

DM  
MEST/S1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – QUE IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE  
DE VIDA, AUTO - EFICÁCIA E AUTO - IMAGEM DO SUJEITO?



SÓNIA ALEXANDRA ZACARIAS VARGAS MESTRE

LISBOA, 2004

- Pais Ribeiro
- Mameia Guarnais

	Instituto Superior de Psicologia Aplicada	C.
Centro de Documentação	Registo: 15802	
	Data: 05/05/05	
Tel: 21 601 17 50 • bibispa@ispa.pt		

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde, conforme portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação à alínea b) do ponto nº 2 do artigo 5º do decreto-lei nº 216/92 de 13 de Outubro.

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível graças à colaboração de algumas pessoas.  
A todas elas o meu agradecimento.

Ao Professor Doutor Pais Ribeiro, meu eterno Mestre, pela orientação do trabalho e disponibilidade para as minhas dúvidas, por vezes “existenciais”.

À Professora Doutora Isabel Leal, não só pelo privilégio de ter sido sua aluna, mas também pela ajuda e incentivo.

No Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão, o meu muito obrigada ao Director Clínico, Dr. Pereira, pela rápida autorização na recolha dos participantes e interesse demonstrado pela investigação. À Dra. Natália que permitiu acessibilidade aos doentes. À formidável equipa de terapeutas ocupacionais, em particular à terapeuta Inês Lemos, bem como o meu obrigada à equipa de fisioterapeutas, nomeadamente à terapeuta Saraiva.

No Hospital Amadora-Sintra, agradeço ao director Dr. Paulo Beckert, à Dra. Leonor e à equipa de fisioterapia, que sempre prontamente corresponderam ao solicitado.

No Hospital Curry Cabral, o meu agradecimento dirige-se ao Director de Serviço, Dr. José Capitão, pela facilitação na recolha dos participantes. Ao Dr. António Ligeiro pela forma interessada que demonstrou pela investigação. Às fisioterapeutas que facilitaram o acesso aos doentes.

No Hospital dos Capuchos, agradeço à Dra. Luisa Pedro, à Directora de Serviço, Dra. Fernanda Sequeira, à terapeuta Luisa Carvalho e restantes fisioterapeutas, pelo acesso aos participantes.

À minha colega Ana Paula, pela sugestão dos locais de recolha dos participantes.

Aos doentes, não só pela participação activa, mas também pelo interesse que demonstraram pelo trabalho.

Aos utentes do Centro de Dia de Santa Iria da Azóia, pelo entusiasmo e pela forma como me receberam.

O meu obrigado também, a todos os anónimos que se disponibilizaram a participar na investigação.

Ao Mário, pelas sugestões e pelo constante incentivo e carinho.

Por fim, aos meus pais pelo apoio e à minha mãe... sempre!

Lisboa, Setembro de 2004

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	10
1. Acidente Vascular Cerebral.....	13
1.1 Conceito .....	13
1.2 Sequelas de um Acidente Vascular Cerebral .....	13
1.3 Aspectos Adaptativos .....	14
1.4 Factores de Risco .....	15
1.5 Prevenção .....	16
1.6 Reabilitação .....	18
2. Qualidade de Vida.....	20
2.1 Conceito .....	20
2.2 Qualidade de Vida e a Saúde .....	22
2.3 Avaliação da Qualidade de Vida.....	23
2.4 A Qualidade de Vida e o Sujeito com Acidente Vascular Cerebral .....	25
3. Auto-Eficácia .....	28
3.1 Conceito .....	28
3.2 Auto-Eficácia e o Sujeito .....	29
3.3 Auto-Eficácia e a Saúde.....	33
3.4 Avaliação da Auto-Eficácia .....	36
3.5 A Auto-Eficácia e o Sujeito com Acidente Vascular Cerebral.....	38
4. Auto-Imagem .....	40
4.1 Conceito .....	40
4.2 A Auto-Imagem e o Sujeito .....	41
4.3 Avaliação da Auto-Imagem.....	45
4.4 A Auto-Imagem e o Sujeito com Acidente Vascular Cerebral .....	47
5. Objectivo do Estudo .....	50
5.1 Questões de Investigação.....	50
MÉTODO.....	51
1. Participantes.....	51

2. Material.....	53
3. Planificação.....	57
4. Procedimento .....	57
RESULTADOS .....	58
DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	79
1. Associação entre o sexo e constituição do agregado familiar com a QDV, AE e AI .....	79
nos dois grupos de sujeitos em estudo .....	79
2. Associação entre o tipo de lesão, o local de AVC e o tempo de doença, com a QDV, AE e AI .....	83
3. Associação entre a idade e o nível de escolaridade com a QDV, AE e AI em sujeitos com e sem AVC .....	84
4. Comparação entre a QDV e o grupo de sujeitos com e sem doença.....	85
5. A AE e a AI no sujeito com e sem AVC .....	87
6. Associação entre a QDV com a AE e AI, nos dois grupos de sujeitos em investigação .....	88
7. Associação entre a AE e AI em sujeitos doentes e N/doentes.....	89
REFERÊNCIAS.....	92
ANEXOS .....	103

## RESUMO

Neste trabalho é apresentado um estudo de tipo descritivo de comparação entre grupos, em que se pretende analisar de que forma variáveis psicológicas como a Auto-Eficácia (AE) e a Auto-Imagem (AI) se associam com a Qualidade de Vida (QDV) do Sujeito acometido por um primeiro Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Participaram 95 sujeitos de ambos os sexos com diagnóstico de primeiro AVC, avaliados em meio hospitalar por um Questionário Demográfico, Escala de Avaliação da QDV (COOP/WONCA), Escala de Avaliação da AE Geral e um Questionário de AI.

Os resultados foram comparados com um grupo de controlo com características semelhantes ao grupo de estudo, no que concerne a idade, sexo, nível de escolaridade, e agregado familiar.

A análise dos resultados revela uma diminuição da AI e da QDV no doente com AVC, bem como uma AE geral mais baixa, quando comparados com o grupo de controlo. Os resultados apontam ainda para melhor QDV do doente com AVC, quando a AI e AE são mais elevados.

Estes resultados demonstram a importância de variáveis psicológicas como a AE e a AI na QDV do doente com AVC.

## ABSTRACT

The purposes of this descriptive design study were to examine how psychological variables such as Self-Efficacy (SE) and Self-Image (SI), predict Quality of Life (QOL) after a first stroke and to compare these variables with a normal population.

Subjects were 95 males and females stroke survivors, who were requested in the rehabilitation ward to participate in the study. It was used 4 instruments: a demographic questionnaire, a scale that assesses quality of life (COOP/WONCA), a scale of SE, and a questionnaire that assesses SI.

The results were then compared to a group of subjects, similar to the group of study in age, sex, school level and family members.

The results indicate a lower SE, SI e QOL in patients with stroke, when compared with the control group. The results also indicate that a higher level of QOL is associated with higher scores of SE and SI.

In conclusion we believe that psychological variables such as SE and SI are very important in QOL of stroke survivors.

## QUADROS

Quadro 1: Caracterização dos participantes em estudo.....	52
Quadro 2: Valores totais da Consistência Interna para a Escala AAEG.....	54
Quadro 3: Análise dos Componentes Principais com rotação varimax para 3 factores.....	55
Quadro 4: Valores totais da Consistência Interna para a Escala AAI.....	56
Quadro 5: Médias por sexo nas sub-escalas do COOP/WONCA charts para Doentes.....	58
Quadro 6: Médias por Sexo nas sub-escalas do COOP/WONCA charts para N/doentes.....	59
Quadro 7: Médias por Sexo nas sub-escalas da AAEG para Doentes.....	60
Quadro 8: Médias por Sexo nas sub-escalas da AAI para Doentes.....	60
Quadro 9: Médias por Sexo nas sub-escalas da AAI para N/doentes.....	61
Quadro 10: Médias relativamente à Doença para as sub-escalas do COOP/WONCA charts.....	62
Quadro 11: Médias relativamente à Doença para as sub-escalas da AAEG.....	63
Quadro 12: Médias relativamente ao Factor Sexo Masculino para as sub-escalas do COOP/WONCA charts.....	64
Quadro 13: Médias relativamente ao Factor Sexo Feminino para as sub-escalas do COOP/WONCA charts.....	65
Quadro 14: Médias por Sexo Masculino nas sub-escalas da AAEG.....	66
Quadro 15: Médias por Sexo Feminino nas sub-escalas da AAEG.....	66

Quadro 16: Coeficientes de Correlação entre as dimensões das sub-escalas do COOP/WONCA charts e os Factores Idade e Escolaridade para Sujeitos N/doentes.....	68
Quadro 17: Coeficientes de Correlação entre as dimensões das sub-escalas da AAEG e os Factores Idade e Escolaridade para ambos os grupos de Sujeitos.....	69
Quadro 18: Coeficiente de Correlação para as dimensões da sub-escala COOP/WONCA charts para a variável Doença – Sujeitos Doentes (acima da diagonal) e Sujeitos N/doentes (abaixo da diagonal).....	70
Quadro 19: Coeficiente de Correlação para as dimensões das sub-escalas da AAEG para a Doença - Sujeitos Doentes (acima da diagonal) e Sujeitos N/doentes (abaixo da diagonal).....	72
Quadro 20: Coeficiente de Correlação para as dimensões das sub-escalas de AAI para a variável Doença - Sujeitos Doentes (acima da diagonal) e Sujeitos N/doentes (abaixo da diagonal).....	72
Quadro 21: Coeficiente de Correlação entre as dimensões das sub-escalas COOP/WONCA charts e AAE.....	73
Quadro 22: Coeficiente de Correlação entre as dimensões das sub-escalas COOP/WONCA charts e AAI.....	75
Quadro 23: Coeficiente de Correlação entre as dimensões para as sub-escalas AAEG e AAI.....	77

## INTRODUÇÃO

Uma melhoria da Qualidade de Vida (QDV), é um objectivo geral no campo da saúde, e particularmente na reabilitação do sujeito com Acidente Vascular Cerebral (AVC) (de Haan, Aaronson, Limburg, Hewer, & van Crevel, 1992). Para isto interferem factores psicológicos como a Auto-Eficácia (AE) (Hellstrom, Lindmark, Wahlberg & Fugl-Meyer, 2003) e Auto-Imagem (AI) (Keppel & Crowe, 2000).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004), dos 55 milhões de óbitos ocorridos mundialmente, 1 em cada 10 deve-se a um AVC, constituindo esta patologia na actualidade a segunda causa de morte e uma das 5 principais causas de incapacidades, prevendo-se que assim o continue no ano de 2020, quer em países desenvolvidos, quer em países em vias de desenvolvimento. Em Portugal, entre o ano de 1990 e 1992, no Hospital Distrital de Amarante a principal causa patológica de internamento deveu-se a doentes com AVC (Keating, 1995), e embora a incidência de casos tenha vindo a diminuir, actualmente ainda constitui a terceira causa de morbilidade, a quarta causa por invalidez e a principal causa de mortalidade no nosso país (Ministério da Saúde, 2004).

Este crescente aumento da doença representa em termos económicos, pesados encargos para a sociedade, impondo-se por essa razão a implementação de programas específicos de reabilitação a baixos custos.

Mediante esta situação, houve necessidade de desenvolver medidas, que não informassem unicamente acerca da mortalidade, mas que estudassem também o impacto da doença no quotidiano do sujeito e as incapacidades físicas, sociais, psicológicas e funcionais que daí advêm para a sua vida. É neste contexto que surge a importância do conceito de QDV.

Podemos caracterizar a QDV como a percepção que o indivíduo faz acerca da sua vida, em termos de objectivos, expectativas e preocupações, no contexto cultural e social em que se insere (WHO, 2004). De entre as muitas definições de QDV,

assumimos esta definição, pois abrange vários aspectos da vida do sujeito, nomeadamente ao nível: da saúde física (actividades do dia-a-dia, mobilidade, dor, energia/fadiga); ao nível da saúde psicológica (AI, sentimentos positivos/negativos, auto-estima, memória e concentração); ao nível das relações sociais (suporte social, relações sexuais e relações com os pares); ao nível do ambiente (recursos financeiros, acessibilidade aos cuidados de saúde e oportunidades na realização de actividades de lazer) e ao nível da espiritualidade/religião (Skevington, 2002).

Os sintomas, tempo de evolução e sequelas devido a um AVC, influenciam a QDV do sujeito, mas não na totalidade. Existem outras variáveis que são muito importantes, como sejam o meio social e as características psicológicas de cada indivíduo.

As crenças de AE, enquanto variável psicológica parecem desempenhar um importante papel na adaptação à doença, devendo-se a Bandura (1977) a conceptualização e operacionalização do termo. Para o autor, as crenças de AE referem-se ao julgamento que o sujeito faz acerca das suas capacidades para atingir um determinado comportamento, em situações potenciadoras de stresse. De acordo com esta definição, não basta que o sujeito tenha capacidades, ele tem que acreditar que as possui. A AE influencia não só o curso da acção, mas também o estabelecimento de objectivos, e a quantidade de esforço e perseverança que o sujeito disponibiliza para os atingir. Neste processo a motivação e a noção de controlo, são determinantes. Actualmente, são inúmeras as aplicações do conceito de AE no campo da saúde, nomeadamente ao nível da prevenção e reabilitação. Tem sido demonstrado, que sujeitos com uma maior percepção de AE permanecem menos tempo internados (Lou, Dai & Catanzaro, 1997) e relatam menos dor (Altmaier, Russel, Kao, Lehmann & Weinstein, 1993). Em populações acometidas por um AVC, tem sido realçado a importância da AE na diminuição de sintomas ansiosos e aumento de independência funcional (Robinson-Smith & Pizzi, 2003).

Os estudos evidenciam que após um AVC, existem inúmeras alterações das funções perceptivas, comunicacionais, comportamentais e motoras (alteração do tónus e perda do mecanismo de controlo postural). O sujeito entra como que num

novo mundo, vivendo e sentindo experiências físicas e psicológicas completamente diferentes das vividas até então, em que o corpo se torna numa entidade diferente do self. O indivíduo começa-se a aperceber que não existe cura, que apenas pode melhorar através de programas específicos de reabilitação – surge nesta altura uma reacção de choque sendo a percepção de AI alterada, isto é, a forma subjectiva como o sujeito se percepçiona, em termos de capacidades e aparência.

Pela importância demonstrada em estudos acerca da AE e da AI, pretendemos analisar a associação destas variáveis com a QDV do sujeito após um AVC. Pretende-se também perceber a associação de variáveis demográficas (idade, sexo, anos de escolaridade, constituição do agregado familiar, tempo de doença, local de doença, tipo de lesão) com a QDV, AE e AI.

Com base nos objectivos propostos, procedemos ao desenvolvimento de um estudo descritivo. As variáveis foram avaliadas a partir de quatro instrumentos: Questionário Demográfico, Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (COOP/WONCA Charts), uma Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral (AAEG) e uma Escala de Avaliação da Auto-Estima (AAI). O COOP/WONCA Charts, é uma escala adaptada para a população portuguesa, que avalia o nível de funcionalidade do sujeito em sete domínios. A AAEG foi desenvolvida por Ribeiro (1995), e tem como finalidade medir a AE Geral a partir de 15 itens. É uma escala validada para a população portuguesa, apresentando boas propriedades métricas. A AAI foi desenvolvida por nós, com o intuito de estudarmos a AI. É composta por nove itens e apresentou um valor de consistência interna moderado.

Esta investigação estrutura-se em diferentes partes. Numa primeira parte iremos expor a revisão bibliográfica acerca do AVC, QDV, AE e por último AI. De seguida, apresentamos os objectivos que pretendemos estudar, bem como o método utilizado para tal. Terminamos com a apresentação dos resultados e a sua discussão.

## 1. Acidente Vascular Cerebral

### *1.1 Conceito*

O AVC é em Portugal, a principal causa de morte e a principal causa de incapacidade em vários graus de gravidade em diversos sectores da vida do sujeito (funcionais, físicos, psicológicos e sociais). A doença atinge ambos os sexos, mas com uma maior taxa de mortalidade no sexo feminino (INE, 2002), podendo isto ser consequência do facto de nas mulheres a doença aparecer mais tardiamente (Keating, 1995).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004), um AVC define-se por uma interrupção súbita da circulação sanguínea no cérebro (focal ou global), com uma duração superior a 24 horas, podendo causar a morte. Pode ter origem numa obstrução de um vaso (AVC Isquémico), provocada por alterações na parede das artérias, ou ser originário duma hemorragia intracerebral ou subaracnoideia (AVC Hemorrágico), provocada num contexto de hipertensão arterial, de um aneurisma ou devido a alterações de coagulação do sangue.

Na população caucasiana parece existir uma maior taxa de incidência de AVC Isquémico (cerca de 80%); cerca de 15% dos sujeitos é atingido por um AVC Hemorrágico intracerebral e cerca de 5% da população tem um AVC de origem Hemorrágica Subaracnoideia (Warlow, Sudlow, Dennis, Wardlaw & Sandercock, 2003).

### *1.2 Sequelas de um Acidente Vascular Cerebral*

Sendo o cérebro um órgão extremamente complexo, que controla diferentes partes do corpo, uma interrupção na sua normal circulação pode causar danos graves, dependendo da extensão e localização do tecido cerebral afectado.

Assim, se a lesão ocorrer no lado direito do cérebro é afectado o lado esquerdo do corpo, provocando paralisia dos membros inferiores e/ou superiores esquerdos, e distúrbios visuais (agnosias visuais) (Skilbeck, 1992). Num estudo

realizado por Hier, Mondlock e Caplan (1983), em 41 sujeitos com lesão hemisférica direita, verificaram que 85% possuíam agnosias visuais, ficando o sujeito limitado no seu quotidiano por esta incapacidade num período de nove semanas. Esta incapacidade para a metade esquerda do corpo, associa-se geralmente com o síndrome de omissão do hemi-espço esquerdo, não reconhecendo o sujeito neste caso, que tem um defeito motor. A isto associa-se também, perdas de memória e apraxias (dificuldade em realizar movimentos voluntários). Se a lesão for frontal direita, os sujeitos manifestam desinibição do humor, o que causa muitas vezes dificuldades relacionais com os outros.

Uma lesão cerebral esquerda pode originar hemiparésia no lado direito do corpo, perdas de memória, lentificação motora e problemas de compreensão e/ou expressão da linguagem (afasia), em sujeitos com dominância esquerda. Neste enquadramento verifica-se, que as afasias se manifestam de forma diferente. Com efeito, as afasias não fluentes, estão muitas vezes associadas a fenómenos depressivos e de grande frustração, uma vez que o doente não se consegue expressar. Os afásicos fluentes, manifestam usualmente um comportamento impulsivo e sentimentos paranóides (Caldas, 2000).

Para além dos problemas já referenciados, é também comum o surgimento de complicações neurológicas ao nível da redução da consciência, disfagia, ataques epiléticos, espasmos musculares e pouco controlo das emoções. A nível mais geral, surgem frequentemente problemas urinários/fecais, subnutrição, fracturas (provocadas por quedas), dor do ombro e depressão (WHO, 2004).

### *1.3 Aspectos Adaptativos*

Após um episódio de AVC é usual o sujeito passar por inúmeras etapas (que não são necessariamente lineares), de confronto com a sua nova situação vivencial. De acordo com estes argumentos, Holbrook (1982 in Oliveira, 1995), enumera cinco fases: numa primeira fase ocorre o “choque”, onde o sujeito não compreende totalmente as suas incapacidades, e o que lhe aconteceu. Mais tarde, surge o confronto com a realidade do handicap (“fase da denegação” ou “recusa”) em, que o

sujeito nega o que lhe aconteceu. Se as lesões tiverem ocorrido no hemisfério direito, esta fase pode ser agravada por anosognosia e assometognosia, conduzindo o sujeito à criação de uma fantasia de recuperação total. Pode também ocorrer uma fase denominada de “fase da agressividade”, onde o indivíduo não reconhece competência médica e se culpa pelo sucedido. A “fase de ajuste à realidade” ocorre quando o sujeito reconhece o que lhe aconteceu, nomeadamente em relação às incapacidades que resultaram do AVC, surgindo mais tarde a “fase do reinvestimento”, onde reaparece o interesse e motivação por actividades antigas e/ou surgimento de novos interesses.

Cerca de um mês após o episódio de AVC, o doente já tem a percepção do que irá ser viver com as sequelas provocadas pela sua patologia. Claro, que isto irá depender também da estrutura mental do indivíduo (funcionamento cognitivo e emocional), bem como do meio social envolvente antes e pós AVC (Oliveira, 1995). Geralmente, os doentes após o AVC reportam alterações no seu quotidiano, em particular no contacto social, com maior isolamento social (Klonoff, Shepperd, O'Brien, Chiapello & Hodack, 1990). Assim, sintomas depressivos ocorrem frequentemente, sendo mesmo considerado em algumas investigações como um dos factores mais sentidos pelo sujeito (Nelson et al., 1993). É de notar ainda, que os sujeitos com lesão hemisférica esquerda, são aqueles com pior índice de adaptação à doença e com um maior score de sintomas depressivos.

#### *1.4 Factores de Risco*

Têm sido identificados pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004), um crescente número de factores de risco. São eles:

- Idade: aumento da idade, principalmente a partir dos 55 anos o risco de se ter um AVC duplica;
- Sexo: maior taxa de incidência no sexo masculino;
- História Familiar e Raça: sujeitos com antecedentes familiares de AVC, possuem um maior risco de vir a sofrer da patologia. Por outro lado, sujeitos de raça

negra possuem maior probabilidade de sofrer desta patologia do que os de raça caucasiana, principalmente porque parecem possuir uma maior pressão arterial;

- Episódio anterior de AVC;

- Elevada pressão arterial;

- Hábitos tabágicos: a associação da nicotina com o monóxido de carbono tem demonstrado constituir um elevado risco de desenvolver AVC. Se a estes hábitos forem associados o uso de contraceptivos orais o risco é ainda maior;

- Diabetes: está associada directamente com o excesso de peso e colesterol;

- Doença da artéria carótida e doença coronária.

Outros factores como: elevadas temperaturas climatéricas, baixo nível socio-económico, dependência de álcool, pouca prática de exercício físico, também se associam com um aumento de probabilidade de um episódio de AVC (WHO, 2004).

### *1.5 Prevenção*

Apesar da taxa de incidência de sujeitos com AVC ser cada vez mais elevada, a maioria da população não tem conhecimento acerca dos factores de risco, sinais de alerta e tipo de tratamento, não procurando ajuda de cuidados médicos (Hux, Rogers & Mongar, 2000). Neste enquadramento, Maze e Bakas (2004), tentaram perceber numa população de 50 sujeitos com AVC, quais os sintomas que os tinham levado a procurar ajuda, quanto tempo demoraram a procurá-la, e quem tinha tido essa decisão. Constataram, que os sinais de alerta mais comuns eram: súbita confusão e dificuldades em falar, associadas a tonturas e dormência numa parte do corpo. Os doentes eram os primeiros que demonstravam iniciativa em procurar ajuda médica, seguidos dos cônjuges e outros familiares. Em relação ao tempo demorado na procura dessa ajuda, os autores verificaram que apenas 28,9% chegavam ao hospital passado 3 horas dos primeiros sinais de alerta, e que a maioria dos doentes só tomavam essa decisão passadas 5,5 horas. Numa investigação paralela, de Gilmet e Burman (2003), pretenderam analisar quais as percepções dos cuidadores e das

pessoas da população em geral acerca de um AVC. Os autores concluíram que associados a um AVC estão sentimentos negativos como:

- Medo: Medo de perder capacidades funcionais e de ficar dependente de terceiros. Os sujeitos relataram que preferiam morrer a ficar com sequelas após um AVC;

- Vergonha: A temática AVC não é comentada entre a família mesmo que já tenha acontecido a algum familiar;

- Evitamento: Evitam falar do que advém de um AVC, preferindo não conhecer sequer quais os factores de risco;

- Desejo de Controlo: Surge frequentemente entre os familiares do doente, querendo saber o prognóstico.

