

O PROCESSO DE READAPTAÇÃO À VIDA PÓS AVC: ESTUDO
COM UM GRUPO DE HOMENS NA MATURIDADE

RODRIGO ANTONIO MONTEZANO VALINTIN LACERDA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE – UENF
CAMPOS DOS GOITACAZES
AGOSTO DE 2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

O PROCESSO DE READAPTAÇÃO À VIDA PÓS AVC: ESTUDO
COM UM GRUPO DE HOMENS NA MATURIDADE

RODRIGO ANTONIO MONTEZANO VALINTIN LACERDA

Dissertação Apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Cognição e Linguagem da
Universidade Estadual do Norte
Fluminense Darcy Ribeiro – UENF –
como parte de exigências para a
obtenção do título de Mestre.
ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Vera Lúcia
Deps

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE – UENF
CAMPOS DOS GOITACAZES
AGOSTO DE 2007

O PROCESSO DE READAPTAÇÃO À VIDA PÓS AVC: ESTUDO
COM UM GRUPO DE HOMENS NA MATURIDADE

Por

Rodrigo Antonio Montezano Valintin Lacerda

Aprovada em __/__/2007.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Deps
(Doutora em Educação – Psicologia da Educação, pela UNICAMP)
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Bampi
(Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo)

Prof^a. Dr. Gilberto Lourenço Gomes
(Doutor em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise pela Université Paris VII)

Prof^a. Dr^a. Wania Amélia Belchior Mesquita
(Doutora em Ciências Humanas: Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro)

Ao amigo e companheiro de longa data, Ronney Rosa,
pelo exemplo de dedicação e amor. A quem devo
grande parte do que sou.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, que me oportunizou a realização do curso de Mestrado em Cognição e Linguagem. Ao corpo Docente, em especial aos Professores Dra. Ana Lúcia Cavani Jorge, Dr. Carlos Henrique Medeiros e Dr. Sergio Arruda de Moura, Dra. Sonia Martins de Almeida Nogueira cuja barreira “uenfiana” ultrapassa, tornando parte de meu convívio pessoal, pela oferta de seus conhecimentos e experiências. Aos funcionários em geral, pelo trato cuidadoso de nossos espaços de estudo e pesquisa.

Ao Hospital Geral de Guarus, por possibilitar-me a realização das entrevistas para esse estudo, em especial à Coordenadora do Centro de Reabilitação, Dr^a Ana Lúcia Carneiro, pelo interesse e disponibilidade para os esclarecimentos necessários; à Débora Julião e ao Eduardo Terra, responsáveis pela secretaria do referido Hospital, pela solicitude de seus atendimentos.

Aos pacientes e seus familiares por suas contribuições nesse estudo, que aceitaram participar do estudo, mesmo sabendo que essa experiência poderia lhes fazer rememorar a dor decorrente da seqüela do Acidente Vascular Cerebral.

Agradeço ainda aos amigos:

Andrea Ávila, Conceição de Maria Campinho, Eugênio Lemos, Felipe Barroso, Joaquim Machado, Karina Lelles, Lina Fregonassi, Luciana Falquer, Luciano Freitas, Paulo Cristóvão, Renan Montezano, Renata Matos, Renata Santana, Rogéria Montezano, Ronan Couto, Thiago Hime, Vilma Aparecida Silva, Vânia Tatagiba e Zuleica Strolguski, pela acolhida e solidariedade no decorrer do curso.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Concluir este trabalho, além do cumprimento de mais uma exigência acadêmica, caminho escolhido por mim, significa avançar na trajetória traçada. No entanto, concluí-lo não seria possível sem a benfeitoria e indispensável presença daqueles cujas ações, direcionadas ao encontro das minhas dificuldades, possibilitaram a realidade de uma aspiração pessoal. Por isto devo agradecer de modo muito especial :

À Prof^a Dra.Vera Lúcia Deps, pelo trato rigoroso, regado de ternura e afetuosa acolhida, lições de competência, objetividade e equilíbrio.

À Rosane Montezano, que novamente se mostra presente, solidária e sobretudo amiga em mais uma conquista. Mãe te amo.

À Cornélia Montezano, minha querida avó, que sempre me acolheu e encheu de carinho e dedicação.

À Juliana Lira Sampaio, amiga e cúmplice, que na sutileza dos gestos silentes e na doçura das palavras, convida e sustenta uma vivência amorável.

À Thiago Eugênio Bêta, grande amigo, com quem foi possível compartilhar experiências enriquecedoras.

[...] a crise é primeiramente uma tensão entre uma força estática e uma dinâmica, e, depois, é uma luta que implica, necessariamente, uma superação e, por fim, um reconhecimento de algo novo, mais amplo (Angela M. de La Sala Batà).

RESUMO

O desenvolvimento humano é um processo que implica em transformações de natureza fisiológica, psicológica e social nas diferentes fases da vida. Dados estatísticos revelam o aumento do tempo de vida das pessoas, e, ao mesmo tempo, a probabilidade maior de ocorrência de determinadas doenças à medida que envelhecemos. Entretanto, não basta viver mais, é também necessário viver com qualidade de vida e/ou satisfação pessoal.

Tudo isto, aliado à experiência pessoal como fisioterapeuta, motivou a realização deste estudo, que objetiva conhecer o processo de transição a novas condições de vida, de homens na “meia idade” e na “velhice” acometidos de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

O estudo focaliza aspectos facilitadores e dificultadores dessa transição, tomando como referência o modelo de adaptação a eventos de transição elaborado por Schlossberg (1981).

Os sujeitos observados pertencem à classe média baixa, e freqüentam um hospital público, localizado no município de Campos dos Goytacazes/RJ, para tratamento fisioterápico dentre outros. Foram entrevistados dez homens (cinco em cada faixa etária) escolhidos dentre aqueles em condições de entrevista, bem como um membro de suas famílias. Objetivando maior homogeneização da amostra, eliminamos pessoas do sexo feminino. Os dados da entrevista foram complementados por um formulário aplicado pelo pesquisador.

A análise das respostas ao formulário e à entrevista não revelou diferenças significativas nessa fase de transição, em decorrência da faixa etária, à exceção do afastamento do trabalho, de maior destaque no grupo mais jovem, como motivo de insatisfação pessoal. A análise revelou também lacunas no micro e macro sistema, que interferem desfavoravelmente na recuperação desses sujeitos, e podem ter contribuído para o desencadeamento da doença.

Esperamos que esse estudo, não obstante suas limitações, possa oferecer subsídios para novas investigações na área, bem como facilitar a compreensão de profissionais da saúde, da família, e da comunidade em geral, no trato com

peessoas acometidas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Esperamos também que sirva de alerta à necessidade urgente de medidas preventivas, que facilite a todos melhor qualidade de vida, conseqüentemente melhor saúde, condição essa indispensável ao desenvolvimento cognitivo, independentemente da etapa de desenvolvimento em que a pessoa se encontra.

ABSTRACT

Human development is a process that involves changes of a physiological, psychological and social nature in life many stages. Statistical data indicate an increase in people's lifespan and, concomitantly, an increase in the chances of suffering from certain diseases as we age. It is not enough to live longer, but it is necessary to live better. All of that, along with my experience as a physical therapist, motivated this research, which aims at unveiling the process of "mature" and "old" men adapting to new circumstances of living after stroke, that is, how they experience this transition due to the their disease, in their current age group. The study focus on facilitators and inhibitors of such transition, based on Schlossberg's Transition Theory (1981). The subjects analyzed in this study belong to the lower middle class and receive physical therapy care, among other treatments, at a public hospital in the city of Campos dos Goytacazes, in the State of Rio de Janeiro. Ten men were interviewed (five for each age group), chosen among those capable of being interviewed, as well as members of their families. We have not, for the purposes homogeneity, included women in this study. The analysis of the answers to the question sheet and to the interview has not revealed any significant differences in this transition stage due to the age group, with the exception of being away from work as a reason for personal dissatisfaction in the younger group. We hope this study, regardless of its limitations, contributes to further research in the area, as well as help health professionals, family and the community in general treat stroke victims. We hope, also, that this study serves as an alert to the need for preventive measures that ensure a better quality of life for everyone, therefore improving health in general, a necessary condition for cognitive development, regardless of a person's stage of development.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	12
2 – DESENVOLVIMENTO HUMANO	18
2.1 – Considerações Gerais Acerca do Desenvolvimento Humano	18
2.2 – Concepções Teóricas Relacionadas ao Desenvolvimento Adulto	23
2.3 – Significado da Etapa Adulta do Desenvolvimento Denominada Maturidade (Meia Idade e Velhice).....	35
3 – DESENVOLVIMENTO HUMANO E EVENTO DE TRANSIÇÃO	46
3.1 – O Acidente Vascular Cerebral (AVC), Evento que Propicia Mudança e Transição	46
3.2 – Estudos Relacionados a Eventos que Propiciam Mudança e Transição	55
3.3 – Considerações Gerais Relacionadas a Evento e Adaptação à Transição..	57
4 – O MODELO DE ADAPTAÇÃO À TRANSIÇÃO DE SCHLOSSBERG	64
4.1 – Variáveis Relacionadas às Características da Transição em Si Mesma	66
4.2 – Variáveis Relacionadas às Características dos ambientes de Pré e de Pós Transição	69
4.3 – Variáveis Relacionadas às Características do Próprio Indivíduo	71
5 – O PROBLEMA	79
5.1 – A Questão Problema	79
5.2 – Definição de Termos.....	79
5.3 – Hipóteses.....	80
6 – METODOLOGIA	81
6.1 – O Local de Observação dos Sujeitos	81
6.2 – Os Sujeitos da Pesquisa.....	82
6.3 – Recursos de Observação Utilizados	86
6.4 – Procedimentos de Coleta de Dados	86
6.5 – Procedimentos de Análises dos Dados	87
7 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	89
8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	116
APÊNDICES	125

1- INTRODUÇÃO

O presente estudo relaciona-se à fase de transição ou de adaptação a novas condições de vida, de homens que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC) e que se encontram em duas faixas etárias: meia idade e velhice.

Nosso interesse pelo tema decorreu da experiência profissional como fisioterapeuta, percebendo que indivíduos idosos possuíam mais dificuldade em repetir os exercícios fisioterápicos, solicitados em dia antecedente ao do atendimento. Destarte, supomos que essa limitação poderia ser proveniente de problema relacionado à memória.

Tal fato foi motivador para iniciarmos estudos referentes à memória, por conseguinte, a buscarmos a inserção no Programa de Mestrado em Cognição e Linguagem. Entretanto, revisando os aportes teóricos referentes à memória e suas variantes, encontramos novos conceitos, que nos conduziram a novos rumos de busca, por terem proporcionado reflexão a respeito da relação existente entre memória e emoção. Conforme menciona Izquierdo (2002, p.17):

[...] existe um processo de tradução entre a realidade das experiências e a formação da memória respectiva, e outro entre esta e a correspondente evocação [...]. As emoções, o contexto e a combinação de ambos influenciam na aquisição e na evocação da memória (IZQUIERDO, 2002, p.17).

Sendo assim, no percurso deste estudo proporcionado pela literatura especializada, constatamos que a satisfação com a vida proporciona equilíbrio emocional, que, por sua vez, pode influenciar a memória. A satisfação com a vida também decorre de adaptações decorrentes de eventos de natureza diversa que ocorrem em nossa existência, e que modificam o nosso “modus vivendi”, exigindo um período de adaptação ou de transição decorrente das mudanças que implicam, e por isto são denominados “eventos de transição”.

De acordo com Spierer (1977) qualquer mudança que tem conseqüências importantes no comportamento humano é uma transição e pode ocorrer devido a fatores de natureza biológica, sociológica, ambiental e histórica. Essas mudanças podem também ter conseqüências, evidentes de imediato ou manifestado em

alguma data futura. Podem ser perceptíveis ou mesmo imperceptíveis, ou ainda de natureza cumulativa, como no caso da aquisição de algumas doenças (apud SCHLOSSBERG, 1981, p. 6).

Paralelamente aos estudos efetuados, conhecemos através do trabalho de Deps (1994) o modelo teórico de Schlossberg (1981), que se refere a variáveis relacionadas à adaptação humana decorrente de eventos de transição. Para Schlossberg (1981) “uma transição ocorre se um evento [...] resulta em mudança acerca de si próprio e do mundo, o que requer mudança correspondente no comportamento e nos relacionamentos do indivíduo”.

O referido modelo pode ser aplicado a qualquer evento de transição, e apresenta um conjunto de variáveis relacionadas às características da transição em si mesma, às características dos ambientes de pré e pós-transição, e relacionadas ao próprio indivíduo, que interferem na adaptação à transição. Vê-se assim que inclui uma multiplicidade de fatores que podem interferir direta ou indiretamente nessa adaptação. Posteriormente as variáveis que integram esse modelo serão descritas (parte 4 deste relatório).

Schlossberg (1981) adverte que a adaptação à transição decorre do equilíbrio entre os recursos e os déficits do indivíduo relacionados às variáveis do modelo, bem como da reelaboração das percepções dos sujeitos envolvidos nesse processo de transição.

A partir desse conhecimento, me interessei em realizar um estudo verificando os fatores que podem contribuir ou dificultar às pessoas adultas acometidas por Acidente Vascular Cerebral (AVC), em seu processo de transição a novas condições de vida em decorrência da doença. Verdadeiramente, a escolha desses sujeitos decorreu de um desejo maior em contribuir para uma melhor qualidade de vida dessas pessoas. Mas, o que é viver com qualidade de vida?

Em primeiro lugar, nos parece que a qualidade de vida pode estar relacionada à auto-aceitação pessoal. Neste sentido, pessoas acometidas de AVC, se não aceitam sua situação, caracterizada muitas vezes por uma seqüela física, e se não buscam dentro de suas possibilidades os meios para sua

recuperação e interação social, estariam negando de antemão qualquer possibilidade de qualidade de vida.

Concordamos com Resende (2005, p. 22) que a percepção e a aceitação da seqüela são um passo a ser tomado pelo indivíduo para uma qualidade de vida no presente e também numa fase posterior da vida. Entregar-se às mazelas da doença e, conseqüentemente, às alterações biológicas, só diminuirá a perspectiva de qualidade de vida e, sobretudo, de uma longevidade.

Por sua vez, a auto-aceitação pode significar o mesmo que adaptação à transição ou estar próxima ou relacionada à mesma. Nesse sentido, a análise das variáveis que integram o modelo de Schlossberg (1981), pode auxiliar a compreender melhor a qualidade de vida desses sujeitos, e assim, auxiliar em direcionamentos que objetivem a otimização dessa qualidade. Concordamos com a seguinte afirmativa de Featherman, Smith e Peterson mencionada por Neri (1993, p.9):

A promoção da boa qualidade de vida excede os limites da responsabilidade pessoal, pois deve ser vista como um empreendimento de caráter sócio-cultural; [...] “uma vida satisfatória não é um atributo exclusivo do indivíduo, mas resulta da qualidade da interação entre pessoas em mudança, vivendo numa sociedade em mudanças” (NERI, 1993, p.9).

Neri (1993, p.10) reafirma Baltes (1990), no sentido de que uma velhice satisfatória é influenciada pela subjetividade do indivíduo, bem como pelo sistema de valores existente num período histórico determinado, e numa dada unidade sócio-cultural. Segundo a autora,

Perdas de papéis ocupacionais e perdas afetivas, que têm maior probabilidade de ocorrência para idosos do que para adultos jovens, podem ocasionar diferentes graus de ansiedade, dependendo da história pessoal, da disponibilidade de suporte afetivo, do nível social e dos valores de cada um (NERI,1993,p.10).

Envelhecer bem e com qualidade de vida significa manter-se ligado à satisfação com a vida atual e, ainda, ter expectativas positivas em relação ao futuro.

Segundo Neri (1993, p.10), “é a manutenção do bem-estar subjetivo, principalmente quando o sujeito se encontra em uma fase de “crise”, seja ela biológica, psicológica ou social, que leva a uma senescência com qualidade”. NERI (1993) ainda reporta que autores como Williams e Wirths, e Baltes, consideram que a qualidade de vida ao envelhecer depende do equilíbrio entre o indivíduo e o sistema social, bem como de um sistema social estável.

A Gerontological Society of América preconiza ser importante não apenas acrescentar anos à vida do ser humano, como também acrescentar qualidade de vida aos anos mais avançados da existência (*apud* QUEROZ, 2003, p.1).

Outros estudiosos, como Guimarães e Cunha (2004) avaliam que a qualidade de vida consiste na relação entre condições disponíveis e desejáveis, essas decorrentes de valores e expectativas individuais e coletivas. Naturalmente que quanto menor a distância entre o real e o ideal, melhor a qualidade de vida da pessoa. Para Guimarães e Cunha (2004), independentemente da presença ou ausência de doenças, a qualidade de vida se relaciona à capacidade do indivíduo em satisfazer suas necessidades funcionais cotidianas, ao seu nível de motivação, à sua independência e autonomia na busca de objetivos pessoais, bem como às conquistas pessoais e familiares. Em suma, qualidade de vida refere-se à adaptação de indivíduos e grupos humanos em diferentes épocas e sociedades.

O auto-conceito do indivíduo, isto é, a forma como se percebe e a coerência entre essa percepção e a percepção de si pelos outros, bem como o grau em que a pessoa se sente valorizada em comparação às demais, refletem nos esforços pessoais de adaptação (RESENDE, 2005).

A vivência de uma seqüela pode refletir dimensões não só negativas, mas também positivas, se considerarmos o aperfeiçoamento de habilidades antes não reconhecidas. A respeito da possibilidade de pessoas acometidas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) terem qualidade de vida, considerando que esta possa estar relacionada à adaptação a novas condições de vida, os resultados desta pesquisa podem oferecer subsídios que contribuem para esclarecer esta questão.

É a partir da relação de qualidade de vida, de sujeitos na maturidade e na velhice, que vivenciam processo de transição decorrente de Acidente Vascular

Cerebral (AVC), que poderemos melhor compreender se a faixa etária em que esses indivíduos se encontram, faz diferença nesse processo de adaptação, bem como, quais das variáveis inseridas no modelo de Schlossberg (1981), são mais facilitadoras ou dificultadoras de uma transição dessa natureza.

Escolhemos pacientes em tratamento num hospital público, localizado no município de Campos dos Goytacazes/RJ, que atrai maior número de pessoas, pela boa qualidade de seu atendimento. A escolha do hospital como local para a realização das entrevistas, também decorreu pela maior facilidade de acesso aos sujeitos, em decorrência da concentração dos mesmos nesse local, facilitando assim, também nosso tempo para as entrevistas; além disso, acreditamos que no hospital os entrevistados se sentiriam mais seguros, uma vez que o pesquisador lhes era pessoa desconhecida.

Inicialmente, pretendíamos trabalhar com idosos de ambos os sexos, porém, ao fazermos um levantamento prévio no local onde se realizou o estudo, constatamos que o número de mulheres acometidas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) era inferior ao de homens; constatamos também que o número de homens na meia idade, atendidos pelo hospital em decorrência dessa doença, para surpresa nossa, era maior do que o número de homens na velhice. Por isso, decidimos verificar como homens acometidos de AVC e que se encontram em diferentes etapas do desenvolvimento (meia idade e velhice) vivenciam esse processo de transição.

Cabe informar que se trata de uma pesquisa descritiva, comparativa, com enfoque de natureza qualitativa. Na distribuição do trabalho enfatizamos inicialmente aspectos relacionados ao desenvolvimento humano, uma vez que este estudo se refere a pessoas que se encontram em duas etapas diferentes do desenvolvimento (meia idade e velhice). Posteriormente procuramos esclarecer os eventos de transição como acontecimentos relacionados ao processo de desenvolvimento. Em seguida descreveremos o modelo de adaptação à transição de Schlossberg (1981), no qual se baseia nossas observações dos sujeitos. Dando continuidade, explicitamos a questão e hipóteses que desencadearam o

estudo, bem como os procedimentos metodológicos que possibilitaram a descrição e análise dos resultados, e as considerações finais que apresentamos.

2- DESENVOLVIMENTO HUMANO

2.1- Considerações Gerais Acerca do Desenvolvimento Humano

Teceremos alguns comentários relacionados ao Desenvolvimento Humano em geral, visto que isto também poderá auxiliar à melhor compreensão dos sujeitos que se encontram nas etapas focalizadas em nosso estudo.

Durante muito tempo os estudos do desenvolvimento se limitaram ao das crianças; somente a partir da primeira metade do século XX os estudiosos começaram a se preocupar com a vida adulta, reconhecendo que o desenvolvimento ocorre durante toda a vida. O interesse pela fase adulta decorreu de avanços nas áreas biológica, psicológica, social, e da complexidade das questões que envolve várias áreas do conhecimento.

O estudo do desenvolvimento humano trata dos processos de desenvolvimento desde o nascimento, voltando-se tanto para as características estáveis quanto para as mudanças que ocorrem no decorrer da vida; inclui a descrição, explicação, predição e modificação do comportamento. A mudança e a estabilidade relacionam-se aos aspectos de natureza física, cognitiva e psicossocial, num processo unificado, interdependente. Suas primeiras definições baseavam-se nas seguintes características: seqüencialidade, unidirecionalidade, irreversibilidade, transformação cumulativa-estrutural, e universalidade em direção a um estado final.

Percepções subjetivas compartilhadas instituíram o conceito de “ciclo de vida”, que se refere ao modo como pessoas de diferentes idades pensam, sentem e agem. Essas percepções são diversificadas por influência temporal e cultural. A adolescência, por exemplo, como fase da vida, é decorrente das sociedades industriais, que exigem maiores preparo e/ou tempo para o ingresso no mundo adulto; a meia idade, como fase distinta, decorre do aumento do tempo de vida; em anos mais recentes, em relação à velhice, têm surgido novas classificações de tempo. Na realidade não existe um momento objetivamente definido em que nos tornamos adultos ou velhos.

Na literatura especializada encontramos referência aos termos “ciclo de vida”, “curso de vida” e “*life span*” que necessitam ser esclarecidos. Segundo NERI (2006), a principal diferença entre os termos, relaciona-se ao fato de que “ciclo de vida” refere-se à organização do desenvolvimento em “estágios” ou, a períodos organizados de acordo com faixas de idade. Segundo a autora, a perspectiva “curso de vida” focaliza o desenvolvimento do ponto de vista das inter-relações do desenvolvimento individual, familiar e societal ao longo do tempo (NERI, 2006, p.15). Prosseguindo, NERI (2006), afirma que:

A sociedade constrói cursos de vida na medida em que prescreve expectativas e normas de comportamento apropriado para as diferentes faixas etárias, diante de eventos marcadores de natureza biológica e social, e na medida em que essas normas são internalizadas pelas pessoas e instituições sociais (NERI 2006, p.19).

Ao que tudo indica “curso de vida” refere-se às expectativas de desempenho de papel que uma determinada sociedade considera típico numa determinada fase da vida e que foram incorporados pelos indivíduos e instituições sociais que a integra. Essa percepção de curso de vida nos remete ao conceito de “*habitus*” de Bourdieu (1994), não no sentido de que sejam conceitos equivalentes, mas pretendendo dizer que ambos retratam concepções construídas socialmente e introjetadas pelo indivíduo, influenciando em seus conceitos, percepções e expectativas.

O termo “*life span*”, segundo Neri (2006, p.22), “tem conotação de extensão ou abrangência, quer da vida em toda a sua duração, quer de algum período particular, mas sem utilizar nenhum critério de estágio para fins de delimitação ou periodização”. Neri (2006) menciona que talvez a maior contribuição metodológica da perspectiva “*life span*” à pesquisa em psicologia, foi ter chamado atenção para os eventos do contexto, com destaque para o efeito coorte, isto é, a influência do contexto em pessoas nascidas num mesmo período ou pertencentes à mesma geração. Neri (2006) sugere também que o termo “*life span*” seja mantido em vez de substituí-lo por sua tradução “extensão da vida”, isto porque a tradução pode evocar outras relações ou significados.

Percebe-se que há relações entre os conceitos ciclo de vida, curso de vida e *life span*, e os mesmos apresentam peculiaridades em disciplinas afins que os utiliza.

Os livros de Psicologia do Desenvolvimento geralmente se referem ao ciclo de vida apresentando uma seqüência de oito períodos, assim denominados: Período Pré-natal (que vai da concepção ao nascimento); Primeira Infância (do nascimento aos três anos); Segunda Infância (dos três aos seis anos de vida); Terceira Infância (dos seis aos 11 anos); Adolescência (dos onze aos vinte anos); Jovem Adulto (dos vinte aos quarenta anos); Meia-idade (dos quarenta aos sessenta e cinco anos); Terceira Idade (dos sessenta e cinco anos em diante). Em sociedades menos desenvolvidas ou em processo de desenvolvimento, é comum encontrarmos a idade de sessenta anos em vez de sessenta e cinco anos como marco do início da velhice.

Os nossos sujeitos, de acordo com a classificação apresentada, se encontram nas etapas finais do ciclo de vida (na meia idade e na velhice). Chamamos atenção para o fato de que as divisões etárias são aproximadas, correspondem a faixas de idade onde determinados comportamentos são mais comuns; principalmente na idade adulta, em decorrência da ausência de marcos de maior evidência nessa etapa, as diferenças individuais são maiores e devem ser consideradas.

O desenvolvimento, para que seja considerado normal, implica na satisfação de certas necessidades básicas e no cumprimento de certas tarefas. Muitas pessoas na meia idade precisam aprender a lidar com algum declínio das capacidades físicas, ao mesmo tempo em que enfrentam novos desafios, buscando novas ocupações, auxiliando os filhos adultos, ou cuidando de pais idosos para exemplificar. Por sua vez na velhice, há maior busca pelo sentido da vida, tornando muitos idosos mais introspectivos; há ainda nesse período perdas relacionadas ao afastamento do trabalho por aposentadoria, ou perdas relacionadas às próprias faculdades mentais, como também perdas de pessoas próximas, preparação ou o voltar-se para a própria morte. Porém, na velhice há também compensações decorrentes da maior disponibilidade de tempo para a

família, para os amigos, para trabalhos voluntários, e para *hobbies* ou interesses antes não satisfeitos por falta de tempo. Os períodos da meia idade e da velhice são hoje, vistos pela literatura especializada tanto como de perdas quanto de ganhos: “O desenvolvimento envolve o equilíbrio constante entre ganhos e perdas. A proporcionalidade entre eles sofre alteração ao longo do curso de vida: na infância, preponderam ganhos e, na velhice, perdas” (NERI, 2001b, p.29). Vê-se assim que embora haja perda maior na idade avançada, a possibilidade de ganhos não é eliminada.

