

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
RAQUEL JANYNE DE LIMA**

**RESILIÊNCIA EM INDIVÍDUOS COM SEQUELAS DE ACIDENTE  
VASCULAR ENCEFÁLICO**

**JOÃO PESSOA**

**2017**

**RAQUEL JANYNE DE LIMA**

**RESILIÊNCIA EM INDIVÍDUOS COM SEQUELAS DE ACIDENTE  
VASCULAR ENCEFÁLICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/CCS/UFPB), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

**Área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

**Linha de pesquisa:** Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso.

**Projeto de pesquisa vinculado:** Cuidado ao adulto e idoso com doenças crônicas, incapacidades e deficiências.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa.

**JOÃO PESSOA**

**2017**

L732r Lima, Raquel Janyne de.  
Resiliência em indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico / Raquel Janyne de Lima.- João Pessoa, 2017.  
87 f. : il.-

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa.  
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1. Enfermagem. 2. Acidente Vascular Cerebral. 3. Resiliência Psicológica. 4. Reabilitação. 5. Apoio Social. 6. Atividades Cotidianas. I. Título.

UFPB/BC

CDU – 616-083(043)


**RAQUEL JANYNE DE LIMA**

**RESILIÊNCIA EM INDIVÍDUOS COM SEQUELAS DE ACIDENTE  
VASCULAR ENCEFÁLICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/CCS/UFPB), como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Enfermagem. **Área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Data de aprovação: 23 / 03 / 2017.

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa  
Universidade Federal da Paraíba – UFPB



---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Maria de Lourdes de Farias Pontes  
Universidade Federal da Paraíba – UFPB



---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega  
Universidade Federal da Paraíba – UFPB



---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Uthania de Mello França  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria das Graças Melo Fernandes (suplente)  
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

*Dedico este trabalho a todas as pessoas que sofreram AVE e que lutam diariamente para enfrentar os obstáculos da vida.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** pela minha vida, familiares, amigos, e por ter me guiado ao Mestrado, sempre fornecendo grandes oportunidades em minha formação profissional e pessoal.

A toda a minha família, principalmente à minha mãe **Janete Pereira**, a qual amo imensamente, que sempre me auxiliou em tudo que eu precisava, sempre fazendo de tudo por mim.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa**, pelas orientações, incentivos, amizade, carinho e enorme compreensão em toda esta caminhada.

Aos membros da banca: Prof.<sup>as</sup> Dr.<sup>as</sup> **Maria de Lourdes, Maria Miriam, Uthania de Mello e Maria das Graças**, por aceitarem o convite.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Maria Miriam Lima da Nóbrega**, pelas oportunidades fornecidas desde a época da Graduação, pela compreensão e carinho que tem comigo.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Fabíola de Araújo Leite Medeiros**, pela paciência e incentivo à pesquisa e ao Mestrado, desde a época da Graduação.

Às alunas de Iniciação Científica pelo auxílio durante a coleta de dados, em especial à **Cristina Lins e Gerlania Rodrigues**, que me ajudaram muito.

Aos amigos do Grupo de Pesquisa pela força, amizade e carinho, em especial a **Cláudia Jeane, Gerlania e Cristina**, com as quais eu mais tive contato e vínculo.

Aos **amigos verdadeiros e colegas do Mestrado** da turma de 2015, pelas risadas, momentos de estudo e pesquisa, preocupações compartilhadas e afeto.

Ao Prof. Dr. **João Agnaldo**, pela paciência, análise estatística dos dados e carinho.

Ao **CNPq**, pelo apoio financeiro fornecido por meio da bolsa que facilitou a minha vida e esta pesquisa.

Aos **Agentes Comunitários de Saúde, apoiadores e demais funcionários** que contribuíram positivamente durante a coleta de dados.

Aos fisioterapeutas **Tatjana, Rose, Laura e Artur**, que muito me auxiliaram na busca pelos participantes desta pesquisa e no decorrer da coleta.

E a todos os **indivíduos que possuem sequelas de AVE** e que participaram voluntariamente desta pesquisa.

Muito Obrigada!

“Aquilo que não nos mata, torna-nos mais fortes.”  
Friedrich Nietzsche

LIMA, R. J. **Resiliência em indivíduos com sequelas de Acidente Vascular Encefálico**. 2017. 87f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

## RESUMO

**Introdução:** As sequelas decorrentes do Acidente Vascular Encefálico ocasionam diversas limitações na funcionalidade, afetando o bem-estar biopsicossocial dos indivíduos, pois muitos se sentem inúteis por depender de outrem para a realização de atividades cotidianas. Familiares e profissionais devem fornecer apoio emocional, incentivando comportamentos que estimulem a resiliência para assim ser possível um melhor enfrentamento desta nova condição. **Objetivo:** Avaliar os níveis de resiliência de indivíduos que possuem sequelas de Acidente Vascular Encefálico no município de João Pessoa/PB. **Método:** Estudo exploratório, descritivo, transversal e quantitativo, realizado com 108 indivíduos com sequelas de Acidente Vascular Encefálico cadastrados nas Unidades de Saúde da Família do município. Os instrumentos foram: instrumento sociodemográfico e de saúde, Escala de Resiliência, Índice de Barthel e Escala de Apoio Social. Os dados foram analisados pelo *Statistical Package for Social Science versão 22.0*. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba sob o protocolo nº 0641/15 e CAEE: 51438115.9.0000.5188. Todos os aspectos éticos do Conselho Nacional de Saúde foram atendidos. **Resultados:** Observou-se prevalência de indivíduos com idade entre 66-80 anos ou mais, do sexo feminino, que moravam com familiares, possuíam cuidador e recebiam até 880 reais como renda mensal individual. A maioria apresentou resiliência moderada, seguido de baixa e alta. Houve predomínio de indivíduos dependentes leves, seguido de dependentes moderados para a realização das atividades diárias. A maioria dos participantes desta pesquisa apresentou apoio social satisfatório. Houve correlação significativa entre resiliência e: estado de saúde autorreferido, capacidade funcional e apoio social. **Conclusão:** Espera-se que esta pesquisa traga contribuições para os profissionais que atuam diretamente com vítimas de Acidente Vascular Encefálico, para que estas recebam uma assistência condizente com suas reais necessidades e especificidades, e com estímulos a comportamentos resilientes, principalmente na Estratégia de Saúde da Família.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Acidente Vascular Cerebral; Resiliência Psicológica; Reabilitação; Apoio social; Atividades Cotidianas.

LIMA, R. J. **Resilience in individuals with stroke sequelae**. 2017. 87 sheets. Dissertation (Master's degree in Nursing) – Postgraduate Program in Nursing – Center for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2017.

## ABSTRACT

**Introduction:** The consequences arising from stroke cause several limitations in the functionality, affecting the biopsychosocial well-being of individuals, since many feel worthless because they depend of others to perform daily activities. Family and professionals should provide emotional support, encouraging behaviors that stimulate resilience in order to be able to better cope with this new condition.

**Objective:** To evaluate the resilience levels of individuals with stroke sequelae in the municipality of João Pessoa/PB. **Method:** Exploratory, descriptive, cross-sectional and quantitative study, performed with 108 individuals with stroke sequelae registered in the Family Health Units of the municipality. The instruments were: socio-demographic and health instrument, Resilience Scale, Barthel Index and the Social Support Scale. The data were analyzed by the *Statistical Package for Social Science* version 22.0. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Paraíba under protocol n. 0641/15 and CAEE: 51438115.9.0000.5188. All ethical aspects of the National Health Council were attended. **Results:** Prevalence of participants aged 66-80 or over, women who lived with relatives, they had caregivers and received up to 880 reais as an individual monthly income. The majority presented moderate resilience, followed by low and high. There was a predominance of mild dependent individuals, followed by moderate dependents to perform daily activities. The majority of the participants of this research presented satisfactory social support. There was significant correlation between resilience and: self-reported health status, functional capacity and social support. **Conclusion:** It is hoped that this research will bring contributions for professionals who work directly with stroke victims, so that they receive appropriate assistance with their real needs and specificities, and with stimuli to resilient behaviors, especially in the Family Health Strategy.

**Key words:** Nursing; Stroke; Resilience; Rehabilitation; Social Support; Activities of Daily Living.

LIMA, R. J. **La resiliencia en personas con secuelas de accidente cerebrovascular.** 2017. 87f. La Tesis (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2017.

## RESUMEN

**Introducción:** Las consecuencias del accidente cerebrovascular causan diversas limitaciones en la funcionalidad, afectando el bienestar biopsicosocial de los individuos, ya que muchos se sienten inútiles por depender de otros para realizar las actividades diarias. Los familiares y profesionales deben proporcionar apoyo emocional, fomentando comportamientos que favorecen la resiliencia para ser posible afrontar mejor esta nueva condición. **Objetivo:** Evaluar los niveles de resiliencia de personas con secuelas de accidente cerebrovascular en João Pessoa/PB. **Método:** Estudio exploratorio, descriptivo, transversal, cuantitativo, realizado con 108 pacientes consecuelas del accidente cerebrovascular inscritos en Unidades Salud de la Familia del municipio. Los instrumentos fueron: instrumento sociodemográfico y de salud, Escala de Resiliencia, Índice de Barthel y Escala de Apoyo Social. Los datos fueron analizados utilizando *Statistical Package for Social Science* versión 22.0. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad Federal de Paraíba bajo protocolo n. 0641/15 y CAEE: 51438115.9.0000.5188. Todos los aspectos éticos del Consejo Nacional de Salud se han cumplido. **Resultados:** Se observó una prevalencia de individuos con edades entre 66-80 años, sexo femenino, viviendo con parientes, tenido cuidador and recibido hasta 880 reales como ingreso mensual individual. La mayoría tenía resiliencia moderada, seguido de baja y alta. Hubo un predominio de las personas dependientes leves, seguido de dependientes moderados para realización de las actividades diarias. La mayoría de los participantes tenía un apoyo social satisfactorio. Hubo una correlación significativa entre resiliencia y: estado de salud autonotificado, capacidad funcional y apoyo social. **Conclusión:** Se espera que esta investigación llevará contribuciones para los profesionales que trabajan directamente con víctimas de accidentes cerebrovasculares, de modo que reciban una asistencia apropiada con sus necesidades y especificidades reales, y estímulo para el comportamiento resiliente, principalmente en la Estrategia de Salud de la Familia.

**Palabras clave:** Enfermería; Accidente Cerebrovascular; Resiliencia Psicológica; Rehabilitación; Apoyo Social; Actividades Cotidianas.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	18
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	20
3.1	Acidente Vascular Encefálico e Capacidade Funcional	21
3.2	Acidente Vascular Encefálico e Resiliência	23
3.3	Acidente Vascular Encefálico e Apoio Social	25
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b>	27
4.1	Tipo de pesquisa	28
4.2	Considerações éticas	28
4.3	Local da pesquisa	29
4.4	População e amostra da pesquisa	30
4.5	Procedimentos de coleta de dados	31
4.6	Instrumentos de coleta de dados	32
4.7	Análise dos dados	34
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	35
5.1	Características sociodemográficas e de saúde dos indivíduos com sequelas de AVE	36
5.2	Resiliência em indivíduos com sequelas de AVE	40
5.3	Capacidade funcional dos indivíduos com sequelas de AVE	41
5.4	Apoio Social dos indivíduos com sequelas de AVE	43
5.5	Correlação entre Resiliência e características sociodemográficas e de saúde dos indivíduos com sequelas de AVE	43
5.6	Correlação entre Resiliência e Capacidade Funcional dos indivíduos com sequelas de AVE	45
5.7	Correlação entre Resiliência e Apoio Social dos indivíduos com sequelas de AVE	46
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	49
6.1	Características sociodemográficas e de saúde dos indivíduos com sequelas de AVE	50
6.2	Resiliência em indivíduos com sequelas de AVE	54
6.3	Capacidade funcional dos indivíduos com sequelas de AVE	56

6.4	Apoio Social dos indivíduos com sequelas de AVE	58
6.5	Correlação entre Resiliência e características sociodemográficas e de saúde dos indivíduos com sequelas de AVE	60
6.6	Correlação entre Resiliência e Capacidade Funcional dos indivíduos com sequelas de AVE	62
6.7	Correlação entre Resiliência e Apoio Social dos indivíduos com sequelas de AVE	63
	<b>CONCLUSÃO</b>	65
	<b>REFERÊNCIAS</b>	68
	<b>APÊNDICES</b>	77
	<b>Apêndice A</b>	78
	<b>Apêndice B</b>	79
	<b>Apêndice C</b>	80
	<b>Apêndice D</b>	81
	<b>ANEXOS</b>	82
	<b>Anexo A</b>	83
	<b>Anexo B</b>	84
	<b>Anexo C</b>	85
	<b>Anexo D</b>	87

## LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mapa conceitual do percurso metodológico da pesquisa, João Pessoa/PB, Brasil, 2016	29
Figura 2 -	Mapa perceptual da Análise de Correspondência do cruzamento entre Resiliência e Capacidade Funcional dos indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016	46
Figura 3 -	Mapa perceptual da Análise de Correspondência do cruzamento entre Resiliência e Apoio Social dos indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016	47

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Internações hospitalares por AVE em indivíduos residentes de João Pessoa na rede SUS, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.	31
Tabela 2 –	Características sociodemográficas dos indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.	36
Tabela 3 -	Características socioeconômicas dos indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.	37
Tabela 4 -	Características relacionadas à saúde dos indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.	38
Tabela 5 -	Fatores de risco para o AVE dos indivíduos com sequelas, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.	39
Tabela 6 -	Distribuição das sequelas avaliadas por respostas múltiplas e sua ocorrência nos indivíduos que sofreram AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.	40
Tabela 7 -	Resiliência em indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.	40
Tabela 8 –	Índice de Barthel dos indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.	41
Tabela 9 –	Itens do Índice de Barthel dos indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.	42
Tabela 10 –	Apoio Social em indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.	43
Tabela 11 -	Associação entre o perfil sociodemográfico e de saúde e os níveis de resiliência de indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.	44
Tabela 12 -	Análise de correspondência para o cruzamento das categorias das escalas de Resiliência e o Índice de Barthel.	45
Tabela 13 -	Análise de correspondência para o cruzamento das categorias das escalas de Resiliência e Apoio Social.	47
Tabela 14 -	Influência das escalas de Apoio social e de Índice de Barthel na classificação da resiliência em indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.	48

## 1 INTRODUÇÃO

---

Diversas condições, como a hereditariedade, fatores ambientais e fisiológicos, ocasionam doenças crônicas. Estas se caracterizam por surgirem lentamente, com duração longa ou ilimitada, podendo sofrer agudizações ou gerar incapacidades. Sua presença acarreta a necessidade de mudanças no estilo de vida do indivíduo e de um cuidado continuado que, nem sempre, resultam em cura (MENDES, 2012; BRASIL, 2013a).

Doenças crônicas fazem parte do conceito de condições crônicas, pois vão além da presença de uma patologia e incluem outras situações relacionadas à saúde, como o HIV/AIDS, a puericultura, o pré-natal, deficiências e outras que demandam atenção por parte dos serviços de saúde (MENDES, 2012; BRASIL, 2013a). Uma doença crônica pode ser resultante de uma doença aguda, a exemplo de traumas, como o Acidente Vascular Encefálico (AVE), que ocasionam sequelas nos indivíduos acometidos, exigindo dos profissionais da área da saúde um cuidado duradouro (MENDES, 2012).

O AVE é definido como uma alteração neurológica de início súbito, em que há interrupção do fluxo sanguíneo para uma área específica do cérebro, seja por um trombo ou hemorragia. Ele representa hoje, no Brasil, a principal causa de morte e incapacidades, com incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes e com índice de recorrência após 01 ano de 15,9%, aumentando os custos econômicos e gerando diversos impactos sociais. Segundo dados da *World Stroke Organization*, 01 (uma) em cada 06 (seis) pessoas terá algum AVE na vida (BRASIL, 2013b). No Brasil, entre janeiro a novembro de 2016, 136.277 pessoas foram internadas em decorrência deste agravo, estando a região Sudeste em 1º lugar e a Nordeste em 2º, com 28,96% do número de casos (DATASUS, 2016).

Essa situação gera um aumento da morbidade por AVE, representada por diversas sequelas, a exemplo de alterações físicas, auditivas, visuais e intelectuais. Diante disso, são necessárias medidas de prevenção e melhoria das ações voltadas para o tratamento e a reabilitação dos indivíduos que sofreram este evento. Busca-se, com essas medidas, aumentar a autonomia e independência para a realização das Atividades de Vida Diária (AVDs), prevenir agravos e evitar uma possível recidiva (BRASIL, 2013b), pois eventos agudos podem ser mais desastrosos do que os crônicos (PESCE et al., 2004).

Para o tratamento dos que sofreram AVE, são necessárias ações multiprofissional e interdisciplinar, conhecimentos neurocientíficos atualizados e um

cuidado global, envolvendo todas as dimensões do ser humano. A reabilitação não deve ser direcionada unicamente para os aspectos biológicos relacionados às funções motoras e visíveis do corpo, mas também aspectos psíquicos, sociais e emocionais devem ser levados em consideração. Para que ela seja efetiva, é imprescindível o fornecimento de apoio emocional por parte da equipe de saúde e familiares, com estímulo a comportamentos que promovam a resiliência dos indivíduos que sofreram AVE (BRASIL, 2013b).

Um indivíduo participará ativamente do seu tratamento e da prevenção de outras doenças ao vivenciar e superar uma situação estressante ou de risco que ocasione um comportamento resiliente. A resiliência não apresenta uma definição consensual, mas pode ser compreendida como uma capacidade que o indivíduo possui em se adaptar frente a situações de risco ou de vulnerabilidade, aceitando ou compreendendo a sua condição/doença e tornando-se mais forte psicossocialmente, transformando os fracassos em potencialidades (TAVARES et al., 2011; FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012). Alguns indivíduos que possuem doenças ou que vivenciam situações inesperadas conseguem enfrentar as adversidades do contexto no qual estão inseridos, ao contrário de outros. Isso pode ser justificado pela presença, ou não, da resiliência.

