

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRO REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

O BEM ESTAR SUBJETIVO E A FELICIDADE DE PESSOAS QUE
SOFRERAM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) E
TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICOS (TCE) PRATICANTES DE
ATIVIDADE FÍSICA.

Bolsista: Lamarquiliana Sabrina das Chagas de Oliveira, CNPq

MANAUS

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRO REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL
O BEM ESTAR SUBJETIVO E A FELICIDADE DE PESSOAS QUE
SOFRERAM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) E
TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICOS (TCE) PRATICANTES DE
ATIVIDADE FÍSICA.

Bolsista: Lamarquiliana Sabrina das Chagas de Oliveira, CNPq
Orientadora: Prof^a Dr^a Minerva Leopoldina de Castro Amorim

MANAUS

2015

Resumo

O presente trabalho teve o propósito de avaliar o bem-estar subjetivo e a felicidade de pessoas que foram acometidas por acidente vascular encefálico (AVE) e traumatismo crânio encefálico (TCE) praticantes de atividade física. A amostra deste estudo foi constituída por 39 voluntários de ambos os sexos, com idade entre 21 a 76 anos, dentre estes: que frequentavam o Programa de Atividades Motoras para Deficientes – PROAMDE (n=14), indivíduos do Programa Viver Melhor Atividade Motora, CET Elisa Bessa (n= 09); CET Cinthia Régia (n= 05) e CET Áurea Braga (n= 01) e indivíduos do Centro de Convivência da Família Magdalena Arce Daou (n= 10). O bem-estar subjetivo e a felicidade foram avaliados através do EBES (Escala de bem-estar subjetivo e felicidade). Os resultados encontrados apontam que, o grupo avaliado apresentou níveis positivos de bem-estar subjetivo e felicidade, sendo que, em função do gênero, as mulheres apresentaram percentuais mais elevados de felicidade. Para relação do BES com a prática de atividades físicas, percebemos que, mais de 66% dos inquiridos concordaram que o contributo da prática desportiva para o bem-estar subjetivo/felicidade é muito importante. Dessa forma, podemos concluir que a prática desportiva parece ser um fator decisivo na percepção do bem-estar subjetivo e felicidade dos inquiridos desta pesquisa.

Palavras- chaves: Bem-estar subjetivo, felicidade, atividade física.

Abstract

The present work had purpose to evaluate the subjective wellbeing and happiness of people that were stricken for vascular encephalic accident or traumatism encephalic cranial physical exercises practitioners. The sample this study was constituted for 39 voluntaries of both genders, with age between 21 to 76 years old, this people that frequented of Program of Motor Activities to Handicapped – PROAMDE (n = 14), individuals of the Program to Live Better Motor Activity, CET Elissa Bessa (n = 09); CET Cinthia Régia (n= 05) and CET Áurea Braga (n= 01) and individuals of the Center of family acquaintanceship Magdalena Arce Daou (n= 10). The subjective wellbeing and happiness were evaluated through EBES (Scale of subjective wellbeing and happiness). The results found indicate that the group evaluated introduced positives levels of wellbeing and happiness, wherein, on gender function, women introduced high percentage of happiness. In relation of BES with physical activities practice, we realized that more of 66% inquired accepted with contribute of sporting practice to subjective wellbeing/happiness is too important. This way, we can conclude that sporting practice seems to be a decisive factor at perception in wellbeing and happiness of inquired of this research.

Keywords: Subjective wellbeing, happiness, physical activity.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. OBJETIVOS.....	6
2.1 Objetivo Geral.....	6
2.2 Objetivos Específicos.....	6
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	6
3.1 Acidente Vascular Encefálico e Traumatismo Crânio Encefálico.....	6
3.2 Bem-estar subjetivo e felicidade.....	9
3.3 A contribuição das atividades motoras para pessoas com sequelas neurológicas.....	12
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	13
4.1 Metodologia.....	13
4.1 População e Amostra.....	14
4.2 Locais de coleta.....	14
4.3 Procedimentos de coleta de dados.....	14
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	15
4.5 Instrumentos da Pesquisa.....	15
4.6 Análises Estatísticas.....	16
5. RESULTADOS.....	16
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA:.....	16
5.1.1 Gênero da amostra.....	16
5.1.2 Idade da amostra.....	17
5.2 Escala de satisfação com a vida.....	18
5.3 Escala dos Afetos Positivos e Negativos.....	18
5.4 Escala de Felicidade Geral.....	19
6. DISCUSSÃO.....	23
7. CONCLUSÃO.....	25
8. REFERENCIAS.....	26
APENDICES.....	30
Cronograma.....	30
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	31
Anexo 3 – Questionário sociodemográfico.....	32
Anexo 4 – Escala satisfação com a vida e afetos positivos e negativos.....	33
Anexo 5 – Escala da Felicidade Geral.....	34
Anexo 6 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa UFAM.....	35

1. INTRODUÇÃO

Existem indicações de que o nível de saúde física, saúde mental e a funcionalidade, refletem na capacidade do indivíduo em desempenhar atividades básicas e atividades da vida diária, repercutindo no bem-estar subjetivo da pessoa. Tanto o Acidente Vascular Encefálico (AVE), como o Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) tem grande potencial para gerar déficits no funcionamento físico, sensorial e cognitivo, gerando impacto no cotidiano e no desempenho do indivíduo frente às atividades da vida diária e na avaliação subjetiva que ele faz da sua vida (RABELO e NERI, 2006).

Nesse sentido, as diferentes circunstâncias da vida aliado a incapacidade tendem a desempenhar um papel crítico no que diz respeito ao potencial do indivíduo para manter o bem-estar subjetivo positivo (SMITH e BALTES 1997). Tendo, tais indivíduos, uma percepção alterada, devido à deficiência, no momento de avaliarem o bem-estar e a felicidade. Esta pesquisa está baseada no bem-estar subjetivo e felicidade de pessoas que foram acometidas por AVE ou TCE praticantes de atividade física, que frequentavam o Programa de Atividades Motoras para Deficientes – PROAMDE, indivíduos do Programa Viver Melhor Atividade Motora, e indivíduos do Centro de Convivência da Família Magdalena Arce Daou.

Em decorrência das sequelas deixadas pelo AVE e/ou TCE, os indivíduos podem apresentar problemas psicológicos, os mais comuns são: depressão, isolamento, irritabilidade e alteração da percepção da felicidade (PINTO e LIMA, 2011). Sendo que, algumas pesquisas (SNYDER, LOPEZ, 2001; SWANBROW, 1989 apud COLETA e COLETA, 2006, p. 534) nas duas últimas décadas, tem demonstrado, experimentos significativos, quanto ao crescimento sobre felicidade, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida, em seus diferentes aspectos, correlacionados com a prática da atividade, apresentando impacto positivo não apenas nas funções físicas, como também, contribui nos aspectos sociais e bem-estar geral dos indivíduos. Deixando clara a influência benéfica da atividade física para seus praticantes.

Portanto, esta pesquisa visa avaliar o bem-estar subjetivo e a felicidade de pessoas que sofreram AVE e/ou TCE praticantes de atividade física e caracterizá-los, no que diz respeito ao tempo da doença, idade, gênero e fazer uma correlação sobre felicidade e o tempo da prática de atividade física, verificando quem é mais feliz. Além de trazer outras informações e achados relevantes sobre o tema da pesquisa.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar o Bem Estar Subjetivo (BES) e a felicidade de pessoas que sofreram Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Traumatismo Crânio Encefálicos (TCE) praticantes de atividade física.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os participantes da pesquisa em relação ao tempo do AVE/TCE, idade e gênero;
- Comparar o nível de felicidade dos participantes que praticam atividade física há mais de três anos com aqueles que praticam há menos de um ano.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Acidente Vascular Encefálico e Traumatismo Crânio Encefálico

O Acidente Vascular Encefálico (AVE), assim como o Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) estão entre as doenças neurológicas que mais causam incapacidade física e disfunção cognitiva em vários países, dentre eles o Brasil (CALVETTE, et al., 2012).

O AVE pode ser compreendido pelo rápido acontecimento de sinais clínicos decorrentes de distúrbios focais ou globais da função cerebral, resultando em sintomas com duração superior a 24 horas e que podem produzir a morte sem mais causa aparente que não seja a sua origem vascular (NUNES, PEREIRA e SILVA, 2005). O mesmo é uma doença que possui várias causas, que apresenta manifestações diferentes em cada caso, que pode ser classificado como isquêmico ou hemorrágico. Os resultados neurológicos decorrentes do AVE são determinados pela área cerebral afetada, pelas causas do AVE, extensão da lesão e as funções das áreas lesadas (O'SULLIVAN e SCHMITZ, 2010).

O AVE isquêmico é o mais comum e ocorre quando um depósito de coágulo de sangue ou plaqueta (proteína, colesterol, por exemplo) bloqueia uma artéria que abastece sangue para o cérebro. Pode ser subdividido em isquemia cerebral trombótica, isquemia cerebral embólica e isquemia cerebral por hipoperfusão. Já um AVE hemorrágico ocorre quando uma artéria no cérebro rompe, fazendo com que o sangue derrame nos tecidos adjacentes. Existem dois tipos: hemorragia intracerebral e hemorragia subaracnóidea. A

mortalidade está mais associada a AVE hemorrágicos do que isquêmicos, sendo que a maioria das mortes ocorre 48 horas após o AVE (MARTINS, et al., 2008).

