



Estratégias de *Coping* e Avaliação do Bem-Estar Psicológico em Vítimas de Acidente Vascular Cerebral

Versão Final Após Defesa

Carolina Manuela Mateus Santos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Manuel Joaquim da Silva Loureiro
Coorientadores: Prof. Doutora Paula Susana Loureiro Saraiva de Carvalho
Prof. Doutor Jorge Manuel dos Reis Gama

julho de 2022

Folha em branco

Agradecimentos

Ao findar esta etapa do meu percurso académico gostaria de agradecer a todas as pessoas que contribuíram para a conclusão desta caminhada.

Agradecer inicialmente ao Professor Manuel Loureiro por toda a sua ajuda e disponibilidade, sem si esta caminhada teria sido muito diferente, levo-o no meu coração. Agradecer à Professara Paula e ao Professor Jorge Gama por toda a brilhante ajuda e prontidão, nunca me esquecerei da vossa generosidade.

Seguidamente agradecer aos meus pais, Fernanda e Carlos por me possibilitarem chegar até aqui, obrigada por todo o apoio, amor e carinho que depositam em mim nestes 24 anos de vida, tenho muito orgulho em vocês e amo-vos de coração para a vida toda. Agradecer há minha família, por todas as palavras de incentivo nestes cinco anos, um obrigado particular aos meus tios Carla e Manel, há minha Madrinha Tânia e tio Zé Luís, pelo apoio e carinho. Agradecer aos meus avós maternos Aurélia e Fernando, e avós paternos Lúcia e Carlos por todos as palavras proferidas com carinho e orgulho, é um privilégio ter cada um de vos na minha vida. Um obrigado especial à Francisca, à Margarida, à Leonor e à Matilde por todos os sorrisos que me proporcionam, gosto imenso de cada uma de vós. A ti Pedro, obrigada, és das melhores pessoas da minha vida. Aos meus amigos que longe ou perto sempre estiveram presentes, ao José Flora por ser o melhor amigo de todos os tempos e por sempre acreditar em mim desde o 1º momento, à Fabiana por todas as conversas e partilhas que me encheram o coração, à Mariana por todos os momentos que passamos juntas. Agradecer também aqueles que fizeram da Covilhã uma casa para a vida e que com o tempo se tornaram família, nomeadamente à Patrícia Lopes por ter partilhado comigo tantos bons momentos que vão deixar saudades, ao João Ferreira por ser dos seres humanos mais gentis com quem me cruzei e por me fazer rir todos os dias nestes cinco anos, és o melhor. À Inês Branco por todo o carinho e hospitalidade ficarás sempre no meu coração. E a todos os outros com que me cruzei nesta cidade, um bem-haja. Agradecer também aos meus afilhados académicos, Inês Ferreira, Ana Leonor, Gonçalo Moura, vocês embelezaram este percurso, e esta cidade. Não podia deixar de agradecer a todos os professores que se cruzaram no meu caminho e que através da arte do ensino me instruíram conhecimento que me permitiu chegar até aqui. Por último, mas não menos importante agradecer à Dra. Ana Gomes, à Dra. Lénia e à Dra. Ilidia por me receberam de braços abertos na Unidade de AVC do CHTV e por desde o primeiro minuto terem-se mostrando disponíveis para tudo, foram uma ajuda preciosa. Agradecer também a todas as funcionárias do setor 1 das consultas externa, particularmente à Dona Manuela por toda o seu apoio e auxílio. Termino com um agradecimento especial a todos os doentes que aceitaram participar neste estudo, aprendi muito com cada um de vós. Agora, o melhor está para vir. Sempre. Obrigada.

Folha em branco

Resumo

O Acidente Vascular Cerebral é uma das doenças a nível mundial com maior impacto na vida dos doentes. O surgimento deste evento súbito apresenta um impacto significativo no Bem-Estar Psicológico, para além disto as estratégias de *coping* que as pessoas utilizam repercutem na saúde física e psicológica, tanto dos doentes como daqueles que os rodeiam. O objetivo geral da presente investigação consiste em avaliar as estratégias de *Coping* e o BEP em vítimas de um Acidente Vascular Cerebral, assistidas nas unidades de AVC de dois Hospitais distritais de referência, o Centro Hospitalar de Tondela-Viseu e a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco. Para esta avaliação foram aplicados o Questionário sociodemográfico, uma Ficha clínica, o Brief Cope de Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004) e a Versão Reduzida das Escalas de Bem-Estar Psicológico (Novo, et al., 2004). Participaram nesta investigação 159 indivíduos, 94 do sexo masculino e 65 do sexo feminino, com uma média de idades de 66.35 anos.

Os principais resultados obtidos evidenciam diferenças significativas no Bem-Estar Psicológico em função da idade, do género, do estado civil e das habilitações literárias. No que concerne às estratégias de *coping* foram também encontradas diferenças significativas nas estratégias utilizadas em função da idade, do género, estado civil e das habilitações literárias. A incidência crescente desta patologia implica uma promoção mais ativa ao nível da saúde Psicológica, para que os sobreviventes possam perceber o benefício de utilizar estratégias de *coping* adaptativas que promovam um maior Bem-Estar Psicológico na vida dos sujeitos.

Palavras-chave

Acidente Vascular Cerebral (AVC); Estratégias de *Coping*; Bem-Estar Psicológico; Saúde

Folha em branco

Abstract

A stroke is one of the most common diseases worldwide with the most impact on patients' lives. The emergence of this sudden event has a significant impact when it comes to psychological well-being. On top of that, *coping* strategies that people have used influence the physical and psychological health of both patients and those around them. The main goal of the present investigation consists in evaluating coping strategies and the personal well-being (PWB) in victims of a stroke that were assisted in the stroke units of two referral district hospitals, "Centro Hospitalar de Tondela-Viseu" and "Unidade Local de Saúde de Castelo Branco". For this evaluation, a Sociodemographic Questionnaire, a Clinical Form, the Brief Cope of Pais Ribeiro e Rodrigues (2004) and the Short Version of the Psychological Well-Being Scales (Novo, Duarte-Silva & Peralta, 2004) were applied. Out of the 159 individuals that participated in this investigation, 94 were males and 65 were females, with the average age being 66.35 years. The main results obtained show the significant differences in psychological well-being according to age, gender, marital status and literacy qualifications. With regard to coping strategies, significant differences were found in the strategies used according to age, gender, civil status and educational qualifications. The increasing incidence of this pathology implies a more active promotion in terms of psychological health, so that survivors can perceive the benefit of using adaptive coping strategies that promote a greater psychological well-being in the individual's lives.

Keywords

Stroke, *coping* strategies, Psychological Well-being, Health

Folha em branco

Índice

Introdução	1
Capítulo 1: Enquadramento Teórico.....	2
1.1. Acidente Vascular Cerebral.....	2
1.1.1. Definição e epidemiologia	2
1.1.2. Fatores associados à ocorrência de AVC	4
1.2. <i>Coping</i>	6
1.2.1. Operacionalização Concetual.....	6
1.2.2. <i>Coping</i> Adaptativo e AVC	8
1.3. Bem-Estar Psicológico	9
1.3.1. Operacionalização Concetual.....	9
1.3.2. Bem-Estar Psicológico e AVC	11
1.4. A relação entre <i>Coping</i> adaptativo, AVC e BEP	12
Capítulo 2: Metodologias da Investigação.....	13
2.1. Questão de Investigação e Objetivos.....	13
2.2. Participantes	14
2.3. Instrumentos.....	18
2.3.1. Questionário Sociodemográfico.....	18
2.3.2. Ficha Clínica	18
2.3.3. Brief Cope (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).	18
2.3.4. Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida.....	20
2.4. Procedimentos	21
2.4.1. Recolha de Dados.....	21
2.4.2. Tratamento estatístico dos dados	22
Capítulo 3: Apresentação dos Resultados	24
3.1. Análise Descritiva dos Resultados	24
3.1.1. Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida.....	24
3.1.2. <i>Brief Cope</i>	24
3.2. Análise inferencial dos dados.....	25

3.2.1.	BEP e características sociodemográficas	25
3.2.2.	BEP e características clínicas.....	28
3.2.3.	<i>Coping</i> e características sociodemográficas	30
3.2.4.	<i>Coping</i> e características clínicas	33
3.2.5.	<i>Coping</i> e BEP	35
3.2.6.	Síntese dos principais resultados obtidos na investigação.....	38
4.	Discussão	40
4.1.	Limitações e Pontos Fortes da Investigação	47
5.	Conclusão.....	48
	Referências.....	49
	ANEXOS	58
	Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética do CHTV	59
	Anexo 2: Parecer da Comissão de Ética da ULSCB	60

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1: Idade dos Participantes	14
Tabela 2: Características Sociodemográficas	15
Tabela 3: Características Clínicas	17
Tabela 4: Cálculo da Confiabilidade do Brief Cope através do Alfa de Cronbach, comparação com o Alfa de Cronbach da versão Portuguesa do instrumento	20
Tabela 5: Cálculo da Confiabilidade da Escala de Bem-Estar Psicológico (versão reduzida) através do Alfa de Cronbach.....	21
Tabela 6: Estatística Descritiva da Escala de BEP - Versão Reduzida	24
Tabela 7: Estatística Descritiva das Subescalas do Instrumento Brief Cope	24
Tabela 8: Análise da Influência da Idade no BEP	25
Tabela 9: Análise da Influência do Género no BEP	26
Tabela 10: Análise da Influência do Estado Civil no BEP	27
Tabela 11: Análise da Influência das Habilitações Literárias no BEP	27
Tabela 12: Análise da Influência do Local de Residência no BEP	28
Tabela 13: Análise da Influência do Tipo de AVC no BEP	28
Tabela 14: Análise da Influência da Hospitalização no BEP	29
Tabela 15: Análise da Influência das Sequelas no BEP.....	29
Tabela 16: Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devido à Idade.....	30
Tabela 17: Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devido ao Género	30
Tabela 18: Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devido ao Estado Civil ..	31
Tabela 19: Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devido às Habilitações Literárias.....	32
Tabela 20: Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devido ao Local de Residência.....	32
Tabela 21: Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devido ao Tipo de AVC	33
Tabela 22: Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devido à Hospitalização	34
Tabela 23: Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devido às Sequelas.....	34
Tabela 24: Coeficiente de Correlação de Spearman entre as Dimensões do BEP e as Escalas do Brief Cope.....	37

Folha em branco

Lista de Acrónimos

AIT	Acidente Isquémico Transitório
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BEP	Bem-Estar Psicológico
CHTV	Centro-Hospitalar Tondela Viseu
COVID-19	Corona Vírus Disease
EBEP	Escala de Bem-Estar Psicológico
OMS	Organização Mundial de Saúde
USLCB	Unidade de Saúde Local Castelo Branco

Folha em branco

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença cerebrovascular responsável por uma elevada percentagem de mortalidade e incapacidade em todo o mundo (Han et al., 2021). A forma como este evento acontece, ou seja, de forma súbita causa muitas vezes um impacto imensurável na vida dos doentes e daqueles que o rodeiam. Para calcular de forma mais concreta o impacto desta doença é importante saber-se que tipo de estratégias de *coping* são usadas e de que forma o AVC interfere com o Bem-Estar Psicológico (BEP) dos sobreviventes.

Desde há vários anos que as estratégias de *coping* são vistas como uma ferramenta essencial para lidar com um evento gerador de stress, porém as estratégias que utilizamos impactam de forma positiva ou negativa a saúde mental (Lazarus & Folkman, 1984), conseqüentemente este impacto afeta significativamente o BEP dos indivíduos. Numa época em que tanto se fala em saúde mental, mais do que nunca é importante investigar cientificamente hipóteses que possam interferir diretamente com a saúde psicológica da população, nomeadamente se a população tiver sofrido um evento potenciador de stress, como é caso da ocorrência repentina de um Acidente Vascular Cerebral. Para Dias & Pais-Ribeiro (2019) o Modelo proposto por Folkman e Lazarus continua a ser uma ferramenta determinante para explicar as diferentes estratégias utilizadas pelas pessoas quando confrontadas com um evento *stressor*, para além disto continua a ser uma estratégia útil na elaboração de propostas de intervenção tendo como intenção ajudar os indivíduos a lidarem da melhor forma possível com uma situação geradora de stress.

O cuidado que as instituições e programas de reabilitação têm para com o BEP após o AVC tem sido moderadamente negligenciado em comparação aos sintomas motores e a outros sintomas físicos, sendo a parte mais orgânica o foco principal dos programas de reabilitação assim como dos serviços de saúde oferecidos aos doentes. Perante esta realidade parece ser importante dinamizar estratégias que visem promover e impulsionar melhores níveis de BEP, caso isto aconteça o prognóstico dos doentes melhoraria significativamente, apresentado também uma repercussão relevante na recuperação das vítimas (Hinwood et al., 2022).

Devemos ter sempre em conta que um doente é um ser humano e perante isto devemos não só ter em atenção aspetos físicos como também aspetos psicológicos, posto isto devemos tentar reduzir o impacto das doenças físicas no BEP, adotando estratégias que promovam a saúde mental em vez de estratégias que sejam prejudiciais à saúde (Levine, et al., 2021)

Capítulo 1: Enquadramento Teórico

1.1. Acidente Vascular Cerebral

1.1.1. Definição e epidemiologia

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) uma doença súbita com uma possível origem vascular que perdura mais de 24 horas afetando uma determinada área do cérebro provocando um comprometimento ao nível neuronal (Organização Mundial de Saúde, 2006). Este défice neurológico pode ter uma origem isquémica ou hemorrágica (Serviço Nacional de Saúde, 2021), contudo estima-se que cerca de 85% do AVC's sejam de origem isquémica e 15% de origem hemorrágica (Kurz et al., 2012).

Os AVC's de origem isquémica podem ainda subdividir-se em eventos trombóticos e embólicos, independentemente do evento ocorrido o AVC isquémico implica sempre a obstrução de um vaso sanguíneo. Os AVC's que derivam de um evento trombótico ocorrem quando se forma um coágulo numa artéria cerebral bloqueando o decorrer normal do fluxo sanguíneo. Num AVC embólico o coágulo de sangue formado circula através da corrente sanguínea até ao cérebro, muitas vezes este coágulo começa no coração. Dentro dos AVC's isquémicos salienta-se ainda os Acidentes Isquémicos Transitórios (AIT's), estes são micro acidentes e podem ser um forte indício de que um AVC de maior calibre pode surgir a qualquer momento (American Stroke Association, 2020; Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2016).

Ao contrário dos AVC's isquémicos que são provocados por um entupimento de um vaso os AVC's hemorrágicos ocorrem quando um vaso sanguíneo do cérebro rebenta e causa uma hemorragia, esta hemorragia pode ocorrer dentro do cérebro denominando-se de hemorragia intracraniana, ou ocorrer entre o crânio e o cérebro designando-se de hemorragia subaracnoídea (American Stroke Association, 2020; Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2016).

A OMS ressalva que o AVC apesar de ser uma doença súbita manifesta alguns sintomas que devem ser tomados em conta como a falta de coordenação na parte motora, a dificuldade em falar, um comprometimento da visão, uma falta de força em algum membro ou parte do corpo (OMS, 2006). Frequentemente diz-se para se estar atento aos 5 F, indicadores de que um AVC pode ter ocorrido: a Fala, a Face, a Força, a Falta de visão repentina e a Forte dor de cabeça. Perante estes sinais é recomendado ligar imediatamente ao número de emergência médica – 112. Após este contacto e depois de confirmado pelo Centro de Operações de Doentes Urgentes a suspeita de AVC procede-se à ativação da Via Verde do AVC, esta via permite um socorro rápido e

consequentemente um tratamento com a maior brevidade possível (Direção Geral de Saúde, 2017). A Via Verde do AVC é composta por um médico de Medicina Interna ou um Neurologista com experiência nestes acidentes o que facilita uma identificação rápida do quadro clínico e da sua gravidade. Quando a pessoa entra no hospital através do contacto com a Via Verde todo o processo de admissão deste doente é agilizado e assegura-se um tratamento mais rápido uma vez que a pessoa não tem de passar por triagens nem processos administrativos. Esta Via Verde do AVC foi criada com o objetivo de reduzir o número de mortes em consequência de uma doença cerebrovascular (Direção Geral de Saúde, 2017).

Como descrito pela OMS (2019) o AVC é a segunda causa de morte mais prevalente no mundo inteiro, sendo responsável por cerca de 11% das mortes mundiais. Na Europa este flagelo de mortes por AVC é liderado por Portugal, sendo o nosso país aquele que regista mais mortes por AVC todos os anos (Ministério da Saúde, 2018). Esta doença súbita é a causa número um das mortes ocorridas em território nacional, ao mesmo tempo que deixa mazelas nos sobreviventes tanto ao nível físico como psicológico (Figueiredo et al., 2020).

Cerca de 5 milhões de pessoas morrem todos os anos vítimas desta patologia, todavia os sobreviventes são muitos mais, contudo muitos destes ficam com sequelas que limitam o decurso normal da vida, estima-se que cerca de 80% dos sobreviventes de AVC possuam uma limitação física e cognitiva (Reis & Faro, 2019). As sequelas deixadas no pós-AVC podem ser incontornáveis em alguns casos, porém noutros a reabilitação assume um papel crucial para que estes doentes consigam melhorar a nível físico. As sequelas mais relatadas depois da ocorrência de um AVC são as limitações ao nível do movimento, da coordenação motora, da fraqueza muscular, da sensibilidade que se tem dos objetos, as dificuldades na fala e na deglutição (Fábris & Martins, 2022).

Todavia as sequelas do AVC podem ir muito para além da parte física, vítimas de AVC podem apresentar alterações psicológicas, depois da ocorrência deste evento estes doentes tendem a isolar-se, a experienciar emoções negativas como o medo ou a tristeza, para além disto muitos destes doentes demonstram baixa autoestima o que têm influência direta na qualidade de vida destas pessoas (Caro et al., referido por Fábris & Martins, 2022).