Ela não é uma característica nata, um atributo específico, mas sim uma predisposição individual construída ao longo do desenvolvimento, conforme fatores pessoais, sociais, culturais, de risco e de proteção, sendo um importante conceito no campo da promoção da saúde. Os fatores de risco, também chamados adversidades, constituem-se das mais diversas experiências negativas que um ser humano pode vivenciar, tais como: perda de um ente querido, pobreza, problemas familiares, violência e doenças (PESCE et al., 2004; PESCE et al., 2005; TAVARES et al., 2011; FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012).

Dentre os fatores de proteção estão: alta escolaridade, autoestima elevada, apoio social satisfatório e presença de relacionamento interpessoal. Porém, eles não eliminam a adversidade, mas fortalecem o indivíduo com o propósito de ele superar a situação ou pelo menos aprender a conviver com ela, em um ambiente não sadio, dando assim um ressignificado ao problema (PESCE et al., 2004; PESCE et al., 2005; TAVARES et al., 2011; FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012).

É importante que existam fatores de risco e de proteção para a resiliência ocorrer, contudo, alguns fatores de risco, como a desigualdade social, a pobreza e a

falta de acesso à saúde, precisam ser percebidos e trabalhados pelo Estado. Logo, a necessidade destes fatores não exclui a importância de políticas públicas voltadas para o combate dos mesmos (PESCE et al., 2004; TAVARES et al., 2011; FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012). Vale destacar a necessidade de haver um equilíbrio entre medidas protetivas e adversidades. Segundo Pesce et al. (2004, 2005), as adversidades podem representar percepções diferentes para cada ser humano. Por conseguinte, um determinado risco que para um indivíduo é considerado um problema, para outrem pode ser meramente um desafio. A quantidade de eventos de risco pode não influenciar a resiliência. Assim, a representatividade deste risco, sua natureza e intensidade devem ser analisadas.

Em 2011, uma revisão de literatura avaliou estudos brasileiros referentes a um dos fatores de proteção, o apoio social, cujas pesquisas demonstraram, sob unanimidade, a importância dele na promoção da saúde física e mental das pessoas, auxiliando-as no enfrentamento de diversas condições, como doenças crônicas e agudas e na vulnerabilidade social. A revisão também demonstrou a dificuldade em se conceituar o apoio social, já que o mesmo está inter-relacionado a outros conceitos, como rede social. Há um crescimento de pesquisas abordando esta temática, focalizando-a, principalmente, em condições de adoecimento da população (GONÇALVES et al., 2011). Apoio social pode ser entendido como recursos, sejam materiais, instrumentais e/ou afetivos, ofertados a um indivíduo em situações de necessidade, por alguém que lhe é próximo (GRIEP et al., 2005).

Os estudos abordando o apoio social relacionado à saúde, doença e cuidado, datam de 1950, e possuem como foco os eventos estressores de vida. Ele é fornecido por redes, a exemplo de igrejas e Organizações Não Governamentais (ONGs), como também por algum familiar ou amigo. Esse apoio é marcado por relações de reciprocidade e solidariedade entre grupos e está em constante transformação, moldando-se à situação econômica, política e social da atualidade (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

As pesquisas têm por finalidade produzir conhecimentos que interfiram positivamente no cuidado direcionado às pessoas que possuem carências previamente identificadas (PIRES, 2013). Assim, a Enfermagem, profissão que possui como essência o cuidado, deve buscar intervenções úteis por meio de estudos que contribuam para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que sofreram AVE, não abordando somente o biológico, como já mencionado, mas

também outras dimensões, a exemplo da psicológica, da qual a resiliência tem origem. Oliveira et al. (2013) enfatizam que para a Enfermagem prestar uma assistência adequada e direcionada a grupos específicos, ela precisa conhecer as reais necessidades do grupo e adequar o cuidado à realidade observada. Conforme Belancieri et al. (2010), a investigação da resiliência contribui para a criação de programas que a promovam, sendo possível construir sentidos, ações e superar/transformar a realidade.

Esta pesquisa justifica-se pela alta prevalência do AVE no mundo, pela inexistência de estudos brasileiros abordando a resiliência em pessoas com sequelas de AVE, e pelas consequências desta patologia representarem prejuízos biopsicossociais. Dentre algumas contribuições deste estudo, destacam-se: 1) sensibilização dos profissionais e discentes da área quanto à importância da resiliência na saúde do ser humano; 2) elaboração de políticas e programas que visem uma melhor assistência aos clientes com sequelas de AVE; 3) ampliação desta discussão em outras regiões do país.

Diante dos fatos enunciados, as questões norteadoras foram: Qual o nível de resiliência apresentado pelos indivíduos que possuem sequelas de Acidente Vascular Encefálico? Qual o nível de capacidade funcional dos mesmos? Qual o apoio social que eles recebem? E qual a relação entre resiliência e: apoio social, condições sociodemográficas e capacidade funcional?

## **2 OBJETIVOS**

---

## **2.1 Objetivo Geral**

- Avaliar os níveis de resiliência de indivíduos que possuem algum tipo de sequela decorrente de AVE no município de João Pessoa/PB, Brasil.

## **2.2 Objetivos Específicos**

- Verificar a capacidade funcional dos indivíduos com sequelas de AVE;
- Identificar os níveis de apoio social que os indivíduos com sequelas de AVE recebem;
- Correlacionar as características sociodemográficas e de saúde, a capacidade funcional e o apoio social com os níveis de resiliência dos indivíduos com sequelas de AVE.

## **3 REVISÃO DE LITERATURA**

---

### 3.1 Acidente Vascular Encefálico e Capacidade Funcional

O Acidente Vascular Encefálico é o principal distúrbio vascular cerebral. Nos Estados Unidos, representa a principal causa de incapacidade grave em longo prazo, atingindo 780.000 pessoas a cada ano. No Brasil, é a principal causa de morte em adultos, o que impõe algum grau de limitação a mais da metade dos acometidos (SMELTZER et al., 2012; CARVALHO et al., 2015). Nos últimos 07 anos (2010-2016), 695.521 pessoas foram internadas vítimas de AVE não especificado (hemorrágico ou isquêmico), com taxa de mortalidade de 16,18%. A região Sudeste apresentou-se em primeiro lugar em relação ao número de internações, com 304.306 casos. Já a Nordeste ficou em 2º lugar, com 188.459 casos (DATASUS, 2016).

Uma pesquisa desenvolvida no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de João Pessoa (SAMU), cujo objetivo foi levantar dados epidemiológicos sobre o AVE, identificou que os Distritos Sanitários III, IV e I da respectiva região apresentaram elevada incidência para o evento, nesta ordem. Este fato pode ser justificado pela presença elevada de pessoas idosas nesses distritos, já que os mesmos são formados por bairros antigos (CARVALHO et al., 2015).

O AVE é uma emergência médica evitável, conhecido popularmente como derrame. Ele ocorre quando há uma alteração da circulação sanguínea cerebral, ocasionando hipóxia e/ou necrose nas células da região. As manifestações clínicas e o prognóstico irão depender da localização do acidente (SMELTZER et al., 2012; CARVALHO et al., 2015). Ele é dividido em duas categorias principais: AVE isquêmico, em que ocorre uma interrupção do fluxo sanguíneo por um trombo ou êmbolo, representando a maioria dos casos (85%); e o hemorrágico, caracterizado pelo extravasamento sanguíneo no interior do cérebro, decorrente de uma hemorragia, rompimento de aneurisma ou malformação arteriovenosa (15%) (SMELTZER et al., 2012).

As manifestações clínicas compreendem uma ampla variedade de deficit neurológicos, e incluem: deficit do campo visual, motores, sensoriais, verbais, cognitivos e emocionais. Dentre os emocionais, estão a perda de autocontrole, a depressão, o isolamento, a falta de cooperação, o medo, a hostilidade e a raiva, podendo tornar o paciente frustrado durante a reabilitação, comprometendo-a.

Alterações emocionais podem ser explicadas pelo dano cerebral, com prejuízo do lobo frontal e/ou do sistema límbico, porém, muitas funções cognitivas e psicológicas podem ser recuperadas, já que nem todas as áreas cerebrais são igualmente danificadas e algumas permanecem intactas e mais funcionais que outras (SMELTZER et al., 2012; BRASIL, 2013b).

O AVE hemorrágico é menos frequente e mais grave que o isquêmico, apresentando uma letalidade maior; em contrapartida, possui um melhor prognóstico funcional durante a reabilitação. Vale destacar que quanto maior a gravidade da lesão, maior é a dependência para a realização das AVDs. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, o AVE ocorre 01 (uma) década mais cedo, possivelmente pelas condições de vida desfavoráveis vivenciadas pelos indivíduos destes países (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011).

Um estudo qualitativo realizado com 08 sobreviventes de AVE do interior do Nordeste Brasileiro, a fim de compreender os significados da experiência do evento, percebeu que dentre as suas consequências, destacavam-se: medo de morrer e de se tornar incapaz para o trabalho e para atividades simples de vida diária, a exemplo da alimentação (SILVA et al., 2016a). A avaliação funcional do indivíduo que sofreu AVE deve ser contextualizada e individualizada, levando em consideração as potencialidades de cada um, e não somente a incapacidade. Após 01 ano do evento, os indivíduos possuem maior perda na ocupação e na independência. O processo de reabilitação deve ser iniciado precocemente, tendo em vista a prevenção de sequelas e o retorno a atividades diárias e à comunidade, com consequente inclusão social (BRASIL, 2013b).

Assim, percebe-se que a reabilitação realizada por profissionais capacitados e em número suficiente é primordial para a melhoria da qualidade de vida após o evento. Portanto, cabe aos gestores uma maior conscientização para a implementação eficaz de programas de reabilitação contínua na comunidade.

A reabilitação é uma medida eficaz para o tratamento após o AVE, podendo tratar as sequelas de maneira parcial ou completa. As sequelas que mais se destacam são as motoras, cognitivas, emocionais e sociais, comprometendo a rotina diária dos indivíduos que se veem dependentes de outras pessoas, os cuidadores, para a realização de atividades básicas e/ou instrumentais de vida diária. Assim, uma grande parte dos que sofreram AVE apresenta algum tipo de incapacidade que

gera dependência, necessitando de auxílio para se locomover e/ou para realizar o autocuidado (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011).

Os pacientes que sofreram AVE necessitam dos mais variados tipos de cuidado, já que 30% a 40% deles possuem algum grau de dependência resultante de danos funcionais e psicológicos próprios da doença. Tendo em vista a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos, os profissionais da área necessitam criar métodos capazes de diminuir perdas e prevenir incapacidades, auxiliando e orientando-os na realização de atividades cotidianas. Concomitantemente, é imperativo destacar que os próprios pacientes devem também ser corresponsáveis pelo sucesso da reabilitação (MORAIS et al., 2015), destacando-se assim o empoderamento e a capacitação destes para a melhoria da própria funcionalidade (SILVA et al., 2016a).

Logo, a participação da equipe de enfermagem na avaliação funcional é indispensável, com conseqüente elaboração de um plano de cuidados individualizado para atender as necessidades prioritárias, de maneira integrada com outros profissionais, com destaque para os fisioterapeutas, que atuam bastante neste processo.

### **3.2 Acidente Vascular Encefálico e Resiliência**

Cada indivíduo age de modo singular diante de um processo patológico ou qualquer outra situação não esperada que ocasione desconforto, respondendo assim de diversas formas. Alguns conseguem seguir sua vida naturalmente, enfrentando o novo desafio que lhe é proposto, diferentemente de outros que não conseguem (TAVARES et al., 2011). Esse agir frente a situações de adversidade ou de estresse é denominado resiliência. Então, para um bom desempenho no processo de reabilitação, é necessário o seu fomento.

A palavra *resilio* é oriunda do latim e significa voltar ao estado anterior. Na Física, ela é traduzida como sinônimo de resistência, significando a capacidade que um objeto possui de retornar ao seu formato natural após um trauma. Nas Ciências Humanas e da Saúde, refere-se à capacidade que um indivíduo tem de enfrentar suas adversidades sem produção de danos à saúde. Vale enfatizar que não se deve

considerar um indivíduo resiliente, mas sim como alguém capaz de apresentar um comportamento resiliente, pois muitas vezes pode acontecer deste indivíduo ter a resiliência em uma determinada situação e não a ter em outra (SANTOS; BARRETO, 2014), por ela ser dinâmica.

A resiliência ainda é um tema incipiente que começou a ser estudado por psiquiatras e psicólogos no final de 1970 nos Estados Unidos e na Inglaterra, tendo como conceito amplo a capacidade de diferentes pessoas se superarem diante de uma mesma adversidade ou fator estressante. No Brasil, a temática ganhou força na década de 1990 com foco na área do desenvolvimento de crianças e adolescentes que viviam situações desvantajosas (pais alcoólicos, pobreza, psicopatologias parentais, etc.). A maioria dos estudos ainda aborda esta população. Atualmente, outras faixas etárias estão sendo investigadas, a exemplo de estudos direcionados a adultos e idosos. A resiliência é influenciada pela plasticidade e reserva cognitiva de cada indivíduo (ROSEMBERG et al., 2014; FONTES; NERI, 2015).

Para Reppold et al. (2012), a resiliência é um constructo que descreve a capacidade de um ser humano superar com sucesso determinada adversidade que compromete seu bem-estar e/ou saúde mental. O surgimento de pesquisas sobre a este tema deveu-se ao fato da presença de transtornos mentais em indivíduos que passaram por adversidades, em detrimento de pessoas que passaram por situações semelhantes e que não desenvolveram psicopatias, estresse ou outro dano. A exposição a fatores de risco, segundo estes autores, pode fortalecer a resiliência, tornando o indivíduo apto a vivências semelhantes no futuro.

Para entender mais sobre o conceito da resiliência, aspectos essenciais precisam ser considerados, tais como: características individuais, como os aspectos cognitivos e emocionais do ser humano; características do meio social e da base familiar, a adversidade enfrentada e a capacidade de adaptação. No entanto, ela não é vista meramente como uma forma de superação, mas também como medida provedora de saúde mental e emocional, diminuindo níveis de estresse, ansiedade ou raiva (LOPES; MARTINS, 2011). Para realizar pesquisas sobre esta temática é necessário que haja uma reflexão sobre a sociedade vigente e as políticas atuais, já que estes fatores também são primordiais para o fortalecimento deste constructo (COIMBRA; MORAIS, 2015).

Quando o indivíduo adquire resiliência, ele torna-se mais motivado para aceitar as limitações decorrentes da doença, seguir corretamente o tratamento,

adequar-se aos novos hábitos de saúde, aceitar a nova realidade e enfrentar as consequências físicas, sociais e emocionais impostas pela doença (BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016). Destarte, o indivíduo que sofreu AVE e que apresenta alguma seqüela, possuirá uma melhor qualidade vida e bem-estar se a resiliência for promovida e mantida. Assim, todos os envolvidos na reabilitação precisam promover estratégias que facilitem a resiliência.

Ainda de acordo com Coimbra e Morais (2015), não é válido somente identificar os resilientes. É essencial compreender o contexto deles e elaborar intervenções eficazes que atuem tanto neles quanto na sociedade e que auxiliem a promoção da resiliência e da autonomia. O papel do Estado na elaboração de políticas públicas é fundamental. Então, como pensar em fortalecimento da resiliência quando determinadas pessoas vivem em situação de extrema pobreza, faltando-lhe muitas vezes a comida. Assim, não se pode culpar o indivíduo por não ser resiliente em determinado contexto.

Conforme Fontes e Neri (2015), a partir de uma revisão de literatura acerca da temática na área da Gerontologia, a resiliência é multidimensional, complexa, não declina com a idade e envolve interações entre o indivíduo e o seu meio, com a presença de fatores de risco e de proteção. Com isso, é perceptível a sua dinâmica, não sendo uma característica nata nem tampouco fixa e de fácil determinação. Santos e Barreto (2014) afirmam que indivíduos que não conseguem desenvolver a resiliência em situações de risco, são considerados vulneráveis, podendo, futuramente, apresentar comprometimento da saúde, a exemplo de doenças físicas e/ou mentais.

### **3.3 Acidente Vascular Encefálico e Apoio Social**

Indivíduos com seqüelas de AVE e com incapacidade funcional têm comprometimento na qualidade de vida. Porém, os que não apresentam um grave comprometimento físico ou que são independentes também podem não possuir uma boa qualidade de vida pela existência de comprometimentos psicossociais, no lazer e no retorno ao trabalho, que não são medidos por escalas de funcionalidade (FROES et al., 2011). Assim, a qualidade de vida está relacionada a diversos outros

fatores, tais como distúrbios psiquiátricos, a exemplo da depressão, e o apoio social recebido no ambiente familiar e comunitário.

Pedro, Rocha e Nascimento (2008) relataram que o apoio social não possui um conceito delimitado, sendo complexo e temporal, variando de acordo com o curso da vida e envolvendo relações humanas de reciprocidade que auxiliam no afastamento de problemas. Martin (2012) afirma que a ausência de um conceito pré-estabelecido justifica-se pela inexistência de um estudo teórico mais profundo sobre o apoio.

É importante diferenciar apoiode rede social. Esta última é entendida como um ambiente, uma instituição, como igrejas e hospitais, que fornecem apoio social. Esses conceitos podem confundir, sendo necessária uma leitura acurada e o desenvolvimento de pesquisas específicas sobre o tema (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008). Canesqui e Barsaglini (2012) definem redes de apoio social como teias de relações impostas por uma instituição que nem sempre fornece o apoio de maneira afetiva ou por vínculos.