As síndromes que produzem alterações cognitivas pós-AVE são o resultado de eventos isquêmicos ou hemorrágicos que podem ocorrer em uma das artérias cerebrais: artéria cerebral média, artéria cerebral anterior e artéria cerebral posterior, bem como, infartos isquêmicos que podem ocorrer nas junções entre duas distribuições arteriais (DONOVAN et al, 2008).

Posteriormente a ocorrência do AVE, frequentemente o indivíduo apresenta um sinal clássico a hemiplegia ou a hemiparesia, que caracteriza-se pela paralisia parcial ou total de um hemicorpo. Apresentando rebaixamento do nível de consciência, demência, cefaléias, disfunção proprioceptiva, decorrente de distúrbios do campo visual, dificuldade em deambular, tonteira ou desequilíbrio, disfunção sensorial, distúrbios da fala e da linguagem, disfagia, disfunção intestinal, vesical, entre outros (ANDRE, 2006).

De acordo com Kakihara e Neves (2005):

A recuperação da hemiplegia ocorre em uma sequência estereotipada de episódios, que se inicia com breve período de flacidez, durante os primeiros estágios do AVE, que posteriormente poderá ser substituída pelo desenvolvimento da espasticidade, hiper-reflexia e padrões de movimentos em massa, conhecidos como sinergismos. Tanto os efeitos da espasticidade como da flacidez levam a incapacidade do indivíduo em estabilizar adequadamente as articulações proximais e o tronco, tendo como resultado o desalinhamento postural.

Contudo, a assimetria corporal e o desequilíbrio postural, poderão interferir na capacidade do indivíduo com sequela de AVE na execução das atividades diárias, tais como: vestir-se, alimentar-se, mudar de posição, andar, alcançar objetos, tomar banho, toalete e mobilidade dentro de casa; tarefas de rotina, necessárias para sobreviver. O quanto antes iniciar o processo de reabilitação, melhor será o prognóstico, menor a dependência e os custos com os cuidadores (KAKIHARA E NEVES, 2005).

Sendo que Lewis e Rowland (2012), reafirmam o que foi dito acima, pois consideram que o AVE é uma doença geradora de algumas dificuldades, com perdas de independência e, muitas vezes, da autonomia.

O indivíduo que perde total ou parcialmente a autonomia exigirá frequentemente a presença de alguém para auxiliá-lo no desempenho de atividades diárias, resultando muitas vezes, em tais indivíduos, emoções e/ou sentimentos negativos por dependerem de outras pessoas para a execução das atividades, que antes, eram realizadas com êxito e sem auxílio. Causando a dependência da pessoa aos cuidados da família ou de um profissional contratado.

Logo, o AVE, é hoje uma das causas mais comuns de disfunções neurológicas que ocorre na população adulta, que se situa entre as quatro maiores causas de morte em muitos países. Porém, é considerada mais incapacitante que fatal, uma vez que o AVE é a principal causa de deficiência neurológica grave e acarreta custos enormes (LEWIS e ROWLAND, 2012).

Uma outra causa considerada como o fantasmas da moderna sociedade industrializada, são os Traumatismos Crânio Encefálicos (TCE), que constituem hoje uma das maiores causas de morte, especialmente em adultos jovens, provocando na maioria dos casos deficiência e consequentemente dependência para a realização de suas atividades de vida diária. Sendo em sua grande maioria em decorrência de acidentes automobilísticos, uso de arma de fogo ou quedas. As lesões cerebrais ocorrem em todas as idades, mas o pico máximo é em adultos jovens entre 15 a 35 anos. Os homens são atingidos em frequência três ou quatro vezes mais que as mulheres (LEWIS e ROWLAND, 2012).

As vítimas que sobrevivem ao TCE podem apresentar deficiências e incapacidades que são temporárias ou permanentes, interferindo na capacidade do indivíduo de desempenhar diversas funções.

O TCE pode ser dividido em fechado ou aberto. Na maioria dos pacientes o crânio não é afundado, e tais danos normalmente são focais, sobrepostos em difusão da substância branca e dano no tronco cerebral. Entretanto, déficits cognitivos podem estar associados também ao TCE fechado, mesmo naqueles mais leves, sendo que, alguns destes pacientes têm disfunções neuropsicológicas permanentes. Os casos de, moderados a severos, estão associados a uma pior recuperação e requerem uma reabilitação mais extensiva para maximizar o funcionamento pré-mórbido (SEIGNOUREL et al, 2005). Ainda pode levar a comprometimentos cognitivos tendo alterações nos níveis de consciência, podendo ocorrer algumas lesões focais. Os déficits de orientação e memória são comprometimentos cognitivos comuns, o indivíduo fica desorientado em relação às pessoas, tempo e lugar. O comprometimento neuromuscular leva a uma alteração no tônus muscular, isso pode variar de uma espasticidade afetando gravemente todo o corpo e iniciando fortemente os movimentos funcionais normais, até um tônus menor que não afetará a função de um grupo muscular individual, assim, não comprometendo a função (O'SULLIVAN e SCHMITZ, 2004).

As sequelas resultantes do TCE podem ser divididas em três categorias: físicas, cognitivas e comportamentais/emocionais. As sequelas físicas são diversificadas, podendo ser visuais, motoras, entre outras; já as cognitivas, frequentemente, incluem diminuição da

memória, dificuldades de aprendizagem, entre outras; e as comportamentais/emocionais são a perda de autoconfiança, comportamento infantil, motivação diminuída, e mais comumente, irritabilidade e agressão (LEATHEM et al, 2000).

De acordo com Munoz et al. (2001), as alterações neuropsicológicas pós-traumáticas constituem um dos principais fatores que determinam o futuro dessas pessoas, pois condicionam, de forma notável, tanto o grau de independência funcional alcançado e retorno ao trabalho, como também o estabelecimento de relações familiares e sociais satisfatórias.

Quando uma doença acomete o cérebro, como um AVE ou TCE, por exemplo, partes deste órgão deixam de funcionar adequadamente, e isto é percebido por deficiências motoras, sensitivas, alterações de comportamento, de linguagem, entre outras (PINTO e LIMA, 2011).

De acordo com Calvette (2012), as funções cognitivas comumente afetadas no AVE são: memória, atenção, linguagem e orientação, enquanto que pacientes com TCE têm usualmente déficits em funções executivas, assim como atenção, memória, velocidade de processamento, dentre outras.

Portanto, os indivíduos com sequelas de AVE/TCE seguem, normalmente, uma rotina de intervenção e tratamento de acordo com o tipo e causa do AVE ou traumatismo. Esta rotina varia desde a intervenção cirúrgica ao tratamento clínico, passando, posteriormente, para o tratamento fisioterápico e atividades motoras. Tais intervenções, na medida do possível, consistem em restabelecer funções e/ou atenuar as sequelas deixadas. Porém, o quadro tende, com o tempo, a se estabilizar e o paciente apresenta, na maioria das vezes, uma hemiparesia ou uma hemiplegia, dependendo não somente da área cerebral afetada, como também da extensão deste acometimento (COSTA, et al., 2002).

3.2 Bem-estar subjetivo e felicidade

As pesquisas que utilizam o Bem-Estar Subjetivo (BES) buscam compreender a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas. BES é o estudo científico da felicidade: o que a causa, o que a destrói e quem a tem. A palavra “felicidade” expressa os componentes do BES (GILL e FEINSTEIN, 1994).

Atualmente, o BES é concebido por Diener e Lucas (2000) apud Siqueira e Padovam (2008, p.2002) como um conceito que requer autoavaliação, ou seja, ele só pode ser observado e relatado pelo próprio indivíduo e não por indicadores externos e nem por terceiro. O BES trata-se de uma experiência interna de cada indivíduo, que emite um julgamento de como ele se sente e seu grau de satisfação com a vida (ALBUQUERQUE, 2004;

SELIGMAN, 2004; SNYDER e LOPEZ, 2009; STONES, WOROBEZ e BRINK, 2011 apud COMIN, SANTOS e SANTOS, 2012, p. 322).

O BES apresenta necessariamente três características fundamentais que podem diferenciá-lo dos outros conceitos: a subjetividade, medidas positivas e uma avaliação global (DIENER, 1984). Sendo que Campbell (1976) argumenta que BES é uma experiência interna de cada indivíduo.

Os componentes do BES são divididos nas seguintes dimensões: satisfação com a vida e afetos positivos e negativos (ANGUAS, 1997; MARTINEZ e GARCIA, 1994). Afeto positivo é um contentamento hedônico puro experimentado em um determinado momento como um estado de alerta, de entusiasmo e de atividade. É um sentimento transitório de prazer ativo; mais uma descrição de um estado emocional do que um julgamento cognitivo. Afeto negativo refere-se a um estado de distração e engajamento desprezível que também é transitório, mas, que inclui emoções desagradáveis como ansiedade, depressão, agitação, aborrecimento, pessimismo e outros sintomas psicológicos aflitivos e angustiantes. A dimensão satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de algum domínio específico na vida da pessoa; uma avaliação sobre a vida de acordo com um critério próprio (DIENER, 1995).

O método mais usual de mensuração do BES consiste no uso de auto-relato onde o indivíduo julga a satisfação que possui com relação a sua vida e relata a frequência de emoções afetivas recentes de prazer e desprazer (DIENER, OISHI e LUCAS, 2003).