O número de sobreviventes é maior que o das mortes e muito se deve ao avanço da medicina e às novas terapias medicamentosas que existem (Direção Geral Saúde, 2017). As sequelas podem ser esbatidas quando as vítimas de AVC são desde cedo integradas numa equipa multidisciplinar, a respeito disto a OMS (2006) diz estes doentes manifestam uma recuperação mais eficaz do que aquelas que são integrados num serviço clínico que não trabalhe em rede, uma equipa multidisciplinar é composta

sempre que necessário por médicos especialistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapia da fala e assistentes sociais (ESO & SAFE, 2018). Os cuidados prestados às vítimas de um AVC devem iniciar-se o mais prematuramente possível para que o prognóstico seja melhor, estes cuidados não devem delimitar-se aos primeiros dias devem sim prologar-se no tempo, através de cuidados de enfermagem, medicina de reabilitação, psicologia entre outras áreas clínicas que se considerarem pertinentes para cada indivíduo (Direção Geral de Saúde, 2017). Os cuidados oferecidos pelos serviços médicos continuam a ser os mesmos antes da pandemia COVID-19, apesar disso e consoante o relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico os internamentos hospitalares na sequência de um AVC foram substancialmente menores devido ao medo de irem a unidades hospitalares e serem contagiados pelo vírus, este receio fez com que muitos cidadãos não recebessem os cuidados devidos o que levou a um aumento das mortes em casa devido à ausência de cuidados especializados (OECD, 2021). O AVC é um problema incomensurável para a área da saúde, porém acarreta um impacto ao nível económico e social pois existem inúmeros gastos que advém das terapias de reabilitação ao mesmo tempo que os impactos das sequelas ao nível social podem ser incontornáveis, como por exemplo o ajuste de tarefas que o indivíduo tem de fazer ao mesmo tempo que altera as suas rotinas e em consequência toda a sua rede social sofre alterações (Donkor, 2018).

A European Stroke Organization em parceria com a Stroke Alliance for Europe definiu um Plano de Ação para o AVC na Europa a ser aplicado entre 2018 e 2030, de acordo com este plano o AVC irá até 2035 sofrer um aumento de 45% em relação do número de mortes por AVC existentes atualmente, por outro lado a projeção realizada é de que o número de sobreviventes desta patologia irá também aumentar significativamente (ESO & SAFE, 2018).

1.1.2. Fatores associados à ocorrência de AVC

Apesar dos números serem devastadores existe possibilidade de alterar este panorama levando a cabo uma vida mais saudável e equilibrada pois o facto de este evento ser tão prevalente na sociedade deve-se, em grande parte, ao estilo de vida que atualmente praticamos e aos fatores de risco inerentes, sendo que estes fatores se subdividem em fatores modificáveis e fatores não modificáveis (Oza, 2017; OMS, 2006) ou seja, fatores que estão ao alcance das pessoas poder alterá-los através de diferentes mecanismos e fatores que não podem ser modificados.

A Hipertensão Arterial assume-se como o mais decisivo fator de risco para a ocorrência de um AVC, daí ser vital um diagnóstico precoce para que ocorra um controlo atempado e adequado da doença. Para além da Hipertensão Arterial a Diabetes é outra

doença de risco, pois uma pessoa com este diagnóstico tem o dobro das probabilidades de vir a ter um AVC comparativamente a uma pessoa sem esta doença. A este leque de doenças de risco junta-se a dislipidemia que quando está descontrolada faz aumentar o risco de AVC, daí ser tão importante a terapia farmacológica. (O'Donnell, et al., 2016; OMS, 2006; Oza, 2017). Segundo Joundi, et al., (2022), apresentar um diagnóstico de Hipertensão Arterial aliado ao diagnóstico da Diabetes e do Excesso de peso estabelece-se como um fator de risco acrescido, em contraste a somente ter uma destas patologias, de acordo com os resultados obtidos quando múltiplos fatores de risco estão presentes entre si provocam um maior risco de emergir um AVC.

Para além dos fatores referidos anteriormente, existem outros fatores que pesam no quadro de risco, como é o caso do excesso de peso e do uso frequente de álcool e outras substâncias nocivas como drogas e tabaco. Relativamente ao fator de risco excesso de peso, este parece não ser consensual no seio da comunidade científica, de acordo com Shiozawa, et al., (2021) ter excesso de peso expõe-se como um fator de risco para o homem, mas não para o sexo feminino. No que concerne ao uso frequente de álcool/tabaco/outras substâncias esta está diretamente vinculado a um maior risco de desenvolver um AVC, segundo Joundi, et al., (2022), fumar em qualquer idade agrava o risco de desenvolver um AVC, porém este risco parece ser mais evidente em pessoas com uma idade mais jovem.

Para além dos fatores modificáveis referidos anteriormente existem também os fatores de risco não modificáveis como o género, a idade e os antecedentes genéticos (American Stroke Association, 2021). No caso do género a mulher parece estar mais propensa à ocorrência de um AVC, sendo explicado por alguns fatores significativos como a gravidez, o uso de contraceptivos orais e a perda de estrogénio após a menopausa, para além disto a esperança média de vida no sexo feminino é mais elevada o que explica também uma maior taxa de ocorrência de AVC (Branyan & Sohrabji, 2020; O'Donnell et al., 2016). Para além do género, a idade assume uma posição central nos fatores de risco, pois existe uma correlação acentuada entre o aumento da idade e o aumento de casos de AVC, pessoas com mais de 55 anos têm maior risco da doença ocorrer, embora o AVC seja comum em faixas etárias mais elevadas cada vez mais sucedem-se AVC's em jovens, e muitas vezes estes necessitam de internamento hospitalar para cuidados especializados (Marianelli et al., 2020; Correia et al., 2018). A par da idade e do género, um outro fator não modificável são os antecedentes familiares, desta forma pessoas que têm na sua família histórico de AVC, parecem estar mais propensos à ocorrência deste evento ao longo da vida (American Stroke Association, 2021). Um outro fator que pesa na probabilidade de ocorrer um AVC é o histórico pessoal do sujeito, ou seja, indivíduos que em algum momento tiveram um AVC, ou um Acidente Isquémico Transitório (AIT),

ou ainda um Ataque Cardíaco apresentam um maior risco de desenvolver um AVC em relação a pessoas que nunca sofreram estas doenças. (American Stroke Association, 2021)

Em suma, é correto afirmar que independentemente da faixa etária toda a população corre um sério risco de em algum momento da vida ter prejuízo no BEP, perante esta realidade parece ser imperativo um acréscimo de medidas que visam fomentar um decréscimo desta doença (Joundi, et al., 2022).

1.2. Coping

1.2.1. Operacionalização Concetual

A expressão *coping* é vulgarmente utilizada para definir um conjunto de estratégias que as pessoas utilizam para fazer face às circunstâncias adversas que possam surgir ao longo da vida humana e que possam ser indutoras de stress (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). As diferentes estratégias de *coping* usadas têm um impacto significativo tanto na saúde física com na saúde psicológica, uma vez que as estratégias podem ser para enfrentar diretamente o problema ou para evitá-lo (Lazarus & Folkman, 1984).

O *coping* pode ser dividido em *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção. Pessoas que utilizam maioritariamente estratégias de *coping* baseadas na emoção tem mais tendência a desenvolver sintomas ansiosos, depressivos ou outras perturbações psicológicas, por outro lado indivíduos que utilizam estratégias de *coping* mais direcionadas para o problema demonstram índices mais elevados de BEP e conseqüentemente uma maior qualidade de vida (Santarnechi, et al., 2018). Para além disto, estratégias de *coping* mais saudáveis e adaptativas servem de base para uma boa regulação das emoções e em contrapartida leva a uma redução dos comportamentos negativos que podem levar ao prejuízo da saúde da pessoa (Stallman, 2020). O uso de estratégias de *coping* adaptativas que se mostram eficazes tendencialmente resulta num alívio do stress sentido, em contrapartida estratégias de *coping* desadaptativas e que tendem a camuflar temporariamente o problema não são aconselhadas a serem praticadas (Segerstrom & Smith, 2019).

Quando a pessoa percebe que as estratégias que está a usar não alteram o seu nível de ansiedade tendem a adotar estratégias pouco adaptativas que podem em algum momento causar dano, essas estratégias negativas podem passar por ruminações constantes e significativas, o abuso de álcool e outras substâncias, os comportamentos autolesivos, a fome emocional, etc (Stallman, 2020). Muitas vezes a percepção da ausência de uma boa saúde psicológica precipita a toma de alguns medicamentos para atenuar o desequilíbrio que se pode sentir, sendo o nosso país o maior consumidor a nível europeu

de benzodiazepinas, ou seja, medicamentos em que as suas substâncias ativas induzem tranquilidade, para além disto em Portugal também se consome muitos antidepressivos e muitas bebidas com teor alcoólico. Tanto as benzodiazepinas como o álcool estão inseridas nas estratégias de *coping* desadaptativas pois servem para atenuar fatores que causam o sofrimento das pessoas, e não servem para resolver ou enfrentar os problemas, para além disto o impacto destes consumos de substâncias é altíssimo causando inúmeros prejuízos ao nível cognitivo sobre a memória (Direção-Geral da Saúde, s.d.).

As pessoas usam diferentes estratégias de *coping* para fazer face às dificuldades, estas diferenças entre um e outro sujeito podem dever-se às suas características personalísticas, pois a personalidade de cada indivíduo é determinante para a criação de uma resposta perante uma experiência que despoleta sintomas stressantes (Segerstrom & Smith, 2019). Para além disto a intensidade das emoções experienciadas em alguns eventos assumem um papel fundamental nas estratégias de *coping* a serem utilizadas (Segerstrom & Smith, 2019). De acordo com Carver & Connor-Smith (2010) traços de personalidade ligados à Extroversão, a uma visão otimista das situações, a uma maior Conscienciosidade, traços personalísticos de uma maior abertura às experiências, e características de personalidade mais persistentes estão intrinsecamente ligadas a estratégias de *coping* que enfrentam o problema e incentivam a capacitação dos indivíduos, no entanto traços de personalidade ligados à introversão, ao neuroticismo, ao medo, à vulnerabilidade, a inseguranças percebidas relacionam-se mais com atitudes negativas de *coping* promovendo um descomprometimento e evitamento de situações.

Por vezes as pessoas sentem uma instabilidade na sua saúde psicológica e não procuram ajuda, o que pode levar a que o seu estado de saúde decaia causando um prejuízo significativo na vida das pessoas e em casos extremos estes indivíduos podem por termo à vida cometendo suicídio (Direção-Geral da Saúde, s.d.). Quando um indivíduo é sujeito a uma carga de stress muito exacerbada pode eventualmente desenvolver certas patologias do foro físico e psicológico, nesta medida o *coping* é essencial para se desenvolver métodos idiossincráticos para ajudar o indivíduo a ultrapassar as dificuldades. Deste modo a terapia psicológica dá as bases para a pessoa lidar com o problema de forma mais adaptativa evitando os comportamentos que podem causar qualquer tipo de dano (Stallman, 2020). Quando é percebido pelo indivíduo que a sua saúde mental não está otimizada a recomendação passa por procurar ajuda especializada recorrendo sempre que possível a um psicólogo, embora os dados mais recentes da Organização Mundial de Saúde salientem que a oferta de cuidados psicológicos oferecida por inúmeros países fica aquém daquilo que seria o ideal, refletindo-se depois nos comportamentos das pessoas e na sua saúde psicológica (World Health Organization, 2021).

1.2.2. **Coping Adaptativo e AVC**

Após ocorrer um AVC o indivíduo precisa de se ajustar a algumas dinâmicas que esta doença implica, deste modo parece crucial a forma como ele enfrenta o problema, a par de algumas características personalísticas as estratégias de *coping* afiguram-se como determinantes na redução de alguns sintomas patológicos como é o caso de sintomas físicos da ansiedade (Luca, et al., 2019).

Segundo Taylor, et al., (2011, cit in Reis & Faro, 2020) o uso de estratégias de *coping* mais adaptativas parecem agilizar o processo de recuperação do doente, e consequentemente melhorar a qualidade de vida a longo prazo, independentemente das sequelas que se possam ter. Por outro lado, pessoas que utilizam estratégias de *coping* desadaptativas apresentam uma maior propensão ao desenvolvimento de quadros psicopatológicos, essencialmente depressivos e ansiosos (Minshall et al., 2021). Parece ser evidente para Minshall et al., (2021) que o *coping* não adaptativo apresenta-se como um fator preponderante à diminuição da qualidade de vida, para além disto, indivíduos que utilizam estratégias de *coping* focadas na emoção parecem indicar uma pior recuperação depois do AVC (Tramonti et al., 2014; Lyon, 2018 cit in Reverté-Villarroya et al., 2020). Apesar de tudo doentes que foram vítimas de um AVC salientam com mais regularidade o uso de estratégias de *coping* direcionadas para o problema do que as estratégias de *coping* focadas na emoção (Donnellan et al., 2006).

O *coping* focado no problema apresenta uma correlação significativa com a autoeficácia (Minshall, et al., 2021), este tipo de estratégias parecem ser as mais adotadas em doentes vítimas de AVC (Reverté-Villarroya, et al., 2020), quando o doente tende a usar estratégias de *coping* que lhe permitem enfrentar a doença os resultados de recuperação são mais elevados comparativamente a pessoas que utilizam estratégias de evitamento do problema (Buczak-Stec, 2020).

Algumas estratégias de *coping* como por exemplo a Religião parecem ser bastante utilizadas para fazer face a acontecimentos de vida negativos, como é o caso da ocorrência de uma doença súbita como o AVC (Mairami, et al., 2019). Outra estratégia que parece ter um impacto significativo é a aceitação, aceitar que o problema ocorreu mesmo e consequentemente enfrentá-lo para tentar esbater algumas sequelas que possam ter surgido parece ser uma estratégia positiva. Uma outra estratégia adaptativa que é muitas vezes utilizada é o Apoio Familiar e o apoio emocional que quando é dado apresenta um impacto imensurável (Dharma & Halina-Rahayu, 2020).

Cada vez mais a saúde psicológica é valorizada e equiparada à saúde física, deste modo é essencial identificar e reabilitar fatores psicológicos a par dos fatores físicos, especialmente através de mecanismos de *coping* adaptativos que permitam um melhor ajustamento à doença (Mendes, 2020).

A percepção que o doente faz da doença parece influenciar os comportamentos de saúde, pois devido ao estilo de enfrentamento as pessoas podem adotar estratégias que sejam pró-ativas na promoção de saúde, ou então podem adotar estratégias nefastas e com consequências negativas para a saúde dos mesmos (Liu et al., 2021).

A adoção de determinadas estratégias de *coping* em prol de outras pode facilitar o papel da equipa médica no desenho de estratégias mais eficazes tendo em vista as necessidades idiossincráticas da pessoa, as estratégias que as vítimas de um AVC adotam parecem ter um papel de destaque na reconstrução da nova realidade após terem sofrido esta doença-cerebrovascular (Reverté-Villarroya, et al., 2020).

1.3. Bem-Estar Psicológico

1.3.1. Operacionalização Concetual

A Organização Mundial de Saúde aquando da sua criação definiu o conceito de saúde como sendo um estado completo de bem-estar a nível físico, mental e social, e não apenas a ausência de alguma doença ou enfermidade (World Health Organization, 1948). Desde os primórdios da OMS que se realça, como sendo fulcral, o BEP dos cidadãos, paralelamente a esta definição geral de saúde pode-se afirmar que este conceito é muito mais do que a ausência de qualquer doença que cause sofrimento físico e psicológico a qualquer ser humano (Trudel-Fitzgerald et al., 2019).

O conceito de Bem-Estar tem sido constantemente desenvolvido desde as civilizações antigas, a Grécia Antiga e os seus investigadores queriam a todo o custo saber de onde provinha aquilo que todos ambicionavam: o bem-estar do ser humano, com os passar dos séculos e conseqüentemente com os avanços da ciência o conceito de bem-estar foi sendo alvo de várias investigações, porém somente nas últimas três décadas é que os investigadores se debruçaram no bem-estar produzindo conhecimento científico de relevo. Estes estudos foram levados a cabo por Carol Ryff em 1989 e anos depois em 1995 por Carol Ryff e Keyes, estes são ainda hoje dois dos mais importantes estudos sobre a temática do BEP (Siqueira & Padovam, 2008).

O BEP pode definir-se como o equilíbrio emocional de cada indivíduo face às experiências externas, ou seja, o bem-estar da própria pessoa assim como o bem-estar com terceiros, um estado de bem-estar pleno também engloba saber lidar com as adversidades da vida, com as emoções que vão surgindo amplificando sempre que possível o crescimento pessoal (Lima et al., 2021). Segundo Carol Ryff o BEP integra seis dimensões que se interligam entre si e no seu todo dão origem ao BEP total e conseqüentemente ao que o impactua, estas dimensões são: a autonomia, o crescimento pessoal, as relações positivas com os outros, o domínio ambiental, o propósito da vida e a autoaceitação. Estas dimensões quando desenvolvidas e colocadas em prática parecem

ter impacto não só a nível psíquico como físico, por exemplo existem evidências significativas em diferentes investigações que aprimorar estas variáveis contribui para um risco reduzido de mortalidade prematura face a diferentes causas (Trudel-Fitzgerald, et al., 2019).

O BEP varia de pessoa para pessoa, segundo Ryff fatores sociodemográficos como a educação, a idade da pessoa e o estado civil têm um peso significativo, interferindo diretamente na saúde mental (Ryff & Keyes, 1995). Numa era que se fala cada vez mais da saúde mental os estudos indicam-nos que o BEP está estritamente ligado a uma boa saúde psicológica tendo inevitavelmente uma consequência positiva no bem-estar físico (Lima et al., 2021). O BEP está inteiramente ligado a eventos ao longo do ciclo vital, consoante se envelhece os seres humanos aglomeram um conjunto de experiências que podem ter repercussões no BEP, experiências ao nível interpessoais, intrapessoais e social. Existem evidências de que o BEP atua como um fator protetor contra algumas doenças, isto acontece porque o BEP está estritamente ligado com a regulação de vários sistemas fisiológicos e neurológicos de base (Matud et al., 2019). Para além disto o BEP dos seres humanos apresenta alguns fatores protetores mais específicos como por exemplo a resiliência de cada pessoa para ultrapassar os obstáculos ou a prática regular de exercício físico são dois dos fatores protetores apresentados (He et al., 2018).

O diagnóstico de alguma doença quer em si como em algum familiar, a morte de algum ente querido, questões relacionadas ao desemprego, ou divórcio, motiva, por vezes, períodos de crises circunstanciais que parecem estar associados a fatores que se apresentam como uma ameaça ao BEP dos sujeitos (Sparrenberger et al., 2004, cit in Silva et al., 2007). Atualmente um dos fatores de risco ao BEP é a pandemia da COVID-19, pois segundo relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico esta pandemia teve um impacto atroz na saúde mental com o aparecimento abrupto de perturbações psicológicas, isto seguramente tem um reflexo no bem-estar quer em adultos como em jovens (OECD, 2021). Para além disto um estudo realizado no nosso país durante o período pandémico demonstrou que o sexo feminino, as pessoas desempregadas, os indivíduos com baixos níveis de escolaridade e as pessoas mais velhas apresentam mais vulnerabilidades psíquicas, o que pode levar a um desajuste psicológico significativo, evidenciando assim que certas características de base impactuam o BEP (Paulino et al., 2020).