A atribuição de perdas ao envelhecimento decorre de uma perspectiva que o define com base cronológica. Sem pretender descartar a relevância da “idade cronológica”, pois não podemos descartar as influências do tempo no desenvolvimento humano, ela é um indicador, e não deve ser vista como causa do desenvolvimento, mas sim como um elemento de sua organização.

Em nenhuma disciplina científica se acredita que a idade cronológica cause o desenvolvimento ou o envelhecimento. Em todas elas, os pesquisadores concordam que essa variável é um importante indicador dos processos de desenvolvimento e de envelhecimento e usam as escalas de tempo correntes como referencial para registrar e descrever as mudanças do desenvolvimento e do envelhecimento (NERI, 2001 b, p.27).

Não obstante a complexidade do desenvolvimento, pesquisas tem apontado para influências internas e externas que podem contribuir para facilitar e dificultar esse desenvolvimento. Algumas dessas influências vêm da herança genética dos pais; outras do ambiente externo, principalmente da família, da vizinhança, das condições derivadas do nível sócio-econômico, da cultura e da etnicidade. Certas influências afetam mais pessoas de determinada faixa etária do que de outra, enquanto algumas estão mais presentes em determinados momentos históricos ou em determinados contextos sociais; outras ainda afetam apenas a determinados indivíduos. À medida que as pessoas envelhecem, diferenças individuais decorrentes de características inatas e da experiência de vida se tornam mais evidentes.

A teoria bioecológica de Bronfenbrenner (1994) descreve as influências que afetam o desenvolvimento do indivíduo, em decorrência da interação social.

Essas influências sociais começam em contextos mais próximos ou imediatos, e vão se alargando do lar para outros contextos ainda próximos como a escola, o local de trabalho, o bairro em que o sujeito reside, e se relacionam ou recebem influências dos contextos mais amplos da sociedade, como as Instituições Sociais, e, numa escala mais ampla ainda, dos padrões culturais e históricos. Percebe-se que o desenvolvimento ocorre através de processos cada vez mais complexos, é bidirecional uma vez que as influências são recíprocas, isto é, o meio afeta a pessoa e vice-versa.

A compreensão do processo de desenvolvimento, na perspectiva de Bronfenbrenner (1994), exige que se conheçam os múltiplos contextos em que o desenvolvimento ocorre. O autor menciona cinco sistemas interligados, dos mais próximos aos mais amplos, que podem facilitar ou dificultar o desenvolvimento biológico do indivíduo: o microsistema, o mesossistema, o exossistema, o macrosistema e o cronossistema. Vejamos o significado de cada um desses sistemas:

- O microsistema envolve as relações mais próximas ou diretas da pessoa, aquelas que ela estabelece no seu cotidiano com a família, com a escola, com o local de trabalho, e com o bairro em que vive. É através dessas relações de contato direto que as influências mais amplas da sociedade chegam ao indivíduo.

- O mesossistema é a interação de dois ou mais microsistemas relacionados à pessoa, ou um sistema de ligações entre dois ou mais ambientes dos quais a pessoa faz parte; através do mesossistema podemos conhecer como a pessoa age diferentemente em dois ambientes próximos, porém distintos, como a família e a escola; a casa e o trabalho.

- O exossistema é um sistema de ligações entre dois ou mais ambientes, mas diferentemente do mesossistema, a pessoa somente participa de um desses ambientes, o outro a afeta indiretamente, exemplificando, um homem insatisfeito no emprego pode maltratar a família.

- O macrosistema consiste dos padrões culturais gerais, ou dos valores, crenças e costumes, bem como dos sistemas culturais e sociais de uma cultura ou subcultura. O macrosistema influencia todos os demais sistemas existentes.

Lembramos que a cultura não é estática, e a sua mudança muitas vezes resulta do contato com outras culturas.

- O cronossistema, segundo Bronfenbrenner (1994), mostra os efeitos do tempo no microsistema, no mesossistema, no exossistema e no macrosistema, isto é, em que medida os acontecimentos são estáveis ou mutantes, quer para o indivíduo, quer para a sociedade em que está inserido.

A teoria de Bronfenbrenner (1994) chama nossa atenção para a complexidade do processo de desenvolvimento, para as várias influências que o indivíduo recebe do meio, que, aliadas às suas características pessoais de natureza biológica e psicológica, afetam o seu processo de desenvolvimento.

Além de Bronfenbrenner (1994), outros teóricos também enfatizam que os seres humanos se desenvolvem dentro de um contexto social e histórico (Baltes; Vygotsky, dentre outros). A família, por ser o ambiente mais próximo, é também o de maior influência no desenvolvimento.

Depois dessa introdução, em que procuramos classificar alguns conceitos relacionados ao desenvolvimento humano, e situar a meia idade e a velhice como etapas integrantes desse processo, faremos a seguir descrição acerca das concepções teóricas relacionadas ao desenvolvimento humano, que incluem ou focalizam a fase adulta.

2.2 - Concepções Teóricas Relacionadas ao Desenvolvimento Adulto:

Estudiosos do desenvolvimento têm elaborado teorias com a finalidade de uma melhor compreensão do comportamento humano. Seus pontos de vista a respeito do desenvolvimento muitas vezes não coadunam ou são opostos, entretanto, mesmo assim, contribuem para a nossa reflexão e melhor compreensão desse processo, explicando, cada um a seu modo, por que as pessoas na maturidade (meia idade e velhice) são diferentes daquelas que se encontra em outros momentos da vida.

Os resultados de pesquisa contribuem na elaboração de teorias, que, por sua vez, produzem hipóteses para serem verificadas.

Uma vez que novos conhecimentos sempre são incorporados às teorias, elas não são imutáveis, e as teorias do desenvolvimento humano não fogem à regra; ao estudá-las percebemos nitidamente suas evoluções, decorrentes da influência do momento histórico, da evolução da ciência, e das concepções filosóficas do autor. Na revisão de literatura percebemos que algumas teorias refletem uma concepção inatista do desenvolvimento, isto é, para alguns estudiosos o hereditário tem maior influência do que o meio; outras traduzem a concepção de um ambiente modelador, de um indivíduo passivo às influências do meio, em oposição à concepção, mais aceita atualmente, de um indivíduo ativo e que recebe influências tanto hereditárias quanto do meio; outras refletem a concepção de “ciclo de vida” ou do desenvolvimento através da sucessão de estágios demarcados pela idade, ao contrário das concepções de curso de vida e de “*life span*” a que nos referimos anteriormente (parte 2.1).

Vê-se assim que são muitas as concepções que contribuem para a diversidade de teorias existentes. O olhar dos estudiosos para a idade adulta foi decorrência dos avanços da ciência, conseqüentemente da maior longevidade da população, de suas próprias concepções de desenvolvimento, e dos subsídios oferecidos pelas teorias à sua própria continuidade ou reorientação.

Uma vez que nossos sujeitos se encontram na idade adulta, não abordaremos as teorias que tratam somente da infância e da adolescência; nossa descrição sucinta se refere àquelas que apresentam uma concepção mais abrangente do desenvolvimento humano, da infância à velhice, ou que se voltaram somente para o desenvolvimento adulto. Nossa abordagem será seletiva, no sentido de que abordaremos as teorias de maior evidência na literatura especializada, na tentativa de entender melhor a natureza do desenvolvimento adulto. A descrição seguinte se baseia à consulta a vários autores, especialmente a Kimmel (1980). Vejamos o que a literatura especializada nos diz:

O primeiro estudioso a abordar o desenvolvimento humano em toda a sua extensão foi Erick Erikson (1950, 1968 e 1976), com a teoria do desenvolvimento psicossocial, que é uma modificação e extensão da teoria freudiana. Contrapondo-se a Freud, Erikson (1976) afirma que o desenvolvimento do ego ocorre não

somente na infância, mas do nascimento à velhice. A teoria de Erikson (1976) abrange oito estágios no decorrer da vida, os quais envolvem sentimentos bipolares: confiança versus desconfiança (do nascimento aos 12-18 meses); autonomia versus vergonha e dúvida (dos 12-18 meses aos três anos); iniciativa versus culpa (dos 3 aos 6 anos); produtividade versus inferioridade (dos 6 anos à puberdade); identidade versus confusão de identidade (da puberdade ao início da idade adulta); intimidade versus isolamento (idade adulta jovem); geratividade versus estagnação (idade adulta / meia-idade); integridade versus desespero (idade adulta tardia ou velhice). A mudança de um estágio para outro decorre de uma crise na personalidade, que, se bem resolvida, propicia o desenvolvimento saudável correspondente ao período em que a pessoa se encontra, com conseqüências na etapa seguinte. Crise, nessa teoria, não se relaciona a estresse emocional, mas a uma “tarefa” que o indivíduo tem de cumprir em direção ao seu desenvolvimento. Cada estágio apresenta um novo desafio, e a crise vivenciada satisfatoriamente propicia o desenvolvimento satisfatório do ego. Trata-se de uma interação dialética, em que a tensão entre as duas forças opostas resulta numa síntese, ou numa qualidade diferente das duas originais

Erickson (1976) ressalta que o desenvolvimento da personalidade relaciona-se a outros aspectos do desenvolvimento humano (físico, cognitivo, emocional, social) o que propicia diferença nos diversos estágios apresentados no seu modelo, e à forma como as crises atribuídas a cada estágio são enfrentadas. Segundo reconhece o próprio Erickson (1976, p.24-25),

Ninguém... na vida está localizado perfeitamente num estágio; ao invés, todas as pessoas podem ser vistas oscilando entre pelo menos dois estágios e mover-se para um mais alto apenas quando um ainda mais alto começa a determinar o jogo (*apud* KIMMEL, 1980, trad nossa).

Descreveremos sucintamente somente os dois últimos estágios, aqueles que correspondem às idades dos sujeitos deste estudo, embora sejam alicerçados nos anteriores.

Em se tratando da meia idade, a síntese entre as forças relacionadas à geratividade versus estagnação, quando satisfatória, resulta em maior cuidado ou

preocupação em orientar ou em transmitir a experiência acumulada a outras gerações; do contrário, resulta no sentimento de empobrecimento pessoal. Em relação à velhice, as forças são a integridade versus desespero: quando a síntese for positiva, o idoso aceita a própria vida, tem um sentimento de realização decorrente das tarefas realizadas, conseqüentemente maior aceitação da própria morte; do contrário, se desespera pela incapacidade de reviver a vida. A virtude resultante da síntese satisfatória na velhice é a sabedoria. Para Erikson, (1976, p.23) “a preocupação solta, mas ativa, com a vida em si frente à morte mantém e transforma a integridade de experiência, apesar do declínio das funções mentais e físicas”.

Em relação aos nossos sujeitos, a teoria de Erickson (1976) reforça nossa compreensão de que a manifestação e a resolução das crises evolutivas do ciclo de vida são relacionadas a influências socioculturais. Essa teoria também propicia reflexão a respeito de comportamentos evidenciados na meia idade, referente à luta entre as forças antagônicas de geratividade e estagnação, e nos faz pensar como tais forças se refletem naqueles que se encontram nessa faixa etária, isto é, como a doença pode estar interferindo em suas adaptações, considerando que o esperado nessa fase da vida, segundo a teoria, é o papel de cuidador, e não a situação de dependência em que se encontram. Por outro lado, questionamos também como esses sujeitos na meia idade se sentem, considerando que possam estar percebendo o tempo de suas vidas abreviado, por conseguinte estar confrontando o tempo que supõe lhes restar com seus projetos pessoais, ou, refletindo antecipadamente sobre tarefa relacionada ao estágio subsequente ao que se encontram.

Além disso, questionamos se uma velhice com maior dependência dos outros possibilita ao sujeito satisfação pessoal. Podemos indagar se não é a dependência dos outros ou o sofrimento, o que propiciaria a auto-aceitação da morte ao final da existência, ou, em outras palavras, se essa maior auto-aceitação da morte não seria uma forma de rejeição à própria existência, ao contrário da teoria de Erickson (1976), que atribui o sentimento de aceitação da finitude humana como parte integrante do sentimento de que as tarefas evolutivas foram

realizadas satisfatoriamente. Questionamos ainda se a aceitação da morte relacionada ao cumprimento das tarefas, não ocorreria somente se esse sentimento do dever cumprido estivesse conectado à crença religiosa de um encontro posterior com Deus, e que a teoria não deixa explícita até onde vai nosso conhecimento. Esse aspecto relacionado ao sentimento de plenitude da vida e sua relação com a aceitação maior da morte nos leva a questionar a teoria de Erickson; embora ela tivesse o mérito de chamar a atenção para as influências sociais e culturais, alguns de seus conceitos nos parecem não suficientemente esclarecidos, talvez por serem difíceis ou impossíveis de serem testados empiricamente, indo ao encontro de críticas que a teoria vem recebendo, não necessariamente relacionadas à questão a que nos referimos. Mesmo assim, a teoria de Erickson (1976) nos oferece contribuições, permitindo uma melhor compreensão de algumas mudanças que ocorrem na vida adulta.

Outra concepção teórica clássica acerca do desenvolvimento adulto, é a do curso da vida humana de Charlotte Bühler (1968), que, baseada em estudos de biografias, propôs cinco fases biológicas: a primeira vai do nascimento aos quinze anos de idade; é um período de maior permanência com os pais e as primeiras decisões e planos de vida ainda estão em elaboração. Na segunda fase, que se inicia na adolescência, aos quinze anos, vai até vinte e cinco anos, e é denominada fase de expansão, visto que o jovem amplia seu relacionamento com outras pessoas e inicia sua vida profissional, entretanto, no início dessa etapa, as atitudes ainda não têm caráter definitivo, o que só acontece no final desse período. Na terceira fase, entre vinte e cinco e quarenta e cinco anos, a vitalidade ainda está muito presente, e é denominada fase de culminância ou de realização das metas pessoais. A quarta fase vai dos quarenta e cinco a sessenta e cinco anos, e, em geral, se inicia com uma crise, a crise da meia idade, em decorrência do decréscimo das condições físicas ou biológicas do organismo, resultando em auto-avaliação da produtividade alcançada e redirecionamento das metas estabelecidas na etapa anterior, em decorrência de novos interesses surgidos. A quinta e última fase vai dos sessenta e cinco anos até a morte, e nessa etapa a consciência da finitude está mais presente, conseqüentemente as metas são de

curto prazo; as pessoas se voltam mais para a religião, e o sentimento de solidão é maior, bem como há uma volta ou retrospectiva ao passado, numa espécie de balanço final. Bühler (1968) concluiu que o sentimento de não ter alcançado as metas estabelecidas no decorrer da vida gerava mais problema para os idosos do que o declínio biológico.

A teoria de Bühler (1968) também demonstra um paralelo entre os processos biológicos de crescimento e os de natureza psicossocial, estando os de natureza biológica à frente. Ela reconheceu também a presença de diferenças individuais no desenvolvimento. Estudiosos da teoria de Bühler (1968) têm feito algumas reformulações (*apud* Kimmel, 1980), sugerindo que os motivos de expansão de crescimento vão além do segundo período (15 a 25 anos), conforme apresentado pela autora, se estendendo até a etapa seguinte, que vai de vinte e cinco a quarenta e cinco anos. A extensão do tempo de duração de uma característica do desenvolvimento antes atribuída a uma fase anterior, decorre das novas condições de vida ou do aumento da média do tempo de vida. Kuhlen (*apud* Kimmel, 1980), considera ainda que, com o avanço da idade, a gratificação direta das necessidades do idoso pode ser substituída por gratificação indireta.

A visão de Bühler (1968) sugere duas tendências gerais: uma de expansão, que vai dos anos iniciais até os quarenta e cinco anos, e outra de contração, com aumento crescente à medida que a idade aumenta. Enquanto Bühler (1968) considera a meia idade o ponto de culminância do desenvolvimento, Kuhlen (1964) considerou esse ponto mais extenso ou talvez menos definido, apresentando uma perspectiva de expansão do crescimento de maior duração.

Percebem-se algumas convergências entre Bühler (1968) e Erickson (1976), principalmente no que se refere à velhice como tempo de avaliação das realizações da vida, podendo culminar em bem estar pessoal ou não.

Refletindo sobre a nova versão da teoria de Bühler (1968) apresentada por Kuhlen (1964), em relação aos sujeitos desse estudo, vê-se que aqueles na maturidade teoricamente ainda deveriam estar no apogeu de desenvolvimento ou realização pessoal, e isto pode tornar mais difícil sua auto-aceitação das seqüelas provocadas pelo acidente vascular cerebral. Em relação aos idosos, os resultados

de Bühler (1976) nos fazem pensar que o sentimento de solidão ou de religiosidade, que os sujeitos desse estudo possam revelar, pode existir independentemente da doença que lhes acometeu, isto é, como consequência da limitação imposta pela idade, embora acreditassem que a doença contribua para exacerbar certos sentimentos e atitudes.

Outra teoria sobre o desenvolvimento adulto é a de Jung (1969), que trata dos estágios de vida. Esse autor discute os estágios de vida a partir do jovem, período que considerou da puberdade à meia idade (trinta e cinco a quarenta anos), pois acreditou que a criança não tem dúvidas sobre si mesmo. Em sua percepção há três momentos marcantes no ciclo de vida: o primeiro a partir da puberdade, onde os sonhos infantis são abandonados para ceder lugar à proeminência do instinto sexual e de horizontes de vida mais amplos. O segundo momento marcante acontece em torno dos trinta e cinco a quarenta anos, quando a pessoa enfrenta outro desafio, dessa vez relacionados à inabilidade de ingresso na meia-idade, ou na dificuldade em deixar a juventude para trás. A terceira mudança marcante ocorreria na velhice, onde haveria uma tendência das pessoas de se transformarem em seus opostos, isto é, os homens mais femininos e as mulheres mais masculinas. Jung (1969) também percebeu a falta, nas sociedades civilizadas, de um propósito ou significado para a velhice, o que considerou motivo para as pessoas se voltarem para trás em vez de olhar para frente, e ressaltou a importância de termos um objetivo para o futuro. Considerou que a vida pós-morte é defendida pelas religiões para dar sentido ou objetivo ao final da existência, e essa idéia está sendo abandonada pelas pessoas mais evoluídas. Psicologicamente falando, para ele era saudável descobrir na morte uma meta em relação à qual se pode lutar, pois isto daria sentido à vida das pessoas que já viveram a metade do tempo esperado; sugeriu que na velhice as pessoas encontrem na reflexão interior relacionada à morte significado para sua vida, acreditando que isto lhes proporcionaria maior aceitação da própria morte.

A abordagem de Jung (1969) em alguns momentos nos parece cruzar ou se aproximar das de Bühler (1968) e de Erickson (1976), principalmente quando se refere à morte como um acontecimento de grande repercussão na fase final do

desenvolvimento. Por outro lado Jung (1969) aborda um aspecto que nos parece de grande importância na adaptação ou bem estar do idoso: a falta de um objetivo na velhice e a necessidade de encontrá-lo. Acreditamos que muita da solidão e de outras dificuldades do velho seria minimizada, se tivesse, na medida de suas condições de saúde, ocupação para seu tempo e mais objetivos imediatos a atingir. Acreditamos também que o estabelecimento desses objetivos pessoais seria maior se a sociedade oferecesse melhores condições ou infra-estrutura adequada que facilitasse o alcance dos mesmos.

Outra teoria relacionada ao desenvolvimento adulto foi elaborada por Levinson (1976,1978), que fez uma análise dos períodos de desenvolvimento tomando como referência a análise de entrevistas biográficas, do que resultou a classificação do desenvolvimento numa série de estágios, ou em períodos relacionados a idades cronológicas. Os estágios de Levinson (1978) consistem de períodos de transição alternados com períodos de calma, diferenciando-se nesse aspecto e no estabelecimento de idades para cada etapa, entre outros, do modelo de Erickson.

Procurando relacionar a teoria de Levinson (1978) aos nossos sujeitos e tomando as entrevistas efetuadas com os mesmos como referência, ao que tudo indica, vivenciava um período estressante quando do acontecimento do AVC, que pode ter decorrido de algum evento isolado de natureza diversa associado a mudanças evolutivas do organismo em decorrência da idade.

As teorias do desenvolvimento adulto mencionadas até aqui envolvem a seqüência de estágio e são consideradas teorias clássicas. Descreveremos a seguir outras abordagens que não consideram a idade como marco de distinção de fases de desenvolvimento, embora reconheçam que há diferenças relacionadas aos vários períodos da vida:

Riegel (1976), outro teórico do desenvolvimento, focalizou nos processos de desenvolvimento de mudança. Propôs quatro dimensões de desenvolvimento: biológico interno, psicológico individual, sociológico cultural e físico externo, conforme quadro abaixo apresentado por Kimmel (1980).

Exemplos das quatro principais dimensões do desenvolvimento, que produzem transições através do processo de interação dialética:

Psicológico individual	Biológico individual	Sociológico Cultural	Físico Externo
Maturidade	Puberdade	Atitudes Sociais	Condições Econômicas
Sentimentos	Saúde	Expectativas Sociais	Guerra
Emoções			
Independência	Altura	Oportunidades	Vida Urbana/Rural

Cada uma dessas dimensões interage constantemente com as outras e com outros elementos dentro da mesma dimensão, podendo trazer mudanças ou transições no ciclo de vida. Porém essa progressão é complexa, no sentido de que a mudança numa direção não necessariamente implica em mudança noutra direção, e a mudança numa direção pode também ocasionar confrontação com outra dimensão que, se resultar em reorganização, pode caracterizar para o indivíduo transição de desenvolvimento. A interação dialética entre essas dimensões é a essência do desenvolvimento humano.

A teoria de Riegel em 1976 para nosso estudo é importante porque chama atenção para a natureza complexa do processo de desenvolvimento, para a diversidade de fatores que podem repercutir sobre ele.

Os estudos de Costa e McCrae em 1980 sugerem que a estrutura básica da personalidade de um indivíduo se mantém estável durante longos períodos de tempo, ao contrário dos estudiosos que têm uma percepção do desenvolvimento através de estágios. Os autores chegaram a essa conclusão através da aplicação de testes que mediram traços de personalidade. Estudos realizados por eles revelaram que os sintomas da crise da meia idade são mais evidentes nos sujeitos que apresentam maior grau de neurose. Para eles a teoria do desenvolvimento deveria focar menos em mudanças e mais em características que se mantêm estáveis durante a vida adulta, uma vez que os padrões de personalidade são estáveis. Como bem o coloca Kimmel (1980),

A contradição entre este modelo de estabilidade do desenvolvimento adulto e os modelos de estágio pode ser menos significativa do que parece. Todos nós reconhecemos que características importantes dos indivíduos continuam relativamente estáveis ao longo da vida (KIMMEL, 1980, trad. nossa).

Os estudos de Costa e McCrae em 1980 contribuem para reforçar nosso entendimento no sentido de que algumas pessoas poderão enfrentar mais dificuldade no processo de transição, em decorrência de suas características de personalidade.

Baltes em 1980, uma das figuras atuais mais proeminentes no estudo do desenvolvimento, juntamente com seus colaboradores [Cornelius & Nesselroade (1980); Reese & Lipsit (1980)] apresenta uma abordagem pluralista do desenvolvimento, ressaltando os seguintes princípios, que considera fundamental no desenvolvimento do ciclo vital: a) O desenvolvimento é vitalício, cada período tem suas próprias características, influenciado pelas características do período anterior, assim como cada período influencia o subsequente. b) O desenvolvimento sofre a influência da história e do contexto, isto é, circunstâncias relacionadas ao tempo e ao lugar repercutem no desenvolvimento do indivíduo. c) O desenvolvimento é multidimensional e multidirecional, visto que em todo o ciclo vital há um equilíbrio entre crescimento e declínio, ou entre perdas e ganhos; no decorrer da vida o desenvolvimento de algumas capacidades continua em ascensão enquanto outras declinam. d) O desenvolvimento é flexível ou plástico, plasticidade essa que torna possível a mudança do indivíduo para se adaptar ao meio, entretanto esse potencial para mudança tem limite.

[...] a multidimensionalidade, multidirecionalidade e aumentos de variabilidade interindividual em relação com a idade [...] noções de graduação e descontinuidade no curso de vida [...] e funções evolutivas (no campo conductual) diferem-se sem começo, duração e término quando são consideradas dentro do marco do curso de vida; por outra parte, implicam aspectos do campo tanto quantitativo quanto qualitativo (*apud* MARCHESI, 1995, p.252).

Dentre os princípios da teoria de Baltes (1980) ressaltamos o de plasticidade, bem como os de multidimensionalidade e multidirecionalidade, uma vez que abrem esperanças de recuperação para os sujeitos desse estudo

acometidos de acidente vascular cerebral, de acordo com os limites de cada indivíduo, e dos limites impostos pela natureza da doença que foram acometidos.

Ressalta-se ainda em relação à teoria de Baltes (1980) o fato de que os processos de desenvolvimento podem ocorrer, em alguma direção, em qualquer período da vida humana, até mesmo na idade avançada, e podem ser diferenciados em relação a duração, impacto e determinação. Outro aspecto da teoria de Baltes que a diferencia de outras abordagens relaciona-se ao fato de que nem todos os processos de crescimento são lineares, podendo ser curvilíneos, significando que determinados acontecimentos podem ser importantes ou ocorrer no início e no final da vida e não no meio, ou vice-versa. A teoria reforça ainda, dentre outros, que as diferenças individuais são maiores na idade adulta e na velhice.

A abordagem de Baltes em 1980 é pluralista porque advoga que o desenvolvimento pode ocorrer em diferentes momentos da vida, sofrer diferentes influências, e seguir diferentes cursos. Essa teoria reforça a complexidade do desenvolvimento humano e das diferenças individuais, apontando influências não normativas ou que variam de indivíduo para indivíduo, relacionadas à idade, ao momento histórico, e a outros eventos que podem afetar somente a determinados indivíduos. Considera que os processos de desenvolvimento diferem em termos de início, duração, término e direção. A mudança de desenvolvimento pode ser quantitativa e qualitativa, e nem sempre relaciona à mudança cronológica, assim como a direção da mudança nem sempre é incremental no sentido de que pode envolver perdas.

Algumas das teorias que apresentamos sucintamente sugerem uma possível crise na meia idade, e um isolamento social na velhice; outras não sugerem relação entre mudança de desenvolvimento e idade. Algumas apresentam uma concepção mais otimista, outras mais pessimistas em relação ao desenvolvimento humano, especificamente nas etapas denominadas meia idade e velhice. A teoria de Baltes (1980) é a mais abrangente, no sentido de incorporar várias das influências possíveis no desenvolvimento humano.

Conforme menciona Papalia (2006, p. 39), há um consenso entre os estudiosos do desenvolvimento, nos seguintes aspectos:

- Todos os domínios do desenvolvimento são inter-relacionados;
- O desenvolvimento normal inclui uma ampla gama de diferenças individuais;
- As pessoas ajudam a moldar seu próprio desenvolvimento e influenciam as reações dos outros em relação a elas;
- Os contextos histórico e cultural influenciam fortemente o desenvolvimento;
- A experiência inicial é importante, mas as pessoas podem ser extraordinariamente resilientes;
- O desenvolvimento continua por toda a vida.

