Capacidade Mental, aparecem na Tabela 10.

Tabela 10. Análise de regressão linear multivariada para Satisfação com a Capacidade Mental

Variáveis Selecionadas	Categorias	p-valor	R^2 (%)	Estimativa (E.P.)*
Bem-Estar Psicológico	variável contínua	**<0.001**	23.34	0.68 (0.78) 0.81 (0.21)
Idade (faixas)	50-59 anos	---	7.80	---
	60-69 anos	**0.027**		-0.59 (0.26)
	≥70 anos	0.569		-0.16 (0.28)

*R^2=coeficiente de determinação parcial; E.P.=Erro Padrão; Estimativa = valores do intercepto (1º valor) e do coeficiente angular (2º valor) na reta de regressão. Variável Dependente: Escore de Satisfação com Capacidade Mental. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R^2 Total=31.14%. (n=52).

Pelos resultados, foram relacionadas significativa e conjuntamente com o escore de satisfação com a capacidade mental as variáveis ajustamento pessoal (aumento do escore de satisfação em

0.81 ponto a cada 1 ponto no escore de ajustamento psicológico), e idade (os com 60 a 69 anos de idade com escore de satisfação 0.59 ponto menor que os com 50 a 59 anos). Ver Figuras 16 e 17.

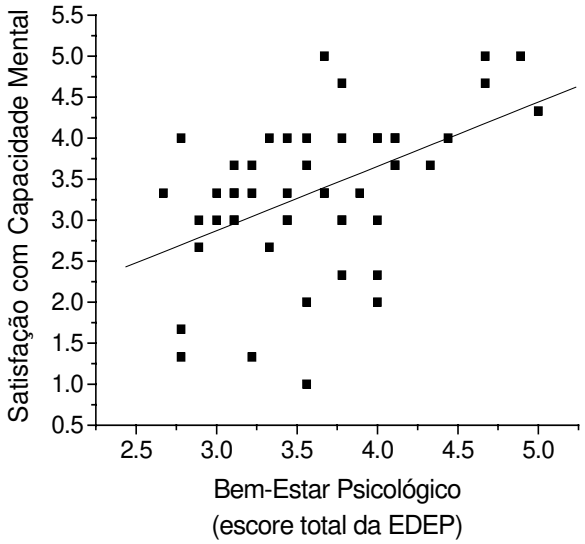


Figura 16. Resultado da regressão linear para a relação entre satisfação com a capacidade mental e ajustamento pessoal

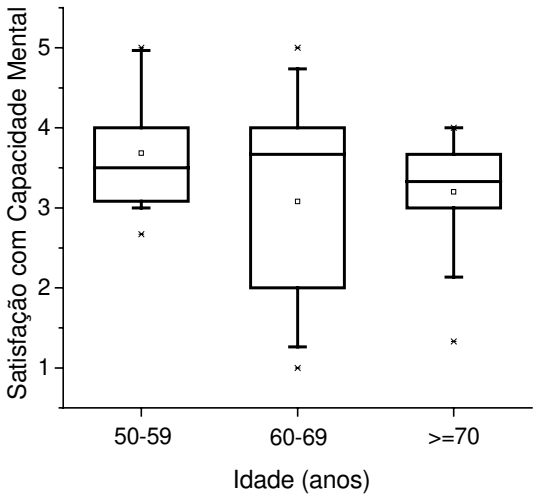


Figura 17. Resultado da regressão linear para a relação entre satisfação com a capacidade mental e idade

Para a variável envolvimento social, a análise de regressão logística multivariada mostrou relação significativa apenas do sexo com o escore de satisfação com o envolvimento social: as mulheres com escore de satisfação 0.71 ponto maior que os homens. Ver tabela 11 e Figura 18.

Tabela 11. Análise de regressão linear multivariada para satisfação com o envolvimento social

Variáveis Selecionadas	Categorias	p-valor	R^2 (%)	Estimativa (E.P.)*
Sexo	Masculino	---	14.58	3.29 (0.15)
	Feminino	**0.005**		0.71 (0.24)

*R^2=coeficiente de determinação parcial; E.P.=Erro Padrão; Estimativa = valores do intercepto (1º valor) e do coeficiente angular (2º valor) na reta de regressão. Variável Dependente: Escore de Satisfação com Envolvimento Social. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R^2 Total=14.58%. (n=52).

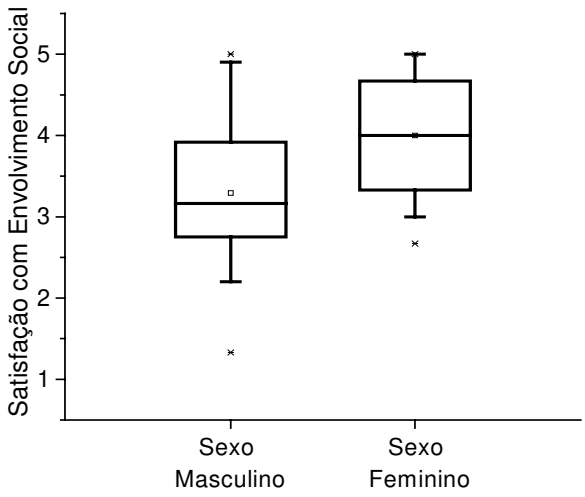


Figura 18. Resultado da regressão linear para satisfação com o envolvimento social

A análise de regressão multivariada relativa a afetos positivos e negativos mostrou relação significativa entre ajustamento pessoal e escore total de ânimo: aumento do escore de ânimo em 0.81 ponto (indicando mais ânimo positivo) a cada 1 ponto no escore de ajustamento psicológico. A Figura 19 ilustra essa relação, assim como a Tabela 12.

Tabela 12. Análise de regressão linear multivariada para escore de ânimo

Variáveis Selecionadas	Categorias	p-valor	R^2 (%)	Estimativa (E.P.)*
Bem-Estar Psicológico	variável contínua	**0.022**	10.01	-2.07 (1.25) 0.81 (0.34)

*R^2=coeficiente de determinação parcial; E.P.=Erro Padrão; Estimativa = valores do intercepto (1º valor) e do coeficiente angular (2º valor) na reta de regressão. Variável Dependente: Escore de Equilíbrio de Ânimo. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R^2 Total=10.01%. (n=52).

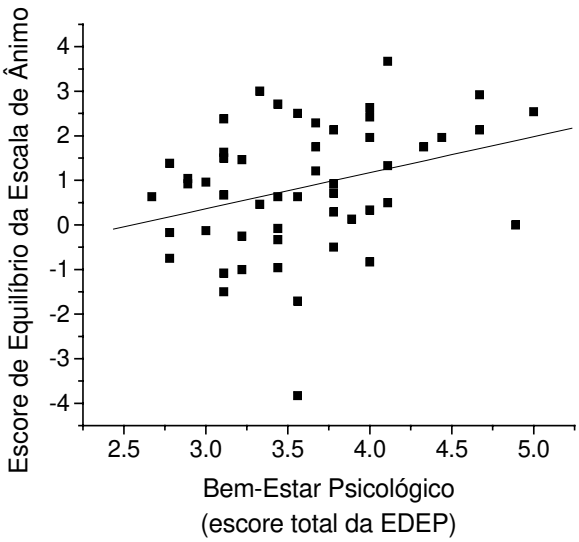


Figura 19. Resultado da regressão linear para o escore de ânimo

Resumo dos resultados

Representações gráficas das relações encontradas entre satisfação, ânimo positivo e negativo e ajustamento pessoal