O apoio social pode ser fornecido mediante uma pessoa ou grupo, por meio de informações, materiais, afetos e outras atitudes que provocam comportamentos positivos tanto no indivíduo que fornece o apoio quanto no que recebe. É necessário enfatizar a importância da família enquanto principal provedora de apoio, sendo caracterizada pelos diversos arranjos existentes (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012). Atualmente, o fornecimento de apoio pode estar prejudicado em decorrência do individualismo cada vez mais presente na sociedade (MARTIN, 2012), que limita as relações interpessoais e o desenvolvimento pessoal e coletivo positivo.

O apoio social elevado está intimamente relacionado à promoção da saúde, melhor qualidade de vida e menor vulnerabilidade frente a diversas doenças. Pessoas que carecem de apoio tendem a tornarem-se depressivas, com maiores níveis de estresse e com chances de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis, principalmente se possuir idade mais avançada (ALEXANDRINO-SILVA et al., 2011; CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

Deste modo, o apoio social é considerado um fator de proteção chave para o desenvolvimento da resiliência. Coimbra e Morais (2015) afirmam que os resilientes por conta do apoio recebido e da participação em diversas práticas culturais também representam um fator de proteção para outros que vivenciam a mesma adversidade e que ainda estão em formação de processos resilientes.

## **4 MÉTODO**

---

#### **4.1 Tipo de Pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, transversal e quantitativa. As pesquisas exploratórias investigam fatos pouco explorados, tentando torná-los explícitos, esclarecendo-os, identificando o que os influencia e com quais variáveis se relacionam, procurando analisar dimensões mais amplas. As descritivas têm como propósito descrever características de uma determinada população ou fenômeno, buscam-se frequências, características, relação e associação entre variáveis (NETO, 2012).

Um estudo transversal pertence à dimensão epidemiológica e objetiva determinar uma doença ou condição relacionada à saúde. Caracteriza-se como uma pesquisa que analisa um fato em determinado tempo e espaço, em que todos os parâmetros são analisados em um mesmo momento histórico (BORDALO, 2006). A abordagem quantitativa foi escolhida devido à utilização de instrumentos capazes de mensurar determinadas variáveis que podem ser trabalhadas estatisticamente a partir de uma amostra (NETO, 2012).

#### **4.2 Considerações éticas**

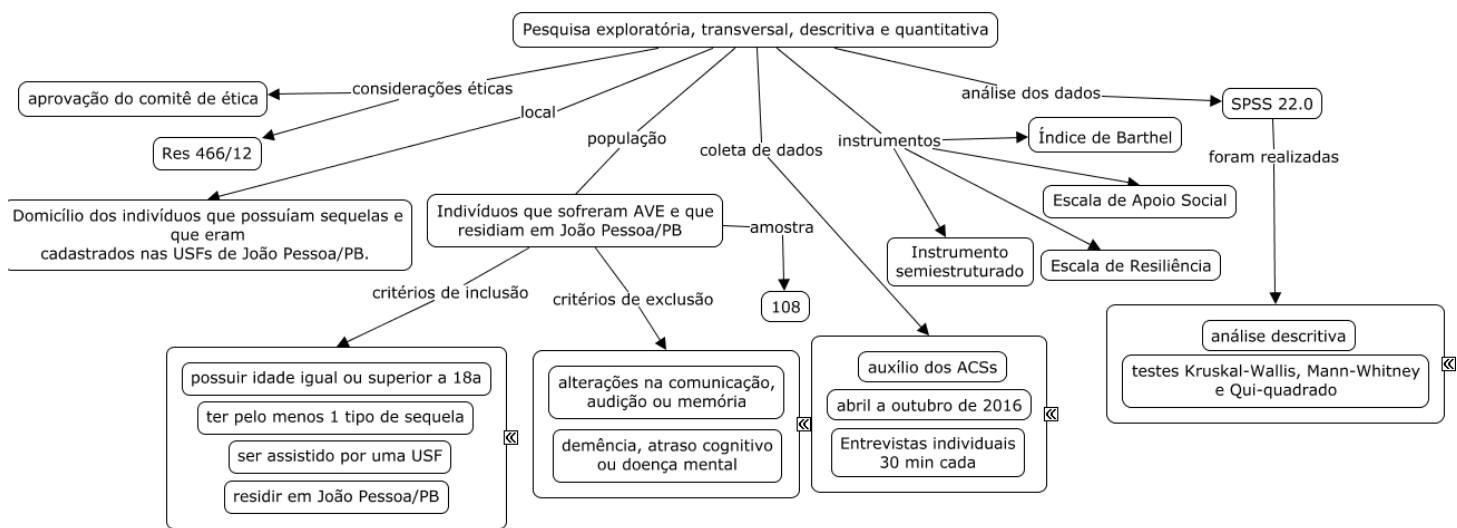
A pesquisa foi desenvolvida conforme os aspectos éticos que envolvem seres humanos, preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com total responsabilidade, sendo preservado o anonimato dos participantes e garantindo-lhes o direito a se recusarem de participar da pesquisa em qualquer momento de sua realização (BRASIL, 2012).

Houve aprovação prévia pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB), sob o protocolo nº. 0641/15 e CAEE: 51438115.9.0000.5188. A Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB também autorizou esta pesquisa. Os participantes foram informados dos objetivos dela, bem como de seus possíveis riscos, benefícios e confidencialidade, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE) (Apêndice A). Os profissionais que realizaram a validação de face de um dos instrumentos utilizados também assinaram um TCLE (Apêndice D).

Esta pesquisa apresentou riscos mínimos aos indivíduos com sequelas de AVE, a exemplo de: constrangimento durante a realização das perguntas, riscos emocionais ou psicológicos ao abordar a referida temática e desconforto devido ao tempo necessário para a coleta dos dados.

Figura 1 – Mapa conceitual do percurso metodológico da pesquisa, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.



Fonte: Pesquisa Direta, 2016.

### 4.3 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no domicílio de indivíduos que possuíam sequelas de AVE e que eram cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de João Pessoa, entre abril a outubro de 2016. Dentre os entrevistados, 04 residiam em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos coberta por uma USF.

João Pessoa é a capital do Estado da Paraíba, região Nordeste do Brasil, com população estimada em 801.718 habitantes (IBGE, 2016). A assistência à saúde neste município é ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em seus diversos níveis de atenção. Existem 05 (cinco) Distritos Sanitários (DS), a fim de

organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e assim aperfeiçoar os recursos e atender toda a população.

A RAS constitui os sistemas/serviços de saúde que utilizam as mais diversas tecnologias e que estão organizados em teias, visando garantir um cuidado integral. Ela possui como centro do cuidado a Atenção Básica, e é caracterizada pela assistência multiprofissional, atenção contínua e horizontalidade dos serviços (BRASIL, 2010) em substituição da antiga hierarquia dos níveis de atenção.

Cada DS é responsável pela organização de: USFs, Unidades Básicas de Saúde, SAMU, Unidades de Pronto Atendimento, Academias de Saúde, Consultório na Rua, Serviço de Atendimento Domiciliar, Centros de Atenção Psicossocial, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Centros de Atenção Integral à Saúde, Centro de Testagem e Aconselhamento, Laboratório Central, maternidade, hospitais, Centros de Especialidades Odontológicas, Centro de Referência de Inclusão para Pessoas com Deficiência e Núcleo de Portadores de Necessidades Especiais (JOÃO PESSOA, 2015).

No município existem diversas USFs, totalizando 194 Equipes de Saúde da Família (ESFs). Algumas ESFs foram sorteadas para atingir a amostra da pesquisa, abrangendo todos os distritos sanitários. Ao final, entrou-se em contato com 51 ESFs para realizar a coleta dos dados.

#### **4.4 População e amostra da pesquisa**

A população do estudo foi composta por indivíduos que sofreram AVE e que residiam em João Pessoa/PB. A amostra foi calculada a partir do total de internações dos últimos seis meses anteriores à coleta, na rede hospitalar do SUS do referido município, conforme informações do Departamento de Informática (DATASUS, 2016) (Tabela 1).

Tabela 1 – Internações hospitalares por AVE em indivíduos residentes de João Pessoa na rede SUS, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.

<b>Período</b>	<b>Número de internações por AVE não especificado (hemorrágico ou isquêmico)</b>
Out./15	29
Nov./15	40
Dez./15	24
Jan./16	19
Fev./16	16
Mar./16	21
Total	149

Fonte: DATASUS, 2016.

Considerando um total de 149 internações hospitalares durante os últimos seis meses anteriores à coleta, com intervalo de confiança de 95% ( $\alpha=0,05$ , que fornece  $Z_{0,05/2}=1,96$ ), prevalência estimada de 50% ( $p=0,50$ ) e margem de erro de 5% ( $\text{Erro}=0,05$ ), o tamanho da amostra mínima foi de 108 indivíduos vítimas de AVE.

Os critérios de inclusão foram: possuir idade igual ou superior a 18 anos, residir em João Pessoa/PB, ser assistido por uma USF e ter pelo menos 1 tipo de sequela proveniente do AVE relatada pelo próprio paciente ou cuidador. Os critérios de exclusão foram: apresentar alguma demência, atraso cognitivo ou doença mental já diagnosticada e, como sequelas do AVE, alterações na comunicação (afasia, disartria, dispraxia), na audição ou memória relatadas por um familiar ou cuidador, já que estas condições poderiam comprometer a coleta dos dados.

#### **4.5 Procedimentos de coleta de dados**

Entrou-se em contato com os Distritos Sanitários do município para liberação da pesquisa e identificação, em conjunto com as USFs sorteadas aleatoriamente, dos usuários que possuíam sequelas de AVE. Após a fase de identificação, as visitas foram agendadas com os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), em horário de funcionamento das unidades. A coleta de dados foi realizada no domicílio dos indivíduos, com acompanhamento dos ACSs. Dos participantes do estudo, 04 residiam em uma ILPI. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, em apenas 01 (um) encontro cada, com duração média de 30

minutos e com auxílio de instrumentos capazes de alcançar os objetivos pré-estabelecidos nesta pesquisa.

#### **4.6 Instrumentos de coleta de dados**

Foi utilizado um instrumento semiestruturado (Apêndice B) para obtenção das características sociodemográficas e de saúde dos participantes do estudo. Ele foi elaborado a partir de outros modelos e da literatura pertinente e passou por uma validação de face para possíveis correções e adaptações.

A validação de face/rostro (*face validity*) é um subtipo da validação de conteúdo, utilizada basicamente quando se pretende verificar a adequabilidade do instrumento em medir o que lhe é proposto (CUBAS; NÓBREGA, 2015). Ela foi realizada por 03 doutorandas e docentes em Enfermagem, pertencentes ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Federal da Paraíba (GEPsAI/UFPB). Cada doutoranda sugeriu adaptações para a melhoria do instrumento, e todas as correções foram atendidas. Uma carta convite (Apêndice C) e o TCLE (Apêndice D) foram enviados por e-mail para as pesquisadoras, informando os detalhes deste estudo.

O instrumento sociodemográfico e de saúde foi dividido em 3 (três) tópicos: 1) Identificação do indivíduo, com perguntas referentes ao sexo, idade, escolaridade, presença de cuidador, renda familiar, religião, e outras; 2) Hábitos de vida e situação de saúde, com perguntas abrangendo uso de cigarros, bebidas alcoólicas, percepção da própria saúde e comorbidades autorreferidas; e 3) Características referentes ao AVE, como data do último episódio, tipo de AVE e de sequela, presença de fatores de risco para outro evento, realização de tratamento fisioterapêutico.

O instrumento utilizado para mensurar a resiliência foi a escala desenvolvida por Wagnild & Young no ano de 1993, adaptada e validada para o Brasil por Pesce e colaboradores em 2005 (Anexo A). Esta escala possui 25 itens em que as respostas variam de 01 (discordo totalmente) a 07 (concordo totalmente). Os resultados finais oscilam de 25 a 175 pontos, e são considerados altos os valores de resiliência quando a pontuação é igual ou superior a 147 pontos. Neste estudo, optou-se por

classificar a escala nos seguintes escores: Até 111 (Quartil 01): resiliência baixa; de 112 a 146: resiliência moderada; e maior que 147: resiliência alta.

A escolha desta escala justifica-se pelo fato de ser de fácil aplicação, possuir componentes imprescindíveis, como serenidade e autoconfiança, ser gratuita e, de acordo com uma revisão de literatura realizada por Fontes e Neri (2015), ser a mais utilizada em pesquisas brasileiras, totalizando 54,5% dos estudos encontrados (WAGNILD; YOUNG, 1993; PESCE et al., 2005; FONTES; NERI, 2015). Vale salientar que esta escala não é considerada um teste psicológico, ou seja, não é de uso privativo de psicólogos, sendo então utilizada em estudos científicos. Por conseguinte, esta pesquisa não interfere em atividades de outra profissão, conforme pesquisado no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2016).

O instrumento utilizado para avaliar a capacidade funcional foi o Índice de Barthel (Anexo B) por ser abrangente, de fácil aplicação, já validado no Brasil e o mais utilizado mundialmente para avaliar as AVDs. Este instrumento objetiva identificar o nível de cuidados requeridos por um indivíduo que apresenta algum tipo de incapacidade. Ele avalia 10 itens referentes à: controle de esfínteres intestinal, vesical, capacidade para realizar a higiene pessoal, usar o banheiro, alimentar-se, transferir-se da cadeira para a cama, caminhar, vestir-se, subir escadas e tomar banho. Os escores variam de 0 a 20, assim distribuídos: 0 a 04 (dependente muito grave), 05 a 09 (dependente grave), 10 a 14 (dependente moderado), 15 a 19 (dependente leve) e 20 (independente) (MINOSSO et al., 2010).

Para a avaliação do Apoio Social foi utilizada a escala elaborada por Sherbourne e Stewart do *Medical Outcomes Study*, adaptada para a realidade brasileira e validada por Griep et al. (2005) (Anexo C). Ela foi escolhida por possuir um bom nível de confiabilidade, facilidade no entendimento e na aplicação. É composta por 05 dimensões com 19 perguntas em sua totalidade. Há 05 respostas para cada pergunta: 01 (nunca), 02 (raramente), 03 (às vezes), 04 (quase sempre) e 05 (sempre) (GRIEP et al., 2005). De acordo com uma revisão literária, 45% dos estudos brasileiros que abordam este assunto utilizaram esta escala para medir o apoio social, sendo assim a mais utilizada em nosso país (GONÇALVES et al., 2011).

#### 4.7 Análise dos dados

Os dados foram precodificados por meio de números, visando facilitar a sua análise, tabulados e organizados em planilha do programa *Microsoft Office Excel 2007*. Posteriormente, eles foram analisados estatisticamente por meio do programa *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 22.0.

Análise descritiva e exploratória dos dados foi realizada por meio do teste Qui-quadrado para verificar a frequência das variáveis pesquisadas. Os níveis de resiliência foram associados a algumas variáveis das características sociodemográficas e de saúde, aos escores do apoio social e da capacidade funcional para atingir os objetivos pré-estabelecidos nesta pesquisa por meio dos testes Kruskal-Wallis e Mann-Whitney.

O Índice de Barthel foi analisado detalhadamente. Cada item do instrumento apresentou uma pontuação específica, refletindo sua contribuição para o escore total. Os pontos foram calculados multiplicando-se as respostas possíveis de cada item pelas suas respectivas frequências:

$$T_k = \sum_{i=0}^3 if_i, \quad k = 1, \dots, 10.$$

Onde  $k$  = item;  $i = 0, 1, 2, 3$  (respostas possíveis de cada item) e  $f_i$  a frequência de cada  $i$ . A coluna dos percentuais foi calculada com a expressão:

$$\%T_k = \frac{100 \times T_k}{\sum_{k=1}^{10} T_k}, \text{ Onde } \sum_{k=1}^{10} T_k = 1319 \text{ e } \%T_1 = 183 \times 100 / 1319 = 13,9.$$

## **5 RESULTADOS**

---

## 5.1 Características sociodemográficas e de saúde dos indivíduos com sequelas de AVE.

Nesta pesquisa, conforme demonstrado na tabela 2, houve prevalência de indivíduos com idade entre 66-80 anos ou mais (59,2%), constituindo uma porcentagem predominantemente idosa. O sexo mais prevalente foi o feminino (57,4%). A maioria dos entrevistados morava com familiares (86,1%), possuía cuidador (76,6%), este era um membro da família (91,5%) e a quantidade de cuidadores era de apenas 1 (um) (57,8%). A religião de maior predomínio foi a católica (65,7%), o estado civil foi casado ou união estável (47,2%) e a escolaridade de 1 a 8 anos de estudo (44,4%).

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016. (n=108)

Variável	Categoria	n	%
Faixa etária	18-42 anos	02	01,8
	43-55 anos	14	13,0
	56-65 anos	28	25,9
	66-80 anos	43	39,8
	80 anos ou mais	21	19,4
Sexo	Feminino	62	57,4
	Masculino	46	42,6
Com quem mora	Sozinho	08	07,4
	Familiares	93	86,1
	Amigos	03	02,8
	ILPI*	04	03,7
Presença de Cuidador	Sim	82	76,6
	Não	25	23,4
Tipo de cuidador principal	Filho	32	39,1
	Cônjuge	28	34,1
	Formal	07	08,5
	Outro familiar	15	18,3
Quantidade de Cuidadores	Um	37	57,8
	Dois	23	35,9
	Três	04	06,3

Variável	Categoria	n	%
Religião	Católica	71	65,7
	Evangélica	23	21,3
	Espírita	04	03,7
	Umbandista	01	00,9
	Ateu	01	00,9
	Não tem religião	08	07,4
Estado civil	Solteiro	28	25,9
	Casado ou união estável	51	47,2
	Viúvo	20	18,5
	Divorciado	09	08,3
Escolaridade	Analfabeto	21	19,5
	Alfabetizado	13	12,0
	1 - 4 anos de estudo	24	22,2
	5 - 8 anos de estudo	24	22,2
	9 - 11 anos de estudo	12	11,1
	12 anos ou mais	14	13,0

\*ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Em relação às características econômicas, observa-se na Tabela 3 que 48,6% dos entrevistados recebiam até 880 reais como renda mensal individual, proveniente da aposentadoria (69,2%), e de 881,00-1.760,00 reais mensais como renda total da família (de todos os familiares que moravam com o participante do estudo) (25,3%). A maioria dos entrevistados afirmou que a renda principal da casa era a dele (63,9%) e que ela não era suficiente para os cuidados com a casa e com ele próprio (57,9%).