Essas características do desenvolvimento humano mencionadas pelas autoras nos ajudam a entender melhor o processo de transição que os nossos sujeitos vivenciam. Consideramos inicialmente o fato de que os domínios do desenvolvimento são inter-relacionados. Podemos indagar quais domínios são esses, e a resposta parece ser os domínios físico, sócio/cultural e psicológico.

Uma vez que esses domínios são interdependentes, qualquer ocorrência num deles repercute nos demais. As pessoas que compõem o nosso grupo de observação foram acometidas de uma doença física, mas a doença repercute também nos aspectos psicológico e social desses indivíduos. Além disso, se os domínios do desenvolvimento são inter-relacionados, as condições sociais, psicológicas e mesmo físicas desses sujeitos anteriores à doença, bem como as atuais, interferem em seus comportamentos, facilitando ou não suas adaptações. O modelo de adaptação de Schlossberg (1981), utilizado como referência para nossas observações, vai ao encontro dessa perspectiva integradora, holística, relacionada ao desenvolvimento humano.

A segunda característica mencionada, ou seja, a de que o desenvolvimento normal inclui diferenças individuais, decorre da característica anterior, uma vez que nossas condições e/ou experiências de vida, em todos os seus aspectos, são diversificadas. Essas diferenças individuais são influenciadas também pela

autodeterminação do indivíduo, isto é, por sua capacidade de moldar seu próprio desenvolvimento e influenciar as reações dos outros em relação a si próprio, que, na realidade, decorre de condições biológicas e do meio externo (restrito ou mais próximo) bem como do contexto mais amplo em que vive.

Ao lado das mudanças de natureza quantitativa ou qualitativa, as pessoas apresentam estabilidade ou constância de personalidade e comportamento. A particularidade de cada indivíduo, não nos impede de detectar num grupo convergências derivadas da própria natureza humana, da fase de vida em que os sujeitos se encontram, do gênero, e do contexto social. Não obstante as dificuldades que nossos pesquisados enfrentam, a resiliência ou capacidade de recuperação do organismo à exposição a eventos estressantes, característica humana, enfatizada pela literatura especializada, poderá auxiliá-los a superar as seqüelas advindas do acidente vascular cerebral, nos limites de cada caso, e lhes facilitar a transição para nova etapa de vida. Além disso, a concepção de que o desenvolvimento humano é contínuo, presente em todas as etapas da vida, contribui para um olhar esperançoso para esses sujeitos. Entretanto, como mencionado, há uma gama de fatores de natureza pessoal e social que podem interferir no desenvolvimento, e mesmo bloqueá-lo. Portanto, é importante conhecer como esse processo é vivenciado, por pessoas que se encontram em etapas diferentes do ciclo de vida.

2.3 – Significado da Etapa Adulta de Desenvolvimento Denominada Maturidade (Meia Idade e Velhice):

Hoje, na era pós-moderna, cada vez mais os pesquisadores se voltam para o desenvolvimento adulto, em decorrência do aumento do tempo de vida da população. O crescente número de pessoas com idade mais avançada decorrente dos avanços da medicina preventiva e de melhores condições de vida da população, fez com que surgissem novos conceitos, ou novas formas de encarar essa etapa. Não obstante termos descrito anteriormente as teorias relacionadas ao desenvolvimento adulto, que abordam a meia idade e a velhice, faremos nessa

parte uma descrição relacionada a esses momentos do ciclo de vida, com o objetivo de alargar a descrição anterior. Uma vez que tanto a meia idade como a velhice são considerados tempo de maturidade, vejamos inicialmente concepções da literatura especializada a respeito da maturidade.

O conceito de maturidade é abrangente, no sentido de que envolve tanto a meia idade (período que se situa na faixa entre quarenta e sessenta anos) quanto a velhice (período acima de sessenta anos, ou, nos países mais desenvolvidos, relacionado à idade acima de sessenta e cinco anos).

Segundo Neri:

Maturidade diz respeito a experiências vividas pelos sujeitos sociais ao longo de suas vidas, que resultam em qualidades conquistadas por suas trajetórias pessoais e coletivas (NERI, 2001b, p.114).

Neri (2001) também afirma que:

Na psicologia do desenvolvimento, o termo **maturidade** tradicionalmente designa um momento de culminância biológica, psicológica ou social do ciclo vital em que o indivíduo exhibe as estruturas ou os comportamentos esperados para sua idade (NERI, 2001c, p.79, p.s. grifo do autor).

A palavra “maturidade” indica que habitualmente se atribui ao homem feito a proeminência sobre a criança e o jovem: ele adquiriu conhecimentos, experiências, capacidades. A maturidade representa uma fase da vida em que homens e mulheres começam a ter noção mais realística de que a vida tem fim.

O termo maturidade, muitas vezes, é utilizado também para designar valores e virtudes. Aqueles que não são possuidores de “maturidade”, ou seja, aqueles considerados “imaturos” são indivíduos que não obtiveram um bom desempenho e/ou desenvolvimento sócio-psicológico, sendo, portanto, excluídos dos papéis que exigem tais atributos.

Neri (2001a) estabelece uma relação entre maturidade e virtude: uma pessoa é considerada madura quando atinge um grau de excelência, tido como valioso por seus semelhantes e por si próprio. A avaliação de quem atingiu um novo e mais desejável patamar de excelência é subordinada a critérios de valor que

variam segundo a geografia, o tempo e a cultura. A autora faz ainda uma associação entre virtude e sabedoria, esta relacionada à experiência, ou às relações sociais estabelecidas pelo indivíduo, ou à própria personalidade.

O termo “maduro” pode ser considerado também de acordo com a situação intercolloquial, exemplificando, o indivíduo mais velho pode ser denominado maduro em decorrência de não apresentar certos atributos juvenis cultuados pela sociedade, nesse caso com uma conotação negativa. Entretanto o termo maduro pode também ter conotação mais positiva do que de velho e ser utilizado em sua substituição:

Adulto maduro e idade madura são expressões comumente usadas num sentido positivo e apontadas como preferíveis a *idoso* e *velhice*, termos tidos por muitos como pejorativos. Nos movimentos de idosos que lutam em defesa de seus direitos sociais, os termos *maduro*, *maturidade*, *idade madura* e *adulto maduro*, são preferidos a *idoso* e *velhice*. Alguns têm adotado até mesmo o termo *adulto maior*, com o sentido de que são superiores aos mais novos, ou *maior idade*, também para valorizar a velhice. É interessante notar que o *maior* das duas expressões não denota maior valor, mas simplesmente mais idade ou velhice (NERI, 2001a, p.21, p.s. grifo do autor).

A partir da meia idade as pessoas podem se tornar mais introspectivas, com maior questionamento acerca de seus valores, e do tempo de que dispõe para modificar o que realizaram até então. Essa tendência é cada vez maior à medida que envelhecemos. Além disso, quando esses indivíduos não reconhecem em si ou em seus ambientes, fontes de novas produções, ou um sentido para suas vidas, o futuro pode se apresentar vazio ou até mesmo temido, e o presente, estagnado. Como menciona Falcão (2006, p.249) “sintomas depressivos podem se apresentar, sobretudo se há um predomínio de pesar sobre as decisões tomadas, que se alia à falta de expectativas”. Fatores de depressão e/ou insatisfação com a vida podem ser preceptores de uma velhice insatisfatória, pois, nesta fase, existe a preocupação com a velhice cronológica, com os decréscimos fisiológicos, ou mesmo com a aproximação da morte.

Ao inserirem-se na maturidade, as pessoas tendem a ser mais realistas quanto ao tempo que lhes resta para projetos ainda não realizados. Sentem que o tempo de vida é menor, embora percebam e acreditam ser possível concretizar os

sonhos, desde que não tardem a iniciá-los; esta realidade fica cada vez maior quando os indivíduos se encontram na velhice e estão mais próximos do fim, conforme mencionado anteriormente.

Após essa descrição sobre a maturidade que abrange concepções relacionadas às duas faixas etárias meia idade e velhice, vejamos, a seguir o que é específico de cada etapa. Por uma seqüência lógica iniciaremos falando sobre a meia idade.

A meia idade é um conceito novo, utilizado a partir da virada do século XX. São uma etapa distinta no processo de desenvolvimento humano como as demais, envolvendo normas e papéis próprios. É considerada uma fase intermediária entre a do adulto jovem e a da velhice.

Em um estudo, jovens adultos de 20 anos, definiram a meia idade período entre as idades de 30 a 55 anos; já indivíduos adultos na faixa de 60 a 70 anos, definiram a meia idade como sendo o período entre 40 e 70 anos (apud PAPALIA, 2006). Vê-se assim que os mais velhos demonstraram uma percepção mais tardia da meia idade demarcada por idade. Em nosso estudo encontramos homens com idade entre 40 e 53 anos acometidos de AVC, e os classificamos como pertencentes à meia idade.

Na realidade a meia idade é uma fase de difícil delimitação, por ser influenciada por transformações sociais, culturais e mesmo fisiológicas, que podem contribuir para alterar o processo de desenvolvimento das pessoas, conseqüentemente, as expectativas relacionadas ao período. “O significado de meia idade varia também com a saúde do indivíduo, com sua etnicidade, gênero, condição socioeconômica e com a cultura” (apud PAPALIA, 2006). Devemos levar em consideração, sobretudo, as diferenças individuais de cada sujeito, pois alguns podem apresentar as características esperadas a esse período e outros não.

Papalia (2006), tomando como referência o contexto familiar, mencionam que um indivíduo pode ser considerado na meia-idade quando possui filhos crescidos e/ou pais idosos. Outro marco diz respeito a aspectos fisiológicos, por exemplo, mulheres que atingiram a menopausa são consideradas na meia idade.

De acordo com as teorias que tratam do desenvolvimento humano, descritas no item anterior deste relatório, é nessa etapa da vida que os indivíduos têm consciência de seu estado de ser; é um período caracterizado por introspecção e avaliação dos anos que passaram, e ainda dos anos que estão por vir, bem como em transmitir às gerações mais novas as experiências acumuladas. Em nosso estudo tivemos a oportunidade de observar as aspirações de sujeitos que se encontram neste período da vida, após as mudanças advindas do Acidente Vascular Cerebral (AVC) que serão descritas posteriormente.

Vemos assim que a característica básica da meia idade é a geratividade, ou o interesse maior em passar às gerações mais novas as experiências acumuladas, bem como um balanço das tarefas realizadas em etapas anteriores, numa perspectiva de tempo futuro.

Após essa descrição sucinta sobre a meia idade, vejamos o que a literatura especializada nos diz em relação à velhice:

A referência à velhice vem desde a Grécia antiga. Conforme relato de Beauvoir (1990), Hipócrates, considerado o pai da medicina, comparou as etapas da vida humana às quatro estações da natureza, e relacionou a velhice ao inverno. Galeno, outro médico grego, considerava a velhice intermediária entre a doença e a saúde; para ele a velhice não é exatamente um estado patológico, entretanto, em sua concepção, todas as funções fisiológicas do velho são reduzidas ou enfraquecidas. O filósofo grego Aristóteles associou a senescência a um resfriamento. Vê-se assim que esses grandes da antiguidade tinham uma percepção negativa de velhice, considerando-a como uma etapa menos valorizada em comparação às demais. Essa percepção de velhice se prolongou por muito tempo.

O processo de envelhecimento exige uma adaptação do indivíduo, e depende da interação de vários fatores, de natureza genética, biológica e sociocultural, e a extensão ou o tempo de prolongamento desse processo, é geneticamente estabelecido.

Biologicamente falando, o envelhecimento compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência. Esses processos são de natureza interacional, iniciam-se em diferentes épocas e ritmos e acarretam resultados distintos para as diversas partes e funções do organismo. Há um limite para a longevidade, estabelecido por um programa genético que permitiria ao organismo suportar uma determinada quantidade de mutações. Esgotado esse limite, o organismo perece (NERI, 2001a, p.28).

É perceptível a relação de reciprocidade entre a velhice e doença; esta última condiciona a senilidade, além de predispor a processos degenerativos.

Debert (2004, p.25) descreve a velhice associada à doença, à morte e à religião. Segundo ela a velhice mesmo quando não associada à pobreza ou à invalidez, tende a ser vista como um período dramático por implicar a passagem, tida como indesejada, de um mundo amplo e público para um mundo restrito e privado.

Na verdade, dissociar as causas orgânica e psicológica é impossível; exemplificando, até mesmo certos acidentes freqüentes na velhice podem estar relacionados a dificuldades mentais. O envelhecimento, além de adaptação aos processos biológicos, e/ou fisiológicos, requer ainda uma adaptação às mudanças psicológicas e sociais, exigindo singularidades próprias, que vão desde a relação do indivíduo com o tempo cronológico até sua relação com o mundo e com sua própria história.

É abstrato considerar em separado os dados fisiológicos e os fatos psicológicos: eles se impõem mutuamente. A velhice é um evento de domínio psicossomático. Entretanto, o que chamamos de vida psíquica de um indivíduo só se pode compreender a luz de sua situação existencial; esta última tem, também, repercussões em seu organismo; e inversamente: a relação com o tempo é vivida diferenciadamente, segundo um maior ou menor grau de deterioração do corpo (BEAUVOIR, 1990, p.15).

Beauvoir (1990) completa: “É muito raro encontrar o que poderíamos chamar de velhice no estado puro”. As pessoas idosas são acometidas de uma polipatologia crônica (BEAUVOIR 1990, p.37). A autora menciona ainda que “as pessoas idosas têm muita dificuldade de se adaptar às situações novas; elas reorganizam facilmente coisas conhecidas, mas resistem às mudanças” (BEAUVOIR, 1990, p.44). Essa colocação reforça nossa hipótese de que os

indivíduos idosos terão maior dificuldade em adaptar-se a novas condições de vida do que aqueles que se encontram na maturidade, uma vez que o Acidente Vascular Cerebral (AVC) a que foram acometidos é uma patologia não esperada, que acarreta mudança rápida e extensa na vida.

Segundo Neri (2001), o envelhecimento é constituído por um processo de mudanças genéticas, de acordo com o indivíduo que nesta fase se encontra, caracterizadas por uma diminuição da plasticidade comportamental, um aumento da vulnerabilidade, uma acumulação de perdas evolutivas e um aumento da probabilidade de morte. Entretanto, segundo a mesma autora, “O ritmo, a duração e os efeitos do processo de envelhecimento comportam diferenças individuais e de grupos etários, dependentes de eventos de natureza genético-biológica, sócio-histórica e psicológica” (NERI, 2001c, p.69).

Portanto, não podemos generalizar os possíveis efeitos negativos da velhice. As considerações feitas anteriormente nos permitem perceber como é complexa a definição de envelhecimento, visto que são inúmeras as variáveis que interferem nesse processo. A velhice é delimitada por fatores de natureza múltipla, incluindo perdas psicomotoras, afastamento social, restrição no desempenho de papéis sociais, e restrição cognitiva dentre outras.

As atitudes mais antigas em relação à velhice sejam do meio social ou dos próprios idosos, refletem rejeição à condição “física”, “psíquica” e “social” das pessoas que se encontram nessa etapa. A dificuldade e/ou escassez dos serviços públicos de atendimento aos idosos, principalmente os serviços de saúde, contribuem para aumentar esse sentimento de abandono.

As grandes mudanças ocorridas no processo de envelhecimento são, em sua maioria, decorridas de fatores orgânicos, de natureza fisiológica e/ou biológica, que comprometem a sustentação do corpo humano. Dentre essas mudanças, De Vitta (2000) menciona as alterações de natureza cardiovascular, respiratória, neurológica, e músculo-esquelético.

Assim, ser velho é uma posição difícil, em decorrência das limitações de natureza biológica que muitas vezes se impõem; contudo, mesmo assim, não

podemos descartar totalmente a abertura de possibilidades, decorrentes de aspectos intelectuais, sociais e culturais. No dizer de Resende (2001):

As atitudes em relação à velhice refletem os conhecimentos do senso comum e os conhecimentos científicos disponíveis sobre esta fase da vida humana. Necessário se faz repetir que até os anos 60 (sessenta), entre leigos e profissionais, predominou um ponto de vista essencialmente negativo sobre a velhice. No entanto, sempre houve expectativas de controlar os efeitos deletérios da velhice, de estender a vida e prolongar a juventude. Elas ganharam destaque na ciência e nas sociedades quando o envelhecimento populacional e a possibilidade de envelhecer bem se tornaram nítidas realidades em muitos países. Desde então, vem crescendo o número de indivíduos e sociedades que investem numa velhice saudável ou que, pelo menos, reconhecem a necessidade de fazê-lo (RESENDE, 2001, p.10).

Estudos mais recentes têm demonstrado que a percepção sobre velhice vem sendo modificada nas últimas décadas. Neri (1991) publicou uma extensa pesquisa feita em cidades de cinco regiões brasileiras, com 4300 pessoas entre 13 e 45 anos; os dados encontrados mostram que as atitudes em relação ao idoso são positivas, e as expectativas em relação à própria velhice ainda mais positivas, independentemente da idade, do gênero, da escolaridade e da região de residência dos sujeitos. Foi observada uma tendência de avaliar positivamente os idosos que tendem a se manter produtivos, ativos e envolvidos socialmente, e negativamente aqueles dependentes, doentes e afastados socialmente.

Os resultados do estudo de Neri (1991) demonstram a tendência no Brasil de não se perceber mais a velhice de forma negativa, o reconhecimento de que é também possível uma velhice saudável e ativa.

Outro estudo realizado por Silva (1999), com 100 idosos participantes de um programa educacional, constatou que 41,05% da amostra apresentavam uma opinião positiva sobre o que é ser velho, 20% apresentava opiniões negativas e 38,95% mostraram opiniões neutras.

Ressaltamos que a percepção mais longínqua de velhice como perdas teve também consequência positiva, no sentido de que propiciou a legitimação de direitos sociais do idoso, como também a universalização da aposentadoria (DEBERT, 2004).

A tendência contemporânea é rever os estereótipos associados ao envelhecimento. A idéia de um processo de perdas tem sido substituída pela consideração de que os estágios mais avançados da vida são momentos propícios para novas conquistas, guiadas pela busca do prazer e da satisfação pessoal. Como afirma Debert (2004):

As experiências vividas e os saberes acumulados são ganhos que oferecem oportunidades de realizar projetos abandonados em outras etapas e estabelecer relações mais profícuas com o mundo dos mais jovens e dos mais velhos (DEBERT, 2004, p.14).

Na contemporaneidade a idade não é mais suficiente para determinar o período denominado velhice, e a luta contra os preconceitos tratam de acentuar os ganhos que o avanço da idade propicia.

Com a expressão “curso de vida pós-moderno”, Moddy (1993) descreve um contexto marcado pelo anulamento dos comportamentos tidos como adequados às diferentes categorias de idade. Vivemos uma descronologização da vida, segundo Held (1986) no sentido de que não se pode mais generalizar ou estipular comportamentos padronizados a determinadas idades. Para Meyrowitz (1985), a criação de uma “sociedade unitária” é a expressão do impacto da mídia eletrônica no comportamento social. Para Boutinet (1995), a idéia de *generation gap* perdeu sentido e deve ser substituída pela de embaçamento das classes de idade, quando está em jogo o estudo das gerações (*apud* DEBERT, 2004, p.19). Acreditamos que a idade cronológica por si não é suficiente para demarcar etapas do curso de vida, contudo não podemos deixar de reconhecer sua contribuição no entendimento de certos comportamentos mais comuns em determinadas faixas etárias. Sob essa perspectiva, encontramos indivíduos com idades entre 64 a 77 anos e os consideramos como pertencentes à faixa denominada pela literatura especializada de “velhice”.

Envelhecimento não significa necessariamente dependência severa associada a elevado grau de incapacidade funcional. Segundo Gatz (1995):

Estudos epidemiológicos realizados em diversos países apontaram que apenas 4% dos idosos com 65 anos ou mais apresentam incapacidade severa e alto grau de dependência, contra 20% que apresentam um leve grau de incapacidade. De acordo com as mesmas pesquisas, 13% dos que têm entre 65 e 74 anos e 25% dos que estão entre 75 e 84 anos apresentam incapacidade moderada. Acima dos 85 anos, quando a sensibilidade à incapacidade é quatro a cinco vezes maiores do que aos 65 anos, o percentual de portadores de incapacidade moderada sobe para 46% (*apud* RESENDE, 2001, p.16).

Embora exista grande relação entre envelhecimento e limitação física, seja ela uma deficiência, ou mesmo uma restrição imposta por doenças, entretanto a incapacidade para o desempenho de atividades de vida diária não significa necessariamente impedimento para a continuidade de funcionamento cognitivo e emocional.

Tanto as pessoas portadoras de deficiência física como os idosos podem ativar mecanismos de adaptação para enfrentar perdas em funcionalidade, seja através de recursos tecnológicos e de apoios sociais, de recursos psicológicos, ou através do controle sobre o comportamento através de outras pessoas (NERI, 2000, *apud* RESENDE, 2001, p.17).

Diante da complexidade de cada estágio de vida é importante o conhecimento das atitudes para com o mundo e para consigo mesmo. É preciso compreender a meia idade e a velhice através da “pluralidade” de influências, relacionadas aos mais diversos aspectos; a sociedade impõe preconceitos e estereótipos que refletem no indivíduo idoso, ainda mais naqueles acometidos de uma doença que muitas das vezes deixa seqüela permanente. Há necessidade de se conhecer melhor esses indivíduos, para que a sociedade possa melhor compreendê-los, conseqüentemente, desenvolver políticas que visem a sua integração, ou melhor, qualidade de vida.

Ao descrevermos as concepções relacionadas à maturidade, percebemos uma evolução no conceito de envelhecimento: no passado mais remoto a ênfase maior era nas perdas; atualmente vislumbram-se, além de perdas, possibilidades de ganhos. Sem dúvida que os avanços da medicina preventiva e as melhores condições de vida que propiciaram maior longevidade e contribuíram para desmistificações de concepções negativas relacionadas à velhice, com destaque para os trabalhos de Baltes (1980).

Entretanto, embora a pesquisa realizada no Brasil por Neri tenha apontado uma visão mais otimista da população brasileira em relação à velhice, ainda percebemos em nosso meio muito preconceito, que, adicionados à situação desprivilegiada de doença, podem reforçar sentimentos de inadequação, baixa auto-estima, bem como interferir nas adaptações dos indivíduos de nosso estudo.

3 – DESENVOLVIMENTO HUMANO E EVENTO DE TRANSIÇÃO

No decorrer da vida vivenciamos mudanças que acarretam um período de transformação antes de se chegar a uma adaptação que caracteriza um novo período no ciclo de vida. Sendo assim, de acordo com a literatura que retrata o desenvolvimento humano, muitas das transformações ocorrem com influência de experiências vivenciadas durante o ciclo de vida. É o caso dos sujeitos deste estudo que se encontra em fase de transição a novas condições de vida, em decorrência da doença que lhes acometeu. A forma como experiência essa transição será analisada, tomando como referência o modelo de adaptação à transição, elaborado por Schlossberg (1981). Entretanto, antes de descrever esse modelo, faremos uma descrição sucinta a respeito da doença em que os sujeitos desse estudo foram acometidos, pois isto auxiliará a entender o processo de transição que vivenciam.

3.1 – O Acidente Vascular Cerebral (AVC), Evento que Propicia Mudança e Transição

O acidente vascular cerebral (AVC) é também conhecido popularmente como Derrame Cerebral. O que significa Derrame Cerebral? Quais os tipos de AVCs existentes? Quais as conseqüências de um AVC? Todos os tipos têm a mesma origem e conseqüência? O sujeito pode se recuperar de um AVC? Qual a faixa etária em que é mais comum a ocorrência de um AVC? É comum o AVC em pessoas de meia idade? Essas são questões que procuraremos esclarecer a seguir.

O Acidente Vascular Cerebral é uma doença caracterizada por déficit neurológico, que pode ter uma duração de no mínimo 24 horas ou perdurar por toda vida. Quando este ocorre em tempo inferior a 24 horas é conhecido como AIT (Ataque Isquêmico Transitório), aceito por alguns especialistas como uma forma de AVC. Este por sua vez, reflete diretamente no percurso sangüíneo do sistema

nervoso central (SNC), com ocorrência de bloqueio ou extravasamento na circulação do sangue na área cerebral.

“O Acidente Vascular Cerebral corresponde à ocorrência de oclusão de um pequeno vaso cerebral (trombose) ou ruptura de um vaso (derrame); pode ser Isquêmico ou Hemorrágico” (LUCHESE, 2001, p.50). Nesta perspectiva, LUCHESE menciona que “de todos os casos, no homem, 15% são por ruptura de vasos (hemorragia), 10% são embólicos à distância (obstrução mais distante do cérebro), 75% são coágulos formados no local da obstrução” (2001, p.39). Para tanto, este tipo de Acidente é causado pela ruptura de um vaso caracterizada por uma hemorragia (sangramento) local, podendo ter, entre outros fatores, o aumento da pressão intracraniana, edema (inchaço) cerebral.

Existe, ainda, o espasmo de um vaso cerebral que ocorre quando este temporariamente se contrai. Isto pode ser proveniente da passagem de um êmbolo, que causa um estreitamento temporário ou obstrução do lúmen, causando, conseqüentemente, anóxia¹ temporária do tecido cerebral circundante. Este é o menos grave dos quadros e, geralmente, é curado por completo (apud ANDRADE, 2004).

Os sinais e sintomas do AVC variam de acordo com o tipo de derrame em que o sujeito apresenta sua localização e outros fatores adjacentes.

Na contextualização destes sinais, percebemos que o início agudo de uma fraqueza em um dos membros (braço, perna) ou mesmo na face é o sintoma mais comum de um possível derrame, podendo significar uma isquemia de todo um hemisfério cerebral ou apenas de uma pequena e específica área. Pode, assim, se manifestar inicialmente de diferentes formas: sendo a dor mais perceptível no braço (como um sinal de fraqueza) e na face do que nas pernas, e/ou ser acompanhado de outros sintomas, dentre os quais, citamos a perda de visão, geralmente em um dos olhos; sua sensação pode ser de uma visão ensombreada, ou até mesmo uma cegueira transitória, caracterizada como amaurose fulgaz.

Outro fator sintomático é a sensibilidade cutânea, notificada por uma dormência parcial do membro enfraquecido, podendo ser confundida com fraqueza. É comum, logo de início, os pacientes apresentarem alterações

¹ Ausência de oxigenação.

perceptíveis na fala, acarretando frustração emocional (consciência do esforço e dificuldade de falar). Alguns pacientes apresentam outra alteração de linguagem: frases longas, fluentes, mas com pouco sentido.