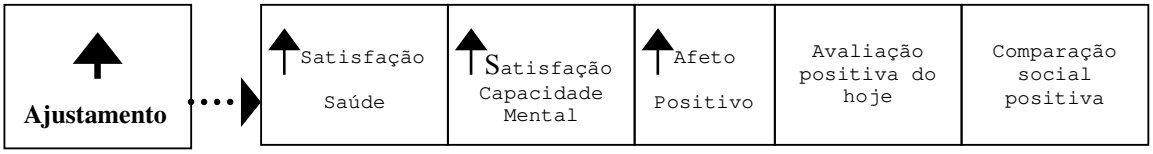


Figura 20. Relações com o ajustamento pessoal

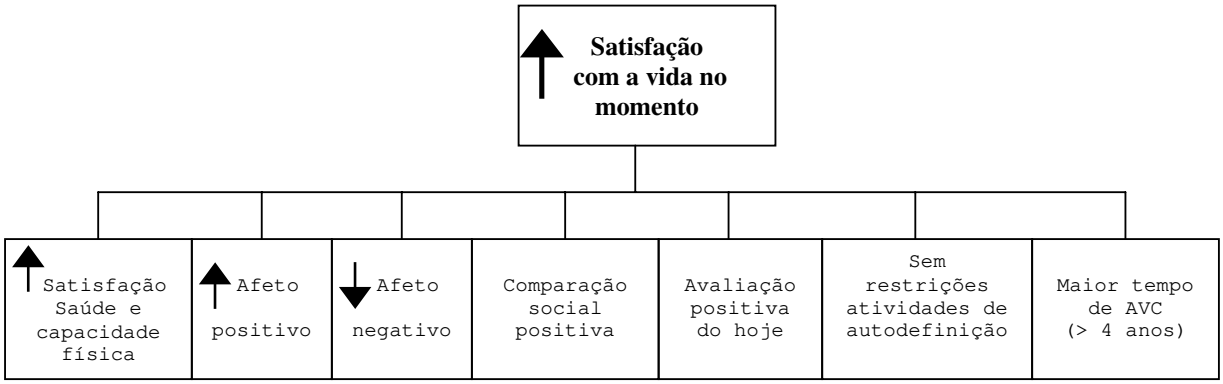


Figura 21. Relações com satisfação com a vida atual

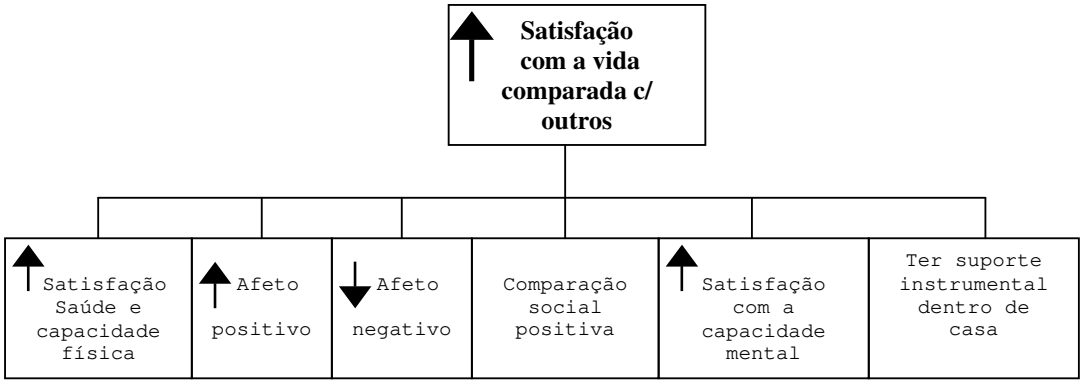


Figura 22. Relações com satisfação com a vida comparada com outros sem AVC

Figura 23. Relações com a satisfação com a vida em geral

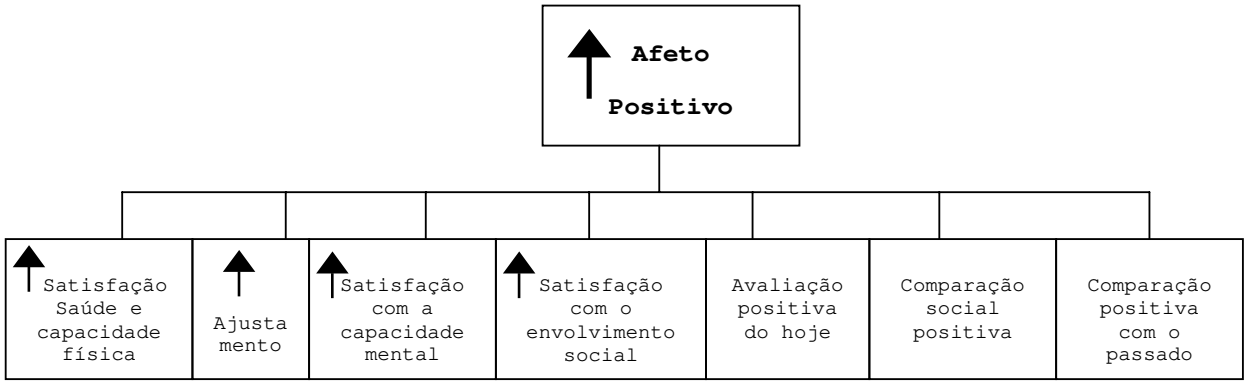


Figura 24. Relações com afetos positivos

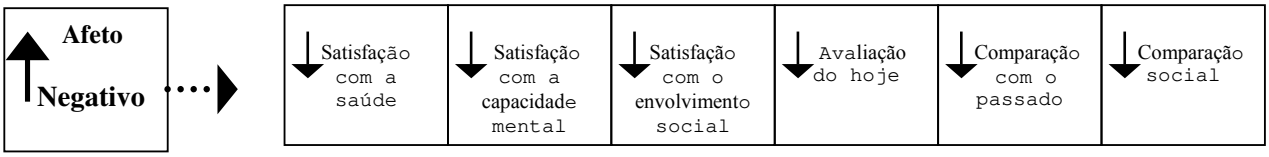


Figura 25. Relações com afetos negativos

Principais preditores de baixo bem-estar subjetivo entre pessoas acometidas por AVC

1º. Ter restrições em atividades importantes ligadas à identidade pessoal

2º. Ter sofrido AVC ha menos de 3 anos

3º. Não contar com suporte para realizar atividades básicas e instrumentais de vida diária

4º. Maior necessidade de ajuda em atividades de vida diária

5º. Baixo escore de ajustamento psicológico

6º. Alto escore de afeto negativo

7º. Baixo escore de afeto positivo

8º. Comparação social desfavorável da própria satisfação com a vida em relação a outros de mesma idade não afetados por AVC

9º. Comparação desfavorável da vida atual em comparação com a vida há cinco anos

10º. Avaliação negativa da própria vida no momento

DISCUSSÃO

O ajustamento pessoal e o bem-estar subjetivo são indicadores de adaptação e de manejo bem sucedido dos eventos de vida. O estudo das variáveis que podem interferir positiva ou negativamente no funcionamento ou no estado final destes dois indicadores é de interesse crescente dentro da Gerontologia e da Psicologia. Encontra-se na literatura pertinente ao assunto, que as incapacidades residuais do Acidente Vascular Cerebral podem afetar significativamente o bem-estar de adultos e idosos. O funcionamento psicossocial, o estado de humor, a auto-estima, o senso de controle, o senso de sentido para a própria vida, o senso de autonomia e de auto aperfeiçoamento podem ser afetados pelas perdas de instrumentalidade, com efeitos negativos sobre a adaptação. A compreensão dos processos pelos quais os indivíduos mantêm ou perdem o senso positivo de ajustamento psicológico e de bem-estar frente a uma condição incapacitante é fundamental, já que cada vez mais aumenta a taxa de incapacidades físicas e/ou mentais entre os idosos brasileiros.

A saúde e a funcionalidade física na velhice são uma preocupação central no campo do envelhecimento uma vez que são muitas as dificuldades cotidianas acarretadas pela incapacidade funcional decorrente de problemas de saúde, tanto para os idosos quanto para suas famílias. Estar incapacitado pode significar restrição no desempenho de atividades normais da vida diária e amplificação do impacto de doenças e acidentes. Refere-se a limitações específicas no desempenho de papéis socialmente definidos como profissionais, não ocupacionais e de lazer. A incapacidade exerce grande influência sobre o bem-estar individual, sobre a necessidade de assistência formal e informal e sobre os cuidados de longa permanência (Jette, 1996; Lamb, 1996). Em geral, os acometidos pelo AVC têm que enfrentar o desconforto e a incapacidade, seguir o tratamento regularmente, modificar comportamentos para minimizar as conseqüências indesejáveis, ajustar sua vida social e laboral às suas limitações funcionais e lidar com as conseqüências emocionais.

Para entender porque a pessoa se torna incapacitada é preciso considerar não apenas os fatores ligados à saúde física e funcional, mas também os fatores extra-individuais (como os cuidados médicos, a reabilitação e o ambiente físico e social), os fatores de risco (como as características sócio-demográficas e os estilos de vida) e os fatores intra-individuais (como os atributos psicológicos e sociais). Por isso, é levado em conta como o indivíduo avalia a situação da incapacidade e reage a ela e como os outros avaliam a situação da incapacidade e colocam expectativas sobre o afetado (Jette, 1996). Segundo Jang et al (2002), estudos recentes mostram o papel substancial dos fatores psicossociais no desenvolvimento do processo de incapacidade e da interação com ela. Os fatores psicológicos refletem a percepção subjetiva do indivíduo e sua avaliação da situação, são importantes na adaptação à incapacidade, funcionam como recursos de enfrentamento, atenuando a adversidade de situações estressantes, e auxiliam no manejo do ambiente social e físico. Os recursos psicológicos que o indivíduo dispõe são um caminho na determinação das implicações da incapacidade funcional na vida das pessoas afetadas.

Segundo Davies (1996), ficar incapacitado desempenha papel negativo sobre o estado de humor do indivíduo e sobre o seu subseqüente ajustamento psicológico e exerce efeitos sobre o bem-estar subjetivo. Apesar das evidências encontradas nas pesquisas e das variadas argumentações teóricas que indicam uma relação negativa entre incapacidade e bem-estar subjetivo e ajustamento psicológico na velhice, ainda é uma questão em aberto a extensão das limitações e do impacto que estas mudanças na saúde e nas condições de vida trazem para o bem-estar. Para Clarke (2003), os processos psicológicos de adaptação são importantes na redução dos efeitos adversos das incapacidades funcionais sobre o bem-estar na idade avançada. Muitos indivíduos parecem ser capazes de se adaptar às suas incapacidades com vistas a manter algum senso de satisfação e bem-estar após o AVC. A aparente contradição existente entre condições incapacitantes e bem-estar subjetivo pode ser mais bem compreendida por meio de pesquisas sobre os fatores objetivos e subjetivos envolvidos na experiência do AVC, sobre a geração de alternativas válidas ao bem-estar adultos e idosos com limitações funcionais e sobre a identificação das condições que permitem envelhecer com senso positivo de bem-estar, mesmo diante de incapacidades.

Esta pesquisa procurou contribuir para o esclarecimento das relações entre as restrições e incapacidades geradas pelo AVC, o senso de ajustamento pessoal e o bem-estar subjetivo em adultos e idosos afetados pelo AVC especialmente tendo em vista a escassez deste tipo de investigação no contexto brasileiro, como já foi explorado na introdução. Acredita-se que um dos aspectos mais importantes no entendimento do impacto que uma condição altamente incapacitante têm sobre a vida de uma pessoa é avaliar através de sua própria perspectiva em que medida seu bem-estar e qualidade de vida foram afetados.

Observou-se que a maioria dos participantes desta pesquisa havia sofrido AVC há mais de quatro anos, participava do grupo de reabilitação há mais de dois anos e relataram ter dificuldades em mais de sete atividades de vida diária. A maior parte relatou que não precisou de apoio físico logo após o episódio e que não contavam com suporte para atividades de auto-cuidado. Verificou-se que a incapacidade em atividades de auto-cuidado pareceu ser mais determinante da satisfação com a saúde física do que da satisfação com a vida como um todo. A avaliação dos participantes quanto à satisfação com a própria saúde e capacidade física mostrou-se moderada.

Apesar da necessidade de ajuda em muitas atividades de vida diária, a maior parte dos participantes não sofria de limitações funcionais graves já que não precisaram de apoios físicos após o evento e que conviviam com o AVC há vários anos sem reincidências. Supõe-se que os relatos sobre a falta de suporte nas atividades de auto-cuidado tenham sido relacionados à menor incapacidade para estas atividades e portanto à menor necessidade de ajuda. Podem estar relacionados também ao fato de a maioria dos entrevistados serem homens, e sendo assim, provavelmente não encarregados de tarefas domésticas dentro e fora de casa. Como estas atividades instrumentais sempre ficaram sob a responsabilidade de uma companheira ou de outros familiares, os entrevistados relataram ter suporte nestas atividades. Entende-se que relataram não ter apoios para atividades relativas ao auto-cuidado porque sempre estiveram a cargo dos próprios participantes. Mesmo ocorrendo necessidade de ajuda nestas atividades de auto-cuidado, a maior parte disse que não contavam com suporte porque não precisavam. As limitações funcionais trazem à tona a questão da fragilidade e a relação de dependência é mais conflituosa para o homem do que para a mulher por questões relativas aos papéis sociais, ao que é esperado em um ambiente sociocultural específico e de como homens e mulheres estabelecem

relacionamentos interpessoais (Baltes; Silverberg, 1995). Além disso, segundo Baltes (1996), a incapacidade funcional e cognitiva e uma possível dependência subseqüente são temidas pelos adultos porque os segregam de outros grupos, fazem com que sejam tidos como incompetentes em comparação com as normas sociais. A dependência e sua aceitação é um desafio para qualquer adulto que construiu sua vida em um papel ativo e produtivo.

O que parece ter afetado significativamente a vida dos adultos e idosos estudados nesta pesquisa foram as restrições em atividades importantes à afirmação da identidade pessoal, especialmente aquelas relativas ao trabalho e às atividades de lazer. Um exemplo interessante é o de um dos sujeitos que era conhecido como hábil desenhista. Ele sempre se orgulhou desta habilidade, era uma característica de reconhecimento e admiração pelos outros além de estar intimamente relacionado ao modo como se via e se identificava. Quando sofreu AVC, ficou com limitações no lado em que desenhava, o que gerou para ele grande frustração. O caso deste senhor indica que as seqüelas são realmente limitantes quando restringem a expressão daquilo que sempre foi fonte de auto-definição, reconhecimento e satisfação pessoal. Para Freund, Li e Baltes (1998), devido às perdas em vários domínios do funcionamento associados à boa saúde, a manutenção da auto-definição pode ficar particularmente em risco pela dificuldade no engajamento em atividades que são importantes para o senso de identidade. Ou seja, as incapacidades decorrentes do AVC podem impedir o engajamento em atividades de auto-definição, restringindo o senso de *self* e resultando em decréscimo do bem-estar subjetivo e do ajustamento psicológico.