Estes resultados constituem verdadeiros desafios na realização de programas de prevenção, que sensibilizem a população para as causas e consequências de um AVC. A prevenção pode ocorrer em três aspectos: num nível primário, secundário e terciário. Num nível primário o objectivo é o da manutenção da saúde, realizando-se para isso projectos que alertem para a importância da actividade física, hábitos alimentares saudáveis e de abstinência tabágica, sendo igualmente importante, a realização de exames que avaliem a hipertensão e nível de colesterol. A informação dada acerca dos sinais de alerta de um AVC, também se enquadra neste tipo de prevenção. Neste sentido, seria importante sensibilizar populações para os cinco sinais de alerta mais comuns: 1) súbita tontura ou fraqueza de uma parte do corpo (face, braço ou perna); 2) súbita confusão, problemas em expressar ou compreender; 3) súbita dificuldade na visão de um, ou de ambos os olhos; 4) súbita dificuldade em andar, com dificuldade em coordenar os movimentos e 5) súbita dor de cabeça sem causa aparente (National Institute of Neurologic Disorders and Stroke, 2004). Num nível secundário o objectivo é reduzir os factores de risco em populações de risco, nomeadamente pessoas hipertensas, fumadoras e diabéticas. Num plano terciário, irá incidir-se na população já com diagnóstico de AVC, cujo objectivo é minimizar as sequelas da doença, através da administração de medicamentos e de programas

específicos de reabilitação, que incluem a terapia ocupacional e a ginástica de reabilitação.

### *1.6 Reabilitação*

O êxito de recuperação de um AVC, irá depender de variados factores, nomeadamente do tipo de AVC, extensão e localização da lesão.

Para a maioria dos profissionais de saúde, uma boa reabilitação centra-se no modelo médico, que postula uma melhoria das capacidades funcionais e neurológicas (Foster & Young, 1992), normalmente avaliadas pela escala de Glasgow (Counsell, Dennis, McDowell & Warlow, 2002). Esta recuperação unicamente a nível funcional é contudo insuficiente, tendo vindo a ser reconhecida a importância de elementos psicológicos e sociais (Niemi, Laaksonen, Kotila & Waltimo, 1988; Smith & Clark, 1995). Com efeito, a satisfação do doente no programa de reabilitação é essencial para alcançar sucesso. Esta é normalmente medida através de escalas específicas para o efeito, aplicadas no início e fim do processo terapêutico (Clark & Smith, 1998). Paralelamente, temos a importância do envolvimento da família na reabilitação (Mestre & Ribeiro, 2002), pois esta constitui uma chave essencial nos cuidados primários e no encorajamento ao doente. Contudo, e contrariamente a outras doenças crónicas os cuidadores de sujeitos com AVC vêm-se confrontados subitamente com uma situação que requer da sua parte cuidados a vários níveis. De facto, muitas vezes a falta de informação acerca da doença, não permite que os cuidadores desempenhem convenientemente a ajuda requerida quer a nível físico, quer a nível instrumental e emocional. Nesta sequência, é pois importante que os técnicos de saúde tenham em atenção este aspecto quando o doente tem alta hospitalar, e disponibilizem aos cuidadores, toda a informação necessária para uma melhor reabilitação do seu familiar.

Por outro lado, a satisfação do paciente pode também sofrer influência do tipo de conhecimento teórico que o próprio sujeito possui acerca da sua doença, e das expectativas que tem em relação à reabilitação. De acordo com Clark e Smith (1998),

um fraco conhecimento teórico pode conduzir a expectativas irrealistas e inapropriadas, resultando frequentemente em sentimentos de frustração.

De um modo análogo e na reabilitação, é importante percebermos a perspectiva do sujeito em relação ao que lhe aconteceu e de que forma é que ele reporta as suas incapacidades. Neste sentido, Mumma (2000), constatou que a perda de capacidade, provocada pelo AVC era normalmente descrita pelo indivíduo em termos de actividades, habilidades/características e independência, sendo esta última reportada como o principal handicap provocado pela patologia. Os sujeitos mencionavam receio de ficar dependentes de terceiros, principalmente dos cônjuges. A autora, refere ainda que indivíduos com diagnóstico de AVC direito sentiam mais falta da sua independência, enquanto que sujeitos com lesões hemisféricas esquerdas sentiam mais falta da sua mobilidade, e estavam mais conscientes dos seus handicaps, do que os sujeitos com comprometimento da parte esquerda do corpo. Os homens reportavam maior falta de actividades como pescar, caçar e trabalhar, enquanto que as mulheres sentiam mais falta de dançar e cozinhar. Para sujeitos com ligeira afasia a comunicação foi reportada como a maior perda após diagnóstico da doença.

Ao longo do programa de reabilitação, os pacientes tendencialmente demonstram uma melhoria das suas capacidades funcionais, principalmente em termos de força, melhoria em termos de independência e melhor capacidade em gerir as suas emoções (Klonoff et al., 1990). Resultados semelhantes foram encontrados por Clark e Smith (1998). Os doentes com AVC reportavam passados 12 meses da fase aguda, satisfação com os progressos alcançados na reabilitação em particular no vestir e nos cuidados higiénicos.

## 2. Qualidade de Vida

### 2.1 Conceito

A Qualidade de Vida (QDV), tem sido cada vez mais reconhecida na literatura como uma importante variável, indicadora de um bem-estar físico e mental (Fernandez-Rios & Garcia-Fernandez, 1999), ainda assim a sua definição mantém-se controversa, bem como a forma de a medir. Este desacordo quanto à definição, prende-se com o número de dimensões que esta deve possuir, baseada no que se pretende estudar (sujeitos saudáveis ou doentes).

A QDV, apesar de ser um termo bastante utilizado na área da psicologia e de ser um conceito sempre ligado à promoção da saúde (Ribeiro, 1998), curiosamente foi no campo da sociologia que este começou a tomar forma. Em 1920, e num contexto de condições laborais, Pigou alerta para a importância da avaliação do bem-estar dos trabalhadores no local de trabalho. Contudo, nesta altura o termo não tem muito impacto na sociedade pelo que o conceito desaparece por várias décadas (Wood-Dauphinee & Kuchler, 1992). Só em 1960 é que o conceito volta a ver a luz do dia, quando o presidente dos Estados Unidos da América, no *President's Commission on National Goals*, demonstra preocupação com a saúde dos Americanos: “a tarefa das grandes sociedades é assegurar à população estruturas ambientais, promover aquisição de capacidades e estruturas sociais, de forma a atingirem a felicidade. Devemo-nos preocupar não com a quantidade de bens que podemos possuir, mas sim com a qualidade das nossas vidas” (in Day, 1993 p. 130).

Ao longo dos anos, têm sido feitas várias tentativas para definir QDV. Por exemplo, Flanagan (1982 in Wood-Dauphinee, Kuchler, 1992), tentou delinear os principais componentes do termo. O autor identificou como componentes: o bem-estar físico e psicológico, relações interpessoais, actividades sociais e recreativas, e desenvolvimento pessoal. Anos antes já Liu (1975 in Ribeiro, 2002), e baseando-se nas recomendações do *Commission on National Goals*, organizava os indicadores da QDV em dois sectores: um subjectivo (psicológico) e outro objectivo (social, económico, político e ambiental). Para Liu (1975 in Ribeiro, 1994), cada indicador

deveria ser representado por variáveis quantificáveis que obedecessem aos seguintes princípios: serem suficientemente universais para abranger toda a população; serem facilmente compreensíveis; serem suficientemente flexíveis para puderem abranger diferentes estilos de vida; serem adaptáveis a situações económicas, políticas e físicas numa sociedade em constante mutação e por último serem abertas à verificação científica.

Partindo do pressuposto de que a QDV é um conceito complexo, Fallowfield (1990), agrupa o termo em quatro domínios: 1) domínio psicológico (depressão, ansiedade e ajustamento à enfermidade); 2) domínio social ( actividades relacionadas com a interacção entre pares); 3) domínio ocupacional (actividades laborais e domésticas) e 4) domínio físico (sono, apetite, dor e mobilidade).

Mais recentemente Wood-Dauphinee e Kuchler (1992), dividem as componentes objectivas e subjectivas da QDV em três dimensões, sendo a interacção entre elas que determina a QDV do sujeito. Consideram portanto, a existência de três dimensões:

1. Dimensão de referência – coloca o sujeito no contexto familiar, social, político e cultural;
2. Dimensão de experiência – postula o estado físico do sujeito como uma capacidade funcional e com sintomas resultantes da doença;
3. Dimensão tempo – defende que a QDV é também o resultado de experiências passadas e presentes.

Muitas outras definições surgem, como é o caso da definição de Cramer (1994), que assume QDV como um estado de bem-estar psicológico, social e físico, e não apenas a ausência de doença ou incapacidade. Para Fernandez-Rios e Garcia-Fernandez (1999) qualquer definição de QDV deveria incluir: as capacidades cognitivas e bem-estar emocional do sujeito; sentimento de bem-estar vital; satisfação das condições materiais que o sujeito possui e satisfação das necessidades mais elementares do ser humano.

Mediante esta variedade de definições e pressupostos, iremos assumir a definição de QDV proposta pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004), por considerarmos que é uma definição que engloba a saúde física do sujeito, estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e relacionamento com o meio envolvente. Assim, consideramos que a QDV se refere à percepção que o indivíduo faz acerca da sua vida, em termos de objectivos, expectativas e preocupações, no contexto cultural e social em que se insere (WHO, 2004).

## *2.2 Qualidade de Vida e a Saúde*

Na década de 70, e como consequência da 2ª Revolução da Saúde, começa a haver um interesse na saúde em vez da doença, começando a desenvolver-se um maior número de estratégias de intervenção no campo da saúde (Ribeiro, 1994, 1998). Este conceito foi operacionalizado aquando da formação da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004) em 1948. De acordo com esta organização, saúde é um “estado de bem-estar físico, mental e social, completo, e não apenas a ausência de doença ou incapacidade”. Isto significa que a avaliação da saúde, nos cuidados de saúde, deve não só incluir a frequência e severidade da doença, mas também uma estimulação do bem-estar, e isto pode ser conseguido através da avaliação de melhorias da QDV. Como se pode constatar, saúde e QDV estão interligadas, pelo que se começou a falar de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS).

De facto, inúmeros são os autores que assumem a saúde como uma das dimensões da QDV, como é o caso de Campbell, Converse e Rogers (1976 in Ribeiro 1994), de Cramer (1994) e de Ribeiro (1994), considerando este último que a saúde, de entre todas as dimensões de QDV, é provavelmente a mais importante.

Com o aumento de estudos relacionados com a saúde o termo QDV e QDVRS, são por vezes utilizados de forma indiscriminada. De acordo com Ribeiro (1994), a expressão QDVRS pode ser encarada sob duas formas: num sentido mais específico, que está relacionado com as limitações próprias da doença e a forma como esta afecta a QDV, e num sentido mais lato, referindo-se à QDV independentemente da doença e tratamento.

### 2.3 Avaliação da Qualidade de Vida

A avaliação da QDV, pode ser feita com base em duas formas de medidas: específicas a uma determinada situação, ou genéricas, quando é generalizada à população podendo conter questões ligadas à saúde, ao meio social, ao meio físico e aos estados emocionais.

A avaliação da QDV em contextos de doença é influenciada geralmente pelas características da própria doença, porém, o objectivo é sempre o de tentar tornar os tratamentos menos invasivos, envolver o sujeito e a sua família no processo de tratamento, tentando desta forma melhorar a QDV do sujeito. Por outro lado, o envolvimento do técnico de saúde neste processo, também é bastante importante, pois desta forma pode sugerir formas alternativas de tratamento.

Em suporte ao referido, para Ribeiro e GRU.PO.QDV (1997), na avaliação da QDV é importante ter presente alguns pressupostos: que a QDV não é ausência de doença; que se manifesta ao nível da funcionalidade e bem-estar; que é uma dimensão auto-percebida; que abrange aspectos físicos, mentais, sociais e ambientais, que é um processo dinâmico e que só tem coerência se for entendida em termos ecológicos.

Paralelamente e de acordo com o Grupo da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization Group, 1998), existem quatro domínios, a partir dos quais o indivíduo faz uma avaliação da sua QDV. São eles:

1. Domínio físico: A avaliação da QDV em termos físicos refere-se às sensações desagradáveis vividas pelo sujeito, que poderão causar stress e interferir com a rotina diária;
2. Domínio Psicológico: Engloba aspectos como sentimentos positivos e negativos, aprendizagem, memória e concentração, auto-estima e AI;
3. Domínio Relacionamento Social: Aqui é avaliada a satisfação com o suporte social, o sentimento de pertença a um grupo de pares. Nesta avaliação são incluídos todos os que fazem parte do núcleo do sujeito (amigos, cônjuges, vizinhos).

4. Domínio Ambiental: Inclui-se uma avaliação em termos de recursos económicos, se são suficientes para alcançar os objectivos considerados pelo sujeito como importantes e avalia-se ainda, a satisfação com o trabalho desenvolvido.

Com base nestas premissas, têm sido desenvolvidos instrumentos que avaliam a QDVRS, numa grande variedade de populações e situações. Nesta perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004), desenvolveu métodos que possibilitam perceber, após a doença, quais foram as áreas em que o sujeito sofreu mais alterações, permitindo aos técnicos escolherem qual o melhor método de reabilitação, para aquele sujeito em particular, para além de permitir a medição da QDV ao longo do tratamento. Ao aumentar o conhecimento do técnico acerca de como a doença do indivíduo afecta a sua QDV, permite uma maior empatia médico/paciente, e estes últimos começam a envolver-se mais no tratamento. A grande vantagem destes métodos é o de perceber a perspectiva do sujeito durante todo o processo, ou seja, informa o técnico não só como o sujeito vive a doença a nível funcional, mas também o grau de satisfação do sujeito em relação aos efeitos do tratamento.

No âmbito da investigação em saúde, têm sido realizados estudos acerca da QDV em inúmeras doenças, por exemplo ao nível de populações com cancro (Lopes, Ribeiro & Leal, 1999; Ribeiro & Ramos, 2002; Santos, Ribeiro & Lopes, 2002), com diagnóstico de HIV (Heckman, 2003), na diabetes (Ferreira, Amaral, Ribeiro & Moos, 2002; Ribeiro, Meneses, Meneses & GRUPO-QDV, 1998; Silva, Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003) e em sujeitos com AVC (Martins, Ribeiro & Garrett, 2002; Mestre & Ribeiro, 2002). Fora do campo da saúde, a QDV também merece atenção em populações de estudantes (Benjamim, 1994), estudantes e professores (Cummings, McCabe, Romeo & Gullone, 1994) e na família (Rettig, Danes, & Bauer, 1991).

No caso do AVC, e devido às múltiplas incapacidades provocadas pela doença, uma escala de reduzidas dimensões é preferível a uma escala extensa. Tem

sido usada neste âmbito em diversos estudos o Coop Charts, McMaster Health Index Questionnaire, Nottingham Health Profile, Frenchay Activities Index, Karnofsk Performance Activities Index, Quality of Life Index, Euroqol, e o Quality of Well-being (de Haan et al., 1992).

Concluimos referindo que independentemente das técnicas utilizadas, estas têm que ter sempre em atenção a perspectiva do sujeito doente, que muitas vezes não é concordante com a opinião dos técnicos ou dos familiares. Neste sentido, Woodend, Nair e Tang (1997), tentaram perceber, numa população de doentes cardíacos se a visão acerca da QDV dos técnicos e familiares do sujeito cardíaco coincidia com a visão do doente. Concluíram que os pacientes, em contraste com os técnicos e familiares, escolhem aspectos da QDV que reflectem sentimentos positivos de vida. Estas diferenças foram mais notórias nos domínios físicos, psicológicos e actividades, do que no domínio social.

#### *2.4 A Qualidade de Vida e o Sujeito com Acidente Vascular Cerebral*

Sendo a QDV uma variável subjectiva, torna-se importante perceber como é que o sujeito doente a define e quais os parâmetros da sua vida que considera mais relevantes.

Após um AVC os indivíduos descrevem-se geralmente como menos interessantes, capazes, independentes, com menos capacidade de controlo e menos activos, bem como apresentam uma pior noção de self (auto-conceito), apesar do sucesso de reabilitação (Ellis-Hill & Horn, 2000). Estes resultados sugerem que intervenções terapêuticas que se centram apenas numa recuperação a nível físico, isolando o contexto social onde o sujeito se insere, são insuficientes na melhoria da QDV. Neste sentido, existem claras evidências de que o suporte social, parece possuir globalmente um efeito benéfico na QDV após AVC (Glass & Maddox, 1992; Kim, Warren, Madill, Hadley, 1999; Mestre e Ribeiro, 2002), mas pouco se sabe acerca da quantidade de suporte e tempo necessários, para uma boa reabilitação.

De um modo semelhante, a depressão e a ansiedade apresentam-se como duas das principais consequências para a QDV do sujeito com AVC (Astrom, Adolfsson

& Asplund, 1993; Jonkman, Weerd & Vrijens, 1998), considerando-se tão ou mais importante que o handicap físico (Niemi et al., 1988). No aparecimento destes sintomas parece estar associado o local da lesão do AVC (Jonkman et al., 1998). Os autores constataram que cerca de 20% de sintomas depressivos surgiam em sujeitos com lesões hemisféricas esquerdas e 37% dos sujeitos manifestavam lesões no hemisfério direito.

Um ano após o AVC, 30% a 60% dos indivíduos recuperam espontaneamente sem recurso a medicação (Astrom et al., 1993). Contudo, e tal como King (1996) demonstrou, apesar de nítidas recuperações a nível neurológico, o sujeito continua a avaliar de forma menos positiva a sua QDV na actualidade, comparativamente à sua QDV antes do AVC. O mesmo constatou Duncan et al. (1997). Todos os sujeitos avaliados reportavam quatro anos após o diagnóstico da doença, que as suas vidas tinham sofrido uma grande alteração.

As investigações são inconclusivas no que respeita ao papel do sexo na QDV, após um AVC (Ahlsio, Britton, Murray & Theorell, 1984). Parece existir no entanto, de uma forma global uma diferença entre sexos no que concerne à satisfação com o tratamento e recuperação da doença. Numa investigação de McEwen, Mayo & Wood-Dauphinee (2000), as mulheres em relação aos homens, têm uma tendência em descrever pior o seu estado de saúde a nível físico e não reconhecem tanto o papel da terapia na sua recuperação. As mulheres manifestam normalmente pior saúde mental e estão menos satisfeitas com a realização de tarefas, do que os homens. Esta diminuição de prazer na realização de actividades diárias, pode estar relacionada, e segundo os autores, com os papéis do sexo, onde a mulher possui um papel marcadamente instrumental. Contrariamente ao encontrado por estes autores, os resultados de Clark e Smith (1998), evidenciam ao fim de 12 meses de reabilitação maior satisfação com a reabilitação funcional e comportamental do que os homens. Os autores colocam a hipótese de que provavelmente as mulheres retomam o seu quotidiano (social e laboral) mais depressa do que os homens, fazendo com que se sintam melhor.

Apesar de King (1996) no seu estudo ter concluído que um aumento de idade não predizia uma diminuição da QDV, Wyller e Kirkevold (1999), descobriram que o AVC interage com a expectativa que o sujeito tem da vida, pelo que sujeitos mais velhos avaliam a sua QDV como boa, tendo em conta a idade que têm. Porém de um modo geral, os estudos demonstram que os sujeitos mais velhos experimentam maior deterioração da sua QDV, do que os sujeitos mais novos (Niemi et al., 1988; Oliveira, 1995).

Num estudo de Kim et al. (1999), a idade, sexo, anos de escolaridade, tipo e localização de AVC, não se correlacionaram de forma significativa com a QDV. De Haan, Limburg, Van der Meulen, Jacobs e Aaronson (1995), encontraram no seu estudo que os sujeitos com lesões direitas avaliavam a sua QDV de forma mais negativa, do que os com lesões hemisféricas esquerdas. Segundo os investigadores, isto pode estar relacionado com os distúrbios neurológicos que uma lesão direita provoca (omissão da parte esquerda do corpo, desorientação espacial, pouco conhecimento da doença). Contrapondo estes resultados, anos antes, Coughlan e Humphrey (1982) concluíram que pacientes com lesões direitas possuíam um melhor prognóstico.

Por outro lado, o tipo de informação que é dado ao sujeito pelos profissionais de saúde, também se reverte de grande importância. De acordo com Oliveira (1995), sujeitos a quem era dada informação acerca do que é um AVC e das sequelas que daí podiam decorrer, eram mais tarde aqueles que se adaptavam melhor à sua nova realidade de vida. O mesmo se constatava em sujeitos com um nível de escolaridade mais elevada, estavam mais adaptados à doença e confiavam mais no médico.

### 3. Auto-Eficácia

#### 3.1 Conceito

De entre os aspectos de auto-conhecimento, provavelmente aquele que mais influencia o dia-a-dia do indivíduo é a percepção pessoal de Auto-Eficácia (AE) (Bandura, 1997). Este conceito foi introduzido por Albert Bandura em 1977, num contexto de modificação comportamental cognitiva. De acordo com o autor, a AE refere-se ao julgamento que os sujeitos fazem acerca das suas capacidades de executar e organizar comportamentos, necessários para atingir um determinado desempenho. Por outras palavras, a percepção de AE diz respeito, não à avaliação de competências, mas sim, ao julgamento que o sujeito faz do que poderia fazer com as competências que possui (Bandura, 1986). É no entanto importante salientar, a diferença que existe entre ter capacidades e saber usá-las em diversas circunstâncias. É devido a isto que pessoas diferentes com capacidades semelhantes, ou a mesma pessoa em diferentes ocasiões, podem ter um desempenho pobre, adequado ou extraordinário. Isto foi verificado experimentalmente por Pietsh, Walker e Chapman (2003). Os autores demonstraram que independentemente das capacidades cognitivas, os sujeitos que possuíam uma maior percepção de AE eram os que conseguiam melhor desempenho na resolução de problemas matemáticos propostos, e possuíam uma atitude mais positiva em relação à matemática.

Bandura (1986) sublinha ainda a importância das crenças de AE, sob as expectativas de resultado, para o sujeito alcançar um determinado objectivo. De acordo com a sua teoria, as crenças de AE teriam maior predilecção no comportamento do que a expectativa de resultado, na medida em que a primeira se refere à convicção que o sujeito tem de controlar a situação acreditando que terá um bom desempenho. A expectativa de resultado, refere-se à avaliação que o sujeito faz que um comportamento irá produzir um certo resultado. Isto significa, que um resultado é uma consequência de um acto, mas não o acto em si. Assim, o indivíduo pode acreditar que o desempenho de um comportamento leva a um resultado, mas se não acreditar na sua capacidade e acreditar que tem controlo, dificilmente existirá

mudança de comportamento. Em quaisquer que sejam os objectivos a alcançar, sociais, intelectuais ou físicos, os sujeitos que se avaliam como altamente eficazes, esperam obter um elevado desempenho, enquanto que os sujeitos que se avaliam mediocrementemente esperam desempenhos pessoais baixos (Bandura, 1986).

