

**MARIA REGINA MACEDO BOTTÓS**

**O ENVELHECER NA VISÃO DE IDOSOS COM SEQÜELAS DO  
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

**MESTRADO EM GERONTOLOGIA**

PUC / SP  
São Paulo  
2007

MARIA REGINA MACEDO BOTTÓS

**O ENVELHECER NA VISÃO DE IDOSOS COM SEQÜELAS DO  
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Gerontologia, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Doutora Nadia Dumara Ruiz Silveira.

PUC / SP  
São Paulo  
2007

**Banca Examinadora**

---

---

---

---

**DEDICATÓRIA**

---

À Deus.

À minha querida tia Maria Thereza (in memória).

À minha amada mãe Marina.

E aos amores da minha vida Cris e a pequena Clara.

## **AGRADECIMENTOS**

---

Aos queridos idosos participantes da pesquisa, que se dedicaram com muito carinho e consideração.

À Profª Nadia D. R. Silveira, pela sua competência e dedicação que são imbatíveis; e também pelo incentivo, carinho, confiança e enooooorme paciência, te adoro.

Às Profas Elizabeth Mercadante e Suzana Medeiros.

À Profª Ruth que foi a fonte inspiradora do meu amor pela Gerontologia.

À Manoela pela paciência e carinho que sempre me dedicou.

Aos meus pais de consideração Diva e Vicente (*in memória*).

Ao meu irmão Paulo Bottós, que foi imprescindível na realização desse estudo.

Às minhas irmãs Mª Thereza (Nê) e Estela, e aos meus cunhados e sobrinhos que amo muito.

## SUMÁRIO

---

|   |     |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO.....   | 12  |
| CAPÍTULO I  |     |
| ENVELHECIMENTO E VELHICE:uma realidade em estudo.....                           | 17  |
| 1.1 Envelhecimento e Velhice.....   | 18  |
| 1.2 Estudos sobre o envelhecimento.....   | 28  |
| CAPÍTULO II   |     |
| ENVELHECIMENTO E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.....                              | 33  |
| 2.1 Envelhecimento como processo multidimensional.....                          | 35  |
| 2.2 Acidente Vascular Encefálico.....   | 49  |
| 2.3 Envelhecer com seqüelas de um Acidente Vascular<br>encefálico.....          | 61  |
| CAPÍTULO III  |     |
| PESQUISA DE CAMPO.....  | 64  |
| 3.1 Procedimentos metodológicos.....  | 65  |
| 3.2 Resultados da análise de dados.....   | 68  |
| 3.2.1 Idéias sobre envelhecimento e velhice.....                                | 68  |
| 3.2.2 Impacto do Acidente Vascular Encefálico no cotidiano<br>dos sujeitos..... | 74  |
| 3.2.3 Auto-avaliação.....   | 83  |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS.....   | 93  |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....   | 98  |
| ANEXOS.....   | 104 |

## RESUMO

Com o aumento da longevidade observa-se uma maior ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas, o Acidente Vascular Encefálico aparece em primeiro lugar. Esta doença pode levar as pessoas acometidas a óbito ou deixar seqüelas incapacitantes, como a invalidez parcial ou total, com graves repercussões pessoais, na família e na sociedade. O objetivo geral da presente pesquisa refere-se a esse contexto que apresenta a realidade da velhice, associada à doença, por meio de investigação sobre os impactos de ordem pessoal e social de envelhecer com seqüelas de um Acidente Vascular Encefálico. A pesquisa foi realizada com idosos que sofreram um Acidente Vascular Encefálico e que apresentam seqüelas de hemiplegia de grau leve a moderado. Os resultados da pesquisa revelam que, considerando-se os aspectos subjetivo e sócio-cultural relacionados ao processo de envelhecimento os impactos resultantes do Acidente Vascular Encefálico se caracterizam, principalmente, pela perda da autonomia, sendo que essa mudança pode ter um significado positivo ou negativo, dependendo do apoio familiar e econômico dispensados a esse idoso.

**Palavras-chave:** envelhecimento populacional, Acidente Vascular Encefálico, autonomia.

## **ABSTRACT**

As longevity increases, one can observe a greater occurrence of non-transmissible chronic diseases such as Cerebral Vascular Accidents, which are in first place. This disease can result in death or leave incapacitating sequelae, such as partial or total disability, causing serious personal, family and societal effects. The study's general objective refers to this context, which presents the reality of aging in association with the disease, through an investigation on the personal and social impacts of aging with sequelae from a Cerebral Vascular Accident. The study was carried out with elderly who had suffered a Cerebral Vascular Accident and showed light to moderate levels of hemiplegia. The study's results revealed that, considering the subjective and social-cultural aspects related to the aging process, the impacts resulting from a Cerebral Vascular Accident were mainly characterized by loss of autonomy, and this change can have a positive as well as negative meaning, depending on the family and economic support given to the elderly.

**Keywords:** population aging, Cerebral Vascular Accident, autonomy.

## **INTRODUÇÃO**

---

Nos últimos anos, vários pesquisadores vêm apontando para a ocorrência de um fenômeno relevante para a população mundial: o crescente aumento da população idosa no planeta. Observa-se que, no Brasil, o envelhecimento da população cresce ainda mais rapidamente; em um ritmo mais acelerado do que as gerações mais jovens. Projeções feitas por técnicos do IBGE, apontam que, em 20 anos, a população idosa poderá ultrapassar os 30 milhões, tornando-se 13% do total do país. Acredita-se que esse fato está diretamente ligado à melhora de qualidade de vida da população conformem estudos sobre o assunto (Camarano, 2002), que indicam aumento significativo da expectativa de vida.

Nesse sentido a velhice é um período da vida em que se observa alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e incapacitantes (DCNT), pois quanto mais se vive, mais se acentuam as deficiências do organismo como um todo. O principal fator de risco para mortalidade continua sendo a própria idade; o que nos faz concluir que a maior longevidade associa-se a aproximação com a morte (Ramos, 2002).

Um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1984, mostra que dos 75% dos indivíduos que sobrevivem aos 70 anos, 1/3 deles será portador de doenças crônicas, sendo que pelo menos 20% terão

algum grau de incapacidade associado. Observa-se que determinadas doenças crônicas, antes de representarem um risco de vida, são uma grande ameaça à autonomia e independência do indivíduo, conforme aponta Camarano (2002).

De todas as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as doenças cérebro-vasculares (DCV) têm alta prevalência em todo o mundo e tornou-se assim um grave problema de saúde pública. No Brasil, o quadro é ainda mais grave, pois as doenças cérebro-vasculares (DCV) constituem a maior causa de mortalidade em todos os Estados, exceto em São Paulo, sendo que os sobreviventes ao Acidente Vascular Encefálico (AVE) apresentam algum grau de incapacidades (Py, 2002).

O Acidente Vascular Encefálico, comumente conhecido como “derrame” é uma doença decorrente da interrupção súbita da corrente sanguínea para o encéfalo, causando lesão celular e danos na função neurológica, apresentando clinicamente alterações motoras, sensitivas e de linguagem, dependendo do local e grau da lesão (O’Sullivan, 1993).

O sintoma clínico mais comum é a hemiplegia, que é a perda do movimento em um lado do corpo. Esta situação acarreta para o idoso a

necessidade de auxílio de um cuidador para as necessidades básicas instrumentais diárias, o que resulta na diminuição de sua autonomia, desde que se torna dependente desses cuidados.

O objetivo geral proposto para realização deste estudo refere-se a esse contexto que apresenta a realidade da velhice, associada à doença. Os resultados da pesquisa, incluídos nesta dissertação, resultam da investigação realizada sobre como é envelhecer com seqüelas do Acidente Vascular Encefálico, no âmbito social e pessoal.

Além das sistematizações teóricas embasadoras do estudo, foi realizada uma pesquisa de campo, cujos dados foram coletados através de entrevistas com idosos portadores de seqüelas do AVE. Como instrumento de coleta foi utilizado um questionário composto por seis questões abertas que foram respondidas na presença do pesquisador. As categorias de análise incluem as temáticas: envelhecimento, “derrame”, relações familiares, sociais e boa velhice, tomadas como eixos do desenvolvimento das interpretações qualitativas realizadas.

Diante da realidade ainda recente das pesquisas que procuram desenvolver estudos incluindo interfaces entre áreas do conhecimento como as ciências da saúde, gerontologia e as ciências humanas e sociais em geral, assumimos o desafio de ampliar o espaço dessas reflexões sobre as questões do envelhecimento, velhice e as doenças que acometem os idosos como o Acidente Vascular Encefálico.

A dissertação ora apresentada, compõe-se de três capítulos, sendo que no capítulo 1 é tratada a realidade do envelhecimento e da velhice; no capítulo 2 inclui-se o resultado dos estudos sobre a relação entre envelhecimento e Acidente Vascular Encefálico, segundo abordagens biológica, psicológica e social. O 3º capítulo aborda os principais resultados da pesquisa de campo.



## CAPÍTULO I

# ENVELHECIMENTO E VELHICE: uma realidade em estudo

---

### 1.1 ENVELHECIMENTO E VELHICE

A reflexão sobre envelhecimento e velhice nos remete à necessidade de abordarmos inicialmente os aspectos demográficos relativos à população idosa. O crescente aumento desse segmento é um fenômeno mundial. Estima-se que a população mundial de idosos é de aproximadamente, 629 milhões de pessoas, com um crescimento anual de 2%. Segundo Berzins (2003), a população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos é de 15 milhões de habitantes. A sua participação no total da população nacional dobrou nos últimos 50 anos; passou de 4%, em 1940, para 9%, no ano de 2000. Projeções recentes indicam que esse segmento poderá ser responsável por quase 15% da população brasileira no ano de 2020.

De acordo com Freitas (2004), a população brasileira de idosos acima de 80 anos é o segmento que mais cresce, hoje representa 11% da população idosa, em 2050 representará 19%. Dentro da mesma perspectiva, o autor relata que:

*O número de centenários é projetado para aumentar em 15 vezes, passando de 145 mil, em 1999, para 2,2 milhões de indivíduos em 2050; assim, as pirâmides populacionais tenderão a mostrar uma forma semelhante nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento (FREITAS, 2004:25, apud ONU, 1999).*

A transição demográfica no Brasil tem como fatores determinantes a diminuição da mortalidade e da fecundidade. Dentre esses fatores o declínio da fecundidade tem sido, sem dúvida alguma, o maior responsável pelo aumento da população acima de 60 anos. Este fenômeno está presente na maioria dos países, independente do estágio de desenvolvimento, fazendo com que a pirâmide populacional sofra um processo de inversão (Ferrari, 1999; Chaimowicz, 1997; Freitas, 2004).

A expectativa de vida média do brasileiro aumentou quase 25 anos nestes últimos 50 anos. O expressivo aumento da longevidade da população brasileira faz emergir um grande problema de saúde pública,

trazendo principalmente o aumento das doenças crônicas na população. No censo 2000, a expectativa ao nascimento era de 63 anos para homens e 65 para mulheres. Estudos atuais revelam que a expectativa de vida em países em desenvolvimento é de 60 anos e em países desenvolvidos é de 65 anos.

No Brasil, a partir da década de 40, vem ocorrendo um fenômeno chamado de “transição epidemiológica”, caracterizada pelo declínio na mortalidade devido a doenças infecto-contagiosas, pois estas foram controladas através de medidas preventivas como vacinação, saneamentos e drogas.

Ao mesmo tempo, por outro lado observa-se o aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, sobretudo as de origem cardiovascular, decorrentes principalmente da dificuldade de ações eficazes de prevenção envolvendo medidas educativas e mudanças de hábito de vida. Essa dificuldade se deve ao fato de estarem, diretamente, relacionadas com o nível socioeconômico e cultural (Ramos, 2002).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, destacam-se as doenças cardiovasculares (DCVs), por apresentarem maior número de

mortalidade, sendo que cerca de 73% destes óbitos ocorre na população idosa. O Acidente Vascular Encefálico (AVE), também conhecido como Acidente Vascular Cerebral (AVC) é o principal responsável por essas ocorrências, segundo estudos estatísticos (DATASUS apud Pinheiro & Freitas, 2004).

Mesmo quando não resulta em morte, o AVE leva, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o mesmo, além de alterar sua condição familiar e social. Isso mostra que o investimento na prevenção destas doenças é imprescindível, não só para garantir qualidade de vida, mas também evitar gastos com hospitalização, que a cada dia se torna mais cara em razão do alto grau de sofisticação em que se encontra a medicina moderna. De acordo com PY (2002:176)

*... as DVCs constituem a maior causa de incapacitação nos países ocidentais. Cerca de 31% dos sobreviventes de um AVC precisam de auxílio para realizar as atividades de vida diária, 20% precisam de ajuda para deambular e 16% precisam de assistência institucional, como internação em hospitais de apoio.*

Diante deste cenário, o estudo sobre o AVE é de suma importância devido a relação entre idade e incidência da doença, a partir do ponto de vista

de que a população está envelhecendo e a expectativa de vida é cada vez maior e com qualidade.

Perante o exposto, coloca-se a necessidade e importância de explicitarmos as concepções sobre envelhecimento e velhice, considerando-se as relações inquestionáveis desses conceitos com a realidade das situações em que o AVE se manifesta no idoso. Para NÉRI e CACHIONI (1999:120), explicitam envelhecimento e velhice, admitindo que:

*...são realidades heterogêneas, isto é, variam conforme os tempos históricos, as culturas e subculturas, as classes sociais, as histórias de vida pessoais, as condições educacionais, os estilos de vida, os gêneros, as profissões e as etnias, dentre outros elementos que conformam as trajetórias de vida dos indivíduos e grupos. O modo de envelhecer depende de como o curso de vida de cada pessoa, grupo etário e geração é estruturado pela influência constante e interativa de suas circunstâncias histórico-culturais, da incidência de diferentes patologias durante o processo de desenvolvimento e envelhecimento, de fatores genéticos e do ambiente ecológico.*

Ao desenvolver uma reflexão antropológica sobre o corpo, Concone (2005), ressalta a superação da visão referendada pelo determinismo biológico e da evolução ao admitir o processo dialético entre físico e cultural. A autora, afirma com sabedoria, que o envelhecimento é um marcador biológico,

inexorável, mesmo considerando as variações existentes, e a velhice é uma construção social, caracterizada pela heterogeneidade como explicita a seguir:

*Há, de fato, uma heterogeneidade empírica da velhice e também do envelhecimento na nossa sociedade: classe, profissão, tipo de atividade, modo de vida, qualidade de vida, são (entre outros fatores, dentre os quais os de ordem biológica e genética) geradores de diversidade no próprio processo de envelhecimento. (CANCONE, 2005:140)*

Para Monteiro (2000), essa diferença entre envelhecimento e velhice, permite conceber que o envelhecimento é um processo natural de transformação do ser humano, através da temporalidade e a velhice é uma produção social e não uma categoria natural.