De acordo com Coleman (1996), a crise decorrente de uma incapacidade que emerge inesperadamente, além de gerar fortes demandas de mudança, traz dificuldades ao ajustamento porque acarreta interrupção na continuidade do estilo de vida, torna necessária a utilização de mais métodos de enfrentamento e de mais esforços para manter o senso de controle, faz com que mude a referência grupal e torna mais difícil identificar *selves* possíveis, isto é, outras maneiras de expressão da identidade pessoal. Segundo Smith e Freund (2002), os *selves* possíveis são imagens que contém informações sobre nós mesmos e guiam as decisões sobre quais metas trabalhar, onde gastar tempo e esforço e o que evitar, resistir ou abandonar. Os indivíduos ajustam seus *selves* possíveis em resposta às mudanças nas circunstâncias de vida, na tentativa de manter seu bem-estar. Para Atcheley (1999), o desenvolvimento da incapacidade pode ter efeitos

negativos sobre as várias dimensões do *self,* uma vez que introduz constrangimentos físicos e no estilo de vida, influencia negativamente a percepção individual de agência, reduz o senso de resiliência emocional e acarreta a necessidade de abandono de algumas metas pessoais. Em resumo, os indivíduos incapacitados usualmente têm que redefinir o significado de competência e autoconfiança.

A literatura confirma esses dados. Segundo Ellis-Hill, Payne e Ward (2000), o AVC acarreta uma mudança fundamental nas vidas e identidades dos afetados, como se os seus corpos estivessem separados deles mesmos, não-inclusos em sua personalidade. Estes dados dizem respeito à dificuldade de ajustamento a um corpo mais disfuncional, diferente daquele a partir do qual construíram seu modo de ser. Em estudo objetivando explorar como adultos abaixo de 65 anos relatam sua experiência de ter sofrido AVC, três meses após o episódio, Bendz (2000) encontrou que estas pessoas acreditavam estarem passando por um período de transição, mudança e desenvolvimento. O principal impacto do AVC e o maior motivo de frustração relatados referiram-se às disfunções corporais e à preocupação em restabelecer a identidade e a posição social anterior.

As restrições em atividades de auto-definição apareceram como relacionadas com menor satisfação com a vida no momento. No entanto, a maioria dos participantes relatou que estavam relativamente satisfeitos com sua vida atual, o que pode ser interpretado como capacidade de superação e de ajustamento às limitações e às mudanças em sua vida. Segundo Staudinger, Marsiske e Baltes (1995), diante de perdas, o *self* apresenta potencial para manter ou recuperar os níveis de adaptação normal e apresenta recursos latentes que podem ser ativados frente aos desafios e exigências.

Os indivíduos mais velhos têm capacidade de enfrentar positivamente a fragilidade. Segundo Neri (2001), perdas na funcionalidade não são necessariamente um impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional. Como qualquer ser humano, o idoso consegue ativar mecanismos compensatórios para lidar com essas perdas. Atcheley (1999) relatou que observou idosos que desenvolveram incapacidades e que, mesmo assim, mostraram continuidade no senso de agência, na resiliência emocional e nas metas pessoais. Segundo o

autor, o desejo interno por continuidade excede as pressões externas e situacionais por mudanças, pelo menos em relação a estes elementos do *self* e, na ausência de graves limitações e incapacidades os idosos conseguem manter a continuidade dos vários domínios do *self*.

Como se sabe, a velhice não representa uma realidade única para todos os idosos. A idade e o gênero, combinados com o estilo de vida precedente e com doenças e incapacidades, podem acarretar diferentes condições de sobrevivência, resiliência e bem-estar. Assim, embora de modo geral os idosos preservem capacidade para lidar com perdas e eventos estressantes, os esforços compensatórios podem ser restringidos frente a limitações de recursos internos e externos típicas da velhice avançada. Nessa fase, existem menos oportunidades e menos recursos internos disponíveis e ocorre tendência a piores desempenhos em situações altamente desafiadoras e complexas. Na amostra deste trabalho, o grupo mais velho (70 anos e +) apresentou escore mais baixo de ajustamento psicológico do que o grupo mais jovem (50-59 anos), o que nos leva a concordar com Rothermund e Brandtstädter (2003), segundo os quais, com o avançar da idade, os esforços compensatórios mais cedo ou mais tarde chegam ao seu limite. Acima dos 70 anos, o decréscimo nesses esforços compensatórios está associado à diminuição da disponibilidade e da eficiência dos recursos para a ação.

No entanto, o grupo mais velho não se diferenciou dos mais jovens quanto a relatos de bem-estar subjetivo, confirmando o que foi dito anteriormente e o que é encontrado na literatura. Mesmo sob condições incapacitantes, os idosos parecem ser capazes de se adaptar às suas incapacidades com vistas a manter um senso positivo de bem-estar após o AVC. Pode-se dizer que o bem-estar na velhice não significa ausência de problemas em todas as dimensões da capacidade funcional, mas o equilíbrio entre as dimensões. Muitos idosos são portadores de doenças crônicas e, estando com elas sob controle, nem todos ficam limitados, podendo levar uma vida normal e com satisfação. O que está em jogo na velhice não é a presença ou ausência de doenças, mas a capacidade do idoso de gerir sua própria vida e de procurar estar integrado socialmente. Assim, certamente será considerado uma pessoa saudável mesmo que com alguma dependência. Apesar do menor ajustamento, provavelmente relacionado à diminuição da disponibilidade e da eficiência dos recursos para a ação, mostrar senso positivo de bem-estar subjetivo em níveis equivalentes aos das pessoas mais jovens pode estar relacionado a níveis mais baixos de aspiração e à capacidade de ajustar os objetivos pessoais às competências e aos recursos

disponíveis. Dessa maneira, há razão para ser otimista em relação à flexibilidade e à habilidade das pessoas de se adaptarem e alcançarem níveis positivos de satisfação com a vida enquanto envelhecem, mesmo em condições consideradas como indesejáveis.

As fontes mais citadas de suporte social foram a família e os profissionais ligados aos grupos de reabilitação. O suporte social ajuda os indivíduos a enfrentar e a recuperar-se das perdas e a lidar com as demandas das doenças e das perdas físicas, sociais e psicológicas. Pessoas com rede social mais ampla têm mais ajuda em tempos de doenças. As pessoas que percebem ter mais suporte enfrentam melhor as enfermidades, o estresse e outras experiências difíceis da vida (Antonucci, 2001). Para Handen (1991), o suporte social aumenta a auto-estima e o sentimento de domínio sobre o próprio ambiente, funciona como recurso de enfrentamento (*coping)*, ameniza o impacto das doenças e provavelmente modera o efeito de situações de crise.

O papel positivo do suporte social aparece em muitas pesquisas, como algo que ajuda os indivíduos a enfrentarem e a se recuperarem das demandas da vida. De acordo com Clarke (2003), para os sobreviventes de AVC o suporte social é importante para o senso positivo de ajustamento psicológico. Aqueles com uma ampla rede de suporte social tendem a perceber mais oportunidades de crescimento pessoal. Os satisfeitos com seu suporte tendem a ter escores mais altos em relações positivas com outros, em auto-aceitação e em domínio sobre o ambiente, os quais ajudam a adaptação à incapacidade.

Segundo Antonucci (2001), o suporte social estimula o senso de controle e o senso de auto-eficácia. Os membros da rede social são capazes de promover no indivíduo a crença de competência e de capacidade de controlar seu ambiente e ser bem-sucedido. Os eventos de vida podem ser estressantes porque exigem ajustamento da parte do indivíduo e também porque restringem fontes importantes de suporte, com grande impacto sobre o bem-estar subjetivo e o ajustamento pessoal. Para Clarke (2003), o suporte social ajuda nas estratégias de adaptação às incapacidades, melhorando o senso de domínio sobre o ambiente.

Nesta pesquisa, os sujeitos que sofreram AVC há mais de quatro anos relataram ter mais suporte informativo e freqüentavam o grupo há mais tempo. O grupo de reabilitação parece exercer papel

importante no fornecimento de informações, conselhos ou direcionamento, além de ser um espaço de afirmação de similaridades ou pontos de vista (principalmente entre aqueles com maior incapacidade funcional que relataram maior suporte informativo); no fornecimento de suporte emocional. Para Clarke (2003), os processos psicológicos de adaptação e os recursos sociais exemplificados por programas de reabilitação e de cuidados em domicílio são importantes para a redução dos efeitos adversos das incapacidades funcionais sobre o bem-estar na idade avançada. Os grupos multidisciplinares de reabilitação para adultos e idosos afetados pelo AVC, além de proporcionarem novas aprendizagens, são importantes recursos para manter a funcionalidade física, a flexibilidade, a adaptação às incapacidades, as trocas sociais, a possibilidade de crescimento pessoal e a promoção e a manutenção do bem-estar. O compartilhar de atividades com pessoas com condições similares possibilita a catarse e a emergência de significados comuns e oferece suporte nas situações estressantes (Deps, 1999). É natural a necessidade interna de filiar-se a um grupo de pessoas que sejam iguais e que garantam suporte instrumental e afetivo, sob a forma de aceitação, respeito e apoio nas horas de dificuldade e de alegria (Neri e Cachioni, 1999). Também, os grupos são ambientes propícios para a emergência de experiências agradáveis, influenciando positivamente o bem-estar subjetivo dos participantes.

Nesta amostra, as mulheres pareceram ter algumas vantagens sobre os homens no período pós-AVC, embora grande parte delas viva sem um companheiro. Elas disseram contar com mais suporte afetivo, estão mais satisfeitas com o envolvimento social e contam com mais suporte em atividades de auto-cuidado (um dos indicadores de maior satisfação com a saúde e a capacidade física). Além disso, elas tenderam a avaliar o seu envolvimento social em comparação com outros que não sofreram AVC de forma mais positiva do que os homens. Talvez isso se deva a uma habilidade superior de acionar suporte social e quem sabe à maior capacidade de reconhecer a própria dependência, ambas fruto de influências culturais associadas a gênero. Nesse sentido, Handen (1991) reconhece que as mulheres têm redes sociais mais amplas e multifacetadas, têm mais habilidades interpessoais e fazem melhor uso de instituições sociais. Estes fatores são importantes para o fortalecimento e para a expansão das redes sociais no envelhecimento. Segundo Antonucci (1994), nas relações sociais as mulheres ficam mais estressadas em situações em que os benefícios ou recompensas são maiores do que o esperado (receber mais do que dar). enquanto que os homens ficam mais estressados nas situações em que dão mais do que recebem.

Nos casos em que o homem precisa de assistência e de cuidados devido às suas limitações físicas, tal relação assimétrica pode parecer mais desafiadora para eles, contribuindo para a menor satisfação com o próprio envolvimento social.