Para contrabalançar a tendência de um BEP mais reduzido, a população parece estar mais recetiva a terapias baseadas no *mindfulness*, e em intervenções psicológicas que promovam a resolução de problemas tendo em vista uma mudança positiva na saúde mental da população vigente (Kubzansky et al., 2018).

1.3.2. Bem-Estar Psicológico e AVC

Constantemente as pessoas que sofrem um AVC experienciam sentimentos de angústia e mal-estar, isto acontece, pois, este evento implica muitas vezes desafios fundamentais à sua identidade (Ellis-Hill, et al., 2019). O BEP não apresenta somente um impacto positivo na saúde mental, uma vez que é descrito como sendo uma peça fundamental para o sucesso da reabilitação de sobreviventes de um AVC. Paralelamente a isto o prognóstico de pessoas que apresentam um bom índice de BEP acaba por ser mais elevado quando comparado com doentes que não apresentam um bem-estar positivo (Cruice et al., 2005 cit in Griffin-Musick et al., 2021; Hinckley & Packard, 2001 cit in Griffin-Musick et al., 2021).

Segundo Rabelo & Néri (2006) a população que sofre um AVC tendo a apresentar menor BEP comparativamente com a população em geral. É bastante comum os doentes manifestarem sequelas do AVC, e quando estes doentes permanecem com sequelas ao longo do tempo como por exemplo a Afasia, manifestam um BEP muito reduzido, sendo este valor transversal a todas as dimensões que integram o BEP (Denby & Harvey, 2003; Hinckley & Packard, 2001 cit in Griffin-Musick et al., 2021).

Após a ocorrência de um AVC algumas pessoas parecem mais suscetível ao mal-estar psicológico e outras a um BEP satisfatório, isto parece ser explicado por características personalísticas de cada pessoa, segundo Dwan & Ownsworth (2019) sujeitos com uma personalidade mais neurótica representam um maior risco de mal-estar psicológico após sofrerem um AVC. De forma geral os sobreviventes de um AVC demonstram pouco BEP e paralelamente uma baixa autoestima quando comparados com outros grupos que não tenham nenhuma patologia associada (Estevão, 2016). Para os sobreviventes de AVC o suporte social é determinante para o seu BEP (Kruithof, 2013, cit in Wang et al., 2019). Doentes com uma abundante rede de suporte social tendem a perceber o evento de forma diferente e conseqüentemente apresentam um maior crescimento pessoal (Rabelo & Néri, 2006). Os programas de reabilitação que visem a intervenção psicológica parecem ser uma mais-valia para a qualidade de vida dos doentes assim como para o seu bem-estar, nesta mesma linha integrar cuidadores nestes programas parece ser o ideal para se otimizar tanto a qualidade de vida como o bem-estar (Panzeri et al., 2019). Muitos dos doentes necessitam de vários recursos adicionais para além da hospitalização para conseguir ter qualidade de vida e se sentirem bem psicologicamente, segundo um estudo recente uma grande parte dos doentes com AVC tiveram que ser internados em contexto hospital por apresentarem sintomatologia psicopatológica isolada (Olson-Mack et al., 2022), perante isto é importante reforçar no contexto de pós AVC ações que promovam o BEP, estas ações podem ser dinamizadas pelos próprios hospitais ou associações de apoio a sobreviventes de AVC.

1.4. A relação entre *Coping* adaptativo, AVC e BEP

Programas de reabilitação que integrem intervenções destinadas a reduzir significativamente o stress percebido pelos doentes, como por exemplo através do desenvolvimento e da estimulação de estratégias de *coping* adequadas e adaptativas à situação vigente parecem ter uma indecência favorável no nível BEP durante o primeiro ano após a ocorrência do AVC. Esta mudança ocorre nomeadamente nas queixas cognitivas que muitos doentes experienciam no espectro temporal após esta doença (Rijsbergen et al., 2020). No período após o AVC é crucial seguirem-se as orientações médicas desde recomendações mais básicas até recomendações vitais que estimulem a adesão ao tratamento. Os momentos que se seguem a este evento são determinantes para a recuperação, assim sendo doentes que utilizem estratégias de *coping* mais adaptativas e que se foquem em enfrentar o problema de forma mais proativa estão a contribuir para o desenvolvimento de uma maior resiliência a longo prazo, e consequentemente estes estilos de *coping* ajudam significativamente os doentes a recuperar o BEP que pode ter sofrido alguma interferência com o AVC (Lew et al., 2019 cit in Han et al., 2021). A literatura diz-nos que as pessoas que tendem a utilizar estratégias de *coping* marcadamente desadaptativas apresentam um maior risco de desenvolvimento de quadros psicopatológicos (Minshall, et al., 2021). Inevitavelmente quando uma perturbação psicológica está presente os níveis de BEP caem, não só no doente, mas também em todos aqueles que o rodeiam.

O decréscimo dos níveis de BEP após a ocorrência de um AVC deve-se tanto ao impacto que este evento súbito acarreta como às estratégias que cada doente utiliza após ter surgido um evento desta ordem. Segundo Mierlo et al., 2015 (cit in Reis & Faro, 2019) a utilização de um estilo de *coping* mais passivo, ou seja, o uso de estratégias de *coping* não direcionadas para o enfrentamento do problema, prediz de certa forma o aparecimento de sintomatologia psicopatológica relevante, inevitavelmente esta sintomatologia provoca níveis de BEP mais reduzidos.

O cuidado e manutenção do BEP após o AVC tem sido moderadamente negligenciado em comparação aos sintomas motores e outros sintomas físicos que o doente percebe, sendo estes o foco principal dos programas de reabilitação, descurando em parte a questão da saúde psicológica. Perante esta realidade parece ser importante implementar estratégias que visem promover melhores níveis de BEP, caso isto aconteça o prognóstico dos doentes melhoraria significativamente, apresentado também uma incidência relevante na recuperação das vítimas (Hinwood, et al., 2022). Aliado a isto promover estratégias mais ajustadas ao contexto, e direcionadas para a resolução do problema parece ser um caminho a seguir para alcançar a recuperação.

Capítulo 2: Método

2.1. Questão de Investigação e Objetivos

De acordo com a revisão da literatura efetuada anteriormente, o AVC é uma doença súbita que afeta milhões de pessoas todos os anos, ceifando a vida a cerca de 5 milhões e deixando sequelas tanto a nível físico como psicológico naqueles que lhe sobrevivem (Figueiredo et al., 2020). Apesar da consciencialização para os fatores de risco adjacentes que aumentam a probabilidade de sofrer um AVC estar bastante bem dinamizada ainda existem estilos de vida pouco saudáveis o que contribui para doenças orgânicas como é o caso do AVC (O'Donnell, et al., 2016; OMS, 2006; Oza, 2017). Depois da ocorrência de um AVC os doentes terão de enfrentar o prolema com recurso a estratégias de *coping* adaptativas. Porém nem sempre isto acontece havendo pessoas que recorrem a estratégias pouco recomendáveis como o consumo de álcool e outras substâncias (Segerstrom & Smith, 2019). O AVC pode abalar algumas estruturas da vida da pessoa tendo influência direta no seu BEP, pois um dos fatores de risco para o bem-estar é o aparecimento de alguma doença o que pode eventualmente provocar uma crise circunstancial no ciclo de vida (Sparrenberger et al., 2004 cit in Silva et al., 2007). Assim, o presente estudo pretende aprofundar o conhecimento sobre uma das doenças mais mortíferas no nosso planeta: o AVC, mais especificamente, pretende-se saber como é que as vítimas de AVC enfrentam esta situação, e de que forma esta doença impactua o BEP destes doentes. Para isto foi previamente formulado um conjunto de objetivos gerais e específicos a que se pretende dar resposta. Os objetivos gerais deste estudo são: (1) Avaliar as Estratégias de *Coping* usadas em vítimas de AVC; (2) Avaliar os níveis de BEP em vítimas de AVC e (3) Verificar o tipo de associação existente entre as estratégias de *coping* e os níveis de BEP. Em relação aos objetivos específicos deste estudo estes pretendem: **(1)** Avaliar se existem diferenças entre os níveis de BEP em função de algumas características sociodemográficas como a idade, o género, o estado civil, as habilitações literárias e o local de residência; **(2)** Avaliar se existem diferenças entre os níveis de BEP em função de algumas características clínicas como o tipo de AVC, o período de hospitalização e as sequelas; **(3)** Avaliar se existem diferenças entre o tipo de estratégias de *coping* utilizadas em função de algumas características sociodemográficas como a idade, o género, o estado civil, as habilitações literárias e o local de residência; **(4)** Avaliar se existem diferenças entre o tipo de estratégias de *coping* utilizadas em função de algumas características clínicas o tipo de AVC, o período de hospitalização e as sequelas; **(5)** Avaliar se existe relação entre o tipo de estratégias de *coping* utilizadas e os níveis de BEP;

O presente estudo classifica-se como sendo quantitativo onde se procura descrever um número alargado de casos. O estudo quantitativo subdivide-se num estudo descritivo, uma vez que se pretende descrever as variáveis na amostra referidas anteriormente, num estudo correlacional pois pretende-se relacionar as diferentes variáveis entre si. Pode ainda considerar-se como sendo um estudo transversal na medida em que a aplicação dos questionários será realizada num único momento no tempo, recorrendo-se à amostra apenas uma vez.

2.2. Participantes

Os participantes deste estudo são adultos, vítimas de um AVC com idade igual ou superior a 18 anos e que aceitaram participar na investigação de forma voluntária, sendo-lhes sempre assegurado o cumprimento da confidencialidade.

Atendendo ao facto de que pessoas vítimas de AVC podem ter sequelas, algumas delas incapacitantes, consideramos como critério de exclusão do estudo o diagnóstico de condições clínicas que impossibilitem a comunicação com o participante.

No que diz respeito à **caracterização sociodemográfica** da investigação (tabela 1 e tabela 2) esta tem inerente uma amostra de 159 participantes, 81.1% estão agregados ao CHTV (81.1%), sendo que 18.9% estão associados à USLCB.

Apresentando uma média da idade de 66,35 anos, um desvio-padrão de 14,957, sendo a moda do estudo de 71 anos e a mediana de 68 anos. A idade mínima da amostra é de 19 anos e a máxima de 98 anos.

Tabela 1

Idade dos participantes

	N	Idade mínima	Idade máxima	Média	Desvio-Padrão
Idade	159	19	98	66.35	14.857

Verificou-se que a maioria dos participantes da amostra são homens 59.1% e 49.9% são mulheres, destes 99.6% dos participantes detêm a nacionalidade portuguesa, e apenas 0.6% têm outra nacionalidade.

Relativamente ao estado civil, 6.3% dos participantes são solteiros, 68.6% são casados, 8.2% são divorciados, 15.1% são viúvos, e 1.9% encontram-se em união de facto.

No que diz respeito à residência, a maioria dos participantes (59.1%) vivem numa aldeia, 14.5% numa vila e 26.4% residem numa cidade.

No que concerne ao agregado familiar cerca de 13.2% dos participantes residem sozinhos, 49.1% dos participantes descrevem que o seu agregado familiar é composto por duas pessoas predominando este agregado, 20.8% descreve que o agregado é composto

por três pessoas, 8.8% conta que o agregado familiar aglomera quatro pessoas, 3.8% descreve que o agregado familiar integra cinco pessoas ou mais, 4.4% dos participantes encontravam à data a residir numa Estrutura Residencial para Idosos.

Em relação às Habilitações Literárias, a maioria dos participantes têm escolaridade até ao 4ºano (57.2%), 11.9% têm o 6ºano, 13.8% têm o 9ºano, 8.2% têm o 12ºano, 7.5% têm uma licenciatura, 1.3% têm um mestrado. Cerca de 89.9% dos participantes têm filhos, enquanto 10.1% relata que não ter. No que diz respeito à situação profissional, destaca-se os 22.6% que trabalham a tempo inteiro, 0.6% dos participantes são estudantes, 9.4% encontram-se neste momento desempregados, 0.6% trabalham num regime de tempo parcial, 64.2% encontram-se já reformados e 2.5% assume encontrarem-se noutra situação.

Tabela 2

Características Sociodemográficas

Variáveis		N	Percentagem (%)
Género	Homem	94	59.1
	Mulher	65	40.9
Nacionalidade	Portuguesa	158	99.4
	Outra	1	0.6
Estado Civil	Solteiro	10	6.3
	Casado	109	68.6
	União de facto	3	1.9
	Divorciado	13	8.2
Residência	Viúvo	24	15.1
	Aldeia	94	59.1
	Vila	23	14.5
Agregado Familiar	Cidade	42	26.4
	Residem sozinhos	21	13.1
	2 Pessoas	78	49.1
	3 Pessoas	33	20.8
	4 Pessoas	14	8.8
	5 ou mais pessoas	6	3.8
Habilitações Literárias	Reside numa ERPI	7	4.4
	Até ao 4ºano	91	57.2
	6ºano	19	11.9
	9ºano	22	13.8
	12ºano	13	8.2
	Licenciatura	12	7.5
Filhos	Mestrado	2	1.3
	Sim	143	89.9
Situação Profissional	Não	168	10.1
	Estudante	1	0.6

Emprego a tempo inteiro	36	22.6
Emprego a tempo parcial	1	0.6
Desempregado	15	9.4
Reformado	102	64.2
Outra situação	4	2.5

Quanto á **caracterização clínica** (tabela 3) dos participantes, a maioria dos inquiridos (64.8%) refere que teve um AVC Isquémico, 17.0% um AVC Hemorrágico e 18.2 % salienta ter sofrido um Acidente Isquémico Transitório.

Os participantes que indicam que sofreram um AVC há menos de um ano são o grosso da amostra (80.5%), enquanto os que assumem ter sido vítimas de um AVC há mais de um ano são 19.5% da amostra. Na sequência do AVC os participantes que ficaram internados de 1 a 5 dias foram cerca de 33.3.% sendo este intervalo de dias o mais frequente, de 5 a 10 dias ficaram internados 24.5% dos participantes, mais de 10 dias foram 30.2%, à medida que 11.9% dos participantes na investigação menciona não ter sido hospitalizado. Quando questionados se sofreram sequelas do AVC, 64.2% dos participantes afirma que sim e 35.8% assume que não permaneceu com sequelas.

No que concerne aos fatores de risco predomina o diagnóstico de Hipertensão Arterial (68.6%), enquanto 31.4% refere não ter esta patologia.

Sensivelmente 21.4% da amostra têm Diabetes (tipo 1 ou 2) ao mesmo tempo que a maioria dos inquiridos declara não ter (78.6%).

A maioria dos respondentes salientam ter dislipidémia (69.2%) pelo contrário 30.8% não têm esta condição clínica.

Em relação aos participantes teres uma Arritmia Cardíaca 21.4% afirma que possuem uma arritmia cardíaca e a maioria não tem esta condição (78.6).

No que diz respeito a ter uma doença Cardíaca 13.8% assume que têm, enquanto a maioria (86.2%) refere não ter qualquer diagnóstico de doença Cardíaca.

Quanto ao consumo de álcool, tabaco ou outras substâncias, 37.7% confirma o consumo de pelo menos uma destas substâncias, ao passo que a generalidade dos participantes (62.3%) nega qualquer tipo de consumo.

Relativamente ao excesso de peso, 30.2% dos participantes assinala ter peso a mais, paralelamente 69.8% ressalta não ter excesso de peso, sendo este valor o mais prevalente.

Quanto à prática regular de exercício físico, a maioria (69.2%) sublinha não praticar qualquer tipo de atividade física, por outro lado 30.8% enfatiza praticar regularmente algum tipo de exercício físico.

Cerca de 36.5% dos participantes referem ter um problema de saúde físico ou psicológico, porém a maior parte da amostra (63.5%) nega qualquer tipo de problema

crônico para além dos fatores de risco salientados.

No que toca ao acompanhamento psicológico ou psiquiátrico 13.2% descreve ter este acompanhamento, por outro lado 86.8% refere não ter qualquer tipo de apoio a este nível.

Tabela 3

Características Clínicas

		N	Percentagem (%)
Tipo de AVC	Isquémico	103	64.8
	Hemorragico	27	17.0
	AIT	29	18.2
Quando ocorreu	Menos de um ano	128	80.5
	Mais de um ano	31	19.5
Hospitalização	Não	19	11.9
	Sim, de 1 a 5 dias	53	33.3
	Sim, de 5 a 10 dias	39	24.5
	Sim, mais de 10 dias	48	30.2
Sequelas	Sim	102	64.2
	Não	57	35.8
Fator de Risco: Hipertensão Arterial	Sim	109	68.6
	Não	50	31.4
Fator de Risco: Diabetes	Sim	34	21.4
	Não	125	78.6
Fator de Risco: Dislipidemia	Sim	110	69.2
	Não	49	30.8
Fator de Risco: Arritmia Cardíaca	Sim	34	21.4
	Não	125	78.6
Fator de Risco: Doença Cardíaca	Sim	22	13.8
	Não	137	86.2
Fator de Risco: Consumo de Álcool/Tabaco/outras substâncias	Sim	60	37.7
	Não	99	62.3
Fator de Risco: Excesso de Peso	Sim	48	30.2
	Não	111	69.8
Fator de Risco: Não praticar exercício físico	Sim	110	69.2
	Não	49	30.8
Problemas de saúde crónicos	Sim	58	36.5
	Não	101	63.5
Acompanhamento psicológico/psiquiátrico	Sim	21	13.2
	Não	138	86.8

2.3. Instrumentos

De acordo com as variáveis em estudo, foram previamente selecionados os questionários que possibilitavam a recolha de informação relativamente aos objetivos delineados. Foram assim aplicados um Questionário Sociodemográfico, uma Ficha Clínica, a Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida (EBEP) (Novo et al., 2004) e o questionário *Brief Cope* (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Estes questionários serão apresentados de seguida.

2.3.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi construído com o objetivo de recolher informações relativamente aos participantes. Informações essas que, respeitando as exigências éticas aplicáveis, não contemplassem, de forma alguma, aspetos que permitissem identificar os sujeitos. Desta forma foram criadas 10 perguntas que incluíram: a idade, o sexo, a nacionalidade, as habilitações literárias, o local de residência, o estado civil, o número de filhos, se reside sozinho ou acompanhado, a situação profissional em que se encontra, e a sua profissão atual ou a última que teve.