A essas reflexões acrescenta-se a idéia de que o velho representa uma totalidade regida por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Pensar a velhice de maneira segmentada é, ao contrário, estabelecer uma determinação do biológico sobre todos os outros aspectos que explicam o envelhecimento, deste ponto de vista, o primeiro sinal de velhice aparece no corpo.

Para o velho estas mudanças aparentes no corpo, requerem uma constante elaboração e aceitação, tornando-se difícil olhar no espelho e se deparar com um ser externo diferente de um ser interno, que é onde ele se reconhece. Além da dificuldade em se reconhecer, ele se depara com uma representação social negativa, que valoriza a beleza, juventude e a aparência física.

A imagem física do idoso é desvalorizada se contrapondo ao sentido imposto de modernidade, conforme analisa Concone (2005:139), ao expor:

*Numa sociedade que aposta na juventude e no seu prolongamento, ser velho é estar fora dela. Uma série de representações negativas acompanha a população que envelhece, avaliando-a pelos aspectos físicos, pela aparência do corpo: beleza, juventude e saúde aparecem com uma tríade quase inseparável nas representações sociais.*

A velhice como conceito construído pela sociedade, é caracterizada de maneira preconceituosa e estigmatizada, através de concepções que dissimulam a sua realidade concreta, tornando o velho um peso frente suas fragilidades e dependências. Em consequência o próprio

idoso se desvaloriza e não assume essa fase da sua vida, o que gera dilemas em relação à sua própria identidade.

*Beauvoir (1990)*, elucida essa questão ao colocar a idéia de que a velhice é particularmente difícil de assumir, porque sempre a consideramos algo estranho, que não nos pertence, a tal ponto que a pessoa idosa chega a se questionar: será que me tornei, então, uma outra, enquanto permaneço eu mesma?

As imagens da velhice, geralmente estão associadas à doença, fragilidade física e emocional, entre outras questões que caracterizam essa fase como um momento de decadência. Diante desta imagem estigmatizada e pejorativa, é que as pessoas senescentes têm dificuldades em aceitar sua condição e tendem a indicar sempre que velho é o outro.

Se envelhecer sem as seqüelas de uma doença já é difícil, pela auto-imagem deteriorada, e pelos preconceitos, a situação é ainda pior para o velho que passa pelo processo de envelhecimento carregando uma seqüela onde metade do seu corpo está paralisada ou com o movimento diminuído.

Tudo torna-se mais difícil e doloroso fisicamente e, principalmente, do ponto de vista emocional.

Cabe ressaltar que o idoso que sofreu um AVE é uma pessoa doente, segundo a OMS que classifica saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidade ou doença”. Este conceito precisa ser entendido de maneira ampliada, levando-se em conta aspectos como: estilo de vida, autonomia para as atividades de vida diária, capacidade funcional e competência para o autocuidado.

Uma grande parte de idosos que sofrem um AVE, passam por um processo de reabilitação e conseguem alcançar independência e autonomia em suas atividades. Esses idosos chegam a considerar que podem vivenciar a velhice de maneira positiva e não gostariam de ser vistos como doentes.

Outros, porém, vivenciam esse processo assumindo-se como doentes e assim se colocam para o resto da vida entrando, muitas vezes, em um processo de depressão relacionada a sensação de pouco domínio sobre sua vida; acabam se entregando à dependência do outro em situação que pode perdurar por muitos anos.

A perda da autonomia é um dos fatores mais agravantes da condição de vida do idoso, que se vê aprisionado à limitações pessoais que lhe impõem constantes frustrações do ponto de vista emocional e no seu relacionamento social.

A autonomia significa a condição de se relacionar com as pessoas de modo igualitário, numa relação sujeito-sujeito, compartilhando os espaços, mantendo a convivência numa condição plena de pertencimento e reconhecimento da própria existência. Autonomia é uma palavra de origem grega que significa *autos* (próprio) e *nomos* (lei). Segundo o *Dicionário Houaiss* (2004), autonomia é a capacidade de governar a si próprio; é também, ter liberdade, independência moral ou intelectual.

De modo geral autonomia, remete imediatamente à idéia de independência que significa poder sobreviver sem ajuda para as atividades instrumentais de vida diária, autocuidado e manutenção da capacidade funcional. Essa interpretação é bastante discutível, pois conforme Néri (2000), é possível ser funcionalmente dependente, e ao mesmo tempo reter autonomia. No que se refere ao seguimento idoso

*Embora não seja condição imprescindível para a autonomia, compreendida como capacidade de tomar decisões, a independência físico-funcional guarda forte relação com a possibilidade de autogoverno dos idosos, essa relação depende, em parte, dos processos subjetivos que respondem pela motivação, pelo envolvimento e pelas crenças de controle e de auto-eficácia dos idosos afetando a sua adaptação. Depende também das atitudes dos familiares, dos profissionais e da sociedade em geral em relação ao idoso fisicamente incapacitado, que tende a ser visto como completamente incapaz de ajudar-se e de tomar decisões, mesmo que o deseje e que não seja portador de nenhum déficit cognitivo. (PEREIRA et al , 2002:846)*

Os conceitos de autonomia e independência, constituem-se em fatores primordiais de uma boa velhice para a maioria das pessoas. Contudo, esta nem sempre é a realidade, pois ocorre a interferência de fatores biopsicossociais que exigem do ser humano adaptações diretamente ligadas com a trajetória de vida de cada indivíduo.

Os fatores psicológicos, o apoio da família e da sociedade influem, significativamente, nos rumos do processo de envelhecimento de cada pessoa. Néri (1999), acredita que os prejuízos do envelhecimento podem ser minimizados pela ativação da plasticidade individual de cada um.

Acrescenta-se a essas idéias os resultados de descobertas da neurociência que analisa a capacidade de plasticidade do cérebro, o que revela

a existência de potenciais de reação frente aos desafios e dilemas enfrentados pelas pessoas dentre elas os idosos. No caso dos idosos, admite LIMA (2001:29):

*Estudando o funcionamento do cérebro aprende-se a otimizar seu potencial levantar propostas para retardar os sinais do que convencionalmente se caracteriza como velhice, promover a longevidade e intervir nos estágios iniciais do declínio cognitivo.*

O relacionamento social do idoso se caracteriza pelas suas capacidades adaptativas e criativas no que se refere a múltiplos aspectos como: emocional, fisiológico, performance ocupacional e social, dificuldades para aceitação do novo, alterações na escala de valores e disposição para o relacionamento humano.

Relacionando-se com sua história o idoso pode atribuir novos significados a fatos antigos e os tons mais maduros de sua afetividade passam a colorir a existência com novas e contraditórias matizes. As sensações são de: alegria ou tristeza, culpa ou mérito, frustração ou prazer, satisfação ou sofrimento. Sendo assim, o conceito de boa velhice depende, também, dos fatores sociais, culturais e emocionais do idoso.

Para Néri (1999 (b):122), envelhecer bem:

...depende do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, o qual permitirá que, com os diferentes graus de eficácia, ele venha a lidar com as perdas ocorridas com o envelhecimento. O indivíduo idoso seleciona e se concentra naqueles domínios que são altamente prioritários, e que envolvem a convergência das demandas ambientais e da capacidade biológica, das habilidades e das motivações individuais.

Vários estudos mostram que envelhecimento bem-sucedido não é tanto uma questão de medir objetivamente as funções físicas, mas de identificar qual é o nível de sucesso atingido no processo de adaptação às limitações físicas de forma a satisfazer a pessoa, inclusive na fase da velhice.

## **1.2 ESTUDOS SOBRE O ENVELHECIMENTO**

No decorrer do último século, constata-se um significativo avanço de estudos e pesquisas realizadas, principalmente, no campo da Gerontologia, lançando novas luzes sobre o tema do envelhecimento. O conhecimento produzido nessa área tem contribuído para o surgimento de novas teorias e práticas em relação ao envelhecimento, à velhice e ao velho. Considerando os estudos atuais podemos constatar avanços que marcam uma evolução

perceptível, possibilitando se caracterizar a realidade da velhice na contemporaneidade, diferenciando-a de outras épocas.

Historicamente podemos pontuar que nas sociedades primitivas os velhos eram considerados objeto de veneração e respeito. Confúcio (551-479 aC) afirmava que todos os membros de uma família deveriam prestar obediência aos idosos. A supervalorização da tradição e dos ensinamentos dos mais velhos é considerada traço óbvio na doutrina confuciana. No século XVIII, observa-se que ocorre uma era de otimismo em relação à velhice, talvez nunca visto nos séculos anteriores. Porém, foi no século XX que o interesse por essa questão se ampliou, surgindo áreas de estudos específicas sobre o envelhecimento e a velhice.

No início do século XX, Elie Metchnikoff, renomado cientista, defende a idéia da criação de uma nova especialidade científica, a *gerontologia*, entendida como o estudo da velhice, propondo um campo de investigação dedicado, ao estudo exclusivamente, ao envelhecimento, à velhice e aos idosos, negando a inevitabilidade da decadência e degeneração humana.

Ainda no final da primeira década desse século surge por iniciativa de um médico vienense Ignatz L. Nascher, a *Geriatrics*, como uma nova especialidade na medicina, que defende o estudo do aspecto clínico da velhice, estimulando, com isso, as primeiras pesquisas sociais e biológicas na área.

O livro *Senescence: the last half of life*, de Stanley Hall publicado em 1922, comprova que o idoso tem recursos, até então não reconhecidos e contradiz a crença de que velhice é o reverso da adolescência. Ainda nos anos 20, Hall, Nascher e Metchnikoff enfrentaram opositores que acreditavam na impermeabilidade das disciplinas médicas, restringindo geriatria e gerontologia aos seus aspectos puramente biológicos.

Por volta dos anos 30, Marjory Warren, constitui o West Middlesex County Hospital e passa a ser considerada a “Mãe da Geriatria”, por aplicar um processo de avaliação multidimensional, admitindo a importância da interdisciplinaridade. Inicia-se, com isso, um método de trabalho defendendo a prática da mobilização ativa e reabilitação seletiva, com base na ideia da capacidade de locomoção ao paciente e possibilidade de retorno ao lar.

A partir desse período, começa uma fase profícua de novos estudos sobre o envelhecimento e inúmeras iniciativas correlatas. McCay et cols, em 1935, desenvolve uma experiência alimentar de baixo teor calórico com ratos, que aponta para o aumento significativo da duração máxima de vida. Em 1942, dá-se a criação da *Sociedade Americana de Geriatria*; em 1946, surge a *Sociedade Gerontológica da América* e os conceitos de *Maturidade e Velhice* na Associação Americana de Psicologia. Entre as décadas de 50 e 70, houve intensa produção e avanço no estudo do envelhecimento. Um dos exemplos, foram os trabalhos realizados em 1958 na Pensilvânia e em 1972 na West Virginia, que lançaram as bases do paradigma de desenvolvimento ao longo da vida (*life-span*).

Nos anos 80 e 90 os estudos adotam novos enfoques e concepções considerando aspectos sociais e psicológicos, tratando de novos temas como o aumento da longevidade, a necessidade de apoio aos familiares e cuidadores, custos dos sistemas previdenciário e de saúde, formação de recursos humanos, além da necessidade de educação e atividades ocupacionais para os idosos (Néri apud Papaleo, 2002).

Segundo Lima *et al* (2006), em 1980 foi realizada a I Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, que aprovou o Plano de Ação das Nações

Unidas sobre envelhecimento, que propõe programas de saúde que visam a promoção da integração social e a manutenção da autonomia. Esse evento constitui-se num marco importante de evolução na área. Na mesma época, no Brasil houve a expansão da atenção integral à saúde do idoso, na rede dos serviços públicos, trazendo a desinstitucionalização da velhice, mantendo o idoso na comunidade vivendo com independência o maior tempo possível.

Portanto, o século XX tornou-se marcante pelo desenvolvimento de estudos sobre a velhice apontando para o crescimento do interesse pela pesquisa e conhecimento do processo de envelhecimento com bases científicas. Pesquisas e estudos têm sido realizados para responder às múltiplas questões decorrentes do aumento crescente do número de idosos no país. Pesquisadores das sociedades científicas, e das universidades, tem se envolvido na busca de novas interpretações para a solução de problemas que afligem a crescente população idosa, compondo o novo perfil da gerontologia:

[...] a “nova” gerontologia se fundamenta em três pontos básicos: *Estudo Interdisciplinar*, que consiste na investigação do envelhecimento feito de forma integrada. Essa *Integração*, é o vertical entre as mais diversas áreas que compõem o conhecimento e de *Recursos Humanos*, que

cria um sistema de formação de verdadeiros gerontólogos, independente de suas formações profissionais de origem. (Jeckel-Neto, 2000:17)

Sendo a Gerontologia uma área multi e interdisciplinar, caracteriza um amplo campo de estudo, estimulando o aumento do interesse dos pesquisadores na área de envelhecimento.

## CAPÍTULO II

# ENVELHECIMENTO E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

---

No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCVs) aparecem nas estatísticas como a maior causa de mortalidade na população idosa, sendo que o Acidente Vascular Encefálico (AVE) está em primeiro lugar entre as DCVs. A incidência de AVE é de 30 por 100.000 habitantes abaixo de 44 anos e de 1.230 por 100.000 habitantes acima de 75 anos (PY, 2002).

Os impactos causados pelo AVE estão relacionados, principalmente, às incapacidades físicas (hemiplegia) e aos distúrbios cognitivos. As incapacidades, decorrentes da lesão encefálica, são responsáveis pela perda da autonomia e conseqüente dependência do idoso.

MEDINA et al (1998:200), aponta para o aumento da prevalência de indivíduos idosos em situação de dependência devido as seqüelas das DCVs e dos transtornos no aparelho locomotor, acarretando alterações na vida diária dos mesmos:

Ao lado do envelhecimento populacional, transformações epidemiológicas, marcadas pelo incremento das doenças crônicas não transmissíveis, contribuem para o aumento da prevalência de indivíduos dependentes. Doença como as cardiovasculares e as do aparelho locomotor são as mais freqüentes, entre adultos e idosos, e são justamente as mais incapacitantes, constituindo-se nas duas primeiras causas de aposentadoria por invalidez.

O envelhecimento, como um processo natural de transformação e mudanças no organismo do ser humano, é portanto, influenciado por fatores socioculturais, enquanto o AVE é uma lesão no sistema nervoso central (SNC), causadora de distúrbios físicos e mentais variáveis, dependendo da extensão e gravidade da lesão. Tanto o envelhecimento como o AVE são questões que

estão ligadas, diretamente, ao ser idoso, expondo-o a uma condição de doença que remete à situação de dependência.