Em casos de hemorragia intra-cerebral causada pelo acidente vascular, os sintomas se tornam mais exacerbados, não diferindo, contudo, dos descritos acima, e apresentando evolução mais rápida. A seqüela poderá ser visivelmente mais perceptível e, se não tratada a tempo, pode levar o paciente ao coma em tempo mínimo.

A sintomatologia do paciente, a sua história e o exame físico dão subsídios para o diagnóstico de doença vascular cerebral; os inícios agudos de sintomas neurológicos focais sugerem uma doença vascular em qualquer idade, mesmo sem fatores de risco associados, como doenças pré-existentes ou tabagismo.

Dentre os exames para o diagnóstico de um AVC, podemos citar: tomografia computadorizada, ressonância magnética do encéfalo, ultra-som de carótidas, ecocardiografia e angiografia.

O tratamento pode variar de acordo com o tipo de seqüela: isquêmica ou hemorrágica; inclui a identificação e controle dos fatores de risco, o uso de terapia antitrombótica (contra a coagulação do sangue) e, em alguns casos, intraterenctomia de carótida (cirurgia para retirada do coágulo dentro da artéria). A avaliação e o acompanhamento neurológicos regulares são componentes do tratamento preventivo, bem como controle da hipertensão, da diabetes, a suspensão do tabagismo e o uso de determinadas drogas (anticoagulantes), que contribuem para a diminuição da incidência de acidentes vasculares cerebrais.

O Acidente Vascular Cerebral demanda rápida intervenção médica. O tratamento se fundamenta em atuação de equipe multidisciplinar, quando existente, composta de Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Psicólogo e outros profissionais da área de saúde, além de consultas periódicas com o médico, que responderá pelo acompanhamento clínico do paciente.

A intervenção inicial ao tratamento do paciente com diagnóstico de Derrame será de grande importância para a recuperação do mesmo. Na maioria dos casos observados nos locais hospitalares, os pacientes sempre apresentam seqüelas,

mesmo que imperceptíveis. Essas seqüelas podem se manifestar de diversas maneiras, as mais perceptíveis são déficit na fala, na coordenação motora, na visão. Entretanto, a deficiência gerada a partir do AVC, é apenas mais uma característica de seus portadores; apesar de exercer influência sobre os indivíduos, outros aspectos relativos à personalidade são preponderados na sua forma de encarar o mundo, bem como na sua adaptação.

Os sujeitos deste estudo apresentam seqüelas por terem sido acometidos de AVC, entretanto, procuramos selecionar aqueles cujos *déficits* não os impossibilita de serem entrevistados.

Acreditamos que a incidência de Derrames seja maior em indivíduos com idade mais avançada por possuírem um número maior de debilidades orgânicas. Por sua vez, diante do levantamento inicial feito para a elaboração deste projeto, constatamos que o número de indivíduos com idade inferior a quarenta anos tem aumentado o que nos leva a pensar numa mudança de perfil do paciente com AVC.

Constatamos também que a quantidade de mulheres com AVC é menor em comparação aos homens, o que vai ao encontro da menção seguinte:

(...) no homem os fatores de risco de um AVC são maiores (o risco sobe a cada 10 anos após os 55 anos), além de outros como a hipertensão, tabagismo, alcoolismo, excesso de glóbulos vermelhos, ataques isquêmicos transitórios, obesidade, sedentarismo (LUCHESE, 2001, p. 40).

Essas constatações, aliadas a outros critérios descritos na parte metodológica deste estudo, nos levaram a não incluir as mulheres no grupo de sujeitos deste estudo.

Em se tratando o Acidente Vascular Cerebral (AVC) de uma lesão cerebral, é importante relatarmos alguns estudos que fazem relação entre a atividade cerebral e o desempenho cognitivo: a teoria compensatória, a qual postula, dentre outros aspectos, que a função bilateral do cérebro atingido interferirá na recuperação do paciente com AVC. Pesquisas sobre a recuperação de funções depois de dano cerebral também fornecem evidências para a teoria compensatória. É importante enfatizar que os efeitos do envelhecimento normal na

função cognitiva são muito diferentes daqueles que ocorrem em dano cerebral patológico.

Os efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo, na estrutura cerebral e na função cerebral desenvolvem-se gradualmente, ao longo de várias décadas, enquanto os efeitos iniciais de danos cerebrais (trauma, Acidente Vascular Cerebral – AVC) ocorrem muito rapidamente. “O envelhecimento causa apenas uma diminuição de leve a moderada no desempenho cognitivo, ao passo que o dano cerebral patológico oblitera completamente uma ou mais funções cognitivas” (ANDRADE, 2004, p.431).

De acordo com NETZ *et al.* (1997), a produção motora no hemisfério não afetado muda significativamente depois de um derrame, incluindo o desmascaramento de projeções corticoespinhais ipsilaterais. Silvestrini *et al* (1998) apontam que a ativação ipsilateral do lado afetado do corpo não pode ser considerada um fenômeno temporário, pois continua evidente por vários meses depois de um derrame.

O hemisfério danificado também pode apresentar mudanças, tais como o aumento da área motora da mão. Na verdade, a evolução clínica favorável de *déficits* motores tem sido associada ao aumento bilateral na atividade cerebral durante desempenho motor (ANDRADE, 2004, p.432).

O AVC é uma doença caracterizada muitas vezes por uma “deficiência”, composta por limitações psicomotoras. Sendo assim, consideramos importante uma abordagem dos conceitos de deficiência e incapacidade física e/ou mental. Para tal, recorreremos à Resende, que numa síntese da literatura especializada, distingue entre deficiência, incapacidade e desvantagem:

Deficiência (*impairment*) é o termo relativo a qualquer perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. A deficiência caracteriza-se por perdas ou alterações que podem ser temporárias ou permanentes e que incluem a existência ou ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão ou tecido ou outra estrutura do corpo, incluindo a função mental.

Incapacidade (*disabilit*) é o termo que reflete as conseqüências das deficiências em termos de desempenho e funcionalidade de indivíduo. As incapacidades correspondem a qualquer redução, restrição ou falta (resultante de uma deficiência) de capacidade para exercer atividade de forma considerada normal para o ser humano, ou seja, a dificuldade em realizar tarefas

específicas. A incapacidade caracteriza-se por excesso ou insuficiências no comportamento ou no desempenho de uma atividade que se tem por comum ou normal. Estas perturbações podem ser temporárias ou permanentes, reversíveis ou irreversíveis e progressivas ou regressivas. A incapacidade pode surgir como conseqüência direta da deficiência ou como resposta do indivíduo – sobretudo psicológica – às deficiências físicas, sensoriais ou outras. A incapacidade representa a objetivação de uma deficiência e, como tal, pode refletir-se em limitações de ordem pessoal, no âmbito das atividades instrumentais de vida diária e das atividades de auto-cuidado.

A desvantagem (*hand cap*) é conseqüência de uma deficiência ou de uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de uma atividade considerada normal para um indivíduo, em função de sua idade, sexo e de fatores sócio-culturais. A desvantagem ocorre em função da relação entre as pessoas com deficiência e seu ambiente e se produz quando estas pessoas enfrentam barreiras culturais, físicas ou sociais que lhes impedem o acesso aos diversos sistemas da sociedade que estão à disposição dos demais cidadãos. A desvantagem é, portanto, a perda ou a limitação das oportunidades de participar da vida em comunidade, em igualdade de condições com as demais pessoas (RESENDE, 20001, p.18).

Já Ribas (1997) diz que a literatura médica relata a existência de três tipos de deficiência: a) deficiência física de origem motora: amputações, malformações ou seqüelas de vários tipos; b) deficiência sensorial: auditivas (surdez total ou parcial) e visuais (cegueira total ou parcial) e c) deficiências mentais de vários graus, e de origem pré, peri e pós-natal.

Os textos clínicos dividem-se das deficiências quanto à origem, em: 1- pré-natais que incluem as congênitas (malformações por doenças da mãe ou do feto e distúrbios genéticos e 2- pré e pós-natais, que são adquiridas, como por exemplo, as paralisias cerebrais (RESENDE, 2001, p.19).

Encontramos em Andrade (2004) algumas abordagens de reabilitação com classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) dos níveis e definições das patologias caracterizadas por seqüelas. Em 1980, a OMS passou a considerar que uma patologia e suas conseqüências poderiam ser classificadas nos seguintes níveis: Patologia (ex.: Acidente Vascular Cerebral); Prejuízo (no nível da estrutura física, ex.: lesão de hipocampo / déficit de memória); Incapacidade (no âmbito do indivíduo, ex.: esquecer compromissos) e Desvantagem (no nível ambiental, ex.: dificuldade para conseguir emprego). Posteriormente, porém, houve uma reformulação desta classificação, para enfatizar os aspectos positivos, como o potencial de superação por parte do portador de deficiência.

Para Agree (1999), a deficiência pode ser socialmente definida, sendo o produto do descompasso entre a limitação funcional que o indivíduo experiêcia, as demandas ambientais e suas próprias expectativas em relação à execução das atividades de vida diária (*apud* RESENDE, 2001, p.19).

Não sendo nosso objetivo a categorização das pessoas deste estudo, mas sendo útil o conhecimento de suas realidades, acreditamos que estas definições, mesmo que sucintas, nos elucidarão os olhares diante do paciente com seqüela de AVC.

De acordo com a Organização das Nações Unidas – ONU – calcula-se que 10% da população mundial são portadoras de algum tipo de deficiências, congênita ou adquirida, sejam elas físicas, sensoriais ou mentais. Este número é estimado em 450 milhões de pessoas, sendo que aproximadamente 15 milhões destas são brasileiros².

Consideramos necessária uma ponte entre a deficiência física e sua auto-aceitação. Acreditamos que os indivíduos com maior auto-aceitação da seqüela de AVC terão uma qualidade de vida melhor, o que, por conseguinte, interferirá na adaptação às novas mudanças.

Há autores, dentre eles Resende (2001), que utilizam o termo olhares diferenciados, ao se referirem às discriminações em torno de indivíduos portadores de deficiência. Resende justifica o termo “olhares diferenciados” em substituição ao termo discriminação, alegando que nem sempre um olhar diferenciado pode significar uma discriminação, e diante da sensibilidade do portador de seqüela de AVC, o fator discriminação pode ser determinado por qualquer olhar diferenciado, não sendo este necessariamente uma discriminação.

Montanari (1999) relata que o portador de deficiência física ainda é objeto de discriminação e preconceito, em função de que o ser diferente significa sobressair de forma negativa no meio da multidão, criando tensões e gerando preconceitos (*apud* RESENDE, 2001, p.21).

² Deficiência mental – 5,0%; Deficiência física – 2,0%; Deficiência auditiva – 1,5%; Deficiência visual – 0,55 e deficiência múltipla – 1,0% *Estimativas da ONU sobre a porcentagem de pessoas portadoras de deficiência nas populações (CORDE, 1996b, *apud* RESENDE, 2001, p.20)

Outra característica comum dos pacientes é a tendência a subestimar seus déficits, por causa de uma dificuldade para percebê-los adequadamente, com todas as implicações futuras. Andrade (2004, p.311) aponta o tratamento em grupo como sendo de ganhos para a auto-aceitação; para ele a troca no grupo auxilia no restabelecimento da auto-estima e na reconstrução de identidade, uma vez que no grupo o indivíduo não se sente mais diferente, podendo aprender e trocar experiências com indivíduos que tenham dificuldades semelhantes, e descobrir novas formas de se relacionar com o mundo e de compensar seus *déficits*.

Dias (1994) diz que a pessoa que não é aceita pode ter dificuldades para se aceitar e, conseqüentemente, para aceitar o seu semelhante, e que este sentimento pode se prolongar por toda a vida. Complementa dizendo que a pessoa pode tornar-se depressiva desde a infância, mas é a partir dos 40 anos que os estados depressivos se agravam.

Prigatano (1997) enfatiza que o foco central da abordagem holística é a ampliação da consciência sobre as próprias dificuldades. Somente por meio da auto-percepção, da compreensão das limitações, os pacientes ficarão motivados para o tratamento e passarão a desempenhar um papel ativo na própria reabilitação.

A auto-aceitação é propulsora de estima e confiança em si próprio e nos outros, caracterizando meios capazes de devolver ao indivíduo uma vida social, limitada por uma seqüela. Geralmente não é esperado que crianças com deficiência se dêem bem na vida, mas há um número surpreendente destas pessoas que se aceitam e que, apesar das limitações impostas pela deficiência, se dão bem na idade adulta (RESENDE, 2001, p.21).

O objetivo dos tratamentos de reabilitação é permitir que o indivíduo com seqüelas tenha uma qualidade de vida através de recursos compensatórios para suas dificuldades e, principalmente, através de sua auto-aceitação. Estas estratégias, por fim, interferirão na adaptação direta do indivíduo no meio sócio-cultural em que vive.

Araújo (1997) ressalta que é importante lembrar que as dificuldades sociais enfrentadas pelas pessoas portadoras de deficiência física, não raro, são

acarretadas pelas deficiências da sociedade em atender e aceitar suas necessidades específicas. Uma das grandes lutas das pessoas portadoras de deficiência física é justamente poder ser diferente, sem estar em desvantagem (ARAÚJO, 1997).

Através de estudo comparativo, Lys e Pernice (1995) verificaram que as pessoas em geral e os profissionais da reabilitação tinham atitudes menos positivas em relação a pessoas com deficiências. Em estudos realizados por Berrol (1984) e Brillhart, Jay e Wyers (1990), as pessoas portadoras de deficiência apresentaram significativamente atitudes mais positivas em relação a outras pessoas com a mesma situação e mais vontade de interagir com elas, do que pessoas não portadoras de deficiência.

Segundo Albrecht e Devlieger (1999), as atitudes das pessoas portadoras de deficiência estão intimamente ligadas à percepção sobre sua qualidade de vida, entendida como noção geral de bem-estar (*apud* RESENDE, 2001, p.24).

As condições de ser idoso e de ser portador de deficiência física³ comportam similaridades no domínio dos prejuízos à independência e ao envolvimento social, com reflexos sobre as crenças pessoais e as atitudes. Assim, é relevante saber em que medida adultos portadores de deficiência física são capazes de antecipar suas dificuldades na velhice, como se preparam pessoalmente para esta etapa da vida e como se vêem atualmente (RESENDE, 2001, p.2).

Em seu estudo, Resende (2004) investigou a relação existente entre indivíduos portadores de deficiência física e sua relação com a velhice e o próprio envelhecimento. Foi possível concluir que, os sujeitos portadores de deficiência física, apresentam mais atitudes positivas e neutras do que negativas em relação ao velho. Em relação à própria velhice, os indivíduos portadores de deficiência física apresentaram expectativas muito positivas, e mais positivas do que em relação ao idoso atual. As pessoas portadoras de deficiência física congênita se descreveram como autônomas e capazes de realização. Provavelmente essas

³ Termo tido como não preconceituoso e mais aceito pelos indivíduos que apresentam alguma deficiência. BERGER (1999, p.22) diz que as pessoas começaram a preferir os termos "Pessoa portadora de deficiência" e "Portador de deficiência" por considerarem que estes indicam que apenas uma parte do seu corpo está comprometida: eles portam a deficiência, mas não são a deficiência (RESENDE, 2001, p.2).

peças são bem adaptadas, já que convivem com a deficiência há pelo menos 24 anos (idade mínima dos participantes do estudo). Possivelmente desenvolveram mecanismos de seleção, otimização e compensação do *self*, segundo Baltes (1990), que lhes permite melhor adaptação bem como vislumbrar continuidade de suas condições atuais até a velhice.

Há um número crescente de pessoas com seqüela de AVC que são portadoras de deficiências físicas, algumas envelhecendo, outras em situação de extrema vulnerabilidade. Acreditamos que, se conhecermos o que elas pensam acerca da velhice e de seu próprio envelhecer, poderemos contribuir para sua preparação na direção de um envelhecimento saudável, com mais qualidade de vida.

Em suma, a relação entre auto-aceitação e adaptação à seqüela de AVC é tanto dependente do próprio indivíduo quanto de seu meio de socialização; o equilíbrio desta relação proporcionará uma melhor qualidade de vida desse indivíduo.

3.2 – Estudos Relacionados a Eventos que Propiciam Mudanças de Transição.

Na revisão de literatura encontramos algumas pesquisas relacionadas ao processo de transição e adaptação advindo de Acidente Vascular Cerebral (AVC), entre os quais podemos citar:

Rochette (2007), que descreve as mudanças no processo da adaptação nos primeiros seis meses pós-sequela de AVC. O autor identificou alguns domínios do processo de adaptação, a partir de pesquisa realizada com sujeitos do sexo masculino e suas esposas.

Encontramos a pesquisa de Marques et. col. (2006), que investigou as alterações ocorridas nos relacionamentos familiares pós AVC, de idosos atendidos em um hospital público de Ribeirão Preto – SP, e descobriu a necessidade de se trabalhar com os familiares, além dos próprios pacientes.

Rabelo (2006) que verificou os principais preditores de baixo bem-estar subjetivo entre idosos acometidos de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Ainda, podemos destacar os trabalhos de Pilkington (1999), com enfoque qualitativo onde procurou identificar a qualidade de vida após o AVC e o de Burton (2003), com um estudo acerca da vida após o Acidente Vascular Cerebral e os recursos de programas de reabilitação - sua investigação focou em seis pacientes que faziam parte de um programa de reabilitação no norte da Inglaterra.

Encontramos, relacionado ao evento de transição, o trabalho de Detsis (1994), que trata da transição em decorrência da aposentadoria, na percepção de professores recém-aposentados da Universidade Federal do Espírito Santo. Nesse estudo a autora utilizou o modelo de adaptação à transição elaborado por Schlossberg (1981), como referência para suas análises. Encontramos ainda outro trabalho relacionado à transição, e que também utilizou o modelo de Schlossberg, o realizado por Moreira, Rodrigues, e Manzolli (1996), sobre transições na idade adulta, segundo depoimento de mulheres que vivenciam essa fase.

Vimos ainda outros trabalhos que, embora não diretamente relacionados ao estudo que realizamos, indiretamente aborda temáticas relacionadas ao mesmo: a pesquisa de Freire (2001), sobre bem estar na fase adulta; o trabalho de Queros (2003), que diz respeito à bem estar psicológico e inteligência emocional, entre homens e mulheres inseridos na meia idade e na velhice; e o de Resende (2001), que aborda atitudes em relação ao idoso, à velhice, e ao adulto portador de deficiência física. Esses estudos nos auxiliaram a entender aspectos relacionados à qualidade de vida, por conseguinte, relacionados ao processo de adaptação de nossos sujeitos.

A revisão de literatura reforça nossa convicção da importância do estudo que realizamos, visto que, não obstante a grande ocorrência do Acidente Vascular Cerebral (AVC) em pessoas idosas, e que parece cada vez mais se manifestar em pessoas mais novas ou na meia idade, não encontramos nenhum trabalho que aplicasse o modelo de SCHLOSSBERG relacionado ao enfoque dado nesta pesquisa, ou seja, um enfoque de natureza psicológica e social.

3.3 - Considerações Gerais Relacionadas a Evento e Adaptação à Transição

Antes da apresentação do modelo que utilizamos como subsídio para nossas observações, necessário se faz o esclarecimento de certos conceitos implícitos ou relacionados à transição, que faremos a seguir. A transição, em geral, caracteriza um período ou processo de mudança, de um estado ou condição, para outro estado ou outra condição:

Os indivíduos vêm experimentando em suas vidas, mudanças contínuas, experiências e transições, que em muitas das vezes resultam em novas cadeias de relacionamento, novas condutas e percepções próprias (SCHLOSSBERG, 1981, p.1, trad. nossa).

O termo transição usado por Schlossberg (1981) significa não somente mudanças óbvias da vida, mas também mudanças sutis, como a perda de uma ascensão na carreira por exemplo.

Uma transição pode ser considerada um evento ou novo evento resultante de mudanças sobre si mesmo e o mundo, e deste modo requer uma mudança correspondente no comportamento e nas relações pessoais (SCHLOSSBERG, 1981, p.5, trad. nossa).

Brim e Ryff fazem distinção entre os eventos que têm uma alta probabilidade de ocorrerem na vida do indivíduo (casar, trabalhar, ter o primeiro filho, aposentar-se, dentre outros) e aqueles que são improváveis de acontecer, ocorrendo a poucas pessoas (exemplificando, herdar uma fortuna, ser condenado por um crime, ter a casa destruída por um terremoto ou por uma inundação).

A concepção de Schlossberg (1981) de transição foi baseada na teoria de Erich Lindemann (1965), que enfoca o período de transição como sendo um período de crises para o indivíduo. Schlossberg retêm em sua teoria a ênfase na definição de crise relacionada à necessidade de novos padrões de comportamento, como apresentada por Hill (1949), e segue a direção de Parkes (1971), não assumindo a conotação negativa relacionada ao termo crise. Para ela, as espécies de eventos que ocorrem na vida envolvem tanto ganhos quanto perdas (*apud* DEPS, 1994, p.6).

Moos e Tsu (1976) realizaram pesquisas acerca de transformações advindas dos períodos de crises. “Para eles a crise é um período relativamente curto de desequilíbrio, em que a pessoa tem que trabalhar novas maneiras de controlar um problema” (*apud* SHLOSSBERG, 1981, p.6, trad. nossa).

No lugar da crise Parkes (1971) propõe o termo transição psicossocial, o qual define como uma mudança que implica no abandono de um grupo de suposições, substituídas por outras, a fim de capacitar o indivíduo a lidar com mudanças em sua vida.

O termo transição é preferido também por outros autores. Para Levinson e seus associados (*apud* SCHLOSSBERG, p.8, 1981), transição desenvolvimental significa “o ponto de mudança ou limite entre dois períodos de maior estabilidade”.

Para Spierer (1977), “uma transição é qualquer mudança que tem conseqüências importantes para o comportamento humano” (SCHLOSSBERG, 1981, p.6, trad. nossa). Spierer (1977) discute também as causas e as conseqüências da transição. Para ele, as transições podem ser devido a fenômenos biológicos, sociológicos, ambientais, históricos, ou outros. Podem ter conseqüências que são evidentes agora ou são manifestadas em alguma data futura; podem ser evidentes aos amigos e à sociedade (exemplificando, ficar careca, se tornar rico, perder um trabalho) ou permanecer despercebida, embora ainda dramática, como perder uma aspiração de carreira; podem ser cumulativa, ou repentina, como é o caso de algumas doenças (SPIERER, 1977, p.6, *apud* SCHLOSSBERG, 1981, p.6, trad. nossa).

Weiss (1976) usa ambos os termos (crise e transição), mas os distingue, e adiciona um terceiro para descrever três tipos diferentes (ou três estágios diferentes) de situações estressantes: “Uma crise é uma situação severamente aflitiva, de duração limitada, a qual se finaliza pelo retorno a uma situação pré-existente” (SCHLOSSBERG, 1981, p.6, trad. nossa). Quando ocorre uma mudança na situação, o indivíduo se move para um estado de transição, período este marcado por mudanças nas relações interpessoais, e por outras mudanças pessoais, incluindo também as tentativas pessoais de superação das dificuldades. O final de um estado de transição é marcado geralmente por uma nova

organização de vida, estável, e por uma nova identidade estável, que se forem inadequados para o indivíduo, será descrito por ele como uma “situação de *deficit*” (DEPS, 1994, p.9).

Os adultos passam por transições continuamente, embora essas transições não ocorram em nenhuma ordem seqüencial; nem todos experienciam as várias transições de uma mesma forma (SCHLOSSBERG, 1981, p.2, trad. nossa).

O resultado de uma transição nem sempre é positivo, mas também nem sempre é negativo. Para Schlossberg (1981) uma transição tanto pode oferecer oportunidade para crescimento psicológico, quanto pode constituir-se em perigo relacionado à deteriorização psicológica, embora reconheça, conforme mencionado por Deps (1994, p.5), que freqüentemente os resultados de uma transição apresentem simultaneamente aspectos positivos e negativos para o indivíduo.

A respeito da adaptação à transição, Schlossberg (1981) faz as seguintes considerações:

- A adaptação à transição é um processo durante o qual o indivíduo deixa de estar completamente preocupado com a transição, para integrá-la dentro de sua vida. Cada espécie de transição pode ter seu próprio padrão a respeito da adaptação.
- A facilidade de adaptação à transição depende de nosso equilíbrio real ou percebido, de recursos para enfrentar *défects*, da transição em si, do ambiente de pré e pós-transição, e dos sentimentos de competência, bem-estar e saúde.
- A adaptação depende em parte do grau de similaridade ou diferença entre nossas auto-percepções e a percepção do ambiente. Depende especialmente da rede de suporte interpessoal e dos relacionamentos estabelecidos antes e depois da transição (SCHLOSSBERG, 1981, p.6, trad. nossa).

Para Schlossberg (1981), o que caracteriza um evento de transição, como é o caso da ocorrência de um Acidente Vascular Cerebral (AVC), é a mudança relacionada à auto-percepção e à percepção do mundo, com repercussão no comportamento do indivíduo.

Adaptação à transição é um processo durante o qual o indivíduo se move de um estado de preocupação com a transição, para a integração da transição em sua vida. “Lipman-Blumen em 1976 descrevem o movimento como sendo de

“penetrabilidade”, isto é, uma conscientização da transição permeia todas as atitudes e comportamentos da pessoa; o self é absolvido pela mudança” (SCHLOSSBERG, 1980, p.6). Na fase inicial de transição, a consciência se volta totalmente para o ocorrido, exemplificando: em ser um novo graduado, ou um (a) novo (a) viúvo (a), uma nova mãe, dentre outros. Subseqüentemente, a pessoa é consciente de ter ficado viúvo (a), de ser mãe, mas esta consciência é somente uma das dimensões de sua vida.

Segundo Dops (1994, p.6), Moss e Tsu em 1976, também apresentam padrões de adaptação à transição, mencionando duas fases: uma em que as energias do indivíduo são dirigidas para minimizar o impacto do estresse, e uma fase de reorganização, que consiste no enfrentamento e aceitação da nova realidade, bem como no retorno gradual ao funcionamento normal.

White (1976) delinea estratégias necessárias para mover-se para a adaptação: “informação adequada, manutenção de circunstâncias internas satisfatórias e continuidade de algum grau de autonomia” (*apud* SCHLOSSBERG, 1981, p.7, trad. nossa). White (1976) comenta ainda sobre a dimensão do tempo de adaptação: ele afirma que a habilidade do indivíduo para se adaptar não deveria ser julgada tomando por base observações de curto tempo: “estratégia não ocorre instantaneamente. Ela se desenvolve no decorrer do tempo e é progressivamente modificada no decorrer do mesmo” (*apud* SCHLOSSBERG, 1981, p.7 trad. nossa).