### *3.2 Auto-Eficácia e o Sujeito*

No quotidiano, expectativas de Auto-Eficácia (AE) são bastante utilizadas. Usualmente, as pessoas tendem a evitar situações ou a realização de tarefas que acreditam exceder as suas capacidades, optando pela realização de actividades em que sabem à partida que irão ser bem sucedidas. Contudo, por vezes, falsos julgamentos podem ocorrer, e nesta altura os sujeitos avaliam-se de forma irrealista em relação às suas capacidades reais (Bandura, 1986). Como resultado, o facto de não conseguirem atingir os objectivos, conduz a que os outros o vejam como tendo pouca credibilidade, ocorrendo em muitos casos danos a vários níveis.

O julgamento de AE, determina igualmente quanto esforço o sujeito irá despender, e por quanto tempo irá persistir face a um obstáculo ou situação adversa (Bandura, 1977, 1982, 1986). Isto implica que quanto maior for a AE percebida, maior e mais persistente é o esforço. Sujeitos com elevada AE tendem a procurar soluções para os problemas que vão surgindo, e caso exista insucesso atribuem este desfecho ao esforço insuficiente por eles realizado. Contrariamente a isto, aqueles sujeitos que possuem baixa AE atribuem o seu insucesso às suas fracas capacidades, manifestam poucas aspirações (profissionais, pessoais e sociais) e apresentam elevados scores de stresse e ansiedade (Bandura, 1986). O autor acrescenta dizendo “que pessoas com elevada AE agem, pensam e sentem de modo diferente, dos sujeitos com baixa AE. Os primeiros produzem o seu futuro em vez de simplesmente o predizer” (Bandura, 1986 p. 395). Conclui-se então que no julgamento da AE, torna-se também importante avaliar 3 dimensões, susceptíveis de influenciar posteriormente o desempenho. Com efeito, as crenças de AE diferem de sujeito para sujeito em relação ao nível, generalização e força. O nível de AE diz respeito ao

patamar que o sujeito estabelece a si próprio, isto é, o grau de dificuldade por ele normalmente desempenhado. A generalização refere-se ao julgamento que habitualmente o sujeito faz nos diversos sectores da sua vida, onde o indivíduo pode sentir-se mais competente em determinadas tarefas específicas ou na generalidade das actividades. Por último, a força diz respeito à quantidade de energia que o sujeito despende na realização de uma actividade, se desiste, ou se persiste apesar das dificuldades.

Um importante factor associado à AE é a motivação (Bandura, 1986). De facto, os sujeitos podem possuir capacidades, ter um forte sentimento de AE e no entanto, escolher não realizar a tarefa porque não estão motivados para tal. Esta desmotivação pode estar relacionada com o tipo de tarefa ou situação. Assim, os sujeitos podem-se perceber com uma boa AE geral para todos os domínios ou perceberem-se apenas como auto-eficazes em domínios específicos, e aí, a motivação é certamente uma variável importante a ter em conta.

Para Bandura (1986), o sujeito tem percepção da sua AE com base em quatro fontes principais, que actuam de forma independente ou combinada. São elas:

1. Avaliação do desempenho: é uma das principais fontes de AE, pois baseia-se numa percepção pessoal. É com base na avaliação de desempenhos anteriores, que o sujeito irá despende ou não energia na realização de novas tarefas. Uma vez estabelecida a avaliação global do seu desempenho, esta é generalizada a outras situações. Sucessos anteriores aumentam a noção de AE, porém, maus resultados ocasionais, pouca influência têm na AE. A interpretação de sucesso/insucesso de experiências passadas, depende também do factor ao qual o sujeito atribua esse evento, isto é, à capacidade ou ao esforço. O autor conclui que se o indivíduo atribuir sucessos anteriores à sua capacidade, serão implementadas crenças de AE mais elevadas do que no caso de atribuição ao esforço;
2. Observação do desempenho dos outros: É através do desempenho de terceiros, que o indivíduo avalia se consegue desempenhar com

sucesso as mesmas tarefas, e assim motivar-se para as iniciar. A máxima que se impõe é “se ele consegue, eu também consigo”. No entanto, há que ter em conta, que o que torna um modelo influente são determinadas características pessoais, que terão que ser percebidas como semelhantes pelo observador. Quando o sujeito se compara com sujeitos com mais capacidades, aumenta a auto-apreciação, quando se compara com sujeitos mais fracos existe uma diminuição de AE;

3. Persuasão verbal: É muitas vezes utilizada para induzir os outros a realizar tarefas, fazendo-os acreditar nas suas capacidades pessoais. Para isto, é necessário que a pessoa a persuadir possua capacidades e que o persuasor seja credível e demonstre possuir conhecimentos sobre a situação específica. Se isto não se verificar, é frequente o surgimento de expectativas irrealistas, onde a pessoa que incentiva é desacreditada, e a pessoa incentivada tende a diminuir o esforço no desempenho das actividades, desistindo mais facilmente perante a adversidade.
4. Estados psicológicos: O estado psicológico em que o sujeito se encontra influencia a percepção de AE. Elevados graus de ansiedade, depressão e stresse, comprometem o julgamento pessoal de eficácia.

É na infância que se inicia o desenvolvimento da noção de AE. É através do sucesso/insucesso de tarefas, que faz com que a criança comece a perceber as suas capacidades físicas, linguísticas, cognitivas e sociais. Mais tarde, com a aquisição da linguagem a criança desenvolve competências simbólicas e começa a reflectir nas suas experiências, naquilo que é e não é permitido. O apoio da família e principalmente dos cuidadores primários é bastante importante, pois dão “feedback” acerca do desempenho da criança. As primeiras experiências de AE centradas na família são depois alargadas ao grupo de pares. Normalmente, as crianças tendem a associar-se a outras crianças que partilham interesses comuns e valores. É a partir desta escolha, que a AE será promovida em direcções de interesses mútuos, deixando

de parte outras potencialidades que a criança pudesse possuir. Isto significa que para existir uma mudança de comportamento, este não tem que advir necessariamente de uma experiência, pode acontecer através da observação do comportamento dos outros sujeitos (Teoria de Modelagem) (Bandura, 1986). Posteriormente na escola, as competências cognitivas serão desenvolvidas e adquiridas competências para a resolução de problemas. Em todo este processo escolar, os professores também intervêm, principalmente ao nível do reforço positivo/negativo.

À medida que a criança vai crescendo e passando pela fase da adolescência, outras dificuldades surgem, nomeadamente na forma de lidar com relações amorosas e na escolha da carreira profissional.

Na fase adulta já existe uma AE geral, para a maioria das áreas, que pode no entanto ser alterada devido a circunstâncias da vida, promotoras de stresse. Como exemplo, e neste caso temos os locais de trabalho altamente competitivos, novo meio familiar, entre outros. Com o passar dos anos, e ao entrar na velhice o sujeito confronta-se com uma nova realidade. De acordo com os estereótipos sociais deixa de ser útil para a sociedade, pois deixa de contribuir em termos de actividade laboral, e começa a ter menos capacidades cognitivas. Sentindo-se pouco útil, começa a avaliar-se como menos capaz na realização de tarefas, diminuindo o seu julgamento de AE.

Concluimos, que a aquisição de competências de AE é um processo dinâmico e que desempenha uma forte influência em vários domínios e etapas da vida do sujeito, nomeadamente no processo de aprendizagem, na adaptação ao meio social e laboral. Mais recentemente, variados estudos têm demonstrado a sua influência no campo da saúde (Bandura, 1997).

### 3.3 Auto-Eficácia e a Saúde

Tem sido largamente documentado que domínios globais e específicos de AE estão fortemente correlacionados com a saúde, bem-estar psicológico e físico dos sujeitos, constituindo esta ainda, uma das principais fontes de *locus* de controlo interno na idade adulta (Fry, 2001).

A persuasão verbal, constitui-se como uma das principais fontes de AE no campo da saúde, onde o objectivo é fazer com que as pessoas adoptem um estilo de vida saudável e assim previnam a doença. Em tais mensagens, o apelo ao medo não resulta, devendo no entanto ser explicado ao doente as eventuais complicações que podem advir se este insistir em não praticar hábitos de vida saudáveis. Por exemplo, em pessoas obesas que se julgam incapazes de controlar o seu peso, a mensagem não deverá ser dada em termos de quanto custam ao estado, ou que são um peso para a sociedade. A comunicação deverá antes ser centrada na persuasão de que serão capazes de alterar os seus hábitos alimentares, e que para terem sucesso terão que ser perseverantes e não desanimarem no primeiro contratempo, que eventualmente poderá ocorrer (Bandura, 1986).

A motivação é outro factor que pode influenciar a AE. Tendo esta variável em atenção, Marlatt et al. (1994 in Schwarzer & Fuchs, 1996), propõem cinco categorias de AE, relacionadas com diferentes estados de motivação, cujo objectivo é aderir aos comportamentos de saúde. São elas:

1. AE de resistência: insere-se num nível de prevenção primária ou secundária e relaciona-se com a resistência que o sujeito tem de ter em relação à pressão dos pares para evitar consumir substâncias (tabaco, álcool);
2. AE de redução de risco: tal como a anterior, esta também se insere num nível de prevenção primária ou secundária, porém diz respeito à redução do risco de voltar a consumir substâncias;
3. AE de acção: relaciona-se com a vontade do sujeito de não voltar a consumir;

4. AE de coping: relaciona-se com a aquisição de estratégias de coping adequadas a uma situação de risco;
5. AE de recuperação: tal como o nome indica, relaciona-se com a recuperação do sujeito em caso de reincidência.

Por outro lado, e tendo em conta que o Homem é um animal social, Bandura (1986) postula, que o meio envolvente ao sujeito tem influência no seu comportamento. Num estudo realizado pelo autor, constatou que a reabilitação do doente cardíaco dependia do nível de envolvimento dos cônjuges em todo o processo. Os sujeitos que percepcionavam maior eficácia cardíaca e física, eram aqueles cujos cônjuges demonstravam uma AE mais elevada e acreditavam mais no benefício do tratamento.

O efeito da AE na adesão ao tratamento foi demonstrado também por Christensen, Wiebe, Benotsch e Lawton (1996). Estes sugerem que os sujeitos têm uma maior aderência ao tratamento quando possuem maior confiança nos seus julgamentos e nas acções dos técnicos de saúde. De acordo com isto, não é surpreendente que em programas de reabilitação para doentes cardíacos, aqueles que aderiam mais ao programa eram os que possuíam níveis mais elevados de AE (Ewart, 1995).

O papel mediador da AE entre os cuidados médicos e a QDV do sujeito foi assinalado por Bandura (1997), em doentes crónicos. De acordo com o investigador, as limitações físicas do sujeito com doença crónica são mais influenciadas pelas suas crenças de eficácia do que pelo grau de incapacidade física. Isto porque, elevadas percepções de AE promovem o uso de estratégias de coping mais adaptativas. Na doença crónica, a necessidade de longos tratamentos, também influencia a expectativa de AE. Por conseguinte, quanto maior for o tempo de duração, menor a adesão ao tratamento, pois não sentindo melhoras imediatas, o sujeito tende a desistir (O' Leary, 1992).

Em 1986, Bandura já sublinhava a importância da AE para os níveis de stress e ansiedade vividas pelo indivíduo. Estudos epidemiológicos e correlacionais

indicam que a percepção de pouco controlo sobre condições perturbadoras, aumenta a susceptibilidade de infecções bacterianas e virais, contribui para o aparecimento de doenças físicas e acelera o processo de doença (Schneiderman, McCabe & Baum, 1992 in Bandura, 1997). De facto, a maioria dos efeitos biológicos do stresse não surgem pela situação em si, mas pela avaliação que o sujeito faz da situação e da sua capacidade de AE. Se as pessoas acreditarem que conseguem gerir eficazmente situações potenciadoras de stresse, então a situação não lhes causará qualquer tipo de influência. Pelo contrário, se o sujeito tem a percepção de que não consegue controlar situações adversas, surge a percepção de ineficácia (Bandura, 1997). Assim, a percepção que o sujeito tem de controlo da sua doença (seja ela qual for), parece também assumir contornos importantes, como forma de reduzir a incerteza acerca do seu futuro. Com efeito, iniciar e manter um tratamento requer um grande esforço por parte do sujeito, pelo que se ele acreditar que controla toda a situação, desenvolverá uma elevada percepção de AE. Uma vez a acção iniciada, o sujeito com elevada AE irá investir mais esforço e persistir mais no tratamento, do que sujeitos com pouca percepção de controlo e consequentemente pouca AE (Schwarzer & Fuchs, 1996). Conclusões semelhantes foram encontradas na prática do exercício físico, em populações consideradas como tendo um comportamento sexual de risco, e em populações consumidoras de estupefacientes (Schwarzer & Fuchs, 1996).

Em relação à idade, de uma forma geral verifica-se, que sujeitos com fraca percepção de AE reportam um maior declínio na sua auto-estima e satisfação com a vida, quando comparados com outros sujeitos da mesma idade, mas com elevada percepção de AE (Smith, Kohn, Savage-Stevens, Finch, Ingate, & Lim, 2000; Lawton, 2001). Com o aumento da idade, este padrão também se verifica (Caprara, Caprara & Steca, 2003).

Diversas investigações documentam a influência do sexo na avaliação de AE (Bandura, 1997). Num estudo de Caprara et al. (2003), os homens possuíam maior AE do que as mulheres. Os autores concluem, que os homens entram na idade adulta gerindo de forma mais positiva as situações potenciadoras de stresse, do que as mulheres.

Tem sido revelado através de trabalhos em diversas áreas da saúde a importância da AE. Todos têm em comum conclusões semelhantes: um aumento de AE prediz uma melhor saúde. Isto pode acontecer tendo por base duas formas: AE tem um papel na mediação da imunossupressão induzida pelo stresse, e em alterações fisiológicas tais como a tensão arterial, ritmo cardíaco e hormonas de stresse (Wiedenfield, O'Leary, Bandura, Brown, Levine & Raska, 1990), e possui influência através da prática de comportamentos que afectam a saúde (O'Leary, 1992).

### *3.4 Avaliação da Auto-Eficácia*

A AE diferencia-se de outros tipos de expectativas, nomeadamente o auto-conceito, por ser uma variável específica da situação, pelo que, quando activada, o sujeito tem que avaliar em simultâneo: as suas potencialidades, o objectivo exigido pela situação e realizar acções que conduzam a esse objectivo. Tendo em atenção a particularidade desta variável cognitiva, Ribeiro (1995) postula e em consonância com Lee e Bobko (1994, in Ribeiro 1995), que a avaliação da AE não deve ser feita com base em escalas de Likert. No entanto Bandura (1977, in Ribeiro, 1995) admite, que embora a AE seja uma variável específica, algumas situações conduzem a uma AE mais geral.

Mediante esta premissa, foram desenvolvidas escalas que avaliam a AE geral, como é o caso da escala desenvolvida por Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs, Ronald e Rogers (1982). Os autores propõem-se avaliar a AE partindo do pressuposto de que as experiências passadas e a atribuição que o sujeito faz do seu sucesso (a competências pessoais ou devido à sorte), influenciam a AE geral. Para medir estas expectativas construíram uma escala de Likert com 23 itens divididos em duas sub-escalas: sub-escala de Auto-Eficácia geral (com 17 itens) e a sub-escala de Auto-Eficácia social (com seis itens). Concluíram, tal como Bandura (1986) defendia, que os sujeitos que têm tendência a atribuir o sucesso das suas acções às capacidades pessoais revelam uma AE geral mais elevada, dos que atribuem o sucesso das suas acções à sorte.

Com base nas teorias de Bandura (1977), e na escala de Sherer et al. (1982), Ribeiro (1995) formula uma escala que denominou de “Avaliação da AE Geral”. É uma escala de tipo Likert, com 15 itens divididos em três dimensões (“Iniciação e Persistência”, “Eficácia Perante a Adversidade” e “Eficácia Social”), que tem demonstrado possuir boas propriedades métricas.

Mais recentemente, Chen, Gully e Eden (2001), desenvolveram uma escala de AE geral que denominaram de “Nova escala de Auto-Eficácia Geral”. Esta escala, segundo os autores, possui propriedades métricas mais fiáveis do que a desenvolvida por Sherer et al. (1982), na medida em que prediz uma AE específica para uma variedade de tarefas em vários contextos, e modera a influência de experiências passadas. É composta por oito itens avaliados numa escala de Likert de cinco pontos, revelando elevados valores de consistência interna.

Para avaliar a AE para além de escalas de tipo Likert, outros métodos têm sido usados. Por exemplo, Schwarzer e Fuchs (1996), propõem a utilização de frases “se... então” na avaliação de expectativas de resultado. Na avaliação de expectativas de AE, frases positivas como “eu sei que conseguirei” seriam as mais indicadas.

Ainda de acordo com Bandura (1986,1997), como anteriormente foi referido, a expectativa de AE varia em três dimensões: nível de magnitude (nível de dificuldade de tarefa); força (certeza de realização com sucesso de uma tarefa particular) e generalização (a extensão da magnitude e força para outras situações).

Nesta sequência Lee e Bocko (1994, in Ribeiro, 1995), indicam cinco formas de avaliar a AE. São elas: pedir aos sujeitos que atribuam uma classificação à força da sua AE; pedir aos sujeitos que classifiquem a magnitude da sua AE; combinar a força e a magnitude através de uma nota Z, a partir da soma de notas “sim”; combinar a magnitude e a força mas a partir de notas brutas e finalmente, utilizar apenas um item através do qual o sujeito classifica o seu nível de confiança na realização de uma determinada tarefa.

### *3.5 A Auto-Eficácia e o Sujeito com Acidente Vascular Cerebral*

São escassos os estudos que avaliam o efeito da AE no AVC. A maioria das investigações de AE centra-se em patologias como o cancro (Cunningham, Lockwood & Cunningham, 1991), a asma (Morgado, Pires & Pinto, 2000), ou em programas de educação para o uso do preservativo (Richard & Van der Pligt, 1991).

A percepção de AE parece influenciar a expectativas do sujeito hemiplégico, em relação à competência que possui na realização de tarefas como: transferir-se da cama para uma cadeira de rodas, ou ser capaz de utilizar talheres às refeições. Associado a este conceito, surge por vezes o termo de auto-cuidado, em que o sujeito percebe que é capaz de fazer a sua higiene pessoal, pressupondo um aumento da QDV e diminuição de sintomas de stresse. As técnicas de intervenção com o objectivo de aumentar a AE no auto-cuidado, diminuem sintomas depressivos e aumenta a QDV (Robinson-Smith & Pizzi, 2003).

De acordo com Bandura (1986), existem quatro tipos de actividade através dos quais a AE é atingida: concretização do comportamento; experiência dos pares; persuasão verbal e estado psicológico. Quando os indivíduos acometidos por um AVC realizam com sucesso uma actividade de auto-cuidado, isto influencia a AE, pelo que, a realização com sucesso de tarefas mais simples encoraja o sujeito a realizar actividades mais complicadas, aumentando a autoconfiança. Por outro lado, através da observação de comportamentos bem sucedidos por outros sujeitos com AVC, o indivíduo é impelido a acreditar que também é capaz, aumentando a sua AE. Confiança adicional é conseguida, quando o sujeito visualiza ou imagina uma pessoa com características semelhantes, a alcançar com sucesso uma tarefa específica.

De um modo semelhante, o encorajamento oral logo na fase aguda, melhora significativamente a AE do doente, tendo, nesta situação, as enfermeiras um papel de relevo. Podem, por exemplo, contar histórias com um bom prognóstico de outros doentes que já tenham vivido um episódio de AVC. Outro factor importante a ter em atenção na reabilitação do sujeito tem que ver com o estado psicológico em que o doente se encontra, afectando a sua capacidade de realizar ou aprender competências. Sujeitos que interpretam a fadiga e a dor como indicadores de uma má reabilitação

terão menos capacidade de AE. Técnicas de relaxamento, neste caso, podem ser ensinadas aos sujeitos pelas enfermeiras, aumentando o nível de motivação do sujeito para a recuperação (Robinson-Smith & Pizzi, 2003).

No sentido de uma melhor reabilitação devem igualmente ser desenvolvidas estratégias em que os terapeutas envolvam mais o doente com AVC no programa terapêutico (Jones, Mandy e Partridge, 2000), pois tal como Bandura (1977) propunha, encorajando o doente e atribuindo-lhe responsabilidade e controlo, faz com que este alcance uma maior motivação para a mudança de comportamento, logo maior AE.

Robinson-Smith, Johnston e Allen (2000), completam este quadro ao estudarem a relação existente entre AE e o auto-cuidado, com a independência funcional, a QDV e a depressão após AVC, em sujeitos com um mês de diagnóstico e posteriormente, decorridos seis meses. Os resultados encontrados indicam uma melhoria de AE e do auto-cuidado pós AVC, fortemente correlacionada com a QDV e depressão nos dois períodos em estudo. A independência funcional e a QDV melhoraram ao longo do tempo enquanto que sintomas depressivos diminuíram.

Ao nível da reabilitação do doente com AVC verifica-se portanto, que apesar de haver uma melhoria significativa no prognóstico com o início do tratamento, os sujeitos, que possuem uma menor AE evoluem mais lentamente e estão menos satisfeitos com as actividades da sua vida diária, do que aqueles com elevados níveis de AE (Hellstrom et al., 2003).

## 4. Auto-Imagem

### 4.1 Conceito

Os primeiros registos acerca da AI surgem no séc. XVII, com Ambroise Pare (Schilder, 1981), quando o cirurgião constatou que após uma amputação, o sujeito continuava a sentir ilusoriamente a presença do membro amputado.

Na actualidade, várias definições são adoptadas por diferentes autores em relação à AI que têm como base duas perspectivas: uma perspectiva neurológica e uma perspectiva psicológica. Na primeira, a imagem do corpo é vista como um processo integrador que condiciona competências e aquisições (noção de esquema corporal). Numa perspectiva psicológica, a imagem corporal relaciona-se com as representações, atitudes, sentimentos e representações que o sujeito elabora em relação ao seu corpo.

Nesta sequência, numa perspectiva mais neurológica Head (1920), propõe uma teoria acerca da integração e unificação de percepção corporal, onde introduz a noção de esquema corporal que de acordo com o autor, se refere à experiência imediata percebida do corpo pelo sujeito. Numa perspectiva psicológica, Schilder (1981) define imagem corporal como “a pintura do nosso corpo que formamos na nossa consciência, ou seja, a forma como o corpo nos aparece” (Schilder, 1981 p. 83). Para Bruchon-Shweitzer (1987), a imagem corporal refere-se ao conjunto de sentimentos, lembranças, atitudes e experiências que o sujeito acumulou ao longo do tempo em relação ao seu corpo e que são compactadas numa percepção geral.

De acordo com a nossa perspectiva, a AI refere-se à percepção pessoal que o sujeito tem do seu self físico, em termos de aparência e capacidades funcionais. É desenvolvido através da auto-observação, reacções de outros, e experiência de vida.

É um conceito intimamente relacionado com a auto-estima e auto-conceito, na medida em que o primeiro diz respeito à avaliação pessoal em termos de competência e valor (Coopersmith, 1967 in Norris & Spelic, 2002) e o segundo relaciona-se com o conceito que o sujeito faz de si próprio em termos físicos, sociais, espirituais e morais (Gécas, 1982).

#### *4.2 A Auto-Imagem e o Sujeito*

A influência da AI na vida psíquica do indivíduo tem sido largamente estudada através de diferentes perspectivas. Numa perspectiva gestáltica a ideia central é a de que os elementos que percebemos são seleccionados pelo nosso cérebro de forma a criar uma imagem que é diferente da soma das partes (Koffka, 1939), isto significa, que o desenvolvimento da percepção do corpo não se faz unicamente pela junção da mão com o pé, o tronco ou a cabeça, mas através de reorganizações influenciadas pela experiência do sujeito.