## 2.1 ENVELHECIMENTO COMO PROCESSO MULTIDIMENSIONAL

Frente a essa realidade, tanto a genética molecular quanto o envelhecimento populacional, são fenômenos relativamente novos. Portanto, é necessário que tanto os profissionais da saúde, como os gerontólogos pesquisem, tendo em vista a construção de novos conhecimentos que possam orientar a possibilidade de um envelhecimento cada vez mais saudável e bem-sucedido.

Na busca de entender o envelhecimento e suas conseqüências, é importante que se estude o ser humano nos vários aspectos que o constitui, pois somos seres biológicos influenciados pelo meio em que vivemos. Segundo Perracini (2002), o envelhecimento biológico traz alterações em diversos sistemas, os quais interferem na capacidade dos idosos em responder e interagir com o meio ambiente, assim como o meio ambiente interfere

diretamente no sistema biológico. Ao caracterizar cada dimensão, portanto, não podemos nos afastar dessas concepções.

O processo de envelhecimento é natural. Através deste processo, ocorre deterioração gradativa das funções do organismo. Esse efeito pode ser observado em todos os órgãos e sistemas, através da diminuição do número de células ou da perda da capacidade das mesmas em exercer suas funções plenamente.

No campo biológico o estudo do envelhecimento segue as principais teorias existentes, estas se dividem em dois grupos, conforme os pesquisadores JECKEL-NETO & CUNHA (2002:13): “a) *teorias estocásticas*, que defendem a idéia de que o envelhecimento ocorre aleatoriamente e se acumula com o tempo; b) *teoria sistêmica*, que defende que o envelhecimento seja pré-determinado”.

Os principais componentes biológicos que podem estar envolvidos no processo de envelhecimento estão no nível molecular, celular, histológico e de órgãos. Cruz (2002), apresenta uma modulação genética chamada de morte celular programada ou apoptose, na qual se acredita que os telômeros exercem

um papel fundamental no envelhecimento celular porque, durante a divisão celular, os telômeros ficam cada vez mais curtos até chegarem a um ponto chamado de crítico, que leva à morte da célula.

A *senescência celular* ou *replicativa* ocorre também, devido ao encurtamento telomérico e à influência da atividade de vários genes. A falha no sistema de reparo do DNA permite, incorporar mutações que poderiam levar a uma perda do equilíbrio homeostático. A perda de células em tecidos pós-mitóticos, em geral, leva à deterioração da flexibilidade fisiológica, característica marcante da senescência (Cruz, 2002).

Saavedra (2000), relata a hipótese dos genes para assegurar a longevidade (*longevity-assurance*). São genes que codificam reparos do DNA, tem funções antioxidantes, entre outras, apresentando uma correlação entre taxa de reparo e duração de vida. Para o autor, o determinante primário da longevidade seria a habilidade de manter homeostasia em face de variações ambientais.

Apesar das diferenças de envelhecimento de uma pessoa para outra, devido a fatores intrínsecos e extrínsecos, existe uma seqüência de

acontecimentos que vão marcando biologicamente o homem, como veremos a seguir.

Uma das alterações se dá na estatura corpórea que começa a diminuir a partir dos 40 anos. Esta perda se deve à diminuição dos arcos do pé e ao aumento das curvaturas da coluna vertebral. Os diâmetros da caixa torácica e do crânio tendem a aumentar. O nariz e os pavilhões auditivos crescem, determinando a fisionomia facial típica do idoso (Carvalho Filho & Papaleo Netto, 2000; Freitas et col, 2002).

Ocorre também um aumento do tecido adiposo que tende a se depositar nas regiões peritoneais em substituição ao parênquima perdido dos diversos órgãos. No tecido celular subcutâneo, diminui o tecido adiposo nos membros e aumenta no tronco. O teor total de líquido corpóreo diminui, o potássio total também diminui, como conseqüência da diminuição geral do número de células nos órgãos (Carvalho Filho & Papaleo Netto, 2000; Freitas et col, 2002).

Esta mudança na composição do corpo leva também a uma diminuição da massa consumidora de oxigênio, quando expressa por unidade

de peso ou por unidade de superfície, apresentando um aumento, que fica concentrado em região abdominal. Em relação à perda de massa, os órgãos internos mais afetados são os rins e o fígado, mas os músculos são os que mais sofrem prejuízo ponderal com o passar do tempo (Carvalho Filho & Papaleo Netto, 2000; Freitas et col, 2002).

Podemos observar, ainda, que as fibras elásticas da derme se alteram, a elastina fica "porosa" e perdem a elasticidade. Estas alterações são mais intensas nas regiões expostas ao sol e dão origem às rugas. As glândulas sudoríparas e sebáceas diminuem sua atividade, resultando em pele seca e áspera, mais sujeita a infecções e mais sensível às variações de temperatura.

No que refere às mudanças na pele, os melanócitos podem sofrer alterações no seu funcionamento em certas regiões, como a face e o dorso da mão, levando à formação de manchas hiperpigmentadas acastanhada por ruptura de capilares e extravasamento de hemácias. Como a epiderme fica mais fina, os menores traumas podem provocar equimose com manchas vermelhas ou púrpuras salientes (Carvalho Filho & Papaleo Netto, 2000; Miranda, 2002)

Quanto ao aspecto esquelético, a espessura do componente compacto do osso diminui, na região esponjosa há perda de lâminas ósseas, formando cavidades maiores entre as trabéculas ósseas. A região cortical apresenta canais mais amplos, com zonas de reabsorção interna, que transformam a região compacta em esponjosa, tornando-se mais porosa e delgada. O metabolismo do cálcio se desequilibra favorecendo a perda na matriz óssea. Conforme comprovado cientificamente por estudos, a perda de tecido ósseo na mulher é mais intensa após a menopausa (Carvalho Filho & Papaleo Netto, 2000; Rossi & Sader, 2002).

Na coluna dorsal, os discos intervertebrais são constituídos por um núcleo chamado pulposo e um anel fibroso. O núcleo pulposo perde água e proteoglicanas e as fibras colágenas aumentam em número e espessura. No anel fibroso, as fibras colágenas ficam mais delgadas. Em consequência, espessura do disco diminui, acentuando-se as curvas da coluna, especialmente a torácica, contribuindo para uma hipercifose (Carvalho Filho & Papaleo Netto, 2000; Freitas et col, 2002).

Nas articulações sinoviais (ou diartroses) ocorrem alterações na cápsula articular, apresentando alterações, especialmente nas camadas superficiais. Diminui o número de células, água e proteoglicanas. Enquanto que

nas fibras de colágeno, observa-se o aumento em número e espessura. Como consequência, a cartilagem fica mais delgada e surgem rachaduras e fendas na superfície, favorecendo a osteoartrose (Carvalho Filho & Papaleo Netto, 2000; Rossi & Sader, 2002).

O peso do músculo diminui, demonstrando perda de massa. Microscopicamente, pode-se constatar que há fibras em degeneração, e também, fibras hipertrofiadas, talvez compensatoriamente. As fibras que diminuem em volume, são especialmente as brancas de contração rápida. O tecido conjuntivo substitui as fibras musculares perdidas, ocorrendo um aumento do colágeno intersticial no músculo do idoso.

Nas placas motoras ocorre um aumento do número de pregas e a fenda sináptica fica mais ampla, diminuindo a área de contato entre o axônio e a membrana da célula. A menor velocidade de contração muscular é prejudicial frente à necessidade de uma resposta rápida de proteção. Neste caso pode-se constatar que, quando uma pessoa de idade avançada pisa em um obstáculo, as suas sensações cinestésicas e dolorosas são menos intensas e os impulsos nervosos levam mais tempo para percorrer o arco reflexo e alcançar o músculo. Depois do sinal chegar até o músculo, a produção da torção necessária para restabelecer o equilíbrio também será lenta, podendo não ocorrer em tempo

hábil de evitar a perda de equilíbrio, levando a quedas constantes (Carvalho Filho & Papaleo Netto, 2000; Leduc, 2002; Paixão J. & Heckmann, 2002).

No cérebro o peso e volume diminuem com a idade. As contagens microscópicas de neurônios em várias idades mostram uma perda contínua, especialmente no córtex dos giros pré-centrais (que é a área motora voluntária), dos giros temporais e do cerebelo (Carvalho Filho & Papaleo Netto, 2000; Leduc, 2002; Paixão J. & Heckmann, 2002).

*O sistema nervoso central (SNC) é o sistema biológico mais comprometido com o processo do envelhecimento, pois é o responsável pela vida de relação (sensações, movimentos, funções psíquicas, entre outros) e pela vida vegetativa) funções biológicas internas. (CANÇADO & HORTA 2002:112)*

Quanto aos aspectos cardiovasculares decorrentes do envelhecimento, a aorta se dilata e seu diâmetro interno aumenta, as fibras elásticas diminuem em número, enquanto o colágeno aumenta. Ocorre ainda, deposição de cálcio em toda a parede da aorta. Os processos arterioscleróticos atingem, também, as artérias de menor calibre e as arteriolas, sofrendo transformações idênticas a da aorta. As carótidas se estreitam da mesma forma

que as coronárias, sendo esse processo mais intenso no homem que na mulher (Carvalho Filho & Papaleo Netto, 2000; Affiune, 2002).

O peso do coração aumenta com a idade devido ao aumento da espessura da parede do ventrículo esquerdo e acúmulo de gordura. No nodo sinoatrial ocorre infiltração de gordura, aumento do tecido conjuntivo e diminuição das células musculares. Nas valvas as alterações são mais intensas nas cúspides ou mitral e nas válvulas da aorta. Aparecem placas arterioscleróticas e as cordas tendíneas se espessam. A valva cúspide no idoso torna-se mais fibrosa e frequentemente ocorre calcificação. As bases das valvas aórticas se espessam, tornam-se opacas e os nódulos ficam proeminentes (Carvalho Filho & Papaleo Netto, 2000; Affiune, 2002).

Segundo Gorzone & Russo (2002), as alterações na caixa torácica e na musculatura respiratória diminuem a complacência pulmonar. A superfície total dos alvéolos mostra discreta diminuição com a idade, ocorrendo também a diminuição do tamanho da via aérea, principalmente associada às alterações do tecido conectivo de suporte. Há estreitamento dos bronquíolos, aumento dos ductos alveolares e achatamento dos sacos alveolares prejudicando a perfusão venosa.

No rim, é freqüente a presença de arteríolas aferentes estreitadas, sem conexão com qualquer glomérulo. Sendo assim, o fato mais evidente no envelhecimento anatômico do rim é a diminuição do número de glomérulos, com o aumento do tecido fibroso que os substitui (Carvalho Filho & Papaleo Netto, 2000; Carvalho, 2002).

No sistema endócrino, ocorre diminuição de reserva funcional dos órgãos, e conseqüente, diminuição dos linfócitos T supressores, levando ao aumento de auto-anticorpos, ocasionando um aumento da prevalência das doenças auto-imune. Ocorre alteração nas dosagens hormonais, e nas doses de reposição (Lieberman, 2002).

Com o envelhecimento, os órgãos reprodutores diminuem em peso e se atrofiam. A menopausa ocorre geralmente entre 40 e 50 anos, pois nessa etapa observa-se a diminuição do funcionamento dos ovários, como conseqüência ocorre a diminuição dos hormônios estrógeno e progesterona, trazendo para mulher sintomas característicos como, sudorese excessiva, mudança de humor, diminuição da lubrificação vaginal, diminuição da libido, entre outros. Já no homem a andropausa apresenta-se como uma situação inespecífica, e discutível na sua aparência real, na qual existem alterações que modificam as capacidades reprodutoras no homem, tanto na qualidade como na

quantidade, acompanhadas de uma diminuição da atividade sexual (Carvalho Filho & Papaleo Netto, 2000; Liberman, 2002).

Os aspectos psicológicos do envelhecimento, podem ser explicados através de teorias que fornecem bases paradigmáticas sobre essa categoria. Existem diversas concepções e modelos teóricos, que buscam descrever e explicar as transformações que acontecem com o indivíduo na idade adulta e na velhice. Como coloca Néri (2002), os pesquisadores e os profissionais, têm nas teorias um conjunto de lentes através das quais podem perceber e compreender o que é observado.

O primeiro paradigma explicativo do desenvolvimento humano, segundo Néri (2002), é o da “mudança ordenada”, que tem como base de estudo a teoria de “estágio” no desenvolvimento do indivíduo. As concepções propostas por Jung (1930), considera a divisão da vida humana em quatro idades: infância, vida adulta, meia-idade e velhice. Sendo este um estudo de caráter gerontológico, será considerado o período a partir do fim da vida adulta, por volta dos 40 anos, pois é o momento em que o indivíduo se dá conta da própria finitude, iniciando a individuação, processo de interiorização do *self*.

Na velhice, o indivíduo libera suas emoções reprimidas, e olha para a possibilidade de aquisição de novos papéis e novas metas. Existe aí, a tendência em se transformar nos seus opostos, o homem tende ficar mais feminino e a mulher mais masculina. Muitas pessoas chegam à velhice com desejos insatisfeitos, com necessidade ainda de manter-se no poder ou continuar na expansão do *self*. Isso revela a dificuldade de aceitar o envelhecimento (Néri, 2002).

O segundo paradigma apresentado pela autora, é o “contextualista”, de desenvolvimento psicossocial. Os pesquisadores que defendem a teoria contextualista acreditam que o indivíduo e o ambiente social são mutuamente influentes e co-participantes do processo de construção da trajetória do desenvolvimento individual. Uma das manifestações deste paradigma é a análise do significado dos eventos de transição na vida das pessoas, considerados explicativos para as quebras de estabilidade no desenvolvimento e representativo das condições para as mudanças adaptativas.

Segundo a autora, o terceiro paradigma, é o do desenvolvimento ao longo da vida (*life-span*), de orientação dialética. Onde o desenvolvimento é concebido como um processo multidirecional e multidimensional caracterizado

pela ocorrência conjunta de ganhos, perdas e estabilidade. Acredita-se no potencial do idoso para a mudança, chamado de plasticidade, que determina a extensão e os limites do desenvolvimento.

Freitas (2002), apresenta três fatores que influenciam o desenvolvimento ao longo da vida: a) influências ligadas à idade, envolvendo determinantes biológicos e ambientais relacionados à idade cronológica; b) fatores ligados à história, envolvendo também, determinantes biológicos e ambientais; c) determinantes de caráter não-normativos, pois não seguem um senso geral e previsível.

Os fenômenos biológicos e ambientais destacam-se por serem considerados como eventos multideterminados, permitindo a formação de perfis vitais diferenciados, fazendo com que as pessoas sejam diferentes entre si. A linha dialética aceita que com o envelhecimento ocorre um aumento na complexidade dos processos de desenvolvimento, tornando as diferenças interindividuais mais marcantes devido, principalmente, à influência dos eventos não-normativos.