Tabela 3 - Características socioeconômicas dos indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016. (n=108)

Variável	Categoria	n	%
Renda individual	Até 880 reais*	52	48,6
	881 - 1760,00 reais	36	33,6
	1761,00 - 2640,00 reais	05	04,7
	2641,00 - 3520,00 reais	07	06,5
	3521,00 - 4400,00 reais	03	02,8
	Mais de 4401,00 reais	03	02,8
	Não tem	01	00,9
Renda familiar	Até 880,00 reais	09	08,4
	881,00 - 1760,00 reais	27	25,3
	1761,00 - 2640,00 reais	24	22,4
	3521,00 - 4400,00 reais	13	12,1

	Mais de 4401,00 reais	11	10,3
	Não tem	07	06,5
	Não sabe	05	04,7
Fonte da renda	Aposentadoria	74	69,2
	Pensão	14	13,1
	Aluguel	03	02,8
	Trabalho próprio	01	00,9
	Doação	14	13,1
	Outras	01	00,9
Renda suficiente	Sim	45	42,1
	Não	62	57,9
Renda principal da casa	Entrevistado	69	63,9
	Familiar	34	31,5
	Outra pessoa	04	03,7
	Não tem	01	00,9

\*880,00 reais: salário mínimo do Brasil, ano de 2016.

Dos participantes desta pesquisa, 86,1% relataram que não fazem uso de cigarro; 91,5% não ingerem bebidas alcoólicas; 83,2% não praticam atividade física; 61,7% não participam de atividades de lazer; 60,2% percebem a própria saúde como regular; 77,8% sofreram o evento há mais de 01 (um) ano; 70,4% sofreram apenas 1 AVE durante a vida; 50,0% não sabem a classificação do AVE que sofreu; 60,2% usam algum dispositivo para auxiliar na locomoção (cadeira de rodas, bengala, por exemplo) e 79,6% realizaram fisioterapia após o evento (Tabela 4).

Tabela 4 - Características relacionadas à saúde dos indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016. (n=108)

Variável	Categoria	n	%
Fuma	Sim	15	13,9
	Não	93	86,1
Bebe	Sim	09	08,5
	Não	97	91,5
Atividade Física	Sim	18	16,8
	Não	89	83,2
Lazer	Sim	41	38,3
	Não	66	61,7

Variável	Categoria	n	%
Estado de saúde autorreferido	Ruim	21	19,4
	Regular	65	60,2
	Ótimo	16	14,8
	Excelente	06	05,6
Último AVE	1 a 6 meses	13	12,0
	6 a 12 meses	11	10,2
	Mais de 1 ano	84	77,8
Quantidade de AVE	1	76	70,4
	2	27	25,0
	3	01	00,9
	4	01	00,9
	5 ou mais	03	02,8
Tipo do último AVE	Hemorrágico	19	17,6
	Isquêmico	35	32,4
	Não sabe	54	50,0
Uso de dispositivo	Sim	65	60,2
	Não	43	39,8
Fez/faz fisioterapia	Sim	86	79,6
	Não	22	20,4

Dentre os fatores de risco para o AVE destacam-se, em ordem decrescente: a idade maior que 55 anos (86,1%), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (76,9%) e o Diabetes Mellitus (DM) (43,5%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Fatores de risco para o AVE dos indivíduos com sequelas, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.

Fatores	Respostas	% Fatores	% Pacientes com fatores
Idade maior que 55 anos	93	26,1	86,1
Raça negra	16	04,5	14,8
Cardiopatía	16	04,5	14,8
Histórico de IAM	16	04,5	14,8
Hipercolesterolemia	26	07,3	24,1
Tabagismo	15	04,2	13,9
Sexo Masculino	46	12,4	40,7
HAS	83	23,3	76,9
DM	47	13,2	43,5
TOTAL	356	100,0	-

Em relação às sequelas, há duas informações importantes: a primeira é que cada participante da pesquisa pôde informar mais de uma sequela (respostas múltiplas, pois há um total de 188); e a segunda, a ocorrência de cada tipo de sequela por participantes. Estas duas informações são apresentadas na tabela 6. Assim, as sequelas mais freqüentes são: alteração motora (37,2%) e fraqueza muscular (36,8%).

Tabela 6 – Distribuição das sequelas avaliadas por respostas múltiplas e sua ocorrência nos indivíduos que sofreram AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.

<b>Sequelas</b>	<b>Respostas</b>	<b>% Sequelas</b>	<b>% Pacientes com sequelas</b>
Alteração motora	70	37,2	66,7
Alteração visual	13	06,9	12,4
Déficit de sensibilidade	09	04,8	08,6
Fraqueza muscular	69	36,8	65,7
Disfagia	20	10,6	19,0
Paralisia facial	07	03,7	06,7
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

## 5.2 Resiliência em indivíduos com sequelas de AVE.

A maioria dos indivíduos que possuem sequelas de AVE apresentou nível de resiliência moderada (64,8%), seguido de resiliência baixa (28,7%) e alta (06,5%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Resiliência em indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016. (n=108)

<b>Classificação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Baixa	31	28,7
Moderada	70	64,8
Alta	07	06,5
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100,0</b>

### 5.3 Capacidade funcional dos indivíduos com sequelas de AVE.

Há predomínio de indivíduos com dependência leve (40,7%), seguido de dependência moderada (32,4%) para a realização das atividades diárias. Isto significa que eles possuem comprometimento em pelo menos 1 (uma) das atividades presentes no Índice de Barthel (Tabela 8). 52,8% apresentaram dependência moderada a muito grave. Vale destacar a pouca quantidade de independentes (06,5%) e a alta porcentagem de dependência (93,5%).

Tabela 8 – Índice de Barthel dos indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016. (n=108)

<b>Pontuação</b>	<b>Classificação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0 - 4 pontos	Dependente Muito grave	07	06,5
5 - 9 pontos	Dependente Grave	15	13,9
10 - 14 pontos	Dependente Moderado	35	32,4
15 - 19 pontos	Dependente Leve	44	40,7
20 pontos	Independente	07	06,5
<b>Total</b>		<b>108</b>	<b>100,0</b>

Foi possível observar detalhadamente cada item que compõem o Índice de Barthel (Tabela 9). A última coluna apresenta a contribuição de cada item para o escore total da escala, e o maior percentual (transferir-se - 17,2%) foi o que mais contribuiu. A penúltima coluna mostra os pontos obtidos por todos os 108 pacientes em cada um dos itens da escala.

Ainda pela tabela 9 é possível perceber, de forma isolada, que muitos participantes responderam valores elevados de capacidade funcional em 7 itens da escala. Assim, dos 108 participantes, 86 (79,62%) e 76 (70,37%) apresentaram controle adequado de esfíncteres (intestinal e vesical, respectivamente), 65 (60,2%) apresentaram independência para realizar a higiene pessoal (cuidar da face, do cabelo, dos dentes e se barbear), 57 (52,77%) para usar o banheiro, 52 (48,14%) para transferir-se, 44 (40,7%) para vestir-se e 71 (65,7%) para tomar banho.

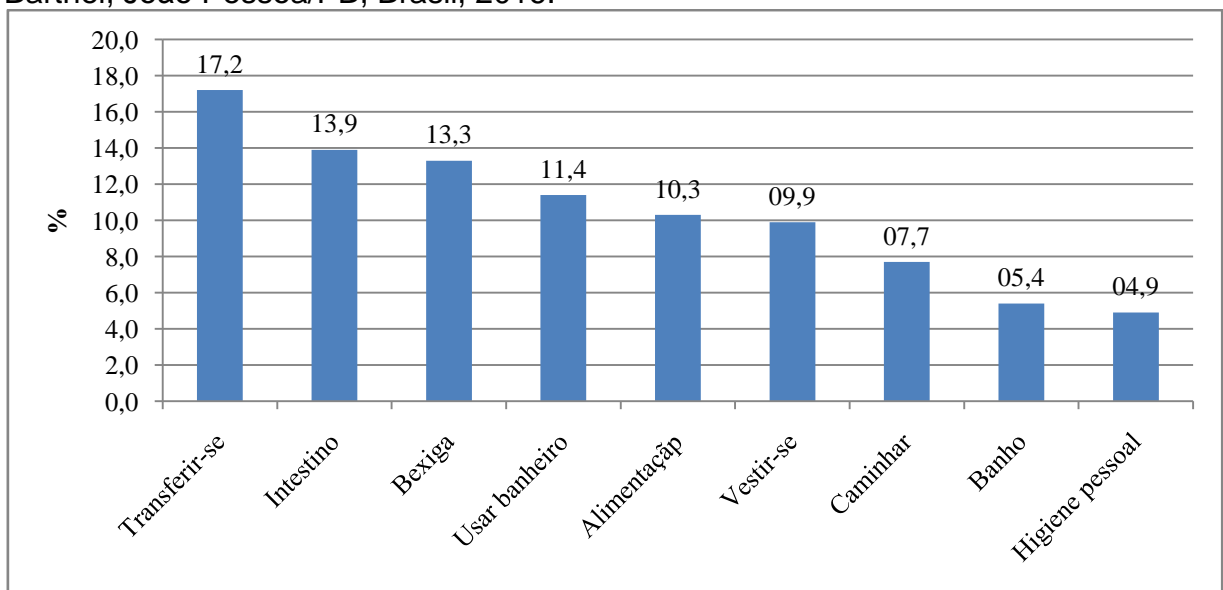
Tabela 9 – Itens do Índice de Barthel dos indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.

Itens	Escala Barthel				Total	%
	0	1	2	3		
Intestino	11	11	<b>86</b>	-	183	13,9
Bexiga	09	23	<b>76</b>	-	175	13,3
Higiene pessoal	43	<b>65</b>	-	-	65	04,9
Usar banheiro	19	32	<b>57</b>	-	146	11,1
Alimentação	15	50	43	-	136	10,3
Transferir-se	10	21	25	<b>52</b>	227	17,2
Caminhar	13	10	46	39	102	07,7
Vestir-se	22	42	<b>44</b>	-	130	09,9
Escada	42	48	18	-	84	06,4
Banho	37	<b>71</b>	-	-	71	05,4
					<b>TOTAL</b>	<b>1319</b>

\*Quanto maior o número, maior a independência.

Os itens que mais contribuíram para a formação do escore total do Índice de Barthel foram: Transferir-se (17,2%), Controle intestinal (13,9%) e vesical (13,3%). E os que menos contribuíram foram: Caminhar (07,7%), Banho (05,4%) e Higiene pessoal (04,9%) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Contribuição de cada item para a formação do escore total do Índice de Barthel, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.



Fonte: Pesquisa Direta, 2016.

#### 5.4 Apoio Social dos indivíduos com sequelas de AVE.

A maioria dos participantes desta pesquisa apresentou apoio social satisfatório (médio e alto: 74,1%) (tabela 10).

Tabela 10 - Apoio Social em indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016. (n=108)

<b>Classificação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Baixo	28	25,9
Médio	52	48,2
Alto	28	25,9
Total	108	100,0

#### 5.5 Correlação entre Resiliência e características sociodemográficas e de saúde dos indivíduos com sequelas de AVE.

Ao associar algumas variáveis das características sociodemográficas e de saúde com a resiliência dos indivíduos com sequelas de AVE, observou-se que o estado de saúde autorreferido teve influência estatisticamente significativa na resiliência ( $p < 0,05$ ), conforme observado na tabela 11. A maior parte dos indivíduos que relataram perceber a própria saúde como ruim apresentaram resiliência baixa (38,7%). E os que a perceberam como regular (61,4%), ótima (17,1%) e excelente (08,6%) apresentaram resiliência moderada. As outras variáveis (faixa etária, sexo, religião, estado civil, escolaridade, último episódio de AVE e uso de algum dispositivo) não apresentaram correlação estatisticamente significativa com a resiliência ( $p > 0,05$ ).

Aplicou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney quando o fator possuía duas categorias e o de Kruskal-Wallis quando mais de duas. A variável resposta da comparação foi o escore total da resiliência e não sua classificação, uma vez que o teste Qui-Quadrado adequado para esta situação apresentou mais de 20% das casas da tabela, com frequência esperada menor que 5 ou menor que 1, tornando este teste inadequado para esta situação.

Tabela 11 - Associação entre o perfil sociodemográfico e de saúde e os níveis de resiliência de indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016. (n=108)\*

Variáveis	Categoria	Resiliência			Valor-p MW ou KW
		Baixa n (%)	Moderada n (%)	Alta n (%)	
Faixa etária	56 - 65 anos	13 (41,9)	28 (40,0)	03 (42,9)	0,896
	66 - 80 anos	11 (35,5)	30 (42,9)	02 (42,9)	
	Mais de 80a	07 (22,6)	12 (17,1)	02 (28,6)	
Sexo	Feminino	17 (54,8)	40 (58,0)	04 (57,1)	0,577
	Masculino	14 (45,2)	29 (42,0)	03 (42,9)	
Religião	Católica	23 (76,7)	43 (75,4)	06 (71,4)	0,670
	Evangélica	07 (23,3)	14 (24,6)	02 (28,6)	
Estado civil	Solteiro	07 (22,6)	18 (25,7)	03 (42,9)	0,179
	Casado	17 (54,8)	31 (44,3)	03 (42,9)	
	Viúvo	06 (19,4)	13 (18,6)	01 (14,3)	
	Divorciado	01 (03,2)	08 (11,4)	00 (00,0)	
Escolaridade	Analfabeto	09 (29,0)	11 (15,7)	01 (14,3)	0,267
	Alfabetizado	06 (19,4)	06 (08,6)	01 (14,3)	
	1 - 4a/estudo	04 (12,9)	20 (28,6)	00 (00,0)	
	5 - 8a/estudo	05 (16,1)	16 (22,9)	03 (42,9)	
	9 - 11a/estu	02 (06,5)	08 (11,4)	02 (28,6)	
Estado de saúde autorreferido	12a ou +/estu	05 (16,1)	09 (12,9)	00 (00,0)	< 0,001
	Ruim	12 (38,7)	09 (12,9)	00 (00,0)	
	Regular	18 (58,1)	43 (61,4)	04 (57,1)	
	Ótimo	01 (03,2)	12 (17,1)	03 (42,9)	
Último episódio de AVE	Excelente	00 (00,0)	06 (08,6)	00 (00,0)	0,244
	1 a 6 meses	07 (22,6)	06 (08,6)	00 (00,0)	
	6 a 12 meses	01 (03,2)	09 (12,9)	01 (14,3)	
Uso de algum dispositivo	Mais de 1 ano	23 (74,2)	55 (78,6)	06 (85,7)	0,076
	Sim	21 (67,7)	42 (60,0)	02 (28,6)	
	Não	10 (32,3)	28 (40,0)	05 (71,4)	

MW = Teste de Mann-Whitney; KW = Teste de Kruskal Wallis.

## 5.6 Correlação entre Resiliência e Capacidade Funcional dos indivíduos com sequelas de AVE.

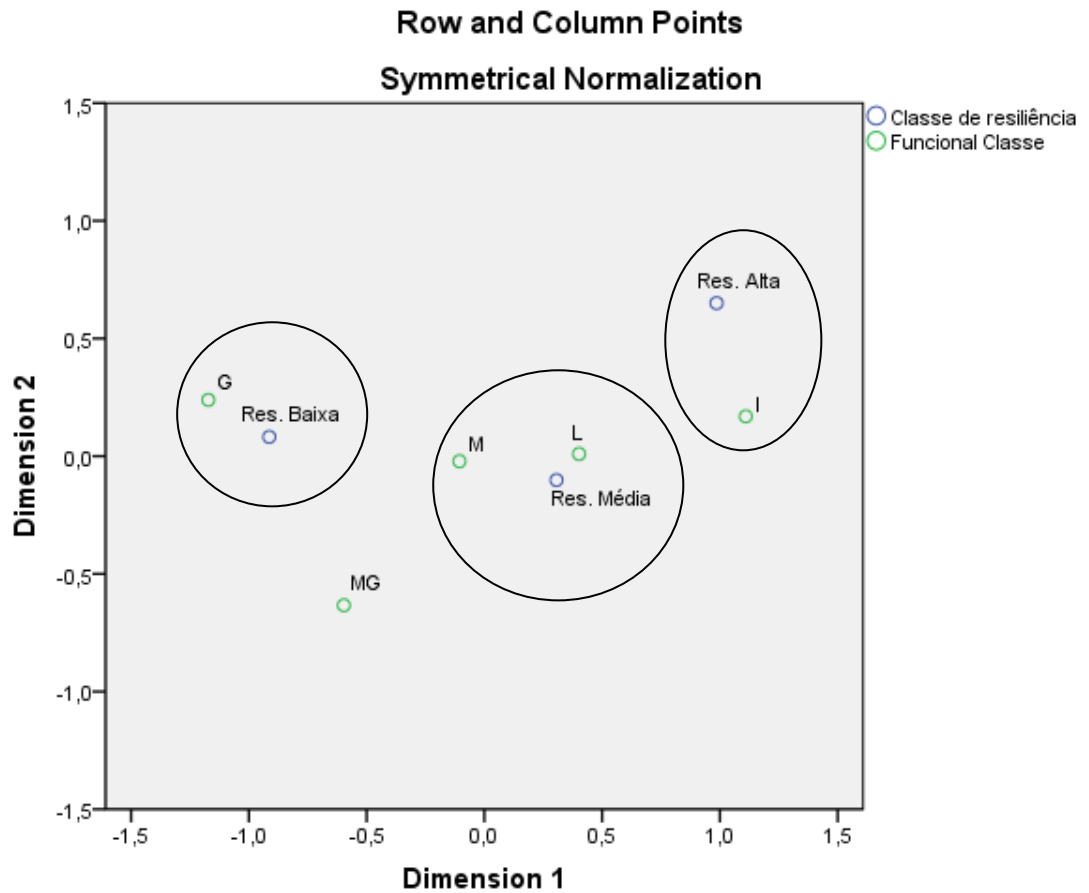
Para avaliar a associação entre a Resiliência e o Índice de Barthel, aplicou-se a técnica multivariada Análise de Correspondência, e seus resultados mostraram-se satisfatórios, conforme exemplificado na tabela 12. Pode-se perceber que o eixo da dimensão 1 possui mais importância, com mais inércia percentual que o eixo 2, considerando que a inércia total pode ser entendida como a quantidade total de informação a ser descrita em uma tabela. A decomposição em duas dimensões atinge 100% da inércia total. O mapa perceptual produzido é apresentado na figura 2, na qual maior proximidade significa maior associação.