Numa perspectiva psicanalítica, é dado ênfase às primeiras experiências corporais da criança. Na fase oral existe a formação do “espaço oral”, onde a boca constitui-se como zona exógena, convertendo-se esta não apenas como um lugar de satisfação, mas também como um instrumento de conhecimento, na medida em que serve para diferenciar diferentes texturas, temperaturas e gostos. À medida que a criança vai discriminando impressões no espaço oral, as configurações espaciais começam a tomar forma. Por volta do quarto mês de vida, começa a esboçar-se a bipolarização dentro-fora e corpo-ambiente, pois é por volta desta altura que se inicia mais fortemente a apreensão manual. Mais tarde, as impressões cutâneas começam a ser mais sensíveis aos objectos, começando nesta altura a esboçar-se o esquema corporal. Nos primeiros dois/três anos de vida a criança utiliza as mãos como elemento explorador, mas “desconhece” que as possui, não estabelecendo relação entre elas e as impressões tácteis e cinestésicas. A partir do momento em que as duas mãos manipulam o objecto e a criança lhe atribui um significado de dor ou prazer, começa a surgir uma continuidade visual com a apreensão – as mãos passam a ser percebidas como estando dentro dela. Por volta dos seis meses a criança expande o seu interesse para os pés, iniciando com eles longas brincadeiras. No segundo ano de vida a zona do corpo sentida como mais erógena é a zona anal. Os esfíncteres adquirem importância vital e são fonte de condicionamento e aprendizagem, muitas vezes por repreensão materna. Através da expulsão do “seu interior” no “seu exterior”, a construção de esquema corporal vai cada vez mais tomando forma. A noção de continuidade entre a zona oral e anal é adquirida, quando há integração da

noção de tronco, durante o segundo ano de vida. Perto do terceiro ano de vida a criança começa a distinguir a sua imagem física reflectida no espelho – surge a configuração total de corpo. A construção do esquema corporal não termina com a construção dos limites entre dentro e fora. Nesta construção, ainda terá que ser englobada a consciência dos órgãos internos e a posição do corpo no espaço em relação aos outros (Lopez, 1956).

Englobando perspectivas gestálticas e psicanalíticas, Schilder (1981) propõe o conceito de Imagem Corporal, conceito este muitas vezes utilizado indiscriminadamente, do conceito *esquema corporal*, introduzido por Head (1920). Schilder (1981) sublinha a importância desta distinção, pois enquanto esquema corporal se refere à experiência imediata percebida do corpo pelo sujeito, a imagem corporal é uma representação mental do corpo construída pelos sentidos e mediada por diversas variáveis como a experiência e os outros. Consideramos contudo, que a imagem corporal é contínua e representativa do esquema corporal e que as experiências corporais que determinam a imagem corporal contribuem para a criação de um esquema, pelo que neste trabalho iremos utilizar indiscriminadamente os dois termos.

A aquisição da AI é um processo de aquisição contínua, lenta e mutável. É através das impressões tácteis e visuais, e pela relação com os outros que chega à mente do sujeito conhecimento do seu próprio corpo. Mediante isto, quanto mais intensos forem os estímulos, maior a probabilidade de novas experiências, maior será a formação de noção corporal. Em relação a isto acredita-se que os pais desempenham um papel crucial. De facto, e de acordo com Freud (1949 in Orbach & Mikulincer, 1998) a auto-protecção não é uma característica com que o indivíduo já venha equipado à nascença. Esta é interiorizada a partir da avaliação que a criança faz da qualidade da relação com os cuidadores primários. Assim, crianças satisfeitas com a qualidade do contacto com os pais, serão em adultos mais seguras e investirão mais na sua imagem (Van der Velde, 1985).

A insatisfação com a imagem corporal é cada vez mais frequente entre as mulheres, tal como demonstrou Webster e Tiggmann (2003). Segundo as autoras,

com a influência cada vez maior da comunicação social acerca do que é fisicamente atractivo, as mulheres estão a tornar-se mais magras. Isto foi demonstrado num estudo de Sondhaus, Kurtz e Strube (2001). Os autores compararam dois grupos de sujeitos (homens e mulheres) em diferentes alturas: um em 1996 e outro em 1966. Constataram, que no grupo masculino não existiam diferenças entre a percepção de AI ao longo do tempo, mas diferenças foram encontradas no grupo feminino. As mulheres na actualidade avaliam de forma menos positiva a sua AI e possuem uma auto-estima menor, do que as mulheres avaliadas em 1966.

Contudo, esta preocupação com o corpo, na actualidade, não parece ser exclusiva das camadas mais novas. Ainda assim, parece que um aumento da idade, faz com que as mulheres adoptem estratégias cognitivas, que baixam as suas expectativas em relação ao ideal de imagem corporal. A idade parece pois, ser um mediador entre a satisfação/insatisfação corporal e a auto-estima e auto-conceito e no surgimento de sentimentos de ansiedade e depressão (Webster e Tiggmann, 2003).

O estatuto socio-económico parece também influenciar a percepção do corpo. Num estudo realizado por Muraro (1984 in Capisano, 1992), as mulheres com um estatuto sócio-económico mais elevado revelavam uma maior preocupação com o seu corpo, recorrendo mais vezes a cirurgias plásticas do que as mulheres de estatuto sócio-económico baixo. As últimas parecem sentir as mudanças corporais como um processo normal de envelhecimento, estando por isso mais adaptadas ao seu corpo.

Por sua vez, uma avaliação negativa do corpo induz o sujeito a adoptar medidas que disfarçam tanto quanto possível a(s) parte(s) do corpo com que estão descontentes. Surgem estratégias tais como: uso de roupa larga, evitamento de contacto físico, comer menos e em casos extremos, isolamento social (Rosen, Srebnik, Saltzberg, & Wendt, 1991).

Similarmente pessoas que sofrem alterações do seu corpo, quer a nível aparente, quer a nível funcional, percebem-se normalmente como menos capazes de realizar com sucesso tarefas e consideram-se menos úteis para a sociedade e para a família, possuindo baixa AI. Após o acontecimento precipitante da incapacidade, o sujeito passa por inúmeras etapas de adaptação ao seu corpo (Norris & Spelic, 2002).

Na fase inicial surge o choque, recorrendo frequentemente a mecanismos de defesa como a negação, evitamento, humor, ou pensamento positivo. Por vezes, e já meses após a alteração física, os indivíduos não reconhecem a sua imagem no espelho. Depois surge a fase de desejo de reestruturação. Nesta, a dor e o lamento pela perda de capacidades dá lugar ao desejo de melhorar tanto quanto possível a capacidade funcional. Isto acontece na maioria dos sujeitos, pois existem alguns que adoptam uma posição passiva e de desamparo, relatando que a sua vida foi alterada para sempre e que nem com ajuda médica poderá melhorar. A avaliação realista da incapacidade é bastante importante no processo de reabilitação, pois o sujeito tem que ter em conta que a melhoria funcional do handicap depende de um conjunto de factores, entre os quais, a natureza da lesão. Numa última fase, existe a reconciliação e normalização. A reconciliação diz respeito à aceitação por parte do indivíduo da alteração física e/ou funcional, incorporando-a na sua avaliação de AI. A normalização requer a acomodação a sequelas residuais que possam permanecer, integrando-se o sujeito tanto quanto possível num estilo de vida normal (Norris & Spelic, 2002). Para alguns sujeitos, para existir este processo é necessário programas específicos de educação, para alterar não só as suas expectativas irrealistas, mas também para o ensinar a viver com o handicap, integrando-o na sociedade.

São vários os factores responsáveis pela adaptação do sujeito à sua nova realidade corporal. Segundo Norris e Spelic (2002), estes incluem quatro factores. São eles:

1. Interpretações e valores pessoais: Os sujeitos interpretam um determinado aspecto físico de acordo com os seus valores, idade e sexo. Alterações físicas parecem ser mais importantes para as mulheres jovens do que para homens jovens, ou para sujeitos idosos de ambos os sexos. Por sua vez, a perda de funcionalidade parece ser mais uma experiência avaliada de forma menos positiva por homens, pois estes dão grande importância à agilidade e força física. O mesmo acontece em sujeitos idosos que têm medo de constituir um encargo para a família;

2. Acesso aos cuidados de saúde: A qualidade dos cuidados prestados e dos meios técnicos utilizados são bastante relevantes na recuperação. Por exemplo o recurso a uma prótese mamária pode significar uma grande diferença na forma como a mulher vive com o seu corpo;
3. Suporte social: O suporte social de amigos e familiares é significativamente importante para a pessoa que se encontra na fase aguda (fase de choque), pois nesta fase os sujeitos estão mais sensíveis. Este tem que ser contudo adequado, pois quantidade de suporte social, não significa qualidade;
4. Experiências de vida e auto-estima: É com base em experiências anteriores (de doença ou não), atitudes e expectativas, que o sujeito irá avaliar a sua nova situação.

#### *4.3 Avaliação da Auto-Imagem*

A avaliação da AI tem sido feita com base em diferentes questionários, a partir de diferentes pressupostos de revisões bibliográficas de AI.

Por exemplo, a “Body Esteem Scale” de Franzoi e Shields (1984), avalia a satisfação do sujeito em relação a 35 partes do corpo. As respostas são dadas através de uma escala de Likert de cinco pontos, variando entre um ponto (avaliação muito negativa acerca do seu corpo), até cinco pontos (avaliação positiva forte acerca do seu corpo). A pontuação global da escala situa-se entre os 35 a 175 pontos, em que quanto maior a pontuação, maior a satisfação corporal.

Outra escala muito utilizada é a “The Body Cathexis Scale” desenvolvida por Secord e Jourard (1953), é muito usada no campo da saúde e tem sofrido ao longo do tempo variadas modificações. Foi desenvolvida com o intuito de perceber através de simples questões quais eram as atitudes do sujeito em relação ao seu corpo. Os estudos evidenciam que atitudes positivas em relação ao corpo conduzem a uma positiva auto-estima (Webster & Tiggemann, 2003). A escala original contém 46 itens distribuídos numa escala de Likert de cinco pontos (1-insatisfação corporal; 3-representação neutral do corpo; 5-satisfação corporal).

Anos mais tarde, em 1991, Rosen et al., propuseram uma escala de auto-preenchimento que medisse as tendências comportamentais relacionadas com distúrbios de Auto-Imagem. Daqui resultou um questionário denominado “Body Image Avoidance Questionnaire” com 19 itens, que avaliam situações em que o indivíduo evita determinadas atitudes que lhe causem preocupações acerca da aparência física, como por exemplo o uso de roupas justas, relações sociais, e contacto íntimo. Nesta escala os sujeitos descrevem o grau com que praticam determinado comportamento, variando as respostas entre uma pontuação de 5 “sempre”; 4 “usualmente”; 3 “frequentemente”; 2 “por vezes”; 1 “raramente” e 0 “nunca”. Os autores concluem que esta é uma escala com uma boa consistência interna (0,89), à qual um maior nível de respostas negativas se associam à insatisfação corporal, medo de engordar, baixo sentimento de valor pessoal, desejo de perda de peso e grande importância colocada na forma física. Os autores concluíram também, que esta é uma escala que poderá ser utilizada em contexto clínico, pois a escala foi sensível a populações classificadas com distúrbio bulímico do comportamento.

Mais recentemente Orbach e Mikulincer (1998), desenvolveram uma escala denominada “The Body Investment Scale”, que pretende avaliar as experiências, sentimentos e atitudes do sujeito em relação ao seu corpo. Os autores basearam-se no pressuposto, de que é a partir das primeiras experiências corporais enquanto criança (sensações visuais, sensações cinestésicas, contacto físico com os pares e com os pais), que se constrói a noção de imagem corporal. Mediante isto inferiram, que experiências corporais negativas estariam correlacionadas com comportamentos auto-destrutivos. A escala é composta por 24 itens repartidos por quatro sub-escalas que avaliam a atitude e sentimento em relação à AI; bem-estar em relação ao toque corporal; investimento no cuidar do corpo e protecção corporal. As respostas são avaliadas através de uma escala de Likert de cinco pontos em que o sujeito diz qual o grau de concordância com as afirmações apresentadas (1-não concordo nada com a afirmação; 2-não concordo com a afirmação; 3-não concordo nem discordo da afirmação; 4-concordo com a afirmação; 5-concordo bastante com a afirmação). Os

autores demonstraram que as sub-escalas possuíam elevados valores de consistência interna. Orbach e Milkulincer (1998), sugerem que a escala deveria ser utilizada em populações com patologia do comportamento tais como: distúrbios alimentares, abuso de drogas, e em casos de abuso sexual. Sugerem ainda, que seria interessante perceber a relação entre as experiências corporais e a promoção da saúde, bem como na adaptação à doença física.

#### *4.4 A Auto-Imagem e o Sujeito com Acidente Vascular Cerebral*

Como já anteriormente foi referenciado, o Acidente Vascular Cerebral (AVC), é a principal causa de lesões neuropsicológicas em adultos, e com uma tendência generalizada de assim permanecer. Pós AVC, o sujeito experimenta uma nova vivência corporal fazendo com que o maior foco dos programas de reabilitação se centrem na recuperação a nível de funcionalidade dos membros afectados. Porém, e apesar de recuperações a este nível, os sujeitos com AVC referem um profunda insatisfação em relação ao seu corpo (Becker, 1993). Num estudo de Whyller e Kirkevold (1999), todos os respondentes com diagnóstico de AVC, manifestaram possuir profundas alterações funcionais do corpo. Concluíram porém, que a redução de QDV não era interpretada directamente pela alteração corporal, mas na interpretação e evolução pessoal dessas alterações.

Num estudo de Ellis-Hill, Payne e Ward (2000), os sujeitos com AVC descrevem uma grande alteração na relação com o seu corpo após o diagnóstico da doença, parecendo ocorrer uma súbita separação entre o self e o corpo, deixando este de obedecer às ordens do sujeito. Gadow (1982, in Ellis-Hill et al., 2000) sugere, que quando o indivíduo deixa de sentir que tem o controlo, quando o seu corpo não age mediante a sua vontade, que fenómenos de disjunção corpo/mente são frequentes de acontecer. A propósito disto, Doolittle (1992), constatou na sua pesquisa que todos os sujeitos com AVC referiam-se aos seu membros como “aquilo” e “eles”, como se deles não fizessem parte. Ainda nesta sequência são impressionantes os relatos do escritor José Cardoso Pires após ser acometido por um AVC. O autor relata anos

mais tarde “...como se acabasse de dar início a um processo de despersonalização, eu tinha-me transferido para um sujeito na terceira pessoa que ainda por cima se tornava mais alheio e mais abstracto pela imprecisão *parece que...*” (Pires, 1997 p. 23).

Após um AVC, sentimentos de frustração ocorrem frequentemente, pois o sujeito não compreende porque é que sentindo-se bem, não consegue movimentar partes do seu corpo. Nestas alturas o sujeito é incapaz de perceber o que lhe aconteceu, nem qual foi a causa do AVC. Isto faz com que se torne menos confiante na capacidade de controlo corporal (Pound, Bury, Ebrahim, 1997). De um modo geral, ao longo do tempo, este sentimento de falta de confiança vai desaparecendo, ainda assim, alguns indivíduos ainda se sentem vulneráveis e frágeis ao fim de um ano de diagnóstico, pois o seu corpo ainda não realiza todos os movimentos (Ellis-Hill et al., 2000). Neste exemplo específico, corpo e self ainda são sentidos como distintos, sendo o objectivo da reabilitação que não sejam opostos na finalização de movimentos.

Similarmente, na relação com os outros, o corpo parece possuir grande importância. Apesar de por vezes o indivíduo com AVC se sentir desconfortável fisicamente, na relação com a família, amigos, vizinhos, isto parece não acontecer (Ellis-Hill et al., 2000). Contudo, este conforto parece apenas acontecer quando o sujeito recebe visitas em casa, e não quando tem que sair para ir ter com os pares (Tamm, 1999). Normalmente o setting fora de casa não está ajustado às incapacidades do sujeito com AVC, consciencializando mais fortemente nesta altura, o verdadeiro grau do seu handicap. Sentindo-se menos seguro, o sujeito irá evitar sair de casa, diminuindo desta forma, a quantidade de contactos sociais.

Por outro lado, a forma como o sujeito vive com as alterações que o AVC lhe provocou, irá depender também de factores, como por exemplo, se já tiver tido um episódio de diagnóstico anterior (Ellis-Hill et al., 2000).

Para um sujeito jovem, uma das maiores alterações possíveis de ocorrer após um AVC é na percepção de self (Keppel & Crowe, 2000). Por este motivo, os estudos indicam que a AI é significativamente afectada de forma negativa após AVC, existindo uma associação com a auto-estima. Sujeitos jovens que acreditam que já

não são fisicamente atraentes (baixa AI), devido às sequelas do AVC, possuem baixa auto-estima evitando frequentemente contactos sexuais (Keppel & Crowe, 2000). Secord e Jourard (1953), verificaram no seu trabalho que o sentimento acerca do corpo estava relacionado com sentimentos acerca do self, em que baixa satisfação corporal estava associada a elevados níveis de ansiedade e insegurança.

De um modo geral, a literatura evidencia que as mulheres possuem mais dificuldade em sentir o seu corpo de forma positiva do que os homens (Furnham & Greaves, 1994), são menos realistas no seu auto-conceito, avaliando-se como menos atractivas. Num estudo com 25 mulheres acometidas por um AVC, Kvigne e Kirkevold (2003), constataram que estas caracterizavam o seu corpo como ininteligível. Se de um AVC resultar incapacidades a nível físico, a AI do indivíduo é alterada, forçando-o a rever o seu auto-conceito.

A AI parece também estar associada com distúrbios afectivos como a depressão, quer em populações saudáveis (Hogg, Goldstein & Leigh, 1994), quer em populações com doença crónica (Weir, Pentland & Crosswaite, 1995).

Parece que o género não tem muita influência na percepção de AI, bem como o tipo de AVC (Keppel & Crowe, 2000). Os autores encontraram porém diferenças de correlação entre o local de AVC e a percepção de AI. Sujeitos com lesões do lado direito do cérebro têm mais dificuldade em reconhecer o seu corpo, pois este tipo de lesão afecta o campo visual, consciência espacial, as emoções são inadequadas ao estímulo e aparentam frequentemente indiferença perante o que o rodeia. Para doentes com lesões hemisféricas esquerdas, não parece haver alterações da percepção visual, mas sim, lesões ao nível da linguagem e incapacidades físicas, com maior probabilidade de desenvolver sentimentos depressivos (Caldas, 2000). Ora este fenómeno próprio da doença, faz com que os doentes hemisféricos esquerdos, possuam normalmente maior insatisfação com a AI, pois têm mais consciência das sequelas provocadas pelo AVC.

## 5. Objectivo do Estudo

O objectivo desta investigação é entender de que forma, variáveis psicológicas como a Auto-Eficácia (AE) e a Auto-Imagem (AI), se associam com a Qualidade de Vida (QDV) do sujeito com Acidente Vascular Cerebral (AVC). Pretende-se também estudar qual a possível influência de variáveis socio-demográficas como a idade, sexo, escolaridade, agregado familiar, situação profissional, tipo de lesão, local de AVC e tempo de doença, nas referidas variáveis.

### *5.1 Questões de Investigação*

**Questão 1:** Será que existem diferenças de percepção da AE e AI entre sujeitos com e sem diagnóstico de AVC, tendo em conta o sexo e a constituição do agregado familiar? E na avaliação da QDV, será que existem diferenças?

**Questão 2:** Será que a percepção de AE e AI e a avaliação que o sujeito faz da sua QDV pós AVC é influenciado pelo tipo de lesão, local de AVC e tempo de doença?

**Questão 3:** Será que existem diferenças entre os dois grupos de sujeitos em estudo no que concerne à percepção de AE e AI, tendo em conta a idade e o nível de escolaridade do sujeito? E a avaliação de QDV, será que depende destas variáveis demográficas?

**Questão 4:** Será que a ocorrência de um AVC tem um impacto negativo na QDV do sujeito comparativamente a sujeitos sem AVC?

**Questão 5:** Será que a AE e a AI do indivíduo é alterada após um AVC, comparativamente a indivíduos sem patologia?

**Questão 6:** Será que a QDV possui algum tipo de associação com a AE e AI, nos dois grupos de sujeitos em investigação?

**Questão 7:** Será que existe uma correlação positiva entre a AE e AI em sujeitos doentes e sem doença?

## MÉTODO

### 1. Participantes

Participaram neste estudo, 190 sujeitos divididos em dois grupos: uma amostra de conveniência de 95 sujeitos com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC), há pelo menos um mês (Grupo Doente), e uma amostra intencional de 95 sujeitos (Grupo N/doente), com características semelhantes às do grupo de estudo excepto no diagnóstico de AVC. No momento da aplicação dos questionários, todos os sujeitos diagnosticados com AVC encontravam-se em reabilitação no Serviço de Medicina e Reabilitação dos diferentes hospitais contactados. A listagem dos doentes foi elaborada pelos técnicos de fisioterapia e terapia ocupacional, tendo em conta os critérios por nós estabelecidos, nomeadamente no que concerne à independência funcional dos sujeitos. Com base nisto, os técnicos seleccionaram aqueles sujeitos, que no Índice de Barthel, apresentavam valores considerados satisfatórios (valores acima dos 60 pontos) em termos de funcionalidade nas actividades da vida diária, ao nível da alimentação, banho, cuidados de higiene, entre outros factores. Para além disto, os sujeitos com afasia grave eram eliminados do estudo.

Os sujeitos diagnosticados com AVC foram seleccionados em centros hospitalares da zona de Lisboa (Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão; Hospital Curry Cabral; Hospital Amadora-Sintra e Hospital dos Capuchos). Os indivíduos sem diagnóstico de AVC foram recrutados também na área de Lisboa, em Centros de Dia, jardins e em locais de trabalho. No quadro 1, descreve-se mais detalhadamente as características demográficas dos participantes.

Quadro 1:

## Caracterização dos Participantes em estudo

	Grupo N/doente		Grupo Doente	
	M (DP)	Varição	M (DP)	Varição
<b>Idade</b> (anos)	60,81(12,28)	22-84	60,94(11,86)	22-84
<b>Escolaridade</b> (anos)	7,72 (4,53)	0-17	7,54 (4,75)	0-21
<b>T. Doença</b> (meses)	-----		12,94(15,62)	1-108
	% Frequência		% Frequência	
<b>Sexo</b>				
Feminino	41,1%		41,1%	
Masculino	58,9%		58,9%	
<b>Sit. Prof.</b>				
Activo	46,3%		3,2%	
Não Activo	53,7%		96,8%	
<b>Agregado Familiar</b>				
Cônjuges	41,1%		33,7%	
Filhos	7,4%		11,6%	
Sozinho	10,5%		11,6%	
Outros	2,1%		6,3%	
Cônjuges/Filhos	37,9%		32,6%	
Cônjuges/Filhos/Outros	-----		2,1%	
Cônjuges/Outros	1,1%		2,1%	
<b>Tipo de Lesão</b>				
AVC Isquémico	-----		50,5%	
AVC Hemorrágico	-----		28,4%	
Não Responde	-----		21,1%	
<b>Local de AVC</b>				
Direito	-----		50,5%	
Esquerdo	-----		47,4%	
Tronco Cerebral	-----		2,1%	

A variável situação profissional foi posteriormente retirada para análise do nosso trabalho, pois não era uma variável homogênea nos dois grupos estudados.

## 2. Material

Tendo em conta os objectivos propostos, a recolha dos dados foi feita através de quatro questionários: Questionário Demográfico; Escala COOP/WONCA charts; Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral (AAEG) e Escala de Avaliação da Auto-Imagem (AAI).