Segundo algumas pesquisas (SNYDER, LOPEZ, 2001; SWANBROW, 1989 apud COLETA e COLETA, 2006, p. 534) nas duas últimas décadas, alguns experimentos significativos tem demonstrado o crescimento sobre felicidade, BES e satisfação com a vida, em seus diferentes aspectos. De acordo com Moraes et al. (2012) a satisfação com a vida é considerada como uma dimensão subjetiva de qualidade de vida, ao lado de felicidade e bem-estar. Para Keyes, Shmotkin e Ryff (2002), o BES abrange duas dimensões emocionais: emoções positivas e negativas, sendo necessário resultar a vivência de emoções mais positivas do que as negativas no decorrer da vida.

Em decorrência das sequelas deixadas pelo AVE e/ou TCE, os indivíduos podem apresentar problemas psicológicos, os mais comuns são: depressão, isolamento, irritabilidade e alteração da percepção da felicidade (PINTO e LIMA, 2011). Sendo que um componente vastamente reconhecido como principal integrante de uma vida saudável é a felicidade (DIENER, SCOLLON e LUCAS, 2003).

A satisfação parece ainda ser em função do tipo de objetivos que se pretende alcançar. Assim é que as pessoas insatisfeitas podem estar empenhadas com objetivos com previsão de recompensa a longo prazo, possuindo pouco reforço ou alegria a curto prazo. Além disso, seus projetos seriam difíceis de alcançar. Já as mais satisfeitas possuiriam projetos mais agradáveis, menos difíceis e mais importantes, naquele momento (PALYS; LITTLE, 1983).

Por outro lado, a felicidade percebida como traço (ser feliz) é considerada como dependente da predisposição em interpretar as experiências da vida de forma positiva. Diener e Seligman (2002) observaram que as pessoas muito felizes possuem um sistema emocional que reage de forma apropriada às circunstâncias da vida diária. A experiência em si não seria nem boa nem má. As teorias da felicidade denominadas “de cima para baixo” (top-down) baseiam-se na visão kantiana na qual a mente seria uma intérprete ativa e organizadora da experiência sensorial, filtrando e selecionando as sensações que chegam até ela, de forma congruente com suas crenças e atitudes (MORAES, 2012).

Algumas pesquisas chegaram a afirmar que cerca de 80% da variância estável no BES seria herdada e que tentar ser mais feliz seria tão fútil quanto tentar ser mais alto. O “estar no controle de sua vida” seria o conceito que mais se aproxima do sentido aristotélico de eudaimonia¹. A felicidade seria o resultado de uma vida repleta de complexas atividades de *flow* (CSIKSZENTMIHALYI, 1999). Este resultado seria atingido pelas pessoas que tivessem conquistado uma personalidade autotélica, isto é, que julgam valioso e importante, por si mesmo, tudo o que realizam, e se mostram menos dependentes de recompensas externas. Este crescimento psicológico levaria a um eu mais complexo, provocando uma sensação de profunda satisfação (CSIKSZENTMIHALYI, 1999).

Todavia, o BES faz-se julgamento consciente sobre sua vida como um todo ou julgamentos sobre aspectos específicos como a saúde ou o próprio corpo; podendo também ser feita por meio do afeto quando o indivíduo tem experiências emocionais prazerosas ou desagradáveis e quando apresenta um estado de humor (GIACOMONI, 2004). Borges et al., (2010) também afirma que o BES pode ser entendido como o julgamento que as pessoas fazem sobre suas próprias vidas, que incluiriam os afetos positivos e negativos e a satisfação com a vida. Assim, reflete o bem-estar individual, tendo os fatores externos, influência sobre os fatores internos, ou seja, o modo e os motivos que levam as pessoas a se sentirem bem ou não.

¹ **Eudaimonia**: é uma palavra grega geralmente traduzida como felicidade ou bem-estar;

Logo, muitos indivíduos que sofreram AVE e TCE carecem de autoconfiança, apresentam níveis de motivação baixos e têm problemas relacionados à imagem corporal devido às sequelas da deficiência. Assim, um programa de atividade motora elaborado adequadamente poderá proporcionar experiências de movimento bem-sucedidas, que não só motivam os alunos, mas também os ajudam a adquirir a autoconfiança necessária para desenvolver uma autoimagem positiva, importantíssima para o BES, ou seja, a felicidade (WINNICK, 2004).

3.3 A contribuição das atividades motoras para pessoas com sequelas neurológicas

A prática da atividade física apresenta impacto positivo não apenas nas funções físicas, como também contribui nos aspectos psicológicos, sociais e bem-estar geral dos indivíduos, além de promover uma convivência saudável (DAVIM et al., 2004).

Os indivíduos acometidos pelo AVE e TCE podem se beneficiar com as atividades físicas. O tipo e o grau da deficiência física, educabilidade motora, nível de interesse e as metas gerais determinam as modificações e adaptações necessárias a um programa de atividade motora, que visa buscar um melhor desempenho físico, intelectual e emocional. (WINNICK, 2004). Sendo que quanto mais atividades motoras uma pessoa com mobilidade reduzida fizer, possivelmente melhor seu corpo irá responder aos movimentos, possibilitando de tal modo, a melhoria de sua autoestima e o desenvolvimento das habilidades motoras e funcionais, para uma melhor realização das atividades diárias, aperfeiçoando sua coordenação motora e superando as situações de dificuldades.

De acordo com Moreira et al. (2007), em se tratando de Atividade Física, a mesma poderá proporcionar aos praticantes oportunidades de trabalharem suas habilidades através de atividades motoras, jogos e desporto, a fim de desenvolverem suas potencialidades. Através das atividades adaptadas proporciona-se condições para que as pessoas com deficiência também se reconheça como ser humano e busque seu desenvolvimento de forma lúdica e prazerosa. Grandes benefícios são evidenciados com a prática desportiva por pessoas com deficiência, entre estes podem ser destacados, a reabilitação física, psicológica e social, melhoria geral da aptidão física, grandes ganhos de independência e autoconfiança para a realização de atividades da vida diária, além de uma melhora do autoconceito e da autoestima dos praticantes (CARDOSO, 2011). Em relação a fatores que levam as pessoas com deficiência a participar de práticas de atividades físicas, estudos apontam: reabilitação, oportunidade social, recrutamento e continuidade no esporte (LANOSKI e LEVANDOSKI, 2005).

Conforme pesquisa realizada por Marques e Nahas (2003) a participação nas atividades em instituições especializadas propicia uma melhora na comunicação e socialização de indivíduos com deficiência nas suas relações diárias, criando uma nova perspectiva na interação com os demais. Resultando em uma melhor aceitação da realidade, por conviver com outros indivíduos, que se encontram na mesma situação ou em situações piores.

O objetivo da atividade física e reabilitação para o paciente que sofreu um AVE ou TCE é obter o grau máximo de independência física e psicológica, devendo desenvolver um nível de independência funcional, não somente em um ambiente abrigado, como um hospital, mas especialmente em casa e na comunidade. Isso quer dizer que o “tratamento” deve ser realizado em todos os aspectos do dia-a-dia, tornando-se uma parte da rotina diária, e não realizada como uma atividade isolada duas ou três vezes por semana. Nas atividades físicas aplicadas deve-se evitar a frustração do fracasso. Qualquer progresso nas atividades deve ser realizado dentro da capacidade do paciente (OMS, 2003).

Logo, os programas de intervenções, devem fazer uma entrevista sobre a funcionalidade dos indivíduos, fazendo perguntas como: o que conseguem fazer, dificuldades frequentes, atividades que já foram desenvolvidas, etc.; para se desenvolver um programa de intervenção, que seja mais próximo da realidade de tais indivíduos e com maior probabilidade de sucesso na execução, causando um retorno positivo aos praticantes e satisfação de realizar um movimento êxito.

Deste modo, Texeira (2000) diz que, além do benefício físico, a atividade física contribui também para o equilíbrio emocional e social. Na dimensão psicológica, a atividade física atua na melhoria da autoestima, do autoconceito, da imagem corporal, das funções cognitivas e da socialização, além de diminuir estresse, ansiedade e consumo de medicamentos, influenciando diretamente na qualidade de vida dos indivíduos.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Metodologia

O presente estudo caracteriza-se com delineamento descritivo e comparativo com abordagem quantitativa que segundo Gonçalves (2005) é aquela que o pesquisador apenas registra e descreve os fatos sem interferir neles.

4.1 População e Amostra

A população constitui-se de pessoas residentes na cidade de Manaus – Am, que sofreram Acidente Vascular Encefálico (AVE) e/ou Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), praticantes de atividade física. A amostra deste estudo foi constituída por 39 voluntários de ambos os gêneros, com idade entre 21 a 76 anos, dentre estes: que frequentavam o Programa de Atividades Motoras para Deficientes – PROAMDE (n=14), indivíduos do Programa Viver Melhor Atividade Motora, CET Elisa Bessa (n= 09); CET Cinthia Régia (n= 05) e CET Áurea Braga (n= 01) e indivíduos do Centro de Convivência da Família Magdalena Arce Daou (n= 10).

4.2 Locais de coleta

O Programa de Atividades Motoras para Deficientes (PROAMDE) funciona como projeto de extensão nas dependências da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia (FEFF) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) a cerca de 14 anos. Atualmente, possui trezentos alunos ativos que frequentam as atividades duas vezes por semana, com duração de 75min/dia. As atividades desenvolvidas tem como objetivo, explorar as potencialidades dos alunos com o intuito de promover sua autonomia, bem como, incluí-los na sociedade e capacitar recursos humanos para trabalhar com essa clientela.