Fatores externos influenciam na adaptação do indivíduo, tornando o entendimento do período de transição à adaptação de grande complexidade. No processo de adaptação, vários fatores entram em jogo, conforme veremos: Interferem diferenças individuais na adaptação, dependentes das histórias pessoais de saúde e de doença, das condições educacionais, do apoio do ambiente familiar e social, e dos recursos econômicos que permitem o acesso a tecnologias que contribuam para a compensação dos déficits.

Pesquisadores têm apontado que o *self*, antecipando e respondendo às circunstâncias da vida, faz uso de estratégias de auto-regulação, aumentando assim a resiliência e ativando as suas capacidades de reserva para reorganizar-se

e ajustar-se às mudanças. Outra estratégia utilizada refere-se à mudança no conteúdo e na estrutura das metas.

Se metas desejáveis não puderem ser alcançadas em decorrência da própria trajetória da vida, das tarefas de desenvolvimento ligadas à idade, e das mudanças nas capacidades de reserva, seu conteúdo e sua estrutura podem ser alteradas, ou novas metas podem ser identificadas e postas em prática (*apud* FREIRE, 2001, p.24).

As crenças que o indivíduo detém sobre si mesmo e sobre suas relações com o mundo são um aspecto essencial da adaptação do *self*. Elas são formadas a partir da experiência direta e da interação social, e desempenham papel central nos esforços de auto-regulação, incluindo entre eles, as estratégias de seleção, de otimização e de compensação. A forma como o indivíduo se vê e se descreve, suas crenças sobre como é visto pelos outros, a similaridade que percebe entre o que é e o que acredita que os outros pensam dele, e o grau em que valoriza suas competências em comparação com os outros, são forças orientadoras para os esforços de adaptação. Condições especiais, como a deficiência física, e também o processo de envelhecimento, mobilizam as pessoas em direção ao ajustamento de suas auto-crenças e de sua auto-estima (BANDURA, 1986, *apud* RESENDE, 2001, p.1-2).

As crenças e atitudes, segundo Rokeach (1981), ajudam os indivíduos a definir e compreender o mundo e a si mesmos, a formar atitudes e a se posicionar diante das situações vividas no dia a dia. O convívio social e as regras do grupo têm influência sobre a construção e manutenção das crenças e atitudes e, assim, os indivíduos de uma mesma coorte ou geração, tendem a apresentar atitudes semelhantes frente às mesmas situações.

Este ponto de vista é confirmado por Bartal:

[...] crenças e atitudes incluem categorias tais como hipóteses, decisões, inferências, valores, intenções, ideologias, normas, e são afetadas pelas experiências vividas, pensadas, ou resultantes do contato com outras pessoas ou com suas produções (RESENDE, 2001, p.71).

“A literatura psicogerontológica encontrou relações entre crenças de auto-eficácia e a preservação do estilo e da qualidade de vida, em idosos até mesmo incapacitados fisicamente” (*apud* RESENDE, 2001, p.71).

Ressaltamos que, no caso dos nossos sujeitos, acreditarem que é possível ser eficaz na velhice, mesmo na presença de incapacidades físicas, é um preditor importante de envolvimento social, de auto-estima preservada, e de bem estar subjetivo.

O bem-estar subjetivo, a avaliação que o indivíduo faz da sua vida em geral ou de seus domínios, tendo por base seus próprios padrões, valores e crenças, é um componente importante da qualidade de vida e do envelhecimento satisfatório. Está associado à capacidade do indivíduo para adaptar-se às perdas ligadas ao processo de envelhecimento, para recuperar-se de eventos estressantes ao longo do curso de vida (*apud* RESENDE, 2001).

O envelhecimento satisfatório é o que todos almejam, e está relacionado a valores básicos como felicidade, esperança e sentido de vida. Os estudiosos referem-se a ele como processo que envolve um alto nível de saúde física e capacidade generalizada para responder com flexibilidade aos desafios biológicos, psicológicos, econômicos e sociais. É caracterizado por pouca ou nenhuma perda das funções em razão da idade. “[...] depende do equilíbrio entre limitações e potencialidades, o que permite ao indivíduo enfrentar as perdas inevitáveis da última fase da vida e da constante interação entre indivíduo e meio ambiente, a qual facilita sua adaptação às mudanças ocorridas em si próprias e no mundo que o cerca” (*apud* FREIRE, 2001, p.16).

Um aspecto importante da adaptabilidade é a capacidade de reserva, conceito extraído das concepções sobre o desenvolvimento infantil e ampliado para incluir a idade adulta e a velhice. Refere-se ao potencial de um indivíduo para mudança e crescimento e relaciona-se a uma das proposições fundamentais dentro da perspectiva *life-span* do desenvolvimento: a de que, ao longo de toda a extensão do ciclo da vida, o desenvolvimento compreende níveis aumentados, diminuídos e estáveis de funcionamento.

Os indivíduos têm uma capacidade de reserva e são capazes de uma plasticidade funcional durante todo o curso de vida. A idéia é de que esse

funcionamento resiliente é um potencial que continua possível na vida adulta e na velhice, em graus e formas variados (FREIRE, 2001, p.18).

Vemos assim, sem pretendermos esgotar o assunto, que a conceituação de transição e adaptação decorrente de eventos, tem chamado a atenção dos estudiosos do desenvolvimento, e implica em muitas variáveis, que Schlossberg teve a idéia de condensar num modelo que descreveremos na parte seguinte.

4 - O MODELO DE ADAPTAÇÃO À TRANSIÇÃO DE SCHLOSSBERG

O modelo de análise de adaptação à transição elaborado por Schlossberg apresenta variáveis que, segundo a autora, podem afetar o processo de transição, facilitando ou dificultando em sua adaptação. Recorremos a esse modelo para verificarmos como os sujeitos desta pesquisa estão experienciando a fase de transição, em decorrência do Acidente Vascular Cerebral (AVC). O modelo postula três categorias de maior influência para a adaptação:

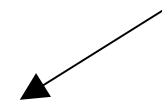
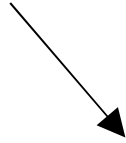
- As características da transição em si mesma;
- As características dos ambientes de pré e de pós-transição;
- As características do próprio indivíduo.

As categorias e subcategorias que integram o modelo foram elaboradas tomando como referência alguns resultados de pesquisa. Schlossberg (1981) reforça que é através dessas três categorias de eventos e suas interações, que se produzirá o resultado ou o fracasso de uma adaptação. Na opinião da autora, a transição em si não tem importância preliminar, mas sim como ela se relaciona com o indivíduo, e com sua situação particular no período da transição. Cada uma das categorias do modelo engloba variáveis diversas conforme apresentado a seguir.

MODELO PARA ANÁLISE DA ADAPTAÇÃO HUMANA À TRANSIÇÃO: SCHLOSSBERG, N. K. The Counseling Psychologist, 1981.

Transição
(Evento ou novo evento resultante em mudanças. Mudança nas relações sociais. Possibilidade de crescimento ou deterioração.)

CARACTERÍSTICAS DO PRÓPRIO INDIVÍDUO:	
- Sistema de intimidade	Competência psicossocial
- Suportes	Sexo e identificação do papel sexual
- Ambiente	Idade
- Fatores	Saúde
	Raça/Etnia
	Nível sócio-econômico
	Orientação de valor
	Experiência anterior com uma transição parecida.



ADAPTAÇÃO

Movimento ao longo de fases através da transição: do embebimento total da personalidade à reorganização.

Depende de:

- Equilíbrio entre os recursos e déficits do indivíduo;
- Diferenças entre os ambientes pré e pós transição;
- Reeabsorção das percepções e apoios do indivíduo.

Vejamos a seguir como Schlossberg (1981) conceitua e/ou justifica a inclusão das variáveis que compõe as três categorias de seu modelo.

4.1 – Variáveis Relacionadas às Características da Transição em Si Mesma:

Mudança de papel: ganhos e perdas:

Muitas, mas nem todas as transições, envolvem mudanças de papéis. Lowenthal, Thurnher e Chiriboga (1975) distinguem mudanças de crescimento ou ganhos de papéis (casar-se, tornar-se pai, realizar-se num trabalho, conseguir uma promoção no trabalho), e mudanças de perdas de papéis (divorciar-se, aposentar-se ou ficar viúvo para exemplificar). Similarmente, ao falarmos em transições que as famílias podem sofrer, Dyer (1976) faz uma distinção entre mudanças de ascensão (casamento, nascimento) e de desmembramento (divórcio, morte). Não obstante, se uma transição envolve ganhos ou perdas de papéis, algum grau de *stress* vai acompanhá-la (*apud* SCHLOSSBERG, 1981).

As perdas fazem parte do processo de vida, são bem democráticas na escolha de seus alvos, ignorando privilégios, beleza, *status*, riqueza, juventude; como a vida se expressa através de polaridades, as perdas são o lado oposto dos ganhos, e, assim, são inevitáveis, não podendo ser negadas, ignoradas ou subestimadas, como se fôssemos insensíveis, imunes ou inatingíveis (PEREIRA, 1996, p.73). O autor nos adverte ainda quanto às perdas:

[...] poderão resultar na necessidade de adaptação a um estilo de vida menos gratificante, se não forem vivenciadas adequadamente e se novas perspectivas de vida não puderem ser vislumbradas (PEREIRA, 1996, p.74).

Para Pereira (1996), as crises são sempre muito difíceis de serem vivenciadas, implicam ruptura de um equilíbrio, são geralmente dolorosas, porque povoadas de dúvidas, incertezas, medos, mas, por outro lado, podem dar origem a situações de vida mais profundas e favoráveis, a interesses mais amplos, os quais, certamente, poderão propiciar um modo mais gratificante e consciente de viver (Pereira, 1996, p.81).

Partindo desse pressuposto, há que se ressaltar que, se devidamente compreendida e vivenciada, a crise decorrente de uma doença, por exemplo, poderá resultar numa fase de vida que inclui também ganhos.

Emoções - positivas ou negativas:

Alguns tipos de mudanças como casamento e promoções podem gerar sentimentos de prazer. Outras mudanças como perda de trabalho e divórcio, podem ser acompanhadas de sentimentos dolorosos. As maiores das transições provavelmente têm ambos os efeitos, positivos e negativos. Por exemplo, Le Masters (1957) achava que o período do nascimento do primeiro filho freqüentemente constitui uma crise de saúde mental para a mãe; junto com o sentimento de alegria e satisfação, ela pode fisicamente estar exausta, ansiosa sobre suas responsabilidades, frustrada por perder sua liberdade, ressentida de seu marido por não compartilhar com suas obrigações, e, acima de tudo, sentir-se culpada por estar tendo um sentimento negativo. Semelhantemente, nenhum indivíduo pode ter sentimento antecipado em relação a uma mudança, por exemplo, ao se aposentar do emprego, não pode de antemão dizer que isso será apenas positivo, pois o evento pode causar sentimento de dor. Qualquer mudança – quer com efeito negativo ou positivo – envolve algum grau de *stress*.

Morse (1953) destaca a importância da atitude de expectativas, se referindo aos hábitos profissionais. Este autor demonstra que expectativas pessoais não satisfeitas podem gerar emoções negativas. Em sua opinião as expectativas de realização têm continuidade após o afastamento do trabalho, e fazem parte do processo de adaptação.

Fonte - interna ou externa:

Algumas mudanças acontecem como resultado de alguma decisão deliberada por parte do próprio indivíduo; outras são causadas por terceiros e/ou por circunstâncias diversas. Há uma hipótese de que o indivíduo adapta-se mais facilmente em transições de fonte interna ou decorrente de deliberação própria. Exemplificando, um trabalhador que se aposenta por causa de sua saúde ou por aposentadoria compulsória (obrigatória por idade), provavelmente vai considerar a

aposentadoria um período mais difícil e problemático do que um trabalhador que se aposentou voluntariamente.

Início - gradual ou súbito:

Muitas transições no decorrer da vida são esperadas, por conseguinte permitem ao indivíduo uma preparação prévia, e a mudança é gradual; essas transições são previsíveis, uma vez que resultam de decisões deliberadas. As transições cujo início é gradual são normalmente mais fáceis para o indivíduo se adaptar, porque ele pode se preparar antecipadamente (apud SCHLOSSBERG, 1981, p. 9), exemplificando, pessoas que antecedem a necessidade de uma mudança de residência em decorrência de uma promoção na carreira. O início de uma transição gradual é também freqüentemente caracterizado por *stress*.

As transições súbitas são advindas de eventos não esperados, e por sua vez, necessitam de um esforço maior do indivíduo para se adaptar.

Schlossberg (1981) referindo-se a Neugarten (1968, p.97) menciona que a socialização antecipatória – o processo de aprender obrigações, direitos, recursos, e perspectivas acerca de uma situação futura - pode ajudar a aliviar as dores de algumas transições; por exemplo, imaginando-se numa situação de depressão futura, ou conhecendo pessoas que já se encontram na situação em perspectiva, pode servir como modelo, e auxiliar a pessoa a “ensaiar” papéis futuros. Neugarten (1968) postula que este fato ajuda a explicar porque pessoas de 60 anos possuem mais facilidade de ajustamento do que pessoas de 30 anos; aos 60 anos as experiências vivenciadas podem ser consideradas como “ensaio” para um novo papel, enquanto que aos 30, a vivência é menor.

Obviamente, existe uma diferença entre os eventos que acontecem na vida e que tiveram início gradual ou súbito. Quando uma mudança ocorre de repente e não é esperada, nenhuma preparação ou ensaio é possível, conseqüentemente, torna-se mais difícil para o sujeito. A perda repentina de uma pessoa querida é um exemplo de transição súbita. O indivíduo tem mais dificuldade em aceitar o ocorrido, de se reorganizar, reagindo muitas vezes com apatia.

Duração – Permanente temporária ou incerta:

Outro fator ainda relacionado à facilidade ou à dificuldade de adaptação a novas mudanças é a sua duração. Uma mudança considerada permanente poderá ser percebida diferentemente de uma que é vista como temporária, exemplificando: um casal pode acolher alguém da família em sua casa se acreditar que isto será apenas por algum tempo, isto é, se lhe for assegurado que retornará à sua própria casa assim que a dificuldade de moradia se resolver. Uma transição que é dolorosa e desagradável pode ser mais facilmente aceita se o indivíduo se assegurar de que é de duração limitada, por pouco tempo. Reciprocamente, se a mudança é desejada, a certeza de que representa um estado mais ou menos permanente pode facilitar a transição.

Concordamos com Schlossberg (1981, p.381) no sentido de que talvez o maior grau de *stress* ou de efeito negativo relacionado aos eventos de transição esteja conectado à incerteza. Conforme coloca a autora, ter uma enfermidade cuja causa e prognóstico são incertos, pode ser mais estressante e instável para uma adaptação do que saber com certeza que tem uma doença terminal.

Grau de ansiedade:

“O grau de ansiedade ou de *stress* ao final da transição depende de como o indivíduo vivencia as características do modelo que descrevemos; não depende somente do evento em si, mas também dos *déficits* e dos recursos que as pessoas possuem” (SCHLOSSBERG, 1981, p. 9, trad. nossa).

4.2 – Variáveis Relacionadas às Características dos Ambientes de Pré e de Pós Transição:

Descreveremos a seguir as subcategorias que integram essa categoria do modelo de transição:

Sistemas internos de apoio (relações de intimidade, unidade da família, rede de amigos):

Pesquisas evidenciam que o suporte interpessoal é essencial para o sucesso na adaptação à transição. Exemplos são citados pela literatura especializada, confirmando que o apoio de uma ou mais pessoas em determinada situação, até numa situação extrema como na guerra, faz com que a tensão existente diminua, reduzindo casos de morte. Com a presença de outro, o sujeito não se sente tão isolado no seu processo de transição, e sua auto-estima pode ser reforçada.

Um estudo sobre trabalhadores de colarinho branco evidenciou que mudanças fisiológicas eram mais comuns naqueles que recebiam pouco suporte da família, dos amigos, e dos vizinhos ou supervisores em seus trabalhos (SCHLOSSBERG, 1981, trad. nossa).

O modelo que descrevemos especifica três diferentes tipos de sistemas de suporte interpessoal: (a) as relações íntimas; (b) a unidade da família; (c) a rede de amigos. Com respeito ao primeiro dos três tipos, Fiske e Weiss (1977) mantêm que as relações de intimidade – envolvendo confiança, suporte, compreensão e confiança – são um recurso facilitador em transição de natureza estressante.

A unidade da família tem sido muito citada em estudos, muitos dos quais tentaram definir as qualidades da família que contribuem para a habilidade de adaptação a uma crise, ou para auxiliar o processo de adaptação de um membro da família. Lipman-Blumen (1976) destacaram, dentre outras dimensões do sistema social, o nível de organização ou de desorganização da família, como o fator mais determinante para a adaptação de uma crise como o divórcio. A importância da unidade da família como suporte em tempos de transição encontra também respaldo em estudo realizado por Lowenthal e Chiriboga (1975, *apud* SCHLOSSBERG, 1981).

A rede de amigos é também considerada um suporte social de grande importância. Troll (1975) comentou que o divórcio tem sido um dos aspectos mais estressantes para a mulher, porque, freqüentemente, ela perde muito dos amigos que faziam parte do convívio do casal. Tal perda é mais provável se as pessoas do círculo de amizades estavam presentes nas ocupações comuns dos conjugues.

Em um desastre maior, os vizinhos oferecem suporte ou conforto mútuo. Esta solidariedade freqüentemente ajuda o indivíduo a passar o período mais difícil (Hill, 1965, *apud* SCHLOSSBERG, 1981, p.9). O apoio recebido dos amigos, filhos, parentes, vizinhos, ou mesmo de serviços sociais, muito facilita a adaptação.

Suportes institucionais:

Inclui nesta categoria organizações ocupacionais; instituições religiosas, políticas e sociais; ou suporte de grupos de outras comunidades.

Diferentes pessoas buscam variados tipos de suportes institucionais. Por exemplo, um estudo de CHIRIBOGA, COHO, STEIN e ROBERTS (1979) postulou que mulheres jovens tendem a buscar suportes em uma variedade de fontes, incluindo o clero, conselheiros e advogados, ao passo que os homens e as mulheres mais velhas, buscam suportes em um número mais limitado de fontes.

Ambiente físico:

A importância do ambiente físico (clima e tempo, local urbano ou rural, bairro, vizinhança e local de trabalho) pode ser facilmente observada. Esses fatores podem contribuir para o stress, sensação de bem-estar, perspectivas gerais e, desse modo, têm papel importante na adaptação à transição. Doxiadis tem proposto uma ciência decorrente da suposição de que o meio ambiente físico e social afeta o crescimento e desenvolvimento do indivíduo (*apud* SCHLOSSBERG, 1981, p.9).

A atenção de consideráveis pesquisas tem se voltado para novos tópicos, tais como “espaço pessoal”, “privação sensorial” e “lugares de alta densidade”, e destes estudos podem emergir fatores do ambiente físico que facilitam ou dificultam a adaptação. Schlossberg (1981) sugere que as dimensões mais importantes nesta categoria talvez sejam conforto, privacidade e estética.

4.3 - Variáveis Relacionadas às Características do Próprio Indivíduo:

A terceira maior determinante de adaptação à transição advém do próprio indivíduo. Alguns observadores atribuem às adaptações somente características individuais, entretanto este modelo tem uma perspectiva mais abrangente, visualizando as características pessoais em conjunto com as outras dimensões mencionadas (características da transição em si, e dos ambientes de pré e de pós transição). Vejamos as muitas características do próprio indivíduo consideradas no modelo:

Competência psicossocial:

Variações de personalidade e mecanismos de comportamento foram propostos para explicar o sucesso ou o fracasso do indivíduo em adaptar-se a uma transição. O modelo de Schlossberg focaliza o conceito de competência psicossocial proposto por Tyler (1978), a auto competência, que envolve: atitudes para consigo próprios ou pessoais; atitudes em relação ao mundo; e atitudes comportamentais.

As atitudes pessoais incluem uma avaliação do indivíduo favorável ao seu processo evolutivo, um *locus* interno de controle, que implica na convicção de que os acontecimentos têm relação com a ação do sujeito, e são também de sua responsabilidade. Pesquisas mostram que a auto-estima, ou um sentimento de valor pessoal, é importante para a sobrevivência em situações extremamente difíceis ou estressantes, como por exemplo, no caso de um confinamento em prisão (Dimsdale, 1976 *apud*, SCHLOSSBERG, 1981, p.11).

A habilidade para introspecção também é uma variável preditiva de sucesso de adaptação ao envelhecimento (LIEBERMAN, 1975, p.156). Este fato é confirmado num estudo com prisioneiros americanos, sujeitos a prisão solitária prolongada: os prisioneiros freqüentemente gastavam horas contemplando o que fizeram e no reconhecimento de que o carceramento lhes possibilitou sobreviver. Este tipo de contemplação freqüentemente resulta em mudanças fisiológicas positivas e nas atitudes da pessoa experimentando fracasso (TYLER, 1978, p.313, *apud* SCHLOSSBERG, 1981, p.13).

Nas atitudes para com o mundo, Tyler (1978) resgatou o otimismo ou a esperança como responsável pela competência psicossocial do homem. O

otimismo também foi considerado por outras pesquisas como fator chave para a adaptação (TYLER, 1978). Segundo Tyler (1978, *apud* Schlossberg, 1981), as mudanças que indicam “auto competência” estão relacionadas também à iniciativa pessoal, ao estabelecimento de metas e planejamento realístico, à paciência e esforço pessoal para alcançar metas, à capacidade de desfrutar de sucessos ou de experimentar o fracasso.

Outros elementos para o sucesso nas transições são mencionados por White (1976, *apud* Schlossberg, 1981) e são relacionados a informações adequadas sobre a mudança, e a condições internas satisfatórias para processar as informações. Lieberman, Lowenthal e seus associados (1975), reforçam que há evidências de que mecanismos particulares e características pessoais facilitam a adaptação, e essas características possam se relacionar ao estágio de vida em que a pessoa se encontra.

Segundo Schlossberg (1981), o conhecimento limitado, não permite fazer declarações conclusivas de que certas características pessoais ou certos mecanismos de proteção são facilitadores à adaptação pessoal; a autora reconhece também, que os efeitos das características pessoais no comportamento dependem do estágio de vida em que o indivíduo se encontra, e da situação particular da transição envolvida.

Sexo e identificação do papel sexual:

As relações entre sexo e adaptação são complexas; observações têm sugerido que, por causa da cultura, os homens são ensinados a esconder emoções e a negar problemas, ao passo que as mulheres têm maior liberdade para expressar seus sentimentos. Por conseguinte, os homens apresentam uma aparência mais favorável a respeito de saúde mental. Porém, as mulheres têm maior capacidade para intimidades e mutualidades, e isto pode lhes facilitar transições decorrentes de eventos. Não é um fato novo, tradicionalmente, ou num passado não muito distante, homens e mulheres enfrentaram as transições diferentemente: os homens em conexão com o trabalho, e as mulheres em conexão com a vida familiar.

Beeson e Lowenthal (1975, apud SCHLOSSBERG, 1981) mencionam que há um “foco pessoal” diferente para os sexos: os homens sofrem stress como resultado de eventos ocorridos em suas vidas, ao passo que as mulheres sofrem stress decorrentes do evento da vida de seus maridos ou de seus filhos (ou por membros de sua família). Além disso, um declínio na saúde do marido, pode ser tanto uma transição para esposa quanto para o próprio marido, provocando mudanças significativas em seus mundos. Acreditamos que os resultados de Beeson e Lowenthal são mais evidentes em contextos em que a mulher vive em dependência econômica do marido, ou sem ter uma carreira ou ocupação; hoje, com a ascensão profissional da mulher, além do marido e dos filhos, ela se preocupa também com seu desempenho profissional e com a repercussão disto em sua própria vida.

SCHLOSSBERG (1981) considera ser mais fácil falar de papel sexual do que do próprio sexo, em se tratando de adaptação à transição. Homens e mulheres são socializados para diferentes atitudes e comportamentos, e a maneira como internalizam estas normas pode influenciar significativamente suas habilidades de adaptação. Assim, a mulher que combina com o estereótipo feminino – dependente, passivo, impotente – pode achar-se em desvantagem na adaptação em situações que requerem dela independência e agressão. De modo geral as mulheres têm maior probabilidade de experimentar mudanças cuja fonte é externa, e a desenvolver sentimentos de impotência e até mesmo de depressão. Os homens, não acostumados com os sentimentos de impotência, podem sofrer conseqüências mais negativas quando, por exemplo, forem forçados a sair do emprego (aposentarem-se), ou a diminuir a velocidade de seu ritmo de trabalho devido a problemas de saúde. SCHLOSSBERG (1981), contudo, reconhece serem necessárias mais pesquisas para tais comprovações.

Idade:

A relação entre a idade e a habilidade para adaptar-se também impede uma discussão mais profunda. Muitos estudiosos como Spierer (1977, p.10, apud SCHLOSSBERG, 1981) concordam que a idade cronológica é relativamente sem importância, se comparada às idades biológica, psicológica (capacidade para

responder às pressões da sociedade), social (participação do indivíduo em papéis atribuídos pela sociedade) e funcional (capacidade de apresentar funções esperadas de acordo com a idade, que, por sua vez, depende de fatores sociais, biológicos, e de personalidade).

Outra complicação é que o processo de envelhecimento pessoal constitui-se de uma série de eventos que requerem adaptação por parte do indivíduo: mudanças biológicas e psicológicas, que ocorrem nesta fase da vida podem, por elas mesmas, serem consideradas como transição (o mais óbvio exemplo é a puberdade e a menopausa). Outro exemplo de como a idade pode afetar a reação a uma crise, vem do estudo com homens entre as idades de 37 e 67 anos: quando hospitalizados por ataque cardíaco, descobriu-se que a doença acentuou aspectos com os quais os homens de “meia idade” vêm lutando, isto é, a ansiedade sobre o envelhecimento, e a relutância sobre a substituição de uma atividade por um papel menos ativo (*apud* SCHLOSSBERG, 1981).

Estudos têm evidenciado que jovens estudantes se encontram em melhor forma psicológica do que seus pais na meia-idade, entretanto, pessoas mais velhas, com um maior número de atividades e de estilos de vida, podem, muitas vezes, apresentar melhor adaptatividade às mudanças e/ou transições (*apud* SCHLOSSBERG, 1981).