2.3.2. Ficha Clínica

A segunda parte do protocolo de recolha coaduna a Ficha Clínica do sujeito, sendo composta ao todo por sete questões: o tipo que AVC que tinha sofrido, há quanto tempo tinha ocorrido, se foi necessária hospitalização, se tinha sofrido sequelas, os fatores de risco inerentes, a existência de mais alguma patologia crónica, e se carecia de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, de forma a podermos perceber, de forma integral, a condição clínica do indivíduo.

2.3.3. Brief Cope (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

A Escala Brief Cope deriva dos trabalhos originais de Carver em 1989. Para a construção deste instrumento este autor baseou-se no Modelo de *Coping* de Lazarus & Folkman, criado em 1984. A versão portuguesa desta mesma escala foi traduzida e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004).

Este instrumento inicialmente era composto por 60 itens organizados em 15 escalas, e denominava-se de COPE, contudo rapidamente se denotou a exaustão que este instrumento provocava pela sua extensão, surgindo então a necessidade de criar uma versão mais reduzida da mesma a qual se denominou Brief Cope. Este instrumento apresenta uma ordenação tipo likert. O Brief Cope adaptado por Pais Ribeiro & Rodrigues

(2004) contém 28 itens organizados em 14 subescalas.

Segundo os autores da versão portuguesa da prova o *Coping Ativo* (itens 2 e 7) está relacionado com o ato de iniciar ou da pessoa se esforçar para remover ou cingir/limitar o stressor; a subescala *Planear* (itens 14 e 25) diz respeito ao modo da pessoa se poder confrontar com o agente stressor através do planeamento de uma ação de enfrentamento do problema; a subescala *Utilização de suporte instrumental* (itens 10 e 23) engloba a procura de ajuda, de informações e/ou de conselhos a propósito do que fazer; a subescala *Utilizar suporte social emocional* (itens 5 e 15) compreende o ato de conseguir o suporte emocional de alguém como por exemplo família/amigos; a subescala *Religião* (itens 22 e 27) incorpora o aumento da participação em atividades de cariz religioso; a subescala *Reinterpretação positiva* (itens 12 e 17) corresponde a um modo positivo e favorável de olhar e aprender com a situação; a subescala da *Autoculpabilização* (itens 13 e 26) compreende o autocriticismo; a subescala *Aceitação* (itens 20 e 24) refere-se ao ato de aceitar a realidade de que o evento ocorreu mesmo; a subescala *Expressão de sentimentos* (itens 9 e 21) implica o ato de expressar ou libertar alguns sentimentos; a subescala da *Negação* (itens 3 e 8) está estritamente ligada à atitude de negar/rejeitar o facto de que o acontecimento é real; a subescala *Auto-distração* (itens 1 e 19) associa-se ao desinvestimento mental através de sonhar acordado, de dormir ou simplesmente de se autodistrair como evitamento; a subescala *Desinvestimento comportamental* (itens 6 e 16) está ligada à desistência ou gesto de deixar de se esforçar para alcançar um determinado objetivo com o qual o stressor está a interferir; a subescala *Uso de Substâncias* (itens 4 e 11) como o nome indica associa-se ao consumo de álcool e outras substâncias como meio de ultrapassar os problemas; a última subescala é o *Humor* (itens 18 e 28) e relaciona-se com o ato de fazer piadas e utilizar o humor para enfrentar o agente stressor (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

A consistência interna do Brief Cope é classificada pelos autores como sendo adequada. É relevante salientar que estas escalas só podem ser cotadas individualmente uma vez que não existe uma pontuação total da escala (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

No que diz respeito à presente investigação, o instrumento acima referido apresenta um Alfa de Cronbach distinto entre as 14 dimensões que compõem o instrumento (Tabela 4), não se mostrando aceitável o alfa das dimensões planear, autoculpabilização e autodistração.

Tabela 4

Cálculo da Confiabilidade do Brief Cope através do Alfa de Cronbach, comparação com o Alfa de Cronbach da versão portuguesa do instrumento

Dimensões	Alfa de Cronbach na presente investigação	Alfa de Cronbach (versão portuguesa de Pais-Ribeiro e Rodrigues, 2004)
<i>Coping</i> Ativo	.58	.65
Planear	.22	.70
Utilização de suporte instrumental	.58	.81
Utilização de suporte emocional	.72	.79
Religião	.82	.80
Reinterpretação Positiva	.80	.74
Autoculpabilização	.21	.62
Aceitação	.66	.55
Expressão de Sentimentos	.83	.84
Negação	.74	.72
Autodistração	.25	.67
Desinvestimento Comportamental	.85	.78
Uso de Substâncias	.89	.81
Humor	.92	.83

2.3.4. Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida

A escala de BEP foi desenvolvida por Carol Ryff em 1989, focando-se no funcionamento positivo do BEP dos indivíduos. Esta escala foi traduzida e adaptada por Rosa Novo (2004), tendo sido elaborada uma versão experimental reduzida. Passou a ser constituída pelas “Scales of Psychological Well-Being” elaboradas pela equipa constituída por Rosa Novo, M^a Eugénia Duarte Silva e Elizabeth Peralta, em 2004. Inicialmente a escala era constituída por 120 itens, porém verificou-se que a extensão da mesma dificultava a sua aplicação, tendo-se desenvolvido versões reduzidas, sendo estas últimas as mais utilizadas na investigação (Novo, 2005). A versão reduzida utilizada nesta investigação é composta por 18 itens, cujo objetivo engloba avaliar seis dimensões associadas ao BEP, cada dimensão incorpora 6 itens. Este instrumento agrega uma escala tipo Likert de 6 pontos: discordo completamente, discordo em grande parte, discordo parcialmente, concordo parcialmente, concordo em grande parte e concordo completamente. Em relação à cotação dos itens, existem 8 itens positivos e 10 negativos.

De acordo com Ryff as seis dimensões que compõem esta escala pretendem avaliar aspetos específicos: a dimensão **Autonomia** destina-se a avaliar a capacidade dos sujeitos para enfrentar a pressão social e avaliar a determinação para pensar, agir e

avaliar-se, com base em padrões pessoais impostos; a dimensão **Domínio do Meio** pretende avaliar de forma concreta o domínio e a competência para lidar com o meio envolvente, avaliar também a capacidade para criar contextos adequados aos seus valores e necessidades idiossincráticas; a dimensão **Crescimento Pessoal** tenciona identificar a perceção do sujeito de um contínuo desenvolvimento, da abertura a novas experiências na vida e o interesse pela otimização e prosperidade do eu; a dimensão **Relações Positivas com os outros** procura apurar o interesse e a preocupação com o domínio interpessoal, a perceção individual da capacidade para estabelecer relações satisfatórias e calorosas com o mundo, desenvolvendo laços interpessoais relevantes; a dimensão **Objetivos de Vida** pretende detetar em que medida as pessoas reconhecem os objetivos a atingir ao longo da vida, as aspirações e as metas a alcançar, e quão assertivamente essas metas canalizam o comportamento e dão um sentido significativo à vida; a dimensão **Aceitação de Si** possibilita identificar, concretamente, a atitude de aceitar diferentes aspetos do seu eu, e das qualidades ao nível pessoal sejam elas negativas ou positivas (Ryff, 1989).

Relativamente aos estudos psicométricos do instrumento, a EBEP – Versão Reduzida apresentou uma consistência interna alta, com um Alfa de Cronbach de .86. No que diz respeito ao presente estudo, o instrumento acima referido apresenta um Alfa de Cronbach de .74, apresentando-se assim com uma consistência interna alta (Tabela 5) (Novo et al., 2006).

Tabela 5

Cálculo da Confiabilidade da Escala de Bem-Estar Psicológico (versão reduzida) através do Alfa de Cronbach

	Alfa de Cronbach	Itens
Estatísticas de Fiabilidade	.74	18

2.4. Procedimentos

2.4.1. Recolha de Dados

Preliminarmente, antes do início da recolha de dados, a presente investigação foi apresentada ao Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, tendo sido elaborado um pedido de autorização para a realização da investigação no hospital suprarreferido. Este pedido foi submetido no dia 9 de novembro de 2021 tendo obtido o parecer positivo face à investigação apresentada no dia 9 de dezembro de 2021 (anexo 1). O mesmo aconteceu na Unidade de Saúde Local de Castelo Branco, tendo sido submetido no dia 8 de novembro de 2021 à Comissão de Ética deste local um pedido de autorização para a realização do estudo naquela instituição, tendo sido obtido o parecer positivo a 21 de

janeiro de 2022 (anexo 2).

Relativamente à recolha de dados no CHTV, numa fase embrionária estabeleceu-se ligação com a Coordenadora da Unidade de AVC do CHTV, na pessoa da Doutora Ana Gomes, de forma a ultimar os moldes da recolha de dados. Neste seguimento ficou acordado que a recolha de dados iria ocorrer no âmbito das Consultas Externas da especialidade de Doenças Cerebrovasculares. As consultas externas desta especialidade efetuavam-se em três dias distintos: às segundas-feiras das 14 horas às 16 horas, e as terças-feiras e quartas-feiras das 12 horas às 14 horas. No que diz respeito à USLCB o processo foi semelhante, inicialmente estabeleceu-se contacto com a coordenadora da unidade de modo a ultimar todo o processo de recolha, este decorreu na Consulta Externa de Medicina Interna, mais especificamente na consulta da área *Pós AVC e fatores de risco*, deste modo ficou acordado que se iria recolher dados às sextas-feiras. Previamente ao preenchimento dos questionários foi explicado aos participantes em que consistia a investigação bem como os objetivos gerais, o papel do participante e o compromisso por parte dos investigadores, de salvaguardar todos os dados recolhidos através de padrões estreitos de confidencialidade. Por último era obtido o consentimento informado dos mesmos para a participação na investigação, salientando que em nenhum momento o facto de desistir ou não participar na investigação prejudicaria o seu atendimento clínico. Aliado a isto era devidamente explicado que toda a participação no estudo era voluntária. Ao longo de toda a investigação foram cumpridos os princípios éticos e deontológicos delineados pela Ordem dos Psicólogos Portugueses. Precedentemente tinha sido delineado um critério de exclusão da prova: caso o sujeito possuísse alguma limitação física ou psicológica que colocasse em causa a participação no estudo não poderia avançar para o envolvimento no mesmo, posto isto caso o sujeito preenchesse os critérios de inclusão, seguia-se com a aplicação dos instrumentos previamente definidos para o efeito. No protocolo de investigação encontram-se dois questionários de autorresposta, a EBEP e o Brief Cope, acrescentando ainda um questionário sociodemográfico e a ficha clínica, com um tempo médio de preenchimento de 10 minutos.

2.4.2. Tratamento estatístico dos dados

A fim de se proceder à análise de dados, foi construída uma base de dados de raiz, incluindo todas as variáveis presentes no protocolo de investigação elaborado previamente. Para esta análise foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), na versão 25.

No que diz respeito à codificação dos dois instrumentos utilizados (EBEP – Versão Reduzida e Brief Cope), foram criadas variáveis para as diferentes dimensões que

compõem a EBEP (Autonomia; Domínio do Meio; Crescimento Pessoal; Relações Positivas com os outros; Objetivos na Vida; Aceitação de Si), foi ainda criada uma variável geral correspondente à soma de todas as subescalas que dão origem ao Bem-Estar Global. Nesta mesma linha foram criadas variáveis para cada subescala do *Brief Cope*, compostas na íntegra pela totalidade dos itens que integram cada uma das subescalas (*coping* ativo, planejar, utilização do suporte instrumental, utilização do suporte social, religião, reinterpretação positiva, autculpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, autodistração, desinvestimento comportamental, uso de substâncias e humor). Para o tratamento dos dados estatísticos, foram levadas a cabo análises descritivas e inferenciais. De forma a caracterizar a amostra no geral, recorreu-se primordialmente, ao cálculo das frequências relativas, das médias e do desvio-padrão das variáveis sociodemográficas presentes no estudo, o mesmo foi calculado para as variáveis clínicas integrantes nesta investigação. Posteriormente foi calculada a consistência interna dos dois instrumentos aplicados, tendo sido utilizado para esta avaliação o Alfa de Cronbach.

Algumas variáveis foram transformadas em variáveis categóricas de forma a facilitar o processo de comparação entre os diferentes grupos.

Uma vez que os instrumentos utilizados nesta investigação utilizam variáveis discretas tomando assim poucos valores, optou-se por fazer uso de testes não-paramétricos. Assim, em ambos os instrumentos utilizados neste estudo (EBEP – versão reduzida e *Brief Cope*) utilizaram-se os testes de *Mann-Whitney U*, para se compararem dois grupos independentes e o teste de *Kruskal-Wallis H* para compararem três ou mais grupos independentes entre si (Martins, 2011).

Para uma interpretação acertada dos resultados obtidos, considerou-se o nível de significância de .05 e, assim, sempre que o valor de prova não excedeu .05, considerou-se o teste de hipóteses significativo, ou seja, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em estudo. Na situação inversa, onde os valores excediam .05, considerou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Martins, 2011).

Por último, para explorar a existência de alguma associação entre as variáveis em estudo, ou seja, as diferentes estratégias de *coping* e as diferentes dimensões que compõem o BEP, recorreu-se ao cálculo do coeficiente de correlação não paramétrico de Spearman (r_s).

Capítulo 3: Resultados

3.1. Análise Descritiva dos Resultados

3.1.1. Escala de Bem-Estar Psicológico – Versão Reduzida

Na presente investigação, para o instrumento Escala de BEP – Versão Reduzida, verificou-se um valor mínimo de BEP de 38 e um valor máximo de 100, com uma média de 71.20, um desvio padrão de 11.10, e uma moda de 76. (Tabela 6).

Tabela 6

Estatística Descritiva da Escala de BEP - Versão Reduzida

	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	Moda
Autonomia	12.07	3.06	4	18	13
Domínio do Meio	10.90	2.99	3	17	13
Crescimento Pessoal	11.29	2.88	4	18	12
Relações Positivas com outros	12.36	3.04	4	18	15
Objetivos na vida	12.09	3.05	3	18	15
Aceitação de Si	12.50	2.74	4	18	13
BEP Total	71.20	11.10	38	100	76

De acordo com os dados obtidos é possível inferir que a amostra apresenta um BEP baixo.

3.1.2. *Brief Cope*

Uma vez que o instrumento não tem um valor total, procedeu-se à comparação das médias entre as diferentes subescalas que compõem o instrumento. Posto isto foi possível observar que a estratégia de *coping* mais utilizada pelos participantes foi a Aceitação (M: 3.69; DP: 1.47), por outro lado a menos utilizada foi o Uso de Substâncias (M: .30; DP: 1.02).

Tabela 7

Estatística Descritiva das Subescalas do Instrumento Brief Cope

Subescalas	N	Média	Desvio-Padrão	Mediana
<i>Coping</i> ativo	159	2.79	1.44	3.00
Planear	159	3.09	1.32	3.00
Utilização do suporte instrumental	159	1.37	1.37	1.00
Utilização do suporte social	159	3.10	1.64	4.00
Religião	159	3.24	2.26	3.00
Reinterpretação positiva	159	3.00	1.72	3.00
Auto culpabilização	159	1.62	1.39	1.00

Aceitação	159	3.69	1.47	4.00
Expressão de sentimentos	159	3.43	1.86	3.00
Negação	159	2.55	2.05	2.00
Auto distração	159	2.48	1.38	2.00
Desinvestimento comportamental	159	1.30	1.65	1.00
Uso de Substâncias	159	.30	1.02	0
Humor	159	2.51	1.80	2.00

3.2. Análise inferencial dos dados

Após a decisão da utilização de testes não paramétricos, procedeu-se, então, à análise inferencial dos dados. Foram testadas as diferenças entre os grupos, formados por alguma variável categórica, relativamente à variável BEP e relativamente às variáveis da escala Brief Cope com testes não paramétricos (testes Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis). Calculou-se a correlação, com o coeficiente de Spearman, entre a variável BEP e cada uma das variáveis da escala Brief Cope. Também foram calculadas medidas descritivas (médias, desvios-padrão, entre outras) de cada uma das variáveis para complementar a análise inferencial.

3.2.1. BEP e características sociodemográficas

Em relação aos níveis de BEP entre diferentes grupos de idade foi possível verificar que na Dimensão Autonomia ($p=.57$), Domínio do Meio ($p=.69$), Relações Positivas ($p=.32$) e Aceitação de Si ($p=.42$) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Pelo contrário na dimensão Crescimento Pessoal ($p=.00$), Objetivos de Vida ($p=.00$) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, o mesmo acontece na dimensão Total do BEP onde foi possível constatar que o grupo de pessoas com idades até aos 68 anos inclusive apresentam um maior BEP comparativamente ao grupo de pessoas que apresenta idades superiores a 68 anos.

Tabela 8

Análise da Influência da Idade no BEP

	Idade		U (159)	p
	Depois dos 68 anos (N=79) (Posto Médio)	Até aos 68 anos (N=80) (Posto Médio)		
Autonomia	82.06	77.97	3322.50	.57
Domínio do Meio	78.56	81.42	3046.00	.69
Crescimento Pessoal	63.83	95.97	1882.50	.00
Relações Positivas	76.33	83.62	2870.00	.32

Objetivos de Vida	65.73	94.09	2032.50	.00
Aceitação de Si	77.08	82.89	2929.00	.42
BEP Total	69.35	90.51	2319.00	.004

No que toca aos níveis de BEP entre **género** verificou-se que na dimensão Autonomia ($p=.23$), Crescimento Pessoal ($p=.43$) e Relações Positivas ($p=.27$), não se verificam diferenças estatisticamente significativas, porém o sexo masculino apresenta médias mais elevadas de BEP nestas três dimensões. Relativamente às dimensões, Domínio do Meio ($p=.03$), Objetivos de Vida ($p=.03$) e Aceitação de Si ($p=.001$), estas registam diferenças significativas entre os grupos. Quanto ao BEP Total ($p=.001$), foram encontradas diferenças significativas entre o sexo masculino e sexo feminino, sendo que o sexo masculino ($M=90.03$) apresenta valores médios mais elevados de BEP comparativamente ao sexo feminino ($M=65.50$).

Tabela 9

Análise da Influência do Género no BEP

	Género			
	Masculino (N=94) (Posto Médio)	Feminino (N=65) (Posto Médio)	U (159)	p
Autonomia	83.62	74.77	2715.00	.23
Domínio do Meio	86.57	70.50	2437.50	.03
Crescimento Pessoal	82.39	76.55	2830.50	.43
Relações Positivas	83.36	75.15	2739.50	.27
Objetivos de Vida	86.79	70.18	2417.00	.03
Aceitação de Si	90.12	65.37	2104.00	.001
BEP Total	90.03	65.50	2112.50	.001

Em relação à variável **Estado Civil**, verificou-se que a dimensão Autonomia, Crescimento Pessoal, Relações Positivas, e Aceitação de Si não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre pessoas com companheiro e pessoas sem companheiro. O contrário verifica-se nas dimensões Domínio do Meio ($p=.02$) e Objetivos de Vida ($p=.05$) que apresentam diferenças significativas entre os grupos. No que diz respeito à dimensão total do Bem-estar ($p=.03$) esta apresenta diferenças significativas entre si, sendo que o grupo de pessoas Casadas e em União de Facto registam maior BEP em relação ao grupo de pessoas Solteiras, Divorciadas ou Casadas.