O projeto Viver Melhor – Atividades Motoras tem como objetivo fortalecer e melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência por meio da prática de atividades motoras, lúdicas, artísticas e pedagógicas, promovendo a inclusão e o convívio nos diversos âmbitos da sociedade.

O Centro de Convivência da Família Magdalena Arce Daou tem como objetivo oferecer entretenimento com qualidade, proporcionando um relacionamento interpessoal saudável entre a comunidade. O projeto tem obtido resultados positivos com aulas de dança, teatro, música, acesso a leitura através de uma sala projetada e equipada para este fim, além de horas de lazer com apresentações teatrais, musicais e cinematográficas, nos finais de semana.

4.3 Procedimentos de coleta de dados

Iniciamos os procedimentos convidando os indivíduos para participarem do estudo, informando sobre os procedimentos que seriam utilizados, possíveis benefícios e riscos atrelados à execução do estudo, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e apresentação dos questionários que seriam aplicados no estudo. A coleta foi realizada em

três locais distintos: Programa de Atividade Motora para Deficientes (PROAMDE), Programa Viver Melhor Atividade Motora e Centro de Convivência da Família, na cidade de Manaus – AM. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e aprovado com o número do CAAE 30661814.7.0000.5020 em Maio/2014.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão desta pesquisa foram que, os participantes fossem adultos, que tivessem sido acometidos por AVE/TCE, bem como participantes do Programa de Atividades Motoras para deficientes – PROAMDE, Projeto Viver Melhor Atividade Motora e/ou participantes do Centro de Convivência da Família, e que tivessem interesse de participar da pesquisa e tivesse assinado o termo de consentimento. Os critérios de exclusão foram: desistir de participar da pesquisa; faltar nos dias estabelecidos para coleta de dados e não ter condições de responder ao questionário.

4.5 Instrumentos da Pesquisa

Os seguintes instrumentos foram utilizados na coleta de dados:

Questionário sociodemográfico (construído pelos pesquisadores): Por meio deste instrumento, foram coletados os dados para caracterização da amostra contemplando aspectos relevantes como: idade, sexo, patologia e tempo que foi acometido, tipo e duração da atividade física praticada.

Escala de Satisfação com a vida: Este instrumento buscou compreender a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas. Sendo que para a avaliação do Bem-estar subjetivo será utilizada a versão traduzida e adaptada à população portuguesa por Corte-Real, Dias e Fonseca (2004) dos instrumentos: *Satisfaction With Life Scale (SWLS) de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985)* apud Moraes (2013) para medir a satisfação com a vida; e *Positive and Negative Affec Schedule (PANAS) de Watson, Clark e Tellegen (1988)* apud Moraes (2013) para medir os afetos positivos e negativos. A escala de satisfação com a vida é medida através de escala da Likert. A escala Likert é um tipo de escala de resposta psicométrica usada comumente em questionários, e é a escala mais usada em pesquisas de opinião. Ao responderem a um questionário baseado nesta escala, os respondentes especificam seu nível de concordância com uma afirmação.

Na escala de Satisfação com a vida a avaliação foi feita através de cinco ítems (“na maioria dos aspectos a minha vida se aproxima do meu ideal de vida”), tendo como base uma escala de valores numéricos de 1 (discordo completamente) a 5 (concordo completamente)

sendo que para cada resposta corresponde um escore próprio.

A *escala dos afetos positivos e negativos* foi constituída por dez itens. As respostas podem variar entre 1 (“Não sou nada assim”) e 5 (“Eu sou sempre assim”).

A *escala sobre felicidade* é uma medida da felicidade subjetiva e global, composta por quatro itens (“De uma forma geral, considero-me uma pessoa feliz.”) respondidos numa escala tipo Likert com cinco possibilidades de resposta: de 1 (“Discordo Totalmente”) a 5 (“Concordo Totalmente”).

4.6 Análises Estatísticas

Com orientação do Estatístico, colaborador David de Souza Dias, todos os dados foram analisados no software estatístico R, que é uma aplicação de distribuição gratuita e de código público (versão 3.3.2), com um nível de significância estipulado em $\alpha = 0,05$ para todas as análises. Para tratamento dos dados foi empregada à estatística descritiva, com medidas de centralidade e proporções de respostas, sendo que, os gráficos de proporções, foram feitos no Excel; para uma melhor caracterização dos participantes da pesquisa.

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA:

5.1.1 Gênero da amostra

Os dados de caracterização da amostra revelam que a maioria dos participantes era do gênero masculino. Conforme a Figura 1, podemos verificar que 62% da base de dados é constituída pelo gênero masculino. Para ser mais preciso, o conjunto de dados possui 24 pessoas do gênero masculino e 15 do gênero feminino.

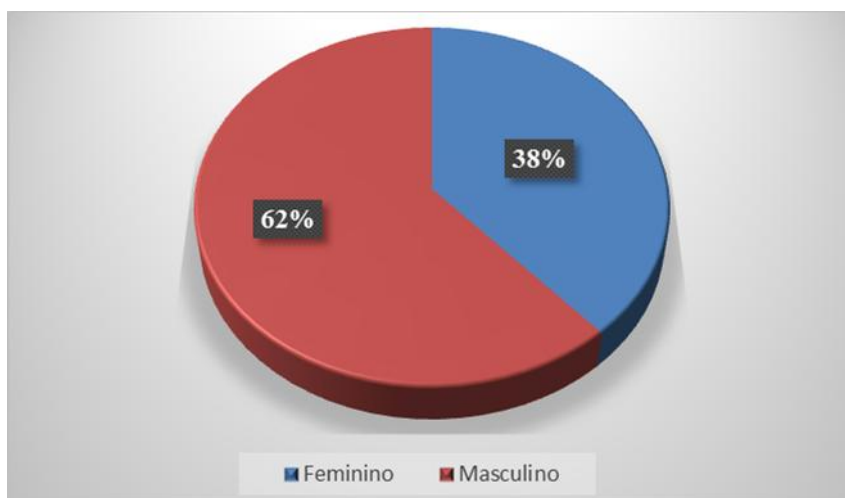


Figura 1: Distribuição da Frequência relativa de dados por gênero

5.1.2 Idade da amostra

No que concerne à idade, nossos resultados demonstram que as idades dos inquiridos, apresentado no histograma de frequência, possuem a média de 51 anos e desvio padrão de 14 anos. Podendo ser considerada uma amostra de adultos.

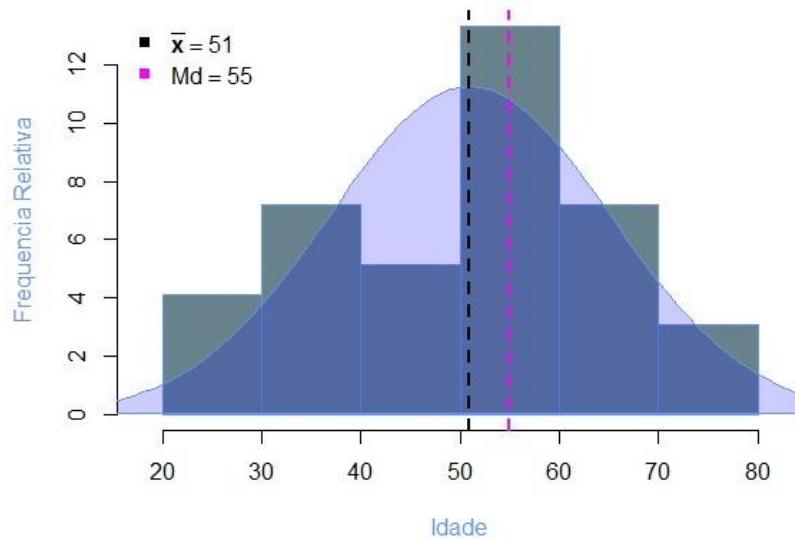


Figura 2: Histograma de frequências das idades dos inquiridos

Ainda se referindo à idade dos participantes da pesquisa, no bloxplot apresentado na Figura 3, nota-se que a média de idade tanto para o gênero masculino quanto para o gênero feminino foi à mesma. No entanto, a variabilidade para o sexo masculino (15 anos) foi maior do que a obtida pelo sexo feminino (13 anos).

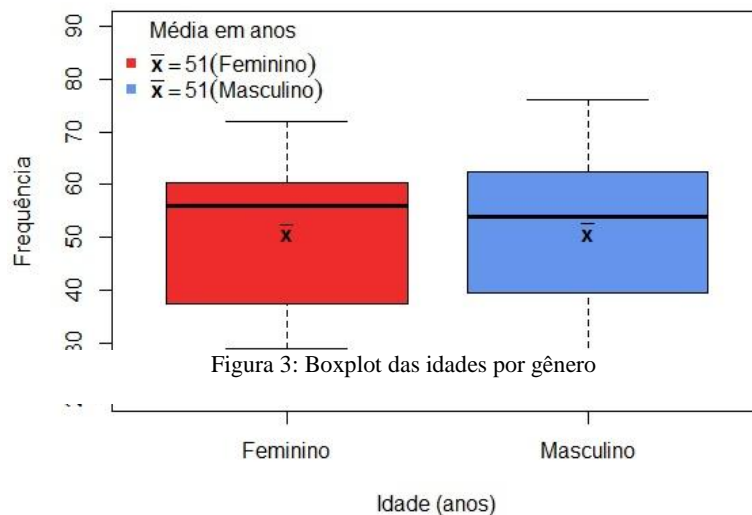


Figura 3: Boxplot das idades por gênero

5.2 Escala de satisfação com a vida

Para este tópico foi considerada a análise conjunta, isto é, não levado em consideração o gênero do indivíduo, mas de uma maneira geral os pesquisados. A escala de satisfação com a vida é medida através de escala da Likert de acordo com as respostas dos inquiridos, a abaixo a tabela esta composta com os percentuais obtidos de cada questão.