Tabela 12 - Análise de correspondência para o cruzamento das categorias das escalas de Resiliência e o Índice de Barthel.

<b>Dimensão</b>	<b>Valor Singular</b>	<b>Inércia</b>	<b>Qui-Quadrado</b>	<b>Valor-p</b>	<b>% de Inércia</b>
1	0,363	0,132			99,0
2	0,036	0,001			01,00
<b>Total</b>		<b>0,133</b>	<b>14,388</b>	<b>0,072</b>	<b>100,0</b>

Assim, houve correlação significativa entre funcionalidade e resiliência. Por meio da figura 2, é possível observar que os indivíduos com dependência grave possuíam resiliência baixa, os com dependência moderada e leve, resiliência moderada, e os independentes, resiliência alta, confirmando a variação significativa apresentada na tabela 14.

Figura 2 – Mapa perceptual da Análise de Correspondência do cruzamento entre Resiliência e Capacidade Funcional dos indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.



Fonte: Pesquisa Direta, 2016.

### 5.7 Correlação entre Resiliência e Apoio Social dos indivíduos com sequelas de AVE.

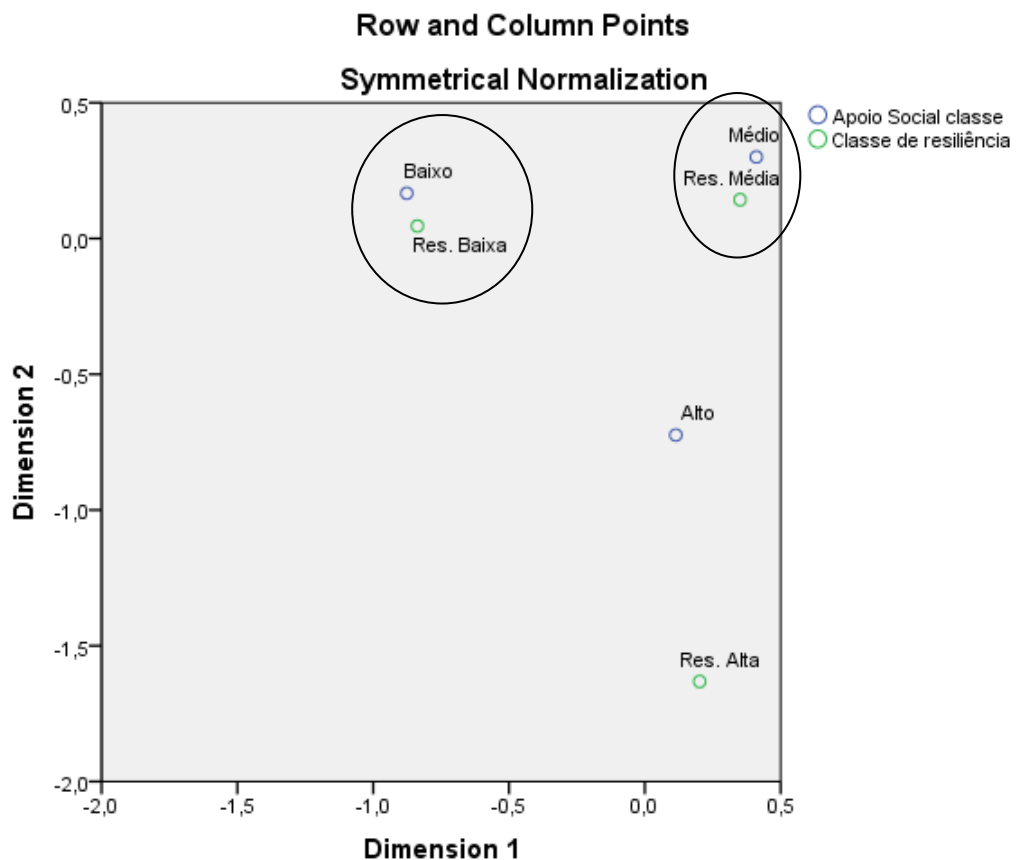
Pela técnica multivariada Análise de Correspondência, o eixo da dimensão 1 também foi o mais importante, possuindo mais inércia percentual que o eixo 2 (Tabela 13). O mapa perceptual produzido é apresentado na figura 3, na qual maior proximidade significa também maior associação.

Tabela 13 - Análise de correspondência para o cruzamento das categorias das escalas de Resiliência e Apoio Social.

Dimensão	Valor Singular	Inércia	Qui-Quadrado	Valor-p	% de Inércia
1	0,284	0,081			69,9
2	0,186	0,035			30,1
Total		0,115	12,447	0,014	100,0

Por meio da figura 3, pode-se observar que a resiliência está fortemente associada ao apoio social que os participantes desta pesquisa recebem. Os indivíduos com apoio social baixo apresentaram resiliência baixa, e os com apoio moderado, resiliência moderada. Assim, fica claro que uma maior resiliência está de forma significativa associada a um maior apoio social.

Figura 3 – Mapa perceptual da Análise de Correspondência do cruzamento entre Resiliência e Apoio Social dos indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.



Fonte: Pesquisa Direta, 2016.

Observa-se na Tabela 14 a influência da escala de Apoio Social e do Índice de Barthel na classificação da resiliência, concluindo-se que, quanto maiores os escores destas duas escalas, maior será o nível da resiliência. Assim, quando a resiliência aumenta, arrasta consigo os escores de apoio social e da capacidade funcional.

Tabela 14 - Influência das escalas de Apoio social e do Índice de Barthel na classificação da resiliência em indivíduos com sequelas de AVE, João Pessoa/PB, Brasil, 2016.

Escala	Medida	Resiliência			Valor-p K-W*
		Baixa	Moderada	Alta	
Apoio Social	Média	71,26	78,94	84,29	0,046
	DP	18,05	13,71	17,23	
Índice de Barthel	Média	10,65	14,11	16,86	0,001
	DP	05,36	04,68	02,97	

\*K-W = Teste Kruskal-Wallis.

## **6 DISCUSSÃO**

---

## **6.1 Características sociodemográficas e de saúde dos indivíduos com sequelas de AVE.**

Dos entrevistados, 59,2% possuíam 66 a 80 anos ou mais de idade. Segundo o DATASUS (2016), nos últimos 07 anos, 71,5% das pessoas que sofreram AVE eram idosas, e destas, 37,03% possuíam de 70 a 79 anos. Carvalho e colaboradores (2015), ao investigarem a epidemiologia do AVE também em João Pessoa/PB por meio dos prontuários do SAMU, identificaram que 77,1% dos suspeitos de terem sofrido o evento eram idosos com 71 a 80 anos (30,8%). Corroborando este resultado, outros estudos (RIBEIRO et al., 2012; COSTA; SILVA; ROCHA, 2011; ROZO; JULIAO, 2013; OLIVEIRA et al., 2013) também identificaram prevalência de pessoas idosas dentre os indivíduos com AVE em João Pessoa/PB/Brasil, Natal/RN/Brasil, Bogotá/Colômbia e Fortaleza/CE/Brasil, respectivamente.

Com o envelhecimento da população, houve uma mudança no padrão de adoecimento do país, com o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a exemplo do AVE, e diminuição das transmissíveis (MONTEIRO et al., 2013). Desta maneira, há uma prevalência de doenças cardio e cerebrovasculares em pessoas idosas (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011). Então, esse predomínio de idosos com sequelas de AVE é esperado em decorrência do cenário epidemiológico atual. Contudo, estratégias devem ser tomadas por gestores, profissionais da saúde e toda a população, com o intuito de modificar esta realidade e diminuir as consequências deste evento, melhorando assim a qualidade de vida e bem-estar da sociedade e principalmente das pessoas idosas.

O sexo prevalente foi o feminino (57,4%). Já que a maioria dos entrevistados são pessoas idosas, a prevalência de mulheres nesta população confirma o quadro da feminização da velhice (ALMEIDA et al., 2015). Alguns estudos (COSTA, SILVA, ROCHA, 2011; RIBEIRO et al., 2012; CARVALHO et al., 2015; SILVA et al., 2016a) também identificaram predomínio de mulheres suspeitas/confirmadas de terem sofrido AVE, com aumento da incidência em idades mais avançadas, caracterizando um mau prognóstico.

Porém, de acordo com o DATASUS (2016), a maioria das vítimas de AVE é formada por homens (51,72%); e conforme uma pesquisa realizada em uma das

unidades da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de adultos com sequelas de AVE, a metade dos participantes também era do sexo masculino (FROES et al., 2011). Logo, ao analisar a prevalência do sexo, deve-se considerar o contexto da pesquisa.

A maioria dos participantes morava com familiares (86,1%). Isto reflete o convívio dos idosos com várias gerações (filhos, netos, sobrinhos e outros) que, muitas vezes, são responsáveis pelo cuidado ofertado. Ribeiro et al. (2012) e Monteiro et al. (2013) também constataram que a maioria dos indivíduos com AVE de João Pessoa/PB e Recife/PE morava acompanhada (75,5% e 90%, respectivamente). Dos entrevistados, 76,6% possuíam um cuidador, geralmente membro da família (91,5%) para realizar/auxiliar nas atividades básicas e/ou instrumentais de vida diária. Isto pode estar atrelado ao dano funcional do participante ou até mesmo à dependência econômica do familiar, já que a principal fonte de renda da casa provém do participante da pesquisa (63,9%).

A presença de um cuidador familiar pode estar associada à renda baixa dos entrevistados, o que impossibilita a contratação de um profissional da área. Isto representa riscos para a assistência ofertada. Muitas vezes, o familiar não está preparado emocional e tecnicamente para cuidar de um indivíduo idoso e/ou que possui sequela de AVE, necessitando assim de orientação e apoio dos profissionais das USFs para o manejo adequado da situação. A quantidade de cuidadores para cada indivíduo era de apenas 01 (57,8%), fato que ocasiona sobrecarga física, psíquica e emocional para eles, pois estarão responsáveis por várias atividades do dia a dia. Uma pesquisa constatou que 77,2% dos cuidadores familiares de pessoas idosas com sequelas de AVE possuíam sobrecarga nas atividades relacionadas ao cuidado (COSTA et al., 2015). Com isso, a assistência no âmbito domiciliar torna-se frágil, comprometendo ainda mais a saúde de ambos.

A religião de maior predomínio foi a católica (65,7%). O estado civil foi o casado ou união estável (47,2%), corroborado por outros estudos (FROÉS et al., 2011; COSTA; SILVA; ROCHA, 2011; RIBEIRO et al., 2012; SILVA et al., 2016a; SANTOS; RODRIGUES; PONTES-NETO, 2016). Boa parte dos entrevistados recebia até 880 reais como renda mensal individual (48,6%), situação muito comum e identificada por várias pesquisas (FROÉS et al., 2011; RIBEIRO et al., 2012; SILVA et al., 2016a; SANTOS; RODRIGUES; PONTES-NETO, 2016). 69,2% possuíam a aposentadoria como fonte principal de renda, resultado bem semelhante

ao encontrado por Santos, Rodrigues e Pontes-Neto (2016) (61,1%). A renda total da família variou de 0 a 2.640,00 reais mensais (56,1%).

A maioria dos entrevistados afirmou que a renda principal da casa era a dele (63,9%) e que ela não era suficiente para os cuidados com a casa e com ele próprio (57,9%). Silva et al. (2016a), ao realizarem um estudo de caso interpretativo com 08 sobreviventes de AVE atendidos em USFs de um município do Nordeste brasileiro, identificaram que todos possuíam problemas financeiros.

Assim, os participantes desta pesquisa são caracterizados como de baixa renda, situação que prejudica o consumo de uma alimentação saudável para prevenir as doenças crônicas, pois ela é bem mais cara do que os produtos industrializados e ricos em gordura. Nesta mesma linha de pensamento, Ribeiro et al. (2012) afirmam que a condição socioeconômica é um fator determinante na saúde da população, influenciando negativamente as condições de vida e ocasionando aumento da morbimortalidade por doenças crônicas.

Dos entrevistados, 87,7% afirmam não usar cigarro; 91,5% não ingerem bebidas alcoólicas; e 83,2% não praticam atividade física, representando risco para um novo AVE. A prática de atividade física regular gera bem-estar, melhora os níveis de colesterol sanguíneo e reduz a gordura corporal, sendo um tratamento não medicamentoso indispensável para a melhoria da saúde e prevenção de doenças crônicas. Esta alta porcentagem de pessoas que não praticam exercícios pode apresentar várias causas, dentre elas, o agravamento na capacidade funcional, que leva à dependência; e o medo de cair durante a atividade. 61,7% não participam de atividades de lazer, possivelmente em decorrência da renda baixa, não condizente com as necessidades gerais dos entrevistados.

Dentre os participantes, 60,2% percebem a própria saúde como regular, resultado contrário ao observado por Moraes, Moreira e Luiz (2011) ao avaliarem o estado de saúde autorreferido de adultos e idosos brasileiros de todas as regiões do país por meio de um programa nacional de amostra de domicílios. Neste estudo (MORAES; MOREIRA; LUIZ, 2011), a maioria (68,4%) percebeu a própria saúde como boa ou muito boa e 26% a perceberam como regular. A maioria dos que a perceberam como boa ou muito boa, não possuía doenças crônicas, praticava atividade física e residia na região Sudeste. Contudo, a percepção da própria saúde não representa meramente a sensação relacionada ao componente físico, de

ausência/presença de dores, mas envolve, inclusive, a dimensão psicológica e social do indivíduo (IBGE, 2014), interferindo diretamente no bem-estar geral.

Dos participantes da pesquisa, 77,8% sofreram o evento há mais de 1 ano, apresentando assim uma sequela crônica; e 70,4% sofreram apenas 1 AVE durante a vida, resultado corroborado por Monteiro e colaboradores (2013) ao avaliarem o medo de cair em 52 adultos e idosos na fase crônica da doença. A metade dos participantes (50,0%) relatou não saber a classificação do AVE que sofreu, fato desfavorável, pois, ao não possuir este conhecimento, o indivíduo não sabe quais as medidas a serem utilizadas para prevenir um novo evento.

Isto pode ser justificado pelo descaso dos profissionais de saúde no fornecimento das informações necessárias sobre o AVE, dificultando a assistência (RIBEIRO et al., 2012). É necessário que o profissional se conscientize e realize capacitações objetivando a promoção da educação em saúde, para que pacientes, familiares e toda a população compreendam os tipos de AVE existentes e como preveni-los. 60,2% usam algum dispositivo para auxílio na locomoção, como cadeira de rodas e bengala, representando assim um dano na funcionalidade.

A maioria (79,6%) afirmou ter realizado fisioterapia após o evento. Entretanto, percebe-se que este serviço ainda é frágil, de difícil acesso no município pesquisado, pois não há continuidade da assistência, seja pela grande demanda ou pelo deficit de fisioterapeutas, caracterizando uma descontinuidade da atenção e quebra da integralidade da Atenção Básica. Por isso, o SUS deve ser fortalecido com o intuito de ofertar serviços de reabilitação capazes de atender esta clientela. Dentre os fatores de risco mais prevalentes para o AVE, estão a idade maior que 55 anos (86,1%), pois a maioria dos participantes pertencia à faixa etária idosa; e a presença da Hipertensão Arterial Sistêmica (76,9%) e do Diabetes Mellitus (43,5%), comorbidades muito habituais no processo de envelhecimento e as mais prevalentes dos indivíduos com AVE entrevistados por Fróes et al. (2011) e Santos, Rodrigues e Pontes-Neto (2016).

A amostra possui múltiplas sequelas, porém, as prevalentes são: alteração motora (37,2%), representada pela dificuldade em manter a postura e realizar transferências; e fraqueza muscular (36,8%), importante condição geradora de incapacidade após o AVE (BRASIL, 2013b); representando assim 74% das sequelas pesquisadas. Estas refletem a predominância de condições físicas e a necessidade

de fisioterapia para a recuperação da independência ou para impedir o agravamento das mesmas.

## **6.2 Resiliência em indivíduos com sequelas de AVE.**

A maioria dos entrevistados apresentou nível de resiliência moderada (64,8%), seguido de baixa (28,7%) e alta (06,5%). Da mesma maneira, Faria et al. (2014) encontraram resiliência moderada (57,5%), seguido de baixa (27,5%) e alta (15%) em 40 mulheres com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) em um hospital universitário de Natal/RN. Os mesmos autores afirmaram que os participantes com resiliência alta seguiram o tratamento corretamente e se dedicaram ao melhor controle da doença. Vinaccia et al. (2014) também identificaram predomínio de níveis moderados de resiliência em estudo realizado com adultos e idosos com dispepsia funcional em Bogotá/Colômbia.