Estado de saúde:

O estado de saúde do indivíduo também pode constituir-se em motivo de transição, como ocorre com os sujeitos deste estudo. A doença, em alguns casos, pode possibilitar a recuperação rápida da pessoa e não deixar seqüela, apenas uma pequena mudança na percepção própria. Em outros casos a enfermidade pode ter efeitos psicológicos mais duradouros, ou tornar a realidade da morte mais evidente. Em outros ainda, mais silenciosos, a enfermidade pode chocar, levando a um declínio gradual dos recursos próprios, deste modo, afetando profundamente a habilidade do indivíduo em se adaptar. “Para Lieberman (1975) a capacidade física pode ser o fator mais importante, e talvez o de maior previsibilidade de adaptação à transição, pelo menos entre os idosos” (*apud* SCHLOSSBERG 1981, p.14).

Estudo realizado encontrou relação entre auto-avaliação de saúde e adaptação psicológica; mulheres que disseram ter poucos problemas de saúde tinham menor probabilidade de ter déficits psicológicos em comparação àquelas que se perceberam como tendo muitos ou um importante problema de saúde (apud SCHLOSSBERG, 1981, p.14).

A saúde tem um aspecto objetivo como também subjetivo: Shamas e seus associados (1968) compararam auto-avaliações de saúde com o grau presente de incapacidade e classificaram as pessoas, de acordo com suas percepções, em três categorias de saúde: “pessimista”, “otimista” e “real”. Pessoas com idade acima de 80 anos e do sexo feminino eram mais prováveis de cair na primeira categoria do que alguns homens na mesma faixa etária, embora alguns homens fossem menos otimistas em previsão à sua saúde após a aposentadoria (apud SCHLOSSBERG 1981).

No estudo de Heyman, Jeffers e Lipman (apud Lehr, 1988, p.240) destacam-se a importância de diversos fatores no processo de adaptação, dentre eles o estado de saúde e a atitude de expectativa.

Raça / Etnicidade.

Os efeitos étnico-raciais nos indivíduos advêm de suas experiências próprias, e as habilidades para adaptação provavelmente são mediadas por outros fatores, como os valores e normas culturais. Por exemplo, uma pessoa cuja etnicidade enfatiza o prolongamento da família através do casamento, necessitará de um suporte interpessoal maior quando ocorrer um divórcio, em comparação àquela pertencente a uma cultura em que o término do casamento é mais aceito. Uma experiência racial/étnica pode ser um fator isolado, que torna a adaptação mais difícil (SCHLOSSBERG, 1981, p.14).

Fator socioeconômico:

Os dados relacionados à adaptação a transição e a status sócio-econômico não são muito consistentes, talvez por causa das medidas diferentes de status sócio-econômico usado (renda, educação, ocupação, ou combinação dessas variáveis).

Hill (1965) assinala que diferenças no *status* sócio-econômico podem trazer diferenças para a quantidade de *stress* associada a diferentes transições. Assim, famílias de renda mais baixa podem se sentir mais desesperadas por dificuldades financeiras do que famílias de renda média, porque a família de classe baixa, por ser mais limitada em renda, pode também o ser em saúde, energia, espaço, e em idéias para enfrentar as crises (*apud* SCHLOSSBERG, 1981, p.14).

Em algumas situações, a falta de conhecimento e de habilidades, associados com o nível de consciência experienciado por pessoa de classe social baixa, pode ser um fator favorável. Em um estudo com pacientes hospitalizados por problemas de coronária, Rosen e Biring (1968) evidenciaram que, após o primeiro ataque cardíaco, os homens de baixo *status* socioeconômico em geral eram menos ansiosos sobre suas condições e mais calmos como pacientes do que os de nível socioeconômico mais alto. Os autores concluem que esses resultados eram consistentes com outros a respeito da influência de classes sociais diferentes.

Estudo realizado por Lipman (1961) constatou que a aposentadoria do esposo tem maior repercussão em crise conjugal, em se tratando de pessoas pertencentes às classes baixa e média, em comparação àquelas de elevado nível socioeconômico (*apud* SCHLOSSBERG, 1981, p.14).

Orientação de Valor:

Os valores e convicções do indivíduo também interferem em sua habilidade de adaptação à transição. Thurnher (1975) desenvolveu uma tipologia de valores apresentando sete categorias: (1) material-instrumental (relacionado à produtividade econômica e outras realizações, à condição social, e a tarefas domésticas); (2) expressões-interpessoais (corresponde à intimidade, amizade, sociabilidade); (3) filosófico-religioso (refere-se a preocupação com o significado da existência e aderência a um código ético); (4) serviço social (engloba ajuda a outros e prestação de serviços comunitários); (5) felicidade e satisfação (inclui conforto simples, segurança e relaxamento); (6) hedonismo (diz respeito a satisfação sensual, à vontade de desfrutar da vida totalmente); (7) crescimento pessoal (auto-aceitação). Segundo Thurnher (1975, p.184, *apud* SCHLOSSBERG,

1981, p.15) os valores podem ser valiosos ou disfuncionais, “dependendo da facilidade com que podem ser traduzidos em metas e conhecimentos em busca de sucesso”. Por outro lado, um sistema de valor que contribui para a adaptação em um estágio da vida, pode ser disfuncional em outro; assim, pessoas em diferentes estágios ou situações de vida tendem a enfatizar diferentes valores.

Para Thurnher (1975) a convicção religiosa é um exemplo de orientação de valor que, muitas vezes, é utilizada para sustentar o sofrimento das pessoas. Algumas mulheres, com altos valores religiosos, apresentaram baixa satisfação na vida, sugerindo que práticas religiosas podem decorrer da busca de consolo. Por outro lado, em estágios mais adiantados da vida, foi evidenciado que o envolvimento em religiões, ou a maior religiosidade, ou ainda a maior participação em atos religiosos, estava diretamente relacionado à consciência da maior proximidade com a morte.

Experiência anterior com uma transição parecida:

Pesquisadores concordam que o indivíduo que teve sucesso com uma transição no passado, provavelmente terá sucesso se for submetido a nova transição de natureza similar. Correlativamente, a pessoa que foi derrotada por uma situação, pode se tornar mais vulnerável, e menos capaz de enfrentar o futuro. Alguns tipos de perdas parecem ter efeitos negativos mais duradouros. Lowenthal e Chiriboga (1975) constataram que um quarto dos sujeitos de sua amostra tinha sofrido perdas na primeira infância, decorrente da morte ou divórcio dos pais, e a metade desse grupo, embora ligeiramente estressada, se preocupava muito com o stress. Indubitavelmente, algumas experiências são tão horripilantes que algumas pessoas podem ficar com seqüelas permanentes.

A descrição das variáveis que integram o modelo de Schlossberg contribuiu para o entendimento, análise e descrição feita posteriormente e que se encontra relacionada ao processo de adaptação à transição dos sujeitos desse estudo.

5 - O PROBLEMA

5.1 – A Questão Propriamente Dita:

Através deste estudo objetivamos responder à seguinte questão:

Como se processa a experiência de transição a novas condições de vida, de homens adultos (na meia idade e na velhice) acometidos de Acidente Vascular Cerebral (AVC), atendidos pelo setor de reabilitação de um hospital público de Campos dos Goytacazes? Em outras palavras, há diferença nessa etapa de transição decorrente da doença, em se tratando de homens que se encontram na fase denominada pela literatura especializada “meia idade” e na denominada “velhice”, de acordo com o modelo de adaptação à transição elaborado por Schlossberg?

5.2 – Definição de Termos:

Retomamos nesta parte alguns conceitos chaves deste estudo, que, apesar de abordados na revisão de literatura, julgamos oportuno retomar, por estarem contidos na questão problema:

Acidente Vascular Cerebral (AVC): popularmente conhecido por derrame cerebral, é caracterizado por um déficit neurológico, advindo de um bloqueio (trombose) ou ruptura (hemorragia) de um ou mais vasos sanguíneos. Trata-se de uma doença de ocorrência súbita, e que pode ocasionar diferentes níveis de seqüelas.

Etapa de transição: diz respeito a mudanças na percepção sobre si mesmo e sobre o mundo decorrente da ocorrência de algum evento, resultando em mudança no comportamento e nas relações pessoais do indivíduo (Schlossberg, 1981, p.5).

Adaptação à transição: é um processo durante o qual o indivíduo deixa de estar completamente preocupado com a transição em si decorrente de algum evento, para integrá-la dentro de sua vida.

Meia idade: fase intermediária entre o adulto jovem e a velhice. Conforme já mencionado, “meia idade” se refere aos sujeitos com idade entre quarenta (40) e cinquenta e três (53) anos.

Velhice: última etapa da vida. Também como já mencionado, refere-se aos homens encontrados que tinham idade entre sessenta e quatro (64) e setenta e sete (77) anos.

5.3 – Hipóteses:

Levantamos para verificação as seguintes hipóteses:

- O processo de adaptação à transição desses sujeitos, em geral não é satisfatório, em decorrência do tipo de seqüela ocasionado pela doença, que limita suas qualidade de vida, não obstante o apoio que possam estar recebendo do ambiente em que vivem.
- Por ser a doença um evento mais esperado em idade avançada, as pessoas idosas vivenciam de forma mais satisfatória a etapa de transição a novas condições de vida, em comparação aos adultos que se encontram na meia idade.

6 – METODOLOGIA

6.1 – LOCAL DE OBSERVAÇÃO DOS SUJEITOS

Faremos uma breve descrição do hospital que nos facilitou acesso aos sujeitos, e que nos disponibilizou local para realizar as entrevistas.

Escolhemos um hospital público localizado na região Sudeste, numa cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro, considerado por profissionais da saúde como o mais importante da região.

Ele foi escolhido por ser aquele que atende ao maior número de pacientes acometidos de AVC na região, conseqüentemente, isto facilitaria o acesso aos sujeitos. O atendimento neste hospital é referência na região pela qualidade de seu atendimento e por sua organização, e esta organização também facilitou o trabalho de acesso aos prontuários dos pacientes, objetivando a identificação e seleção dos mesmos. Ressaltamos que o objetivo do estudo não foi observar o hospital em si, nem sua forma de tratamento aos sujeitos que o freqüentam; entretanto, uma vez que os pacientes são atendidos por esta instituição, de certa forma ela também interfere em seu processo de readaptação, seja facilitando-o ou dificultando-o. Por isso, julgamos oportuna uma descrição sucinta dos recursos existentes no local, o que faremos a seguir.

Trata-se de um hospital novo, visto que tem apenas quatro anos de funcionamento, e que atende predominantemente a indivíduos de baixa renda, conveniados pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

A complexidade do processo de reabilitação surge na medida em que reabilitar não se limita a funções corporais, mas também, emocionais, familiares e sócio-econômicas o que exige uma equipe de atendimento multidisciplinar.

A equipe que integra o trabalho de reabilitação desse hospital é constituída por profissionais de nível superior e técnico das seguintes áreas: Fisioterapia (35 sujeitos), Fonoaudiologia (8 sujeitos), Psicologia (7 sujeitos), Musicoterapia (3

sujeitos), Serviço Social (3 sujeitos), Terapia Ocupacional (5 sujeitos), Auxiliar de enfermagem (2 sujeitos).

Observamos ainda que o setor de Fisioterapia seja subdividido de acordo com suas especialidades, quais sejam: Fisioterapia Respiratória, Fisioterapia Neurológica, Fisioterapia Ortopédica e Reumatológica, Fisioterapia Pediátrica. O paciente acometido de AVC é atendido pelos serviços do setor de reabilitação de acordo com suas necessidades..

Há, ainda, o atendimento médico ambulatorial no hospital que, à medida das necessidades, presta assistência aos pacientes atendidos pelo setor de reabilitação.

Ressaltamos a existência do atendimento de Musicoterapia, uma vez que não é um tipo de serviço comum na maioria dos hospitais públicos. Evidenciou-se para nós, também, a existência de um grupo de memória, que trabalha com pacientes acometidos de AVC, com o propósito de desenvolver atividades, objetivando a estimulação da memória.

O tratamento da saúde deve ser global e visualizar o paciente como um todo, indivisível. Vimos assim que, em princípio, o paciente acometido de AVC dispõe de uma equipe completa, multidisciplinar, para suas necessidades.

Por ser um hospital novo, os recursos materiais ou aparelhagem estão em perfeito estado de funcionamento. Num primeiro momento, tem-se a impressão de que o ambiente é facilitador à recuperação do paciente. O hospital possui um convênio com a prefeitura, tendo por objetivo o transporte gratuito dos pacientes de suas respectivas residências até o hospital. Entretanto esse serviço não tem atendido satisfatoriamente aos pacientes, interferindo, até certo ponto, em seus processos de recuperação, como será descrito posteriormente.

6.2 - OS SUJEITOS DA PESQUISA

Os critérios de escolha indicam a seleção de dez pessoas do sexo masculino: cinco com idade entre 40 e 53 anos, ou no período denominado “meia idade” pela literatura especializada (KIMMEL, 1980; PAPILA & OLDS, 2000), e cinco na faixa

entre 64 e 77 anos, período esse denominado “terceira idade” ou “velhice”, todos portadores de seqüela de Acidente Vascular Cerebral (AVC). O processo de seleção ocorreu da seguinte forma:

Inicialmente fomos atendidos pela direção do Hospital, que tornou disponível os arquivos com os dados dos pacientes (prontuários). Procuramos selecionar aquelas pessoas que se encontravam em tratamento de reabilitação em Fisioterapia decorrente de AVC. A etapa seguinte constou em identificar, entre os pacientes acometidos de AVC, aqueles que se encontrava em condição de entrevista. Identificamos 90 (noventa) sujeitos com seqüela de AVC, sendo 52 (cinquenta e dois) do sexo masculino e 38 (trinta e oito) do sexo feminino (apêndices I e II). Entretanto, o número de sujeitos tornou-se significativamente reduzido, a partir do momento em que estabelecemos outros critérios para a seleção dos mesmos, conforme passaremos a descrever:

O tempo de seqüela das pessoas variava de um mês a mais de um ano, assim como variava o tempo em que se encontrava em tratamento. Constatou-se que pessoas com o mesmo tempo de seqüela freqüentemente apresentavam tempo diferente de tratamento. Consideramos o tempo de seqüela, em comparação ao tempo de tratamento, mais significativo para a adaptação a novas condições de vida, e assim adotamos como critério de seleção dos sujeitos o tempo de seqüela (de um a seis meses) independentemente do tempo de tratamento.

Por outro lado, a adaptação à transição, segundo a literatura especializada, pode ser dividida em duas fases, conforme a citação seguinte:

[...] uma fase aguda na qual a energia é dirigida para minimizar o impacto do estresse, e uma fase de reorganização na qual a nova realidade é enfrentada e aceita. No período agudo os sentimentos podem ser negados enquanto a atenção é dirigida para situações de natureza prática... A fase de reorganização envolve o retorno gradual ao funcionamento normal (*apud* SCHLOSSBERG, 1981, p. 14-15).

Não encontramos na literatura especializada nenhuma referência no que diz respeito ao tempo de duração de cada fase (aguda e de reorganização), entretanto, tomando por base nossa atuação em fisioterapia, consideramos fase

aguda o período de até três meses após a manifestação da seqüela, e fase de reorganização, aquela situada entre três e seis meses após a manifestação do AVC. Naturalmente, esses critérios não são rígidos, uma vez que as pessoas apresentam diferenças individuais.

Adotamos como critério de escolha sujeitos acometidos pela doença em sua fase de adaptação, independentemente de se encontrarem na fase aguda ou já na fase de reorganização. Pretendíamos fazer separação entre os dois grupos, mas o número reduzido de participantes nos levou a optar pelos dois grupos conjuntamente, bem como a ignorar o tempo de tratamento a que estão submetidos.

Uma vez que nosso objetivo é analisar a adaptação à transição relacionada à etapa de desenvolvimento em que os sujeitos se encontram, a escolha dos cinco sujeitos de cada grupo partiu das extremidades, ou seja, foram escolhidos do grupo total os cinco mais jovens e os cinco mais velhos de acordo com os critérios estabelecidos, eliminando, assim, aqueles com idade próxima a 60 (sessenta) anos. Esse procedimento possibilitou escolher grupos mais distanciados em idade, o que é benéfico se atentarmos para a natureza deste estudo, que pretende também verificar se a faixa etária é critério diferenciador na percepção de adaptação à transição a novas condições de vida desses sujeitos.

A partir dos critérios estabelecidos (limitar a participação dos sujeitos acometidos de AVC por um período máximo de seis meses; incluir somente aqueles em condições de entrevista; observar grupos diferenciados de acordo com a etapa de desenvolvimento em que se encontram; incluir o mesmo número de sujeitos em cada etapa do desenvolvimento, ou seja, na meia idade e na velhice), o número de sujeitos a serem observados, foi substancialmente reduzido, assim como eliminamos a possibilidade de inclusão de mulheres no estudo. Entretanto, não obstante a redução de participantes do estudo em decorrência dos critérios adotados, a observância de tais critérios trouxe o benefício de maior homogeneidade interna da amostra, condição necessária à comparação entre os grupos.

O grupo selecionado apresenta as seguintes características:

Em sua maioria são de cor branca (cinco pessoas); da cor parda constatamos quatro indivíduos, e da cor negra uma pessoa. O grupo é constituído também predominantemente por pessoas casadas (oito indivíduos); somente um dos sujeitos é viúvo, e outro divorciado. A maioria (seis pessoas) reside com a mulher e com os filhos; os demais residem somente com a mulher (duas pessoas), ou somente com os filhos (uma pessoa), ou ainda com a mãe e irmã (um indivíduo). Somente um dos entrevistados teve sua constelação familiar modificada recentemente em decorrência da separação; os demais convivem há mais de trinta anos com a mesma família. Vê-se assim que, de modo geral, as uniões são estáveis, e os pesquisados unanimemente responderam que têm recebido apoio da família em decorrência da doença, não obstante as relações com os membros da família nem sempre sejam satisfatórias. Todos mencionaram ter uma religião, e a maioria é católica (sete pessoas); os demais são evangélicos (duas pessoas) ou espírita (uma pessoa). Apresentam baixo nível de escolaridade; nenhum chegou a concluir o ensino fundamental, e a maioria cursou somente até a quarta série (seis pessoas), alguns não concluíram nem a quarta série deste grau de ensino (duas pessoas), e os que apresentaram maior nível de escolaridade, não chegaram a concluir o ensino fundamental (duas pessoas). As atividades profissionais que desempenhavam eram: motorista de ônibus ou de caminhão, operário de obras, marceneiro, lavrador, e comerciante (apêndice III).

Além da entrevista aos sujeitos, entrevistamos um membro da família de cada entrevistado, aquele de seu maior convívio e que o acompanha no tratamento fisioterápico. O motivo das entrevistas com a família foi obter informações relacionadas a duas variáveis presentes no modelo de Schlossberg (1981) e que nos pareceu mais apropriado perguntar diretamente à família; essas variáveis dizem respeito à fonte desencadeadora da doença (se de natureza externa ou interna) e à manifestação da doença (se súbita ou recorrente).

6.3 - RECURSOS DE OBSERVAÇÃO UTILIZADOS

Em se tratando de pessoas com seqüela de AVC, nem todas apresentam facilidade de escrita em decorrência da própria seqüela, por isto utilizamos para a coleta de dados os seguintes recursos: a) formulário, em que o próprio pesquisador preencheu as respostas do entrevistado; b) entrevistas com perguntas abertas ao sujeito e à sua família.

Apresentamos ao final o formulário elaborado (apêndice IV), o roteiro de entrevista com os sujeitos (apêndice V), bem como o roteiro de entrevista com a família (apêndice VI). O roteiro de entrevista aos sujeitos procurou contemplar as variáveis que integram o modelo de Schlossberg (apêndice VII).

Antes da realização das entrevistas, o roteiro da mesma e o formulário aplicado foram avaliados pelos professores que integraram a comissão de avaliação do projeto. Nenhuma dificuldade de compreensão pelos entrevistados, relacionada às perguntas formuladas, foi constatada durante o processo de coleta de dados.

6.4 - PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados teve início logo após a aprovação do projeto de pesquisa. Inicialmente, foram entrevistados os sujeitos e posteriormente o familiar ou responsável pelo mesmo, sendo que, na maioria das vezes, estas duas entrevistas foram feitas no mesmo dia, uma seguida da outra. Embora sabendo da dificuldade maior da transcrição de duas entrevistas consecutivas, optamos por assim fazer porque a dificuldade de encontrar os acompanhantes e até mesmo os pacientes nos seus dias de atendimento era grande. Primeiramente procuramos entrevistar os indivíduos “idosos”, e posteriormente os sujeitos de “meia idade”.

Antes do início da entrevista, procuramos assegurar a disponibilidade dos sujeitos em participar do estudo, isto é, buscamos a confirmação de seu interesse em participar, bem como as condições de saúde em que se encontravam para serem entrevistados, não obstante anteriormente ter sido feito este levantamento.

Antes do início da entrevista foi dada uma rápida informação do seu propósito, ou seja, mencionamos aos sujeitos e seus acompanhantes, que se tratava de uma pesquisa com a finalidade de aprender com eles como é vivenciada a experiência de ter passado por um AVC. Foi garantido o absoluto sigilo de suas informações e a preservação de suas identidades.

As entrevistas foram gravadas e não ultrapassaram o tempo de uma hora. Procuramos respeitar o limite de cada sujeito, e mesmo assim, foi possível efetuarmos a entrevista com o sujeito, e a aplicação do formulário. Aproveitamos o tempo em que o sujeito estava em tratamento fisioterápico para entrevistarmos o familiar.

O hospital nos disponibilizou uma sala para as entrevistas individuais. Quando a mesma era utilizada por algum outro serviço de reabilitação, realizamos em outra sala e, até mesmo, num banco localizado em área isolada.

6.5 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas gravadas foram transcritas para o computador no mesmo dia. Posteriormente, fizemos a análise de conteúdo: os dados foram organizados em categorias e subcategorias de acordo com as variáveis que compõem o modelo de adaptação à transição de Schlossberg. Esclarecemos que o roteiro de entrevistas foi elaborado de modo a contemplar essas variáveis, desse modo, trabalhamos com categorias pré-estabelecidas.

Conforme descrito anteriormente, esse estudo objetiva verificar como homens que se encontram na meia idade e na velhice, acometidos de derrame cerebral (AVC), estão vivenciando o processo de transição à adaptação a novas condições de vida. Relembramos que, segundo a literatura especializada SCHLOSSBERG (1981), essa adaptação depende da forma como os sujeitos vivenciam a etapa de transição, do suporte ou apoio que recebem da família ou do ambiente em que vivem, bem como de seus recursos internos. Nossa análise referente à adaptação desses sujeitos, se baseou no modelo elaborado por

Schlossberg (1981), composto por categorias de variáveis e suas respectivas subcategorias.

Analisamos inicialmente cada uma dessas variáveis que integram as respectivas categorias e, posteriormente, fizemos uma análise geral da forma como esses indivíduos vivenciam esse processo de transição decorrente da doença que lhes acometeu. Nossa análise se relaciona ao grupo como um todo, e também analisamos os sujeitos das duas faixas etárias, separadamente.

As variáveis que integram o modelo foram examinadas tomando por base as perguntas do formulário e do roteiro de entrevista, de acordo com o esquema em anexo (apêndice VII).

7- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Vejamos inicialmente a análise das variáveis que integram **as características da transição em si**.

Todo evento de transição implica numa mudança de papéis ou no desempenho do indivíduo em diversas áreas de sua vida. No caso específico desses indivíduos, vivenciam uma situação de doença que, embora de aparência difícil, poderá ser facilitada ou não, dependendo, dentre outros, da forma como encaram a situação. Desse modo, a mudança de papéis implica na própria percepção a respeito dos ganhos e das perdas que a doença possa lhes ter ocasionado.

Perguntando aos sujeitos mais jovens a respeito de suas percepções da doença, ou seja, se dela resultou algo positivo, as respostas foram diferenciadas: duas pessoas nada percebem de positivo, duas têm posição intermediária, e uma mencionou ver consequência positiva. Vejamos a seguir os depoimentos dos sujeitos. Iniciaremos transcrevendo a fala daqueles que não percebem nenhum ganho:

Não ganhei nada. Só ganhei dor, só tive prejuízo. Acabou minha liberdade. (sujeito 1)

Não ganhei nada não né, eu perdi meu trabalho, se não fosse pela minha mãe eu nem sei onde ia mora, ia sê difícil, ela faz tudo pra mim, graças a Deus. (sujeito 4)

Percebemos nessas falas alusão à perda da liberdade, do trabalho, da autonomia. Outras pessoas do grupo dessa faixa etária apresentam fala ambígua ou intermediária:

Eu não ganhei nada não... Mais as vezes eles dão mais atenção pra mim...porque antes era uma correria só. (sujeito 2)

Num sei nem explica a você, porque...a coisa foi tão rápida e a recuperação também foi, então eu não posso me, como diz os zotro, queixar e reclamar não, eu só tenho a agradecer a Deus...Porque quando Deus qué...num tá na vontade da gente...tá na vontade de Deus ...tudo que Deus qué pra mim tá bom...não é Deus qué uma coisa e eu quero outra não...Pra mim o que Deus qué tá bom...Num reclamo da vida não. (sujeito 5)

Observamos que o depoimento da última pessoa revela submissão à vontade de Deus e ao que parece não uma aceitação própria. Além disso, durante a entrevista, o sujeito se emocionou ao responder a pergunta. Esse indivíduo mencionou freqüentar a Igreja como atividade de lazer. A fala do sujeito anterior à última menção parece dividida: ao mesmo tempo em que menciona não perceber ganho, demonstra uma compensação advinda da doença: a maior atenção dos familiares. Outra pessoa também menciona como ganho a atenção maior que vem recebendo após a doença:

Senti afinidades de amigos que antes não tinha. É preciso passar certas coisas pra ver que a vida não é...fácil, e que temos que dar valor...tem outros pontos diferentes. (sujeito 3)

No geral a fala desse grupo que se encontra na meia idade parece revelar mais uma percepção de perdas do que de ganhos.

Comparando as respostas desses sujeitos com as daqueles que se encontram na 3ª idade, referente à pergunta sobre o que resultou de positivo ou de ganho com a doença, constatamos, no segundo grupo, mais menção de ganhos, no sentido de uma maior aproximação com Deus, conforme depoimentos seguintes:

Agora eu penso diferente de antes. Não era muito de rezar e hoje eu vejo como é bom ter saúde. Foi preciso eu ficar doente para poder ver isto. (sujeito2)

Eu ganhei mais fé em Deus. Um dia você está bem, fazendo tudo direitinho, no outro está numa cama, mas se Deus colocou isto, é porque tinha de ser. (sujeito 4)

No grupo de pessoas na 3ª idade percebemos que as respostas à pergunta enfatizam mais o aspecto religioso como ganho decorrente da doença, enquanto no grupo de pessoas na meia idade ocorreu maior ênfase à atenção dos familiares em decorrência da doença, o que não foi mencionado pelo grupo de pessoas mais idosas.