O bem-estar subjetivo é o resultado final da avaliação que o indivíduo faz sobre o conjunto e a dinâmica das relações dos domínios de sua vida, incluindo a competência comportamental no cotidiano. A análise do bem-estar subjetivo indicou que os participantes mostraram-se moderadamente satisfeitos com a vida como um todo. A avaliação do momento atual foi mais positiva do que ha cinco anos e do que em comparação com os outros. A satisfação com os domínios saúde, capacidade mental e envolvimento social foi relativamente boa e parece ter ocorrido percepção de melhora nos últimos cinco anos, especialmente quanto à saúde. Considerando que a maioria dos entrevistados sofreu AVC há mais de quatro anos, isto pode ser um indicativo de ajustamento à sua nova condição e de uma perspectiva de melhora na qualidade de vida. Esta percepção de melhora aparece na avaliação mais positiva que fazem da vida atual em relação aos últimos anos. A maior satisfação com a saúde esteve relacionada a maior satisfação com a vida atual, ao maior ajustamento pessoal e à percepção de suporte instrumental ao auto-cuidado. A maior satisfação com a capacidade mental esteve relacionada com maior ajustamento pessoal e com ser mais jovem. Além da avaliação moderada da satisfação geral com a vida, houve preponderância de afetos positivos. Segundo a literatura, isto seria suficiente para uma avaliação positiva do bem-estar subjetivo. Verificou-se também bom senso de ajustamento psicológico global e por domínios. Este dado corrobora o que é encontrado na literatura sobre o efeito de curto prazo dos eventos de vida e da tendência das pessoas a voltarem a um estado habitual estável e em geral positivo. Embora seja difícil a adaptação a determinadas circunstâncias, os efeitos adversos dos eventos críticos podem não ser permanentes sobre o BES.

Em geral, quando os participantes se compararam com outras pessoas da mesma idade e que não haviam sofrido AVC, a satisfação apresentava-se moderada porém mais baixa do que a avaliação da satisfação no momento ou em comparação com um passado recente. Segundo Diener e Fujita (1995), a comparação social tem impacto no bem-estar, e quando as pessoas comparam de modo favorável suas vidas com padrões de vida de outras pessoas, elas tendem a ficar satisfeitas e a experimentar emoções positivas.

A incapacidade oferece às pessoas muitas oportunidades de tirar conclusões sobre como sua situação se compara com a de outras pessoas (Tennen; Afleck,1997). Os participantes desta pesquisa mostraram-se conscientes de suas limitações e das desvantagens sociais que elas podem trazer, acarretando uma avaliação mais desfavorável da própria condição em relação a outros vivendo em condições desejáveis. Apesar de inferior aos escores relativos aos outros modos de comparação, a avaliação mostrou-se relativamente positiva indicando ser relativa a importância dada a limitações face à condição os semelhantes. Os afetados podem usar outros atributos, problemas e condições de vida no momento da comparação que não as suas incapacidades decorrentes do AVC para sentirem-se melhor em relação ao seu grupo etário.

A comparação com outros desempenha um papel importante na avaliação e construção da realidade e no enfrentamento de eventos negativos. Em situações que produzem um decréscimo no bem-estar, os indivíduos irão freqüentemente se comparar com outros que eles acreditam que estão piores, num esforço para melhorar seu bem-estar, particularmente quando não têm em vista oportunidades de ações instrumentais (Buunk; Gibbons; Reis-Bergan, 1997). Esse mecanismo de enfrentamento é denominado comparação descendente (d*ownward comparison*) (Wills,1997). Saber que existem indivíduos com problemas piores ou atributos inferiores e que existem situações potencialmente piores, faz emergir a percepção de que o *status* é relativamente mais favorável e isso produz melhora no bem-estar subjetivo. A comparação descendente reduz os afetos negativos, permitindo que a pessoa sinta-se melhor.

Para Kulik e Mahler (1997), a afiliação a grupos que têm o mesmo problema pode ajudar a pessoa no enfrentamento da situação. Segundo os autores, a decisão de se juntar a esses grupos envolve o processo de comparação social. O contato com outros que estão enfrentando situações similares reduz a ansiedade e os sentimentos de singularidade ou de desviante, além de serem fontes de suporte social. A proliferação de tais grupos nos últimos anos tem demonstrado por si só a sua importância no enfrentamento de situações estressantes.

As comparações temporais, isto é, da vida hoje em relação ao próprio passado foram positivas no grupo. Quando se trata da comparação temporal, a percepção de melhora, de recuperação de

algumas habilidades e de ajustamento após o AVC pode ter contribuído para esta avaliação mais positiva.

A manutenção de indicadores normativos (presença de expectativas claras de comportamento), de papéis significativos e de grupos de referência protegem o *self* da percepção de ser incompetente e assegura a adaptação. O senso individual de competência está relacionado à percepção de integração na estrutura social. Neste sentido, o trabalho e as atividades relevantes à auto definição são importantes. É esperado que aqueles adultos e idosos que percebem altos níveis de indicadores normativos no seu mundo social, que se engajam em papéis que valorizam e que se associam a grupos sociais têm mais bem-estar subjetivo (Heidric; Ryff, 1993). Além disso, já foi mencionado o papel dos outros na avaliação, na manutenção e na afirmação do *self*.

O processo de adaptação ou ajustamento pessoal envolve os domínios emocional, cognitivo e comportamental. A adaptação a um evento estressante é facilitada quando o indivíduo, em vez de focalizar a remoção da ameaça, tenta aceitar as perdas inerentes à sua condição atual reorganizando suas metas, prioridades e desejos (Torres; Sé; Queroz, 2004; Aldwin; Gilmer, 2004). A forma como o indivíduo percebe e lida com seu funcionamento físico e cognitivo é um preditor de bem-estar subjetivo. Na amostra estudada, o senso de ajustamento psicológico relacionou-se com satisfação com os aspectos físicos e cognitivos e com estados afetivos positivos.

Verificou-se que com a ajuda dos recursos sociais, os indivíduos engajam-se no processo dinâmico de ajustamento pessoal, mediado pela acentuação de seu senso de *self* e de um senso positivo de bem-estar subjetivo. Quando se trata do AVC, os fatores que parecem auxiliar a recuperação, o ajustamento psicológico e o bem-estar subjetivo são os programas sociais de apoio e de reabilitação, o suporte social, a continuidade de uma ocupação produtiva, a integração social, a manutenção da competência em atividades instrumentais de vida diária, uma comparação social favorável, a avaliação positiva do hoje, a satisfação com a vida e o humor positivo.

A forma como os indivíduos que envelhecem podem manter o funcionamento psicológico positivo enquanto experimentam mudanças ou mesmo declínio na saúde e na funcionalidade

física, nos relacionamentos interpessoais e nos papéis e responsabilidades sociais é uma importante questão dentro do sistema que medeia a relação entre incapacidade e bem-estar subjetivo. A questão central deste estudo era saber em que medida o senso de ajustamento pessoal de homens e mulheres adultos e idosos que sofreram AVC medeia o impacto das incapacidades geradas pelo AVC sobre o bem-estar subjetivo. Os resultados foram congruentes com o modelo operacional proposto, mas sugerem a interveniência de outros processos , como se pode ver na Figura 26.

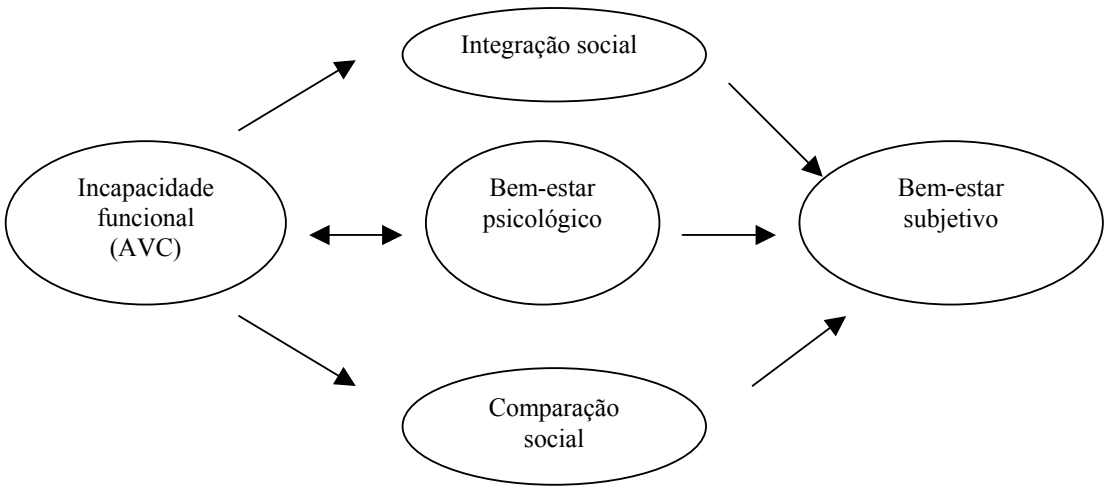


Figura 26: Modelo teórico da relação entre incapacidade funcional e bem-estar subjetivo

O modelo reflete o fato que os recursos psicológicos e sociais de que os participantes deste estudo dispunham guardam relações com as implicações da incapacidade funcional gerada pelo AVC em sua avaliação da própria vida. Além dos recursos médicos, os fatores psicossociais têm grande potencial para determinar em que medida a vida remanescente pode ser vivida eficazmente ou com debilidade, dor e dependência. Mesmo na presença de incapacidades, as

pessoas podem equilibrar suas limitações com suas potencialidades (Neri, 2001). A maneira e as condições pelas quais estas pessoas estão chegando à velhice merece atenção por parte dos pesquisadores, dos profissionais e das políticas públicas. A velhice e a incapacidade física ainda povoam a mente humana com preconceitos e tabus que vêm sendo perpetuados ao longo dos anos, tais como a dependência e a improdutividade (Resende, 2001).

Como os indivíduos se ajustam à diversidade e à dificuldade das experiências de vida mantendo níveis positivos de bem-estar e qualidade de vida apresenta um paradoxo. Segundo Albrecht & Devlieger (1999), o paradoxo da incapacidade leva à questão: "Porque muitas pessoas com incapacidades sérias e persistentes relatam que experimentam boa ou até mesmo excelente qualidade de vida quando a maioria dos observadores externos destes indivíduos acredita que estes têm uma existência indesejável? Os autores encontraram confirmação deste paradoxo e viram que a boa qualidade de vida para os indivíduos com incapacidades depende do equilíbrio entre corpo e mente e da manutenção de relações harmoniosas dentro dos contextos pessoais e sociais. Algumas pessoas incapacitadas são capazes de produzir e manter esse equilíbrio e conseqüentemente experimentar alta qualidade de vida, enquanto outros não são capazes de lidar com suas condições de saúde, têm limitados recursos, pouco conhecimento e restrições ambientais.

Segundo Lent (2004), a literatura sobre bem-estar subjetivo e sobre ajustamento é de grande relevância para todos os profissionais de saúde, especialmente os psicólogos que desejam entender e promover um funcionamento psicológico positivo em seus clientes e comunidades. Segundo o autor, são limitadas as aplicações de pesquisa e de prática profissional baseadas em concepções positivas de saúde e ajustamento pessoal. A prática psicológica deveria preocupar-se em localizar e desenvolver recursos pessoais e sociais bem como tendências adaptativas, levando em conta a natureza e a extensão das incapacidades funcionais das pessoas que estão sendo atendidas e seu impacto sobre o *self*. Nesta perspectiva, a ênfase recai sobre a melhora da adaptação e da habilidade de viver com maior funcionalidade em oposição a remediar as deficiências.