Para investigar a influência de variáveis demográficas nas diferentes sub-escalas foi construído um questionário que inclui dados acerca da idade; sexo; anos de escolaridade; agregado familiar; tipo de lesão; local de AVC e tempo de doença.

A Escala COOP/WONCA charts é uma escala adaptada para a população portuguesa que avalia diversas dimensões funcionais da pessoa, incluindo a dimensão afectivo-emocional e a vida social (Broeiro, Ramos, Tavares, Cunha & Amorim, 1995). É uma escala de simples aplicação, de auto-preenchimento ou aplicada por profissionais de saúde.

É composta por sete itens, que nos informam acerca da funcionalidade do sujeito nas dimensões “Aptidão Física”, “Disposição ou Estado Afectivo-Emocional”, “Actividades do Dia-a-Dia”, “Convívio e Vida Social”, “Mudanças no Estado de Saúde”, “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde” e “Dores”. A avaliação do estado funcional relacionado com a saúde é feita com base em cinco níveis de resposta, sendo que o “1” correspondente ao melhor grau da dimensão e “5” correspondente ao pior grau da dimensão. Não existem valores de consistência interna para a escala COOP/WONCA charts, pois os itens são individuais.

A Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral (AAEG) foi construída a partir do “Self-Efficacy Scale” de Sherer et al. (1982), com o intuito de se adaptar para a população portuguesa um questionário que avaliasse a Auto-Eficácia Geral. Esta escala inclui 15 itens com resposta de tipo Likert entre “discordo totalmente”, “discordo bastante”, “discordo um pouco”, “não concordo nem discordo”, “concordo um pouco”, “concordo bastante” e “concordo totalmente”. Os quinze itens são

agrupados em três factores: “Iniciação e Persistência” (IP), “Eficácia Perante a Adversidade” (EPA), e “Eficácia Social” (ES). O primeiro factor, com um valor de consistência interna de 0,80, engloba os itens 1, 5, 6, 7, 14 e 15 e qualifica a apreciação que o sujeito faz da sua vontade em iniciar e completar acções. O factor EPA avalia a vontade do sujeito em persistir numa actividade perante situações consideradas adversas. Engloba os itens 2, 4, 8, 9 e 12, e obteve um valor de consistência interna de 0,80. O terceiro factor inclui os itens 3, 10, 11 e 13. Avalia as expectativas dos sujeitos perante situações sociais, tendo um valor de consistência interna de 0,60. O alfa total da escala é de 0,84 (Ribeiro, 1995).

Cada item é cotado de 1 a 7, excepto no caso dos itens invertidos, que são: 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14 e 15. A nota total da escala e por dimensão corresponde à soma bruta dos itens.

Na nossa investigação a escala AAEG apresentou valores de consistência interna elevados, com um alfa total de 0,81 (quadro 2). Constatou-se ainda, que o padrão de resultados era semelhante entre os dois grupos em estudo (sujeitos com Acidente Vascular Cerebral e sujeitos sem patologia).

#### Quadro 2:

Valores totais da consistência interna para a escala AAEG

Sub-escalas	Nº itens	N	Alfa Cronbach
IP	6	190	0,75
EPA	5	190	0,75
ES	4	190	0,40
AAE TOTAL	15	190	0,81

Nota: IP - Iniciação e Persistência; EPA - Eficácia Perante a Adversidade; ES - Eficácia Social.

A Escala de Avaliação da Auto-Imagem (AAI) foi construída com o objectivo de medir aspectos relacionados com a Auto-Imagem do sujeito. Composta inicialmente por 10 itens, na sua versão final possui 9 itens distribuídos por três sub-escalas. A escolha dos itens a incluir na escala teve por base a revisão de estudos de

diversos autores acerca da Auto-Imagem, e com base em 2 escalas de Auto-Imagem: “Body Investment Scale”(Orbach & Mikulincer, 1998) e “Body Image Avoidance Questionnaire” (Rosen et al., 1991) .

Para análise dos dados referentes à escala AAI recorremos à análise factorial com rotação varimax, regra de Kaiser, que encontra uma solução de 3 factores que explicam 57,18% de variância (Quadro 3).

Quadro 3:

Análise dos Componentes Principais com rotação varimax para 3 factores. Conservam-se os valores superiores a 0,35

Itens	Factores		
	IC	SIC	RO
Auto-Imagem1	0,80		
Auto-Imagem2		0,70	
Auto-Imagem3	0,79		
Auto-Imagem4			0,64
Auto-Imagem5			0,75
Auto-Imagem6			0,65
Auto-Imagem7		0,71	
Auto-Imagem8		0,64	
Auto-Imagem9	0,76		
Auto-Imagem10		0,64	
Variância Explicada	20,98	19,78	16,88

Nota: IC - Investimento Corporal; SIC - Satisfação/Insatisfação Corporal; RO - Relação com Outros.

Os 10 itens foram agrupados em 3 factores: o primeiro factor que denominamos de “Investimento Corporal” (IC) é composto pelos itens 1, 3 e 9 (quadro 3). Informa-nos acerca do investimento que o sujeito faz em relação ao seu corpo. O factor 2 avalia o grau de satisfação do sujeito em relação ao seu corpo. Denominamos este factor de “Satisfação/Insatisfação Corporal” (SIC), e é

constituído pelos itens 2, 7, 8, e 10. O terceiro factor “Relação com Outros” (RO), inicialmente constituído por 3 itens, ficou numa versão final reduzido a 2 itens (eliminou-se o item 6), de forma a melhorar a consistência interna da dimensão. Engloba os itens 4 e 5 e avalia o grau de satisfação da pessoa no relacionamento com outros sujeitos.

As respostas à escala são de tipo Likert a oscilar entre “Discordo totalmente” até “Concordo Totalmente”. A cotação das questões varia entre “1” e “5”, podendo a nota total ir de um mínimo de 9 a um máximo de 45. As respostas são de auto-preenchimento.

O quadro 4 evidencia os valores de consistência obtidos, nas diferentes sub-escalas e na escala total.

Quadro 4:

Valores totais da consistência interna para a escala AAI

Sub-escala	Nº itens	<u>N</u>	Alfa Cronbach
IC	3	190	0,73
SIC	4	190	0,62
RO	2	190	0,53
AAI TOTAL	9	190	0,66

Nota: IC - Investimento Corporal; SIC - Satisfação/Insatisfação Corporal; RO - Relação com Outros.

Constata-se que o valor de consistência interna geral da Escala é de 0,66, com a dimensão “Investimento Corporal” a assumir o maior valor de alfa e a dimensão “Relação com Outros” a assumir o menor valor de alfa (Quadro 4). Verificou-se ainda, que o padrão de resultados era semelhante entre os dois grupos de sujeitos em estudo.

### 3. Planificação

O desenho desta investigação é de tipo descritivo de comparação entre grupos (Grupo Doente - sujeitos com AVC; Grupo N/Doente - sujeitos sem AVC).

As variáveis principais em estudo são a Qualidade de Vida; Auto-Eficácia e Auto-Imagem e como variáveis secundárias incluímos o sexo; a idade; anos de escolaridade; agregado familiar; tipo de lesão; local de AVC e tempo de doença.

### 4. Procedimento

Esta investigação foi realizada em dois momentos. Numa primeira fase foram contactadas as direcções hospitalares do Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão, do Hospital Curry Cabral, do Hospital Amadora-Sintra e do Hospital dos Capuchos, onde após diferido o pedido, foi-nos facultada uma listagem de todos os doentes que se encontravam no momento em reabilitação e com um tempo de evolução de doença de há pelo menos 1 mês. Aos 95 doentes com Acidente Vascular Cerebral, a quem referenciámos como Grupo Doente, era explicada a natureza da investigação, bem como assegurada a confidencialidade e garantido que a recusa em participar não iria influenciar no atendimento médico. Os instrumentos foram administrados num único momento, em meio hospitalar e na presença do investigador. Num segundo momento e após a recolha dos participantes do Grupo Doente, foram aplicados os questionários a um grupo de conveniência de 95 sujeitos com características idênticas às do grupo em estudo, excepto para a variável doença. A este grupo denominou-se de Grupo N/doente.

## RESULTADOS

A análise estatística foi realizada através de diversos procedimentos do Statistical Package For Sciences (SPSS for Windows versão 11.0).

Para averiguar a diferença de médias para as variáveis demográficas e as diferentes escalas utilizadas recorremos ao teste t-student. Para quantificar a intensidade e a direcção de associação entre as variáveis, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson.

Quadro 5:

Médias por sexo nas sub-escalas do COOP/WONCA charts para Sujeitos Doentes

Sub-escalas	Sexo		t
	Feminino	Masculino	
AF	4,30	3,98	2,14*
DEAE	2,94	2,07	4,14***
ADD	3,12	2,28	4,30***
CVS	1,79	1,35	2,11*
MES	2,41	2,23	ns
APEGS	3,15	2,87	2,00*
D	2,56	1,89	2,97**

Nota: AF - Aptidão Física; DEAE - Disposição ou Estado Afectivo-Emocional; ADD - Actividades Dia-a-Dia; CVS - Convívio e Vida Social; MES - Mudanças no Estado de Saúde; APEGS - Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde; D - Dores.

ns - não significativo; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,0001$ .

Os resultados do quadro 5, mostram existirem diferenças estatisticamente significativas entre sexos para as dimensões da escala COOP/WONCA charts, com os homens a assumirem uma percepção mais positiva na dimensão “Aptidão Física” comparativamente às mulheres. O mesmo se constata para as dimensões “Convívio e Vida Social”, “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde” e “Dores” onde os homens possuem igualmente um resultado mais favorável do que as mulheres. Esta

diferença entre sexos é mais significativa nos itens “Disposição ou Estado Afetivo-Emocional” e “Actividades do Dia-a-Dia”.

Quadro 6:

Médias por Sexo nas sub-escalas do COOP/WONCA charts para Sujeitos N/doentes

Sub-escalas	Sexo		t
	Feminino	Masculino	
AF	3,05	2,98	ns
DEAE	2,79	2,01	3,37***
ADD	1,97	1,42	3,04**
CVS	1,28	1,23	ns
MES	2,84	2,76	ns
APEGS	2,92	2,57	2,33*
D	2,38	2,03	ns

Nota: AF - Aptidão Física; DEAE - Disposição ou Estado Afetivo-Emocional; ADD - Actividades Dia-a-Dia; CVS - Convívio e Vida Social; MES - Mudanças no Estado de Saúde; APEGS - Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde; D - Dores.

ns – não significativo; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

Relativamente à comparação de resultados entre sexos em sujeitos sem doença (Quadro 6), uma vez mais verifica-se que os homens em relação às mulheres, estão mais satisfeitos com a sua QDV, principalmente nas dimensões “Actividades do Dia-a-Dia” e “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde”, sendo mais notório na dimensão “Disposição ou Estado Afetivo-Emocional”.

## Quadro 7:

## Médias por Sexo nas sub-escalas da AAEG para Sujeitos Doentes

Sub-escalas	Sexo		t
	Feminino	Masculino	
IP	21,28	25,75	3,82**
EPA	23,74	23,92	ns
ES	18,79	19,08	ns
AAEG total	63,82	68,76	1,98*

Nota: IP - Iniciação e Persistência; EPA - Eficácia Perante a Adversidade. ES - Eficácia Social; AAEG total – Avaliação Auto-Eficácia Geral total.

ns - não significativo; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,0001$ .

De acordo com os resultados do Quadro 7, denota-se uma “Auto-Eficácia Geral” mais elevada nos sujeitos do sexo masculino e particularmente significativa na dimensão “Iniciação e Persistência”, quando comparados com os resultados dos indivíduos do sexo feminino.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para estes dois grupos nas sub-escalas de AAEG em sujeitos sem doença.

## Quadro 8:

## Médias por Sexo nas sub-escalas da AAI para Doentes

Sub-escalas	Sexo		t
	Feminino	Masculino	
IC	12,79	12,75	ns
SIC	13,10	15,75	4,23*
RO	8,97	9,42	ns
AAI total	34,87	37,92	3,15*

Nota: IC - Investimento Corporal; SIC - Satisfação/Insatisfação Corporal; RO - Relação com Outros; AAI total – Avaliação Auto-Imagem total.

ns - não significativo; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,0001$ .

O Quadro 8 resume os resultados encontrados na avaliação da Auto-Imagem entre sexos para o grupo de sujeitos doentes. Os resultados apontam, para uma maior satisfação dos sujeitos do sexo masculino em relação ao seu corpo (“Satisfação/Insatisfação Corporal”), com uma melhor avaliação da sua Auto-Imagem Geral (“AAI total”), do que as mulheres. Isto poderá dever-se a características próprias do sexo, em que as mulheres normalmente assumem uma maior preocupação com a imagem do que os homens.

Quadro 9:

Médias por Sexo nas sub-escalas da AAI para N/doentes

Sub-escalas	Sexo		t
	Feminino	Masculino	
IC	12,58	12,82	ns
SIC	14,28	17,03	4,27**
RO	9,17	9,19	ns
AAI total	36,05	39,05	2,85**

Nota: IC - Investimento Corporal; SIC - Satisfação/Insatisfação Corporal; RO - Relação com Outros; AAI total – Avaliação Auto-Imagem total.

ns - não significativo; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,0001$ .

O Quadro 9 assinala um padrão semelhante ao quadro anterior, existindo assim valores estatisticamente significativos nas mesmas dimensões entre sujeitos com doença e sem doença. Porém, isto é mais significativo em sujeitos sem diagnóstico de doença (Quadro 9).

Quadro 10:

Médias relativamente à Doença para as sub-escalas do COOP/WONCA charts

Sub-escalas	Variável Doença		t
	Doentes	N/Doentes	
AF	4,11	3,01	8,56**
DEAE	2,43	2,33	ns
ADD	2,63	1,65	7,02**
CVS	1,53	1,25	2,29*
MÊS	2,30	2,80	4,83**
APEGS	2,98	2,71	2,66*
D	2,16	2,17	ns

Nota: AF - Aptidão Física; DEAE - Disposição ou Estado Afetivo-Emocional; ADD - Actividades Dia-a-Dia; CVS - Convívio e Vida Social; MES - Mudanças no Estado de Saúde; APEGS - Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde; D = Dores. ns – não significativo; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,0001$ .

A variável doença apresenta resultados médios estatisticamente significativos com a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida (QDV), sendo esta diferença mais significativa nos domínios “Aptidão Física” e “Actividades do Dia-a-Dia” (Quadro 10), onde os indivíduos sem doença demonstram possuir melhor QDV nestes níveis por comparação com sujeitos com doença. Parecem também, fazer uma avaliação mais positiva no item “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde, ainda que esta diferença não seja tão estatisticamente significativa como as anteriores. Os sujeitos com patologia são aqueles que mais alterações notaram ao nível da sua saúde, obtendo uma média mais elevada na sub-escala “Mudanças no Estado de Saúde”.

## Quadro 11:

## Médias relativamente à Doença para as sub-escalas da AAEG

Sub-escalas	Variável Doença		t
	Doentes	N/Doentes	
IP	23,91	29,52	5,74*
EPA	23,85	26,95	3,61*
ES	18,98	19,18	ns
AAE total	66,73	75,67	4,72*

Nota: IP - Iniciação e Persistência; EPA - Eficácia Perante a Adversidade; ES - Eficácia Social; AAE total – Avaliação Auto-Eficácia total.

ns - não significativo; \* $p < 0,0001$ .

Quando comparamos os indivíduos com doença com aqueles sem doença, verifica-se que os primeiros manifestam globalmente uma menor Auto-Eficácia, sendo esta diferença relevante no domínio “Iniciação e Persistência”. Na sub-escala “Eficácia Perante a Adversidade”, os sujeitos sem patologia possuem uma maior média (Quadro 11).

Para as sub-escalas de AAI e a variável Doença não foram reveladas diferenças estatisticamente significativas, excepto na sub-escala “Satisfação/Insatisfação Corporal”, em que sujeitos sem doença manifestavam uma média mais elevada ( $\bar{M} = 15,90$ ), do que aqueles com doença ( $\bar{M} = 14,66$ ),  $t(188) = 2,58$ ,  $p < 0,01$ .

## Quadro 12:

Médias relativamente ao Factor Sexo Masculino para as sub-escalas do COOP/WONCA charts

Sub-escalas	Sexo Masculino		t
	Doentes	N/Doentes	
AF	3,98	2,98	6,13*
DEAE	2,07	2,01	ns
ADD	2,28	1,42	5,72*
CVS	1,35	1,23	ns
MES	2,23	2,76	4,59*
APEGS	2,87	2,57	2,66*
D	1,89	2,03	ns

Nota: AF - Aptidão Física; DEAE - Disposição ou Estado Afectivo-Emocional; ADD - Actividades Dia-a-Dia; CVS - Convívio e Vida Social; MES - Mudanças no Estado de Saúde; APEGS - Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde; D = Dores.

ns – não significativo; \* $p < 0,0001$ .

Da análise dos valores médios entre sujeitos do sexo masculino com doença e sem doença (Quadro 12), verificamos que aqueles que não possuem diagnóstico de doença apresentam valores médios mais elevados da QDV nas dimensões “Aptidão Física”, “Actividades do Dia-a-Dia”, e “Auto Percepção do Estado Geral de Saúde”, do que aqueles com diagnóstico de doença. Estes últimos, referem uma maior “Mudança no Estado de Saúde”, comparativamente com os sujeitos sem diagnóstico de AVC. É de notar o facto de existirem apenas resultados significativos nas variáveis funcionais e não nas variáveis afectivas/sociais.

## Quadro 13:

Médias relativamente ao Factor Sexo Feminino para as sub-escalas do COOP/WONCA charts

Sub-escalas	Sexo Feminino		t
	Doentes	N/Doentes	
AF	4,30	3,05	6,03**
DEAE	2,94	2,79	ns
ADD	3,12	1,97	4,92**
CVS	1,79	1,28	2,12*
MES	2,41	2,84	2,36*
APEGS	3,15	2,92	ns
D	2,56	2,38	ns

Nota: AF - Aptidão Física; DEAE - Disposição ou Estado Afetivo-Emocional; ADD - Actividades Dia-a-Dia; CVS - Convívio e Vida Social; MES - Mudanças no Estado de Saúde; APEGS - Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde; D = Dores.

ns – não significativo; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,0001$ .

Tal como os homens diagnosticados com AVC, as mulheres com patologia também revelam uma maior “Mudança no Estado de Saúde”, do que aquelas sem diagnóstico de doença (Quadro 13). Analisando as restantes dimensões da Escala observa-se, que as mulheres com AVC apresentam menor QDV na sub-escala “Convívio e Vida Social” e uma QDV significativamente menor nas dimensões “Aptidão Física” e “Actividades do Dia-a-Dia”, comparativamente ao grupo sem diagnóstico de AVC. Aqui, e uma vez mais, as variáveis funcionais são as únicas a assumir resultados significativos.

Quadro 14:

Médias por Sexo Masculino nas sub-escalas da AAEG

Sub-escalas	Sexo Masculino		t
	Doentes	N/Doentes	
IP	25,75	30,33	3,75**
EPA	23,92	26,85	2,62*
ES	19,08	19,57	ns
AAE total	68,76	76,76	3,37*

Nota: IP - Iniciação e Persistência; EPA - Eficácia Perante a Adversidade. ES - Eficácia Social; AAE total – Avaliação Auto-Eficácia total.

ns - não significativo; \* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,0001$ .

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos do sexo masculino com e sem doença, para as sub-escala de Avaliação de AE. Os sujeitos sem doença evidenciam uma AE maior, bem como maior AE no domínio “Eficácia Perante a Adversidade”, sendo mais significativo no item “Iniciação e Persistência”, por comparação com aqueles sem doença (Quadro 14).

Quadro 15:

Médias por Sexo Feminino nas sub-escalas da AAEG

Sub-escalas	Sexo Feminino		t
	Doentes	N/Doentes	
IP	21,28	28,35	4,69***
EPA	23,74	27,10	2,38*
ES	18,79	18,64	ns
AAE total	63,82	74,10	3,36**

Nota: IP - Iniciação e Persistência; EPA - Eficácia Perante a Adversidade. ES - Eficácia Social; AAE total – Avaliação Auto-Eficácia total.

ns - não significativo; \* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,001$ ; \*\*\* $p < 0,0001$ .

Analisando os resultados do Quadro 15, constata-se que as mulheres sem patologia revelam uma AE Geral mais elevada do que as mulheres com patologia.

Este padrão também se verifica na sub-escala de “Eficácia Perante a Adversidade” e é bastante notório na sub-escala “Iniciação e Persistência”.

No que concerne à diferença de médias para a variável “Sexo” nas sub-escalas da AAI, constatou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas para o sexo feminino comparando as mulheres com diagnóstico de patologia com aquelas sem patologia. Em relação aos sujeitos do sexo masculino, verificou-se que aqueles sem patologia possuíam melhor AI no domínio “Satisfação/Insatisfação Corporal” ( $M = 17,03$ ), do que os que tinham doença ( $M = 15,75$ ),  $t(110) = 2,53$ ,  $p < 0,01$ .

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a variável “Agregado Familiar”, para as diferentes Escalas utilizadas nesta investigação.

Também não se constataram diferenças estatisticamente significativas entre o Tipo de Lesão (AVC Isquémico ou AVC Hemorrágico), e as Escalas COOP/WONCA charts; AAEG e AAI, bem como entre o local de AVC (direito ou esquerdo) e as Escalas utilizadas em estudo.

Em relação à associação entre o tempo de doença e as diferentes Escalas, constatamos a não existência de correlações significativas entre esta variável e as sub-escalas de AAEG e AAI. Para a escala COOP/WONCA charts os resultados apontam para uma correlação significativa entre esta variável demográfica e a dimensão “Actividade do Dia-a-Dia”  $r(95) = -0,21$ ,  $p < 0,05$ , e “Mudanças no Estado de Saúde”  $r(95) = 0,25$ ,  $p < 0,05$ .

Quadro 16:

Coefficientes de Correlação entre as dimensões das sub-escalas do COOP/WONCA charts e os Factores Idade e Escolaridade para Sujeitos N/Doentes

Factor	Sub-escalas						
	AF	DEAE	ADD	CVS	MES	APEGS	D
Idade	0,48**	ns	0,25*	ns	ns	0,24*	ns
Escolaridade	-0,24*	ns	-0,22*	ns	ns	-0,41**	-0,25*

Nota: AF - Aptidão Física; DEAE - Disposição ou Estado Afetivo-Emocional; ADD - Actividades Dia-a-Dia; CVS - Convívio e Vida Social; MES - Mudanças no Estado de Saúde; APEGS - Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde; D - Dores.

ns = não significativo; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

Podemos constatar a partir da análise do Quadro 16 a existência de algumas correlações significativas entre as sub-escalas do COOP/WONCA charts e os factores Idade e Escolaridade. Verifica-se portanto, que quanto mais velho for o sujeito, menor é a avaliação que faz da QDV nas dimensões “Aptidão Física”, “Actividade do Dia-a-Dia” e menor é a “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde”. Entre o Factor Escolaridade e as dimensões da Escala constata-se o seguinte: quanto mais anos de escolaridade o indivíduo possuir, maior será a avaliação da QDV em termos de “Aptidão Física”, “Actividades do Dia-a-Dia” e “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde”, bem como manifesta menos “Dor”.

O Factor Idade em sujeitos doentes não apresentou correlações significativas com a Escala COOP/WONCA charts. Quanto ao Factor Escolaridade no mesmo grupo de sujeitos, denota-se uma correlação significativa com o domínio “Dor”  $r(95) = -0,20$ ,  $p < 0,05$ , demonstrando-se que quanto maior for o nível de escolaridade maior a Qualidade de Vida nesta dimensão.