Apesar do grupo como um todo ter uma religião, e a maioria dos sujeitos mais velhos ter mencionado mais do os mais novos a religião ou o voltar-se para Deus como ganho resultante da experiência com a doença, a religiosidade parece mais presente no grupo dos mais jovens, ao contrário da literatura especializada, que menciona maior religiosidade nas pessoas da 3ª idade (NERI, 2001). Possivelmente a evidência da morte tenha afetado mais a esse grupo, que por ser mais jovem anteriormente à doença, a encarasse mais distante. Conforme reconhece a literatura especializada, há relação entre sofrimento e sentimento de finitude e religiosidade (Thurnher, 1995).

Em resposta à pergunta sobre o que resultou de negativo ou de perdas em decorrência da doença, o aspecto mais enfatizado pelos homens mais jovens foi a perda do trabalho e do convívio social, bem como a perda da capacidade física, conseqüentemente o ter de ficar em casa. O grupo dos homens mais velhos enfatizou como perda maior o ficar na dependência dos outros, por conseguinte, a perda da liberdade ou da autonomia. Vejamos alguns depoimentos das pessoas mais velhas:

Eu perdi minha liberdade, isso mesmo, minha liberdade, antes eu saía e voltava na hora que queria e agora tenho que pedir para alguém me levar, e eu não gosto de ficar incomodando muito as pessoas não, aí acabo ficando aqui em casa. (sujeito 2)

Ah perdi o, ... uma porção de coisa de liberdade, num perdi a liberdade totalmente, mais dependendo dos outros, é só o que me causa um constrangimento é esse depender dos outros pra andar, tomar banho, sentar, sair de uma cadeira...essas coisas... (sujeito 1)

Possivelmente, esse grupo não mencionou a ruptura do trabalho como o grupo anterior, porque, em sua quase totalidade, já estavam aposentados.

Ressaltamos que, em pesquisa realizada por Deps (*In: NERI, 1993, p.191*), pessoas em asilo mencionaram a falta do trabalho como o fator que lhes causava maior insatisfação pessoal. Alguns estudiosos da área, afirmam que a maior repercussão negativa na adaptação dos homens decorre do afastamento do trabalho (Robson e Lowenthal, *apud Schlossberg, 1981, p.13*). Vimos, assim, o quanto a atividade profissional é importante para a realização do indivíduo.

Chamamos atenção para o fato de que as pessoas mais jovens, que mencionaram o afastamento do trabalho como a perda mais significativa em decorrência da doença, por não terem hoje perspectiva profissional, podem também estar enfrentando mais dificuldade em sua transição, em comparação ao grupo de pessoas idosas que já estavam afastadas do trabalho. Os sujeitos mais novos encontram-se numa fase da vida que se caracteriza por maiores realizações profissionais, por transmissão às gerações mais novas da experiência profissional que Erickson (1976) denomina generatividade. Uma vez que as pessoas idosas já se encontravam aposentadas quando acometidas pela doença, no aspecto referente ao trabalho apresentam diferencial importante em comparação ao grupo mais jovem, ou emoções menos negativas.

A quase totalidade do grupo, tanto o das pessoas mais novas quanto o das mais velhas, percebe que a doença lhes trouxe mais perdas do que ganhos; apenas um indivíduo do grupo dos mais novos respondeu que não percebe ganhos nem perdas em decorrência da doença, e outro do grupo dos mais velhos não entendeu a pergunta. Não podemos deixar de reconhecer que a doença a que foram acometidos limitou muito suas vidas, repercutindo na qualidade das mesmas, entretanto, há que se considerar também que o baixo nível de escolaridade desses sujeitos de certa forma também interfere desfavoravelmente em alternativas de ocupação, tornando-as mais limitadas.

Solicitando que falassem sobre suas experiências com a doença, a maioria, independentemente da idade, mencionou estar vivendo uma experiência traumática, a sensação de uma maior proximidade com a morte, entretanto, à medida que o tempo vai passando, começam a vislumbrar indícios de

recuperação, a se sentirem melhor e mais confiantes. Alguns mencionaram como aspecto facilitador desse processo o tratamento fisioterápico, outros o apoio da família, e outros a fé em Deus. Nas falas de alguns, fica evidente o poder terapêutico do grupo, isto é, o fato de encontrarem outras pessoas com a mesma problemática quando vão à fisioterapia, o sentimento de compartilhamento, tem contribuído para a maior auto-aceitação desses sujeitos. Vejamos alguns depoimentos:

Minha experiência é a pior possível, no início eu só pensava em morrer... Depois foi melhorando com a Fisioterapia, aí saiu os pensamentos ruins da minha cabeça, aí é que eu passei a acreditar em Deus. (sujeito 1, grupo meia idade)

Agora que eu to vivendo mais, que to freqüentando a fisioterapia e as outras pessoas que tão fazendo também, umas piores e outras melhores, a gente vê que tem que aceitar aquilo que Deus dá. (sujeito 1, grupo velhos)

As falas de alguns idosos parece revelar que já tinham certa expectativa de doença em decorrência da idade avançada, embora alguns preferissem a morte à doença:

Eu estou aceitando o derrame como todos aceitam, porque eu tenho 75 anos de vida e tenho visto muitas coisas na vida ... (sujeito 1)

Eu não gosto de ficar assim não, mesmo já estando velho e na hora de morrer né.... Eu preferiria morrer do que ficar sem andar... (sujeito 2)

Conforme relata SCHLOSSBERG (1981), os eventos esperados são de certa forma mais fáceis de serem aceitos, embora os depoimentos demonstrem que a situação em que se encontram lhes causa tanto sofrimento que alguns prefeririam ter morrido.

Perguntando como pensam que as pessoas os vêem após o derrame, a maioria das respostas em ambos os grupos tendeu a ser negativa, isto é,

percebem que inspiram compaixão nas pessoas, e essa sensação foi maior logo após a ocorrência da doença:

É diferente né. Eles parecem que tem pena, mais eu já acostumei com isso, na rua também quando vou na igreja tem gente que olha assim né...assim...é...você sabe né...diferente. Ah, todo mundo já ta acostumado comigo assim, mas no início né, depois que eu saí do hospital, quando nem falava direito, as pessoas me olhavam com pena, porque eu estava entevado na cama, hoje é melhó ... Ficava todo mundo atrás de mim o tempo todo né... (sujeito 2, grupo meia idade)

Um número menor de pessoas responderam que são percebidas tanto de forma positiva quanto negativa, e outra minoria que não se importa com a opinião dos outros, ou que são aceitos pelas pessoas de seu convívio no sentido de que não houve mudança no comportamento dessas pessoas, principalmente daquelas da família. Nesse aspecto, não se percebe diferença entre os grupos das pessoas idosas e das que se encontram na maturidade; qualquer que seja a faixa etária parece que o sentimento predominante das pessoas próximas é de compaixão ou de não aceitação da incapacidade, o que, de certa forma, pode agravar o quadro clínico do paciente, embora alguns poucos tivessem mencionado não se importar com a opinião alheia.

No que se refere às expectativas profissionais atuais, constatamos nos dois grupos ausência de expectativas. A respeito de expectativas pessoais, a resposta de maior frequência relacionou-se a atividades de lazer, principalmente no grupo dos mais jovens, possivelmente porque anteriormente à doença estavam engajados no trabalho, conseqüentemente não dispunham de tempo suficiente para atividades recreativas.

As considerações feitas até aqui nos levam a supor que esses sujeitos, independentemente da faixa etária em que se encontram experienciam predominantemente emoções negativas; entretanto, à medida que o tempo vai passando, auxiliados pelo apoio da família, pela religião, e pela melhora do quadro clínico decorrente do tratamento, parecem estar saindo da fase aguda e começando a ingressar na fase de reorganização, antevendo possibilidades

relacionadas a atividades de lazer, ou atividades voltadas para a família, conforme a fala seguinte:

Eu quero que meus filhos continuem trabalhando né...pra podê ajuda dentro de casa... e também casar...pra me dá neto [...]sabe eu gosto muito de criança, queria um neto pra eu ensinar a ele as minhas coisas ...pra trazer alegria pra minha casa, porque com essa doença ta tudo muito difícil . (sujeito 2, grupo meia idade)

Observamos segundo depoimento dos próprios entrevistados, que assim como eles, as pessoas ao seu redor também parecem aceitar ou transmitir menor rejeição à doença no decorrer do tempo, à medida que melhoras se tornam perceptíveis.

Procurando evitar recordações possivelmente desagradáveis aos entrevistados, preferimos perguntar aos familiares diretamente envolvidos com os sujeitos se, em suas percepções, houve motivo que tivesse contribuído para o desencadeamento do derrame. A resposta predominante em ambos os grupos foi de que houve pressão alta, advinda de contrariedades de várias naturezas: dificuldades financeiras; excesso de trabalho; ruptura de relacionamento familiar. Apenas duas pessoas mencionaram não ter percebido a ocorrência de algum fator que possa ter contribuído para o desencadeamento da doença, e essas pessoas são familiares dos sujeitos mais idosos. Constatamos, assim, que a doença ambos os grupos a maioria das respostas foi que sim, revelando maior ocorrência no grupo das pessoas mais jovens de derrame cerebral. Isto vai ao encontro dos resultados do levantamento estatístico feito inicialmente no hospital, com um grupo maior de sujeitos, bem como dos depoimentos de pessoas da área de saúde que trabalham no mesmo hospital, que mencionaram atender atualmente maior incidência de derrames em pessoas mais jovens.

Pode parecer incoerência que a maioria desses sujeitos tivesse tido alguma doença grave anteriormente, em geral relacionada a derrame ou enfarto, e na entrevista relatassem que o derrame recente modificou significativamente seus modos de vida; entretanto, ao que parece, anteriormente não ocorreram seqüelas graves ou perceptíveis como agora. Embora alguns tivessem passado

anteriormente por uma experiência semelhante, a ocorrência de um derrame é sempre súbita, o que se confirma nas seguintes falas:

Não é uma coisa boa não, a gente não ta esperando, aí quando fica assim, doente, a gente não se sente bem. (sujeito 2 , grupo meia idade)

É uma doença difícil, que vem de repente e quando a gente acorda, nós estamos numa cadeira de rodas ou numa cama de hospital sem mexer o braço... (sujeito 5, grupo velhos)

Não ganhei nada, não ganhei nada com essa doença não... por causa de que ela me pegou de surpresa sem eu esperar. (sujeito 1, grupo meia idade)

Conforme a literatura especializada, os eventos não esperados são mais difíceis para o indivíduo pela ausência de preparação prévia.

Quanto à seqüela provocada pelo derrame, sabemos que todo derrame deixa alguma seqüela, visível ou invisível, de maior ou menor gravidade. Entretanto o paciente pode perceber não somente estabilidade no seu quadro clínico, mas também evolução para melhor ou pior, e a recuperação varia de paciente para paciente. No caso específico desses sujeitos, tanto os integrantes do grupo de pessoas mais jovem quanto os integrantes do grupo de pessoas mais velhas, têm percebido recuperação ou maior independência relacionada ao desempenho das atividades da vida diárias (AVDs), alguns experimentando melhora rápida e outros mais lentos, mas todos experienciam melhoras, embora conscientes de que o modo de vida não será mais como antes. Vejamos alguns depoimentos:

Eu fiquei sem andar, doente na cama. Agora ta melhó, mas perdi meu trabalho. (sujeito 2, grupo meia idade)

Eu melhorei muito porque nem andava e já estou começando a andar. (sujeito 3, grupo meia idade)

Num sei nem explica você, porque... a coisa foi tão rápida e a recuperação também foi, então eu não posso me, como diz os outros, queixar e reclamar não, eu só tenho a agradecer a Deus... (sujeito 5, grupo meia idade)

Perguntando se acreditam que ainda terão melhora no seu quadro clínico, à exceção de uma pessoa, todas as demais acreditam que ainda vão melhorar isto por causa da fé em Deus, nas informações do pessoal da área de saúde que os atende no hospital, e na evolução favorável que percebem em si. Os familiares entrevistados também têm expectativa de melhora, em decorrência da evolução favorável do quadro, e devido à informação dos profissionais da área de saúde, que transmitem esperanças de recuperação dentro dos limites de cada caso, e desde que os sujeitos sigam as prescrições medicamentosas e fisioterápicas. Observamos, ainda, nos prontuários de cada sujeito, referente ao nível de seqüela, que a maioria foi classificada como apresentando nível médio de seqüela, à exceção de dois casos de pessoas mais jovens que apresentam nível grave de seqüela. Desse modo, clinicamente, é possível alguma recuperação do grupo.

Na etapa de transição é comum sentimentos de ansiedade. Percebemos nas falas de algumas pessoas mais jovens a presença de certa intensificação de ansiedade, decorrente do afastamento do trabalho e de suas repercussões no aspecto financeiro, como podemos observar nas seguintes falas do próprio sujeito, ou através de pessoa da sua família:

Eu tenho muito que voltar a trabalhar pra ajudar lá em casa [...] eu quero e preciso ajudar meus filhos.(sujeito 3, grupo meia idade)

Se nosso filho conseguir aposentar ele vai ser melhor, porque assim ele não vai ficar tão nervoso, e acho que ele vai melhorar mais. (sujeito 2, grupo meia idade)

O sentimento predominante desses sujeitos aparentemente é o de tristeza ou depressão; percebemos isso pelo tom de voz, pela expressão fisionômica e lágrimas muitas vezes derramadas.

Após analisarmos as variáveis que compõem as subcategorias das características da transição em si mesma, apresentamos o seguinte resumo das constatações a que chegamos: esses sujeitos, anteriormente à ocorrência da doença, levavam vida aparentemente normal, e a transição de vida que experienciam é dificultada em decorrência da natureza da doença que propiciou essa transição. A situação em que se encontram é percebida, predominantemente, como perda, o que lhes causa emoções negativas ou de dor. A manifestação súbita da doença não lhes permitiu uma preparação prévia, o que torna ainda mais difícil a transição. O evento por não ter sido opção pessoal, e por ser de recuperação incerta, ocasiona em alguma ansiedade, tanto pelas repercussões financeiras, quanto pela própria situação de dependência dos outros, quer no aspecto financeiro quer na necessidade de cuidados especiais. Relembramos que os estudos de Tyler (1978) apontam o otimismo como condição chave de adaptação à mudança; não obstante observem melhoras em seus quadros clínicos, o sentimento predominante é o de perda e de incerteza relacionada a melhoras futuras.

Vejamos, em seguida, **as características dos ambientes de pré e de pós-transição**, que também repercutem na adaptação do indivíduo às novas condições de vida; conforme mencionado na revisão de literatura, essa categoria também engloba várias subcategorias e dizem respeito aos sistemas internos de apoio, isto é, às relações que os indivíduos estabelecem com seus familiares, amigos e outras pessoas de seu convívio.

Todos os indivíduos residem com a família como já mencionado, entretanto resta saber da qualidade desses relacionamentos, o que analisaremos tomando por base respostas às perguntas formuladas.

No grupo mais jovem, as relações familiares, antes da ocorrência do derrame, em geral não eram satisfatórias, quer em relação à esposa, quer em relação aos filhos, conforme depoimentos seguintes:

Eu acho que houve motivo para o desencadeamento da doença, porque houve separação do filho com a nora né...então os irmão dela procuraram matar ele ...o filho meu...aí nisso meu marido passa mal mesmo né...houve a separação do filho e eu crio o neto e o filho ta com outra...mas não tem mais aquela coisa de união do filho que tinha com o pai ... eram quase dois irmão né...conversavam, se abriam, tudo deles dois era união mesmo ... e daí acabou. (sujeito 5)

Eu e meu irmão convivemos desde criança, mas depois ele se casou, nós nos afastamos porque eu não gostava da mulher dele, não nos dávamos muito bem, ela era muito metida...depois que ela arrumou outro e ele começou a bebê muito, daí um dia ele ficou muito nervoso, e foi quando ele passou mal, eu não estava em casa mas minha mãe disse que ele ficou muito irritado com alguma coisa que aconteceu na rua e que ele não quis falar, mas deve ser coisa dela...ela mora perto da nossa casa, quer dizer um pouco perto, daí você já viu né... (sujeito 4)

Ele trabalhava muito, e é uma pessoa muito difícil dentro de casa ... Não gosta que a gente mexe nas coisa dele, ele é muito sistemático, e também não gosta de tomar remédio, porque ele tem pressão alta e tem que tomar todo dia o remédio e ele falava que não tava doente, até ele passar mal ... ele é muito difícil de lidar... (sujeito2)

Vimos, pelos depoimentos apresentados, que o desencadeamento da doença pode ter relação com o ambiente familiar não muito satisfatório, ou então ser reflexo de *stress* causado por excesso de trabalho, o que pode resultar no agravamento das relações familiares, bem como esse *stress* pode ser agravado também pela desorganização das instituições sociais como revela o depoimento seguinte:

Teve um dia que eu fui no banco pra poder receber, e tive que esperar um tempão lá...Eu fiquei muito nervoso porque mesmo vendo a minha situação eles não quiseram me atender antes, disseram que eu teria que ficar na fila, aquela fila pra gente mais idosa, aí minha pressão subiu e eu quase tive que ir pro Hospital de novo. (sujeito 2, grupo velhos)

O relato seguinte é da filha de um dos sujeitos, em resposta à pergunta do pesquisador no sentido de saber se houve algum motivo que pudesse ter contribuído para o desencadeamento da doença. Esclarecemos que o pai da entrevistada já vivenciava quadro clínico de hipertensão arterial antes da ocorrência do fato seguinte:

... ele ficou impertinente lá com a greve da Caixa Econômica que deixou ele mais nervoso e nós percebemos mesmo depois do derrame que toda vez que ele fica agitado fica nervoso, impaciente, e a pressão sobe. (sujeito 1, grupo velhos)

No grupo de pessoas mais velhas também foi mencionado quadro de hipertensão antes do derrame, entretanto, nesse grupo, apenas uma entrevistada da família revelou existir na ambiente familiar dificuldade de relacionamento:

Ele nunca foi de temperamento fácil, tanto que eu não identifiquei logo o AVC [...] pirraça, ele me empirraçava e ficava sem me falar ... porque ele era alcoólatra...não assumido... (sujeito 3, grupo velhos)

Todos os sujeitos acometidos de derrame mencionaram que houve alteração no cotidiano de suas vidas em decorrência da doença e reconhecem que isto também teve repercussões no cotidiano da família, como exemplificado a seguir:

Agora a comida tem de ser diferente porque eu não posso comer com sal, minha mulher tem que correr com o serviço para me dar banho, e me ajudar a fazer algumas coisas, como todo dia de manhã ela me leva na calçada pra poder tomar banho de sol. (sujeito 2, grupo velhos)

Entretanto, foi a família quem mais mencionou alteração no seu cotidiano, quer fossem filhos ou esposas:

Hoje eu tenho que ver os horários do serviço pra poder trazer meu pai para fazer fisioterapia, ir ao psicólogo; minha mãe tem que ficar com ele, não pode deixar ele ficar sozinho, e nós nos preocupamos muito com ele. (sujeito 4, grupo velhos)

Outros depoimentos de filhos:

Ah, agora não tem como eu dar meus passeios entendeu, tem que ta sempre olhando, mesmo que a gente sempre tenha uma briguinha, mas depois volta ao normal, mas não é muito bom não, sabe [...] eu queria arrumar um emprego fora pra mim e nem posso arrumar porque, né, nem tem jeito. (sujeito 5)

Hoje vivemos para ele... Diminuímos nosso tempo de trabalho e estudos para nos dedicarmos a ele. Houve uma mudança em questões financeiras muito grande, pois ele nos ajudava muito e agora não podemos contar com ele financeiramente. (sujeito 3, grupo meia idade)

Vejam os depoimentos das esposas:

Ele agora fica dentro de casa o tempo todo fazendo a gente fazer as coisas pra ele... e ele ta muito enjuado, fica sem paciência. De repente sabe ... ele não gosta que a gente ajuda ele também, mas ele não consegue fazer as coisas que tem que fazer... (sujeito 2, grupo meia idade)

Vimos, assim, o quanto a doença altera a rotina familiar ou o modo de vida das pessoas, tanto a do doente quanto a de sua família, refletindo nas atividades de lazer, nos estudos, no trabalho, nas finanças, bem como em outros aspectos. O último depoimento demonstra, também, que o paciente não se sente bem com a dependência dos outros, fato esse constatado em outras falas.

Por terem desenvolvido, antes do derrame, trabalho fora que lhes trazia satisfação, a ruptura com o mesmo ocasiona, principalmente nos mais jovens que ainda tinham esse vínculo, maior sentimento de perda, como se pode perceber na fala de um dos sujeitos:

To com uma vontade louca de trabalhar, está me fazendo muita falta... Eu não tenho nada pra fazer, ficar a toa é muito ruim... (sujeito 3)

Chamamos atenção para o fato de que, em se tratando de pessoas do sexo masculino, em que o trabalho fora de casa é mais comum, o retorno à vida familiar em tempo integral altera a dinâmica das relações familiares; para a mulher é como uma perda do espaço que antes lhe era reservado. O retorno a casa sempre interfere de alguma maneira no relacionamento familiar. Quando esse retorno é abrupto e decorrente de doença, como no caso dos sujeitos mais jovens, não houve tempo de um planejamento ou preparação anterior, e essa situação pode dificultar mais ainda a adaptação ou reintegração familiar.

Além disso, a situação de doença em que encontram esses sujeitos pode tornar as relações familiares ainda mais difíceis, visto que implica não apenas na interferência do “espaço” antes ocupado pelas mulheres, mas também em suas próprias liberdades pessoais, em decorrência da dependência que a doença ocasiona. Acresce a isto que o quadro clínico dos pacientes pode interferir nas relações conjugais mais íntimas, podendo dificultar ainda mais aqueles casamentos que se sustentavam apenas nesse aspecto. Quanto a isto, apenas uma referência foi feita por parte da família, talvez porque das dez pessoas entrevistadas apenas quatro eram esposas; as demais eram filhos (cinco) ou irmã (uma).

Situações de doença podem dificultar a vida sexual, e embora a sexualidade esteja presente independentemente do gênero, a cultura sempre atribuiu ao homem um papel mais ativo. Dificuldades de natureza sexual não foram mencionadas pelos sujeitos; não sabemos o motivo de não terem se manifestado a respeito do assunto, se por inibição ou falta de intimidade com o pesquisador, ou se o assunto lhes era dificultoso por outro motivo, ou simplesmente se no momento atual a doença tornou o centro de suas atenções. Durante a entrevista não foi feita nenhuma pergunta relacionada à sexualidade, entretanto, ao falarem de perdas decorrentes da doença, o tema poderia ter surgido, o que não ocorreu. Preferimos respeitar a não menção espontânea do assunto, evitando perguntas diretas, em respeito ao próprio paciente; evitamos o

assunto também porque para muitos é ainda tabu, principalmente para pessoas de uma geração mais velha, e na situação em que se encontram.

Apesar de no grupo das pessoas mais idosas perceber-se união mais estável entre os casais, no sentido de não ter havido separação, e os casamentos serem de mais longos anos, isto não basta para afirmar melhor qualidade no relacionamento conjugal, principalmente se considerarmos que o divórcio em nosso país aconteceu em anos recentes e, na geração desses sujeitos, não é muito comum separações mesmo não havendo harmonia entre os casais.

Embora tanto os sujeitos mais jovens quanto os mais velhos mencionassem receber apoio da família, pelas entrevistas constatamos que esses apoios nem sempre eram acompanhados de atitude de paciência ou compreensão:

Mudanças, todo mundo que adocece e fica dependente tem né, ele não é aquela pessoa que tem autoridade, ele fica igual a criança, sem valor... A Bíblia disse que seus inimigos são os seus próprios familiares, ainda que eles ajuda, pega uma coisa, mas não deixa de criticar a gente... entendeu? A vida é feia. (sujeito 5, grupo velhos)

Hoje eu fico sozinho dentro de casa, só eu e minha mãe, não posso trabalhar, fico dependendo da minha mãe pra um monte de coisa, e ela não tem muita paciência comigo não, briga muito comigo, mas você sabe, é muito difícil né, essa situação não é fácil não... (sujeito 4, grupo meia idade)

No decorrer das entrevistas, a maioria dos sujeitos mais novos mencionou perda dos amigos em decorrência da doença e a falta que esse contato lhes faz:

Eu perdi meu trabalho, meus amigos, antes eu jogava bola com todo mundo, agora tenho que ficar preso dentro de casa, sabe, é muito ruim. (sujeito 4)

O contato com o povo, o afastamento me deixou perdido, lá no meu trabalho eu tinha muitos conhecidos, eu gostava de trabalhar lá...Conhecia muito gente... Pra falar a verdade eu ganhei muito pouco e perdi mais... Perdi meu trabalho e o contato com o povo.(sujeito 3)

Falas dessa natureza não foram muito evidenciadas no grupo de pessoas mais idosas, possivelmente porque já estavam afastadas do trabalho em

decorrência da aposentadoria; apenas um indivíduo mencionou o distanciamento das pessoas de sua convivência:

Eu acredito que vejo um olhar de discriminação porque... porque eu era uma pessoa que muita gente me procurava né... e depois que eu adoeci sumiu muita gente...mas também no meu estado, né meu filho... (sujeito 5)

Um aspecto que foi mencionado em quase todas as entrevistas, independentemente da faixa etária dos sujeitos, diz respeito à forma como eram vistos pela família e por outras pessoas após a ocorrência do derrame, isto é, com olhar de piedade:

As pessoas olham diferente ... eles parece que tem pena, mais eu já acostumei com isso, na rua também quando vou na igreja tem gente que olha assim né... assim...é...você sabe né...diferente. (sujeito 2, grupo meia idade)

Ah, todo mundo já ta acostumado comigo assim, mas no início né, depois que eu saí do hospital, quando nem falava direito, as pessoas me olhavam com pena, porque eu estava entevado na cama... (sujeito 4, grupo meia idade)

Por se tratar de um grupo de pessoas que desempenhavam atividade profissional autônoma ou por já estarem aposentadas quando ocorreu o derrame (grupo dos mais velhos), somente um indivíduo mencionou suporte da instituição em que trabalhava após a ocorrência do derrame e a ajuda foi limitada a transporte para tratamento fisioterápico até a regulamentação da aposentadoria.