Segundo Doyle (2002), apesar de o AVC trazer conseqüências em vários domínios da vida do indivíduo, a maioria dos instrumentos e experiências clínicas raramente acessam os componentes

múltiplos da saúde, detendo-se estritamente nos aspectos físicos e cognitivos do funcionamento. Foram propostas medidas mais abrangentes, uma vez que apesar de os bens materiais e as condições objetivas serem importantes, não definem completamente o bem-estar. Dessa maneira, a compreensão dos dados sobre saúde deve incluir o julgamento subjetivo do paciente quanto ao seu funcionamento físico, mental, social e psicológico. Medidas de bem-estar subjetivo foram desenvolvidas para acessar o estado de saúde de sobreviventes do AVC na busca de melhor entendimento dos fatores objetivos e subjetivos envolvidos nesta experiência.

É importante a compreensão dos caminhos pelos quais os indivíduos enfrentam suas perdas em funções físicas e papéis sociais (Ormel et al, 1997). Entre aqueles afetados por doenças e condições crônicas, alguns avançam para a incapacidade grave e outros não. Têm-se pouco entendimento dos fatores protetores que moderam o impacto dessas condições entre os idosos. Diante do aumento da prevalência de condições médicas crônicas na população idosa, é preciso atentar para a identificação dos fatores psicológicos e socioculturais que podem atuar positiva e negativamente sobre o bem-estar e a qualidade de vida de indivíduos mais velhos com incapacidades. Considerando que o envelhecimento e o desenvolvimento pessoal são processos complexos dependentes do contexto sócio-histórico e cultural e da interação de fatores biológicos e subjetivos, chama-se a atenção para a importância de se fazer pesquisas mais aprofundadas sobre como os idosos brasileiros estão se comportando frente às suas incapacidades e doenças, em uma realidade sócio-cultural multifacetada. Frente ao acelerado envelhecimento da população brasileira e de suas conseqüências, muitas possibilidades de estudo e prática se abrem para o psicólogo frente a um campo ainda pouco explorado num país tão diverso quanto o nosso, com tantas diferentes demandas clínicas, sociais e educacionais.

Esta pesquisa trouxe dados sobre bem-estar subjetivo e ajustamento psicológico sob o impacto das limitações geradas pelo AVC num cenário nacional onde poucas pesquisas relacionadas ao tema são encontradas. Algumas limitações podem ser apontadas. Primeiro, o estudo foi de natureza transversal, restringindo os resultados a um período após a ocorrência do AVC sem conhecimento de como era a vida dos participantes antes da ocorrência do episódio e de como avaliavam seu bem-estar. Dessa maneira fica difícil saber o impacto que o AVC teve, de fato, na qualidade de vida destas pessoas. Outra limitação diz respeito à ausência de um grupo de

comparação que poderia ser de pessoas que sofreram AVC mas que não participam de nenhum grupo de apoio ou reabilitação. Acredita-se que futuras pesquisas poderão delinear estudos adicionais, preenchendo lacunas e fornecendo informações mais detalhadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBRECHT, G. L; DEVILIEGER, P. J. The disability paradox: high quality of life against all odds**. Social Science & Medicine**, v. 48, p. 977-988, 1999.

ALDWIN, C. M; GILMER, D. F. Stress, coping and health. In: ALDWIN, C. M; GILMER, D. F. (Eds). **Health, illness and optimal aging:** biological and psychosocial perspectives. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2004.

ALPORT, G. W. **Pattern and growth in personality**. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1961.

ANTONUCCI, T. C. A life-span view of women's social relations. In: TURNER, B. F; TROLL, L. E (Eds). **Women growing older:** psychological perspectives. Sage Publications, 1994. p. 239-269.

ANTONUCCI, T. C. Social relations: an examination of social networks. In: BIRREN, J. E; SCHAIE, K.W. (Eds). **Handbook of the Psychology of Aging**. San Diego: Academic Press, 2001. p. 427-453.

ARAKI, A; MUROTANI, Y; KAMIMIYA, F; ITO, H. Low well-being is an independent predictor for stroke in elderly patients with diabetes mellitus. **JAGS**, v. 52, p. 205-210, 2004.

ATCHELEY, R. C. Continuity theory, self, and social structure. In: RYFF, C. D; MARSHALL, V. C (Eds). **The self and society in aging process**. New York: Springer, 1999. p. 122-149.

BAGG, S; POMBO, A. P; HOPMAN, W. Effect of age on functional outcomes after stroke rehabilitation. **Stroke**, v. 33, p. 179-185, 2002.

BALTES, M. M. **The many faces of dependency in old age.** Cambridge University Press, 1996.

BALTES, M. M; SILVERBERG, S. A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In: NERI, A. L. (Org). **Psicologia do Envelhecimento:** temas selecionados na perspectiva de curso de vida. Campinas, SP: Papirus, 1995. p. 73-110.

BENDZ, M. Rules of relevance after a stroke. **Social Science and Medicine**, v. 51, p. 713-723, 2000.

BERTOLUCCI, P. H. F; BRUKI, S. M. D; CAMPACCI, S. R; JULIANO, Y. O. Mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr**, v. 52, p. 1-7, 1994.

BETHOUX, F; CALMELS, P; GAUTHERON, V. Changes in quality of life of hemiplegic stroke patients with time: a preliminary report. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, v. 78, n, 1, p. 19-23, 1999.

BIRREN, J. E; RENNER, V. J. Concepts and issues of mental health and aging. In: BIRREN, J. E; SLOANE, R. B. (Eds). **Handbook of mental health and aging.** Englewood Cliffs, NJ: Prentice-hall, p. 3-33, 1980.

BRYANT, L. L; BECK, A; FAIRCLOUGH, D. L. Factors that contribute to positive perceived health in an older population. **Journal of Aging and Health**, v. 12, n. 2, p. 169-192, 2000.

BRUCKI, S. M. D; NITRINI, R; CARAMELLI, P; BERTOLUCCI, P. H.F; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 3B, 2003.

BUHLER, C. The curve of life as studied in biographies. **Journal of Applied psychology**, v. 19, p. 405-409, 1935.

BUUNK, B. P; GIBBONS, F. X; REIS-BERGAN, M. (1997). Social comparision in health and illness: a historical overview. In: BUUNK, B. P; GIBBONS, F. X. **Health, Coping, and Well-Being:** Perspectives from social comparision theory. Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, 1997. p. 1-23.

CACHIONI, M. **Formação profissional, motivos e crenças relativas à velhice e ao desenvolvimento pessoal entre professores de universidade da terceira idade**. 2002. 302 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, 2003. Disponível em <www.scielo.br>. Acesso em 01 de setembro de 2003.

CAROD-ARTAL, J; EGIDO, J. A; GONZÁLEZ, J. L; SEIJAS, V. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. **Stroke**, v. 31, p. 2995-3000, 2000.

CLARKE, P. Towards a greater understanding of the experience of stroke: integrating quantitative and qualitative methods. **Journal of Aging studies**, v. 17, p. 171-187, 2003.

CLARKE, P; MARSHALL, V; BLACK, S. E; COLANTONIO, A. Well-being after stroke in canadian seniors: findings from the Canadian Study of Health and Aging. **Stroke**, v. 33, p. 1016-1021, 2002.

COLEMAN, P. G. Identity management in later life. In: WOODS, R. T. (Ed.) **Handbook of the Clinical Psychology of Ageing**. Chichester: John Wiley & Sons, 1996. p. 93-114.

COSTA, A. M. **Atividade física e a relação com a qualidade de vida, ansiedade e depressão em pessoas com seqüelas de acidente vascular isquêmico (AVCI).** 2000. 195 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

DAVIES, A. D. M. Life events, health, adaptation and social support in the clinical Psychology of late life. In: WOODS, R. T. (Ed.). **Handbook of the Clinical Psychology of Ageing**. Chichester: John Wiley & Sons, 1996. p. 115-140.

DEPS, V. L. Atividade e Bem-Estar Psicológico na Maturidade. In: NERI, A. L. (org.). **Qualidade de Vida e Idade Madura**. 2.ed. Campinas, SP: Papirus, 1999.

DE VITTA, A. **Bem-estar físico e saúde percebida:** um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos. 2001. 125 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

DIENER, E. Subjective well-being. **Psychological Bulletin**, v. 95, n. 3, p. 542-575, 1984.

DIENER, E. Traits can be powerful, but are not enough: lessons from subjective well-being. **Journal of Research in Personality**, v. 30, n. 27, p. 389-399, 1996.

DIENER, E. Subjective Well-Being: the Science of Happiness and a Proposal for a National Index. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 34-43, 2000.

DIENER, E; COLVIN, C. R; PAVOT, W. G; ALLMAN, A. The psychic costs of intense positive affect. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 61, n. 3, p. 492-503, 1991.

DIENER, E; FUJITA, F. Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 68, n. 5, p. 926-935, 1995.

DIENER, E; OISHI, S; LUCAS, R. E. Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. **Annual Review of Psychology**, v. 54, p. 403-425, 2003.

DIENER, E; SUH, M. E. Subjective well-being and age: an international analysis. **Annual Review of Gerontology and Geriatrics**, v. 17, p. 304-324, 1997.

DOYLE, P. J. Measuring health outcomes in stroke survivors. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 83, n. 2, p. 39-43, 2002.

ELLIS-HILL, C. C; PAYNE, S; WARD, C. Self-body split: issues of identity in physical recovery following a stroke. **Disability & Rehabilitation**, v. 22, n. 16, p. 725-733, 2000.

EMMONS, R. A; DIENER, E; LARSEN, R. J. Choice and avoidance of everyday situations and affect congruence: two models of reciprocal interactionism. **Journal of Personality and Social Psychology,** v. 51, n. 4, p. 815-826, 1996.

ERBOLATO, R. M. P. L. Gostando de si mesmo: a auto-estima. In: NERI, A. L; FREIRE, S. A. (Orgs). **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papirus, 2000. p. 33-54.

ERIKSON, E. Identity and the life cycle. **Psychological Issues**, v. 1, p. 18-164, 1959.

ERIKSON, E. **Chilhood and society.** New York: Norton, 1963.

ERIKSON, E. **O ciclo de vida completo.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

FORTES, A. C. G; NERI, A. L. Eventos de vida e envelhecimento humano. In: NERI, A. L; YASSUDA, M. S. (Orgs); CACHIONI, M. (Colab.). **Velhice bem-sucedida:** aspectos afetivos e cognitivos. Campinas, SP: Papirus, 2004. p. 51-70.

FREIRE, S. A. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papirus, 2000. p. 21-31.

FREIRE, S. A. **Bem-estar subjetivo e metas de vida:** um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três faixas de idade. 2001. 182 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

FREIRE, S. A; RESENDE, M. C. Sentido de vida e envelhecimento. In: NERI, A L. **Maturidade e velhice:** Trajetórias individuais e socioculturais. Campinas, SP: Papirus, 2001. p.71-98.

FREUND, A. M; LI, K. Z. H; BALTES, P. B. Successful development and aging: the role of selection, optimization and compensation. In: BRANDTSTADTER, J; LERNER, R. M. (Eds). **Action and self-development***:* theory and research through the Life-span. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.

FUJITA, F; DIENER, E. Life satisfaction set point: Stability and change. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 88, n. 1, p. 158-164, 2005.

FUJITA, F; DIENER, E; SANDVIK, E. Gender differences in negative affect and well-being: the case for emotional intensity. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 61, n. 3, p. 427-434, 1991.