Quadro 17:

Coefficientes de Correlação entre as dimensões das sub-escalas da AAEG e os Factores Idade e Escolaridade para ambos os grupos de Sujeitos

Sub-escalas	Factor			
	Idade		Escolaridade	
	Doentes	N/Doentes	Doentes	N/Doentes
IP	-0,26**	-0,25*	0,29**	0,23*
EPA	-0,40**	-0,37**	0,27**	0,31**
ES	ns	ns	ns	0,26**
AAE total	-0,37**	-0,31**	0,29**	0,34**

Nota: IP - Iniciação e Persistência; EPA - Eficácia Perante a Adversidade; ES - Eficácia Social; AAE total – Avaliação Auto-Eficácia total.

ns - não significativo; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

As correlações entre os Factores Idade e Escolaridade para sujeitos Com Doença e Sem Doença são apresentadas no Quadro 17. Em relação ao Factor Idade verifica-se uma correlação negativa significativa com a Escala Geral e as sub-escalas “Iniciação e Persistência” e “Eficácia Perante a Adversidade”, para ambos os grupos de sujeitos (Com e Sem Doença). Quer isto dizer, que independentemente de se ter ou não doença, quanto mais velho for o sujeito, menor a sua percepção de AE. O nível de Escolaridade parece ter um efeito contrário ao da Idade, pois quanto maior for o nível de Escolaridade, maior é a percepção de AE em todas as dimensões para sujeitos sem doença. O mesmo se constata no grupo de sujeitos com doença, excepto na dimensão “Eficácia Social”, onde não existe correlação significativa, para este grupo de sujeitos.

Não se verificam correlações significativas para o Factor Idade e Escolaridade em ambos os grupos de sujeitos nas sub-escalas da AAI, com excepção da correlação positiva entre “Investimento Corporal” e o Factor Idade  $r(95) = 0,22$ ,  $p < 0,05$  para sujeitos N/doentes.

A Correlação de Pearson entre o Factor Idade e Escolaridade para Sujeitos sem diagnóstico de patologia, apresentou uma correlação significativa negativa de  $r(95) = -0,27^{**}$ ,  $p < 0,01$ . Para os sujeitos com doença não foram encontradas correlações significativas.

Quadro 18:

Coefficiente de Correlação para as dimensões da sub-escala COOP/WONCA charts para a variável Doença – Sujeitos Doentes (acima da diagonal) e Sujeitos N/doentes (abaixo da diagonal)

Sub-escalas	1	2	3	4	5	6	7
1. AF	—	ns	0,49 <sup>**</sup>	ns	ns	0,21 <sup>*</sup>	ns
2. DEAE	ns	—	0,33 <sup>**</sup>	0,27 <sup>**</sup>	0,23 <sup>*</sup>	0,47 <sup>**</sup>	0,43 <sup>**</sup>
3. ADD	0,40 <sup>**</sup>	0,52 <sup>**</sup>	—	0,27 <sup>**</sup>	ns	0,42 <sup>**</sup>	0,26 <sup>**</sup>
4. CVS	ns	0,35 <sup>**</sup>	0,23 <sup>*</sup>	—	ns	0,30 <sup>**</sup>	ns
5. MES	ns	ns	0,29 <sup>**</sup>	ns	—	ns	ns
6. APEGS	0,33 <sup>**</sup>	0,41 <sup>**</sup>	0,46 <sup>**</sup>	0,25 <sup>*</sup>	0,28 <sup>**</sup>	—	0,24 <sup>*</sup>
7. D	ns	0,42 <sup>**</sup>	0,41 <sup>**</sup>	ns	0,28 <sup>**</sup>	0,40 <sup>**</sup>	—

Nota: AF - Aptidão Física; DEAE - Disposição ou Estado Afetivo-Emocional; ADD - Actividades Dia-a-Dia; CVS - Convívio e Vida Social; MES - Mudanças no Estado de Saúde; APEGS - Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde; D - Dores.

ns - não significativo; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

Comparando os resultados obtidos entre sujeitos com doença e sem doença para a Escala COOP/WONCA Charts, constata-se a existência de correlações estatisticamente significativas (Quadro 18).

Em relação à sub-escala “Aptidão Física”, as correlações têm magnitude idêntica entre sujeitos com e sem patologia. Ambos tendem a classificar melhor a sua “Aptidão Física”, quando estão mais satisfeitos com “Actividades do Dia-a-Dia” e quando têm uma “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde” mais satisfatória.

Denota-se uma correlação significativa entre o resultado da sub-escala “Disposição e Estado Afetivo-Emocional” e todas as sub-escalas da escala COOP/WONCA Charts, para sujeitos com Doença, excepto na sub-escala “Aptidão

Física”. Em sujeitos sem patologia esta correlação também é significativa com todas as sub-escalas, excepto no domínio “Aptidão Física” e “Mudanças no Estado de Saúde”.

As “Actividades do Dia-a-Dia” estão correlacionadas positivamente com todas as sub-escalas para sujeitos com patologia, excepto na dimensão “Mudanças do Estado de Saúde”. Em sujeitos saudáveis, existe correlação positiva entre este domínio e as restantes dimensões da escala COOP/WONCA Charts.

Ambos os grupos de sujeitos, estão mais satisfeitos com “Convívio e Vida Social”, quanto maior a satisfação ao nível de “Disposição e Estado Afetivo-Emocional”, “Actividades do Dia-a-Dia” e “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde”.

O domínio “Mudanças no Estado de Saúde” no grupo de sujeitos sem doença está correlacionado positivamente com as sub-escalas “Actividades do Dia-a-Dia”, “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde” e com “Dores”. No grupo de sujeitos com doença, o domínio “Mudanças no Estado de Saúde”, apenas apresenta uma correlação significativa e de forma positiva com o domínio “Disposição ou Estado Afetivo-Emocional”.

Em ambos os grupos de sujeitos se detecta uma correlação significativa positiva entre a sub-escala “Auto-percepção do Estado Geral de Saúde” e os restantes domínios da escala. Com excepção, para o domínio “Mudanças no Estado de Saúde” que não apresenta um valor não significativo, no grupo de sujeitos doentes.

Por último, podemos ainda verificar, que em sujeitos com doença o item “Dores” possui uma correlação directa com todas as sub-escalas excepto na dimensão “Aptidão Física”, “Convívio e Vida Social” e “Mudanças no Estado de Saúde”, cujas correlações não são significativas. Em sujeitos sem patologia estas correlações são similares, excepto no domínio “Mudanças no Estado de Saúde”, onde a correlação é significativa positiva.

Quadro 19:

Coeficiente de Correlação para as dimensões das sub-escalas da AAEG para a variável Doença - Sujeitos Doentes (acima da diagonal) e Sujeitos N/doentes (abaixo da diagonal)

Sub-escalas	1	2	3	AAE Total
1. IP	—	0,45**	0,27**	0,79**
2. EPA	0,65**	—	0,40**	0,83**
3. ES	ns	0,30**	—	0,65**
AAE Total	0,86**	0,87**	0,51**	—

Nota: IP - Iniciação e Persistência; EPA - Eficácia Perante a Adversidade; ES - Eficácia Social; AAE total Avaliação Auto-Eficácia Total.

ns – não significativo; \*\* $p < 0,01$ .

Os dados do Quadro 19 indiciam fortes correlações entre as sub-escalas e a Escala Total de Auto-Eficácia, para ambos os grupos de sujeitos em estudo. Nos indivíduos com patologia de Acidente Vascular Cerebral (AVC), verifica-se uma correlação positiva significativa em todos os domínios da escala, sendo o mesmo verificado em sujeitos sem diagnóstico de patologia, excepto na correlação entre “Iniciação e Persistência” e “Eficácia Social”, onde o valor não apresenta correlação significativa.

Quadro 20:

Coeficiente de Correlação para as dimensões das sub-escalas de AAI para a variável Doença - Sujeitos Doentes (acima da diagonal) e Sujeitos N/doentes (abaixo da diagonal)

Sub-escalas	1	2	3	AAI total
1. IC	—	0,24*	ns	0,66**
2. SIC	0,30**	—	0,25*	0,85**
3. RO	0,33**	0,25*	—	0,47**
AAI total	0,73**	0,83**	0,53**	—

Nota: IC - Investimento Corporal; SIC - Satisfação/Insatisfação Corporal; RO - Relação com Outros; AAI total – Avaliação Auto-Imagem total. ns – não significativo; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

Os sujeitos com e sem diagnóstico de doença possuem uma Auto-Imagem Geral correlacionada fortemente e positivamente com o “Investimento Corporal”, “Satisfação/Insatisfação Corporal” e correlacionada de forma moderada com “Relação com Outros”. Analisando as correlações entre as sub-escalas, constata-se que em sujeitos sem doença todas as sub-escalas estão correlacionadas significativamente, e que em sujeitos com patologia, apenas as sub-dimensões “Investimento Corporal” e “Relação com outros”, não apresentam uma correlação significativa (Quadro 20).

Quadro 21:

Coefficiente de Correlação entre as dimensões das sub-escalas COOP/WONCA charts e AAE

Sub-escalas AAE	Sub-escalas COOP/WONCA charts						
	AF	DEAE	ADD	CVS	MES	APEGS	D
Doentes ( $n = 95$ )							
IP	-0,29**	-0,39**	-0,38**	ns	-0,28**	-0,33**	ns
EPA	ns	ns	-0,24*	ns	ns	-0,25*	ns
ES	ns	ns	ns	-0,22*	ns	-0,25*	ns
AAE total	-0,21*	-0,32**	-0,36**	ns	-0,21*	-0,37**	ns
N/Doentes ( $n = 95$ )							
IP	-0,38**	-0,42**	-0,49**	-0,20*	ns	-0,50**	-0,29**
EPA	-0,46**	-0,26*	-0,40**	-0,21*	ns	-0,46**	-0,25*
ES	ns	ns	ns	ns	ns	-0,23*	ns
AAE total	-0,40**	-0,37**	-0,49**	-0,23*	ns	-0,54**	-0,31**

Nota: AF - Aptidão Física; DEAE - Disposição ou Estado Afetivo-Emocional; ADD - Actividades Dia-a-Dia; CVS - Convívio e Vida Social; MES - Mudanças no Estado de Saúde; APEGS - Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde; D - Dores; IP - Iniciação e Persistência; EPA - Eficácia Perante a Adversidade; ES - Eficácia Social; AAE total - Avaliação Auto-Eficácia total.

ns - não significativo; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

Os resultados do Quadro 21, sugerem a existência de uma associação estatisticamente significativa entre as sub-escalas do COOP/WONCA charts e AAEG.

Sujeitos com doença que classificam de forma mais positiva a sua Auto-Eficácia em termos de “Iniciação e Persistência” revelam maior satisfação com a sua QDV nas dimensões “Aptidão Física”, “Disposição ou Estado Afetivo-Emocional”, “Actividades do Dia-a-Dia”, “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde” e menos “Dor”. Em sujeitos sem doença, esta associação é similar com todas as sub-escalas a apresentarem uma associação directa, mas mais forte nos domínios “Actividades do Dia-a-Dia” e “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde”. Na dimensão “Mudanças no Estado de Saúde” e contrariamente ao verificado no grupo de sujeitos em estudo, em sujeitos sem patologia não se verificou uma correlação significativa.

A “Eficácia Perante a Adversidade” apresenta correlações significativamente mais relevantes com a Escala de QDV em sujeitos sem doença, sendo que apenas o item “Mudanças no Estado de Saúde” não se encontra correlacionado de forma significativa. Em sujeitos doentes, maior “Eficácia Perante a Adversidade” pressupõe uma melhor percepção de QDV nas dimensões “Actividades do Dia-a-Dia” e uma melhor “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde”.

Relativamente à dimensão “Eficácia Social”, denota-se poucas correlações significativas com a Escala COOP/WONCA charts. Verificou-se, que esta associação apenas é significativa positiva nas dimensões “Convívio e Vida Social” e “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde”, em sujeitos com patologia. Em sujeitos sem doença a avaliação de “Eficácia Social” parece associar-se positivamente apenas com o item “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde”.

De um modo geral, verifica-se que os sujeitos sem patologia exibem uma melhor AE quando avaliam melhor a sua QDV em todas as dimensões, excepto no domínio “Mudanças no Estado de Saúde”, que não apresenta valores significativos. Os sujeitos com doença avaliam melhor a sua AE quando percebem melhor

QDV em termos de “Aptidão Física”, “Disposição ou Estado Afetivo-Emocional”, “Actividades do Dia-a-Dia”, “Mudanças no Estado de Saúde” e uma melhor “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde”. Isto poderá significar que após um AVC a avaliação que o sujeito faz acerca da sua AE depende mais destas dimensões da QDV do que de outras, nomeadamente o convívio com os pares.

Quadro 22:

Coefficiente de Correlação entre as dimensões das sub-escalas COOP/WONCA charts e AAI

Sub-escala AAI	Sub-escalas COOP/WONCA charts						
	AF	DEAE	ADD	CVS	MES	APEGS	D
Doentes ( $n = 95$ )							
IC	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
SIC	-0,20*	-0,33**	-0,23*	ns	ns	ns	ns
RO	ns	ns	ns	-0,22*	ns	ns	ns
AAI total	ns	-0,24*	ns	ns	ns	ns	ns
N/Doentes ( $n = 95$ )							
IC	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
SIC	ns	-0,25*	-0,41**	ns	ns	-0,30**	ns
RO	ns	ns	-0,26**	-0,27**	-0,20*	-0,26**	ns
AAI total	ns	-0,23*	-0,37**	ns	ns	-0,22*	ns

Nota: AF - Aptidão Física; DEAE - Disposição ou Estado Afetivo-Emocional; ADD - Actividades Dia-a-Dia; CVS - Convívio e Vida Social; MES - Mudanças no Estado de Saúde; APEGS - Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde; D - Dores; IC - Investimento Corporal; SIC - Satisfação/Insatisfação Corporal; RO - Relação com Outros; AAI total - Avaliação Auto-Imagem total.

ns - não significativo; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

No Quadro 22 apresentam-se os resultados entre as sub-escalas de AAI e o COOP/WONCA Charts, verificando-se algumas correlações significativas.

Verifica-se que em sujeitos doentes e N/doentes, o domínio “Investimento Corporal” da AI não se encontra correlacionado de forma significativa com nenhuma das dimensões da QDV.

Em ambos os grupos de sujeitos, uma melhor avaliação de AI em termos de “Satisfação/Insatisfação Corporal” indicia uma melhor percepção de QDV nas dimensões “Disposição ou Estado Afetivo-Emocional” e “Actividades do Dia-a-Dia”. Em sujeitos com patologia constata-se ainda uma correlação directa entre a “Satisfação/Insatisfação Corporal” e a “Actividade Física”, e em sujeitos sem doença, uma melhor satisfação com o corpo associa-se com uma melhor “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde”.

Podemos constatar ainda através da análise do quadro 21, que a sub-escala “Relação com Outros”, manifesta uma correlação mais significativa com o COOP/WONCA Charts em sujeitos sem doença, quando comparamos com sujeitos com patologia. De facto, em sujeitos sem patologia uma maior satisfação no relacionamento com outros implica uma avaliação mais elevada da QDV na dimensão “Actividades do Dia-a-Dia”, “Convívio e Vida Social”, “Mudanças no Estado de Saúde” e “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde”. Em sujeitos com doença, o “Relacionamento com Outros”, associa-se de forma directa apenas com a dimensão “Convívio e Vida Social”, da Escala COOP/WONCA Charts.

De um modo global, a avaliação da AI em sujeitos com doença, encontra uma associação positiva com a QDV no domínio “Convívio e Vida Social”, e em sujeitos sem patologia a AI encontra-se correlacionada positivamente com “Disposição ou Estado Afetivo-Emocional”, “Actividades do Dia-a-Dia”, e “Auto-Percepção do Estado Geral de Saúde”.

Quadro 23:

Coeficiente de Correlação entre as dimensões para as sub-escalas AAEG e AAI

Sub-escalas AAI	Sub-escalas de AAEG			
	IP	EPA	ES	AAE total
Doentes ( $n = 95$ )				
IC	ns	0,23*	0,21*	ns
SIC	0,36**	0,28**	0,24*	0,39**
RO	ns	ns	0,28**	ns
AAI total	0,28**	0,28**	0,33**	0,38**
N/doentes ( $n = 95$ )				
IC	ns	ns	ns	ns
SIC	0,38**	0,24*	0,25*	0,38**
RO	0,21*	0,26**	0,21*	0,29**
AAI total	0,33**	0,25*	0,29**	0,37**

Nota: : IP - Iniciação e Persistência; EPA - Eficácia Perante a Adversidade; ES - Eficácia Social; AAE total – Avaliação Auto-Eficácia total; IC - Investimento Corporal; SIC - Satisfação/Insatisfação Corporal; RO - Relação com Outros; AAI total – Avaliação Auto-Imagem total.

ns = não significativo; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

Verificamos através da análise do Quadro 23, que a AE total apresenta uma associação positiva com a AI total.

Analisando mais particularmente cada uma das sub-escalas para os dois grupos, verifica-se que em sujeitos sem doença, a sub-escala “Investimento Corporal” não se associa a nenhuma das dimensões da AE. O mesmo não se verifica em sujeitos doentes. Nestes, o “Investimento Corporal” encontra uma associação positiva com as dimensões “Eficácia Perante a Adversidade” e “Eficácia Social”.

Em relação à dimensão de “Satisfação/Insatisfação Corporal” constatamos que esta se encontra correlacionada significativamente com todas as dimensões da AAEG, para ambos os grupos, pressupondo que uma maior satisfação com o corpo

pressupõe uma Auto-Eficácia mais elevada ao nível de “Iniciação e Persistência”, “Eficácia Perante a Adversidade”, “Eficácia Social” e “Eficácia total”.

Os sujeitos doentes apresentam uma melhor percepção na “Relação com Outros” quanto mais satisfeitos estão com a sua “Eficácia Social”. Uma boa avaliação em termos de relacionamento com outros, indicia uma melhor AE em todas as suas dimensões em sujeitos sem patologia.

## DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Comparando a Escala de Avaliação da Auto-Imagem (AAI), com a Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral (AAEG), constatamos que a primeira apresenta valores mais baixos de consistência interna ( $\alpha=0,66$ ) do que a segunda ( $\alpha=0,81$ ). Ainda assim, e tendo em conta o valor obtido, constatamos tratar-se de um valor considerado moderado, onde o item que menos discrimina a AI é o item “Relação com outros”. Os restantes itens da AAI, revelam valores de alfa moderados “Satisfação/Insatisfação” ( $\alpha=0,62$ ), e valores elevados “Investimento Corporal” ( $\alpha=0,73$ ).

### 1. Associação entre o sexo e constituição do agregado familiar com a QDV, AE e AI nos dois grupos de sujeitos em estudo

Em resposta à primeira questão colocada, se haveria diferenças de percepção de QDV, AE e AI entre os dois grupos de sujeitos em estudo, tendo em conta o sexo e a constituição do agregado familiar, constatou-se que os homens, parecem possuir melhor QDV do que as mulheres, independentemente do diagnóstico da doença, sendo estes resultados consistentes com estudos já realizados, onde as mulheres são descritas como mais insatisfeitas em relação à sua QDV (McEwen et al., 2000). Esta diferença é mais significativa a nível afectivo em ambos os grupos estudados e ligeiramente maior nos contactos sociais após diagnóstico de doença. Após um AVC, ambos os sexos passam a perceber como significativo a sua QDV a nível de actividade física, convívio e vida social e dores, com os homens a assumirem uma vez mais, resultados mais satisfatórios. Esta situação pode estar relacionada com as consequências que a própria doença provoca em vários níveis da vida do sujeito: a nível físico, psicológico e social. Ainda que seja um grupo que sob o ponto de vista dos técnicos de saúde possui um nível de independência satisfatório, o facto de anteriormente à doença terem um papel activo na sociedade faz com avaliem a mobilidade como fundamental, tal como os contactos sociais. A nível mais

psicológico a dor aparece como uma variável importante a ter em consideração nos programas de reabilitação, tendo pois os técnicos que estar atentos a esta situação.

Resultados semelhantes foram encontrados na escala de AE para os sujeitos doentes, onde os homens percebem uma maior AE do que as mulheres com AVC, principalmente no domínio “Iniciação e Persistência”. Comparando os dois grupos de sujeitos em estudo constatamos, que depois de diagnóstico de AVC o item “Iniciação e Persistência” e a AE geral passa a ser percebida de forma significativa por ambos os sexos. Isto poderá significar, que perante situações indutoras de stresse, neste caso um AVC, foram mobilizadas estratégias de AE, tal como postulava Bandura (1986). Por outro lado, e tendo em atenção que os homens parecem perceber melhor QDV a nível afectivo, do que as mulheres com doença, colocamos a hipótese que provavelmente sentem mais apoio dos cuidadores primários. Uma maior satisfação a este nível, faz com que o sujeito perante obstáculos impostos pela doença tenha mais persistência em alcançar os objectivos da reabilitação, percebendo maior AE geral.

Em relação à escala de avaliação da AI, verificou-se que os homens possuíam maior satisfação com o seu corpo e uma AI geral mais positiva do que as mulheres, sendo este resultado concordante com o estudo de Furnham e Greaves (1994). Neste caso, concluímos que a percepção que ambos os sexos têm da sua AI é independente da doença, pois ambos os grupos obtiveram resultados significativos nas mesmas dimensões (“satisfação/insatisfação corporal” e “AI total”). Mediante este resultado colocamos a hipótese que o nosso grupo de sujeitos com AVC provavelmente nunca atribuiu grande importância ao seu aspecto físico, pelo que após a doença este continua a não ser um aspecto importante na sua vida. No entanto, e para melhor percebermos a influência da AI em ambos os sexos de sujeitos com AVC, sugerimos que estudos longitudinais seriam provavelmente os mais adequados.

De um modo geral, os sujeitos doentes apresentam menor QDV, do que a população não doente, principalmente nos domínios: físico, de actividades diárias e no estado de saúde. O mesmo se constata nos domínios convívio e vida social e

percepção do estado de saúde, ainda que de forma menos significativa. Estes valores são provavelmente consequência de limitações físicas sentidas pelos indivíduos, que o impossibilitam de realizar tarefas/actividades que anteriormente realizavam. Este grupo de sujeitos refere também uma baixa percepção de AE total e mais especificamente em “Iniciação e Persistência” e “Eficácia Perante a Adversidade”. São pois sujeitos, que ainda não conseguiram mobilizar na totalidade estratégias de adaptação à doença, não acreditam que possuem capacidades para alcançar uma boa reabilitação, despendendo por isso e provavelmente pouco esforço nessa tarefa (Bandura, 1986). Avaliando-se como menos eficazes e com pior satisfação em relação ao seu corpo, isto é, baixa satisfação em relação à sua AI, o prognóstico é reservado. Neste caso, a persuasão verbal dos técnicos de saúde, poderia eventualmente fazer que os sujeitos readquirissem competências.