Tabela 10

Análise da Influência do Estado Civil no BEP

	Estado Civil			
	Casados e União de Facto (N=112) (Posto Médio)	Solteiros, Divorciados e Viúvos (N=47) (Posto Médio)	U (159)	p
Autonomia	83.04	72.76	2972.50	.20
Domínio do Meio	85.50	66.90	3247.50	.02
Crescimento Pessoal	82.22	74.70	2881.00	.34
Relações Positivas	79.28	81.71	2551.50	.76
Objetivos de Vida	84.70	68.81	3159.00	.05
Aceitação de Si	82.16	74.85	2874.00	.36
BEP Total	85.05	67.97	3197.50	.03

No que diz respeito à variável **Habilitações Literárias**, nas dimensões Autonomia ($p=.92$), Domínio do Meio ($p=.85$), Relações Positivas ($p=.40$), Aceitação de Si ($p=.45$) verifica-se que não existem diferenças significativas entre pessoas que estudaram até ao 4º ano e pessoas que estudaram depois do 4º ano, contudo este último grupo apresenta melhor nível de BEP. Quanto às variáveis Crescimento Pessoal ($p=.00$) e Objetivos de Vida ($p=.00$) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, sendo o grupo que possui habilitações superiores ao quarto ano que apresenta níveis de melhor BEP.

Tabela 11

Análise da Influência das Habilitações Literárias no BEP

	Habilitações Literárias			
	Até ao 4º ano (N=91) (Posto Médio)	Depois do 4º ano (N=68) (Posto Médio)	U (159)	p
Autonomia	79.69	80.41	3122.00	.92
Domínio do Meio	79.40	80.80	3148.50	.85
Crescimento Pessoal	63.87	101.58	4561.50	.00
Relações Positivas	77.37	83.52	3333.50	.40
Objetivos de Vida	67.01	97.39	4276.50	.00
Aceitação de Si	82.37	76.82	2878.00	.45
BEP Total	71.02	92.02	3911.50	.00

Relativamente ao **local de residência**, as dimensões Autonomia ($p=.84$), Domínio do Meio ($p=.05$), Relações Positivas ($p=.88$), Objetivos de Vida ($p=.08$), Aceitação entre Si ($p=.07$) não manifestam diferenças estatisticamente significativas,

pelo contrário a dimensão Crescimento Pessoal ($p=.04$) apresenta uma diferença significativa entre os grupos do local de residência. A dimensão total de BEP ($p=.18$) não demonstra diferenças significativas entre os três locais de residência.

Tabela 12

Análise da Influência do Local de Residência no BEP

	Local de Residência			H(159)	p
	Aldeia Posto Médio	Vila Posto Médio	Cidade Posto Médio		
Autonomia	79.93	84.59	77.74	.34	.84
Domínio do Meio	85.30	59.33	79.46	5.95	.05
Crescimento Pessoal	73.96	76.41	95.49	6.59	.04
Relações Positivas	81.37	76.39	78.90	.25	.88
Objetivos de Vida	81.92	60.57	86.35	5.11	.08
Aceitação de Si	86.39	63.91	74.50	5.31	.07
BEP Total	81.99	63.67	84.49	3.47	.18

3.2.2. BEP e características clínicas

No que concerne a **tipo de AVC**, a dimensão Autonomia ($p=.90$), Domínio do Meio ($p=.06$), Crescimento Pessoal ($p=.96$), Relações Positiva ($P=.70$), Objetivos de Vida ($p=.32$), Aceitação de Si ($p=.06$) não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre grupos, o mesmo acontece com a variável do BEP total ($p=.25$) que não apresenta diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 13

Análise da Influência do tipo de AVC no BEP

	Tipo de Acidente Vascular Cerebral			H(159)	p
	Isquêmico (Posto Médio)	Hemorrágico (Posto Médio)	AIT (Posto Médio)		
Autonomia	80.91	80.22	76.55	.21	.90
Domínio do Meio	81.88	62.00	90.07	5.75	.06
Crescimento Pessoal	80.60	80.07	77.79	.08	.96
Relações Positivas	81.51	73.26	80.91	.71	.70
Objetivos de Vida	82.38	67.89	82.83	2.28	.32
Aceitação de Si	84.33	61.30	82.03	5.52	.06
BEP Total	82.45	66.67	83.72	2.75	.25

De acordo com a variável **Hospitalizações**, a dimensão Autonomia ($p=.29$), Domínio do Meio ($p=.15$), Crescimento Pessoal ($p=.89$), Relações Positiva ($P=.60$), Objetivos de Vida ($p=.49$), Aceitação de Si ($p=.52$) não apresentam diferenças

estatisticamente significativas entre grupos, o mesmo acontece com a variável total do BEP ($p=.08$) que não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de pessoas que não foram hospitalizadas e o grupo de pessoas que necessitou de hospitalização.

Tabela 14

Análise da Influência da Hospitalização no BEP

	Hospitalização		U (159)	p
	Com hospitalização (N=140) (Posto Médio)	Sem hospitalização (N=19) (Posto Médio)		
Autonomia	81.40	69.66	1526.50	.29
Domínio do Meio	81.91	65.89	1598.00	.15
Crescimento Pessoal	79.81	81.42	1303.00	.89
Relações Positivas	80.71	74.76	1429.50	.60
Objetivos de Vida	80.92	73.21	1459.00	.49
Aceitação de Si	82.59	60.92	1692.50	.52
BEP Total	82.39	62.42	1664.00	.08

No que toca às **Sequelas**, as dimensões Autonomia ($p=.50$), Crescimento Pessoal ($p=.76$), Relações Positivas ($p=.70$) não apresentam diferenças significativas entre os grupos, o contrário verifica-se nas dimensões Domínio do Meio ($p=.00$), Objetivos de Vida ($p=.003$), Aceitação de Si ($p=.00$) que manifestam diferenças significativas entre os grupos. A diferença estatisticamente significativa também se verifica na dimensão total do BEP ($p=.001$), sendo que as pessoas que não sofreram sequelas apresentam um nível de BEP maior quando comparadas com as pessoas que sofreram pelo menos uma sequela na sequência de um AVC.

Tabela 15

Análise da Influência das Sequelas no BEP

	Sequelas		U (159)	p
	Sem sequelas (N=57) (Posto Médio)	Com sequelas (N=102) (Posto Médio)		
Autonomia	83.32	78.15	-.68	.50
Domínio do Meio	96.97	70.51	-3.50	.00
Crescimento Pessoal	81.46	79.18	-.30	.76
Relações Positivas	81.88	78.95	-.39	.70
Objetivos de Vida	94.54	71.87	3.00	.003
Aceitação de Si	99.35	69.19	-4.00	.00

3.2.3. Coping e características sociodemográficas

Em relação às estratégias de *coping* utilizadas entre os diferentes grupos de **idades** constatou-se que somente as subescalas Utilização de Suporte Instrumental ($p=.049$), Religião ($p=.00$) e registam diferenças significativas entre o grupo de idades até os 68 anos, e depois dos 68 anos.

Tabela 16

Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devido à Idade

	Idade			
	Depois dos 68 anos	Até aos 68 anos	U (159)	p
	(N=79) (Posto Médio)	(N=80) (Posto Médio)		
<i>Coping</i> ativo	76.54	83.41	2887.00	.34
Utilização de Suporte Instrumental	73.02	86.89	2608.50	.049
Utilização de suporte social	85.88	74.19	3624.50	.10
Religião	101.20	59.07	4834.50	.00
Reinterpretação Positiva	74.34	85.59	2713.00	.18
Aceitação	74.36	85.57	2714.50	.18
Expressão de Sentimentos	77.16	82.81	2935.50	.43
Negação	80.38	79.62	3190.00	.92
Desinvestimento Comportamental	82.90	77.14	3389.00	.40
Uso de Substâncias	78.36	81.62	3030.50	.38
Humor	75.39	84.56	2795.50	.20

No que toca às estratégias de *coping* utilizadas entre **género** constatou-se que somente as subescalas Utilização de Suporte Instrumental ($p=.001$), Religião ($p=.01$) e Reinterpretação Positiva ($p=.02$), Humor ($p=.03$) registam diferenças significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino. Verificou-se ainda que o sexo masculino utiliza mais vezes o suporte instrumental, assim como a Reinterpretação Positiva, o mesmo acontece no humor que é mais utilizado pelo sexo masculino. Verificou-se, ainda, que as mulheres utilizaram mais vezes a estratégia de *coping* de Religião do que os homens.

Tabela 17

Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devido ao Género

	Género			
	Masculino	Feminino	U (159)	p
	(N=94)	(N=65)		

	(Posto Médio)	(Posto Médio)		
<i>Coping</i> ativo	81.79	77.42	2887.00	.59
Utilização de Suporte Instrumental				
Utilização de suporte social	81.50	77.83	2914.00	.61
Religião	71.61	92.13	3843.50	.01
Reinterpretação Positiva	86.73	70.27	2422.50	.02
Aceitação	84.23	73.88	2657.50	.16
Expressão de Sentimentos	75.03	87.19	3522.50	.10
Negação	74.34	88.18	3587.00	.06
Desinvestimento Comportamental	77.19	84.06	3319.00	.32
Uso de Substâncias	80.03	79.96	3052.50	.99
Humor	86.40	70.75	2453.50	.03

Em relação ao **estado civil**, constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Religião ($p=.03$) e Reinterpretação Positiva ($p=.01$). Verificou-se que pessoas Solteiras, divorciadas e Viúvas utilizam mais frequentemente a estratégia de *coping* Religião, pelo contrário o grupo das pessoas casadas e em União de Facto utilizam mais a estratégias de *coping* da Reinterpretação Positiva.

Tabela 18

Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devido ao Estado Civil

	Estado Civil			
	Casados e União de Facto (N=112) (Posto Médio)	Solteiros, Divorciados e Viúvos (N=47) (Posto Médio)	U (159)	p
<i>Coping</i> ativo	83.30	72.13	3002.00	.15
Utilização de Suporte Instrumental				
Utilização de suporte social	75.55	85.84	2357.50	.29
Religião	74.94	92.06	2065.00	.03
Reinterpretação Positiva	85.83	66.10	3285.50	.01
Aceitação	81.73	75.88	2825.50	.46
Expressão de Sentimentos	75.73	90.18	2153.50	.07
Negação	79.42	81.37	2567.50	.81
Desinvestimento Comportamental	78.47	83.65	2460.50	.49
Uso de Substâncias	78.92	82.57	2511.00	.37
Humor	80.72	78.28	2713.00	.75

No que concerne à variável **Habilitações Literárias**, as subescalas *Coping* Ativo ($p=.01$), Religião ($p=.001$), Reinterpretação Positiva ($p=.01$), Desinvestimento Comportamental ($P=.01$) apresentam diferenças estatisticamente significativas. Tendo em consideração os valores médios apresentados, observa-se que as estratégias *Coping* Ativo e Reinterpretação Positiva, foram mais utilizadas por pessoas com habilidades superiores ao 4º ano de escolaridade, por outro lado as estratégias Religião e Desinvestimento Comportamental foram mais utilizadas por pessoas com habilidades literárias até ao 4º ano.

Tabela 19

Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devido às Habilitações Literárias

	Habilitações Literárias			
	Até ao 4º ano (N=91) (Posto Médio)	Depois do 4º ano (N=68) (Posto Médio)	U (159)	p
<i>Coping</i> ativo	71.29	91.66	3887.00	.01
Utilização de Suporte Instrumental	74.87	86.86	3560.50	.09
Utilização de suporte social	81.37	78.17	2969.50	.66
Religião	90.62	65.79	2128.00	.001
Reinterpretação Positiva	72.07	90.62	3816.00	.01
Aceitação	74.02	88.01	3638.50	.05
Expressão de Sentimentos	82.54	76.60	2862.50	.41
Negação	84.93	73.40	2645.00	.11
Desinvestimento Comportamental	87.46	70.02	2415.50	.01
Uso de Substâncias	77.72	83.05	3301.50	.15
Humor	75.28	86.32	3523.50	.13

Relativamente ao **local de Residência**, a investigação revela-nos que não se verificaram diferenças significativas entre os diferentes grupos apresentados e as estratégias de *coping* utilizadas.

Tabela 20

Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devido ao Local de Residência

	Local de Residência			H (159)	p
	Aldeia (N=94) (Posto Médio)	Vila (N=23) (Posto Médio)	Cidade (N=42) (Posto Médio)		
<i>Coping</i> ativo	80.43	69.39	80.38	1,55	.46
Utilização de Suporte Instrumental	80.70	65.09	86.61	3.55	.17

Utilização de suporte social	78.95	65.57	90.26	4.60	.10
Religião	84.22	76.46	72.50	2.12	.35
Reinterpretação Positiva	83.79	63.96	80.31	3.56	.17
Aceitação	82.49	76.13	76.55	.70	.70
Expressão de Sentimentos	77.10	92.37	79.71	2.09	.35
Negação	83.90	73.43	74.86	1.71	.43
Desinvestimento	82.07	91.80	68.90	4.74	.09
Comportamental					
Uso de Substâncias	79.22	86.54	78-15	2.173	.34
Humor	84.02	62.54	80.57	4.25	.12

3.2.4. Coping e características clínicas

No que concerne ao **tipo de AVC** que cada participante sofrera, os dados obtidos revelam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes tipos de AVC e as estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes.

Tabela 21

Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devido ao Tipo de AVC

	Tipo de AVC				
	Isquêmico	Hemorrágico	AIT	H (159)	<i>p</i>
	(N=94)	(N=23)	(N=42)		
	(Posto Médio)	(Posto Médio)	(Posto Médio)		
<i>Coping</i> ativo	70.55	79.00	82.52	.11	.95
Utilização de Suporte Instrumental					
Utilização de suporte social	78.11	82.15	84.72	.58	.75
Religião	79,94	82.70	77.71	.17	.92
Reinterpretação Positiva	75.15	81.22	96.09	4.88	.08
Aceitação	79.10	83.98	79.50	.25	.88
Expressão de Sentimentos	81.95	76.74	76.10	.55	.76
Negação	77.51	91.50	78.14	2.09	.35
Desinvestimento	75.56	90.98	85.55	2.99	.22
Comportamental					
Uso de Substâncias	78.87	91.04	73.74	2.46	.29
Humor	79.36	81.46	80.91	.23	.89
	78.25	71.83	91.81	3.81	.15

Relativamente à **Hospitalização**, os dados obtidos demonstram que existem diferenças significativas na estratégia de *coping* Aceitação ($p=.0456$), e Uso de Substâncias ($p=.01$). Segundo o estudo pessoas que necessitaram de hospitalização utilizaram mais a estratégias de *coping* Aceitação quando comparadas com as pessoas

que não foram hospitalizadas. Relativamente à Estratégia Uso de Substâncias esta foi mais utilizada por pessoas que não necessitaram de hospitalização.

Tabela 22

Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devido à Hospitalização

	Hospitalização			
	Com hospitalização (N=140) (Posto Médio)	Sem hospitalização (N=19) (Posto Médio)	U (159)	p
<i>Coping</i> ativo	82.41	62.26	1667.00	0.07
Utilização de Suporte Instrumental	80.45	76.66	1393.50	.73
Utilização de suporte social	80.43	76.82	1390.50	.74
Religião	78.90	88.08	1176.50	.41
Reinterpretação Positiva	79.76	81.76	1296.50	.86
Aceitação	82.62	60.66	1697.50	.046
Expressão de Sentimentos	80.69	74.89	1427.00	.60
Negação	79.58	81.11	1271.00	.75
Desinvestimento Comportamental	80.03	79.79	1334.00	.98
Uso de Substâncias	78.15	93.66	1070.50	.01
Humor	80.38	77.24	1382.50	.78

Em relação às **sequelas**, analisando os valores de prova, é possível inferir a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação às subescalas Aceitação ($p=.01$), Expressão de Sentimentos ($p=0.03$) e Negação ($p=.003$). Relativamente à estratégia Aceitação esta foi mais utilizada por pessoas que não tiveram sequelas, em contrapartida as estratégias Expressão de Sentimentos e Negação foram mais utilizadas por doentes que relatam terem ficado com sequelas.

Tabela 23

Análise da Diferença em cada Escala do Brief Cope devido às Sequelas

	Sequelas			
	Sem sequelas (N=57) (Posto Médio)	Com Sequelas (N=102) (Posto Médio)	U (159)	p
<i>Coping</i> ativo	84.42	77.53	2655.00	.36
Utilização de Suporte Instrumental	86.42	76.41	2541.00	.17
Utilização de suporte social	77.95	81.15	3024.00	.67
Religião	76.70	81.84	3095.00	.49
Reinterpretação Positiva	86.84	76.18	2517.00	.15
Aceitação	92.50	73.03	2194.50	.01

Expressão de Sentimentos	69.63	85.79	3498.00	.03
Negação	65.90	87.88	3710.50	.003
Desinvestimento Comportamental	74.48	83.08	3221.50	.28
Uso de Substâncias	79.46	80.30	2937.50	.83
Humor	87.88	75.60	2458.00	.10

3.2.5. *Coping* e BEP

Para apurar a existência de alguma associação entre as estratégias de *coping*, e as diferentes dimensões do BEP recorreu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman*. Após a análise da tabela abaixo apresentada verificou-se:

A dimensão Autonomia do BEP está positivamente correlacionada com as estratégias de *coping*, expressão de sentimentos e negação. Na mesma linha a dimensão da Autonomia está negativamente correlacionada com a subescala Desinvestimento Comportamental.

A dimensão Domínio do Meio do BEP está positivamente correlacionada com as estratégias de *coping*, Reinterpretação Positiva, Aceitação e Humor. Na mesma linha a dimensão do Domínio do Meio está negativamente correlacionada com a subescala Expressão de sentimentos, Negação, Desinvestimento Comportamental e Uso de Substâncias.

A dimensão crescimento Pessoal do BEP está positivamente correlacionada com as estratégias de *coping*, *Coping* Ativo, Utilização de Suporte Instrumental, Reinterpretação Positiva, Aceitação, Uso de Substâncias e Humor. Para além disso denotou-se que a dimensão do Crescimento Pessoal está negativamente correlacionada com a subescala Desinvestimento Comportamental.