Estudos da psicogerontologia, permitem ressaltar a vinculação existente entre os três paradigmas. O conhecimento das teorias e dos paradigmas da abordagem psicológica do envelhecimento tem importância fundamental para a compreensão de situações nas quais se encontram muitos pacientes idosos, com ou sem patologias associadas.

Os aspectos sociais do envelhecimento podem ser identificados, com base em classificações teóricas que consideram os critérios de geração, conforme estudos realizados com esse enfoque.

Segundo *Bengston et al* (1997) apud *Siqueira* (2002), Na 1ª GERAÇÃO que vai de 1949 até 1969, a unidade primordial de análise é o indivíduo. Dentro de uma proposta de modelos de aplicação universal, não-dependentes do contexto e dos fatores sociais (tidos como inquestionáveis). Seus focos são os papéis sociais e as normas que explanam como se dá o ajuste ao inevitável declínio do envelhecimento.

A 2ª GERAÇÃO que vai de 1970 até 1985, se volta para o nível macrossocial, destaca-se a maneira como as pessoas envelhecem e ressalta mais as estruturas sociais do que os aspectos individuais do envelhecimento.

Focalizam as transformações nas condições sociais que influenciam o processo de envelhecimento e a situação do idoso como categoria social.

Na produção da 3ª GERAÇÃO, surgida nos anos 70 e alcançando os dias de hoje, os níveis micro e macrossocial se aliam. Esses autores criticam e sintetizam as preposições anteriores, propondo o envelhecimento como um “processo ecológico”, vivencial, fortemente influenciado pelo entorno. No seu foco principal estão os aspectos estruturais do envelhecimento, como as restrições sociais e a distribuição econômica desigual, dos quais é objeto.

A abordagem sócio-antropológica traz subsídios relevantes para investigação das questões relativas à saúde do idoso. Por meio de estudos realizados em diferentes contextos sócio-culturais é possível analisar a variedade de formas de envelhecimento e de formas de vivenciar a velhice, considerando as diversidades e singularidades desse processo. Analisando a contribuição da Antropologia para entendimento do processo de envelhecer, explicita MINAYO (2006:49):

*... a contribuição principal da antropologia é, de um lado, dar elementos para entendermos o envelhecimento como um fenômeno complexo e não-homogêneo. De outro, na medida em que a antropologia trabalha com a lógica interna dos*

*próprios atores sociais, ela cria condições para desconstituir discriminações e preconceitos, assegurando a desnaturalização da velhice como problema, como doença e como lugar social estereotipado que o aparente cuidado social lhe reservou...*

Os fundamentos das ciências sociais permitem interpretações críticas e pertinentes em relação ao envelhecimento e à velhice, alargando as possibilidades de maior visibilidade no que se refere à realidade que cerca a vida das pessoas idosas. Segundo LOPES (2006:89):

*São grandes as responsabilidades da cultura contemporânea na determinação do sofrimento daqueles que ficam mais velhos; em uma sociedade intolerante com o “outro”, o “diferente”, aquele com sinais físicos dos anos vividos a mais, é fortemente rechaçado. As representações que se movem do ambiente em direção ao velho desestabilizam-no como sujeito. É visto como problema, ou favorecido, gozando privilégios e não direitos. Em ambas as situações, o lugar socialmente atribuído ao velho é o de exclusão social, ou do “não-lugar”.*

Devemos reconhecer que o entendimento do envelhecimento como processo multidimensional, carece de algumas explicitações específicas, como os conceitos relativos às teorias que caracterizam os fundamentos básicos sobre o Acidente Vascular Encefálico e suas conseqüências no processo de envelhecimento.

## 2.2 ACIDENTE VASCULAR ENCEFALICO

Acidente Vascular Encefálico (AVE), também conhecido como Acidente Vascular Cerebral (AVC), Doença Vascular Encefálica (DVE) ou Doenças Cérebro Vascular (DCV) são nomenclaturas utilizadas para definir o acometimento no sistema nervoso central, comumente conhecido como “*derrame*”, que é a consequência de um déficit neurológico súbito e específico provocado por anormalidades do aporte sanguíneo. Os resultados clínicos se manifestam em danos neurológicos nas funções motoras, sensitivas e da linguagem.

O AVE é a doença neurológica que mais acomete o sistema nervoso e é a principal causa de incapacidades físicas e mentais. A localização e a extensão exatas da lesão determinam o quadro neurológico apresentado por cada paciente. Os AVEs oscilam de leves a graves, e podem ser temporários ou permanentes. (O’SULLIVAN, 1993)

A incidência do AVE vem diminuindo gradativamente, mais ainda se encontra entre as principais causas de morte, e a incidência aumenta na

faixa etária de 80 a 90 anos. Com ocorrência maior em homens que em mulheres.

Os idosos, estão mais suscetíveis a infartos cerebrais porque o fluxo sanguíneo cerebral está reduzido, devido à perda neuronal ou à redução da reserva hemodinâmica. Além disso, a auto-regulação cerebral também está alterada, havendo menor tolerância a variações da pressão de perfusão, principalmente nos hipertensos crônicos submetidos a redução brusca da PA.

Os fatores de risco para o AVE são divididos em riscos modificáveis que correspondem a hipertensão, diabetes, fumo, consumo de álcool, fibrilação atrial, hiperlipidemias, sedentarismo, obesidade e estenose das carótidas e os riscos não modificáveis que são: idade, sexo, raça, etnia e hereditariedade. Outros fatores determinantes para o AVE são: o uso prolongado de anticoncepcionais orais (ACOs), migrânea (enxaqueca) e hipercolesterolemia (especialmente do colesterol LDL). Para Chaves (2000), a hipertensão, o fumo, o diabetes e a dislipidemia são as bandeiras dos “Quatro Cavaleiros do Apocalipse” do AVE.

A classificação do AVE se caracteriza conforme o mecanismo da lesão. No caso do AVE hemorrágico, a ocorrência se dá devido a ruptura de um vaso, causando hemorragia intracraniana. Já o AVE isquêmico ocorre devido a obstrução de um vaso, impedindo a perfusão sanguínea em determinada região do encéfalo que deixa de receber oxigênio e glicose. Imediatamente vasos colaterais tentam suprir o aporte sanguíneo, porém, não é suficiente, causando lesão às células, que por sua vez liberam aminoácidos excitatórios, principalmente o glutamato e radicais livres, promovendo um efeito cascata que aumenta a lesão tecidual.

*Nos idosos, pode ocorrer infartos cerebrais isquêmicos, por baixo débito cardíaco nas regiões de “fronteira” das áreas irrigadas pelas principais artérias cerebrais. (O’sullivan, 1993:177)*

Outro transtorno que pode ocorrer é o Ataque Isquêmico Transitório, que refere-se à temporária interrupção do suprimento sanguíneo ao cérebro. Os sintomas de deficiência neurológica podem perdurar por apenas alguns minutos, ou por diversas horas. Depois de terminado o ataque, não há evidências de lesão cerebral residual, ou de disfunção neurológica permanente, os AIT podem ser decorrentes de uma série de fatores diferentes, inclusive ataques oclusivos, êmbolos, perfusão cerebral reduzida (arritmias, queda do

debido cardíaco, hipotensão devido ao excesso de drogas anti-hipertensivas) (O'Sullivan, 1993).

Segundo Umphred (1994), os processos fisiopatológicos que desencadeiam o acidente cerebrovascular podem ser divididos em três grupos, sendo eles: alterações trombóticas, embólicas e hemorrágicas.

As alterações trombóticas são placas ateroscleróticas progressivas que tem maior prevalência nas regiões das bifurcações dos vasos.. As principais seqüelas deste processo são a estenose, ulceração das lesões ateroscleróticas e trombose. Trombose cerebral refere-se à formação ou desenvolvimento de um coágulo de sangue ou trombo no interior das artérias cerebrais, ou de seus ramos. Os trombos resultam da aderência e agregação plaquetária, coagulação de fibrina e queda da fibrinólise. Os trombos também podem ser deslocados “viajando” para outro local, sob forma de um êmbolo artéria-a-artéria. (O'Sullivan, 1993)

Já as embolias, ocorre alterações cerebrais em pequenas porções de matéria, como: trombos, tecido, gordura, ar, bactérias, ou outros corpos estranhos, que são liberadas na corrente sanguínea e que se deslocam até as

artérias cerebrais, produzindo oclusão e infarto. Estão comumente associados à doença cardiovascular (doença valvular, infarto do miocárdio, arritmias doença cardíaca congênita). (O'Sullivan, 1993).

Nas alterações hemorrágicas intracerebral, ocorre a ruptura de um dos vasos cerebrais com subsequente sangramento no interior do cérebro. A morte tissular resulta da presença de constituintes celulares e agentes químicos no sangue e aumento da pressão, resultante do coágulo em crescimento, ou da restrição do fluxo sanguíneo distal. A Hemorragia subaracnóide ocorre a partir do sangramento para o espaço subaracnóide, podendo ser espontânea decorrente da ruptura de um aneurisma ou sangramento de uma malformação arteriovenosa; ou secundária a uma hipertensão ou traumatismo. Diante de um sangramento maciço, freqüentemente a morte ocorre dentro de horas, como resultado de um rápido aumento na pressão intracraniana e do deslocamento e compressão do tecido cortical adjacente. (O'Sullivan, 1993)

O Fluxo Sanguíneo Encefálico (FSE), é controlado metabolicamente por um mecanismo de auto-regulação, porém as variações muito elevadas não conseguem ser compensadas. Quimicamente, a regulação do FSE ocorre em resposta às alterações nas concentrações sanguíneas de dióxido de carbono e oxigênio ( $\text{PaCO}_2$ ). Uma concentração elevada da  $\text{PaCO}_2$

causa vasodilatação e aumenta o FSE, enquanto que a queda de  $\text{PaCO}_2$  leva a uma vasoconstrição e diminui o FSE. Outros fatores que interferem no FSE são alterações do pH. Podem ocorrer queda do pH, que promove uma vasodilatação, ou uma elevação do pH, que acarreta em uma queda do FSE (O'Sullivan, 1993).

A circulação encefálica têm origem em dois sistemas arteriais, o sistema carotídeo e o vertebrobasilar na base do encéfalo formando um anel chamado de polígono ou círculo de Willis. A irrigação encefálica tem início nas artérias vertebrais direita e esquerda, que se convergem, dando início à artéria basilar, vascularizando o cerebelo e o tronco cerebral. A artéria basilar, na altura do mesencéfalo, ramifica-se dando início às artérias cerebelares superiores e às artérias cerebrais posteriores. Das artérias cerebrais posteriores, saem as artérias comunicantes posteriores (direita e esquerda), que se conectam com as carótidas internas. As carótidas internas ramificam-se para formar as artérias cerebrais média e anteriores. As artérias cerebrais anteriores se conectam através da artéria comunicante anterior, fechando assim o Círculo ou Polígono de Willis,

Com a interrupção do aporte sanguíneo encefálico, as regiões do córtex cerebral chamadas de Áreas de Brodmann, sofrem morte celular devido a diminuição de oxigênio e glicose. A localização da circulação sanguínea

encefálica e das áreas de Brodmann são essenciais para que possamos compreender as sequelas decorrentes de um AVE.

*A parada da circulação cerebral por mais de sete segundos leva o indivíduo à perda da consciência. Após cerca de cinco minutos começam a aparecer lesões que são irreversíveis.  
(MACHADO, 2001)*

Segundo Machado (2000), as Áreas de Brodmann, são áreas funcionais do córtex encefálico divididas em dois grandes grupos, áreas de projeção e áreas de associação, as áreas de projeção são as que recebem ou dão origem a fibras relacionadas diretamente com a sensibilidade e com a motricidade; as áreas de associação fazem o papel de conectar as áreas de projeção.

O cortex cerebral organiza-se como uma colcha de retalhos. As distintas áreas, identificadas primeiramente por Brodmann, diferem umas das outras em sua estrutura microscópica e em sua função. No córtex cerebral, chegam todos os impulsos oriundos das vias de sensibilidade e motricidade, sendo aí interpretados e transformados em comandos por meio dos impulsos nervosos que iniciam os movimentos voluntários (Bear et al, 2002).

As manifestações clínicas quanto à topografia, estão relacionadas com o local da oclusão que produz sinais focais específicos da área envolvida. Quando ocorre oclusão na artéria carótida interna os sinais clínicos são de: hemiparesia ou hemiplegia, hemi-hipoestesia, afasia e distúrbios visuais.

Os sinais clínicos de oclusão na artéria cerebral anterior são: confusão mental, afasia, hemiplegia ou hemiparesia principalmente em membros inferiores. Oclusão da artéria cerebral média, os sinais clínicos são: coma, hemianopsia, afasia, hemiplegia ou hemiparesia principalmente em membros superiores. Na oclusão da artéria cerebral posterior, os sinais clínicos são: hemianopsia, afasia e hemiplegia que pode ser transitória.

Quando ocorre oclusão da artéria vertebrobasilar, os sinais clínicos são: coma, diplopia, ataxia, hemiplegia ou hemiparesia, podendo também apresentar quadriplegia (O'Sullivan, 1993).

O local mais comum de ocorrência do AVE é na artéria cerebral média. Sendo que, esta é responsável pela irrigação das regiões dos lobos frontal, temporal, parietal e estruturas subcorticais. As principais áreas de

Brodmann, relacionadas com o ato motor, estão anatomicamente dispostas nas regiões em que a artéria cerebral média irriga.

Na maioria dos casos de AVE podem ocorrer perdas de sensibilidades superficiais (tato, dor, temperatura e vibração), sensibilidade profunda (propriocepção, noção do corpo no espaço) e deficiências no campo visual. Sabe-se que o sistema visual, vestibular e proprioceptivo, estão envolvidos no envio de informações para o sistema de controle postural ou de equilíbrio.

Logo após o AVE, ocorre a paralisia dos músculos no hemicorpo contralateral, digo, na metade do corpo do lado oposto à lesão, esta ocorrência é chamada de hemiplegia, que se comporta através de estágios de recuperação. Inicialmente é comum apresentar flacidez dos músculos, chamado de hipotonia, caracterizados pela ausência dos movimentos voluntários, este quadro com o passar do tempo vai sendo substituído pelo desenvolvimento de padrões motores de espasticidade, denominados padrões de sinergismos.

Com o progresso da recuperação por meio da reabilitação, na maioria dos casos a espasticidade começa a declinar, tornando-se possível os

padrões de movimento, mais próximo do normal. O movimento voluntário exige uma programação em etapas de preparação, elaboração e execução do ato motor.

Para uma melhor compreensão do quadro clínico motor presente no sujeito da pesquisa será realizado um breve comentário sobre a fisiopatologia da espasticidade e uma descrição da hemeplegia e seus estágios de recuperação.