Ao analisar dentro do grupo de sujeitos do sexo masculino a AE, a AI e a QDV, verificamos que os sujeitos com AVC referem uma melhoria mais acentuada no seu estado de saúde, do que os homens sem AVC, e isto provavelmente devido ao papel da reabilitação. Porém, referem-se menos satisfeitos a nível físico, nas actividades diárias que realizam e na percepção do seu estado geral de saúde. Estes valores são compreensíveis se tivermos em conta que após um AVC o sujeito fica restringido em termos físicos e na realização de uma série de tarefas. Assim, e apesar de ser sentida uma melhoria no estado de saúde, o sujeito, ainda não atingiu provavelmente as expectativas que desejava (Duncan et al., 1997). É de salientar o facto que estes resultados se verificam unicamente para os itens de funcionalidade, não existindo alterações, com e sem diagnóstico de AVC, para os itens avaliativos da afectividade, sentindo os sujeitos pós AVC, as relações afectivas da mesma forma, podendo isto ser um indicador que o sujeito percepção o suporte recebido do meio como adequado. Contudo, e apesar dos valores não serem significativos o grupo de sujeitos sem doença comparativamente aos sujeitos com doença, manifestam maior satisfação nas relações afectivas, sugerindo isto que as relações sociais foram afectadas. Relativamente ao sexo feminino, constatámos um padrão semelhante ao nível da funcionalidade. Porém, ao nível do convívio social denotamos correlações

estatisticamente significativas, com as mulheres sem diagnóstico de patologia a apresentarem valores mais satisfatórios. Podemos inferir com base neste resultado, que as mulheres com patologia sentiram mais alteração nas relações sociais do que os homens com AVC. Em termos globais, tendo em conta a média de idades da nossa população, e partindo de suposições estereotipadas da nossa sociedade, podemos inferir estes resultados. Normalmente é a mulher que desempenha o papel de suporte instrumental e afectivo, principalmente no seio da família, tendo isto sido demonstrado por Kim et al. (1999), sendo que a principal fonte de suporte informal provém normalmente dos filhos, seguido dos cônjuges e finalmente de amigos. Na faixa etária dos 60, os filhos já constituíram família e os cônjuges ainda exercem uma actividade laboral. Por este motivo, a mulher fica sozinha em casa, sentindo-se menos apoiada. O facto de reportar menos satisfação ao nível da funcionalidade faz com que saia menos, convivendo menos com o grupo de pares e com a família, estando confinada a manter relações sociais apenas durante o processo de reabilitação. Concluimos assim, que a família e grupo de pares parecem não estar a conseguir colmatar esta necessidade de apoio social ao grupo de mulheres com AVC.

Com base na literatura consultada, uma diminuição de QDV como consequência de um AVC associa-se a uma baixa AE. Constatámos de facto, que os homens com AVC, possuíam uma baixa AE em “Iniciação e Persistência”, em “Eficácia Perante a Adversidade” e AE total, quando comparados com indivíduos do sexo masculino sem diagnóstico de doença. Uma estratégia a adoptar neste caso seria o de envolver mais o doente na reabilitação, fazendo com que sentisse mais controlo da situação. O mesmo se constata para a população feminina. As mulheres com diagnóstico de AVC reportam igualmente menos AE. É de notar que a “Eficácia Social”, não revelou correlações significativas em nenhum grupo de sujeitos estudado (homens e mulheres, com e sem patologia). Apesar do grupo social exercer influência na construção da AE, neste caso isso parece não acontecer. Relativamente à AI, verificámos que a satisfação com o corpo é afectada após um AVC, apenas no grupo de sujeitos do sexo masculino. Estes apresentavam valores mais satisfatórios com a AI quando não tinham diagnóstico de doença. Tendo em conta a média de

idades da nossa população podemos concluir estes resultados com base num estudo de Norris e Spelic (2002), que postulam que os homens dão grande importância à agilidade física. Após um AVC estas capacidades estão diminuídas e estando os sujeitos do nosso estudo ainda numa faixa etária considerada como activa, a avaliação que fazem das suas capacidades encontra-se comprometida, diminuindo a percepção de AI. Em relação ao sexo feminino, e como foi referido anteriormente, não foram encontradas diferenças de médias significativas entre mulheres com e sem AVC, para a escala de AI. Ainda que aparentemente incongruente, este resultado pode ser explicado através do estudo de Webster e Tiggman (2003). Os autores explicam que com um aumento de idade, as mulheres tendem a desenvolver estratégias que baixam as suas expectativas em relação à sua imagem corporal. Estando as mulheres da nossa investigação na faixa etária dos 60 anos, supomos que essas estratégias já tenham sido desenvolvidas. Assim sendo, esta área específica da vida da mulher parece não se reverter de grande importância, no nosso grupo de estudo.

Em relação à possível influência do agregado familiar na QDV, AE e AI, verificamos que não houve uma diferença significativa de médias para as diferentes escalas. Mediante este resultado inferimos, que o suporte social na nossa população não influencia a avaliação que o sujeito faz da sua QDV, AE e AI, ou seja, de uma forma global a quantidade e qualidade de suporte mantêm-se inalteráveis, independentemente do diagnóstico de patologia.

## 2. Associação entre o tipo de lesão, o local de AVC e o tempo de doença, com a QDV, AE e AI

O local de AVC e o tipo de lesão não parecem ser bons predictores da QDV, AE e AI, o que vai de encontro com as investigações de Kim et al. (1999). Consideramos porém, que este resultado se deve a uma limitação do nosso estudo. Com efeito, não nos foi possível aceder à informação respeitante ao tipo de lesão em todos os doentes, muitas das vezes por falta de preenchimento das fichas médicas por parte dos técnicos de saúde. Sugerimos então, que esta variável seja investigada em

estudos futuros, uma vez que poderá eventualmente condicionar o processo de reabilitação.

O tempo de doença com que o sujeito vive com o diagnóstico de patologia, apenas se correlacionou significativamente para a escala de avaliação da QDV. Os sujeitos doentes, reportam uma alteração no seu estado de saúde mas uma melhoria na satisfação com as actividades diárias, sugerindo a importância da reabilitação do doente em relação às actividades de lazer/laborais. Achamos que seria importante desenvolverem-se estudos que medissem os mesmos sujeitos mas em etapas diferentes do AVC, pois só assim se compreenderia mais eficazmente todo o processo de adaptação à doença.

### 3. Associação entre a idade e o nível de escolaridade com a QDV, AE e AI em sujeitos com e sem AVC

O factor idade parece não influenciar a avaliação que o sujeito com AVC faz acerca da sua QDV, não se encontrando correlações significativas para a escala COOP/WONCA Charts, sendo este resultado inconsistente com a revisão bibliográfica que fizemos (Oliveira, 1995). Em sujeitos sem doença a idade correlacionou-se de forma negativa com as dimensões físicas, actividades diárias e percepção do estado de saúde, significando isto, que um aumento de idade em sujeitos sem AVC prediz uma baixa QDV. Ainda para o factor idade constatámos que a AE se correlacionava de forma significativa negativa com as dimensões “Iniciação e Persistência”, “Eficácia Perante a Adversidade” e AE total, para ambos os grupos de sujeitos. Isto quer dizer, que sujeitos mais velhos revelam menor AE. Isto pode ser explicado, com base na teoria de Bandura (1986). Tal como o investigador postula, a avaliação que o sujeito faz em relação às suas capacidades, vai condicionar o desempenho e a adaptação à doença. Se não conseguir activar mecanismos adaptativos para lidar com a patologia, fará menos esforço e menos persistência para alcançar os objectivos da reabilitação. Percepcionando-se como incapaz, obtém menos resultados durante o processo terapêutico, conduzindo isto a uma diminuição da avaliação do seu valor pessoal (AE). No nosso grupo de estudo, a

AI apenas apresentou correlação significativa com o item “Investimento Corporal”, para sujeitos sem doença. Podemos assim inferir, que o investimento corporal com o avançar da idade é importante para o sujeito perceber a sua AI de forma positiva.

Relativamente à escolaridade, verificámos de um modo geral, que um aumento dos anos de escolaridade se revestia de uma melhor avaliação da QDV e AE em sujeitos com e sem AVC. Com efeito, os indivíduos sem diagnóstico da patologia e com elevado grau de escolaridade, estão mais satisfeitos com a sua QDV nas dimensões físicas, de actividades diárias, percepção de melhor saúde e dor. Os sujeitos com AVC, apenas percebem na escala de QDV, menos dor, quanto maior for a sua escolaridade. Isto é compreensível na medida em que um AVC acarreta profundas alterações corporais e funcionais no sujeito, daí apenas se ter verificado correlação com a dimensão de dor. Estes resultados vêm demonstrar, que o tipo de informação que o sujeito dispõe acerca da sua doença, permite-lhe melhor adaptar-se e perceber todo o processo de reabilitação (Oliveira, 1995). Percebendo maior controlo da doença, a avaliação que faz acerca da sua AE é maior em todas as dimensões (excepto na dimensão “Eficácia Social”, que não apresenta um valor significativo), melhorando desta forma a percepção de QDV. Este processo é muito importante no prognóstico da doença. Curiosamente, não se verificou nenhum tipo de associação significativa entre o nível de escolaridade e a AI, não parecendo desta forma a escolaridade influenciar a percepção que o sujeito tem da sua AI. Esta constatação não vai de encontro com o postulado por Muraro (1984 in Capisano, 1992).

#### 4. Comparação entre a QDV e o grupo de sujeitos com e sem doença

Analisando os resultados obtidos em relação à doença e a QDV, constatamos a existência de correlações significativas, para ambos os grupos de sujeitos (doentes e sem doença). Parece não existirem diferenças entre ambos os grupos de sujeitos no que concerne à satisfação com a qualidade de vida em termos físicos e de convívio social. Com efeito, maior QDV em termos físicos faz com que o sujeito esteja mais satisfeito com as suas actividades diárias e percebe-se como estando melhor em

termos de saúde geral. Estes resultados parecem ir de encontro com o foco da reabilitação – melhoria da aptidão física e com o facto dos sujeitos da nossa população terem incapacidades consideradas como moderadas, daí não se verificarem diferenças entre ambos os grupos. Por outro lado, uma maior satisfação com as relações sociais pressupõe uma melhor avaliação a nível afectivo, das actividades diárias e satisfação com o seu estado de saúde geral. Como atrás foi referenciada, parece que o suporte social neste grupo de sujeitos com AVC, não foi alterado pós diagnóstico, por isso a semelhança de respostas entre ambos os grupos. Nas restantes dimensões da QDV denotaram-se algumas diferenças entre sujeitos doentes e N/doentes. Assim, após um AVC o estado afectivo do sujeito depende de todos os factores de QDV excepto do factor físico, isto significa, e comparando os sujeitos doentes e sem doença, que os primeiros começam a valorizar pós AVC: o convívio com os pares, as dores sentidas e a perceberem uma alteração no seu estado de saúde. De facto, no processo de reabilitação não basta uma melhoria funcional para uma melhoria da QDV (Ellis- Hill & Horn, 2000), factores psicológicos, sociais e ambientais intervêm no processo. As actividades diárias parecem relacionar-se com todas as dimensões da QDV antes do diagnóstico de um AVC. Após diagnóstico da doença, estas deixam de se correlacionar com a percepção do estado de saúde. Este resultado é compreensível tendo em conta as sequelas de AVC, onde o papel da reabilitação é importante. Após um AVC “Mudanças no Estado de Saúde” pressupõe uma melhor “Disposição do Estado Afectivo-Emocional”, enquanto que antes do diagnóstico de doença, uma “Mudança no Estado de Saúde” pressupunha boa percepção das “Actividades diárias”, boa “percepção de saúde” e menos “dores”. Por sua vez, uma melhor percepção de saúde implica uma avaliação positiva em todos os domínios excepto no domínio “Mudança de Saúde”, em sujeitos com AVC, enquanto que sujeitos sem diagnóstico de patologia possuem boa percepção em todas as dimensões da QDV. Este resultado deve-se provavelmente à adaptação que o sujeito ainda está a fazer em relação à sua doença, mesmo após cerca de 12 meses este processo ainda não se consolidou. O domínio “Dor” parece ser alterado pós AVC apenas na avaliação do estado de

mudança de saúde, que não apresenta correlações significativas. Isto poderá dever-se ao facto que anteriormente ao AVC, os sujeitos pudessem ter algum outro tipo de doença, por exemplo, dores articulares que são bastantes frequentes em sujeitos na faixa etária dos 60 anos. Assim, e depois do AVC, não notariam mudanças no seu estado de saúde. É claro que esta é outra limitação do nosso estudo, pois como pré-requisitos para integrarem a nossa investigação apenas foi requerido que tivessem um nível de funcionalidade considerado satisfatório e que fosse primeiro AVC, não tendo sido controlado outro tipo de doença. Sugere-se então que estudos futuros tenham isto em consideração.

#### 5. A AE e a AI no sujeito com e sem AVC

A AE, após um AVC parece não ser muito alterada, verificando-se que a alteração apenas ocorre na correlação significativa que passa a existir entre eficácia de “Iniciação e Persistência” e “Eficácia Social”. De acordo com a literatura, a avaliação que o indivíduo faz da sua AE baseia-se, de entre vários factores, na observação de desempenho dos outros sujeitos avaliados (Bandura, 1986). Através da observação dos pares os sujeitos alcançam mais facilmente um determinado comportamento, iniciando e persistindo no mesmo. Sendo mais persistente no desempenho, o sujeito consegue mais facilmente melhorias funcionais, tornando-se o relacionamento com os outros, mais satisfatório. Poderá ser esta uma das explicações para o resultado obtido.

É ainda possível identificar na nossa investigação, que a avaliação geral da AI se associa significativamente com todas as sub-escalas de AI, em sujeito com e sem AVC. Ou seja, uma melhor avaliação da AI geral implica uma boa avaliação da AI em relação ao “Investimento Corporal”, Satisfação com a imagem corporal e satisfação no “relacionamento com os Outros”. Contudo, em sujeitos com AVC não se verificou uma associação significativa entre o investimento corporal e o relacionamento com os outros. Isto pode eventualmente significar que devido à incapacidade provocada pelo AVC, os contactos com o exterior, são menos

frequentes, deixando o sujeito de investir em si próprio mediante “obrigações” sociais, isolando-se.

#### 6. Associação entre a QDV com a AE e AI, nos dois grupos de sujeitos em investigação

O AVC parece influenciar a associação entre a QDV e a AE. De um modo global a AE geral mantém-se igual pós AVC excepto para as dimensões “Convívio e Vida Social” e “Dores” (que não apresentam correlações significativas), e para a dimensão “Mudanças no Estado de Saúde” que aparece associada com a QDV pós AVC. Os resultados indicam que uma melhoria da QDV se associa a uma melhor AE, sendo isto concordante com os estudos analisados na literatura.

Analisando mais particularmente os resultados, constata-se que não existem diferenças entre sujeitos com e sem AVC na avaliação que fazem da “Percepção do seu Estado de Saúde geral” e “Actividades do dia-a-dia”. Isto poderá dever-se ao facto não só dos sujeitos terem sob o ponto vista clínico poucas incapacidades, mas também que o processo de reabilitação está a ser eficaz, conseguindo desta forma o sujeito perceber a sua saúde como anteriormente e conseguindo desta forma realizar as actividades que realizava antes da doença.

Verifica-se ainda, que após AVC, “Mudanças do Estado de Saúde” passam a correlacionar-se positivamente com a “Iniciação e Persistência” e com a AE total, indicando que quanto maior for a persistência para alcançar sucesso na reabilitação, melhores serão as mudanças sentidas pelo indivíduo ao nível da sua saúde. Este resultado demonstra a importância da AE na reabilitação do sujeito, sugerindo-se assim, que sejam adoptadas no futuro técnicas específicas que permitam a aquisição de competências de AE.

Após diagnóstico de AVC a “Eficácia Perante a Adversidade” deixa de se correlacionar com a satisfação com a QDV em termos de “Aptidão Física”, “Disposição e Estado Afectivo Emocional”, “Convívio e Vida Social” e “Dores”. Isto vem demonstrar que na nossa população os sujeitos acometidos por AVC não estão a utilizar as estratégias de AE que anteriormente utilizavam. De facto e tal

como formulava Bandura (1986), as pessoas podem possuir capacidades para a realização de competências mas não as utilizar devido às características de circunstância, como sejam por exemplo pouca tolerância ao insucesso, ou não perceberem simplesmente qual o objectivo da reabilitação. Ainda assim, os sujeitos conseguiram mobilizar estratégias de eficácia social após AVC (correlação entre a “Eficácia Social” com “Convívio e Vida Social”), salientando-se uma vez mais a importância do meio envolvente na QDV do sujeito.

A AI parece não associar-se com a QDV tão significativamente como a AE. Constatamos porém, que após um AVC ocorrem alterações em relação à AI e a QDV. Assim, o sujeito passa a perceber mais satisfação com a sua aptidão física quanto maior for a satisfação em relação ao seu corpo. Parece existir um isolamento social depois do diagnóstico de patologia, pois o sujeito doente deixa de associar satisfação em relação às suas actividades diárias com a satisfação no relacionamento com os pares e na satisfação em relação à sua AI. Similarmente deixa de associar a satisfação com o corpo com a percepção de saúde, o que poderá estar relacionado com a própria génese da doença que sofreu. Sendo o AVC de génese súbita, e pensando eventualmente que estaria bem de saúde, após o episódio de AVC e no futuro, deixará de “sentir que está saudável”. Por outro lado, o investimento que o sujeito faz em relação ao seu corpo após diagnóstico de doença, continua a não ter qualquer tipo de associação significativa com a QDV, e a avaliação que o sujeito faz em relação aos outros passa apenas a relacionar-se com a QDV em termos de satisfação com o convívio social, podendo-se nestas circunstâncias inferir que o sujeito apenas investe na sua imagem como forma de manter os contactos sociais. Estes provavelmente elogiam o aspecto físico do sujeito, servindo desta forma como importantes fontes de AI.

#### 7. Associação entre a AE e AI em sujeitos doentes e N/doentes

Analisando os resultados globais de AI e de AE verificamos que estes se encontram significativamente correlacionados, pressupondo que uma maior AE se associa com uma maior AI. A AE nas dimensões de “Eficácia perante a adversidade”

e “Eficácia Social”, passa a correlacionar-se positivamente com o investimento que o sujeito faz no seu corpo. Aqui, e uma vez mais se denota a importância de outros sujeitos, grupos de pares ou não, no sujeito. Não existem alterações de associação entre a satisfação corporal e as dimensões da AE, antes e pós AVC, inferimos portanto que como provavelmente as sequelas não foram em elevada escala, o sujeito continua satisfeito com o seu corpo e activa mecanismos de AE relacionados com o seu corpo, como anteriormente fazia. Após diagnóstico da doença, a dimensão “Relacionamento com os Outros” deixa de se associar com a maioria das dimensões da AE, excepto com a eficácia social. Isto significa, que a imagem corporal que o sujeito tem na presença de outras pessoas se altera depois de um AVC, parecendo deixar de ter relevância ao longo do tempo, podendo esta ser uma forma do sujeito se adaptar à nova realidade física.

O estudo sugere em termos gerais que uma percepção positiva da AE e da AI, são componentes importantes para a QDV do indivíduo com AVC.

Comparando sujeitos com e sem diagnóstico de doença constatamos, que pós AVC a actividade física, a dor e o convívio com os outros passam a ser componentes importantes para a QDV do sujeito, com os homens a demonstrarem maior satisfação do que as mulheres. Dentro do grupo de doentes, os homens parecem possuir melhor QDV do que as mulheres principalmente a nível da afectividade, o que poderá estar relacionado com a diferença na qualidade de suporte percebido por ambos os grupos.

Os homens comparativamente às mulheres reportam melhores índices de AE e AI, independentemente do diagnóstico de doença, o que poderá dever-se a características próprias do sexo, que seriam importantes estudar em investigações futuras.

Um aumento de idade, parece relacionar-se de forma negativa com a AE, mas não parece ter importância na QDV e AI. Relativamente à escolaridade esta parece desempenhar uma influência positiva, no sentido que uma maior escolaridade faz que

o sujeito com AVC percepcione melhor AE e QDV, mas não parece exercer qualquer influência na AI.

Os resultados demonstram ainda, que pós diagnóstico de doença a QDV é alterada a níveis do estado emocional e de mudanças na percepção da sua saúde. Neste sentido uma diminuição do estado afectivo conduz a uma pior percepção da sua saúde, e uma mudança no estado de saúde condiciona as actividades diárias e a pessoa sente-se afectivamente menos disponível.

Em relação à AE, constata-se que o papel social parece ser importante na aquisição de estratégias de eficácia, pois pós AVC o sujeito associa fortemente a persistência em continuar uma tarefa, quando recebe estímulo externo. Contudo, em relação à AI o meio social parece desempenhar uma influência contrária ao verificado na AE. Neste caso, o meio social deixa de associar-se com o investimento que o sujeito faz no seu corpo.

Relativamente, à influência da QDV pela AE e AI, constata-se que algumas dimensões são alteradas pós AVC. Com efeito, a satisfação com a actividade física parece influenciar o esforço que o sujeito dedica a uma tarefa e parece também, em termos globais que o convívio social é importante na persistência e esforço do sujeito. A AI parece desempenhar uma menor influência na QDV do que o AE.

Concluimos igualmente que para além da associação entre a AE e AI com a QDV, as duas primeiras variáveis entre elas também se associam. Assim, o sujeito percebe a possuir uma boa AE social quanto mais investe no seu corpo.

Mediante estes resultados, sugerimos, que os técnicos e que os programas dirigidos a esta patologia tenham em conta estas variáveis psicológicas, no tratamento do doente com AVC. Sugerimos ainda que sejam realizados programas de sensibilização para esta patologia, através da informação dos factores de risco, através da identificação e controlo dos seus portadores e que se sejam elaborados meios que permitam um melhor acesso, mais rápido e mais adequado ao tratamento.

## REFERÊNCIAS

- Ahlsio, B., Britton, M., Murray, V., & Theorell, T. (1984). Disablement and quality of life after stroke. *Stroke*, *15*, 886-889.
- Altmaier, E. M., Russel, D. W., Kao, C. F., Lehmann, T. R. & Weinstein, J. N. (1993). Role of self-efficacy in rehabilitation outcome among chronic low back pain patients. *Journal of Counseling Psychology*, *40*, 335-339.
- Astrom, M., Adolfsson, R., & Asplund, K. (1993). Major depression in stroke patients. A 3 year longitudinal study. *Stroke*, *24*, 976-982.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in human ageing. *American Psychologist*, *37* (2), 112-147.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Prentice-Hall Inc: Englewood Cliffs. New Jersey.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy and health behaviour. In Baum, A., Newman, S., Weinman, J., West, R., & McMamus, C. (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 160-162). Cambridge: University Press.
- Becker, G. (1993). Continuity after a stroke: implications of lifecourse disruption in old age. *The Gerontologist*, *33*, 148-158.
- Benjamim, M. (1994). The quality of student life: toward a coherence conceptualization. *Social Indicators Research*, *31*, 205-264.
- Broeiro, P., Ramos, V., Tavares, I., Cunha, E. & Amorim, J. (1995). Avaliação de Estados Funcionais no Idoso. Exercício da aplicação de uma versão portuguesa da escala COOP/WONCA Charts. *Acta Médica Portuguesa*, *8*, 279-288.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1987). L'image du corps de 10 a 40 ans. *Bulletin de Psychologie*, *382*, 893-903.
- Caldas, A. C. (2000). *A Herança de Franz Joseph Gall. O Cérebro ao Serviço do Comportamento Humano*. Lisboa: McGraw-Hill.

Capisano, H. f. (1992). Imagem Corporal. In Filho, J. M. et al. (Eds.) *Psicossomática Hoje* (pp. 179-191). Porto Alegre: Artes Médicas.

Caprara, G. V., Caprara, M., & Steca, P. (2003). Personality's correlates of Adult Development and Aging. *European Psychologist*, 8 (3), 131-147. Abstract retrieved April 10, 2004 from [http:// search. epnet.com/direct. asp?an=epp83131&db=pdh](http://search.epnet.com/direct.asp?an=epp83131&db=pdh).

Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2001). Validation of a new general self-efficacy scale. *Organizational Research Methods*, 4, (1), 62-83.