A dimensão Relações Positivas do BEP está positivamente correlacionada com a estratégia de *coping*, humor. Por sua vez a dimensão Relações Positivas está negativamente correlacionada com a subescala Desinvestimento Comportamental.

A dimensão Objetivos de Vida do BEP está positivamente correlacionada com as estratégias de *coping*, Utilização de Suporte Instrumental, Reinterpretação Positiva e o humor. Por outro lado, a dimensão Objetivos de Vida está negativamente correlacionada com as subescalas, Expressão de Sentimentos, Negação, Desinvestimento Comportamental e Uso de Substâncias.

A dimensão Aceitação de Si do BEP está positivamente correlacionada com as estratégias de *coping*, Utilização de Suporte Instrumental, Reinterpretação Positiva, a Aceitação e o Humor. Na mesma linha a dimensão Objetivos de Vida está negativamente correlacionada com as subescalas, Expressão de Sentimentos, Negação, Desinvestimento

Comportamental e Uso de Substâncias.

Por último, e após a análise da tabela abaixo apresentada verificou-se que a dimensão total do BEP está positivamente correlacionada com as estratégias de *coping*, *Coping* Ativo, Utilização de Suporte Instrumental, Reinterpretação Positiva, a Aceitação e o Humor. Na mesma linha verificou-se que a dimensão total do BEP está negativamente correlacionada com as subescalas, Expressão de Sentimentos, Negação, Desinvestimento Comportamental e Uso de Substâncias.

Tabela 24

Coeficiente de Correlação de Spearman entre as Dimensões do BEP e as Escalas do Brief Cope

	Autonomia		Domínio do Meio		Crescimento Pessoal		Relações Positivas		Objetivos de Vida		Aceitação de Si		BEP Total	
	r	p	R	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
<i>Coping</i> ativo	.09	.26	.28**	.01	.43**	.00	.15	.05	.31**	.00	.08	.31	.37**	.00
Utilização de Suporte Instrumental	-.013	.87	.06	.40	.32**	.00	.14	.08	.28**	.00	.19*	.02	.27**	.00
Utilização de suporte social	-.01	.91	-.01	.85	.11	.18	.07	.37	.05	.53	.03	.72	-.09	.29
Religião	-.03	.70	.02	.81	-.10	.21	.07	.36	-.07	.40	-.10	.23	-.07	.38
Reinterpretação Positiva	.20*	.01	.34**	.00	.38**	.00	.10	.22	.33**	.00	.29**	.00	.45**	.00
Aceitação	.14	.08	.34**	.00	.22**	.01	.07	.36	.26**	.001	.25**	.002	.36**	.00
Expressão de Sentimentos	.27**	.001	-.46**	.00	-.15	.07	-.15	.07	-.30**	.00	-.35**	.00	-.44**	.00
Negação	.29**	.00	-.27**	.001	-.11	.19	-.05	.56	-.21**	.01	-.31**	.00	-.32**	.00
Desinvestimento Comportamental	-.17*	.04	-.33**	.00	-.36**	.00	-.21**	.01	-.43**	.00	-.28**	.00	-.48**	.00
Uso de Substâncias	-.01	.90	-.21**	.01	-.18*	.02	-.05	.54	-.16	.05	-.17*	.03	-.21**	.008
Humor	.13	.11	.23**	.003	.36**	.00	.22**	.01	.36**	.00	.23**	.004	.42**	.00

*. a correlação é significativa no nível .05

**. a correlação é significativa no nível .01

3.2.6. Síntese dos principais resultados obtidos na investigação

- Os homens apresentam melhores níveis de BEP que as mulheres, pessoas com companheiro, apresentam um maior BEP do que pessoas solteiras, divorciadas, viúvas. Sujeitos que possuem habilitações superiores ao quarto ano apresentam níveis de melhor BEP. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o local de residência o BEP total.
- Não foram encontradas diferenças significativas entre o tipo de AVC e o BEP, o mesmo aconteceu com a variável hospitalização, por outro lado pessoas que não tiveram sequelas manifestam melhor índice de BEP quando comparadas com pessoas com sequelas.
- Em relação ao *coping* foram encontradas diferenças entre os dois grupos de idades em particular nas estratégias de *coping* Utilização de Suporte Instrumental a ser mais utilizado por pessoas com idade até aos 68 anos e a Religião a ser mais utilizada por pessoas com idade superior a 68 anos.
- No que toca ao género verificou-se que o sexo masculino utiliza mais vezes o suporte instrumental, assim como a Reinterpretação Positiva, o mesmo acontece no humor que é mais utilizado pelo sexo masculino. Verificou-se, ainda, que as mulheres utilizaram mais vezes a estratégia de *coping* de Religião do que os homens.
- Em relação ao Estado civil denotaram-se diferenças significativas nas estratégias Reinterpretação Positiva e Religião sendo que pessoas Solteiras, divorciadas e Viúvas utilizam mais frequentemente a estratégia de *coping* Religião, pelo contrário o grupo das pessoas casadas e em União de Facto utilizam mais a estratégias de *coping* da Reinterpretação Positiva.
- No que diz respeito Às Habilitações literárias encontraram-se diferenças no uso das estratégias *coping* ativo, reinterpretação positiva e desinvestimento comportamental, observa-se que as estratégias *Coping* Ativo e Reinterpretação Positiva, foram mais utilizadas por pessoas com habilitações superiores ao 4º ano de escolaridade, por outro lado as estratégias Religião e Desinvestimento Comportamental foram mais utilizadas por pessoas com habilitações literárias até ao 4º ano.
- Não se verificaram diferenças entre as estratégias de *coping* e o local de residência, diferenças também não foram encontradas entre as estratégias de *coping* e os diferentes tipos de AVC.
- Relativamente às estratégias de *coping* na variável hospitalização foram encontradas diferenças nas estratégias de *coping* Aceitação e Uso de Substâncias,

sendo a estratégia Aceitação mais utilizada por pessoas que foram hospitalizadas. Relativamente à Estratégia Uso de Substância esta foi mais utilizada por pessoas que não necessitaram de hospitalização.

- Em relação às sequelas foram encontradas diferenças entre as estratégias de *coping* Aceitação, Expressão de Sentimentos, Negação. Sendo a aceitação mais utilizada por pessoas que não tiveram sequelas, em contrapartida as estratégias Expressão de Sentimentos e Negação foram mais utilizadas por doentes que relatam terem ficado com sequelas.
- A dimensão Autonomia positivamente correlacionada com as estratégias de *coping*, expressão de sentimentos e negação e negativamente correlacionada com o desinvestimento Comportamental.
- A dimensão Domínio do meio correlacionada com as estratégias de *coping*, Reinterpretação Positiva, Aceitação e Humor negativamente correlacionada com a subescala Expressão de sentimentos, Negação, Desinvestimento Comportamental e Uso de Substâncias.
- A dimensão Crescimento Pessoal corelacionado com *Coping* Ativo, Utilização de Suporte Instrumental, Reinterpretação Positiva, Aceitação, Uso de Substâncias e Humor.
- A dimensão Relações Positivas do BEP está positivamente correlacionada com a estratégia de *coping*, e humor e negativamente correlacionada com a subescala Desinvestimento Comportamental.
- A dimensão Objetivos de Vida está correlacionada com as estratégias de *coping*, Utilização de Suporte Instrumental, Reinterpretação Positiva e o humor e negativamente correlacionada com as subescalas, Expressão de Sentimentos, Negação, Desinvestimento Comportamental e Uso de Substâncias.
- A dimensão Aceitação de Si está correlacionada com as estratégias de *coping*, Utilização de Suporte Instrumental, Reinterpretação Positiva, a Aceitação e o Humor e negativamente correlacionada com as subescalas, Expressão de Sentimentos, Negação, Desinvestimento Comportamental e Uso de Substâncias.
- A Dimensão Total de Bem-Estar Psicológico está correlacionada com as estratégias de *coping*, *Coping* Ativo, Utilização de Suporte Instrumental, Reinterpretação Positiva, a Aceitação e o Humor. Na mesma linha verificou-se que a dimensão total do BEP está negativamente correlacionada com as subescalas, Expressão de Sentimentos, Negação, Desinvestimento Comportamental e Uso de Substâncias.
- A dimensão Desinvestimento Comportamental está negativamente correlacionada com todas as dimensões do BEP;

4. Discussão

O objetivo geral do presente estudo pretendeu avaliar o BEP e o tipo de estratégias de *coping* utilizadas numa amostra de pessoas vítimas de AVC. Após análise e descrição dos resultados obtidos neste estudo, passamos a efetuar a discussão dos resultados que se revelaram significativos, tendo por base a revisão teórica, adotando uma abordagem reflexiva e compreensiva.

No presente estudo, a amostra revelou um **nível de BEP** de 71.20 (DP= 11.10), sendo que este valor integra o grupo de referência de doentes com psicopatologia (M=63,84; DP=16.4), ou seja, este valor indica-nos que esta amostra apresenta um BEP baixo o que pode indicar a presença de sintomatologia psicopatologia relevante. Este resultado vai de encontro a outros que a literatura salienta, revelando que os que os sobreviventes de AVC demonstram, significativamente, menores níveis BEP comparativamente a grupos de pessoas que não sofreram uma doença vascular cerebral (Estevão, 2016; Rabelo & Neri, 2006).

O grupo de pessoas até aos 68 anos apresenta um nível de BEP mais elevado comparativamente ao grupo de pessoas com idades superiores a 68 anos. Isto parece ser fundamentado na literatura por indicadores de que pessoas que têm um emprego, ou seja, encontram-se em idade laboral ativa, apresentam melhores índices de BEP. Ter uma ocupação profissional parece assim ser um fator protetor face a um evento súbito desta natureza (Bergersen et al., 2013).

Doentes que sofreram um AVC há poucos meses apresentam um menor nível de BEP, muitos doentes durante a recolha de dados salientaram que o cansaço fora uma das sequelas mais notórias, este facto pode ser explicativo do BEP mais reduzido nesta população (Damsbo, et al., 2020). Variáveis como a incapacidade funcional, alguns deficits cognitivos, sintomatologia depressiva, dificuldades em restabelecer a sua identidade, incapacidade em realizar algumas atividades de vida diária também parecem ter um impacto negativo no BEP percecionado pelos sobreviventes (Rabelo & Néri, 2006). Estes resultados parecem reforçar a importância de acompanhamento psicológico nos pós-AVC de forma a promover uma saúde mental mais resiliente e capaz de enfrentar as adversidades que um AVC exige (Damsbo, et al., 2020).

No que diz respeito à influência de cada uma das características sociodemográficas nos níveis de BEP, foram encontradas diferenças entre os **Géneros**, sendo que os homens apresentam melhores níveis de BEP que as mulheres, dados estes corroborados pela literatura que referem que as mulheres manifestam um baixo nível de BEP, que pode ser justificado pelo facto de o sexo feminino sofrer mais sequelas que o sexo masculino, e por vezes necessitar a longo prazo de cuidados de terceiros (Heart and

Stroke Foundation of Canada, 2018). Independentemente de se ter sofrido um AVC, ou não, o género masculino parece apresentar sempre um maior BEP em comparação com o sexo oposto (Lima et al., 2021; Paulino et al., 2020), até porque os homens parecem fazer uso de mais estratégias promotoras de uma melhor BEP quando expostos a situações indutoras de stress (Sousa et al., 2020).

Em relação ao **Estado Civil** os resultados obtidos demonstram que pessoas com companheiro, apresentam um maior BEP do que pessoas solteiras, divorciadas e viúvas. Pessoas que residam sozinhas no período que se sucede ao AVC parecem apresentar um maior sofrimento psicológico, pelo contrário pessoas que têm um companheiro parecem ter esta característica como fator protetor ao desenvolvimento de perturbações mentais (Damsbo, et al., 2020). Esta característica de um maior sofrimento psicológico em pessoas sem companheiro parece ser transversal a diversas doenças/eventos, por exemplo segundo Yu et al., (2020) indivíduos sem companheiro na pandemia apresentavam maior taxas de sofrimento psicológico.

Neste estudo sujeitos que possuem **Habilitações** superiores ao quarto ano apresentam níveis mais elevados de BEP comparativamente ao grupo de participantes com escolaridade até ao quarto ano. Estudos apontam que pessoas com vários anos de escolaridade percecionam padrões mais altos de saúde, apresentando níveis mais baixos de incidência de doenças, e um menor risco de mortalidade e de incapacidade face a uma doença que podem sofrer ao longo do ciclo de vida. Ao invés, pessoas com um baixo nível educacional tendem a descrever a sua saúde como sendo precária, a terem uma menor esperança de vida, e uma menor crença de sobrevivência quando estão doentes (Raghupathi & Raghupathi, 2020). Para além das habilitações literárias, uma educação para a saúde, parece ser a chave para diminuir disparidades entre os grupos e consequentemente aumentar a saúde física e mental das populações, amplificando assim o BEP das gerações atuais e das gerações vindouras (Raghupathi & Raghupathi, 2020).

Nesta investigação constatou-se que os participantes que reuniam pelo menos uma **Sequela** no período pós-AVC apresentavam um baixo nível de BEP. Duas das sequelas mais comuns aquando de um AVC são a Afasia e os Problemas de Memória (ou a lentificação do pensamento). A literatura sugere que estas sequelas têm uma repercussão negativa sobre a capacidade funcional dos doentes, em virtude disso as sequelas podem ser percecionadas de uma forma pouco resiliente, o que pode levar a prejuízo nos níveis de BEP (Fontes & Neri, 2015 cit in Lima et al., 2020). Quando as sequelas são de tal ordem gravosas provocando um certo nível de dependência, o BEP sofre uma quebra, e simultaneamente o risco de desenvolver sofrimento psicológico amplifica-se (Bergersen et al., 2013).

Foi possível constatar que o grupo de doentes com **Idade** inferior a 68 anos

utilizou **estratégias de coping** direcionadas para a utilização do apoio instrumental, ou seja, uma estratégia focada no problema. O tipo de *coping* mais enumerado por sobreviventes de um AVC foi o *coping* focado no problema, concretamente estas estratégias canalizam, o seu comportamento tendo em vista uma modificação do problema, enfrentando assim a doença mais ativamente. Com o avançar da idade e com o possível aumento das vulnerabilidades fisiológicas, pode ser mais difícil pessoas idosas utilizarem estratégias focadas no problema (Chen et al., 2018). O grupo de pessoas com idades superiores a 68 anos utiliza a estratégia de *coping* Religião usualmente no período pós AVC, usar a religião pode servir como atenuante do medo que podem sentir face à possível ocorrência de um segundo AVC, para além disto pode-se usar a fé para fazer frente a algumas sequelas que podem ter surgido (Reis & Faro, 2020). A escolha desta estratégia muitas vezes está vinculada à cultura onde os participantes estão inseridos, por outro lado muitos utilizam a sua crença religiosa como suporte para se manterem otimistas. A religião pode ser assim encarada como um fator protetor na saúde mental da população (Liu et al., 2020).

A ocorrência de um acontecimento gerador de stress nos seres humanos provoca diferentes reações, estas respostas parecem ser distintas entre o sexo masculino e o sexo feminino (Liddon et al., 2018). No que toca ao **Género** masculino o presente estudo revelou que estes utilizam mais vezes o Suporte Instrumental, assim como a Reinterpretação Positiva, e o Humor. Eisenbarth (2019) corrobora os dados obtidos neste estudo, salientando que os Homens tendem a usar estratégias de *coping* como o Humor mais frequentemente do que as mulheres quando expostos ao stress. Para além desta estratégia um estudo levado a cabo durante a pandemia, demonstra que o sexo masculino quando sujeito a níveis de stress mais exacerbados utiliza também estratégias de Reinterpretação Positiva, o uso desta estratégia permite atribuir um novo sentido à situação que se está a experienciar (Sousa et al., 2020). No que diz respeito ao uso do apoio instrumental no sexo masculino a literatura destaca que não é uma prática comum os homens pedirem ajuda, pois este género percebe o facto de pedir ajuda como uma ameaça à sua identidade masculina (Flurey et al., 2018). Apesar de tudo quando fazem uso desta estratégia tendem a procurar apoio mais prático, com foco na amplificação do seu conhecimento sobre a doença e de como podem gerir melhor a sua condição (Flurey et al., 2018). Por sua vez o sexo feminino utiliza frequentemente a Religião como estratégia de *coping*, esta estratégia inclui rezar ou até pedir uma cura espiritual, mas esta estratégia pode não ser útil pois é baseada na emoção e tende a contribuir para que o problema não seja enfrentado (Rao et al., 2015; Bazrafshan et al., 2014). Pessoas que usem este mecanismo acreditam que esta vai ter um impacto significativo na sua saúde,

inclusive é utilizada por pessoas com doenças crônicas na esperança de que a sua crença as auxilie (Rao et al., 2015).

Em relação ao **Estado civil** foi possível denotar diferenças significativas nas estratégias Reinterpretação Positiva e Religião sendo que pessoas Solteiras, divorciadas e Viúvas utilizam mais frequentemente a estratégia de *coping* Religião. Tendo em conta que as pessoas viúvas têm uma expressão significativa dentro do grupo de solteiros, viúvos e divorciados, o uso da Religião de forma expressiva parece ser justificável, dado que pessoas viúvas tendem a utilizar a sua crença religiosa face a dificuldades que acontecem, e a emoções negativas que experienciem (Carr, 2018). No caso do grupo de pessoas Casadas e em União de Facto estas utilizam mais a estratégia de *coping* da Reinterpretação Positiva. O uso desta estratégia parece ser útil e parece auxiliar as vítimas de AVC a converterem um acontecimento negativo em algo mais positivo. Alguns doentes relatam que no período que se sucedia ao AVC atribuíram um maior sentido à vida, valorizando-a mais, e dando menos importância a questões materiais. Foi também descrito que muitos doentes que usaram a estratégia Reinterpretação Positiva após o AVC aprimoraram a empatia o que em alguns casos os fez inscreverem-se em grupos de apoio a sobreviventes desta doença (Ch'Ng et al., 2008).