Estudos realizados na Austrália identificaram níveis moderados a elevados de resiliência em indivíduos com lesão medular (KILIC; DORSTYN; GUIVER, 2013) e com espinha bífida (HAYTER; DORSTYN, 2014). Estes resultados, considerados satisfatórios, podem ter relação com o país de origem, tendo em vista que a Austrália pertence ao rol de Primeiro Mundo. Lemos, Moraes e Pellanda (2016), em estudo com 133 pessoas entre 35 a 65 anos de idade com diagnóstico de cardiopatia isquêmica no Rio Grande do Sul; e Ferreira, Santos e Maia (2012), com 65 idosos de Natal/RN, encontraram altos escores de resiliência. Tavares et al. (2011), ao investigarem-na em pessoas com Diabetes Mellitus (DM) em Florianópolis/SC, identificaram que as mesmas possuíam altos escores de resiliência.

Um estudo qualitativo realizado na Austrália que objetivou avaliar a trajetória de sofrimento psicológico de 23 pacientes com AVE entre 37 a 94 anos de idade, identificou comportamentos sugestivos de resiliência em 05 deles, decorrentes da experiência de vida antes do evento, a exemplo de guerras, pais alcoólicos e pobreza (WHITE et al., 2012), os quais são situações de risco. Assim, estes indivíduos tiveram maior motivação para se recuperarem e maior facilidade em tomar decisões na vida por serem considerados resilientes antes mesmo de o

evento ocorrer. Böell, Silva e Hegadoren (2016) afirmam que o tipo de doença crônica e sua evolução influenciam diretamente a resiliência.

A resiliência moderada (64,8%) é benéfica, uma vez que a presença dela influencia positivamente a saúde mental e física dos indivíduos, fortalecendo-os na superação do AVE. Entretanto, poucos participantes apresentaram níveis altos (06,5%), refletindo maior risco de eventos adversos e maior prejuízo do processo de reabilitação e da qualidade de vida. Os níveis baixos (28,7%) podem ser atribuídos a diversos fatores, a exemplo de: presença da seqüela e/ou do seu tipo, agravo da capacidade funcional e dificuldades na assistência oferecida nos serviços de saúde, no seio familiar e no social.

Mecanismos formadores da resiliência são fundamentais para o cotidiano de indivíduos com doenças crônicas, pois eles necessitam de um cuidado continuado e de um controle do seu estado de saúde (LEMOS; MORAES; PELLANDA, 2016), com vistas a minimizar complicações e, no caso do AVE, também evitar um novo evento. Lemos, Moraes e Pellanda (2016) citaram a inexistência de pontos de corte na escala como uma dificuldade na classificação dos indivíduos em resilientes ou não, e afirmaram ser necessário realizar estudos sobre a temática mais de uma vez na mesma população. Uma pesquisa qualitativa realizada no Japão com 15 adultos com diabetes tipo 1 identificou que a resiliência foi importante para o enfrentamento das dificuldades relacionadas à patologia e para o controle da doença com a insulina (NISHIO; CHUJO, 2016).

A resiliência é compreendida como um processo, sendo imprescindível a inter-relação de determinantes intrínsecos, tais como autoconceito, autoestima elevada e regulação emocional; e externos, como o suporte social adequado e o relacionamento satisfatório com a comunidade (FONTES; NERI, 2015). Reppold et al. (2012) afirmam que, para avaliá-la corretamente é necessário levar em consideração vários aspectos, a exemplo de fatores de proteção, de risco e o momento da realização da pesquisa, pois a resiliência é um constructo variável. Assim, não se podem enfatizar apenas os dados presentes em escalas. É necessário sempre levar em consideração os aspectos biopsicossociais dos indivíduos com seqüelas de AVE, fortalecendo vínculos e elaborando estratégias para que os níveis de resiliência aumentem.

### 6.3 Capacidade funcional dos indivíduos com sequelas de AVE.

Há predomínio de indivíduos com dependência leve (40,7%), seguido de dependência moderada (32,4%) para a realização das AVDs. Pessoas com AVE atendidas em serviços de fisioterapia de Natal/RN apresentaram comprometimento funcional moderado (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011). A dependência aumenta o risco de mortalidade, principalmente em pessoas idosas (BRITO; PAVARINI, 2012), e a necessidade de um cuidador, muitas vezes um familiar, nem sempre preparado para o cuidado (REIS et al., 2015).

Desta maneira, surgem alterações no relacionamento entre indivíduo e cuidador, tais como fortalecimento de vínculos já existentes ou conflitos e insatisfação que ocasionam tristeza e revolta em ambos, abandono e busca por uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (REIS et al., 2015). Faustino, Gandolfi e Moura (2014), ao avaliarem 237 idosos atendidos em um serviço de Atenção Primária a Saúde em Brasília/DF, observaram predomínio de violência psicológica e financeira nos que necessitavam de ajuda para realizar atividades cotidianas, constatando assim que o aumento da dependência está diretamente associado a atos violentos, principalmente físicos, quando a dependência é de autocuidado.

Dos 108 participantes, 79,62% e 70,37% apresentaram controle adequado de esfíncteres (intestinal e vesical, respectivamente), 52,77% apresentaram independência para usar o banheiro, 48,14% para transferir-se, 40,7% para vestir-se, 65,7% para tomar banho e 60,2% para realizar a higiene pessoal (cuidar da face, do cabelo, dos dentes e se barbear). Estes itens demonstram atividades prioritárias do autocuidado e representam um bom prognóstico.

Silva et al. (2016a), em um estudo qualitativo realizado com 08 indivíduos com AVE, identificaram que a maioria apresentou comprometimento funcional associado a desespero e medo frente à dependência vivenciada. Um estudo (OLIVEIRA et al., 2013) realizado em Fortaleza/CE com a mesma população atendida por um serviço de atenção domiciliar, igualmente identificou dependência total (73,8%), situação mais grave.

O conceito de saúde da pessoa idosa é formado pela independência e autonomia nas atividades cotidianas, e não unicamente pela presença/ausência de

doenças (BRASIL, 2006). Assim, a capacidade funcional é extremamente importante para a execução de diversos papéis desenvolvidos na sociedade e para a melhoria da qualidade de vida (CRUZ; EMMEL, 2013; RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013), pois faz parte do conceito saúde. É necessário investigar papéis sociais voltados para os que possuem alguma dependência, pois a execução de uma ocupação ou de outra atividade fornecem benefícios para a autoestima e a saúde geral do indivíduo, que passa a se sentir útil (CRUZ; EMMEL, 2013).

A dependência moderada a muito grave (52,8%) pode ser explicada pela amostra ser predominantemente idosa, pois esta população apresenta danos na funcionalidade, próprios do envelhecimento, que, somados à sequela, limitam ainda mais a realização das atividades cotidianas. Entretanto, Monteiro et al. (2013) afirmam que os indivíduos com AVE há mais tempo podem não apresentar grave comprometimento funcional em razão do convívio com a sequela e com as novas limitações físicas, adaptando-se. É importante destacar a pouca quantidade de independentes (06,5%), representando uma dificuldade na recuperação da capacidade funcional total e uma predominância da dependência, corroborada por Rangel, Belasco e Diccini (2013), que observaram prejuízo funcional moderado a intenso em 49,6% dos indivíduos com AVE entrevistados em 2 (dois) centros de reabilitação de Maceió/AL.

Rozo e Juliao (2013) identificaram grande dano na funcionalidade de indivíduos hospitalizados após AVE em um Hospital Militar de Bogotá (Colômbia), pois a maioria dos participantes apresentou dependência mínima a moderada no vestir-se; dependência total no controle de esfínteres, representando um mau prognóstico no processo de reabilitação; e prejuízo no item subir/descer escadas. Isto pode ser esclarecido pela hospitalização, situação contrária ao do estudo aqui abordado, que investigou indivíduos já inseridos na comunidade. Figueiredo-Carvalho et al. (2014) identificaram maior independência em indivíduos com lesão medular que estavam no domicílio, se comparado aos internados.

Fernandes et al. (2012) identificaram que o baixo nível de escolaridade e a localização do AVE influenciam a incapacidade funcional. Portanto, devem-se observar os resultados da funcionalidade em conjunto com outras variáveis para, assim, escolher as medidas adequadas para a reabilitação efetiva, levando em conta a situação social.

A avaliação da funcionalidade individual e coletiva é importante para as Unidades Básicas de Saúde conhecerem o perfil da população adscrita e assim implementar ações necessárias ao cuidado (BRASIL, 2006) que objetivem a promoção da independência. O cuidado domiciliar de enfermagem a indivíduos dependentes, principalmente idosos, deve envolver: organização; trabalho em equipe; dedicação e interesse por parte dos profissionais; apoio aos cuidadores, representados muitas vezes por familiares; recursos materiais e humanos satisfatórios; e a família (CARVALHAIS; SOUSA, 2013). Lembrando também da corresponsabilidade do cliente frente a sua própria condição de saúde.

Uma pesquisa realizada no México com objetivo de avaliar o efeito da massagem terapêutica clássica como cuidado de enfermagem na capacidade funcional de 15 idosos de instituições, constatou que a técnica é útil para melhorar a funcionalidade, prevenindo hospitalizações decorrentes de quedas e de outras complicações. Esta massagem é um tipo de terapia alternativa que aumenta o conforto, melhora a mobilidade física e diminui o estresse, atuando na promoção da saúde e melhorando o bem-estar e estado geral dos indivíduos (JIMÉNEZ-OCHOA; LANDEROS-PÉREZ; HUERTA-FRANCO, 2015).

#### **6.4 Apoio Social dos indivíduos com sequelas de AVE.**

A maioria dos participantes desta pesquisa apresentou apoio social médio a alto (74,1%), considerado satisfatório. Porém, é importante salientar que a qualidade deste apoio precisa ser investigada, já que esta característica pode influenciar os níveis de saúde e a construção de processos resilientes. Esse nível de apoio social satisfatório pode ser justificado pela presença de um familiar que mora com o entrevistado (86,1%) e por a renda principal da casa ser deste (63,9%). Portanto, há uma dependência financeira dos membros da casa em relação à renda do indivíduo com sequela de AVE. Assim, há oferta de apoio.

Similarmente, alguns estudos identificaram apoio social satisfatório em idosos com alterações cognitivas de São Carlos/SP (BRITO; PAVARINI, 2012), da comunidade de Campinas/SP (RODRIGUES; NERI, 2012), em indivíduos com esclerose múltipla na cidade do Porto/Portugal (COSTA; SÁ; CALHEIROS, 2012) e

em adultos e idosos com doença renal crônica no interior do Estado de São Paulo (SILVA et al. 2016b).

Para os pacientes obterem sucesso na reabilitação, precisam estar motivados, em bom estado cognitivo e possuírem apoio social adequado (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011). Pessoas que vivem acompanhadas, que participam de atividades sociais e que avaliam positivamente o próprio estado de saúde possuem uma maior percepção de apoio social (GRIEP et al., 2005). Entretanto, Martin (2012) comenta que, para se avaliar o apoio, é necessário considerar a cultura e outras questões dos seres humanos, pois, ter família e vizinhança não significa, necessariamente, ter apoio social. O fornecimento de apoio após o AVE é fundamental para melhorar a qualidade de vida do indivíduo, preveni-lo de doenças mentais, a exemplo da depressão (SALTER; FOLEY; TEASELL, 2010; FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012), e auxiliá-lo na formação da resiliência.

Destarte, percebe-se que os participantes possuem uma quantidade adequada de apoio, o que contribui para a promoção da resiliência e de outros fatores que influenciam a saúde dos mesmos. Vale destacar que esse apoio precisa ser mais ofertado pelas diversas redes existentes (familiar, sistemas de atenção à saúde, organizações civis) com intuito de melhorar a saúde deste grupo. A Enfermagem precisa atentar para estas questões, percebendo o apoio como algo essencial no tratamento e recuperação das pessoas.

Dentre as estratégias que aumentam o apoio estão: fornecimento precoce, aumento da intensidade do contato entre cliente e familiares/amigos/profissionais, avaliação permanente e aconselhamento (SALTER; FOLEY; TEASELL, 2010). Todas as dimensões do apoio devem ser ofertadas, não devendo realçar apenas a dimensão material, pois a emocional, afetiva, de interação positiva e de informação também são cruciais para a saúde em geral.

Outro estudo realizado em Campinas/SP com objetivo de comparar a expectativa de suporte para o cuidado em função do gênero e idade de idosos residentes na comunidade identificou que as mulheres não possuíam expectativas para uma futura oferta de apoio, caso necessitassem. Elas sempre cuidam dos indivíduos próximos (amigos, familiares), mas quando necessitam de auxílio, sentem-se desamparadas, sem uma pessoa que possa ofertar o cuidado necessário. Isto reflete a figura da mulher como principal cuidadora dentro da sociedade. Políticas públicas devem trabalhar a questão do apoio, tendo em vista

que, ao necessitarem, os indivíduos possam ser cuidados dignamente, principalmente na sua velhice (OLIVEIRA; NERI; D'ELBOUX, 2013).

Para melhorar o apoio, é necessário que haja uma transformação da sociedade e da forma como ela está organizada, criando assim sentimentos de solidariedade e eliminando os aspectos negativos do sistema capitalista, a exemplo do individualismo, que tende a afastar as pessoas umas das outras (JULIANO; YUNES, 2014) e, conseqüentemente, limitar ou eliminar a provisão do apoio.

### **6.5 Correlação entre Resiliência e características sociodemográficas e de saúde dos indivíduos com sequelas de AVE.**

A variável “estado de saúde autorreferido” influenciou os níveis de resiliência. Os indivíduos que relataram perceber a própria saúde como ruim, apresentaram resiliência baixa (38,7%), e os que a perceberam como regular (61,4%), ótima (17,1%) e excelente (08,6%) apresentaram resiliência moderada. Assim, entende-se que a percepção da própria saúde representa um fator de proteção intrínseco, sendo responsável por melhorar a saúde geral e fomentar a resiliência. Por outro lado, pode-se pensar que a percepção do próprio estado de saúde pode ser resultante dos níveis de resiliência.

A maneira como a condição de saúde/doença é percebida influencia a postura de cada um diante de uma situação que não era esperada (TAVARES et al., 2011), a exemplo do AVE. Assim, vale destacar o conceito ampliado de saúde, que não é a mera ausência de doença, mas sim um completo bem-estar físico, mental e social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946) que inclui diversos fatores, como o direito à moradia, ao lazer e à educação. Para se promover o conceito saúde, também é essencial a presença da integralidade das ações, com serviços de saúde acessíveis, resolutivos e organizados em RAS. De acordo com Loureiro, Miranda e Miguel (2013), a saúde influencia a resiliência de indivíduos e coletividades, com o propósito de as pessoas enfrentarem as mudanças econômicas e sociais vigentes.

No presente estudo não houve correlação entre resiliência e as variáveis “gênero” e “idade”. Lopes e Martins (2011) também não identificaram relação entre resiliência e gênero ao validarem outra escala para o Brasil. Entretanto, Roque

(2013) confirmou que as mulheres eram mais resilientes pelo fato de serem mais autoconfiantes do que os homens em relação ao futuro, possuírem maior apoio social e facilidade em construir novas amizades. Já uma pesquisa realizada com 92 indivíduos com câncer colorretal em Israel/Oriente Médio, identificou que as pessoas do sexo masculino e sem tantos problemas relacionados à patologia apresentavam maior resiliência (COHEN; BAZILIANSKY; BENY, 2014).

Tavares et al. (2011), Lopes, Martins (2011), Roque (2013), Cohen, Baziliansky e Beny (2014) identificaram associação entre resiliência e idade. Logo, quanto maior a idade dos entrevistados, maior era a resiliência. Coimbra e Morais (2015) afirmam que 75% das pessoas idosas conseguem ser resilientes, provavelmente pelo maior número de eventos de risco vivenciados no decorrer do envelhecimento e pela elaboração de várias estratégias de enfrentamento ao longo do tempo.

A maioria dos entrevistados afirmou morar com familiares (86,1%). O cuidado de todo indivíduo deve ser centrado na família, pois esta é a principal provedora de apoio (SILVA et al., 2015) e a que mais conhece as nuances de cada um de seus membros. Muitas vezes, a família constitui fator de risco, caracterizando-se como instável, perturbadora e não oferecedora de cuidado. Tavares et al. (2011) apontam que o relacionamento interpessoal, seja no ambiente domiciliar ou em outras redes sociais, atua como fator de proteção que estimula o desenvolvimento da resiliência. Entretanto, ao correlacionar a variável “Com quem mora” e a resiliência, não houve significância estatística.

Nesta pesquisa não houve correlação entre renda, escolaridade e resiliência, assim como em estudos realizados com adultos e idosos com DM (TAVARES et al., 2011) e com pessoas com DM e doença renal crônica (BÖELL; SILVA; HEGADOREN, 2016). Porém, Coimbra e Morais (2015) destacam que a situação econômica baixa é um dos fatores que bloqueiam processos resilientes. Roque (2013), Böell, Silva e Hegadoren (2016) identificaram que participantes de atividades religiosas apresentaram maiores escores de resiliência, pois a participação em atividades como esta é considerada uma fonte de apoio durante situações de adversidade. Por conseguinte, se o apoio social é considerado fator de proteção da resiliência (PESCE et al., 2004; CANESQUI; BARSAGLINI, 2012; COIMBRA; MORAIS, 2015), a religião também será.

## **6.6 Correlação entre Resiliência e Capacidade Funcional dos indivíduos com sequelas de AVE.**

Houve correlação significativa entre capacidade funcional e resiliência. Os indivíduos com dependência grave possuem baixa resiliência, os com dependência leve e moderada, resiliência moderada, e os independentes, alta. Com isso, deduz-se que ela auxilia na recuperação da funcionalidade dos indivíduos com sequelas de AVE, sendo relevante na reabilitação, como afirmado por Brasil (2013b).