GOLDSTEIN, L.L. No comando da própria vida: a importância de crenças e comportamentos de controle para o bem-estar na velhice. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papirus, 2000. p. 55-68.

HANDEN, B. L. The influence of social support factors on the well-being of the elderly. In: WISOCKI, P. A. **Handbook of clinical behavior therapy with the elderly client**. New york: Plenum Press, 1991. p. 121-139.

HEIDRIC, S. M; RYFF, C. D. Physical and mental health in later life: the self-system as mediator. **Psychology and Aging**, v. 8, n. 3, p. 327-338, 1993.

HOEN, B; THELANDER, M; WORSLEY, J. Improvement in psychological well-being o people with aphasia and their families: Evaluation of a community-based programme. **Aphasiology**, v. 11, n. 7, p. 681-691, 1997.

HOPMAN, W; VERNER, J. Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. **Stroke**, v. 34, p. 801-805, 2003.

JAHODA, M. **Current concepts of positive mental health.** New York: Basic Books, 1958.

JUNG, C. G. **Modern man in search of a soul.** New York: Harcourt, 1933.

JANG, Y; HALEY, W. E; SMALL. B. J; MOTIMER, J. The role of mastery and social resources in the association between disability and depression in later life. **The Gerontologist**, v. 42, n. 6, p. 807-813, 2002.

JARACZ, K; JARACZ, J; KOZUBSKI, W; RYBAKOWSKI, J. K. Post-stroke quality of life and depression. **Acta Neuropsychiatrica**, v. 14, n. 5, p. 219-225, 2002.

JARACZ, K; KOZUBSKI, W. Quality of life in stroke patients. **Acta Neurologica Scandinavica**, v. 107, p. 324-329, 2003.

JETTE, A. M. Disability trends and transitions. In: BINSTOCK, R. H; GEORGE, L. K. **Handbook of Aging and the Social Science**. 4° Ed. San Diego: Academic Press, 1996. p. 94-116.

JONKMAN, E. J; WEERD, A. W; VRIJENS, N. L. H. Quality of life after a first ischemic stroke: long-term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive impairment. **Acta Neurol Scand**, v. 98, n. 3, p. 169-175, 1998.

KAIHAMI, H. N. **A pessoa portadora de hemiplegia e sua família em processo de reabilitação:** um estudo sistêmico. 2001. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

KAHN, R. L.; JUSTER, F. T. Well-being: concepts and measures. **Journal of Social Issues**, v. 58, n. 4, 2002.

KEYES, C. L. M.; RYFF, C. D; SHMOTKIN, D. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 82, n. 6, p. 1007-1022, 2002.

KULIK, J. A; MAHLER, H. I. M. Social comparision, affiliation, and coping with acute medical threats. In: BUUNK, B. P; GIBBONS, F. X. (Eds). **Health, Coping, and Well-Being: Perspectives from social comparision theory.** Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, 1997. p. 227-262.

LALU, R. E. Changes in the quality of life of cerebral stroke patients in the first year after rehabilitation. **Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie**, v. 36, n. 6, p. 484-491, 2003.

LAMB, V. L. A cross-national study of quality of life factors associated with patterns of elderly disablement. **Social Science and Medicine**, v. 42, n. 3, p. 363-377, 1996.

LEMOS, N; MEDEIROS, S. L. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS, E. V, et al. (Orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 892-898.

LENT, R. W. Toward a unifying theoretical and pratical perspective on well-being and psychosocial adjustment. **Journal of Counseling Psychology**, v. 51, n. 4, p. 482-507, 2004.

LOFGREN, B. O. T; GUSTAFSON, Y; NYBERG, G. L. Psychological well-being 3 years after severe stroke. **Stroke**, v. 30, n. 3, p. 567-572, 1999.

LOFGREN, B; NYBERG, L; MATTSSON, M; GUSTAFSON, Y. Three years after in-patient stroke rehabilitation: a follow-up study. **Cerebrovascular Diseases**, v. 9, n. 3, p. 163-170, 1999.

LOTUFO, P. A; BENSENOR, I. M. Stroke mortality in São Paulo (1997-2003): a description using the Tenth Revision of the International Classification of Diseases. **Arq Neuropsiquiatr,** v. 62, n. 4, p. 1008-1011, 2004.

MASLOW, A. **Toward a psychology of being**. New York: D. Van Nostrand, 1968.

MC ADAMS, D. P; HART, H. M; MARUNA, S. The anatomy of Generetivity. In: MC ADAMS, D. P; ST AUBIN, E. (Eds). **Generativity and adult development:** how and why we care for the next generation. Washington, DC: APA, 1998. p. 7-43.

MEDINA, M. C. G; SAIRASSU,M. M.; GOLDFEDER, M. C. Das incapacidades e do Acidente Vascular Cerebral. In: KARSCH, U. M. (Org). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: Educ, 1998. p. 199-214.

NERI, A. L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A. L. (org). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papirus, 1993. p. 9-56 .

NERI, A. L. **Fundamentos para uma escala de geratividade**. Campinas: UNICAMP/FAPESP, 1999. Relatório de pesquisa. Não publicado.

NERI, A. L. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: NERI, A. L. (Org). **Desenvolvimento e envelhecimento:** perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas, SP: Papirus, 2001. p. 161-200.

NERI, A L. Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez:hacia una psicologia positiva en la América latina. **Revista Latinoamericana de Psicologia**, v. 34, n.1-2, p. 55-74, 2002.

NERI, A. L; CACHIONI, M. Velhice Bem-Sucedida e Educação. In: NERI, A. L; DEBERT, G. G. **Velhice e Sociedade**. Campinas, SP: Papirus, 1999. p. 113-140.

NEUGARTEN, B. L. Personality change in later life: a developmental perspective. In: EISDORFER, C; LAWTON, M. P. **The Psychology of adult development and aging**. Washington, DC: American Psychological Association, 1973.

NOGUEIRA, E. J. **Rede de relações sociais:** um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários. 2001. 141 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

NUNES, A. Os custos do tratamento da saúde dos idosos no Brasil. In: CAMARANO, A. A. (org). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p. 345-368.

ORMEL, J; KEMPEN, G. I; PENNINX, B. W. J. H; BRILMAN, E. I; BEEKMAN, A. T. F; SONDEREN, E. Chronic medical conditions and mental health in older people: disability and psychosocial resources mediate specific mental health effects. **Psychological Medicine,** v. 27, p. 1065-1077, 1997.

OSTIR, G. U; MARKIDES, K. S; PEEK, M. K; GOODWIN, J. S. The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. **Psychosomatic Medicine**, v. 63, p. 210-215, 2001.

OSTIR, G. U; GOODWIN, J. S; MARKIDES, K. S; OTTEN-BACHER, K. J; BALFOUR, J; GURALNIK, J. M. Differential effects of premorbid physical and emotional health on recovery from acute events. **JAGS**, v. 50, p. 713-718, 2002.

PAULO, M. S. L. L. Aspectos psicodinâmicos em pacientes com acidente vascular cerebral**. Anais da Jornada Apoiar**: propostas de atendimento. São Paulo: IP/USP, 2003. P. 63-66.

PERRACINI, M. R. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: FREITAS, E. V, et al. (Orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.798-807.

PITTELLA, J. E. H; DUARTE, J E. Prevalência e padrão de distribuição das doenças cerebrovasculares em 242 idosos, procedentes de um hospital geral, necropsiados em Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de 1976 a 1997. **Arq Neuropsiquiatr**, 60 (1), 47-55, 2002.

PITON, D. A. **Análise dos fatores de risco de quedas em idosos residentes em instituição de longa permanência:** estudo exploratório no "Lar dos Velhinhos de Campinas". 2004. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

PY, M. O. Doenças cérebro-vasculares. In: FREITAS, E. V, et al. (Orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.176-188.

QUEROZ, N. C. **Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e velhice.** 2003. 93 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

QUEROZ, N. C., NERI, A. L. Bem-estar psicológico e inteligência emocional: um estudo comparativo com homens e mulheres adultos e idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 2, p. 136-145, 2005.

RAMOS, L.R; ROSA,T.E.C; OLIVEIRA, Z.M; MEDINA,M.C; SANTOS, F.R.G. Perfil do idoso em área metropolitana na região Sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993a.

RAMOS, L.R; PERRACINI, M; ROSA, T.E; KALACHE, A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, v. 8, p. 313-323, 1993b.

RESENDE, M. C. **Atitudes em relação ao idoso, à velhice pessoal e ao portador de deficiência física em adultos portadores de deficiência física**. 2001. 89 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

ROGERS, C. R. **On becoming a person**. Boston: Houghton Mifflin, 1961.

RYFF, C. D. Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction: new direction in quest of successful aging. **International Journal of Behavioral Development**, v. 12, n. 1, p. 35-55, 1989a.

RYFF, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 57, n. 6, p. 1069-1081, 1989b.

RYFF, C. D. Psychological well-being in adult life. **Current Directions in Psychological Science**, v. 4, n. 4, p. 99-104, 1995.

RYFF, C. D.; ESSEX, M. Psychological well-being in adulthood and old age: descriptve markers and explanatory processes. **Annual Review of Gerontology and Geriatrics,** 11, 144-171, 1991.

RYFF, C. D; KEYES, C. L. The structure of psychological well-being revisited. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 69, n. 4, p. 719-727, 1995.

ROTHERMUND, K; BRADTSTÄDTER, J. Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. **Psychology and Aging**, v. 18, n. 4, p. 896-905, 2003.

SANTOS, A. T. **Controle percebido, senso de auto-eficácia e satisfação com a vida:** Um estudo comparativo entre homens e mulheres pertencentes a três grupos de idade. 2003. 87 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SCHMUTTE, P. S; RYFF, C. D. Personality and well-being: reexamining methods and meanings. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 73, n. 3, p. 549-559, 1997.

SEIDLITZ, L; WYER, R. S; DIENER, E. Cognitive correlates of subjective well-being: the processing of valenced life events by happy and unhappy persons. **Journal of Research in Personality**, v. 31, p. 240-256, 1997.

SEGAL, M. E; SCHALL, R. R. Life satisfaction and caregiving stress for individuals with stroke and their primary caregivers. **Rehabilitation Psychology**, v. 41, n. 4, p. 303-320, 1996.

SKILBECK, C. Psychological aspects of stroke. In: WOODS, R. T. (Ed.). **Handbook of the Clinical Psychology of Ageing.** Chichester: John Wiley & Sons, 1996. p. 283-302.

SIQUEIRA, M. M. M; MARTINS, M. C. F; MOURA, O. I. Construção e validação fatorial da EAPN: escala de ânimo positivo e negativo. **Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro**, v. 2, n. 3, p. 34-40 ,1999.

SKILBECK, C. Psychological aspects of stroke. In: WOODS, R. T. (Ed.). **Handbook of the Clinical Psychology of Ageing**. Chichester: John Wiley & Sons, 1996. p. 283-302.

SMITH, J, BORCHELT, M; MAIER, H; JOPP, D. Health and well-being in the young and oldest old. **Journal of Social Issues**, v. 58, n. 4, p. 715-732, 2002.

SMITH, J; FREUND, A. M. The dynamics of possible selves in old age. **The Journals of Gerontology**, v. 57, p. 492-500, 2002.