Tabela 1: Percentual obtido da

Questões	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Na maioria dos aspectos, a minha vida aproxima-se do meu ideal de vida	2,56%	15,38%	56,41%	25,64%	0,00%
2. As condições da minha vida são excelentes	0,00%	12,82%	41,03%	46,15%	0,00%
3. Estou satisfeito com a minha vida	0,00%	17,95%	17,95%	58,97%	5,13%
4. Até agora, tenho conseguido alcançar as coisas que considero importantes na vida	0,00%	10,26%	33,33%	56,41%	0,00%
5. Se pudesse viver minha vida outra vez, não mudaria quase nada	0,00%	30,77%	41,03%	25,64%	2,56%

De acordo com a tabela 1, foi destacado os maiores percentuais de cada questão. A análise mostra que 58,97% dos inquiridos concordam que estão satisfeitos com suas vidas e que 56.41% tem conseguido alcançar as coisas que consideram importantes para suas vidas.

5.3 Escala dos Afetos Positivos e Negativos

Essa escala avalia os construtos de afeto positivo e negativo. Afetos positivos e afetos negativos são caracterizados pela intensidade e a requência com que as pessoas vivenciam emoções (LYUBOMIRSKY, KING, e DIENER, 2005).

Tabela 2: Percentual obtido da escala de afetos positivos e negativos

Sentimentos	Não sou nada assim	Não sou assim	Sou assim às vezes	Sou muitas vezes assim	Sou sempre assim
Inspirado(a)	2,56%	17,95%	28,21%	43,59%	7,69%
Alerta	15,38%	38,46%	43,59%	2,56%	0,00%
Ativo(a)	7,69%	30,77%	46,15%	15,38%	0,00%
Entusiástico(a)	10,26%	38,46%	38,46%	12,82%	0,00%
Determinado(a)	2,56%	12,82%	30,77%	41,03%	12,82%

Culpado(a)	30,77%	46,15%	20,51%	2,56%	0,00%
Assustado(a)	25,64%	43,59%	23,08%	7,69%	0,00%
Estressado(a)	17,95%	30,77%	43,59%	5,13%	2,56%
Irritado(a)	25,64%	20,51%	41,03%	10,26%	2,56%
Receoso(a)	30,77%	41,03%	25,64%	2,56%	0,00%

Conforme a pesquisa foram considerados diferentes sentimentos e emoções. Relativo a cada um destes fora considerada uma escala de 1 a 5 para classificar a forma como cada um dos inquiridos se sente habitualmente. De acordo com a Tabela 2, destacamos como estão as maiores requências relativas a sentimento e/ou emoção. Podemos destacar dentre os sentimentos e/ou emoções positivas que cerca de 44% dos inquiridos se sentem muitas vezes inspirados e que 41,03% dos pesquisados se sentem muitas vezes determinados. Dentre os pontos negativos aproximadamente 44% dos pesquisados se sentem, às vezes, estressados e cerca de 51% se sentem, às vezes ou muitas vezes, irritados.

5.4 Escala de Felicidade Geral

Essa escala avalia os construtores de felicidade geral que as pessoas fazem sobre sua vida, composta por quatro itens. A seguir serão apresentadas as respostas dos inquiridos sobre os quatro itens da escala. Ao analisar a tabela 3 conseguimos verificar que os percentuais que estão em destaque na cor vermelho, que são os que tiveram maior percentual. De acordo com a pergunta 1 podemos observar que aproximadamente 80% dos respondentes se consideram felizes de uma forma geral e apenas 7,69% deles se consideram pessoas infelizes.

Tabela 3: Percentual obtido da escala de felicidade geral

Questões	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. De uma forma geral, considero-me uma pessoa feliz...	0,00%	7,69%	12,82%	58,97%	20,51%
2. Comparando-me com a maioria dos meus colegas, considero-me...	0,00%	0,00%	Semelhante 76,92%	15,38%	7,69%
3. Algumas pessoas são normalmente muito felizes.. Em que medida esta descrição se aplica a ti...	0,00%	5,13%	74,36%	17,95%	2,56%
4. Algumas pessoas são normalmente pouco felizes.. Em que medida esta descrição se aplica a ti...	10,53%	26,32%	63,16%	0,00%	0,00%

A análise dos dados descritivos relativos à questão 2: comparando-se a maioria de seus colegas, considero-me, mostra que 76,92% dos entrevistados consideram-se semelhantemente felizes, isso de acordo com a Figura 10. Além disso, 23,08% restantes consideram-se mais ou muito mais felizes que a maioria de seus colegas.

Analisando a questão 3: Algumas pessoas são normalmente muito felizes. Gostam da vida, independente do que lhes acontece, retirando o melhor de todas as coisas ou momentos. Em que medida esta descrição se aplica a ti? A análise dos resultados revelou que, aproximadamente 74% dos participantes acreditam que a descrição aplica-se às vezes a eles e apenas 5,13% acreditam que não se aplica muito esta descrição.

Analisando a questão 4: Apesar de não estarem sempre tristes, parecem nunca estar tão felizes como poderiam estar. Em que medida esta descrição se aplica a ti? A análise dos resultados mostra que 63,16% dos participantes acreditam se aplicar às vezes a descrição de apesar de não estarem sempre tristes, parecerem nunca estar tão felizes quanto poderiam. Já os outros 36,84% dos entrevistados consideram que esta descrição não se aplica muito ou não se aplica nada a eles.

Tabela 4: Análise do contributo da prática desportiva para o bem-estar/ felicidade

Nível	Gênero		Total
	Feminino	Masculino	
Nada Importante	0,00%	0,00%	0,00%
Pouco Importante	0,00%	0,00%	0,00%
Importante	7,69%	25,64%	33,33%
Muito Importante	30,77%	35,90%	66,67%
Total	38,46%	61,54%	100,00%

Na tabela 4 é apresentada a relação do contributo da prática desportiva para a felicidade/bem-estar, considerando o gênero dos inquiridos. A análise dos resultados revela que 66,67% dos participantes, sendo 30,77% do gênero feminino e 35,90% do gênero masculino, consideram muito importantes o contributo da prática desportiva para a felicidade/bem-estar.

Tabela 5: Percentual do grau de felicidade por gênero

Considera-se Feliz	Sexo	
	Feminino	Masculino
Discordo Totalmente	0,00%	0,00%
Discordo	0,00%	12,50%
Nem concordo nem discordo	6,67%	16,67%
Concordo	73,33%	50,00%
Concordo Totalmente	20,00%	20,83%
Total	100,00%	100,00%

Na tabela 5 é apresentada a análise do grau de felicidade por gênero. A análise dos resultados mostra que aproximadamente 93% das mulheres consideram-se felizes e apenas 6,67% são indiferentes. Nota-se ainda que 70,83% dos participantes homens consideram-se felizes e cerca de 30% discordam ou são indiferentes.

Tabela 6: Análise do nível de felicidade por tempo de atividade física

Classe (meses)	Sexo	
	Feminino	Masculino
<12	7,14%	0,00%
12-36	35,71%	58,82%
37-61	7,14%	11,76%
62-86	14,29%	5,88%
87-111	7,14%	5,88%
112-136	7,14%	11,76%
>137	21,43%	5,88%
Total	100,00%	100,00%

Na tabela 6 apresenta a análise sobre o nível de felicidade por tempo de prática de atividade física por gênero. A análise dos pesquisados revele que cerca de 88% dos homens que se consideram felizes praticam atividade física a mais de 1 ano. Dos inquiridos do gênero feminino 71,43% dos que praticam atividade física a mais de um ano consideram-se felizes. Com base nos valores relativos, há indícios de que os homens que praticam atividade física a mais de um ano são mais felizes.

Na figura 13 é apresentada a análise da correlação entre contributo da atividade física com a felicidade, dos indivíduos que praticam atividade física há um ano com aqueles que, praticam há mais de três anos, a análise revelou que, os indivíduos o qual praticam atividade física a mais de 26 meses, consideram-se mais felizes.