A dependência para a realização das atividades de vida diária pode estar relacionada a múltiplos fatores, a exemplo da idade, de dificuldades em adentrar num serviço de reabilitação, do tipo de lesão que possui, e até mesmo de uma resiliência baixa ou moderada. Sob outra perspectiva, pode-se pensar que a melhoria da capacidade funcional auxilia a formação de processos resilientes, tendo em vista que a primeira aumenta a autoestima, considerado fator de proteção.

A resiliência é fundamental para a manutenção da funcionalidade e do bem-estar subjetivo (FONTES; NERI, 2015). Lee et al. (2015), ao implementarem um programa de exercícios físicos em indivíduos com hemiplegia crônica em decorrência do AVE em um hospital de reabilitação da Coreia, constataram que após 08 semanas, os participantes apresentaram melhorias funcionais e nos níveis de resiliência. Assim, as atividades diárias influenciam o processo de enfrentamento, sendo necessária a atuação de vários profissionais, capazes de prestarem uma assistência complexa, que envolva todos os aspectos da vida.

O enfermeiro deve utilizar a avaliação da capacidade funcional como uma ferramenta para facilitar a Sistematização da Assistência de Enfermagem e assim identificar necessidades específicas e prioritárias para o cuidado do indivíduo. Deste modo, a assistência não será demasiada, contribuindo ainda mais para a dependência; e nem escassa, o que poderá gerar iatrogenias e traumas. Será na medida adequada, cabendo aos profissionais o incentivo ao autocuidado (NUNES; FERRETTI; SANTOS, 2012). Pessoas que recebem um cuidado de qualidade são mais capazes de interagir com o seu meio, sendo coparticipantes e propícios à formação da resiliência.

## **6.7 Correlação entre Resiliência e Apoio Social dos indivíduos com sequelas de AVE.**

Os níveis de resiliência estão fortemente associados ao apoio material, afetivo, emocional, de informação e de interação social positiva que os participantes desta pesquisa recebem. Assim, é notório que uma maior resiliência está estatisticamente associada a um maior apoio social, o qual é considerado fator de proteção. Ratificando este resultado, houve correlação significativa entre estas duas variáveis em 270 pessoas idosas de Cuiabá/MT (ROQUE, 2013) e em 67 cuidadores de autistas da Espanha (RUIZ-ROBLEDILLO et al., 2014). Silva et al. (2016a) identificaram que o apoio fornecido pela família e religião aos indivíduos pós-AVE é imprescindível para o enfrentamento do cotidiano, principalmente na ausência de redes de atenção à saúde resolutivas, consistindo assim em um estímulo à resiliência.

Em um hospital da China, uma maior resiliência e um maior apoio social estavam relacionados a um maior enfrentamento pós-trauma em mulheres com infertilidade (YU et al., 2014), situação que demonstra a importância destes conceitos nas adversidades futuras do indivíduo. Ainda neste mesmo país, autores (LI et al., 2016) confirmaram que o fornecimento de apoio e a resiliência estavam associados à melhoria da qualidade de vida de adultos e idosos com câncer vesical. O apoio social contribui para o bem-estar, diminuindo a vulnerabilidade e servindo como um amortecedor diante de situações difíceis (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012) e muitas vezes inesperadas. Sendo assim, nota-se a importância deste fator de proteção para a construção da resiliência psicológica, colaborando significativamente com o processo de superação de barreiras e eventos divergentes no decorrer da vida.

Quando um pesquisador busca compreender determinados fenômenos em uma população, ele acaba adentrando em várias facetas (social, biológica, psíquica, política e outras) que compõem a complexidade do ser humano. Para compreender o indivíduo, é necessário avaliá-lo de forma complexa, não analisando as facetas separadamente, pois o todo não constitui mera soma das partes. Assim, o pensamento complexo do filósofo francês Edgar Morin é essencial para o trabalho no campo da saúde (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012). Os profissionais da área

precisam trabalhar o apoio social e principalmente a resiliência com base neste pensamento, considerando o indivíduo um ser único que interage com sua cultura e sociedade, inexistindo a dicotomia entre biológico, social e psíquico.

Intervenções eficazes precisam ser elaboradas pelos profissionais que atendem os indivíduos após o AVE em todas as fases, especialmente durante o processo de reabilitação, para que os mesmos possuam apoio social e resiliência com níveis cada vez mais elevados, capazes de contribuir significativamente para o bem-estar geral, recuperação e qualidade de vida.

**CONCLUSÃO**

---

Observou-se prevalência de indivíduos com idade entre 66 - 80 anos ou mais (59,2%), do sexo feminino (57,4%), que moram com familiares (86,1%) e que possuíam cuidador (76,6%). A religião de maior predomínio foi a católica (65,7%), o estado civil foi o casado/união estável (47,2%) e a escolaridade de 1 a 8 anos de estudo (44,4%). 48,6% dos entrevistados recebiam até 880 reais como renda mensal individual e a fonte principal da renda era a aposentadoria (69,2%).

Houve predomínio de mais de 01 ano de ocorrência do AVE (77,8%), de apenas 01 evento até o momento da entrevista (70,4%) e do desconhecimento do tipo que o acometeu (50,0%). As sequelas mais prevalentes foram alteração motora (37,2%) e fraqueza muscular (36,8%). 64,8% dos indivíduos apresentaram resiliência moderada; 74,1%, apoio social satisfatório; e 40,7%, dependência leve para a realização das atividades diárias. Houve correlação estatisticamente significativa entre resiliência e: estado de saúde autorreferido, capacidade funcional e apoio social.

Sugerem-se mais estudos que abordem a dimensão psicológica e social dos indivíduos com sequelas de AVE devido à escassez de estudos nesta área, se comparado aos que compreendem a dimensão física, biológica do ser humano. É importante a realização de estudos multicêntricos no Brasil e em outros países, com o intuito de melhor avaliar a resiliência em indivíduos que sofreram AVE e que tenham ou não sequela, para assim obter resultados de várias localidades e de contextos socioculturais e geográficos diferentes, com destaque para o território brasileiro, que possui dimensões continentais e peculiaridades locais.

Esta temática deve ser abordada por estudos qualitativos, objetivando analisar ainda mais a subjetividade da resiliência. Outros fatores de proteção, como a autoestima, precisam ser trabalhados nestes indivíduos. É necessário também analisar/desenvolver o conceito da resiliência assim como do apoio social, para fortalecer os conhecimentos específicos da Enfermagem, em que antecedentes, atributos e consequências possam ser trabalhados para facilitar a prática profissional direcionada a esta clientela.

Medidas preventivas e de promoção da saúde precisam ser aplicadas, principalmente na Estratégia de Saúde da Família, já que o AVE pode ser evitado ao se realizar práticas de saúde adequadas, principalmente em pessoas idosas. É importante que toda a população esteja capacitada para preveni-lo e identificar os sinais e sintomas de forma precoce, e que exames e tratamentos sejam realizados

oportuna e rapidamente para prevenir o óbito, melhorar a qualidade de vida do indivíduo e diminuir os gastos relacionados aos serviços de saúde. Os profissionais das USFs devem trabalhar a questão da família enquanto eixo principal de apoio, relevante em processos resilientes; como também, em conjunto com gestores e sociedade, utilizar medidas que fortaleçam a integralidade do SUS, princípio indispensável para a resolutividade das questões de saúde.

Dentre as limitações desta pesquisa, destacaram-se: a não identificação de causa e efeito, por se tratar de um estudo transversal, assim é necessária a realização de estudos longitudinais para identificar essa relação significativa; e a dificuldade em encontrar os participantes adequados, pois os que se enquadravam nos critérios de exclusão estabelecidos previamente constituíram boa parcela da população com sequelas de AVE. Assim, não se podem generalizar os resultados expostos para os indivíduos com demência, atraso cognitivo, doença mental, alterações na comunicação (afasia, disartria, dispraxia), na audição ou na memória em decorrência do AVE, já que estes não foram entrevistados. Apesar destas limitações, os objetivos da pesquisa foram totalmente atingidos.

O cuidado de enfermagem ofertado a esta clientela deve considerar todos os aspectos biopsicossociais. Assim, é relevante fornecer uma assistência complexa, já que o predomínio da assistência fragmentada em partes ou baseada só na dimensão biológica torna o cuidado mecanizado, frio e sem inter-relações. Também é fundamental a aplicação do processo de enfermagem nos mais diversos campos de atuação, com identificação de diagnósticos e utilização de intervenções válidas para a promoção da resiliência. Deste modo, será possível fortalecer a prática da profissão e atuar positivamente na saúde geral dos indivíduos, familiares e sociedade, dado que a resiliência abrange todos estes clientes e todos os componentes da vida, exigindo uma completa qualificação dos profissionais da área para trabalhar esta questão.

Os resultados deste estudo podem representar uma realidade transitória, já que a resiliência e o apoio social sofrem influências externas, podendo variar com o tempo e com novas vivências, traumáticas ou não. Espera-se que esta pesquisa traga contribuições para os profissionais que atuam diretamente com vítimas de AVE, para que estas recebam uma assistência condizente com suas reais necessidades e especificidades, e com estímulos a comportamentos resilientes, principalmente na Estratégia de Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

---

ALEXANDRINO-SILVA, C. et al. Psychiatry: life events and social support in late life depression. **Clinics**, São Paulo, v. 66, n. 2, p. 233-238, 2011.

ALMEIDA, A. V. et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015.

BELANCIERI, M. F. et al. A resiliência em trabalhadores da área da enfermagem. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 27, n. 2, p. 227-233, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466. 2012**. Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006, p. 1-19.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2010, p. 1-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 28p.

BOELL, J. E. W.; SILVA, D. M. G. V.; HEGADOREN, K. M. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. **R. latino-am. enferm**, v. 24, p. 1-9, 2016.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **R. para. med.** [online]. v. 20, n. 4, p. 5-5, 2006.

BRITO, T. R. P.; PAVARINI, S. C. I. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. **R. latino-am. enferm**, v. 20, n. 4, 08 telas, 2012.

CANESQUI, A. M; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1103-1114, 2012.

CARVALHAIS, M.; SOUSA, L. Qualidade dos Cuidados Domiciliares em Enfermagem a Idosos Dependentes. **Saúde Soc.**, v.22, n.1, p.160-172, 2013.

CARVALHO, M. A. et al. Epidemiology of Brain Vascular Accidents served through the urgency mobile service. **R. enferm. UFPE on-line.**, v. 9, n. 3, p. 1015-21, mar. 2015.

COHEN, M.; BAZILIANSKY, S.; BENY, A. The association of resilience and age in individuals with colorectal cancer: an exploratory cross-sectional study. **J. geriatr oncol**, v. 5, n. 1, p. 33-9, 2014.

COIMBRA, R. M.; MORAIS, N. A. **A resiliência em questão**: perspectivas teóricas, pesquisa e intervenção. Porto Alegre: Artmed, 2015. 232p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Brasília. Disponível em: <http://satepsi.cfp.org.br/>. Acesso em: 15 mar. 2016.

COSTA, D. C.; SA, M. J.; CALHEIROS, J. M. The effect of social support on the quality of life of patients with multiplesclerosis. **Arq. neuro-psiquiatr.**, v. 70, n. 2, p. 108-113, 2012.

COSTA, F. A.; SILVA, D. L. A.; ROCHA, V. M. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1341-1348, 2011.

COSTA, T. F. et al. Burden over family caregivers of elderly people with stroke. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 350-355, 2015.

CRUZ, D. M. C.; EMMEL, M. L. G. Associação entre papéis ocupacionais, independência, tecnologia assistiva e poder aquisitivo em sujeitos com deficiência física. **Rev. latino-am. enferm.**, v. 21, n. 2, p. 484-491, 2013.

CUBAS, M. A.; NÓBREGA, M. M. L. **Atenção Primária em Saúde**: Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier: 2015.

DATASUS. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil**. 2016.

FARIA, D. A. P. et al. Resilience and Treatment Adhesion in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. **Open Rheumatol J.** v. 21, n. 8, p. 1-8, 2014.

FAUSTINO, A. M.; GANDOLFI, L.; MOURA, L. B. A. Functional capability and violence situations against the elderly. **Acta Paul enferm.** v. 27, n. 5, p. 392-8, 2014.

FERNANDES, T. G. et al. Educational levels and the functional dependence of ischemic stroke survivors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1581-1590, 2012.

FERREIRA, C. L.; SANTOS, L. M. O.; MAIA, E. M. C. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. **R. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 2, p. 328-34, 2012.

FIGUEIREDO-CARVALHO, Z. M. et al. Avaliação da funcionalidade de pessoas com lesão medular para atividades da vida diária. **Aquichan.** v. 14, n. 2, p. 148-158, 2014.

FONTES, A. P., NERI, A. L. Resilience in aging: literature review. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 20, n. 5, p. 1475, may 2015.

FROES, K. S. S. O. et al. Factors associated with health-related quality of life for adults with stroke sequelae. **Arq. neuro-psiquiatr.**, v. 69, n. 2b, p. 371-376, 2011.

GONCALVES, T. R. et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, 2011.

GRIEP, R. H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.703-714, 2005.

HAYTER, M. R.; DORSTYN, D. S. Resilience, self-esteem and self-compassion in adults with spina bifida. **Spinal Cord.** v. 52, n. 2, p. 167-71, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013:**

percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro. 2014.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro. 2016.

JIMÉNEZ-OCHOA, S.; LANDEROS-PÉREZ, M. E.; HUERTA-FRANCO, M. R. Efecto Del masaje terapéutico como cuidado de enfermería en la capacidad funcional del adulto mayor. **Enfermería Universitaria**, v. 12, n. 2, p. 49-55, 2015.

João Pessoa. **Secretaria Municipal de Saúde**. 2015. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/distritos-sanitarios/>. Acesso em: 10 mar. 2016.

JULIANO; M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflection son the social support network as a mechanism for the protection and promotion of resilience. **Ambient. soc.**, v. 17, n. 3, p. 135-154, 2014.

KILIC, S. A.; DORSTYN, D. S.; GUIVER, N. G. Examining factors that contribute to the process of resilience following spinal cordinjury. **Spinal Cord**. v. 51, n. 7, p. 553-7, 2013.

LEE, Y. C. et al. A Study on theEffectof Self Bedside Exercise Programon Resilience and Activities of Daily Living for Patients with Hemiplegia. **Journal of Exercise Rehabilitation**, v. 11, n. 1, p. 30-35, 2015.

LEMOS, C. M. M.; MORAES, D. W.; PELLANDA, L. C. Resilience in Patients with Ischemic Heart Disease. **Arq. bras.Cardiol.**, v. 106, n. 2, p. 130-135, 2016.

LI, M.-Y. et al. Effects of Social Support, Hope and Resilience onQuality of Life among Chinese Bladder Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 14, p. 73, 2016.

LOPES, V. R.; MARTINS, M. C. F. Validação Fatorial da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para Brasileiros. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**. v. 11, n. 2, p. 36-50, 2011.

LOUREIRO, I.; MIRANDA, N.; MIGUEL, J. M. P. Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. **R. port. saúde pública**. v. 31, n. 1, p. 23–31, 2013.

MARTIN, D. An anthropological contribution to social support. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1115, 2012.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2012. 512 p.

MINOSSO, J. S. M. et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta paul.enferm.**, v. 23, n. 2, p. 218-23, 2010.

MONTEIRO, R. B. C. et al. Medo de cair e sua relação com a medida da independência funcional e a qualidade de vida em indivíduos após Acidente Vascular Encefálico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2017-27, 2013.

MORAES, J. R.; MOREIRA, J. P. L.; LUIZ, R. R. Associação entre o estado de saúde autorreferido de adultos e a área de localização do domicílio: uma análise de regressão logística ordinal usando a PNAD 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3769-80, 2011.

MORAIS, H. C. C. et al. Strategies for self-management support by patients with stroke: integrative review. **R. esc. enferm. USP** [online], v. 49, n. 1, p. 136-143, 2015.

NETO, J. A. C. **Metodologia da pesquisa científica: da graduação à pós-graduação**. Curitiba-PR: CRV, 2012.

NISHIO, I.; CHUJO, M. Qualitative Analysis of the Resilience of Adult Japanese Patients with Type 1 Diabetes. **Yonago Acta Medica**, v. 59, n. 3, p. 196-203, 2016.

NUNES, M. I.; FERRETTI, R. E. L.; SANTOS, M. **Enfermagem em geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

OLIVEIRA, A. R. S. et al. Evaluation of patients with stroke monitored by home care programs. **R. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1143-1149, 2013.

OLIVEIRA, D. C.; NERI, A. L.; D'ELBOUX, M. J. Variables related to the anticipated support for care in community-dwelling older adults. **R. latino-am. enferm.**, v. 21, n. 3, p. 742-749, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição**. Nova Iorque: 1946.

PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Social support and social network in family nursing: reviewing concepts. **R. latino-am. enferm.**, v. 16, n. 2, p. 324-327, 2008.

PESCE, R. P. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 21, n. 2, p. 436-448, 2005.

PESCE, R. P. et al. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psic.: teor. e pesq.** [online], v. 20, n. 2, p. 135-143, 2004.

PIRES, D. E. P. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. **Rev. bras. enferm.**, v. 66, n. esp, p. 39-44, 2013.

RANGEL, E. S. S.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S. Quality of life of patients with stroke rehabilitation. **Acta paul. enferm.**, v. 26, n. 2, p. 205-212, 2013.

REIS, L. A. et al. Relação familiar da pessoa idosa com comprometimento da capacidade funcional. **Aquichan.** v. 15, n. 3, p. 393-402, 2015.

REPPOLD, C. T. et al. Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. **Psicologia: Reflexão & Crítica**, v. 25, n. 2, p. 248-55, 2012.

RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. Perfil de Usuários Acometidos por Acidente Vascular Cerebral Adscritos à Estratégia Saúde da Família em uma Capital do Nordeste do Brasil. **R. bras. ci. saúde**, v. 16, s2, p.25-44, 2012.