A fisiopatologia da espasticidade está relacionada com a perda do controle inibitório do tônus muscular pela interrupção completa ou não das vias de aferências motoras supra-segmentares. Toda lesão do sistema nervoso central que provoca uma alteração no mecanismo inibitório supra-espinal do reflexo miotático, gera a espasticidade (Casalis, 1990).

Os neurônios internunciais inibitórios são os responsáveis também pelo mecanismo da inibição recíproca, mecanismo que está alterado na espasticidade, e que se traduz clinicamente pela co-contração, contração dos músculos agonista e antagonista como consequência traz o enrijecimento e lentidão de movimento do membro espástico. Isto é, os neurônios internunciais que normalmente agem inibindo os motoneurônios alfa do músculo antagonista ao músculo alongado perdem sua ação permitindo a contração simultânea dos agonistas e antagonistas.

A espasticidade, é responsável por grande parte da deficiência motora do paciente devido a restrição de movimentos normais e postura estática dos membros. Geralmente, ela se mostra em padrões definidos de coordenação anormal, chamada de sinergismo. Os padrões de sinergismo são padrões de movimentos primitivos e estereotipados que ocorrem no hemicorpo contralateral à lesão encefálica (Bobath, 2001).

Os padrões de sinergismos estão presentes sob duas formas distintas, um é o sinergismo flexor e o outro extensor. No sinergismo de flexor o membro superior apresenta uma retração com hiperextensão escapular, adução e rotação externa do ombro, flexão do cotovelo, supinação de antebraço e flexão de punho e dedos. No membro inferior ocorre, rotação externa do quadril, flexão de joelho, dorsiflexão e inversão do tornozelo.

No padrão de sinergismo extensor, o membro superior fica com pronação de escapula, rotação interna do ombro, extensão do cotovelo, pronação de antebraço e flexão de punho e dedos. No membro inferior ocorre extensão e rotação interna do quadril, extensão do joelho, flexão plantar, inversão do tornozelo.

A hemiplegia é a paralisia total ou parcial de um lado do corpo, é o sinal clássico de lesão neurovascular, como o AVE. Brunnstrom, elaborou uma tabela demonstrando o processo de recuperação da hemiplegia em estágios que são seqüenciais, na maioria dos pacientes a recuperação segue estes estágios, mas alguns podem desenvolver de forma diferenciada dependendo da gravidade, o paciente pode permanecer em um determinado estágio e não avançar na recuperação, os estágios estão representados na tabela que segue abaixo, conforme detalhamento apresentado por BRUNNSTRON, *apud* O'SULLIVAN (1993:394):

### **ESTRATÉGIAS DE RECUPERAÇÃO SEQUENCIAL NA HEMIPLEGIA**

**1º Estágio:** *a recuperação da hemiplegia ocorre numa seqüência esteriotipada de eventos, que começa com períodos de flacidez imediatamente após o episódio agudo. Não pode ser promovido qualquer movimento dos membros.*

**2º Estágio:** *com o início da recuperação, os sinergismos básicos do membro ou alguns de seus componentes podem surgir como reações associadas, ou respostas de movimento voluntário mínimo podem estar presentes. A esse tempo, começa a surgir a espasticidade.*

**3º Estágio:** *o paciente adquire controle voluntário dos sinergismos do movimento, embora não ocorra a máxima intensidade de todos os componentes do sinergismo. A espasticidade aumenta mais, podendo tornar-se grave.*

**4º Estágio:** *nesse estágio ocorre o domínio de algumas combinações motoras que não seguem as vias de qualquer dos sinergismos, primeiramente com dificuldade, e a seguir com maior dificuldade. A espasticidade começa a declinar.*

**5º Estágio:** *Se houver continuidade no progresso, serão aprendidas*

*combinações motoras mais difíceis, a medida que os sinergismos básicos dos membros perdem sua dominância sobre os atos motores.*

**6 ° Estágio :** *com o desaparecimento da espasticidade, os movimentos articulares individuais tornam-se possíveis e a coordenação aproxima-se do normal. De agora em diante ( da mesma forma que a última etapa da recuperação), é restaurada a função motora normal, mas este último estágio não é atingido por todos, porque o processo de recuperação pode estabilizar-se em qualquer estágio.*

A lesão neurovascular decorrente do AVE, além de apresentar os sinais clínicos motor conforme relatado anteriormente, apresenta também alterações clínicas na linguagem tanto escrita como falada, no campo visual e no campo mental e intelectual.

Os distúrbios de linguagem estão presentes quando a lesão atinge o hemisfério esquerdo (dominante), onde se encontram as áreas de Brodmann responsáveis pela linguagem, conhecidas como áreas de Broca e Wernicke. Existem três tipos de distúrbios da linguagem, conhecidos como, *Afasia de Broca* que é um distúrbio na região motora, e o paciente apresenta dificuldade de expressão da linguagem. Outro tipo é a *Afasia de Wernicke*, em que o distúrbio ocorre na região sensorial, e o paciente apresenta dificuldade de compreensão da linguagem. A *Afasia Mista*, é quando o paciente apresenta dificuldade de expressão e compreensão da linguagem.

Os problemas de percepção e comunicação na hemiplegia são específicos dependendo do local em que ocorreu a lesão no encéfalo. Quando a lesão ocorre no hemisfério esquerdo do encéfalo a pessoa tende a apresentar distúrbios como: afasia, apraxia, alexia para números, perde a discriminação de direito e esquerdo e fica lento em organização e desempenho.

Quando a lesão ocorre no hemisfério direito do encéfalo, os distúrbios de percepção presentes são: distorções visoespaciais, autonegligência unilateral à esquerda, imagem corporal distorcida, apraxia de vestimenta e ilusão de abreviamento do tempo.

Diante destes quadros de comprometimentos que o sequelado de AVE passa, vamos a seguir discutir questões referente as barreiras que este sujeito enfrenta frente suas relações pessoal e social.

### **2.3 ENVELHECER COM SEQUELAS DE UM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Se o envelhecer já traz por si só, transformações muitas vezes, difíceis de compreender e aceitar, envelhecer com seqüelas de uma doença

neurológica, é um desafio ainda maior que a pessoa, em particular o idoso, tem para enfrentar.

A atitude de negligência do hemicorpo alterado é bastante freqüente no paciente com AVE, a tal ponto, de não conseguir olhar o seu próprio reflexo no espelho. Existe aí uma tensão em que o *Eu Ideal* desaba e dá lugar imediato ao *Eu Horror*. Neste momento a imagem narcisista se rompe, e se rompe também o sentido da vida (Goldfarb,1998).

Percebe-se que quando ocorre lesão no hemisfério esquerdo, o paciente apresenta um comportamento inseguro e cuidadoso, necessitando de apoio freqüente. Apesar disso, admite, com mais realismo suas dificuldades. Já quando ocorre lesão no hemisfério direito, o paciente tende a ser mais rápido e impulsivo, superestimando suas capacidades, minimizando ou negando seus problemas (O'Sullivan, 1993).

A memória pode também ser afetada. Freqüentemente, a memória imediata e a de curto prazo está prejudicada, enquanto a memória a longo prazo permanece intacta. Se a lesão ocorrer no hemisfério esquerdo, a

conseqüência será a dificuldade de memória da linguagem; e quando ocorrer no hemisfério direito resultará em problemas com a informação visoespacial.

O paciente apresenta instabilidade emocional, é incapaz de inibir as emoções espontâneas e transita da gargalhada ao choro. É freqüente o choro nestes pacientes, muitas vezes acompanhado de depressão, ansiedade e negação da situação. A depressão pode ser resultado da reação psicológica das incapacidades ou poderá estar relacionada ao local da lesão. Ela pode ser mais freqüente e mais grave em pacientes que apresentam lesão no hemisfério esquerdo.

Devido a estas alterações, o idoso tem tendência a se entregar às incapacidades, pois acredita que já é velho demais, e não tem mais jeito, não vai melhorar. Geralmente, o que precede esta posição tão fatalista, é a depressão, angustia e desânimo. Nesse sentido LOPES (2000: 45), afirma que:

As situações de ansiedade parecem estar relacionada a sensação de pouco domínio sobre o meio social, gerando maior dependência dos outros, assim como sentimento de impotência, incompetência e pouca responsabilidade.

Pode acontecer também conforme Singer (2002), o *Retiramento do Eu*, como uma atitude de defesa diante das ameaças exteriores como a perda da continuidade psíquica e a perda do interesse pela realidade exterior, favorecendo assim o desenvolvimento da demência

Existem alguns problemas também decorrentes da lesão encefálica, considerados como secundários, sendo eles: contraturas e deformidades, trombose venosa profunda, dor principalmente no ombro hemiplégico, problemas urinários e intestinais, disfunção orofacial, entre outros.

**CAPÍTULO III**

**PESQUISA DE CAMPO**

---

### 3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa trata-se de um estudo qualitativo, com base em representações sociais de pessoas idosas, com seqüelas de um Acidente Vascular Encefálico, sobre as interferências e transformações ocorridas na sua vida e os impactos decorrentes das mesmas. O estudo tem um caráter descritivo-exploratório, e os procedimentos metodológicos adotados incluem a utilização de um roteiro com questões abertas (Anexo 1), para realizar a coleta de dados, através de entrevistas.

Para Gil (1996), o estudo *descritivo* é definido como a relação de características determinantes de uma população ou fenômeno; e o *exploratório*, como maneira de se familiarizar com o problema, tornando-o mais explícito. Quanto ao entendimento sobre pesquisa qualitativa, explicita MINAYO (1994:21):

*A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.*

A pesquisa qualitativa permitiu levar em conta os sentimentos, significados e a sensibilidade das pessoas, possibilitando a liberdade de expressão e contribuindo para o entendimento das representações que os idosos têm acerca do envelhecimento.

Em todas as entrevistas foi ressaltada a garantia do anonimato e privacidade das informações, considerando os princípios éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, estabelecidos pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que coloca no Capítulo IV, a necessidade do respeito à dignidade humana o que exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos (Anexo 2), indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

As entrevistas foram realizadas na Clínica de Fisioterapia Reabilitar localizada no bairro de Itaquera, na Zona Leste da cidade de São Paulo, onde todos os participantes da pesquisa estão em processo de reabilitação. A escolha desta clinica ocorreu porque sou uma das profissionais responsáveis pelo estabelecimento, o que facilitou o contato com os sujeitos da pesquisa.

Os critérios de seleção adotados para escolha dos idosos a serem entrevistados foram: ter sofrido um AVE, apresentar características clínicas de hemiplegia e grau de cognição normal. Foram excluídos os idosos que apresentaram outras patologias crônicas associadas (Parkinson, Alzheimer entre outras demências) e dificuldade de comunicação grave (afasia).

Os sujeitos selecionados para realização da pesquisa de campo compõe-se de um grupo de 08 (oito) idosos, sendo 06 (seis) homens e 02 (duas) mulheres, na faixa etária definida entre 60 e 90 anos, os quais estão identificados pelos números de 1 à 8, para garantir o anonimato dos mesmos.

Todos os participantes são de nacionalidade brasileira, casados e a mesma situação socioeconômica. Outra característica importante é a baixa escolaridade da maioria, dos 08 (oito) participantes, 05 (cinco) tem 1º grau incompleto, 02 (dois) são analfabetos e apenas 01 (um) tem grau superior incompleto.

Em relação à profissão todos os participantes estavam na ativa antes do AVE e hoje estão aposentados devido as seqüelas da doença. A seqüela mais marcante e que prevalece em todos os participantes é a

Hemiplegia, abordada teoricamente no capítulo II “Envelhecimento e Acidente Vascular Encefálico” Referente aos anos de lesão de cada sujeito, ocorre uma variação de 1 à 5 anos, sendo que a maioria está entre 2 e 3 anos.

A pesquisa foi realizada com base no roteiro por meio de entrevista individual, usando-se as técnicas de gravação e transcrição posterior. As questões abertas do roteiro foram agrupadas iniciado-se com a identificação dos sujeitos, prosseguindo com as idéias do sujeito sobre envelhecimento e velhice, complementando com a sua percepção quanto aos impactos do AVE no seu cotidiano. A parte final é destinada à auto-avaliação da sua condição atual, como portador de seqüelas da AVE.

## **3.2 RESULTADOS DA ANÁLISE DOS DADOS**

O processo de análise dos dados foi desenvolvido com base no agrupamento das questões, considerando-se os objetivos propostos para a pesquisa, conforme especificação acima apresentada.

### **3.2.1 Idéias sobre envelhecimento e velhice**

Quanto às idéias existentes sobre envelhecimento e velhice, a maioria dos sujeitos entrevistados, seis (06) apontam o envelhecimento como uma questão cronológica, medida estritamente pelo tempo que passa. Esse entendimento difere da concepção de Singer (2002), de que a vida avança no tempo e vai se enchendo de atos, gestos, palavras que lhe dão sentido.

Sabemos que a relação com o tempo está ligada com a maneira que a pessoa viveu toda a sua vida e estas pessoas olham a vida de forma muito simples, resumem o envelhecimento em algo que acontece entre o mero acaso e o inexorável, e que deve ser aceito sem indagações, conformadamente, encarando de modo natural a própria finitude. Os depoimentos abaixo revelam esse entendimento:

*(1) Envelhecê? Acho que é a idade, a idade da pessoa, tem que ficá velho, né, não tem que ficá novo toda a vida...*

*(3) Não sei o que é ficar velho. É a idade, é a gente ficá velho, tudo fica velho...*

*(4) Envelhecê a gente tem mesmo de ficá, vai caindo de idade, tem que envelhecê mesmo, pra mim não é nada, é tudo aquela coisa de acontecimento, ai vai ficando velho mesmo, é natural.*

A essa simplicidade de pensamento, confronta-se Martins (1998), ao expressar a metáfora de um rio que nasce lá atrás, percorre por um curso de agora e depois vai desaguar no mar de lá adiante. Assim, como o rio, o tempo corre também de um passado para um presente e segue para um futuro, num fluir constante, onde o presente é uma consequência do passado e o futuro será uma consequência do presente. A idéia de tempo remete a questões como:

[...] tornar o tempo explícito na medida em que ele se realiza e torna-lo evidente, ter essa idéia de tempo, não como objeto do nosso conhecimento, mas como uma dimensão do ser de cada um de nós. É na continuidade da vida, naquilo que fazemos, que vivemos, no nosso trabalho, no horizonte do dia que terminou, no dia na noite, é aí que se estabelece o contato com o tempo e, então, aprende-se a conhecer o seu curso. (MARTINS, 1998:17)

O autor ainda afirma que “o homem não está no tempo, o tempo é que está no homem”, e que, portanto, é preciso abandonar a concepção popular de tempo para se “conceber o sujeito humano e o tempo, em comunicação de dentro para fora”.