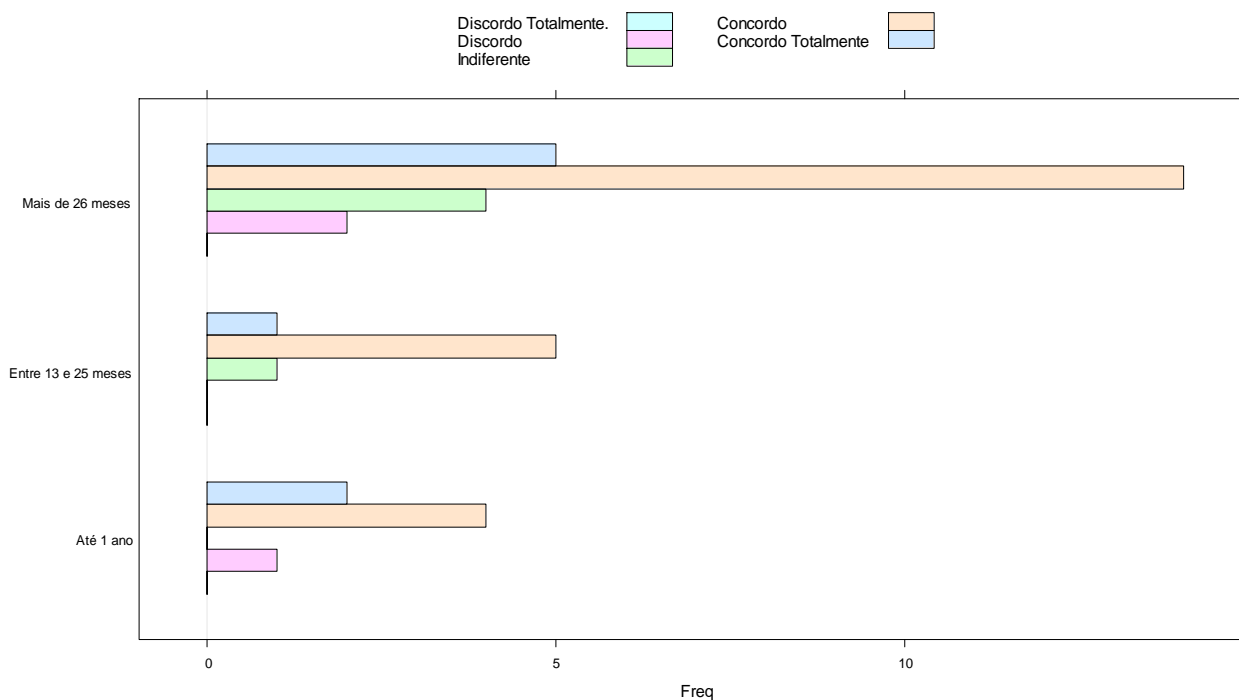


Figura 4: Análise da correlação de tempo de atividade física com a felicidade

Na tabela 7 é apresenta a correlação da atividade física com a felicidade, onde os resultados revelaram que, os indivíduos que praticam atividade a mais tempo são mais felizes.

Tabela 7: Correlação atividade física com felicidade

Tempo de Atividade Física	Discordo Totalmente	Discordo Indiferente	Concordo	Concordo Totalmente
Até 1 Ano	0	1	0	2
Entre 13 e 25 meses	0	0	1	1
Mais de 26 meses	0	2	4	5
Total	0	3	23	8

Considerando as Seguintes hipóteses:

- $\{ H_0: O \text{ tempo de atividade Física tem influência na felicidade do indivíduo}$
- $\{ H_1: O \text{ tempo de atividade Física não influencia na felicidade do indivíduo.}$

Considerando o teste exato de Fisher obteve-se p-valor = 0.9374 não rejeita-se a hipótese de que o tempo de atividade física possui alguma influência na felicidade/bem-estar do indivíduo.

6. DISCUSSÃO

Pesquisas apontam que pessoas com sequelas de AVE e ou TCE, tornam-se propensas, expostas a situações que alteram a forma como se veem e constroem sua identidade, fato que influencia no modo de percepção da felicidade e satisfação com a vida (MACHADO, JORGE e FREITAS, 2009). Diener; Suh; Oishi (1997) reúnem estudos os quais afirmam que indivíduos que se tornaram deficientes na idade adulta apresentaram menos satisfação com a vida do que aqueles que a adquiriram desde o nascimento, provando a importância do BES para a adaptação. Fato que pode influenciar na percepção do bem-estar e felicidade dos inquiridos desta pesquisa, devido à deficiência que os acometeram na fase adulta.

Diener (1984) diz que a saúde é considerada um fator preditor do EBES. Relacionando-se não somente na maneira como os indivíduos sentem-se fisicamente, mas também no que sua saúde permite que façam. Deneve; Cooper (1998) reafirmam essa ideia acrescentando que os preditores mais fortes de BES são saúde, personalidade e status socioeconômico (este último entendido pela combinação de realização pessoal, renda, instrução e status na ocupação). Sendo que, comparado a tais indicadores, a saúde só se correlaciona positivamente com a felicidade até determinado ponto, uma vez que um nível marcadamente elevado de saúde acrescenta muito pouco ao BES. Essa ideia sugere que a saúde é necessária, contudo, não é suficiente para que a felicidade seja completa. Tal ocorrência pode justificar a realidade de que pessoas com deficiência apresentaram níveis de felicidades aceitáveis e possam ser tão felizes quanto as que não possuem deficiência.

No que concerne aos resultados obtidos nesta pesquisa, sobre o nível de felicidade em relação ao gênero, de uma forma geral, o gênero feminino apresentou níveis globais mais elevados, quando comparadas ao gênero masculino. Evidenciando que as mulheres deficientes desta pesquisa revelaram ser mais felizes que os homens. Sendo que Deneve; Cooper (1998) tecem comentários em torno de que a maioria dos estudos sobre BES girou em torno de indicadores biossociais como gênero e idade, quando na verdade, a correlação que mantêm com a felicidade é baixíssima. Diener et al. (1999), sugere que, embora a maioria das variáveis sócio demográficas não sejam boas predictoras de BES, devem ser exploradas em

conjunto com os fatores internos, como os traços da personalidade. Pois o BES e a felicidade procuram investigar a experiência individual de avaliação da vida e os processos envolvidos nessa avaliação.

As evidências destacam o impacto positivo da atividade física regular em aspectos cognitivos, na saúde mental e bem-estar geral do indivíduo. Tendo a prática da atividade física sido associada a benefícios de ordem psicológica, ajudando a combater doenças como a depressão e promovendo a autoestima e o bem-estar. Nos últimos anos, tem crescido o número de estudos no domínio do BES, um construto que tem sido associado à prática de atividade física (MEURER e BENEDETTI, 2009). Sendo que o estudo de Costa e Duarte (2002) confirma que a realização da atividade física regular ou sistemática, através de um programa adequadamente estruturado, que leve em consideração os interesses, as funcionalidades e as potencialidades das pessoas com sequelas neurológicas, podem constituir num importante elemento na busca da maior valorização do indivíduo.

De acordo com os resultados desta pesquisa, sobre a contribuição da prática da atividade física para o bem-estar e felicidade, pode-se afirmar que 66,67% dos participantes, afirmaram que é muito importante a atividade física e os 33,33% restante consideram importante a atividade física, influenciando positivamente na percepção do bem-estar e felicidade. De modo geral, os 39 indivíduos consideram importante ou muito importante a atividade física, estando de acordo com outros trabalhos encontrados na literatura, ou seja, estes dados fortalecem a ideia de que a atividade física parece estar associada a benefícios no estado de humor e no aumento de experiências de alegria, divertimento e outras experiências positivas (COSTA e DUARTE, 2002).

A correlação entre atividade física e felicidade mostrou que, os inquiridos que praticam atividade física a mais de 26 meses são mais felizes. Sendo que, diversos estudos Carvalho (1996, apud BENEDETTI et al., 2003, p.73) apresentam resultados onde evidenciam melhoras na autoestima associada a prática de atividade física, e a participação em grupos de ginástica traz sentimentos positivos em relação ao próprio corpo, níveis mais altos de autoestima e “competições saudáveis” gerada dentro do grupo. Fox (1997, apud BENEDETTI, et al., 2003, p.73) apoia estes achados afirmando que a autoestima tem sido desenvolvida positivamente com a intervenção de programas de exercícios físicos e esportes, tendo resultados inéditos na qualidade de vida e bem-estar mental dos praticantes.

Em suma, os resultados obtidos desta pesquisa apontam que para o gênero masculino o contributo da atividade física é mais importante do que para o gênero feminino. Os resultados

encontrados vão de encontro à afirmação de Crowbie et al. (2002), o qual afirma que a literatura registra que os homens são menos sedentários do que as mulheres em todas as faixas etárias. Em contrapartida, na análise sobre a escala de felicidade, o gênero feminino apresentou sinais mais elevados de felicidades em relação ao gênero masculino. Sendo que estudos de Van et al. (2003) com idosos, faz associação entre níveis de atividade física e depressão nos mesmos, sugere que os idosos não sedentários apresentaram menor frequência de depressão, justificando o nível de felicidade dos inquiridos da pesquisa. Relativamente aos afetos, os resultados evidenciaram afetos positivos com percentuais mais elevados em comparação com os afetos negativos em geral dos inquiridos.

7. CONCLUSÃO

As sequelas de uma deficiência influenciam no modo como o indivíduo se percebe e pode trazer alterações para realização de atividades e percepção do modo geral do deficiente. Os indivíduos acometidos por um AVE ou TCE apresentam, em sua grande maioria sequelas no aspecto físico e alterações no estado emocional.

Sendo que, as evidencias apresentadas permitem concluir que a atividade física apresentou impacto positivo sobre a percepção do bem estar subjetivo e seus componentes e influencia diretamente na qualidade de vida dos pesquisados. Sendo a prática da atividade física um fator imprescindível para a manutenção da saúde, contribuindo com a promoção da integração familiar, social, com a auto-estima e o gosto pela vida.

Assim, finalizo sugerindo a necessidade de haver a continuidade e aperfeiçoamento da pesquisa, havendo a ampliação da amostra, incluindo pessoas de outras regiões brasileiras, para verificar a estabilidade dos resultados encontrados em função das variáveis estudadas. E, ainda sugiro a comparação de um estudo que avalie a felicidade de indivíduos com sequelas de AVE e TCE praticantes de atividades físicas com indivíduos que não praticam atividades físicas.