No que diz respeito às **Habilidades literárias** observou-se que as estratégias *Coping* Ativo e Reinterpretação Positiva foram mais utilizadas por pessoas com habilitações superiores ao 4º ano de escolaridade, por outro lado as estratégias Religião e Desinvestimento Comportamental foram mais utilizadas por pessoas com habilitações literárias até ao 4º ano. A literatura sugere pessoas com níveis de escolaridade mais altos utilizam frequentemente estratégias de *coping* mais focadas no problema, para além disto, pessoas com mais habilitações tendem a fazer uso de estratégias que se revelam úteis para fazer frente ao problema (Bazrafshan et al., 2014). Pelo contrário pessoas com baixos níveis de escolaridade recorrem a estratégias de *coping* mais focadas nas emoções e que por vezes revelam-se menos úteis para enfrentar o problema, como é o caso da estratégia de *coping* Desinvestimento Comportamental utilizada pelos participantes deste estudo com baixo nível de escolaridade. Uma vez que, pessoas mais velhas tendem a não usar estratégias direcionadas para o problema parece ser essencial que este tipo de estratégias lhes sejam ensinadas, tanto em terapia como em programas virados para a comunidade (Bazrafshan et al., 2014).

Relativamente às estratégias de *coping* na variável **Hospitalização** a estratégia Aceitação foi a mais utilizada por pessoas que foram hospitalizadas. Relativamente à Estratégia do Uso de Substância esta foi mais utilizada por pessoas que não necessitaram de hospitalização. A literatura também refere que muitas pessoas não aceitam o facto de terem sofrido um AVC, e experienciam durante muito tempo emoções de raiva e

frustração, o que não contribuiu para lutar contra o problema, pelo contrário pessoas que aceitam desde cedo a sua condição vivenciam sentimentos mais positivos (Ch'Ng et al., 2008). Pelo contrário pessoas que não foram sujeitas ao internamento utilizam a estratégias de *coping* do uso de substâncias com mais frequência. A utilização desta estratégia pode ser justificada pelo facto destes doentes poderem pensar que o AVC pode não ter sido um evento ligeiro, pois não foi necessária intervenção médica, o que pode levar a que consumam mais substâncias. Neste registo de acomodação ocorre uma inibição da resposta impedindo o doente de superar a adversidade e evitar que esta ocorra novamente no futuro (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

Em relação às **Sequelas** foram encontradas diferenças significativas, sendo a aceitação mais utilizada por pessoas que não tiveram sequelas, em contrapartida as estratégias Expressão de Sentimentos e Negação foram mais utilizadas por doentes que relatam terem ficado com sequelas. As sequelas que eventualmente pode surgir após um AVC podem originar bastante inquietude e até stress, neste sentido estes doentes por vezes adotam estratégias mais passivas e direcionada para a emoção, como é o caso da negação, e da expressão de sentimentos. Por vezes os doentes tendem a recusar-se acreditar que aquilo está mesmo a acontecer negando qualquer evidência de que aquele acontecimento tenha sido real (Yu et al., 2020). Por outro lado, o uso da estratégia Aceitação por parte do grupo de pessoas que não sofreram sequelas parece ser plausível, uma vez que é mais fácil aceitar o AVC quando este não deixa mazelas, pelo contrário aceitar que algumas sequelas podem ser limitativas e podem alterar significativamente a vida como até então é conhecida pode revelar-se uma missão bastante complexa.

Inevitavelmente o uso de algumas **estratégias de coping** em prol de outras tem uma repercussão no **BEP** das vítimas de um AVC. O uso de estratégias de *coping* mais desadaptativas como é o caso da negação e do desinvestimento comportamental reforça a necessidade de que os doentes devem ser motivados a encontrarem estratégias mais eficazes, a identificar os problemas quando estes aparecem, e a considerá-los como sendo superáveis, contrariando a tendência de querer reagir de forma impulsiva ou inadequada perante uma situação geradora de stress. Parece assim ser essencial substituir algumas estratégias de *coping* desadaptativas por reações emocionais adaptativas e comportamentos mais ajustados (Reverté-Villarroya et al., 2021). O uso do desinvestimento comportamental mostrou-se no estudo negativamente correlacionado com o BEP em geral, e com quase todas as suas dimensões, mostrando assim o impacto nefasto que o uso desta estratégia tem na vida dos sobreviventes. Sabe-se assim que a fase de recuperação de um AVC representa um desafio físico e psicológico ímpar, sendo por vezes percecionada pelos sobreviventes como um processo exigente que muitas vezes é desencadeador de respostas comportamentais desadequadas. Para converter estas

respostas pode-se optar pelo desenvolvimento de intervenções de apoio psicológicas ajustadas idiossincraticamente, para que isto ocorra parece ser fundamental haver uma maior compreensão dos comportamentos de *coping* que promovam ações mais adaptativas (Ch'Ng et al., 2008). Embora alguns pacientes com AVC tenham apenas conhecimento básico e acesso a informações mais limitadas sobre a doença, muitos delas reconhecem-na como sendo uma doença grave e aceitam-na de forma construtiva, não questionando a doença em si (Terrill et al., 2019 cit in Han et al., 2021), o uso da estratégia da Aceitação parece por sua vez ser uma peça chave em todo o processo terapêutico. Esta postura apesar de ser mais passiva contribuiu positivamente para o domínio do meio, para o crescimento pessoal dos doentes assim como para a aceitação de si no período pós-AVC, de forma geral a Aceitação do problema apresenta-se como uma estratégia que eleva os níveis de BEP. Por outro lado, existem doentes que procuram saber mais sobre o AVC e tudo o que este implica, muitas vezes esta procura de informação e de apoio instrumental, passa pelo acompanhamento médico (Reis & Faro, 2020). Quando o acompanhamento médico especializado acontece regularmente, ou seja, os doentes têm consultas frequentes, os doentes percebem uma maior abertura tanto por parte dos serviços como dos profissionais de saúde para solicitar esclarecimentos e pedir ajuda. Este sentimento de abertura para fazer perguntas permite aos doentes um sentimento de segurança que culmina num maior BEP de forma geral, particularmente quando adquirem informações credíveis e relevantes os indivíduos podem sentir-se orientados o que permite um maior crescimento pessoal assim como um maior estabelecimento de objetivos realistas de vida. Para além disto a informação credível disponibilizada por especialistas permite aos doentes perceberem que não são os únicos a sofrer algumas sequelas e limitações, impulsionando assim a aceitação de si.

O tipo de *coping* mais mencionado pelas vítimas de um AVC foi o foco no problema, ou seja, usam maioritariamente estratégias de *coping* que procuram incidir diretamente na fonte causadora de stress tendo assim intenção de modificar o que estão a sentir (Reis & Faro, 2020). Apesar do AVC ser um evento desencadeador de stress, as pessoas que usem a estratégia *Coping* Ativo, ou seja, que iniciam uma ação que canaliza esforços para remover o stressor pode-se estar a promover e a estimular o crescimento pessoal e uma otimização da percepção do BEP.

Uma estratégia de *coping* que se apresenta negativamente correlacionada com praticamente todas as dimensões do BEP é o uso de substâncias. Recorrer a esta estratégia parece ser uma forma de escape, contudo é uma estratégia desajustada, pois pretende evitar o problema, o que leva a consequências nefastas fisicamente. Ao nível psicológico o uso desta estratégia parece travar o crescimento pessoal, assumindo-se também como um entrave para o estabelecimento de objetivos de vida, o recurso a esta

estratégia demonstra ainda a fraca capacidade para lidar com o meio envolvente. Para além disto, doentes que recorrem a estas estratégias tendem a não aceitar da melhor forma o que está a acontecer consigo, levando a consumos pouco saudáveis e recomendáveis. Apesar de neste estudo não se terem encontrado evidências de diferenças significativas entre os géneros no que concerne ao uso de substâncias, a literatura salienta que o sexo masculino recorre com mais frequência ao álcool e outras substâncias comparativamente ao sexo feminino (Kotas et al., 2021). Como referido anteriormente o AVC é um evento que muitas vezes altera a vida como até então é conhecida, desta forma os doentes têm duas opções ou evitam o problema e prejudicam o seu BEP, ou enfrentam o problema e adotam estratégias de *coping* ajustadas. Posto isto, uma das estratégias que os participantes deste estudo implementaram foi a Reinterpretação Positiva dos acontecimentos, ao aplicar esta metodologia os doentes reformulam as interpretações do AVC, convertendo assim experiências desagradáveis em novas oportunidades de aprendizagem e de aquisição de novos conhecimentos que no futuro podem ser utilizadas em situação geradoras de stress (Lo et al., 2021).

Diferentes populações quando expostas ao stress tendem a resguardar-se mais, todavia quando são incentivadas a expor e expressar os seus sentimentos, assim como as suas preocupações, estas pessoas empregam esforços que permitem um aumento do bem-estar. Falar abertamente sobre as emoções e os problemas que assolam as pessoas parece ajudar as pessoas a expressar sentimentos que de outra forma podem não ser libertados, esta partilha com terceiros fomenta a perceção da Autonomia que a pessoa detém (Labrague, 2021). Por outro lado, nesta investigação a estratégia de *coping* expressão de sentimentos encontra-se negativamente correlacionada com diferentes dimensões do BEP, este resultado pode ser explicado pelo facto de que muitas vezes os doentes exprimirem os seus sentimentos, mas conformarem-se com a sua situação, não agindo de forma a alterar o seu comportamento, desta forma expressar os sentimentos pode contribuir para uma maior frustração. Após a ocorrência de um AVC implica desde logo o confronto com uma heterogeneidade de desafios que os doentes têm de enfrentar. Uma forma de fazer frente a todas essas provações é o uso do Humor como estratégia de *Coping*, deste modo os doentes conseguem colocar de lado grande parte das lutas diárias a que estão sujeitos, enquanto suavizando o problema concedendo-lhe um sentido de normalidade que de outra forma não seria possível. Partilhar histórias bem-humoradas com outras pessoas parece levar os doentes a aceitarem de forma mais leve as mudanças que o AVC acarretou. Consequentemente ao fazer uso desta estratégia melhoram a capacidade para estabelecer relações satisfatórias e calorosas com os outros, paralelamente a isto exercem uma melhor capacidade para criar contextos adequados levando a que o Domínio do Meio seja atingido (Torregosa et al., 2018). Desta forma

podemos afirmar convictamente que as estratégias de *coping* mostram-se intrinsecamente ligadas com todas as dimensões que compõem o BEP, sendo que o uso de determinadas estratégias em prol de outras determinam os níveis de BEP.

4.1. Limitações e Pontos Fortes da Investigação

Os resultados obtidos nesta investigação cumpriram os objetivos previamente estabelecidos, possibilitando assim uma reflexão sobre as variáveis em estudo ao mesmo tempo que foi dada uma contribuição para a investigação científica desta área. Apresentamos de imediato algumas limitações que foram reconhecidas ao longo deste estudo, desde o momento da recolha dos dados até à discussão dos resultados obtidos.

Os dados deste estudo foram recolhidos num só momento, o que impossibilita que os resultados sejam analisados num espectro temporal mais alargado, caso o estudo tivesse sido recolhido em dois momentos poderiam ser avaliadas as diferenças entre esses dois períodos. Para além disto a amostra foi recolhida por conveniência, sendo que este fator pode implicar que os resultados não possam ser generalizados a toda a população que sofreu um AVC.

Tendo em conta limitações físicas que alguns participantes detinham, como por exemplo problemas ao nível auditivo e visual, alguns questionários foram aplicados em formato de entrevista, o que pode levar a uma desejabilidade social, e conseqüentemente a um enviesamento dos resultados. Aliado a isto os dados foram recolhidos em dois hospitais distritais muito movimentados, o ruído pode por vezes ser desestabilizador da concentração exigida no preenchimento dos questionários. Uma das limitações do estudo prende-se com a literatura que está disponível sobre o BEP e as Estratégias de *Coping* utilizadas por vítimas de um AVC. Uma vez que a literatura sobre o tema é escassa a nível nacional, e o mesmo acontece a nível mundial, espera-se que os resultados obtidos nesta investigação despoletem interesse para investigações futuras neste tema, sendo um dos objetivos do contexto clínico a promoção da saúde psicológica, torna-se fundamental a produção científica junto de pessoas que vivenciaram experiências que coloquem as pessoas num grupo de elevado risco psicológico, como é o caso das vítimas de AVC.

No que concerne aos pontos fortes da investigação este estudo apresenta alguns, destacando-se desde logo a diversidade das características dos participantes, uma vez que a recolha de dados foi levada a cabo em dois hospitais distritais localizados em pontos distintos do país. Aliado a isto a realização deste estudo ofereceu uma contribuição para a investigação científica nacional, exacerbando a necessidade de implementar programas que visem a promoção do BEP assim como a estimulação de comportamentos mais adaptativos face a eventos geradores de stress.

5. Conclusão

O AVC é uma doença cerebrovascular que tem uma influência considerável na saúde mental dos doentes, quando estes aplicam estratégias de *coping* adequadas a recuperação parece ser mais rápida apresentando uma recuperação psicológica mais promissora, em contrapartida estratégias desajustadas parecem apresentar uma carga negativa na recuperação dos sobreviventes (Han et al., 2021).

O nível de BEP desta amostra revelou-se baixo, este resultado pode ser explicado por diferentes variáveis, porém temos de ter em conta que a maior parte dos participantes tinham sofrido o AVC durante o período pandémico. Segundo a literatura durante a pandemia da COVID-19 os doentes admitidos em contexto hospitalar, tanto em Portugal como no resto do mundo, com um AVC sofreram uma quebra acentuada, isto não significa que o AVC deixou de ocorrer com forte expressão, mas sim que as pessoas recorreram menos aos serviços médicos com medo de serem infetadas (Chaves, 2020). O facto de se ter encurtado a capacidade para receber doentes com esta patologia no seio hospital parece ter também contribuído para que o número de doentes admitidos tivesse sido menor comparativamente aos anos anteriores. Para além disto manifestou-se um número muito reduzido de consultas de acompanhamento, de tratamento e de reabilitação. Isto pode ter contribuído para níveis de BEP mais reduzidos. Até então estes doentes apresentavam necessidades que muitas vezes já não eram atendidas face ao elevado número de casos e à baixa capacidade de resposta médica, com a pandemia este cenário agravou-se exponencialmente apresentando consequências que podem ser irreversíveis a longo prazo, tanto a nível físico como psicológico (Chaves, 2020).

O equilíbrio mente-corpo adquire um significado importante quando estamos perante doentes vítimas de um AVC, pois este evento pode provocar sequelas a nível físico e psíquico, desta forma é preciso sensibilizar os profissionais de saúde para esta temática, levando-os a criar planos mais ajustados e realistas das dificuldades a ter em conta no período que se segue a esta doença cerebrovascular. A conscientização sobre o AVC e sobre tudo o que este implica, parece ser crucial para a promoção de hábitos de vida saudáveis. Desta forma podem-se contornar alguns fatores modificáveis, e no que concerne a grupo de risco fornecer educação sobre o AVC podem levar à mudança de hábitos. Para contrariar os resultados obtidos nesta investigação sugere-se a criação de diferentes programas de reabilitação que incluam nos seus pilares questões que visem uma promoção do BEP e um incentivo à utilização de estratégias de *coping* mais ajustadas em prol de estratégias de *coping* desadaptativas. Desta forma é possível uma alteração positiva no BEP, e nos comportamentos de *coping* a seguir ao AVC.

Referências

- American Stroke Association. (2020). Explaining Stroke. American Heart Association. https://www.stroke.org/-/media/Stroke-Files/Stroke-Resource-Center/Brochures/Explaining_Stroke_Brochure_2020.pdf
- American Stroke Association. (2021). *Stroke Risk Factors Not Within Your Control*. <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-risk-factors/stroke-risk-factors-not-within-your-control>
- Bazrafshan, M.-R., Jahangir, F., Mansouri, A., & Kashf, S. H. (2014). Coping Strategies in People Attempting Suicide. *International Journal High Risk Behaviors Addiction*, 3(1), e16265-216270. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.16265>
- Bergersen, H., Schanke, A.-K., & Sunnerhagen, K. S. (2013). Predictors of Emotional Distress and Wellbeing 2–5 Years After Stroke. *International Scholarly Research Notices*. <https://doi.org/10.1155/2013/467398>
- Branyan, T. E., & Sohrabji, F. (2020). Sex differences in stroke co-morbidities. *Experimental Neurology*, 332, 1-7. doi:<https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2020.113384>
- Buczak-Stec, E., Konig, H.-H., & Hajek, A. (2020). Impact of stroke on affective well-being: findings from a large longitudinal nationally representative study. *Aging & Mental Health*, 24(12), 2006-2013. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1671315>
- Carr, D. (2018). Mental health of older widows and widowers: Which coping strategies are most protective? *Aging & Mental Health*, 291-299. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1531381>
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61, 679–704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Chaves, L. (2020). O impacto da pandemia por COVID-19 nos doentes com Acidente Vascular Cerebral: Revisão Narrativa de Literatura. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(sup2), 29-33. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s2.4.5785>
- Chen, Y., Peng, Y., Xu, H., & O'Brien, W. H. (2018). Age Differences in Stress and Coping: Problem-Focused Strategies Mediate the Relationship Between Age and Positive Affect. *International journal of aging & human development*, 86(4), 347–363. doi:<https://doi.org/10.1177/0091415017720890>
- Ch'ng, A. M., French, D., & McLean, N. (2008). Coping with the Challenges of Recovery from Stroke: Long Term Perspectives of Stroke Support Group Members.