STAUDINGER, U. M; MARSISKE, M; BALTES, P. B. Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria de curso de vida. In: NERI, A. L. (Org). **Psicologia do Envelhecimento:** temas relacionados na perspectiva de curso de vida. Campinas: Papirus, 1995. p.195-228.

SUH, E; DIENER, E; FUJITA, F. Events and subjective well-being: only recent events matter. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 70, n. 5, p. 1091-1102, 1996.

SVEEN, U; THOMMESSEN, B; BAUTZ-HOLTER, E; WYLLER, T. B; LAAKE, K. Well-being and instrumental activities of daily living after stroke. **Clinical rehabilitation,** v. 18, n. 3, p. 267-274, 2004.

TERRONI, L. M. N; LEITE, C.C; TINONE, G; FRÁGUAS, J. R. R. Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 49, n. 4, p. 450-459, 2003.

TENNEN, H; AFFLECK, G. Social comparision as a coping process: a critical review and aplication to chronic pain disorders. In: BUUNK, B. P, & GIBBONS, F. X. (Eds). **Health, Coping, and Well-Being:** Perspectives from social comparision theory. Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, 1997. p. 263-298.

TORRES, S. V. S; SÉ, E. V. G; QUEROZ, N. C. Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-estar dos idosos e de suas famílias. In: DIOGO, M. S. D; NERI, A. L; CACHIONI, M. (Orgs). **Saúde e Qualidade de Vida na Velhice**. Campinas, SP: Alínea, 2004. p. 87-106.

VESTLING, M; TUFVESSON, B; IWARSSON, S. Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. **J Rehabil Med**, v. 35, p. 127-131, 2003.

WILLS, T. A. Modes and families of coping: an analysis of social comparision in the structure of other cognitive and behavioral mechanisms. In: BUUNK, B. P; GIBBONS, F. X. (Eds). **Health, Coping, and Well-Being:** Perspectives from social comparision theory. Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, 1997. p. 167-194.

WYLLER, T. B; SVEEN, U; SODRING, K. M; BAUTZ-HOLTER, E. Subjective well-being one year after stroke. **Clinical rehabilitation**, v. 11, n. 2, p. 139-145, 1997.

WYLLER, T. B; HOLMEN, P; LAAKE, K. Correlates of subjective well-being in stroke patients. **Stroke**, v. 29, n. 2, p. 363-367, 1998.

Anexo 1 – Ficha de Informações Sócio-Demográficas

1-	Data de nascimento				
2-	Sexo			M	F
3-	Estado civil	solteiro	casado	viúvo	divorciado
4-	Escolaridade	1º - 4ª	5º - 8º	2º grau	Superior
5-	Trabalha?			Sim	Não
6-	Se sim, qual a ocupação?				
7-	É aposentado ou pensionista?			Sim	Não
8-	A quanto tempo sofreu o primeiro derrame?				
9-	Quantos derrames já sofreu?				
10-	Há quanto tempo participa deste grupo?				
11-	Com quem o (a) senhor(a) mora?				
12-	Depois do derrame, o senhor(a) passou a usar algum tipo de aparelho, por exemplo para caminhar?				
13-	Com quantas pessoas o senhor (a) conta para ajudá-lo (a) nestas atividades: a) atividades de auto-cuidado b) atividades dentro de casa c) atividades fora de casa				
14-	Com quantas pessoas o senhor(a) conta para compartilhar seus sentimentos, anseios e preocupações?				
15-	Com quantas pessoas o senhor(a) conta para esclarecer suas dúvidas sobre seu estado físico e sobre sua recuperação?				
16-	Existe alguma atividade muito importante ligada à sua identidade, à sua maneira de ser ou como é conhecido pelas outras pessoas, que o senhor (a) não consegue mais fazer depois do derrame?				
17-	O que mais mudou em sua vida depois do derrame?				

Anexo 2- Mini-Exame do Estado Mental

ORIENTAÇÃO	Pontuação
Dia do mês	1
Mês	1
Ano	1
Dia da semana	1
Hora	1
Local específico	1
Local genérico	1
Bairro/rua	1
Cidade	1
Estado	1

MEMÓRIA IMEDIATA	
Repita as palavras: Pêra, mesa, centavo	3

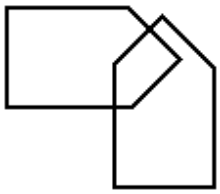
ATENÇÃO E CÁLCULO	
Quanto é 100-7? (até completar 5 subtrações)	5

EVOCAÇÃO	
Diga de novo o nome dos três objetos que eu mencionei há pouco	3

Linguagem

Nomear um relógio e uma caneta	2
Repita: "Nem aqui, nem ali, nem lá"	1
Comando: "Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão"	3
Ler e executar: "Feche os olhos"	1
Escrever uma frase	1

Copiar o desenho	1



Anexo 3- "Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire – BOMFAQ"
Ramos *et al*, 1993

Agora eu gostaria de perguntar sobre algumas atividades e tarefas do seu dia a dia. Estamos interessados em saber se o (a) sr (a) consegue fazer estas atividades sem nenhuma necessidade de auxílio ou se precisa de alguma ajuda, ou se não consegue fazer tais atividades de forma nenhuma.

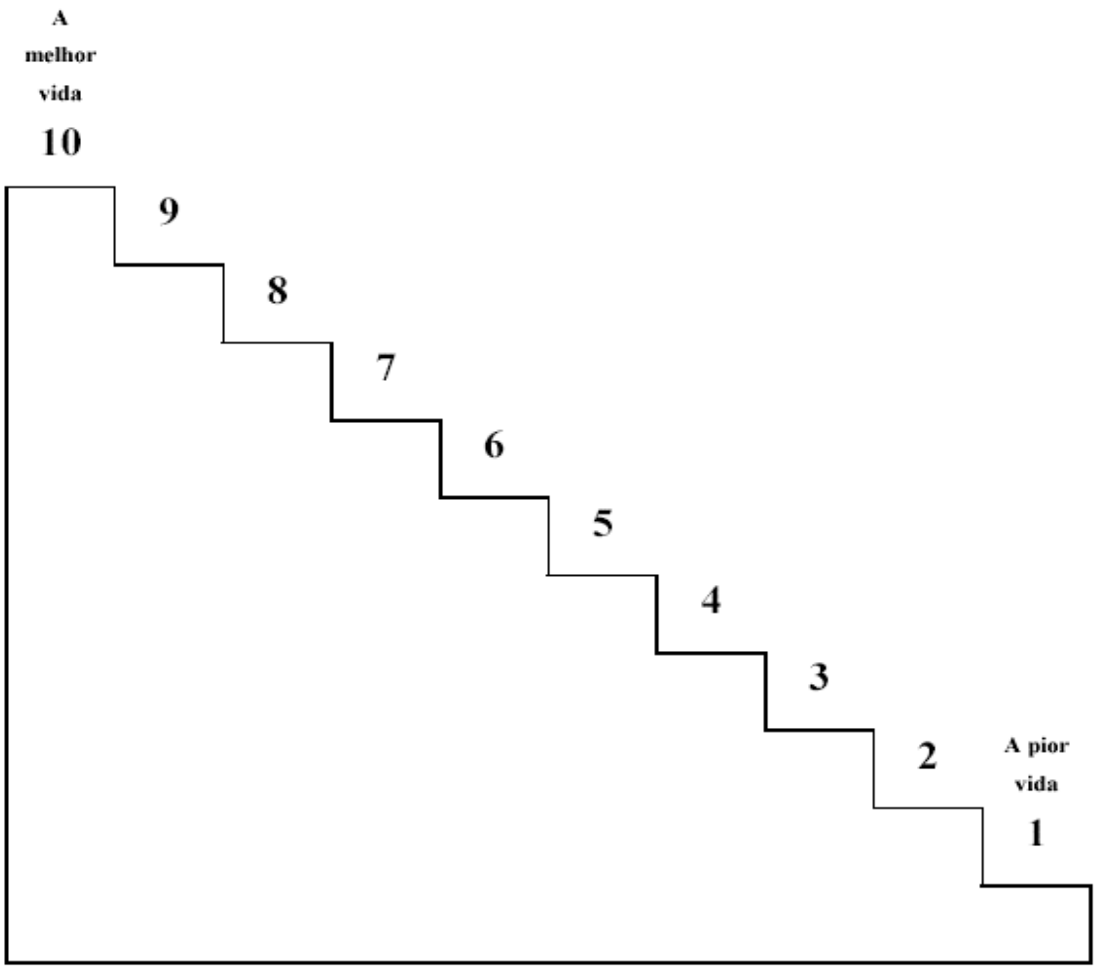
	SEM DIF.	COM DIF.		Não Sabe	Não Respondeu
		POUCA	MUITA		
Deitar/Levantar – cama	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Comer	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Pentear cabelo	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Andar no plano	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Tomar banho	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Vestir-se	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Ir ao banheiro em tempo	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Subir escada (1 lance)	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Medicar-se na hora certa	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Andar perto de casa	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Fazer compras	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Preparar refeições	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Cortar unhas dos pés	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Sair de condução	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Fazer limpeza de casa	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
TOTAL					

1. "sem dificuldade"
2. "dificuldade em 1 a 3 atividades"
3. "dificuldade em 4 a 6 atividades"
4. "dificuldade em 7 e mais atividades"

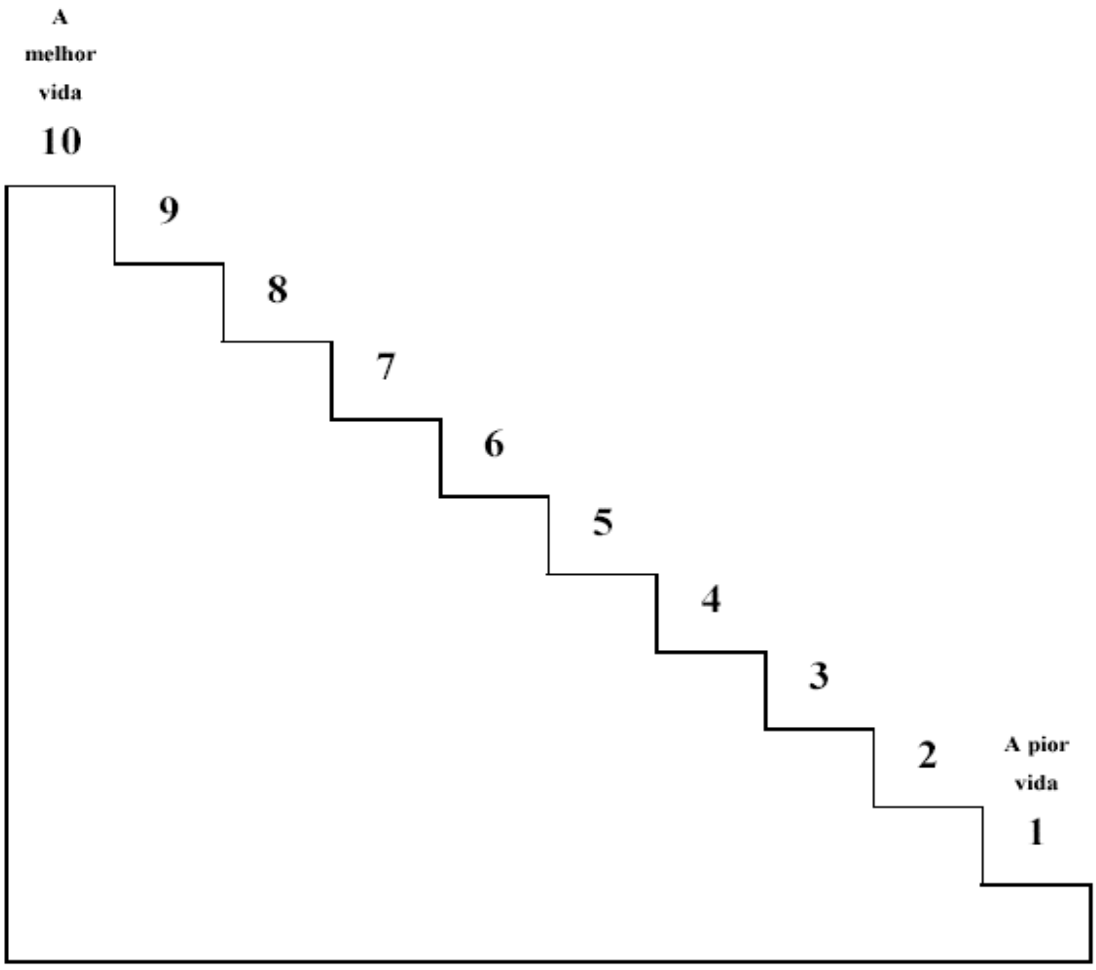
Anexo 4 – Escala para medida de Satisfação Geral com a Vida