8. REFERENCIAS

1. ANDRE C. Manual de AVE. 2ªed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006, 250p.
2. ANGUAS, A. El significado del bienestar subjetivo, su valoración en México. Tesis de Maestría en Psicología Social, Universidad Nacional Autónoma de México, Madrid, 1997.
3. BENEDETI, T. B, et al. Exercícios físicos, auto-imagem e auto-estima em idosos asilados. Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano. Florianopolis, 2003.
4. BRAGA, F. M., e MELO, P.M. P. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. São Paulo – Barueri: Manole, 2005.
5. CALVETTE L.F., OLIVEIRA C.R., PAGARIM K.C., FONSECA R.P. Teste de cancelamento em pacientes com AVE ou TCE: uma revisão de literatura. Psicologia, vol XXVI (2), Edições Colibri, Lisboa, p 7–40, 2012.
6. CAMPBELL, A. Medidas subjetivas de bem-estar. American Psychologist, 31, 117-124, 1976.
7. CARDOSO, V. D. Reabilitação de pessoas com deficiência através do desporto adaptado. Rev. Bras. Ciênc. Esporte, Florianópolis, v. 33, n. 2, p. 529-539, abr./jun. 2011.
8. COLETA, J.A.D; COLETA, M.F.D. Felicidade, bem-estar subjetivo e comportamento acadêmico de estudantes universitários. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 3, p. 533-539, 2006.
9. CORTE-REAL, N.; DIAS, C. e FONSECA, A. M. Adaptação e tradução das versões portuguesas para a população jovem da “Satisfaction With Life Scale” e da “Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). Porto: N. Corte-Real, C. Dias e A. M. Fonseca. Laboratório de Psicologia do Desporto da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, 2004.
10. COSTA, A.M.; DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com sequelas de ave. Revista Bras. Cien. E Mov. Brasília v.10, n.1, p.47–54. 2002.
11. COSTA, A.M.; DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVEI). Revista Brasileira Ciências e Movimento. Brasília. n.1 p47 -54, 2002.

12. Crombie EK, Irvine L, Williams B, Slane PW, Alder EM, McGinnis AR, et al. Identificar estratégias para aumentar a atividade física em idosos sedentários: relatório final: Chief Scientist Office, Executivo escocês Saúde Departamento; 2002.
13. CSIKSZENTMIHALYI, M. A descoberta do fluxo: a psicologia do envolvimento com a vida cotidiana. (P. Ribeiro, Trad.), Rio de Janeiro: Rocco. (Trabalho original publicado em 1997), 1999.
14. DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, S. M. M.; LIMA, V. M. Estudo com idosos de instituições asilares no município de natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, v. 12, n. 3, p. 518-524, 2004.
15. DIENER, E. e LARSEN, R. J. A estabilidade temporal e consistência constitucional de afetivo, comportamental e respostas cognitivas. *Journal of Personality and Social Psychology* 47, 871-883, 1984.
16. DIENER, E., SCOLLON, C. N. & LUCAS, R. E. O conceito que envolve de bem-estar subjetivo: a natureza multifacetada da felicidade. *Avanços em Envelhecimento Celular e Gerontologia*, 15, 187-219; 2003.
17. DONOVAN, N. J., KENDALL, D. L., HEATON, S. C., KWON, S., VELOZO, C. A., & DUNCAN, P. W. Conceituar Cognition funcional em Stroke. *Neurorehabilitation & Neural Repair* 22, 122-135; 2008.
18. GIACOMONI, C.H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, v. 12, n.1, p. 43- 50, 2004.
19. GILL, T. M. & FEINSTEIN, A. R. Uma avaliação crítica da qualidade das medições de qualidade de vida. *Journal of the American Medical Association*, 272(8), 619-926; 1994.
20. KEYES, C.; SHMOTKIN, D.; RYFF, C. Otimizando o Bem-Estar: O Encontro empírica de duas tradições. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), p. 1007-1022, 2002.
21. LANOSKI, A, L; LEVANDOSKI, G. O Esporte Adaptado: Fatores Históricos, Inclusão e Qualidade de Vida para o Deficiente Físico. Ponta Grossa. 2005.
22. LEATHEM J, HEATH E, WOOLLEY C. Relativas percepções de alteração de função, apoio social e estresse após lesão cerebral traumática. *Cérebro Inj*; 10(1):27-38, 2000.

23. LEWIS P. ROWLAND, M. D. Merrit Tratado de Neurologia. 12 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2012.
24. LYUBOMIRSKY, S., KING, L. e DIENER, E. Os benefícios do freqüente efeito positivo: faz a felicidade de chumbo para o sucesso? *Psychological Bulletin*, 131(6),803-855, 2005.
25. MARQUES, A.C.; NAHAS, M.V. Qualidade de vida de pessoas portadoras de Síndrome de Down, com mais de 40 anos no estado de Santa Catarina. *RBCM - Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. Brasília v. 11 n. 2, p. 55-61, 2003.
26. MARTINS, S. C., SEEWALD, R. A., BRONDANI, R., & ALVES. (2008). Doença cerebrovascular. In: M. L. F. Chaves, A. Finkelsztejn, & M. A. Stefani (Orgs.), *Rotinas em Neurologia e Neurocirurgia* (pp. 94-96). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
27. MORAES, M. et al. Um olhar sobre a prática desportiva, bem-estar subjetivo e integração social de imigrantes em Portugal e no mundo. *Revista Psicologia & Sociedade*, v. 24 n.1, p. 208-216, 2012.
28. MOREIRA et al. Fatores que influenciam a adesão de deficientes motores e deficientes visuais a pratica desportiva. *Revista Digital EF deportes*. Bueno Aires - Año 11 - N° 104 - Enero de 2007.
29. NUNES S, PEREIRA C, SILVA MG. Evolução funcional de utentes após AVE nos primeiros seis meses após a lesão. *EssFisiOnline*;1(3):3-20, 2005.
30. O'SULLIVAN, S.B; SCHMITZ, T.J *Fisioterapia:avaliação e tratamento*.4°ed. São Paulo:Atheneu, 2003. Paulo: Manole, 2004.
31. OMS. Promovendo qualidade de vida após acidente vascular encefálico: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primaria a saúde / organização Mundial de Saúde; trad. Magda Franca Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2003.
32. PALYS, T. S.; LITTLE, B. R. Satisfação com a vida percebida e pela organização do sistema projetos pessoais. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 44, n. 6, p. 1.221-1.230, 1983.
33. PINTO, F. C. G., & LIMA, C. L. *Exercícios e posturas: para o paciente com sequelas de acidente vascular cerebral e outras doenças neurológicas*. São Paulo: Santos, 2011.
34. RABELO, D. F.; NERI, A. L. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. *Estudos de Psicologia*, 11(2), 169-177, 2006.

35. RIBAS, G.C.; MANNEZA, L.A. Trauma Crânio Encefálico In: NUTRINI, R.; ACHASCHE, L.A. A neurologia que todo médico deve saber. 2ª ed, São Paulo: Atheneu, 2003.
36. SEIGNOUREL, P. J., ROBINS, D. L., LARSON, M. J., DEMERY, J. A., COLE, M., PERLSTEIN, W. M. Controle cognitivo em traumatismo craniano fechado: disfunção manutenção contexto ou prepotente resposta déficit inibição na psicologia, 19(5), 578-590, 2005.
37. SENKIO, C. et al. Utilização da escala de Fugl-Meyer no estudo do desempenho funcional de membro superior no tratamento em grupo de indivíduos hemiparéticos pós AVE. Fisiot Bras. 6(1):13-8; 2005.
38. SMITH, J., BALTES, P. B. Perfis do funcionamento psicológico nos antigos e jovens. Psychology and Aging, 12, 458-472; 1997.
39. TEIXEIRA, L. F, OLIVEIRA E. S. G, SANTANA, S. RESENDE G.P. Fortalecimento muscular e condicionamento físico em hemiplégicos. Acta Fisiatr 2000;7:108-18.
40. Van Gool CH, Kempen GI, Penninx BW, Deeg DJ, Beekman AT, van Eijk JT. Relação entre mudanças nos sintomas depressivos e estilos de vida pouco saudáveis em pessoas de meia idade e idosos final: resultados do Estudo Longitudinal de Envelhecimento Amsterdam. AgeAgeing. 2003.
41. WINNICK, J.P., Educação Física e Esportes Adaptados. São Paulo – Barueri: Manole, 3 edição, 2004. 7

APENDICES

Cronograma

Nº	Descrição	Ago 2014	Set	Out	Nov	Dez	Jan 2015	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
01	Levantamento bibliográfico	X	X	X	X	X	X						
02	Revisão Bibliográfica		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
03	Estabelecimento da Amostra	X											
04	Parecer do Comitê de Ética	X											
05	Coleta dos Dados		X	X	X								
06	Organização dos Dados			X	X	X	X						
07	Análise dos Dados						X	X	X				
08	Discussão dos Dados							X	X	X	X	X	
09	- Elaboração do Resumo e Relatório Final (atividade obrigatória) - Preparação da Apresentação Final para o Congresso (atividade obrigatória)												X

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UFAM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos os (a) alunos (a) para participar do Projeto de Pesquisa “O Bem estar subjetivo e a felicidade de pessoas que sofreram acidente vascular encefálico (AVE) e traumatismo crânio encefálicos (TCE) praticantes de atividade física”, que será realizado por meio da Universidade Federal do Amazonas (UFAM)- Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, endereço: Av General Rodrigo Otávio, 3000 Coroado, pelos pesquisadores: profa. Minerva Leopoldina de Castro Amorim, como pesquisadora responsável, e Lamarquilliana Sabrina das Chagas de Oliveira como colaboradora. O objetivo deste estudo é avaliar o bem estar subjetivo (BES) e a felicidade de pessoas que sofreram acidente vascular encefálico (AVE) e traumatismo crânio encefálicos (TCE) praticantes de atividade física. A partir desse resultado podemos fazer referência a possíveis propostas de intervenção nos programas que condizem à percepção apresentada pelos dados, estabelecendo estratégias que favoreçam a manutenção ou melhoria do bem-estar subjetivo dos participantes.