- Journal of Health Psychology*, 13(8), 1136–1146.
<https://doi.org/10.1177/1359105308095967>
- Correia, J. P., Figueiredo, A. S., Costa, H. M., Barros, P., & Veloso, L. M. (2018). Investigação Etiológica do Acidente Vascular Cerebral no Adulto Jovem. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 25(3), 213-223.
<https://doi.org/10.24950/rspmi/revisao/200/3/2018>
- Damsbo, A. G., Kraglund, K. L., Buttenschøn, H. N., Johnsen, S. P., Andersen, G., & Mortensen, J. K. (2020). Predictors for wellbeing and characteristics of mental health after stroke. *Journal of Affective Disorders*, 264, 358-364.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.032>.
- Dharma, K.-K., & Halina-Rahayu. (2020). The effective post-stroke adaptation behavior model requires a family support system. *Enfermería Clínica*, 123-130.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.11.001>
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66.
<https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto (Norma nº 015/2017)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (s.d.). *Direção-Geral da Saúde*. Acedido em 4 de dezembro de 2021, em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-a-saude-mental/perguntas-e-respostas.aspx>
- Donkor, E. S. (2018). Stroke in the 21st Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life. *Stroke Research and Treatment*, 1-10.
<https://doi.org/10.1155/2018/3238165>
- Donnellan, C., Hevey, D., Hickey, A., & O'Neill, D. (2006). Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 77(11), 1208–1218. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2005.085670>
- Dwan, T., & Ownsworth, T. (2019). The Big Five personality factors and psychological well-being following stroke: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 41(10), 1119-1130. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1419382>
- Eisenbarth, C. A. (2019). Coping with Stress: Gender Differences among College Students. *College Student Journal*, 53(2), 151-162.
- Ellis-Hill, C., Thomas, S., Gracey, F., Lamont-Robinson, C., Cant, R., Marques, E. M., . . . Jenkinson, D. (2019). HeART of Stroke: randomised controlled, parallel-arm, feasibility study of a community-based arts and health intervention plus usual

- care compared with usual care to increase psychological well-being in people following a stroke. *BMJ Open*, 9(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021098>
- ESO, & SAFE. (2018). Plano de Ação para o AVC na Europa 2018-2030. <https://www.safestroke.eu/wp-content/uploads/2019/05/sap-portugal-s.pdf>
- Estevão, B. R. (2016). *Qualidade de vida, bem-estar psicológico e autoestima em sobreviventes de acidente vascular cerebral : implicações da doença para a saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- Fábris, E. M., & Martins, D. S. (2022). Avaliação funcional e da Qualidade de Vida de pacientes com sequela de AVC antes e após um programa de reabilitação em um centro especializado em reabilitação. *Revista Inova Saúde*, 12(1), 57-69. <http://dx.doi.org/10.18616/inova.v12i1.5634>
- Figueiredo, A. R., Pereira, A., & Mateus, S. (2020). Acidente Vascular Cerebral Isquémico vs Hemorrágico: Taxa de Sobrevivência. *HIGEIA - Revista Científica de Saúde Dr. Lopes Dias*, III(1), 35-45.
- Flurey, C. A., Hewlett, S., Rodham, K., White, A., Noddings, R., & Kirwan, J. R. (2018). Coping Strategies, Psychological Impact, and Support Preferences of Men With Rheumatoid Arthritis: A Multicenter Survey. *Arthritis Care & Research*, 70(6), 851–860. <https://doi.org/10.1002/acr.23422>
- Griffin-Musick, J. R., Off, C. A., Milman, L., Kincheloe, H., & Kozlowski, A. (2021). The impact of a university-based Intensive Comprehensive Aphasia Program (ICAP) on psychosocial well-being in stroke survivors with aphasia. *Aphasiology*, 35(10), 1363-1389. <https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1814949>
- Han, Z.-T., Zhang, H.-M., Wang, Y.-M., Zhu, S.-S., & Wang, D.-Y. (2021). Uncertainty in illness and coping styles: Moderating and mediating effects of resilience in stroke patients. *World journal of clinical cases*, 9(30), 8999–9010. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i30.8999>
- He, F. X., Turnbull, B., Kirshbaum, M. N., Phillips, B., & Klainin-Yobas, P. (2018). Assessing stress, protective factors and psychological well-being among undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 68, 4-12. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.013>
- Heart and Stroke Foundation of Canada. (2018). Lives disrupted: The impact of stroke on women. *Heart & Stroke 2018 Stroke Report*. <https://www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/canada/stroke-report/strokereport2018.ashx>

- Hinwood, M., Ilicic, M., Gyawali, P., Coupland, K., Kluge, M. G., Smith, A., . . . Walker, F. R. (2022). Psychological Stress Management and Stress Reduction Strategies for Stroke Survivors: A Scoping Review. *Annals of Behavioral Medicine*, 1-20. <https://doi.org/10.1093/abm/kaac002>
- IBM Corp. Lançado em 2018. IBM SPSS Statistics for Windows, Versão 25.0.
- Joundi, R. A., Patten, S. B., Williams, J. V., & Smith, E. E. (2022). Vascular risk factors and stroke risk across the life span: A population-representative study of half a million people. *International Journal of Stroke*, 1-9. <https://doi.org/10.1177/17474930211070682>
- Kotas, R., Nowakowska-Kotas, M., Budrewicz, S., & Pokryszko-Dragan, A. (2021). The Level of Stress and Coping Strategies in Patients with Multiple Sclerosis and Their Relationships with the Disease Course. *Journal of Clinical Medicine*, 10(17). <https://doi.org/10.3390/jcm10173916>
- Kubzansky, L. D., Huffman, J. C., Boehm, J. K., Hernandez, R., Kim, E. S., Koga, H. K., . . . Labarthe, D. R. (2018). Positive Psychological Well-Being and Cardiovascular Disease: JACC Health Promotion Series. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(12), 1382–1396. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.042>
- Kurz, M. W., Kurz, K. D., & Farbu, E. (2012). Acute ischemic stroke – from symptom recognition to thrombolysis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 127(196), 57-64. <https://doi.org/10.1111/ane.12051>
- Labrague, L. J. (2021). Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 1893–1905. <https://doi.org/10.1111/jonm.13336>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer publishing company.
- Levine, G. N., Cohen, B. E., Commodore-Mensah, Y., Fleury, J., Huffman, J. C., Khalid, U., . . . Kubzansky, L. D. (2021). Psychological Health, Well-Being, and the Mind-Heart-Body Connection: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, 143(11), e763-e783. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000947>
- Liddon, L., Kingerlee, R., & Barry, J. A. (2018). Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *British Journal of Clinical Psychology*, 57, 42–58. <https://doi.org/10.1111/bjc.12147>
- Lima, R. J., Silva, C. R., Costa, T. F., Madruga, K. M., Pimenta, C. J., & Costa, K. N. (2020). Resilience, functional capacity and social support of people with stroke

- sequelae. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 22, 1-8.
<https://doi.org/10.5216/ree.v22.59542>
- Lima, S. S., Gouveia, S. E., Anes, E. M., Brás, M. A., & Geraldês, M. F. (2021). Bem-Estar Psicológico da População Portuguesa. *Revista INFAD De Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 295-300. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2066>
- Liu, Y., Wei, M., Guo, L., Guo, Y., Zhu, Y., & He, Y. (2021). Association between illness perception and health behaviour among stroke patients: The mediation effect of coping style. *Journal of Advanced Nursing*, 77(5), 2307–2318. <https://doi.org/10.1111/jan.14761>
- Liu, Z., Zhou, X., Zhang, W., & Zhou, L. (2020). Resilience and its correlates among first ischemic stroke survivors at acute stage of hospitalization from a tertiary hospital in China : a cross-sectional study. 24(5), 828-836. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1550630>
- Lo, S. H., Chau, J. P., & Chang, A. M. (2021). Strategies adopted to manage physical and psychosocial challenges after returning home among people with stroke. *Medicine*, 100(10), 1-8. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025026>
- Luca, R. D., Manuli, A., Domenico, C. D., Voi, E. L., Buda, A., Maresca, G., . . . Calabrò, R. S. (2019). Improving neuropsychiatric symptoms following stroke using virtual reality. *Medicine*, 98(19). <https://doi.org/10.1097/md.00000000000015236>
- Mairami, F. F., Warren, N., Allotey, P. A., & Reidpath, D. D. (2019). Contextual factors that shape recovery after stroke in Malaysia. *Disability and Rehabilitation*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1588399>
- Marianelli, M., Marianelli, C., & Neto, T. P. (2020). Principais fatores de risco do AVC isquêmico: Uma abordagem descritiva. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 19679-19690. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-344>
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilíbrios Edições.
- Matud, M. P., López-Curbelo, M., & Fortes, D. (2019). Gender and Psychological Well-Being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph16193531>
- Mendes, L. M. (2020). *Impacto na qualidade de vida no doente com AVC*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, <http://hdl.handle.net/10316/97646>
- Ministério da Saúde. (2018). Retratos da Saúde, Portugal. https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2019/10/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

- Minshall, C., Ski, C. F., Apputhurai, P., Thompson, D. R., Castle, D. J., Jenkins, Z., & Knowles, S. R. (2021). Exploring the Impact of Illness Perceptions, Self-efficacy, Coping Strategies, and Psychological Distress on Quality of Life in a Post-stroke Cohort. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28, 174–180. <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09700-0>
- Novo, R. (2005). We need more than self-reports: contributo para a reflexão sobre as estratégias de avaliação do bem-estar. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 477-495.
- Novo, R. F., Neto, D., Marcelino, A., & Santo, H. E. (2006). Estudo de Validação de Medidas de Bem-Estar Psicológico em Amostras com e sem Psicopatologia Identificada. *IX Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos Braga: Universidade do Minho*.
- Novo, R., Duarte-Silva, M. E., & Peralta, E. (2004). Escalas de Bem-Estar Psicológico: versão reduzida. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade de Lisboa.
- O'Donnell, M. J., Chin, S. L., Rangarajan, S., Xavier, D., Liu, L., Zhang, H., . . . Interstroke Investigators. (2016). Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (Interstroke): a case-control study. *he Lancet*, 388, 761–775. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30506-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30506-2)
- OECD. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- Olson-Mack, L., Rockwell, J. M., Lugo, S., Brandstein, K., & Calara, R. (2022). Abstract TP28: Stroke Care Doesn't End At Hospital Discharge: What Patients Need After Hospital Discharge May Not Always Be Obvious. *International Stroke Conference 2022*. https://doi.org/10.1161/str.53.suppl_1.TP28
- Organização Mundial de Saúde. (2006). Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais.
- Oza, R., Rundell, K., & Garcellano, M. (2017). Recurrent Ischemic Stroke: Strategies. *American Family Physician*, 96(7), 436-440.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação de Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Panzeri, A., Ferrario, S. R., & Vidotto, G. (2019). Interventions for Psychological Health of Stroke Caregivers: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02045>
- Paulino, M., Dumas-Dinis, R., Brissos, S., Brites, R., Alho, L., Simões, M., & Silva, C. (2020). COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on

- the general population. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 45-55. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1808236>
- Rabelo, D. F., & Néri, A. L. (2006). Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. *Estudos de Psicologia* 2, 11(2), 169-177. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200006>
- Raghupathi, V., & Raghupathi, W. (2020). The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. *Archives of Public Health*, 78. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00402-5>
- Rao, A., Sibbritt, D., Phillips, J. L., & Hickman, L. D. (2015). Prayer or spiritual healing as adjuncts to conventional care: a cross sectional analysis of prevalence and characteristics of use among women. *BMJ open*, 5(6), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007345>
- Reis, C., & Faro, A. (2019). Repercussões Psicológicas após um Acidente Vascular Cerebral (AVC): Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(1), 16-32. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200102>
- Reis, C., & Faro, A. (2020). Estratégias de Enfrentamento de Adultos Vítimas de Acidente Vascular Cerebral e sua Relação com o Ajustamento Psicológico. *Psicogente*, 23(43), 1-18. <https://doi.org/10.17081/psico.23.43.3379>
- Reverté-Villarroya, S., Dávalos, A., Font-Mayolas, S., Berenguer-Poblet, M., Sauras-Colón, E., López-Pablo, C., . . . Suñer-Soler, R. (2020). Coping Strategies, Quality of Life, and Neurological Outcome in Patients Treated with Mechanical Thrombectomy after an Acute Ischemic Stroke. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176014>
- Reverté-Villarroya, S., Font-Mayolas, S., Dávalos-Errando, A., Sauras-Colón, E., Tortosa-Altet, R., & Suñer-Soler, R. (2021). Neuropsychiatric disorders and emotional coping strategies in post-stroke patients. A longitudinal study. *Revista de neurologia*, 73(4), 130–134. <https://doi.org/10.33588/rn.7304.2020332>
- Rijsbergen, M. W., Mark, R. E., Kop, R. E., Kort, P. L., & Sitskoorn, M. M. (2020). Course and Predictors of Subjective Cognitive Complaints During the First 12 Months after Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 29(3). <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.104588>
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Santarnechi, E., Sprugnoli, G., Tatti, E., Mencarelli, L., Neri, F., Momi, D., . . . Rossi, A. (2018). Brain functional connectivity correlates of coping styles. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 18, 495-508. <https://doi.org/10.3758/s13415-018-0583-7>
- Segerstrom, S. C., & Smith, G. T. (2019). Personality and Coping: Individual Differences in Responses to Emotion. *Annual Review of Psychology*, 70, 651-671. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102917>
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Dia Nacional do Doente com AVC*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/03/31/dia-nacional-do-doente-com-avc-8/>
- Shiozawa, M., Kaneko, H., Itoh, H., Morita, K., Okada, A., Matsuoka, S., . . . Komuro, I. (2021). Association of Body Mass Index with Ischemic and Hemorrhagic Stroke. *Nutrients*, 13(7). <https://doi.org/10.3390/nu13072343>
- Silva, R. A., Horta, B. L., Pontes, L. M., Faria, A. D., Souza, L. D., Cruzeiro, A. L., & Pinheiro, R. T. (2007). Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública - CAD Saude Publica*, 23(5), pp. 1113-1118. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000500013>
- Siqueira, M. M., & Padovam, V. A. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2016). Tudo o o que precisa de saber sobre o Acidente Vascular Cerebral. https://static.lvengine.net/spavc2013/Imgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas_url.pdf
- Sousa, A. R., Santana, T. d., Moreira, W. C., Sousa, Á. F., Carvalho, E. S., & Craveiro, I. (2020). Emoções e estratégias de coping de homens à pandemia da COVID-19 no Brasil. *Texto & Contexto Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0248>
- Stallman, H. M. (2020). Health theory of coping. *The Australian Psychological Society*, 55, 295-306. <https://doi.org/10.1111/ap.12465>
- Torregosa, M. B., Sada, R., & Perez, I. (2018). Dealing with stroke: Perspectives from stroke survivors and stroke caregivers from an underserved Hispanic community. *Nursing & Health Sciences*, 20(3), 361-369. <https://doi.org/10.1111/nhs.12414>

- Trudel-Fitzgerald, C., Millstein, R. A., Hippel, C. v., Howe, C. J., Tomasso, L. P., & VanderWeele, T. J. (2019). Psychological well-being as part of the public health debate? Insight into dimensions, interventions, and policy. *BMC Public Health*, *19*, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8029-x>
- Wang, X., Shang, S., Yang, H., Ai, H., Wang, Y., Chang, S., . . . Jiang, X. (2019). Associations of psychological distress with positive psychological variables and activities of daily living among stroke patients: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, *19*, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2368-0>
- World Health Organization. (1948). Constitution World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *The top 10 causes of death*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>.
- Yu, H., Li, M., Li, Z., Xiang, W., Yuan, Y., Liu, Y., . . . Xiong, Z. (2020). Coping style, social support and psychological distress in the general Chinese population in the early stages of the COVID-19 epidemic. *BMC Psychiatry*, *426*, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02826-3>

ANEXOS

Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética do CHTV



A CA
Blu M
9.12.21

Dr. Eduardo Melo
(Diretor Clínico)

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

DELIBERAÇÃO

N/ Referência	11/19/11/2021
Designação	Pedido de autorização para realização de um estudo subordinado ao tema: "Coping e bem estar psicológico em vitimas de Acidente Vascular cerebral" alunas de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde DPE-UBI e Docentes do Departamento de psicologia e Educação- UBI
Investigador (a) Principal	Carolina Mateus Santos (Equipa: Paula Carvalho; Manuel Loureiro; Patrícia Conceição)
Data do documento	09/11/2021
Data de Entrada na CES	09/11/2021
Data da Deliberação na CES	19/11/2021

Analisando o pedido de autorização para realização de um projeto de investigação subordinado ao tema: "Coping e bem estar psicológico em vitimas de Acidente Vascular cerebral ", esta CES deliberou nada a opor

Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 19/11/2021

Presidente: Dra. Maria Helena Ruivo Solheiro

Vice-Presidente: Dra. Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade

Vogal: Dra. Cristina Isabel Santos Guerreiro Madeira

Vogal: Enf. António Jaime Pereira Pinto Fernandes

Vogal: Dr. Fernando José Andrade Ferreira Almeida

Vogal: Dra. Celeste Maria Barrigas do Nascimento

Vogal: Dra. Ana Maria Pinto Costa

Assinatura
Reunião: 05/12/21

CONSELHO
ADMINISTRAÇÃO

Presidente
(Nuno Duarte)

Vogal Executivo
(Sandra Gil)

Vogal Executivo
(Mafalda Guiné)

Diretor Clínico
(Eduardo Melo)

Enfermeira Diretora
(José L. Gomes)

Anexo 2: Parecer da Comissão de Ética da ULSCB



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Unidade Local de Saúde
Castelo Branco, EPE

Comissão de Ética da ULS de Castelo Branco

Exma. Senhora

Patricia Alexandra Conceição

Sua Referência	Sua comunicação	Nº Ofício - Data
		08/11/2021

Assunto	
	Pedido de parecer para a realização do estudo "Qualidade de vida e sintomas psicopatológicos numa amostra de pessoas após acidente vascular cerebral?"

Na resposta indicar a mesma referência. Em cada ofício tratar apenas um assunto.

Para conhecimento e devidos efeitos, junto se anexa cópia do parecer da Comissão de Ética da ULSCB, EPE, datado de 21 de janeiro de 2022, e homologado pelo Conselho de Administração da ULSCB, E.P.E, no dia 4 de fevereiro de 2022.

Com os melhores cumprimentos,

O Serviço de Investigação, Formação e Ensino da ULSCB, EPE

O Gabinete de Comissões Técnicas da ULSCB, EPE

SIFE - ULSCB
Coordonadora Técnica

Dra. Maria Helena Lopes

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
Avenida Pedro Álvares Cabral, 6000-085 Castelo Branco
Telefone 272 000 272 • Fax 272 000 257 • Internet www.ulsqb.min-saude.pt • Email ces@ulsqb.min-saude.pt

ULSCB-MOD.24.03

Documento: Submissão de pedido de parecer para realização de estudo para realização da Tese de Mestrado

Assunto: Pedido de parecer para a realização do estudo "Qualidade de Vida e Sintomas Psicopatológicos numa amostra de pessoas após Acidente Vascular Cerebral"

Requerente: Patrícia Alexandra Silva da Conceição

Título: "Qualidade de Vida e Sintomas Psicopatológicos numa amostra de pessoas após Acidente Vascular Cerebral" que tem como objectivo avallar os níveis de qualidade de vida e sintomas psicopatológicos numa amostra de pessoas após Acidente Vascular Cerebral

Investigador: Patrícia Alexandra Silva da Conceição (investigador principal)

Co- Investigador: Prof^a Dr.^a Paula Carvalho e Prof. Dr. Jorge Gama

População do Estudo: Diagnóstico clínico de Acidente Vascular Cerebral com idade superior a 18 anos

Serviço onde decorre o estudo: Unidade de Psicologia e Unidade de AVC

Data do pedido: Datado no HAL a 08-11-2021

A Comissão de Ética da ULSCB, EPE, concorda com a aplicação do referido estudo desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação sejam respeitados.

ULS de Castelo Branco, E.P.E., 21 de janeiro de 2022

A Comissão de Ética