OBSERVE A ESCADA ABAIXO. PENSE NO QUE SERIA A MELHOR VIDA POSSÍVEL, EM SUA OPINIÃO. IMAGINE QUE ESSA MELHOR VIDA POSSÍVEL FICA NO ALTO DA ESCADA. PENSE TAMBÉM NO QUE SERIA A PIOR VIDA POSSÍVEL E IMAGINE QUE ELA ESTÁ LOCALIZADA NA PARTE DE BAIXO.

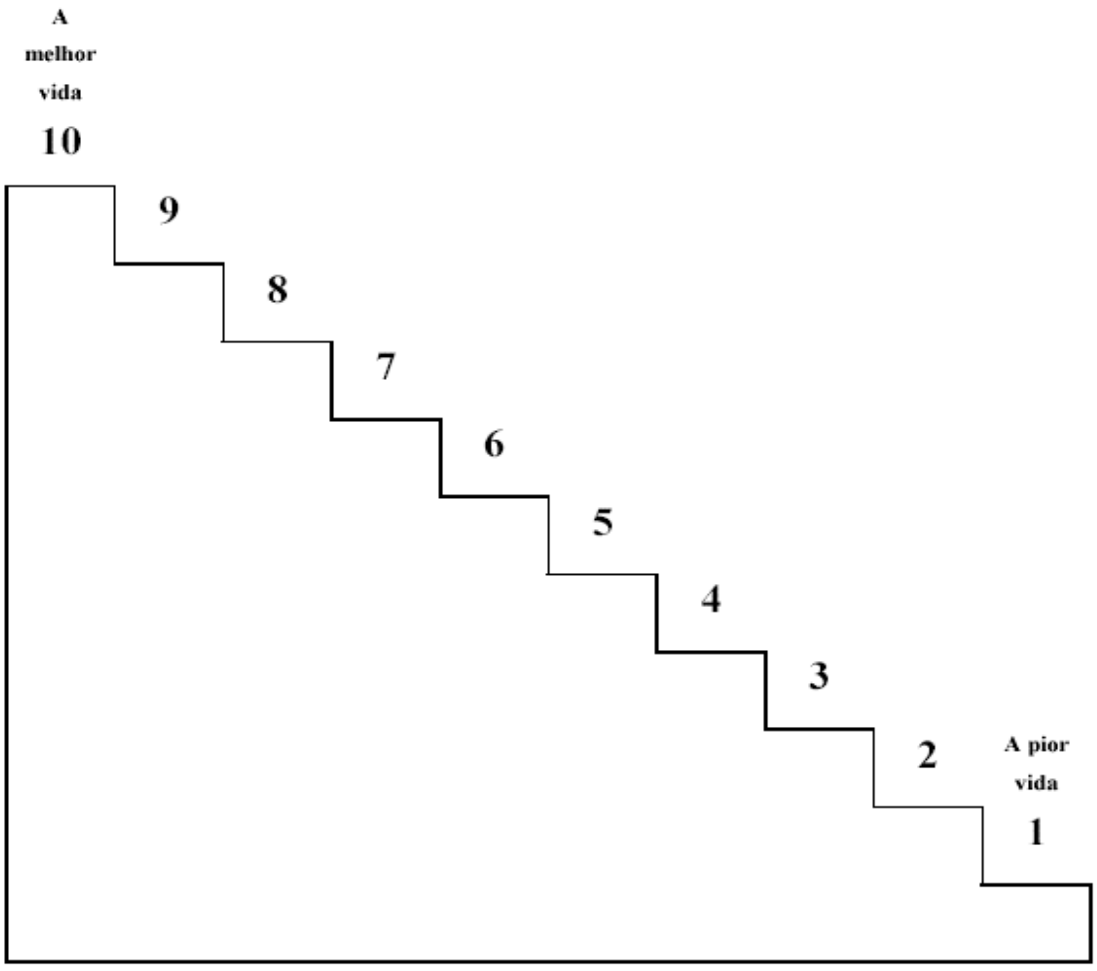
1- Qual é o ponto dessa escada que melhor reflete a sua satisfação com a sua própria vida **no momento**? Marque com um "X" o número desse degrau.



2- Qual é o ponto dessa escada que melhor reflete a sua satisfação com a sua própria vida **ha cinco anos atrás**? Marque com um "X" o número desse degrau.



3- Qual é o ponto dessa escada que melhor reflete a sua satisfação com a sua própria vida atual **em comparação com outras pessoas da mesma idade que não sofreram derrame**? Marque com um "X" o número desse degrau.



Anexo 5- Escala para medida da Satisfação com a Vida referenciada a Domínios

As próximas questões avaliam sua satisfação em relação a aspectos específicos da sua vida. Assinale o ponto que melhor representa o seu grau de satisfação com cada um dos aspectos de acordo com a classificação abaixo:

1 MUITO POUCO SATISFEITO	**2** POUCO SATISFEITO	**3** MAIS OU MENOS SATISFEITO	**4** MUITO SATISFEITO	**5** MUITÍSSIMO SATISFEITO

1- Minha saúde e minha capacidade física hoje	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2- Minha saúde e minha capacidade física hoje comparada com a de cinco anos atrás	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3- Minha saúde e minha capacidade física hoje comparada com a de outras pessoas da minha idade e que não sofreram derrame	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4- Minha capacidade mental hoje	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5- Minha capacidade mental hoje comparada com a de cinco anos atrás	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6- Minha capacidade mental hoje comparada com a de outras pessoas da minha idade e que não sofreram derrame	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7- Meu envolvimento social hoje	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8- Meu envolvimento social hoje comparado com o de cinco anos atrás	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9- Meu envolvimento social hoje comparado com o de outras pessoas da minha idade e que não sofreram derrame	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Anexo 6- Escala de ânimo Positivo e Negativo (EAPN)

Gostaríamos de saber como você se sente no seu dia-a-dia.

Foi feita uma lista de palavras que representam sentimentos e emoções. Dê suas respostas anotando, nos parênteses que antecedem cada palavra, aquele número (1 a 5) que melhor representa a intensidade de seus sentimentos, de acordo com a escala abaixo:

1 NADA	**2** POUCO	**3** MAIS OU MENOS	**4** MUITO	**5** EXTREMAMENTE

NO MEU DIA-A-DIA EU ME SINTO ...

( ) irritado
( ) feliz
( ) alegre
( ) animado
( ) desmotivado
( ) angustiado
( ) bem
( ) deprimido
( ) chateado
( ) satisfeito
( ) nervoso
( ) triste
( ) contente
( ) desanimado

Anexo 7 - Escala de Desenvolvimento Pessoal (EDEP) – Versão reduzida

Para cada afirmação, escolha o número que melhor representa o seu modo de pensar sobre si mesmo e faça um X em cima do número no quadrinho correspondente. Assim:

1 representa pouquíssimo	**2** representa pouco	**3** representa mais ou menos	**4** representa muito	**5** representa muitíssimo

	1 Pouquíssimo	**2 Pouco**	**3 Mais ou menos**	**4 Muito**	**5 Muitíssimo**
1. Eu tenho coragem de dar minhas opiniões, mesmo que elas sejam contrárias às dos outros.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. Eu consigo enfrentar com vigor e coragem os problemas do dia - a - dia.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3. Eu acho importante ter novas experiências porque elas me fazem pensar sobre mim mesmo e me ajudam a compreender melhor os fatos da vida.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4. Eu tenho vários motivos para me sentir satisfeito (a) com minhas realizações na vida.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5. É fácil e prazeroso para mim manter relações de proximidade afetiva.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6. Eu sou uma pessoa que caminha com confiança pela vida.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7. Os outros dizem que eu sou uma pessoa muito produtiva.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8. Eu sinto que tenho obrigação de passar adiante a minha experiência e os meus conhecimentos.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9. Eu acho que a sociedade é responsável pelo destino das pessoas carentes.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Anexo 8 - TERMO DE CONSENTIMENTO

Pesquisa: INCAPACIDADE FUNCIONAL, SENSO DE AJUSTAMENTO PESSOAL E BEM-ESTAR SUBJETIVO EM ADULTOS E IDOSOS AFETADOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Responsáveis:

Dra. Anita Liberalesso Neri- Psicóloga, coordenadora do curso de pós-graduação em Gerontologia da Faculdade de Educação Unicamp.

Dóris Firmino Rabelo- Psicóloga e mestranda em Gerontologia pela Faculdade de Educação – Unicamp.

Objetivo da Pesquisa:
Saber em que medida o senso de ajustamento pessoal de homens e mulheres adultos e idosos que sofreram AVC, há um período de pelo menos 1 ano, afeta o impacto das incapacidades geradas pelo AVC sobre o bem-estar subjetivo.

Ao concordar em participar desta pesquisa estou ciente de que:

a) Sou livre para participar ou não e, em caso aceite, posso desistir a qualquer momento;
b) Será respeitado meu bem estar físico, moral e social, e não sofrerei nenhum desconforto ou risco quanto a minha saúde física e mental.
c) Será mantido o anonimato na análise e eventual divulgação dos resultados da pesquisa. Será feita uma análise global dos resultados obtidos e não a análise dos participantes;
d) O conjunto dos resultados obtidos estão sujeitos a serem divulgados em eventos acadêmicos ou em revistas e outros meios de divulgação de estudos desta natureza. Em caso de divulgação será mantido o compromisso explicitado nos itens anteriores.

Esclarecimentos:

- Dóris Firmino Rabelo – 19 32564604 / 34 32144258; drisrabelo@yahoo.com.br
- Anita Liberalesso Neri – 19 – 3788 5595/ 5555/ 5670; anitalbn@lexxa.com.br
- Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP – 19 3788-8926 / 19 3788-8927

Uma cópia deste Consentimento se encontra sob minha guarda. A segunda cópia está sob guarda das responsáveis.

(Local e data):_____

(Assinatura do participante):_____