Assim, mesmo com o risco da subjetividade, buscamos aqui a expressão daquilo que já poderia ser reconhecido pelos sujeitos do grupo sobre velhice e envelhecimento, a tal ponto de encontrar formatado por eles como idéia, como pensamento organizado e opinião, como veremos a seguir:

*(6) Ah! Envelhecer é a idade velho, né, envelhecê é cada dia que passa se vai envelhecendo.*

*(7) É um dia depois do outro, um dia depois do outro...*

*(8) A gente tem que envelhecer... é o que acontece...*

A idéia que esses sujeitos passam, é de que o envelhecimento é algo inexorável. Essa compreensão remete ao envelhecimento como algo puramente biológico, em que acredita-se que é um processo que se inscreve no tempo, do nascimento até a morte. Vilela et al (2006), em sua pesquisa compartilha deste mesmo pensamento, quando diz:

Viver é envelhecer. O paradoxo e o enigma da vida e, talvez, de todo o universo é que, ao mesmo tempo, é uma evolução, uma expansão e um recesso, uma força que não pode se manifestar sem desgastar-se, sem degradar-se.

Num posicionamento que reflete a complexidade da questão, dois dos sujeitos pesquisados não aceitam o seu envelhecimento. Uma das mulheres, acredita que a “cabeça” é que comanda o corpo. Descarta completamente a questão biológica, se confunde, e considera as marcas do corpo envelhecendo.

*(2) Eu acho que envelhecer é a cabeça, na minha cabeça eu acho que tenho a mesma idade das minhas filhas, 35, 22 anos, sei lá eu.*

Outro sujeito da pesquisa apresenta discurso de sentido espiritualista; demonstra acreditar na imortalidade da alma, confiante de que a eternidade rejuvenesce. E afirma dizendo:

*(5) A carcaça envelhece, mas o espírito pode rejuvenescer mais ainda.*

As falas acima, revelam a desconsideração da realidade do envelhecimento e da capacidade de usar a energia pessoal que pode ser reforçada na relação com o outro, investindo em projetos, o que difere da negação da própria finitude. A esse conjunto de sintomas e signos, Singer (2002) chamou de “síndrome de Dorian Gray”, baseada no conto do homem

que permanece eterno com a beleza intensa dos seus 21 anos, enquanto seu retrato pintado envelhece e se deteriora implacavelmente.

“Eu o chamei Síndrome de Dorian Gray ou o *risco de desinvestir*, porque a vida do homem, apesar dos limites que a biologia lhe impõe, para ter continuidade deve inverter a energia que possui nas relações com os outros, em relações com projetos, transformar a energia em um projeto ou em um objeto...Ou seja, é o que, em economia, é entendido como inversão”. (SINGER, 2002:106)

Ainda em relação às idéias dos sujeitos sobre envelhecimento e velhice, prospectamos também o sentido de uma boa velhice, ao perceber que essa percepção ultrapassa os critérios individuais e os limites da responsabilidade pessoal e, conforme aponta Néri (2000), passa a ser um “empreendimento sócio-cultural”, considerando-se a interação entre pessoas e destas com a sociedade, ambas “em mudança”.

Em outro estudo, a referida autora afirma que embora sejam vários os determinantes e indicadores da qualidade de vida e bem-estar, com inúmeros cruzamentos e resultados que causam diferentes impactos na velhice, de acordo com pesquisas realizadas pela Escola de Chicago, a satisfação com a vida atual e a manutenção de expectativas para o futuro são predominantes. Porém, se boa ou má, a qualidade da velhice é largamente medida pela

subjetividade e depende da capacidade individual de manter ou restaurar o bem-estar subjetivo, numa época da vida em que as pessoas encontram-se mais expostas a riscos e crises.

Diante do questionamento sobre “o que é boa velhice”, as falas giraram, de modo geral e claramente, em torno das idéias de conforto, autonomia, independência, despreocupação, tranquilidade, e principalmente, ter uma situação financeira favorável. Vejamos os posicionamentos que expressam essa realidade, do que entendem os sujeitos por “boa velhice”:

*(4) É quando a gente consegue fazer as coisas sozinho, se você faz sozinho, aí eu considero boa velhice, se tá se fazendo sozinho, tomando banho sozinho, movimentando....*

*(8) Uma boa velhice que eu acho é você não depender de ninguém, você sair a hora que acha que deve sair, ir para os lugares que quiser sem ter horário, sem preocupação do que vai acontecer, ou sair sem pensar nas conseqüências... Eu deixei de sair muito. Qui nem no meu caso, eu acho que é de família o derrame.*

Das variáveis encontradas, consideramos a mais preditiva ou preponderante, a condição financeira. Não é a única, nem a mais apontada, mas com certeza, é uma indicação forte, contundente ao ser externada. Essa

evidencia se expressa na fala a seguir, na qual o sujeito usa a palavra “porção”, com clara intenção de condição ou situação financeira:

*(8) Uma boa velhice também é ter condição financeira.*

*(5) Boa velhice... é você ter uma porção. Uma porção é qualidade de vida, não é dinheiro nem riqueza, é você ter uma porção tua para você poder viver, comprar remédio, quando que fazer um passeio dar, ate um lazer um esporte...*

*(1) É ter um conforto mais ou menos.(está se referindo a condição financeira)*

*(6) Ah! Eu não sei... Uma boa velhice... Sei lá, pra mim é o que a gente tem....É também ter dinheiro que a gente fica mais tranqüilo, sossegado, às vezes a gente fica nervoso...*

Um dos sujeitos, quando questionado sobre o que é “boa velhice”, explicita na sua fala, o quanto está entregue à situação em que se encontra, não enxergando as possibilidades de transformação que pode exercer diante das mudanças impostas pelo destino, como podemos ver a seguir:

*(3) Boa velhice? Eu não sei explicar...*

Fica explícito nas respostas que é primordial a manutenção da autonomia e ter uma condição financeira razoável. Algumas respostas associam a boa velhice com saúde mental e com o ócio.

### **3.2.2 Impactos do AVE no cotidiano dos sujeitos**

As seqüelas decorrentes de um AVE fazem com que o sujeito passe por uma situação onde ocorrem mudanças, muitas vezes radicais, que transfiguram seu corpo e os tornam dependentes física e emocionalmente de um parente ou de um profissional. Essa transformação interfere no cotidiano dos sujeitos, obrigando-os sem preparação se adaptarem em uma situação nova e desconhecida, tanto para ele quanto para a família, exigindo mudanças na estrutura familiar, porque eles são na maioria dos casos, o mantenedor da família, a pessoa mais bem estruturada financeiramente e emocionalmente.

Diferente do envelhecimento que ocorre gradativamente, proporcionando algumas vezes adaptações, quando o idoso sofre um AVE, ele passa por uma mudança radical em seu corpo

Segundo Monteiro (2005), sem o corpo não há existência e sem esta existe apenas o lugar para o diagnóstico. A isso, ele nomeia de descorporificação, causada pela exclusão privada, onde os sentidos perdem o

alimento, a privação sensorial é marcante e tudo só acelera o declínio corporal, o “desaparecimento da pessoa”. Assim, o que entender sobre um velho cujo envelhecimento foi precipitado pela ocorrência de um derrame cerebral? O que mais pode causar um AVE num corpo que já se vê “em declínio”, “enfraquecido”, “enrugado”, “debilitado”? Em que a vida se altera? O que muda exatamente, se é que muda?

Ao responder sob o impacto do AVE no seu cotidiano a maioria dos sujeitos enfocou a doença, enfatizando as perdas: libido, atividade, autonomia, liberdade de ir e vir pelos lugares. É nítida a percepção da relação entre a incapacidade física, e a diminuição da capacidade funcional decorrente da hemiplegia, acarretando dependente. Dos 08 (oito) entrevistados, 05 (cinco) incluíam-se nessa posição, conforme depoimento a seguir:

*(1) Muda! É porque é sobre a natureza, é que nem a natureza, né? Que nem o sexo, eu não sei mais o que é isto! Antes disso, antes deu tê (o derrame) já não fazia mais, por causa da idade, né?*

*(3) Ah! Atrapalhou muito, depois do derrame “escangaiô” tudo aí desse lado. Esse negócio que eu sinto aí, de não pode andar, o pé ficou duro, é tudo derrame.*

*(4) Acho que atrapalhou meu serviço, isso sim; que quando eu tava bom, andava, trabalhava pra tudo quanto era canto, saía cedo, chegava à noite.*

*(7) Atrapalhou em muitas coisas, meu movimento está prejudicado, não consigo fazer nenhum serviço.*

*(8) Atrapalha muito, muito, em todos os sentidos, no movimento do dia a dia...Qui nem no meu caso, eu não faço nem um terço do que fazia antes, fiquei impossibilitada de limpá uma casa, de passá uma roupa. Tenho que pagar para os outros passá.*

Nesses depoimentos, em especial dos sujeitos 04, 07 e 08, o derrame teve uma influência ruim principalmente na relação de trabalho, que para eles era a situação de vida que lhes dava a sensação de independência e potencialidade.

Um dos sujeitos responde de maneira ambígua, segundo Veloz et al.. (1999), os homens reforçam a crença de que a aposentadoria significa o desengajamento social, funciona como um acontecimento intermediário entre a vida e a morte, como vemos a seguir:

*(6) Mudou, mas ao mesmo tempo não mudou nada, faço algumas coisas. Eu já estava aposentado.*

O depoimento de um dos sujeitos, relatado a baixo sustenta a idéia de que um corpo alquebrado que padece à passagem do tempo e aos açoites da doença, mas que, em compensação, guarda um espírito que cresce

com as adversidades e o sofrimento lhe amplia o conhecimento das coisas e do mundo. A partir da separação radical entre o corpo e o espírito, encontra-se uma característica positiva para a condição de velho, e doente: “um espírito mais evoluído” (Mercadante, 2003).

Dentro de suas crenças, não aceita a possibilidade de sentir raiva, decepção e outros sentimentos que não o da aceitação de sua situação, durante a entrevista, algumas vezes ele relatava o preconceito das outras pessoas a não aceitação, mas logo em seguida construía uma narração ao contrário do que havia dito, dizendo sempre que Deus sabe o que faz e quem era ele para não aceitar o designo.

*(2) Não para mim não atrapalhou em nada, até melhorou. Olha, eu não achei, pelo contrario eu achei uma renovação, foi uma restauração, eu parei pra pensar, penso melhor, entendo melhor, é uma evolução.*

Dados interessantes nos foram revelados nessa pesquisa, sobre as relações dos sujeitos acometidos pelo AVE com seus familiares e amigos, ficando claro que há profundas distinções entre o antes e o depois da ocorrência, mesmo que essas diferenças não sejam reconhecidas ou ainda conscientizadas por eles.

A família é uma instituição especificamente humana, é a chave da sociedade, seu elemento básico. Em suas observações sobre família, Flore et al apud Rolla (2000), entende a família como uma resposta à intencionalidade especulativa interpretada como um mecanismo ou meio defensivo, uma espécie de colchão que ameniza os impactos de nossas crises.

O homem atual já não se compromete tanto nem com o futuro e, menos ainda com o passado. De modo geral, interessa-lhe o culto ao tempo presente, aos instantes captados em sucessivos aqui-e-agora. Dados demográficos básicos mostram que as famílias, no decorrer das últimas décadas, reduziram o número de filhos, que lhes significava o futuro, e livraram-se, progressivamente da responsabilidade com os pais, seus elos imediatos com o passado.

Estudos da Gerontologia Social revelam que, nos países ocidentais, a partir dos anos 80, ocorreram grandes alterações nas configurações de família e um aumento considerável na variabilidade de arranjos dos papéis familiares. Hoje, as famílias contam com menos membros e pessoas a quem o idoso possa recorrer; por outro lado, este idoso vive mais, com menos recursos econômicos e necessita de mais ajuda durante mais tempo (Flores et al, 2000).

Na pesquisa com idosos que sofreram o AVE, os quais tiveram diminuição considerável ou mesmo perda abrupta da autonomia, da atividade e de decisão, as questões que averiguam a qualidade do relacionamento com a família, antes e depois da doença, revelam condições distintas nessa qualidade, confirmando a premissa de Goldfarb (1998), de que “cada sujeito tem sua velhice singular, as velhices são incontáveis”.

Um dos sujeitos entrevistados apontou com clareza a dificuldade existente e sua perplexidade diante da nova situação familiar desrespeitosa e constrangedora, bastante agravada pela ocorrência do AVE. Uma das idosas expressa a consciência de que o derrame contribuiu decisivamente para a rejeição dos demais membros da família, principalmente os jovens, os filhos:

*(2) Antes do derrame era melhor. Agora está mais difícil, por que os filhos jovens não têm paciência com a gente, porque a gente não tem mais aquela atividade que tinha antes, aquela força, então isso atrapalha muito. Um dia eles ajudam depois não querem mais ajudar, fica soltando piadinha. Não compreende o que está acontecendo com a gente.*

Outro sujeito admite inicialmente, um bom relacionamento, mas entremeia sua fala com choro amargo e incontrolado, indicando que a qualidade anterior está mantida, mas, está por um fio e que, a qualquer momento, poderá se deteriorar completamente. O depoimento expressa com clareza essa posição:

*(4) A minha relação com a família por enquanto tá bom, depois do derrame mudou, porque sabe, a gente fica mais nervoso, né... (volta a chorar) Qualquer coisinha a gente fica acha ruim e fica mais nervoso...*

Observamos que quando o idoso encontra-se investido da condição de mantenedor ou líder do grupo familiar, seja por questões culturais ou religiosas, seja por questões econômicas favoráveis ou mesmo pela qualidade da vida mantida anteriormente, ele ainda consegue obter prerrogativas importantes como indivíduo e cidadão, apesar da doença e suas seqüelas de dependência e carência de cuidados especiais:

*(5) Minha relação é boa, eu tive muito apoio, eu sou o mais velho de sete irmãos. Meus irmãos e minhas irmãs, sempre nos fazemos uma vez por mês uma reunião, nós somos evangélicos e fazemos esses cultos, nè? E é muito bom. Como mais velho, meus pais é descendentes de europeus, eles pediam sempre para cuidar dos irmãos menores então isso se torna, que nem um filho e você se torna responsável. Mas atualmente nesse estado eu já me acho diferente, não me cobro tanto, mas mesmo assim tem horas que a responsabilidade tem que funcionar.*

Três (03) dos sujeitos entrevistados mostraram um lado positivo que, comumente, não aparece no quadro sombrio da condição social do idoso dentro de seu núcleo familiar. Pode-se observar também que tal qualidade está relacionada com as relações afetivas mantidas anteriormente e transferida à condição atual:

*(3) Muito bem, como antes. Tenho uma família muito grande, todo mundo ajuda eu.*

(1) É boa, era boa, é que nem agora, tá a mesma coisa (...) não mudou nada. Tem a filha que é a dona da casa, porque minha patroa ta viva, ta ai, só que ela não pode andá, tem problema nas perna. A gente graças a Deus temos filhos.