RODRIGUES, N. O; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012.

ROQUE, S. N. **Resiliência e apoio social em idosos: uma interface com a qualidade de vida.** 2013. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto Federal do Mato Grosso, Universidade Federal da Paraíba (DINTER), João Pessoa.

ROZEMBERG, L. et al. Resiliência, gênero e família na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 673-684, 2014.

ROZO, A. L.; JULIAO, A. J. Medida de la independencia funcional con escala FIM en los pacientes con evento cerebro vascular del Hospital Militar Central de Bogotá em

el período octubre 2010 - mayo 2011. **R. Fac. Med. Bogotá**, v. 21, n. 2, p. 43-52, 2013.

RUIZ-ROBLEDILLO, N. et al. Highly resilient coping entails better perceived health, high social support and lowmorning cortisol levels in parents of children with autism spectrum disorder. **R. Dev. Disabil.** v. 35, n. 3, p. 686-95, 2014.

SALTER, K.; FOLEY, N.; TEASELL, R. Social support interventions and mood status post stroke: A review. **Int. J.Nurs. Stud.**, v. 47, n. 5, p. 616-25, 2010.

SANTOS, E. B.; RODRIGUES, R. A. P.; PONTES-NETO, O. M. Prevalence and predictors of post stroke depression among elderly stroke survivors. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v. 74, n. 8, p. 621-25, 2016.

SANTOS, R. S.; BARRETO, A. C. M. Capacidade de resiliência em adolescentes: o olhar da enfermagem. **R. enferm. UERJ**, v. 22, n. 3, p. 359-64, 2014.

SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Rev. bras. enferm.**, v. 65, n. 4, p. 561-565, 2012.

SILVA, J. K. et al. A vida após o acidente vascular cerebral na perspectiva dos sobreviventes. **R. eletr. enferm.**, v. 18, p. 1-10, 2016a.

SILVA, S. M. et al. Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis. **R. latino-am. enferm.**, v. 24, n. 24, e2752, 2016b.

SILVA, T. O. N. et al. Cross-cultural adaptation of an instrument to measure the family-centered care. **Acta paul. enferm.**, v. 28, n. 2, p. 107-112, 2015.

SMELTZER, S. C. et al. Cuidados aos pacientes com transtornos vasculares cerebrais. In:\_\_\_\_\_. **Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 1899-1920.

TAVARES, B. C. et al . Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus. **Texto contexto - enferm.**, v. 20, n. 4, p. 751-757, 2011.

VINACCIA, S. et al. Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dyspepsia funcional. **Act. colom. psicol.**, v. 17, n. 1, p. 61-70, 2014.

WAGNILD G. M., YOUNG H. M. Development and psychometric evaluation of resilience scale. **J. Nurs. Meas**; v.1, p. 165-78, 1993.

WHITE, J. H. et al. Trajectories of psychological distress after stroke. **Annals Of Family Medicine**. v. 10, n. 5, p. 435-442, 2012.

YU, Y. et al. Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: the mediating role of positive coping. **Psychiatry Res**. v. 215, n. 2, p. 401-5, 2014.

## APÊNDICES

---

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Indivíduos com sequelas de AVE)

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre RESILIÊNCIA EM INDIVÍDUOS COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) e está sendo desenvolvida pela pesquisadora RAQUEL JANINE DE LIMA, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profa. Dra. KÁTIA NEYLA DE FREITAS MACEDO COSTA.

O objetivo geral desta pesquisa é avaliar os níveis de resiliência de indivíduos que possuem sequelas de AVE no município de João Pessoa, PB, Brasil, tendo em vista que esta temática influencia diretamente o processo de reabilitação, tratamento e qualidade de vida destes indivíduos. Os objetivos específicos são: Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde dos indivíduos que possuem sequelas de AVE; Verificar a capacidade funcional dos indivíduos com sequelas de AVE; Identificar os níveis de apoio social que os indivíduos com sequelas de AVE recebem; E correlacionar o perfil sociodemográfico e de saúde, a capacidade funcional e o apoio social com os níveis de resiliência destes indivíduos.

Solicitamos a sua colaboração para participação deste estudo, como também sua autorização para apresentar os resultados em eventos da área de saúde e publicar em revistas científicas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Esta pesquisa apresenta riscos mínimos para os participantes, a exemplo de: constrangimento durante a realização das perguntas, riscos emocionais ou psicológicos ao abordar a referida temática e desconforto devido ao tempo necessário para a coleta dos dados. Na identificação destas situações, a pesquisa poderá ser cancelada a critério do indivíduo ou adiada. Como benefícios, este estudo contribuirá com a identificação do perfil, da resiliência, do apoio social e da capacidade funcional dos indivíduos que possuem algum tipo de seqüela decorrente de AVE no referido município, e com a elaboração de estratégias posteriores para a melhoria da reabilitação.

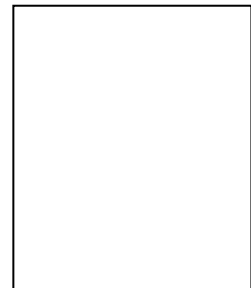
Esclarecemos que sua participação é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar ou desistir a qualquer momento, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

João Pessoa, PB, \_\_\_/\_\_\_/2016.



Caso necessite de mais informações, entrar em contato com Raquel Janyne de Lima, E-mail: [raqueljanine@hotmail.com](mailto:raqueljanine@hotmail.com). Telefone: (83) 98706-8484 OU Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I – Cidade Universitária. Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 – Fone: (83) 3216-7791. E-mail: [eticaccsufpb@hotmail.com](mailto:eticaccsufpb@hotmail.com).

## APÊNDICE B– INSTRUMENTO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DOS INDIVÍDUOS COM SEQUELAS DE AVE

### 1. Identificação sociodemográfica

**Idade:** (1) 18 à 29 anos (2) 30 à 42 anos (3) 43 à 55 anos (4) 56 à 65 anos (5) 66 à 80 anos (6) igual ou maior que 86 anos

**Sexo:** (1) F (2) M

**Com quem mora:** (1) Sozinho (2) Familiares (3) Amigos

**Presença de cuidador:** (1) Sim (2) Não

**Parentesco:** \_\_\_\_\_ **Quant:** \_\_\_\_\_.

**Religião:** (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Umbandista (5) Ateu (6) Não tem religião

**Estado civil:** (1) Solteiro (2) Casado ou união estável (3) Viúvo (4) Divorciado

**Escolaridade:** (1) Analfabeto (2) Alfabetizado (3) Possui de 1-4 anos de escolaridade (4) Possui de 5 à 8 anos de escolaridade (5) Possui de 9 à 11 anos de escolaridade (6) 12 ou mais anos de escolaridade

**Renda individual:** (1) até R\$880,00 (2) de R\$ 881,00 - R\$ 1760,00 (3) de R\$1761,00- R\$ 2640,00 (4) de R\$ 2641,00- R\$ 3520,00 (5) de R\$ 3520,00 a 4400,00 (6) mais de 4401,00 (7) Não tem (8) não sabe

**Renda familiar:** (1) até R\$880,00 (2) de R\$ 881,00 - R\$ 1760,00 (3) de R\$1761,00- R\$ 2640,00 (4) de R\$ 2641,00- R\$ 3520,00 (5) de R\$ 3520,00 a 4400,00 (6) mais de 4401,00 (7) Não tem (8) não sabe

**Tipo de renda:** (1) Aposentadoria (2) Pensão (3) Aluguel (4) Trabalho próprio (5) Doação – família, amigos, instituição (6) Outras (7) Não tem

**A renda é suficiente para os cuidados com o paciente e as despesas:** (1) Sim (2) Não

**Renda principal da casa:** (1) Idoso (2) Familiar (3) Outra

### 2. Hábitos de Vida e situação de saúde

**Fuma:** (1) Sim (2) Não **Já fumou:** (1) Sim (2) Não **Bebida alcoólica:** (1) Sim (2) Não **Já bebeu:** (1) Sim (2) Não

**Atividade física:** (1) Sim (2) Não **Qual:** (1) Aeróbica (2) Musculação (3) Caminhada (4) Outras

**Se sente cansado:** (1) Nunca (2) Às vezes (3) Frequentemente (4) Sempre

**Atividades de lazer:** (1) Sim (2) Não **Se sim, frequência** (1) Diariamente (2) Semanalmente

(3) Quinzenalmente (4) Mensalmente (5) Anualmente

**Estado de saúde autorreferido:** (1) Ruim (2) Regular (3) Ótimo (4) Excelente

### 3. Características referentes ao AVE:

**Último episódio de AVE:** (1) 1 a 6 meses (2) 6 a 12 meses (3) Mais de 1 ano

**Quant. de episódios de AVE:** (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 ou mais

**Tipo de AVE:** (1) Hemorrágico (2) Isquêmico (3) Não sabe

**Tipo (s) de sequela (s):** (1) Disfagia (2) Paralisia facial (3) Fraqueza muscular (4) Déficit de sensibilidade (5) Alteração visual (6) Alteração motora (7) Distúrbio de humor (9) Outras

**Uso de algum dispositivo:** (1) Sim (2) Não **Se sim, qual:** (1) Cadeira de rodas (2) Órteses (3) Cadeira de rodas para banho (3) Outros

**Fez/Faz tratamento fisioterápico/reabilitação:** (1) Sim (2) Não

**Fatores de risco autorreferidos para o AVE:** (1) Idade maior que 55 anos (2) AVE prévio (3) HAS (4) DM (5) Sexo masculino (6) Tabagismo (7) Hipercolesterolemia (8) Histórico de IAM (9) Cardiopatias (10) Raça Negra (11) Fibrilação Atrial

**Observações:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ Coleta: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Pesquisador \_\_\_\_\_ (a) responsável: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C – CARTA-CONVITE AOS PESQUISADORES



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**NÍVEL MESTRADO**

**Linha de Pesquisa:** Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa.

**Orientanda:** Raquel Janyne de Lima.

**Título da Pesquisa:** Resiliência em indivíduos com sequelas de Acidente Vascular Encefálico.

Prezado (a) pesquisador (a)

Você foi convidado (a) a participar desta validação de face cujo objetivo principal é verificar se o INSTRUMENTO SÓCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DOS INDIVÍDUOS COM SEQUELAS DE AVE é adequado para medir o perfil dos referidos participantes da pesquisa.

Este instrumento foi desenvolvido pela mestranda Raquel Janyne de Lima a partir de outros modelos presentes na literatura pesquisada. Sua finalidade é atender um dos objetivos específicos da pesquisa: Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde dos indivíduos que possuem sequelas de AVE.

Agradeço a sua participação neste estudo!

Atenciosamente,  
Raquel Janyne de Lima

**APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(Validação de face - profissionais)**

Prezado (a) pesquisador (a)

Esta pesquisa é sobre RESILIÊNCIA EM INDIVÍDUOS COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) e está sendo desenvolvida pela pesquisadora RAQUEL JANYNE DE LIMA, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profa. Dra. KÁTIA NEYLA DE FREITAS MACEDO COSTA.

O objetivo geral desta pesquisa é avaliar os níveis de resiliência de indivíduos que possuem sequelas de AVE no município de João Pessoa, PB, Brasil, tendo em vista que esta temática influencia diretamente o processo de reabilitação, tratamento e qualidade de vida destes indivíduos. Os objetivos específicos são: Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde dos indivíduos que possuem sequelas de AVE; Verificar a capacidade funcional dos indivíduos com sequelas de AVE; Identificar os níveis de apoio social que os indivíduos com sequelas de AVE recebem; E correlacionar o perfil sociodemográfico e de saúde, a capacidade funcional e o apoio social com os níveis de resiliência destes indivíduos.

Solicitamos a sua colaboração para participação deste estudo, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revistas científicas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Esclarecemos que não há riscos previsíveis com sua participação. Como benefícios, este estudo contribuirá com a identificação do perfil, da resiliência, do apoio social e da capacidade funcional dos indivíduos que possuem algum tipo de sequela decorrente de AVE no referido município, e com a possível elaboração de estratégias posteriores para a melhoria da reabilitação destes indivíduos.

Esclarecemos também que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, você não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo ou desistir a qualquer momento, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Pesquisador

João Pessoa, PB, 10/03/2016.

Caso necessite de mais informações, entrar em contato com Raquel Janyne de Lima, E-mail: [raqueljanine@hotmail.com](mailto:raqueljanine@hotmail.com). Telefone: (83) 98706-8484 OU Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I – Cidade Universitária. Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 – Fone: (83) 3216-7791. E-mail: [eticaccsufpb@hotmail.com](mailto:eticaccsufpb@hotmail.com).



## ANEXO A – ESCALA DE RESILIÊNCIA

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

	DISCORDO			NEM CONCOR DO NEM DISCOR DO	CONCORDO		
	Totalmen Te	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmen te
1 Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO B- ÍNDICE DE BARTHEL

INTESTINO: 0= Incontinente  
1= Acidente Ocasional  
2= Contínente

BEXIGA: 0 = Incontinente/Cateterizado e incapaz de manejar  
1= Acidente ocasional  
2= Contínente

HIGIENE PESSOAL: 0 = Necessita de ajuda  
1= Independente para cuidar da face, do cabelo, dos dentes e se barbear

USAR O BANHEIRO: 0 = Dependente  
1= Necessita de alguma ajuda  
2= Independente

ALIMENTAÇÃO: 0 = Dependente  
1= Necessita de alguma ajuda para, por exemplo, cortar, espalhar manteiga.  
2= Independente para todas as ações

TRANSFERIR-SE (DA CADEIRA PARA ACAMA): 0 = Incapaz  
1= Ajuda maior, pode sentar-se.  
2= Ajuda menor (verbal ou física)  
3= Independente

CAMINHAR: 0 = Incapaz  
1= Independente em cadeira de rodas  
2= Caminha com ajuda de alguma pessoa (verbal/física)  
3= Independente (pode receber ajuda)

VESTIR-SE: 0 = Dependente  
1= Necessita de ajuda, mas faz a metade.  
2= Independente (incluindo botões, zíperes e laços)

ESCADAS: 0 = Incapaz  
1= Necessita de ajuda (verbal/física)  
2= Independente

BANHO: 0 = Dependente  
1= Independente

Classificação:

( ) 0 - 04 – Dependente muito grave; ( ) 05 -09 – Dependente grave;  
( ) 10-14 – Dependente moderado; ( ) 15-19 – Dependente leve; ( ) 20 – Independente

## ANEXO C – ESCALA DE APOIO SOCIAL

<b>Se você precisar...</b>		
<b>A) Com que frequência conta com alguém que o ajude, se ficar de cama?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre		<input type="text"/> (1 a 5)
<b>B) Com que frequência conta com alguém para levá-lo (a) ao médico?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre		<input type="text"/> (1 a 5)
<b>C) Com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre		<input type="text"/> (1 a 5)
<b>D) Com que frequência conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre		<input type="text"/> (1 a 5)
<b>53. O escore será obtido a partir da soma dos pontos obtidos, de acordo com a resposta dada. Escore de apoio material:</b>		<b>Esmat</b> (4 a 20) <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Apoio Afetivo:</b>		
<b>Se você precisar...</b>		
<b>A) Com que frequência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre		(1 a 5)
<b>B) Com que frequência conta com alguém que lhe dê um abraço?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre		(1 a 5)
<b>C) Com que frequência conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querido?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre		<input type="text"/> (1 a 5)
<b>54. O escore de apoio afetivo será obtido pela soma de pontos conforme resposta dada. Escore de apoio afetivo</b>		<b>Escafet</b> (3 a 15) <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Apoio Emocional</b>		
<b>Se você precisar:</b>		
<b>A) Com que frequência conta com alguém para lhe ouvir, quando você precisa falar?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre		<input type="text"/> (1 a 5)
<b>B) Com que frequência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou de seus problemas?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre		<input type="text"/> (1 a 5)
<b>C) Com que frequência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre		<input type="text"/> (1 a 5)
<b>D) Com que frequência conta com alguém que compreenda seus problemas?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre		<input type="text"/> (1 a 5)
<b>55. Escore emocional:</b>		<b>Esmoc</b> (4 a 20) <input type="text"/> <input type="text"/>

<b>Apoio de Informação</b>	
<b>Se você precisar:</b>	
<b>A) Com que frequência conta com alguém para lhe dar bons conselhos em uma crise?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre	<input type="text"/> (1 a 5)
<b>B) Com que frequência conta com alguém para lhe dar informações que o(a) ajude a compreender uma determinada situação?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre	<input type="text"/> (1 a 5)
<b>C) Com que frequência conta com alguém de quem você realmente quem conselhos?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre	<input type="text"/> (1 a 5)
<b>D) Com que frequência conta com alguém para lhe dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal ?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre	<input type="text"/> (1 a 5)
<b>56. Escore de Informação</b>	<b>Escinform</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (4 a 20)

<b>Interação Social Positiva</b>	
<b>Se você precisar...</b>	
<b>A). Com que frequência conta com alguém para se divertir junto?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre	<input type="text"/> (1 a 5)
<b>B) Com que frequência conta com alguém com quem relaxar?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre	<input type="text"/> (1 a 5)
<b>C) Com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre	<input type="text"/> (1 a 5)
<b>D) Com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?</b> 1. Nunca    2. Raramente    3. Às vezes    4. Quase sempre    5. Sempre	<input type="text"/> (1 a 5)
<b>O escore de interação positiva será o resultado da soma dos pontos de acordo com a resposta dada.</b>	<b>Escsocial</b> <input type="text"/> <input type="text"/> (4 a 20)

## ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 1ª Reunião realizada no dia 18/02/2016, o Projeto de pesquisa intitulado: **“RESILIÊNCIA EM INDIVÍDUOS COM SEQUELA DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO”**, da pesquisadora Raquel Janyne de Lima. Prot. nº 0641/15. CAAE: 51438115.9.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

  
Teresa Cristina Cunha  
Mat. SIAPE 0331417  
CEP-CCS-UFPB