Christensen, A. J., Wiebe, J. S., Benotsch, E. G. & Lawton, W. J. (1996). Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 411-421.

Clark, M. S., & Smith, D. S. (1998). Factors contributing to patient satisfaction with rehabilitation following stroke. *International Journal of Rehabilitation Research*, 21, 143-154.

Coughlan, A. K. & Humphrey, M. (1982). Presenile stroke: Long term outcome for patients and their families. *Rheumatology Rehabilitation*, 21,115-120.

Counsell, C., Dennis, M., McDowell, M., & Warlow, C. (2002). Predicting outcome after acute and subacute stroke: development and validation of new prognostic models. *Stroke*, 33, 1041-1047.

Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*, 12, 1-13.

Cunningham, A. J., Lockwood, G. A., & Cunningham, J. A. (1991). A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 17 (1), 71-78.

Cummings, R. A., McCabe, M. P., Romeò, Y., & Gullone, E. (1994). The comprehensive quality of life scale: instrument development and psychometric evaluation on college staff and students. *Educational and Psychological Measurement*, 54, 372-382.

Day, H. (1993). Quality of life: Counterpoint. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 6 (3), 135-142.

de Haan R., Aaronson N., Limburg, M., Hower, RL., & van Crevel, H. (1992). Measuring quality of life in stroke. *Stroke*, 24, 320-327.

de Haan, R. J., Limburg, M. D., van der Meulen, J. H. P., Jacobs, H. M., & Aaronson, N. K. (1995). Quality of life after stroke: impact of stroke type and lesion location. *Stroke*, 26 (3), 402-408.

Doolittle, N. (1992). The experience of recovery following lacunar stroke. *Rehabilitation Nursing*, 17, 122-125.

Duncan, P. W., Samsa, G. P., Weinberger, M., Goldstein, L. B., Bonito, A., Witter, D. M. et al. (1997). Health status of individuals with mild stroke. *Stroke*, 28, 740-745.

Ellis-Hill, C. S., & Horn, S. (2000). Change in identity and self-concept: a new theoretical approach to recovery following a stroke. *Clinical Rehabilitation*, 14 (3), 279-288.

Ellis-Hill, C. S., Payne, S. & Ward, C. (2000). Self-body split: issues of identity in physical recovery following a stroke. *Disability and Rehabilitation*, 22 (16), 725-733.

Ewart, C. K. (1995). Self-efficacy and recovery from heart attack: Implications for a social cognitive analysis of exercise and emotion. In Maddux, J. E. (Ed.). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 203-226). New York: Plenum.

Fallowfield, L. (1990). *The quality of life: the missing measurement in health care*. London: Souvenir Press.

Fernandez-Rios, L., & Garcia-Fernandez, M. (1999). Psicologia preventiva y calidad de vida. In Simon, M. A. (Ed.). *Manual de psicologia de la salud: Fundamentos, metodologia y aplicaciones* (pp. 133-154). Madrid: Biblioteca Nueva.

Ferreira, P. A., Amaral, J., Ribeiro, J., & Coelho-Moos, E. (2002). Controlo metabólico da diabetes e sua associação com a qualidade de vida. *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: a saúde numa perspectiva de ciclo de vida* (pp. 263-270). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Foster, A., & Young, J. B. (1992). Stroke Rehabilitation. Can we do better? *British Medical Journal*, *305*, 1446-1447.

Franzoi, S. L. & Shields, S. A. (1984). The Body Esteem Scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, *48*, 173-178.

Fry, P. S. (2001). Predictors of health-related quality of life perspectives, self-esteem, and life satisfactions of older adults following spousal loss: An 18-month follow-up study of widows and widowers. *The Gerontologist*, *41*, 787-798.

Furnham, A., & Greaves, N. (1994). Gender and locus of control correlates of body image dissatisfaction. *European Journal of Personality*, *8*, 183-200.

Gécas, V. (1982). The self-concept. *Annual Review of Sociology*, *8*, 1-33.

Gilmet, K., & Burman, M. E. (2003). Stroke Perceptions of Well Laypersons and Professionals Caregivers. *Rehabilitaion Nursing*, *28* (2), 52-56.

Glass, T. A., & Maddox, G. L. (1992). The quality and quantity of social support: stroke recovery as psycho-social transition. *Social Science and Medicine*, *34* (11), 1249-1261.

Head, H. (1920). *Studies in neurology*. London: Oxford University Press.

Heckman, T. G. (2003). The chronic illness Quality of Life Model: Explaining Satisfaction in people living with HIV Disease. *Health Psychology*, *22* (2), 140-147.

Hellstrom, K., Lindmark, B., Wahlberg, B., & Fughl-Meyer, A. R. (2003). Self-efficacy in relation to impairments and activities of daily living disability in elderly patients with stroke: a prospective investigation. *Journal of Rehabilitation of Medicine*, *35* (5), 202-207. Abstract obtained from Medscape.

Hier, D. B., Mondlock, J., & Caplan, L. R. (1983). Behavioural abnormalities after right hemisphere stroke. *Neurology*, *33*, 337-344.

Hogg, K. E., Goldstein, L. H., & Leigh, P. N. (1994). The psychological impact of motor neurone disease. *Psychological Medicine*, *24*, 625-632.

Hux, K., Rogers, T., & Mongar, K. (2000). Common perceptions about strokes. *Journal of Community Health*, *25* (1), 47-65.

INE (2002). *Estatística de Saúde 2000*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Jones, F., Mandy, A., & Partridge, C. (2000). Who's in control after a stroke? Do we disempower our patients?. *Physiotherapy Research International*, 5 (4), 249-253.

Jonkman, E. J., Weerd, A. W., & Vrijens, N. L. H. (1998). Quality of life after a first ischemia stroke. *Acta Neurologica Scandinavica*, 98, 169-175.

Keating, J. P. (1995). Acidentes Vasculares Cerebrais: casuística segundo a base de dados hospitalar. *Acta Médica Portuguesa*, 8, 263-266.

Keppel, C. C., & Crowe, S. F. (2000). Changes to Body Image and Self-esteem following Stroke in Young Adults. *Neuropsychological Rehabilitation*, 10 (1), 15-31.

Kim, P., Warren, S., Madill, H., & Hadley, M. (1999). Quality of life of stroke survivors. *Quality of Life Research*, 8, 293-301.

King, R. B. (1996). Quality of life after stroke. *Stroke*, 27, 1467-1472.

Klonoff, P. S., Shepperd, J. C., O'Brien, K. P., Chiapello, D. A., & Hodak, J. A. (1990). Rehabilitation and outcome of right-hemisphere stroke patients: challenges to traditional diagnostic and treatment methods. *Neuropsychology*, 4 (3), 147-163.

Koffka, K. (1939). *Principals of Gestalt Psychology*. New York: Harcourt Brace.

Kvigne, K., & Kirkevold, M. (2003). Living with bodily strageness: women's experiences of their changing and unpredictable body following a stroke. *Qualitative Health Research*, 13 (9), 1291-1310.

Lawton, M. P. (2001). Emotion in later life. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 129-123.

Lopes H. B., Ribeiro, J. L. R., & Leal, I. P. (1999). Estudos sobre a qualidade de vida em mulheres submetidas a histerectomia ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário. *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 483-498.

Lopez, E. M. (1956). A formação do esquema corporal. Importância do mesmo na aquisição da noção do “eu”. *Psiquiatria: Psicologia Médica e Psicopatologia* (pp. 93-101). Rio de Janeiro: Editora Científica.

Lou, M. F., Dai, Y. T., & Catanzaro, M. (1997). A pilot study to assess the relationships among coping, self-efficacy and functional improvement in men with paraplegia. *International Journal of Rehabilitation Research*, 20, 99-105.

Martins, T. , Ribeiro, J., & Garrett, C. (2002). Qualidade de Vida dos cuidadores informais de doentes afectados por AVC. *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: a saúde numa perspectiva de ciclo de vida* (pp. 231-238). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Maze, L. M., & Bakas, T. (2004). *Factors Associated with Hospital Arrival Time for Stroke Patients*. Retrired October 4, 2004, from [http://64.4.48.250/cgi-bin/posrd/BR?hm\\_\\_action=http%253a%252f%252fwww%252emedscape%252e.com%252fpx%25searchdatabase&QueryText=stroke&src=mp&Database=Clinical&submit.x=9&submit.y=8](http://64.4.48.250/cgi-bin/posrd/BR?hm__action=http%253a%252f%252fwww%252emedscape%252e.com%252fpx%25searchdatabase&QueryText=stroke&src=mp&Database=Clinical&submit.x=9&submit.y=8).

McEwen, S., Mayo, N. & Wood-Dauphinee, S. (2000). Inferring quality of life from performance-based assessments. *Disability and Rehabilitation*, 22 (10), 456-463.

Mestre, S., & Ribeiro, J. (2002). Relação entre qualidade de vida e suporte social em doentes com acidente vascular cerebral. *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: a saúde numa perspectiva de ciclo de vida* (pp. 277-282). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde: orientações estratégicas para 2004-2010*. Retrieved August 2, 2004, from <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006013.pdf>.

Morgado, M. V., Pires, A., & Pinto, J. R. (2000). Auto-eficácia na criança asmática. *Psicologia Saúde & Doenças*, 1, (1), 121-128.

Mumma, C. M. (2000). Perceid losses following stroke. *Rehabilitation Nursing*, 25 (5), 192-196.

National Institute of Neurologic Disorders and Stroke (2004). *Professional Stroke Resources*. Retrived 4 October, 2004 from [http:// www.strokecenter .org/prof/guidelines.htm](http://www.strokecenter.org/prof/guidelines.htm).

Nelson, L. D., Cicchetti, D., Satz, P., Stern, S., Sowa, M., Cohen, S., et al. (1993). Emotional Sequelae of Stroke. *Neuropsychology*, 7 (4), 553-560.

Niemi, M. L., Laaksonen, R. Kotila, M., & Waltimo, O. (1988). Quality of life 4 years after stroke. *Stroke*, 19, 1101-1107.

Norris, J., & Spelic, S. S. (2002). Supporting adaptation to body image disruption. *Rehabilitation Nursing*, 27 (1), 8-12.

O' Leary, A. (1992). Self-Efficacy and Health: behavioral and stress psychological meditation. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 229-245.

Oliveira, R. A. (1995). Reabilitação, Tratamento e aspectos psicossociais: estudo dum grupo de hemiplégicos vítimas de Acidente Vascular Cerebral. *Psychologica*, 13, 5-26.

Orbach, I., & Mikulincer, M. (1998). The body investment scale: construction and validation of a body experience scale. *Psychological Assessment*, 10 (4), 415-425.

Pietsh, J., Walker, R., Chapman, E. (2003). The relationship among self-concept, self-efficacy and performance in mathematics during secondary school. *Journal of Educational Psychology*, 95 (3), 589-603.

Pires, J. C. (1997). *De profundis, valsa lenta*. Lisboa : Publicações Dom Quixote.

Pound, P., Bury, M., & Ebrahim, S. (1997). From apoplexy to stroke. *Age and Ageing*, 26, 331-337.

Rettig, K. D., Danes, S. M., & Bauer. J. W. (1991). Family life quality: Theory and assessment in economically stressed farm families. *Social Indicators Research*, 8, 306-311.

Ribeiro, J. L. P. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 179-191.

Ribeiro, J. L. P. (1995). Adaptação de uma Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral. *Actas da III Conferência Internacional: Formas e Contextos* (pp.163-176). Braga: APPORT.

Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ribeiro, J. L. P. (2002). Qualidade de Vida e doença oncológica. In Dias, M. R. & Durá, E. (Eds.). *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.

Ribeiro, J. L. P., & GRU.PO.QDV. (1997). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In Ribeiro, J. L. P. (Ed.). *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde-Actas*. (pp.253-282). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Ribeiro, J. L. P., Meneses, R. F., Meneses, I., & GRU.PO-QDV. (1998). Avaliação da qualidade de vida em crianças com diabetes tipo 1. *Análise Psicológica, 1* (XVI), 91-100.

Ribeiro, J., & Ramos, D. (2002). Relação entre coping e qualidade de vida em doentes com cancro colo-rectal. *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: a saúde numa perspectiva de ciclo de vida* (pp. 297-304). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Richard, R., & Van der Pligt, J. (1991). Factors affecting condom use among adolescents. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 1*, 105-116.

Robinson-Smith, G., Johnston, M. V., & Allen, J. (2000). Self-care, self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 81* (4), 460-464. Abstract obtained from Medscape.

Robinson-Smith, G., & Pizzi, E. R. (2003). Maximizing Stroke Recovery Using Patient Self-Care Self-Efficacy. *Rehabilitaion Nursing, 28* (2), 48-51.

Rosen, J. C., Srebnik, D., Saltzberg, E., & Wendt, S. (1991). Development of a body image avoidance questionnaire. *Psychological Assessment, 3* (1), 32-37.

Santos, C. S., Ribeiro, J., & Lopes, C. (2002). Qualidade de vida do familiar/cuidador do doente oncológico. *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: a saúde numa perspectiva de ciclo de vida* (pp. 253-262). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Schilder, P. (1981). *A Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.

Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviours. In Conner, M., & Norman, P. (Eds.). *Predicting Health Behaviour*. (pp. 163-196). Buckingham: Open University Press.

Secord, P. F., & Jourard, S. M. (1953). The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, *17*, 343-347.

Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs., & Rogers, W. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, *51*, 663-671.

Silva, I., Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes. *Análise Psicológica*, *2* (XXI), 185-194.

Skevington, S. M. (2002). Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. *Quality of Life Research*, *11*, 135-144.

Skilbeck, C. (1992). Neuropsychological Assessment in Stroke. In Crawford, J.R., Parker, D. M., & Mckinlay, W. W (Eds.). *A Handbook of Neuropsychological Assessment* (pp. 339-361). Hove: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Smith, G. C., Kohn, S. J., Savage-Stevens, S. E., Finch, J. J., Ingate, R. & Lim, Y. (2000). The effects of interpersonal and personal agency on perceived control and psychological well-being in adulthood. *The Gerontologist*, *40*, 458-468.

Smith, D. S., & Clark, M. S. (1995). Competence and performance in activities of daily living of patients following rehabilitation from stroke. *Disability and Rehabilitation*, *17*, 15-23.

Sondhaus, E. L., Kurtz, R. M., & Strube, M. J. (2001). Body attitude, gender, and self-concept : a 30 year perspective. *Journal of Psychology, 135* (4), 413-429. Abstract obtained from Medscape.

Tamm, M. (1999). What does a home mean and when does it cease to be a home? Home as a setting for rehabilitation and care. *Disability and Rehabilitation, 21*, 49-55.

Van der Velde, C. D. (1985). Body image of one's self and of others: Developmental and clinical significance. *American Journal of Psychiatry, 142*, 527-537.

Warlow, C., Sudlow, C., Dennis, M., Wardlow, J., & Sandercock, P. (2003). Stroke. *Lancet, 362*, 1211-1225. Article retrieved November, 10, 2003 from <http://search.epnet.com/direct.asp?an=11036970&db=pbh>.

Webster, J., & Tiggemann, M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: the role of cognitive control. *The Journal of Genetic Psychology, 164* (2), 241-252.

Weir, A. M., Pentland, B., & Crosswaite, A. (1995). Bell's palsy: the effect on self image, mood state and social activity. *Clinical Rehabilitation, 9*, 121-125.

Wiedenfield, S. A., O'Leary, A., Bandura, A., Brown, S., Levine, S., & Raska, K. (1990). Impact of perceived self efficacy in coping with stressors on immune function. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 1082-1094.

Woodend, A. K., Nair, R. C., Tang, A. S.-L. (1997). Definition of quality from a patient versus health care professional perspective. *International Journal of Rehabilitation Research, 20*, 71-80.

Wood- Dauphinee, S., & Kuchler, T. (1992). Quality of life as a rehabilitation outcome: Are we missing the boat?. *Canadian Journal of Rehabilitation, 6* (1), 3-12.

World Health Organization Group. (1998). Group development of the World Health Organization WHOQOL-Brief quality of life assessment. *Psychological Medicine, 28*, 551-558.

WHO. (2004). Retrieved from [http://Who.int/ncd\\_surveillance/steps/stroke/en/flyerstroke2.pdf](http://Who.int/ncd_surveillance/steps/stroke/en/flyerstroke2.pdf).

Wyller, T.B. & Kirkevold, M. (1999). How does a cerebral stroke affect quality of life? Towards an adequate theoretical account. *Disability and Rehabilitation*, 21 (4), 152-161.

## **ANEXOS**

## **ANEXO A**

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda honestamente a cada questão. Não há respostas certas nem erradas. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar a mais apropriada.

As suas respostas aos questionários serão totalmente confidenciais.

Agradecemos desde já a sua colaboração, sem a qual não seria possível a realização deste trabalho.

## QUESTIONÁRIO

Data de nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Sexo: M  F

Anos de escolaridade que completou:

Situação profissional: Activo  Não activo

Com quem vive: Esposo/a  Filhos  Sozinho  Outros

Tipo de lesão: AVC Isquémico  AVC Hemorrágico

Local AVC: Direito  Esquerdo

Tempo de Doença (meses):

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Estes questionários visam estudar questões ligadas à sua actual Qualidade de Vida.

Declaro que fui informado sobre os objectivos do estudo; esclareceram-me todas as dúvidas que apresentei; tomei conhecimento que a recusa em participar não tem influencia no atendimento; e que em qualquer momento poderei abandonar o estudo.

---

(Assinatura)

## **ANEXO B**

Estes questionários visam estudar questões ligadas à sua actual  
Qualidade de Vida.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda  
honestamente a cada questão. Não há respostas certas nem erradas. Se não  
tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar a mais apropriada.

As suas respostas aos questionários serão totalmente anónimas e  
confidenciais.

Agradecemos desde já a sua colaboração, sem a qual não seria  
possível a realização deste trabalho.

## QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO

Data de nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Sexo: M  F

Anos de escolaridade que completou:

Situação profissional: Activo  Não activo

Com quem vive: Esposo/a  Filhos  Sozinho  Outros

## ANEXO C


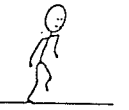



# A MINHA SAÚDE

SEGUIDAMENTE VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, ILUSTRADAS COM FIGURAS. MARQUE UMA CRUZ NA AFIRMAÇÃO QUE MELHOR DESCREVE A SUA SAÚDE. NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS NEM ERRADAS.

## 1 - Aptidão Física

Durante as últimas 2 semanas...






Qual foi o esforço físico mais intenso que consegui fazer, ou que poderia ter feito durante pelo menos, 2 minutos?

Muito intenso, (por exemplo) correr depressa		1
Intenso, (por exemplo) correr devagar		2
Moderado, (por exemplo) andar com passo apressado		3
Ligeiro, (por exemplo) passear ou andar devagar		4
Muito ligeiro, (por exemplo) andar muito devagar, com dificuldade, ou não ser capaz de andar		5

## 3 - Actividades Dia-a-Dia

Durante as últimas 2 semanas...






Quanta dificuldade tem sentido para realizar os eu trabalho ou as suas tarefas diárias, tanto dentro como fora de casa, devido ao seu estado de saúde física ou psicológica.

Nenhuma dificuldade		1
Pouca dificuldade		2
Bastante dificuldade		3
Muita dificuldade		4
Não tenho podido fazer nada		5

## 2 - Disposição ou Estado Afectivo-Emocional

Durante as últimas 2 semanas...

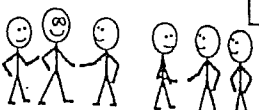
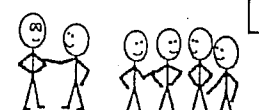


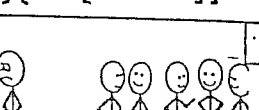
Até que ponto se sentiu incomodado(a) por problemas emocionais tais como sentir-se ansioso(a), deprimido(a), irritável, ou abatido(a) e triste?

Nada		1
Ligeiramente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muito		5

## 4 - Convívio e Vida Social






Durante as últimas 2 semanas...

A sua vida social, as suas relações com familiares, amigos, vizinhos ou outros grupos ficaram limitadas ou prejudicadas por causa do seu estado de saúde física ou psicológica?

Nada		1
Ligeiramente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muito		5






### 5 - Mudanças no estado de Saúde

Como considera o seu estado geral de saúde neste momento, quando compara com a de há duas semanas atrás?

Muito melhor		1
Um pouco melhor		2
O mesmo		3
Um pouco pior		4
Muito pior		5






### 6 - Auto-Percepção do estado Geral de Saúde

Durante as últimas 2 semanas...  
Como classificaria o seu estado geral de saúde?

Muito bom		1
Bom		2
Razoável		3
Fraco		4
Mau		5

### 7 - Dores

Durante as últimas 4 semanas...  
Tem sentido dores?

Nenhumas		1
Muitas ligeiras		2
Ligeiras		3
Fortes		4
Muito fortes		5

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

## **ANEXO D**

## COMO EU SOU

Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você pensa sobre si próprio. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a letra A significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, ao que você pensa de si: se assinalar a letra G significa que a afirmação corresponde totalmente ao que você pensa sobre si próprio/a. Entre esse dois extremos pode ainda escolher uma de 5 letras consoante estiver mais ou menos em desacordo com a sua maneira de pensar. Assinale uma das letras. Não há respostas certas ou erradas, todas as respostas que der são igualmente correctas. Peço-lhe que pense bem na resposta de modo a que ela expresse correctamente a sua maneira de pensar

Discordo totalmente      discordo um pouco      concordo um pouco      concordo totalmente  
 ↓      discordo bastante      ↓      não concordo nem discordo      ↓      concordo bastante      ↓

1- Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los	A	B	C	D	E	F	G
2- Quando não consigo fazer uma coisa à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir	A	B	C	D	E	F	G
3- Tenho dificuldade em fazer novos amigos	A	B	C	D	E	F	G
4- Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la	A	B	C	D	E	F	G
5- Quando estabeleço objectivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar	A	B	C	D	E	F	G
6- Sou uma pessoa auto-confiante	A	B	C	D	E	F	G
7- Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida	A	B	C	D	E	F	G
8- Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado	A	B	C	D	E	F	G
9- Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente	A	B	C	D	E	F	G
10- Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa	A	B	C	D	E	F	G
11- Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar	A	B	C	D	E	F	G
12- Desisto facilmente das coisas	A	B	C	D	E	F	G
13- As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer amigos	A	B	C	D	E	F	G
14- Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas	A	B	C	D	E	F	G
15- Um dos meus problemas, é que não consigo fazer as coisas como devia	A	B	C	D	E	F	G

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## **ANEXO E**

## AUTO-IMAGEM

Seguidamente vai encontrar uma série de afirmações que, dizem respeito à forma como se sente em relação ao seu corpo. Não existem respostas certas nem erradas. Marque uma cruz na letra que melhor se aplica à sua forma de pensar.

	Discordo totalmente	Discordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Concordo na maior parte	Concordo totalmente
1- Tenho cuidado com a minha aparência física	A	B	C	D	E
2- Sinto-me frustrado com a minha aparência física	A	B	C	D	E
3- Gosto de cuidar do meu corpo	A	B	C	D	E
4- Sinto-me confortável na presença de amigos	A	B	C	D	E
5- Sinto-me confortável na presença da família	A	B	C	D	E
6- Sinto-me confortável na presença de estranhos	A	B	C	D	E
7- Não gosto do meu corpo	A	B	C	D	E
8- Gosto do meu corpo apesar das suas imperfeições	A	B	C	D	E
9- Cuidar do meu corpo melhora o meu bem-estar	A	B	C	D	E
10- Sinto-me desconfortável quando olham para mim	A	B	C	D	E

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**