*(6) Muito boa, tenho três filhos e minha esposa que está me ajudando principalmente, ela sempre cuidou bem e esta cuidando ainda.*

Vivemos um tempo de alta transitoriedade, no qual sabedoria e conhecimento são considerados de maneira estanque e apartados. Medeiros (2004) reconhece que na sociedade atual, “obcecada pelo novo”, a tradição e a memória se dissolvem, o estilo de vida é marcado pela rapidez dos eventos e pela fragilidade dos relacionamentos. Beauvoir (1990) usa o slogan “A Conspiração do Silêncio” para definir o tratamento dado à velhice, como um tempo de apenas perdas, sem a memória das aquisições.

Existe a mídia poderosa que nos toma de assalto, em todos os lugares, e nos impõe incansavelmente a estética do jovem belo de agressiva mudez; a filmografia dominante (diga-se, a norte-americana) tem no seu “herói de sempre” uma obstinada propaganda da lei do mais forte, ou seja, do corpo mais forte demolindo qualquer possibilidade de diálogo. Os jovens que manejam com extrema destreza seus aparelhos e computadores, e se

relacionam com pais e avós inferiorizando-os como se fossem “analfabetos funcionais”. A fala comprometida, mais ainda pela doença, causa ruídos que ensurdecem as relações entre jovens e velhos (Monteiro 2003). Silêncios conspirados ou simples não-dizer?

As contraposições a essa realidade na qual se encontra o idoso em que ocorre a “coisificação do humano”, se concretizam em resultados de pesquisas que demonstram que ao mesmo tempo que “a soma dos anos não santifica ninguém” e os velhos não são apenas um peso para a família e para a sociedade, mas também “parte da solução”. Neste panorama inclui-se o fato de que a maior parte dos cuidadores familiares, principalmente de vítimas do AVE, são idosos com mais de 60 anos.

Apenas dois dos sujeitos entrevistados nesta pesquisa, sobre a relação com suas famílias depois do AVE, colocam com convencimento, o entendimento de que, além de políticas e serviços, é necessário um forte sentimento de solidariedade para que a vida possa ser vivida dignamente até o fim, e que a casa ainda traz a idéia de “conforto”, de ser o espaço que mais oferece o calor necessário às restaurações:

*(2) Antes do derrame era bom.: Agora (depois do derrame) melhorou muito mais. Meu marido, meu filho, muito carinhoso, quando vou na casa dele ele não sabe o que fazer de comida para mim. Minha filha também a mesma coisa, como ontem, que eu fui no Parque do Carmo com minha filha fazer piquinique com as criança, brincamos, levamos bolo, lanche...*

*(7) É boa, eles cuidam de mim, meus filhos e minha esposa, eles ficaram mais próximos de mim.*

Esses depoimentos reforçam a reflexão sobre os novos arranjos familiares que vão surgindo. Segundo Medeiros (2004), a idéia de que família é também a extensão de uma rede de afeto e solidariedade, e não apenas um lugar determinado para se viver ou morar. O conforto doméstico é importante e envolve atributos como aconchego, respeito a intimidade e privacidade.

No que se refere ao relacionamento com amigos, na condição anterior e posterior ao AVE, tomamos como referência a definição do dicionário Houaiss (2004), para o significado de amizade: é um sentimento fiel de afeição, simpatia, estima ou ternura entre pessoas que, geralmente, não são ligadas por laços familiares ou atração sexual; essa vinculação de caráter social implica em estima, cooperação e camaradagem entre pessoas e grupos humanos.

Como já dizia Milton Nascimento “Amigo é coisa pra se guardar, do lado esquerdo do peito, dentro do coração...”. É o irmão-de-fé, companheiro, camarada, para sempre, que representa uma das mais importantes expressões universais do afeto, vivenciado por todos nós.

Para o idoso viver o momento da velhice, com doença é motivo de medo, fuga, esquecimento e outras incapacidades, mas pode restar o amigo, que quando chega ilumina a casa, apagando os vestígios das partidas e traz de novo tudo o que existiu de bom. Um dos entrevistados reflete o significado e a importância do verdadeiro amigo:

*(4) Antes eu tinha bastante amigo, saía pra tudo quanto era canto, me convidava eu saía com eles e tudo, mas depois, agora, eu só tenho um que considero como amigo. Ele está sempre do lado, vem em casa me visita, me vendo, e conversar comigo e tudo.*

Quando Martins (1998), reflete sobre a vida e representa em dois tempos, o cronos e o Kairós, entendemos logo o sentido do primeiro, do cronológico regulado e medido por datas, calendários e eventos. O entendimento do tempo, Kairós, nos reporta ao sentido da própria história, do significado do tempo vivido e marcado pela experiência, no qual estão impressas nossas alegrias e sofrimentos, nossos afetos, labores, ócios e êxtases. O tempo Kairós é o tempo que se apóia nas lembranças guardadas

em nossa memória e em nosso coração na significação do presente. Ao buscarmos esse tempo, que contém tudo o que vivemos e construímos na vida, que pertence exclusivamente a cada um e é intransferível, é que percebemos a importância dos amigos e o que a presença deles representam como, como expressa um dos entrevistados:

*(1) Tudo bem! Graças a Deus. Sempre tive bastante amigos. Depois do derrame os amigos afastaram. Só um que de vez em quando vem aqui. É um lá da pracinha, que tem barraca de jornal, perto da padaria, é um moreno. De vez em quando ele vem aqui, ele mora aí em cima. Eu telefono para a filha dele, ele não pode andar muito por causa das perna, por causa da diabetes.*

Singer (2002), fala da vincularidade, da relação com o outro, da vida que avança no tempo e vai assim se enchendo de atos, gestos, palavras que nos fazem amar a vida e a enchem de sentido. Os sentidos da vida crescem na relação com o outro, com os outros. Rompido o sentido da vida, a própria vida está em perigo.

No encontro (ou reencontro) com os outros, com os semelhantes, está a possibilidade de recomposição dos sentidos para voltar a lutar contra o desânimo, a depressão, contra as perdas, a desagregação, a desfiliação que, em geral, acompanha os idosos doentes.. Para três dos sujeitos entrevistados, o outro lhes confirma os pertencimentos e favorece a possibilidade de sobreviver:

*(6) Tenho, quando eu tive o derrame eles vieram me ver e ainda vêm.*

*(7) São vários, eles às vezes vêm me visitar.*

*(3) Tenho bastante, muitos. Alguns amigos já tem a mais tempo, alguns mudaram, mas eu hoje tenho mais amigos que antes.*

A reflexão de um dos sujeitos sobre os amigos, revela a ambigüidade apontada por Mercadante (2003), de que “velho é o outro; em quem não nos reconhecemos”. Para um dos sujeitos, que sofreu o AVE há mais de três anos os amigos não se corporificam em sua fala; a própria doença é somente uma doença, as seqüelas se explicam por razões específicas da doença e, para ele, não se relacionam em nada com seu “corpo danificado pelo tempo”, com suas várias outras perdas, próprias do processo de envelhecimento:

*(5) Continua a mesma coisa, mas eu já percebi que em certos locais onde eu vou as pessoas tem um certo preconceito contra a deficiência, mas eu não me deixo abater por isso, porque isso é muito ruim. Eu sei que é muito ruim para a minha recuperação e eu procuro sempre, é o seguinte, eu me abato, mas eu me supero, então, eu não me deixo abater. Lá perto de casa tem uma academia, dois quarteirões. Eu já fui lá perguntando se eu podia fazer; como a aparelhagem deles ainda é para pessoas normais, eu então estou deixando ficar melhor, melhorar para reativar esta parte da atividade física.*

A identidade social do idoso é construída culturalmente e ao longo de toda sua vida vivida. Para muitos idosos, a negação de tudo que é negativo é uma grande defensiva. Na fala de uma das mulheres entrevistadas sobre os amigos, pode-se entrever um escudo protetor construído ao longo de sua aprendizagem social e a partir de suas fragilidades. Para ela o amigo é “útil” na medida em que funciona como um amenizador de sua consciência, pois se esta for ampliada pela perda global que envolve seu corpo, trabalho, atividade e família, poderia atingir seus limites de insuportabilidade. Assim, se o outro não está é porque ele não existe, e ponto. Provavelmente, esta conjugação poderia se dar em qualquer tempo de sua vida, como aponta um dos entrevistados:

*(8) Amizade? Eu sempre fui criada assim, amizade muito pouco. E... tem as amizades certa! Eu vim adquirir mais amizade fazendo ginástica, agora cada um esta com seus problemas e não se encontra mais.*

Uma das principais realidades da velhice é o isolamento. Na diferenciação feita por Mercadante (2003), entre atributo e estigma (atributo depreciativo), podemos entender que o isolamento por si só não se revela como um atributo da velhice, mas quando passa a ser um estigma, bem evidenciado pelo derrame que é instalado em sua vida, passa a ser também uma grande inquietação para o idoso:

*(4) Antes do derrame eu tinha bastante amigos, mas depois do derrame sumiu tudo, sumiu tudo...*

Segundo Monteiro (2003), predomina na maioria das famílias, a triste concepção de que velho precisa de pouco espaço. Somada a essa concepção, o AVE impõe ao idoso outras limitações específicas que proporcionam uma contração ainda maior do seu mundo físico. Os espaços reduzidos excluem as possibilidades de experimentação, e, como indaga o autor: o que é uma pessoa sem experimentação? É um excluído dentro de seus próprios limites, e para este, o amigo é um ser sempre-vivo, é quem pode refazer o ar, é um restaurador.

### **3.2.3 Auto-avaliação**

Finalizamos o processo de análise dos dados com os depoimentos que expressam a auto-avaliação dos sujeitos em relação à sua “boa velhice”, enfatizando novamente que a satisfação é amplamente medida pela subjetividade e que a velhice é marcada pelo estigma das perdas.

Messy (1999), explica que o sentido psicanalítico do termo perda evoca o desaparecimento dos “objetos investidos”; o ego é constituído de

imagens desses “objetos investidos” e suas perdas nos ameaçam diretamente. É comum ouvirmos a afirmação de que “crescer dói”; o *continuum* da vida é marcado pelas perdas: do aconchego uterino, da dentição de leite, da mãe pela professora, da virgindade, dos romances amorosos, etc. O ego é o lugar onde se dá a dinâmica da perda, e também, a das aquisições. Nas falas a seguir, exemplificamos dois importantes “objetos investidos”: marido e serviço.

*(2) Ah! Eu não me considero velha, eu vivo muito bem, meu marido é um Deus para mim.*

*(4) Eu por enquanto não, porque não me movimento sozinho, eu gostaria de estar fazendo meu serviço (aparece o choro emotivo).*

O envelhecimento, como processo normal, é a expressão da temporalidade da pessoa, adere à história de sua vida. Assim, envelhecemos como vivemos, nem melhor, nem pior; em condições normais, trata-se da equilibração entre as noções como a de bom e ruim (Messy, 1999).

Porém, há ocorrências profundas e marcantes, como as doenças cardiovasculares, principalmente o AVE, que independem da responsabilidade pessoal e das relações do indivíduo com seu contexto, causam perdas imensas na autonomia e na atividade, quebrando repentinamente os sentidos positivos

que possibilitam a qualidade de vida. Um dos sujeitos entrevistados indica ter uma boa velhice e só não esta melhor devido ao derrame:

*(3) Eu to! Acho. To com 87 anos e graças a Deus to bem. É só não to bem por causa desse negocio de derrame que não deixa. Antes do derrame eu tava bem, andava, mexia, trabalhava....*

Embora a maioria dos autores pesquisados reforcem a diferença entre independência física e autonomia, percebemos que, nos idosos vítimas do AVE, elas se confundem, se misturam. Sem liberdade e autonomia, os corpos perdem a relação com o espaço, vão perdendo a experiência e os modos de conhecimento, como veremos no relato do sujeito entrevistado a seguir:

*(8) Ah! Eu não acho que tenho boa velhice não, por causa dessas condições que eu to agora, precisa de uma coisa, tem que esperar os outros fazerem, a dependência, assim porque depois que eu tive o derrame eu não posso fazer as coisas.*

Qualidade é um fenômeno subjetivo e bem-estar refere-se ao sujeito e à toda a sua história. Cada velho possui seu ritmo e tempo próprios; a ocorrência da doença acentua essa particularidade, essa individuação (Monteiro, 2003).

A metade dos sujeitos entrevistados admite ter uma “boa velhice” e, mesmo sem muita clareza, informaram nas entrelinhas que uma atitude pessoal positiva somada à democratização do espaço, o conforto da casa (considerado como “lar”) e o apoio cotidiano da família são suportes preponderantes à reabilitação.

*(1) Ah! Eu acho! Pra mim, Regina, não falta nada, graças a Deus!, Louvado seja Deus! Na regra de pobre, eu vivo bem. Eu recebo meu pagamento, pagava a fisioterapia, 40 reais, e agora não pago mais. Com esses 40 eu compro mistura para casa. Aqui cada um tem uma função. Eu pago a luz, minha filha paga a água e a outra filha que ta trabalhando compra isso aqui (fez um gesto de comer).*

Ainda segundo Monteiro (2003), quando um corpo se move no espaço, ele interfere nos outros corpos, portanto, a família de um doente é também doente, reproduzindo inclusive a intensidade do acometimento. Não há possibilidade de reabilitar o corpo do velho, mais ainda o velho corpo doente, sem a compreensão e apoio da família. A flexibilidade da aceitação propicia novos arranjos familiares e é por meio deles que a relação poderá ser resgatada, como vemos a seguir:

*(6) Eu estou vivendo bem, tenho ajuda dentro de casa, não fico sozinho, sempre alguma coisa eu faço, mesmo com o derrame eu estou fazendo as coisas quase que sozinho e a ajuda de todos, eu estou bem.*

Fica claro nas falas dos sujeitos a seguir, o quanto subjetivo e pessoal é ter uma boa velhice, e que a esperança e a fé são fatores importante para um futuro melhor ou compatível ao que esta vivendo:

*(5) Achando que estou reagindo bem e estou tendo uma boa velhice, espero o melhor ainda.*

*(7) To tendo uma boa velhice, apesar de tudo.*

Diante dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, fica evidenciado que não existe um consenso em relação ao questionamento da pesquisa sobre o quanto as seqüelas do AVE interferem no processo de envelhecimento, isto acontece porque o envelhecimento é pessoal e heterogêneo, vivenciado de forma diferente para cada pessoa e exposto à influências socioculturais.



## **CONSIDERAÇÃO FINAIS**

---

Envelhecer é um processo que se inicia desde o nascimento, sendo natural e inevitável. O que diferencia é a forma como cada ser vivencia essa fase. Outros fatores de inegável influência são as intercorrências como: doenças, que na maioria são incapacitantes, o abandono e a viuvez.