Serão aplicados dois questionários com perguntas fechadas. Um sobre satisfação com a vida e outro para medir os afetos positivos e negativos.

Critérios de inclusão

- Pessoas com hemiplegia diagnosticada com AVE e TCE;
- Clinicamente estável;
- Praticante de Atividade Física e Motora
- Ser capaz de responder ao questionário sem meio auxiliar;
- Ser capaz de compreender as instruções dadas
- Aceitar participar da pesquisa.

Critérios de Exclusão

- Desistir de participar da pesquisa;
- Faltar nos dias estabelecidos para coleta de dados

Riscos da pesquisa: não apresenta risco para os participantes.

Benefícios da pesquisa: A partir dos resultados poderemos vislumbrar estratégias de intervenção que estejam de acordo com a realidade encontrada, assim podemos realizar atividades que possam melhorar a auto estima dos mesmos.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa. Também não há compensação financeira (dinheiro) relacionada à sua participação. Garanto que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes. Para qualquer outra informação o (a) Senhor (a) poderá entrar em contato com o (a) pesquisador (a) Minerva Leopoldina Castro Amorim, pelo telefones (092) 9154-2515/ Lamarquilliana Sabrina das Chagas de Oliveira (092) 9418-9121 pelo e-mail: mimicastro@hotmail.com(e-mail do pesquisador responsável).



Fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nenhum dinheiro e posso sair quando eu quiser. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinada que vou guardar.

_____ ou _____ Data ____/____/____
Assinatura do entrevistado (a)

_____ Data ____/____/____
Assinatura do (a) pesquisador (a)

Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar

Anexo 3 – Questionário sociodemográfico

 UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE ATIVIDADES MOTORAS PARA DEFICIENTES - PROAMDE 

PROAMDE

QUESTIONÁRIO

1. QUAL A SUA IDADE?

2. QUAL A SUA PATOLOGIA?

() AVC () ISQUÊMICO () HEMORRÁGICO
() TCE

3. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ SOFREU A PATOLOGIA?

4. QUAL O TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA QUE VOCÊ PRÁTICA?

5. HÁ QUANTO TEMPO VOCE PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA?

6. QUANTAS VEZES POR SEMANA VOCÊ PRÁTICA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA E QUAL A DURAÇÃO?

Anexo 4 – Escala satisfação com a vida e afetos positivos e negativos

Escala satisfação com a vida

SOBRE A TUA VIDA...

De uma forma geral, o que pensas sobre a tua vida? Para cada uma das afirmações selecciona a opção que melhor descreve o que pensas.

12) De uma forma geral, o que pensas sobre a tua vida?

Coloca uma cruz na resposta que mais se aproxime do que sentes....

	Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Nem discordo nem concordo 3	Concordo 4	Concordo Totalmente 5
1) Na maioria dos aspectos, a minha vida aproxima-se do meu ideal de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) As condições da minha vida são excelentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Estou satisfeito com a minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Até agora, tenho conseguido alcançar as coisas que considero importantes na vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Se pudesse viver a minha vida outra vez não mudaria quase nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.1) O contributo da prática desportiva para a tua satisfação com a vida é (ou seria, se praticasses desporto):
(coloca uma cruz no quadrado certo) nada importante pouco importante importante muito importante

Escala dos Afetos Positivos e Negativos

SOBRE A FORMA COMO TE SENTES...

13) O seguinte conjunto de palavras descrevem diferentes sentimentos e emoções. Relativamente a cada uma das afirmações, coloca uma cruz na resposta que corresponde ao modo como te sentes habitualmente.

As opções de resposta são: 1 - Não sou nada assim; 2 - Não sou assim; 3 - Sou assim às vezes; 4 - Sou assim muitas vezes; 5 - Eu sou sempre assim

	Não sou nada assim 1	Sou assim só às vezes 2	Sou assim só às vezes 3	Eu sou sempre assim 4	Eu sou sempre assim 5
1) Inspirado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Alerta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Activo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Entusiástico(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Determinado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Culpado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Assustado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Stressado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Irritado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Receoso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 5 – Escala da Felicidade Geral

Escala da Felicidade Geral

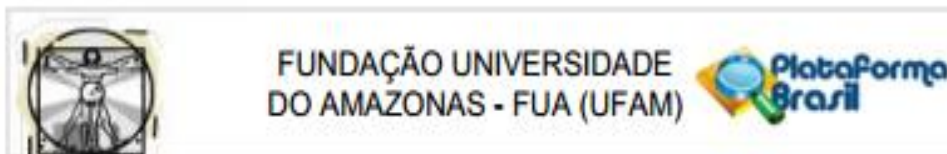
SOBRE A TUA FELICIDADE...

14) As afirmações seguintes são relativas à felicidade em geral. Indica o teu grau de concordância ou discordância com cada afirmação. (Coloca uma cruz na resposta que mais se aproximar da tua opinião).

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente
1) De uma forma geral, considero-me uma pessoa feliz...	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2) Comparando-me com a maioria dos meus colegas, considero-me...	Muito mais infeliz 1 <input type="checkbox"/>	Mais infeliz 2 <input type="checkbox"/>	Semelhante 3 <input type="checkbox"/>	Mais feliz 4 <input type="checkbox"/>	Muito mais feliz 5 <input type="checkbox"/>
3) Algumas pessoas são normalmente muito felizes. Gostam da vida, independentemente do que lhes acontece, retirando o melhor de todas as coisas ou momentos. Em que medida esta descrição se aplica a ti...	Não se aplica nada a mim 1 <input type="checkbox"/>	Não se aplica muito a mim 2 <input type="checkbox"/>	Aplica-se a mim às vezes 3 <input type="checkbox"/>	Aplica-se muito a mim 4 <input type="checkbox"/>	Aplica-se a mim completamente 5 <input type="checkbox"/>
4) Algumas pessoas são normalmente pouco felizes. Apesar de não estarem sempre tristes, parecem nunca estar tão felizes como podiam estar. Em que medida esta descrição se aplica a ti...	Não se aplica nada a mim 1 <input type="checkbox"/>	Não se aplica muito a mim 2 <input type="checkbox"/>	Aplica-se a mim às vezes 3 <input type="checkbox"/>	Aplica-se muito a mim 4 <input type="checkbox"/>	Aplica-se a mim completamente 5 <input type="checkbox"/>

14.1) O contributo da prática desportiva para a tua felicidade/bem-estar é (ou seria, se praticasses desporto):
(coloca uma cruz no quadrado certo) nada importante pouco importante importante muito importante

Anexo 6 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa UFAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O BEM ESTAR SUBJETIVO E A FELICIDADE DE PESSOAS QUE SOFRERAM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) E TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICOS (TCE) PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA

Pesquisador: Minerva Leopoldina de Castro Amorim

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30661814.7.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 667.143

Data da Relatoria: 28/05/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de PIBIC - 120 sujeitos - Faculdade de Educação Física e Fisioterapia

O indivíduo acometido por um Acidente Vascular Encefálico (AVE) apresenta algumas características como perdas de independência, autonomia causando muitas vezes nestas pessoas emoções e sentimentos negativos por dependerem de outras. Em contrapartida, o Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) apresenta danos residuais motores, cognitivos e uma reduzida capacidade de realizar esforço físico. Em decorrência das sequelas deixadas pelo AVE e/ou TCE, os indivíduos podem apresentar problemas psicológicos, os mais comuns são: depressão, isolamento, irritabilidade e alteração da percepção da felicidade. O Bem-Estar Subjetivo (BES) trata-se de uma experiência interna de cada indivíduo, que emite um julgamento de como ele se sente e seu grau de satisfação com a vida. A satisfação parece ainda ser função do tipo de objetivos que se pretende alcançar. Assim é que as pessoas insatisfeitas podem estar comprometidas com objetivos com previsão de recompensa a longo prazo, possuindo pouco reforço ou alegria a curto prazo. Assim, o objetivo desta pesquisa será Avaliar o Bem Estar Subjetivo (BES) e a felicidade de pessoas que sofreram Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Traumatismo Crânio Encefálicos (TCE) praticantes de atividade física. A presente pesquisa adotará delineamento descritivo e comparativo com abordagem quantitativa. A amostra será composta por

Endereço: Rua Teresina, 4050

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

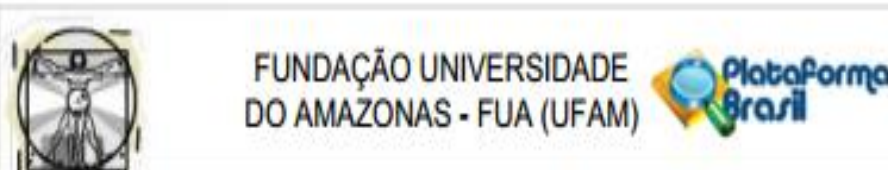
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (02)3305-5130

Fax: (02)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 067.143

Anuência: Apresentado carta de solicitação • SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA PROJETO VIVER MELHOR - ATIVIDADE MOTORA, contudo não a autorização. • não apresentou a Anuência.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo atende a Resolução 468/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MANAUS, 29 de Maio de 2014

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)