Observamos que quando questionados sobre o que é envelhecer, os relatos apresentados se reportam à mudanças biológicas, estruturais e outras, visíveis aos olhos. Não se observa, nos entrevistados, uma consciência da complexidade do processo de envelhecimento, o que revela o quanto as influências sócio-culturais estão presentes nessas representações.

De acordo com a história de vida do indivíduo, as experiências decorrentes da sua condição de hemiplegia, pode revelar posicionamentos positivos ou não em relação à realidade vivida pelo idoso.

Percebe-se que o entendimento em relação ao que é uma boa velhice, está condicionado à manutenção da autonomia e à situação financeira imposta pela sociedade ao idoso com AVE. Já as possibilidades de vivencia que resultam em prazer são percebidas, por alguns, como um prêmio que a velhice pode proporcionar.

No que diz respeito ao AVE, propriamente dito, constata-se que o mesmo provocou mudanças no processo de envelhecimento dos idosos entrevistados. Em alguns casos observa-se uma melhora nas condições de vida, envolvendo atitudes de renovação, restauração, evolução, mudança na

forma de pensar e viver no mundo. Evidenciou-se também, para outros sujeitos, a perda da autonomia, no âmbito físico, social, econômico e familiar.

Na relação com a família, foram identificados percentuais eqüitativos de idosos que caracterizam três situações distintas. Um grupo defende a idéia que nada mudou com o AVE, pois para o idoso a família permanece respeitando sua posição no grupo familiar. Outros admitem que depois do “derrame” a vida melhorou, propiciando a aproximação entre os familiares; e os demais apontam que a relação familiar mudou para pior, pois houve a perda da autonomia. Conseqüentemente, a dependência gerou, em alguns momentos, situações de conflitos e intolerâncias por parte de determinados membros da família, principalmente os mais jovens. Constata-se que a relação familiar é conduzida de acordo com as bases estruturais familiares, anterior ao “derrame”.

A relação com os amigos difere muito entre os entrevistados, pois depende da importância desse sentimento em sua vida e dos laços de amizade que foram construídos anteriormente. O “derrame” dificulta o convívio social, mas não é determinante, para desfazer os laços de amizade, construídos no decorrer de sua história de vida. Para alguns, o AVE propiciou o aumento dessa

rede de amigades e outros mantiveram-se mais próximos de idosos nas mesmas condições.

Quando questionados se consideram ter uma boa velhice apesar do AVE, observa-se que os entrevistados, condicionam essa situação a uma estrutura familiar adequada e acolhedora, como também, à manutenção de sua autonomia.

A análise dos dados, evidencia que existe uma dificuldade em apontar os impactos causados pelo AVE, no processo de envelhecimento, pois o envelhecer já é visto como um período de grandes perdas, principalmente físicas e, conseqüentemente, sociais. Para alguns dos entrevistados, o AVE apenas acelera esse processo de perdas. Porém, inegavelmente, a doença provoca mudanças, no âmbito físico, emocional e social. Frente a essas mudanças que podem ser encaradas como positivas ou negativas, o que faz a diferença é o apoio familiar e econômico dispensados ao idoso acometido pelo “derrame”.

Espera-se que este estudo contribua, de forma positiva, nas questões que se referem ao processo de envelhecer com seqüelas de AVE.

Deve-se lembrar que esta doença atinge um número grande de idosos em todo o país que não encontram, por parte do Estado, o apoio necessário para a sua reintegração na sociedade. É preciso rever conceitos e pré-conceitos em relação à velhice, acreditando-se que é possível envelhecer com qualidade, apesar das seqüelas do AVE.

A intervenção profissional deve ter como objetivo principal, não só a promoção e /ou recuperação da capacidade para o auto cuidado que lhe garanta mais independência para as atividades instrumentais de vida diária, como também, ajudá-lo na adaptação de sua nova condição de dependente de um cuidador, mostrando-lhe ser possível viver com qualidade. Porém, observa-se que um fator determinante que facilita ou não a aceitação dessa nova realidade está relacionado ao panorama sócio-cultural em que este idoso encontra-se inserido.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

AFFIUNE, A. **Envelhecimento Cardiovascular**. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.

BEAUVOIR, S. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEAR, M.F.; CONNORS, B.W.; PRADISO, M.A. **Neurociências / Desvendando o Sistema Nervoso**. 2ª ed, Porto Alegre: Artmed, 2002.

BERZINS, M. A. V. S. **Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada**. In: Serviço Social & Sociedade, ano XXIV, n. 75, p. 19-34, 2003.

BOBATH, B. **Hemiplegia em Adultos- avaliação e tratamento**. 3ª ed- São Paulo: Manole, 2001.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica**. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.

CANÇADO, F A X & HORTA, M. L. **Envelhecimento Cerebral**. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.

CARVALHO FILHO, E T, PAPALETTO NETTO, M. **Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Atheneu , 2002

CASALIS, M. E. P. **Reabilitação – Espasticidade**, São Paulo: Ed Atheneu, 1990

CHAIMOWICZ, F. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. Ver. Saúde Pública, 31 (2), São Paulo: 1997, p. 184-198.

CHAVES, M.L.F.**Acidente Vascular Encefálico: conceituação e fatores de risco**. Rev Bras Hipertens v. 7 (4) out/dez. 2000.

CRUZ, I B M da **Genética do Envelhecimento, da Longevidade e Doenças Crônico-Degenerativas Associadas à Idade**. In: - In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.

CONCONE, M. H. V. B., **O corpo: cultura e natureza. Pensando a velhice**. In: Velhice, Envelhecimento Complexidade. São Paulo: Vetor, 2005.

FERRARI, M. A. C. **O envelhecer no Brasil**. Revista O mundo da saúde, ano 23, v. 23, n. 4, jul/agosto. São Paulo: 1999, p. 197-203.

FLORES, G. A. L.; NASCIMENTO, N. M. R.; CRUZ, I. B. M. **Aspectos biopsicossociais do idoso e o envelhecimento bem-sucedido**. In: Jeckel-Neto (org) – Aspectos Biológicos e Geriátricos do Envelhecimento, EDIPUCRS, Porto Alegre, 2000.

FREITAS, E. V. de. **Demografia e epidemiologia do envelhecimento**. In: Py, L et al (org) – Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nav Editora, 2004.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. **Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global**. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 3ª ed, São Paulo: Atlas, 1991.

GOLDFARB, D. C., **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

GORZONE , M. L.; RUSSO, M. R. **Envelhecimento Respiratório**. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S.; FRANCO, F.M.M. **Houaiss Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Moderna, 2004.

JECKEL-NETO, E. A. **Gerontologia- Desafio para o Século XXI** – In: Jeckel-Neto (org) – Aspectos Biológicos e Geriátricos do Envelhecimento, EDIPUCRS, Porto Alegre, 2000.

\_\_\_\_\_, CUNHA, G. L. da **Teorias biológicas do envelhecimento**. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.

LIBERMAN, S. **Envelhecimento do Sistema Endócrino**. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.

LIMA, M P. **Gerontologia Educacional – Uma pedagogia específica para o idoso. Uma nova concepção de velhice**. São Paulo: LTr, 2000.

LIMA, A. M. M. de; AYRES, J. R. de C. M.; LITVOC, J. **Envelhecimento e práticas de saúde: o desafio de cuidar**. In: Envelhecimento e Velhice: um guia para a vida. São Paulo: vetor, 2006.

LOPES, R. G. da C. **Saúde na velhice: as interpretações sociais e os reflexos**

**no uso do medicamento.** São Paulo: EDUC, 2000.

\_\_\_\_\_. **Século XXI: os velhos ainda precisam ser “indignos”?** In: Velhice, Envelhecimento Complexidade. São Paulo: Vetor, 2005.

\_\_\_\_\_. **Diversidades na velhice: reflexões.** In: Velhices: reflexões contemporâneas. São Paulo: SESC: PUC, 2006.

LEDUC M.M. S. **Imobilidade e Síndrome da Imobilidade.** In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.

MACHADO, A.B.M. **Neuroanatomia Funcional.** 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

MARTINS, J. **Não somos cronos, somos kairós.** Revista Kairós, ano 1, n. 1, p. 11-24. São Paulo: EDUC, 1998.

MEDEIROS, S. A. R. **O lugar do velho no contexto familiar.** In: Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nav Editora, 2004.

MEDINA, C.; SHIRASSU, M. & GOLDFEDER, M.,. **Das incapacidades e do acidente cerebrovascular.** In: *Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores* (U. Karsch, org.), p. 199-214, São Paulo: EDUC, 1998.

MERCADANTE, E. F. **Velhice: identidade estigmatizada.** In: Serviço Social & Sociedade, ano XXIV, n. 75, p. 55-73, 2003.

\_\_\_\_\_. **Velhice: uma questão complexa.** In: Velhice, Envelhecimento Complexidade. São Paulo: Vetor, 2005.

MESSY, J. **A Pessoa Idosa Não Existe. Uma abordagem psicanalítica da velhice.** 2ª ed., São Paulo, Aleph, 1999.

MINAYO, M. C. de S. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social.** In: Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. **Visão antropológica do envelhecimento humano.** In: Velhices: reflexões contemporâneas. São Paulo: SESC: PUC, 2006.

MIRANDA, R. D. **Doença Vascular Periférica no Idoso.** In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.

MONTEIRO, P. P. **Envelhecer: histórias, encontros, transformações.** 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento Rumo ao Novo Paradigma.** Revista Kairós, vol 3, n. 1, p. 53-61. São Paulo, EDUC:2000.

\_\_\_\_\_. **Somos velhos porque o tempo não para.** In: Velhice, Envelhecimento Complexidade. São Paulo: Vetor, 2005.

NERI, A. L.; CACHIONI, M. **Velhice bem-sucedida e educação.** In: Velhice e sociedade. Campinas, S.P.: Papyrus, 1999.

\_\_\_\_\_. **A Formação de Recursos Humanos em Gerontologia: Papel da Pós-Graduação.** II Encontro das Universidades. III Fórum Permanente da Política Nacional do Idoso. Recife, 2000: 5-16

\_\_\_\_\_. **Palavras-Chaves em Gerontologia.** Campinas: Alínea, 2001.

\_\_\_\_\_. **Velhice e Qualidade de Vida na Mulher.** In: Néri, AL (org) Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas Biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas; Papyrus, 2001.

\_\_\_\_\_; FREIRE, S A. **E Por Falar em Boa Velhice.** Campinas: Papyrus, 2000.

\_\_\_\_\_. **Teorias Psicológicas do Envelhecimento.** In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.

O'SULLIVAN, S.B.; SCHMITZ, T.J. **Fisioterapia: Avaliação e Tratamento.** 2ª Ed. São Paulo. Manole, 1993.

PAIXÃO JR, CM & HECKMANN, M. **Distúrbios da Postura, Marcha e Quedas.** In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.

PY, M.O. **Doenças cérebro-vasculares.** In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.

PAPALÉO NETTO, M., BRITO, F.C. **Aspectos Multidimensionais das Urgências do Idoso.** In: Papaléo Netto M (ed) Urgências em Geriatria: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico e controle terapêutico. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001.

\_\_\_\_\_, PONTES, J. R. **Envelhecimento: Desafio na Transição do Século.** In: Papaléo Netto M (ed) Gerontologia, São Paulo, Edit Atheneu, 1996.

- \_\_\_\_\_, **Questões metodológicas na investigação sobre a velhice e envelhecimento.** In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.
- PEREIRA, L.S.M.; DIAS, R.C.; DIAS, J.M.D.; GOMES, G.C.; SITTA, M.I. **Fisioterapia.** In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.
- PERRACINI, M. R.; NAJAS, M.; BILTON, T. **Conceitos e princípios em reabilitação gerontológica.** In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.
- PINHEIRO, J. E. S.; FREITAS E.V., **Promoção da saúde.** In: Py, L et al (org) – Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nav Editora, 2004.
- RAMOS, L. R. **Epidemiologia do Envelhecimento.** In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.
- ROSSI E & SADDER, C.S. **Envelhecimento do Sistema Osteoarticular**– In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.
- SAAVEDRA, C. C. R. **Evolução da longevidade e do envelhecimento.** In: Jeckel-Neto (org) – Aspectos Biológicos e Geriátricos do Envelhecimento, EDIPUCRS, Porto Alegre, 2000.
- SIQUEIRA, M. E. C. **Teorias sociológicas do envelhecimento.** In: Tratado de Geriatria e Gerontologia- Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2002.
- SINGER, D. **Psicoanálisis y Gerontologia.** Revista Kairós, caderno Temático 2, p. 91-129, São Paulo: EDUC, 2002.
- UMPHRED, D. A. **Fisioterapia Neurológica**, 2ªed, São Paulo: ed.manole, 1994.
- VELOZ, M C T; SCHULZ, C M N; CAMARGO, B. V. **Representações Sociais do Envelhecimento – Psicologia, Reflexão e Crítica**, vol. 12, nº 2 – Porto Alegre, 1999.
- VILELA, A.B.A.; CARVALHO, P.A.L. Envelhecimento bem-sucedido: representações de idosos. Rev. Saúde, p. 101-114, 2006.



## **ANEXOS**

---

### **ANEXO I**

#### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado Sr (a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, solicito seu consentimento para participar da nossa pesquisa cujo nome é: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, que está sendo realizada no Programa de Estudo Pós-Graduandos em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), nível Mestrado.

Todas as informações colhidas através do questionário são absolutamente sigilosas e serão mantidas comigo e seu nome jamais será mencionado na divulgação dos resultados da pesquisa. Sua participação é absolutamente voluntária.

Agradeço-lhe a atenção e deixo o meu nome e telefone para contato.

Pesquisadora: Maria Regina Macedo Bottós  
Fone: (011) 6241-1631

## **ANEXO II**

### **QUESTIONÁRIO ENVELHECIMENTO E ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)**

Identificação:

- Nome:
  - Nacionalidade:
  - Escolaridade:
  - Trabalho/ocupação:
    - Antes:
    - Depois:
  - Tempo de lesão:
  - Tipo de seqüela:
- Idade:
- Estado Civil:

1. O que é envelhecer?

2. O que é uma boa velhice?
3. O derrame atrapalha o seu envelhecimento? Em que?
4. Relação com a família:
  - 4.1- Antes do Derrame:
  - 4.2- Depois do derrame:
5. Relação de amizade:
  - 5.1- Antes do Derrame:
  - 5.2- Depois do derrame:
6. Dificuldades encontradas nas atividades que realiza:
  - 6.1- Trabalho:
  - 6.2- Lazer:
  - 6.3- Atividades de Vida diária:
    - andar:
    - comer:
    - higiene:
    - vestir:
7. Você considera ter uma boa velhice?