Não ficou evidenciado nenhum outro suporte de apoio da comunidade, quer de grupos religiosos ou de outra natureza, nas falas dos sujeitos, não obstante não tivéssemos feito pergunta diretamente relacionada a esse aspecto. Ao que parece, fora da família, o apoio sistemático que recebem é o do hospital, principalmente do serviço de fisioterapia, e esse atendimento tem sido favorável ao restabelecimento dos sujeitos nos aspectos físico, psicológico e social. Os familiares relataram que a oportunidade de conhecer pessoas com a mesma problemática tem sido estimulador para esses indivíduos, bem como o

atendimento atencioso no hospital e os incentivos dos profissionais da área de saúde:

Hoje ele tá melhor, mas ainda às vezes é difícil pra ele, ele fica muito sozinho, só fica feliz aqui na Fisioterapia porque ele conversa com os outros... A Doutora que atende ele sabe... eles são muito legais... (familiar do sujeito 4, grupo meia idade)

Eu gostaria de parabenizar o Hospital por tratar o meu pai bem, porque a gente vê muitos casos onde os pacientes são deixados de lado, e aqui no hospital é muito bom. (familiar do sujeito 2, grupo velhos)

Observamos, segundo a fala dos entrevistados, que no grupo dos mais jovens praticamente não houve mudanças no ambiente físico de modo a facilitar a recuperação ou qualidade de vida do paciente. No grupo dos mais velhos foram relatadas algumas mudanças tendo em vista a maior facilidade de locomoção da cadeira de rodas, ou mudança de quarto da esposa para quarto anexo, com a finalidade de propiciar maior conforto ao doente ou à acompanhante. Segundo SCHLOSSBERG (1981, p. 12), a dimensão mais importante em relação ao ambiente físico diz respeito a conforto, privacidade e estética; como não visitamos os domicílios dessas pessoas, sentimo-nos impossibilitados de transmitir informação a esse respeito. Não constatamos nenhuma mudança na localização das residências para facilitar a recuperação dos sujeitos.

Ao finalizarmos a descrição das variáveis que tratam das características dos ambientes vividos, antes e após a ocorrência do derrame cerebral, chegamos a algumas conclusões:

O maior apoio que esses sujeitos recebem vem da própria família e do hospital onde realizam o tratamento, entretanto, no primeiro caso, nem sempre a qualidade das relações são favoráveis. No que diz respeito ao hospital, o tempo de permanência dos sujeitos na fisioterapia parece não ser tão intensivo quanto o da sua real necessidade, isto é, vão apenas três vezes por semana ao hospital e isto quando não há empecilhos no transporte. A rede de amigos foi reduzida após

a ocorrência da doença, o que contribui para aumentar os sentimentos de solidão e desamparo. Não se constatou, do ponto de vista da comunidade, nenhum outro tipo de apoio, bem como nenhuma participação dos sujeitos em eventos culturais e recreativos. Embora o hospital ofereça musicoterapia e hidroterapia, nenhuns dos entrevistados têm participação nesses grupos, possivelmente devido ao número reduzido de vagas e à dificuldade de transporte, que contribui para aumentar-lhes a desmotivação pelo tratamento. A situação sócio-econômica dessas famílias contribui para que o ambiente doméstico também seja pouco estimulador, no sentido de não poderem oferecer mudanças maiores no ambiente físico de modo a possibilitar maior independência dos sujeitos, bem como em não poder propiciar atividades de lazer fora de casa. Desse modo, percebe-se que a qualidade de vida, no que diz respeito a fatores ambientais, fica aquém do desejado, mesmo reconhecendo as limitações impostas pela doença.

Passaremos, a seguir, à análise das **variáveis relacionadas às características do próprio indivíduo**, e que poderão ser ou não facilitadoras a sua adaptação à transição. Iniciaremos analisando o aspecto relacionado à competência psicossocial. Relembramos, conforme mencionado na revisão de literatura, que Schlossberg, baseada em Tyler (1978), apresenta três aspectos constituintes dessa competência psicossocial: as atitudes para consigo mesmo, as atitudes para com o mundo e as atitudes comportamentais.

No que se referem às atitudes pessoais, independentemente da faixa etária em que se encontram, os sujeitos se percebem de forma desfavorável em decorrência da doença, aceitando a situação em que se encontram apenas porque a mesma ultrapassa suas próprias vontades. Coloca em Deus e no tratamento a esperança de suas melhoras; essa esperança é reforçada pela equipe de saúde do hospital e pela evolução satisfatória do quadro clínico.

A maioria dos sujeitos estabelece objetivos realísticos para si, no sentido de pretenderem preencher as lacunas advindas da perda da atividade profissional que desempenhavam, por atividades de lazer ou por ocupações compatíveis com

suas possibilidades de saúde, bem como pretendem buscar na própria casa ou na família os meios para suprir essa lacuna.

Essa conduta realística vai ao encontro do resultado da pesquisa realizada por Tyler (1978) com adolescentes marginais, no sentido de que a eficácia está no meio termo, isto é, o sujeito não pode ser excessivamente ou pouco confiante em si.

Possivelmente por se encontrarem saindo da fase aguda de transição, esses objetivos ainda se encontram no plano das intenções. Conforme mencionado por White (1976, *apud* SCHLOSSBERG 1981, p.12, trad. nossa), há ainda dois outros elementos para uma transição bem sucedida, quais sejam: informação adequada sobre o meio ambiente e predisposição favorável do indivíduo. Embora essas pessoas estejam motivadas a buscar alternativas para uma vida de melhor qualidade, não ficou evidente através das entrevistas se conhecem os recursos culturais e de lazer que a comunidade dispõe para lhes oferecer; desse modo, a predisposição favorável pode ser anulada pela falta de informação ou de opção.

Reconhecendo que tanto os homens quanto as mulheres em nossa sociedade são educados para diferentes comportamentos e atitudes sociais, e a extensão em que os mesmos internalizam essas normas pode influenciá-los em suas habilidades de adaptação, mesmo que hoje as responsabilidades econômicas estejam mais divididas entre os sexos, ainda prevalece a crença de que compete ao homem o sustento econômico da família. Desse modo, a aposentadoria abrupta pode representar, além da perda das relações sociais que o trabalho propicia perda do status atribuído pela sociedade. Assim, os homens mais jovens desse estudo, encontram-se menos favorecidos em seu processo de adaptação em comparação aos sujeitos mais velhos, no aspecto relacionado ao trabalho. A comprovação dos efeitos nocivos de uma aposentadoria forçada tem encontrado respaldo na literatura especializada (CRITES, 1974).

A literatura, porém, é contraditória a respeito da influência do estágio de vida na adaptação à transição e, ao que parece tudo depende da situação

particular de cada sujeito ou do evento em si. No caso específico dessas pessoas, elas vivenciam uma transição decorrente de um evento traumático, inesperado, por conseguinte, com seqüelas, independentemente da faixa etária em que se encontram.

Não obstante nossa hipótese de que os indivíduos mais jovens vivenciam de forma mais traumática esse evento de transição, por ser a doença mais comum na velhice, constatamos, à exceção do afastamento do trabalho que repercutiu mais desfavoravelmente nos mais jovens, que nos demais aspectos não houve diferença significativa entre os dois grupos em decorrência da idade. Se de um lado os indivíduos mais velhos apresentam quadro de degenerescência maior em comparação aos mais novos, por outro lado, os mais jovens desse estudo tiveram lesão cerebral mais grave do que os mais velhos, de forma que há compensações e prejuízos em ambos os lados.

Podemos ver, assim, que a idade cronológica como marco da velhice constitui-se um indicador relativo; conforme reconhecem especialistas em desenvolvimento humano, a idade cronológica é relativamente sem importância se comparada às idades biológica, psicológica, social e funcional. Spierer (1977, p.10) conceitua a idade funcional como a “habilidade para funcionar ou desempenhar papéis de acordo com a expectativa social, que, por sua vez, depende de considerações de natureza social, biológica e de personalidade”.

Outro aspecto importante é que nossos sujeitos mais idosos, em decorrência da própria idade, encaram a doença, por conseguinte o derrame, como uma ocorrência mais provável de acontecer, como revela a fala seguinte:

Na minha idade isso acontece mesmo... A gente tem que acreditar no que Deus quer...
(sujeito 1)

A literatura especializada menciona também que o *background* racial/étnico pode ser fator de interferência na adaptação do indivíduo a eventos de transição. As respostas dos sujeitos não evidenciaram nenhum aspecto que nos possibilitasse uma análise desse fator.

Todos os sujeitos são de nível sócio-econômico relacionado à classe média baixa, e não constatamos diferenças significativas entre os dois grupos. A literatura especializada aponta que a situação sócio-econômica pode estar associada ao nível de *stress*, dificultando, quando baixa, as condições de vida da pessoa. Observamos que a necessidade de sobrevivência levou alguns desses indivíduos ao excesso de trabalho antes da ocorrência do derrame, o que provavelmente pode ter contribuído para a manifestação da doença. Além disso, mencionou preocupações atuais relacionadas ao sustento da família e insatisfação devido à própria dependência financeira dos filhos, o que pode contribuir desfavoravelmente para suas recuperações. Alguns poucos mencionaram ter filhos na Universidade ou com formação de nível superior, entretanto, isto parece não influir significativamente nos seus modos de vida em comparação aos dos demais sujeitos.

O fato de todas as pessoas estarem inseridas numa classe social de baixo nível sócio econômico, e dizerem acreditar em suas melhoras vão ao encontro do estudo de ROSEN E BIBRING (1968, *apud* SCHLOSSBERG, 1981, p.14), no sentido de que há relação entre nível sócio econômico baixo e maior confiança na cura em decorrência do diagnóstico e do tratamento médico.

A literatura especializada (NERI, 2001) chama atenção para o fato de pessoas que se encontram em diferentes períodos da vida enfatizar determinados valores em detrimento de outros. Os valores mais enfatizados pelos sujeitos desse estudo estão relacionados ao aspecto religioso e ao trabalho. Segundo a literatura a religião tende a ser mais enfatizada por pessoas que se sentem mais próximas da morte, portanto, pessoas com doenças graves ou idosas. Vejamos a fala seguinte de um dos sujeitos:

Espiritualmente ganhei mais fé; quero ver a pessoa sem fé no Senhor quando ela cai no fundo do posso. (sujeito 5, grupo velhos)

Por sua vez a valorização do trabalho decorre das relações sociais que possibilita, e por ser ele um recurso de sobrevivência, principalmente para

peças do sexo masculino, a quem a sociedade atribui maior responsabilidade pelo sustento da família.

Metade do grupo, anteriormente a essa transição, já havia passado por alguma experiência de doença, contudo, elas não tiveram repercussão tão marcante quanto essa experiência recente de derrame; mesmo aqueles poucos que mencionaram ter tido outro derrame, não sentiram suas consequências de forma tão evidente quanto agora. Segundo a literatura especializada, pessoas que tiveram no passado experiência de transição bem sucedida provavelmente terão maior facilidade de adaptação em transições posteriores. Considerando o conceito de evento de transição como o de uma alteração na percepção do indivíduo de si ou do mundo, bem como em mudanças no comportamento, aparentemente as experiências passadas desses indivíduos não podem ser consideradas como tendo propiciado transição em suas vidas, uma vez que não alteraram significativamente suas concepções e modos de vida, de acordo com suas descrições.

Concluimos, com base nas variáveis relacionadas às características pessoais, que esses indivíduos dispõem de poucos recursos para efetuarem satisfatoriamente essa etapa de transição: integram um grupo de pessoas de baixo nível sócio-econômico-cultural; sentem-se impossibilitados para o trabalho, e, além disso, pertencem a uma categoria de gênero em que a cobrança da sociedade é maior em se tratando de aspecto econômico. Os mais velhos, em decorrência da idade, apresentam condições orgânicas mais desfavoráveis, por outro lado os mais jovens apresentam quadro clínico tão ou mais grave em comparação aos mais velhos. Destaca-se como aspecto positivo, o fato da maioria dos entrevistados terem uma percepção realística de suas possibilidades de desempenho e desejarem buscar atividades de lazer como alternativa de ocupação do tempo. Além disso, a grande confiança em Deus manifestada pode contribuir para diminuir seus níveis de ansiedade e lhes trazer esperanças de recuperação; conforme já mencionado, resultados de pesquisa comprovam o valor terapêutico da crença religiosa.

Compreendemos que a maneira satisfatória ou não como os indivíduos vivenciam a etapa de transição decorrente de eventos ocorridos em suas vidas, depende de uma série de fatores relacionados às características da transição em si, às características dos ambientes de pré e de pós-transição, e às características do próprio indivíduo. Na descrição que fizemos relacionada às variáveis que integram cada uma dessas categorias, percebemos que em alguns aspectos, os sujeitos vivenciam condições mais facilitadoras à sua readaptação do que em outras, o que não foge à regra, entretanto, no geral, parece prevalecer nesse grupo fatores que contribuem mais desfavoravelmente para a reorganização de suas vidas.

Reconhecemos que a ocorrência de um derrame cerebral em si traz conseqüências dificultosas à reintegração social do indivíduo, entretanto, isto não minimiza as influências favoráveis ou não que os contextos familiares e sociais mais amplos, além de características pessoais, possam ter na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Assim como Schlossberg (1981) percebe que a adaptação à transição depende da relação de um conjunto de variáveis, Bronfenbrenner (1994) indiretamente reforça o modelo de Schlossberg (1981), com sua teoria ecológica do desenvolvimento humano, quando demonstra que esse desenvolvimento depende da influência de vários contextos denominados por ele de microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistemas, conforme descrevemos anteriormente (parte 2.1). Esses vários sistemas não existem isoladamente, mas, ao contrário, influenciam e são influenciados reciprocamente, existindo assim uma troca permanente entre eles, com repercussões sobre o desenvolvimento. No caso específico dos sujeitos de nosso estudo, percebemos inicialmente a influência desses diversos sistemas ou contextos em suas qualidades de vida, conforme se evidenciou em nossas descrições.

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O foco de nosso estudo foi a investigação do processo de transição a novas condições de vida de sujeitos acometidos de Acidente Vascular Cerebral, pertencentes a duas faixas etárias, meia idade e velhice, tomando como referência o modelo de Adaptação à Transição de Schlossberg.

Percebemos que os indivíduos que melhor aceitavam sua condição de vida, também demonstraram maior facilidade de relacionamento com as pessoas em geral.

Observando os sujeitos, não encontramos nenhuma diferença significativa entre os dois grupos observados. Tal fato contraria nossa hipótese de que os indivíduos mais velhos, considerando que a doença é um evento de ocorrência mais esperada na velhice, estariam mais adaptados à situação em que se encontram, em comparação aos mais novos. Verificamos ainda, conforme a hipótese levantada, que o processo de adaptação à transição desses sujeitos não é satisfatório, em decorrência da própria natureza da doença.

Outro fator de destaque observado foi o sentimento de desconforto proveniente da dependência da família nas Atividades de Vida Diárias (AVDs). Muitos julgam essa dependência humilhante, principalmente quando se trata da realização de higiene pessoal.

Nosso sujeitos, como se não bastasse o enfrentamento das mudanças que o próprio envelhecimento impõe, se vêm limitados por uma seqüela, que exige uma dedicação maior da família, e do contexto social mais amplo, para o alcance de objetivos que, muitas vezes, são deixados de lado pela concepção errônea de que nada se pode fazer.

O estabelecimento de metas na vida é importante, mesmo para aqueles que não acreditam numa possível melhora. As metas relacionam-se a um futuro desejado, e orientam o planejamento de vida, a tomada de decisão, e o próprio curso de vida, além de serem um estímulo ao crescimento pessoal.

Constatamos dificuldade nos sujeitos em manifestar aspirações futuras; para eles é mais fácil falar do passado, de suas perdas. Entretanto, acreditamos que nossos entrevistados também têm metas ou objetivos, mesmo que

inconscientemente, ou, como percebemos explicitamente em suas falas, direcionada ao andar novamente com independência.

O alcance de metas está relacionado à qualidade e adaptação de vida, visto que alcançar metas possibilita satisfação pessoal e, por conseguinte, satisfação com a vida. Por isso o nosso alerta no sentido de que, não obstante as limitações impostas pela doença, as metas de vida não sejam esquecidas.

As metas devem ser realísticas e se relacionarem também à perspectiva de tempo para o seu alcance; o tempo de vida gera um limite para as metas estabelecidas, e para o planejamento das mesmas.

Em nosso estudo percebemos que o desinteresse e abandono de metas advêm também da exclusão social, comprovada pela falta de recursos ou pela falta de uma política destinada à reintegração desses indivíduos à sociedade. Sentimos em nossos sujeitos vontade de trabalhar, principalmente naqueles que ainda não estavam aposentados quando acometidos pela doença. A preocupação decorrente do abandono abrupto do trabalho relaciona-se à necessidade de sobrevivência, pois muitos indivíduos eram suporte financeiro da família. Desse modo, uma aposentadoria condigna poderia facilitar suas adaptações, e a melhora do quadro clínico, visto que contribuiria para aumentar no grupo o sentimento de segurança .

O SUS (Sistema Único de Saúde) deveria também ter maior número de pessoal, para facilitar o atendimento imediato ao doente, e atender a todos que necessitam de tratamento. Observamos que em muitos casos o início do tratamento é retardado por falta de vagas, ou abandonado por falta de transporte.

Notamos que a realidade da morte se faz muito presente nesses indivíduos, que pensam nela com freqüência, em decorrência do envelhecimento, ou devido à doença. Alguns demonstraram medo em morrer, e pensamentos negativos fazem com que o bem-estar pessoal seja comprometido, dificultando na adaptação. Isto reforça a necessidade de uma ocupação, para que os pensamentos desses sujeitos sejam dirigidos a aspectos que minimizem seus estados depressivos. Acreditamos ser possível que esses sujeitos ainda tenham alguma ocupação, respeitados os limites de cada um, e principalmente acreditamos que atividades recreativas possam contribuir para minimizar os transtornos advindos da

ociosidade.

Pesquisadores constataram, em pessoas mais jovens, que o investimento na vida pessoal está positivamente relacionado à melhor adaptação (*apud* FREIRE, 2001, p.27-28).

O investimento na vida pessoal é um desafio para pessoas idosas e fator favorável à adaptação. Estudiosos investigaram o impacto dos projetos pessoais na satisfação com a vida, constatando que o bem estar pode ser aumentado à medida que as pessoas estão engajadas em projetos pessoais significativos, bem estruturados, apoiados por outras pessoas, e que geram sentimento de eficácia (*apud* FREIRE, 2001, p.29).

A relação existente entre satisfação de vida, qualidade de vida e adaptação tem sido comprovada. Desde que estes sujeitos se mantenham motivacionalmente ativos, a aceitação da doença será facilitada. O meio em que vivem e o tempo também têm importância nesse processo. Sobre o tempo, observamos que os sujeitos com maior tempo de tratamento ou que haviam passado da fase caracterizada como aguda, demonstraram maior confiança em suas melhoras, em comparação àqueles que se encontravam na fase inicial. Entretanto, a constatação da melhora, embora tornasse esses indivíduos mais otimistas em relação ao tratamento, não os fazia acreditar na possibilidade de volta ao trabalho. Contudo, comparando os indivíduos das duas faixas de idade, meia idade e velhice, os mais jovens, independentemente do tempo de seqüela, demonstraram que ainda têm esperanças de voltar ao trabalho.

Finalizando, não obstante a transição que esses indivíduos estejam vivenciando seja difícil em decorrência da natureza do evento que a desencadeou, e embora suas percepções de perdas em qualidade de vida sejam maiores do que suas percepções de ganhos, mesmo assim vislumbra-se um caminhar dos mesmos da fase aguda, ou de auto-rejeição, para uma etapa mais promissora de reorganização de vida. Nesse processo em que se encontram a família e outros do convívio próximo, bem como o poder constituído, têm papel fundamental, podendo contribuir para facilitar ou dificultar suas adaptações; a família pela aceitação, respeito e apoio afetivo, e o macrossistema e/ou poder constituído,

criando condições ou infra-estrutura que possibilitem a melhora do quadro clínico dessas pessoas acometidas de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

A incidência crescente de pessoas mais novas acometidas de Acidente Vascular Cerebral, evidenciada em nosso estudo, é um sinal de alerta, e devem levar todos a uma reflexão referente às condições de vida presentes em nosso tempo. Dentre as possíveis contribuições deste estudo, destacamos a importância da conscientização na aquisição da qualidade de vida, nos mais variados ambientes.

Acreditamos também que este estudo tenha contribuído para apontar aspectos facilitadores e/ou dificultadores da adaptação de sujeitos acometidos de Acidente Vascular Cerebral, conseqüentemente, contribuir para a implementação de políticas sociais que objetivem a melhor qualidade de vida dessas pessoas. Essa melhor qualidade de vida tem repercussão em todos os aspectos do desenvolvimento humano, conseqüentemente no aspecto cognitivo.

9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, Norma B. **Longevidade emocional: descubra o que realmente determina seu tempo de vida.** Trad. Alda Porto. Rio de Janeiro: Best Seller, 2005.

ANDRADE, V. M.; SANTOS, F. H.dos; BUENO, O. F.A. **Neuropsicologia Hoje.** São Paulo: Artes Médicas, 2004.

ARAÚJO, L. A. D. **A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência.** 2ed. Brasília, DF: CORDE, 1997.

BALTES, P. B. **Envelhecimento Cognitivo: Potencialidades e Limites;** Do Max Planck Institute for Human Development and Education. Berlin, ALE; trad.Anita Liberalesso Neri: UNICAMP-SP: 1992.

_____, HECKHAUSEN, Jutta and DIXON, Roger A. **Gains and Losses in Development Throughout Adulthood as Perceived by Different adult Age Groups** - *Desenvolvimento Psychology*. Federal Republic of Germany; 1989, vol. 25, No 1. 109 – 121.

_____, **Theoretical Propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the Dynamics Between Growth and Decline.** Federal Republic of Germany, 1987, vol. 12 No 5 611- 626.

_____, **The Many Faces of Dependency in Old Age.** Cambridge University Press – New York, USA, 1996.

BEAUVOIR, Simone de. **A Velhice.** Trad. Maria Helena F. M. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERROL, C. F. **Trainee attitudes toward disabled persons: effect of a special physical education program.** *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 65, pp. 700-765, 1984.

BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade: lembranças dos velhos**. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRONFENBRENNER, Urie. **A Ecologia do Desenvolvimento Humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: ARTEMED, 1994.

BURTON, Christopher R. **Living with stroke: a fenomenological study**. University of Central Lancashire, Preston, England: 2000 [Jornal of Advanced Nursing, 32 (2), 301-309].

CORAZZA, M. A. **Terceira Idade e Atividade Física**. São Paulo: Phorte Editora, 2001.

CRITES, J. O. **Psicologia Vocacional**. Buenos Aires: Paidós, 1974.

DE VITTA, A. **Atividade física e bem-estar na velhice**. In NERI, A. L., FREIRE, S.A. (orgs). E por falar em boa velhice. Campinas, SP: Papyrus, 2000.

DEBERT, G. G. **A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento**. 1 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2004.

DEPS, Vera Lúcia. **A Transição À Aposentadoria Na Percepção De Professores Recém-Aposentados da Universidade Federal do Espírito Santo**. Campinas, SP: [s.n.], 1994.

DIAS, M. P. A. L. **Prevenção dos Problemas Psíquicos**. In: GUIDI, M. L. M; MOREIRA, M. R. L. P. Rejuvenescer a Velhice. Brasília, DF: UnB, 1994.

ELDEMAN, Gerald M. **Biologia da Consciência: as raízes do pensamento**. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.

FALCÃO, D. V. S., DIAS, C. M. S. B. **Maturidade e Velhice V. I: pesquisas e intervenções psicológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

_____, DIAS, C. M. S. B. **Maturidade e Velhice V. II: pesquisas e intervenções psicológicas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

FISKE, M. and WEISS, L. **Intimacy and crises in adulthood.** In: SCHLOSSBERG, N. K. and ENTINE, A. D. (Eds) *Counseling adults.* Monterey, Brooks/Cole, 1977.

FREIRE, Sueli Aparecida. **Bem estar subjetivo e metas de vida: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três faixas de idade.** Campinas, SP: [s.n.], 2001.

GEIS, P. P. **Atividade Física e Saúde na Terceira Idade: teoria e prática.** Trad. Magda S. Chaves, Porto Alegre: Artmed, 2003.

GUIMARÃES, R. M.; CUNHA; U. G. V. **Sinais e Sintomas em Geriatria.** 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

GUYTON, A. C. **Neurociência Básica (Anatomia e Fisiologia).** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

HAYFLICK, Leonard. **Como e Por Que Envelhecemos.** Trad. Ana Beatriz Rodrigues, Priscila Martins Celeste. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

HILL, R. **Families under stress.** New York: Harpers, 1949.

IZQUIERDO, Ivan. **Memória.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

HOFFMAN, Lois; PARIS, Scott e HALL, Elizabeth. **Psicologia del Desarrollo Hoy.** 6. ed. Vol. 2. Madrid: 1996.

KIMMEL, Douglas C. **Adulthood and again.** 2. ed. Canadá: John Wiley & Sons, 1980 (Chapter 1: 3 – 39; chapter 4: 135 – 13; chapter 7: 321 – 365).

LASCA, V. B. **Treinamento na memória no envelhecimento normal: efeitos de um programa aplicado a idosos.** Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, 2003.

LE MASTERS, E. E. **Parenthood as Crisis. Marriage and Family.** New York, 19, 352-355, 1957.

LEHR, Ursula. **Psychologies de la senectud: processo e aprendizaje del envejecimiento.** Barcelona: Herder, 1988.

LEPARGNEUR, Humbert. **Consciência, corpo e mente: Psicologia e Parapsicologia.** Campinas, SP: Papirus, 1994.

LEVINSON *ET AL.* **The seasons of man's life.** New York: Knopf, 1978.

LIEBERMAN, M. A. **Adaptative processes in late life.** IN: DATAN, N and GINSBERG, L. H. (Eds) *Life span developmental psychology.* New York: Academic Press, 1975.

LOWENTHAL, M. F. *and* CHIRIBOGA, D. **Responses to Stress.** IN: LOWENTHAL, M. F> et al. *Four stages of life: A comparative study of women and men facing transitions.* San Francisco: Jossey-Bass, 1975.

LUCHESE, F. **Lutas para Prolongar a Juventude.** Porto Alegre: L & PM, 2001.

LYS, K., PERNICE, R. **Perceptions of positive attitudes toward people with spinal cord injury.** *International Journal of Rehabilitation Research.* 18, pp. 35-43, 1995.

MARCHESI, Álvaro; Canetero, Mário e Palácios, Jesus. **Psicologia Evolutiva 1: Teorias e Métodos.** Madrid: Alianza, 1995.

MARQUES, Sueli; RODRIGUÊS, R. A. P. E KUSUMOTA, L. **O Idoso Após Acidente Vascular Cerebral: Alterações no Relacionamento Familiar.** *Revista Latino Americana de Enfermagem:* 2006 (14; 3).

MARTINS, J.M. **A lógica das Emoções: na ciência e na vida.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MISHARA, B.L.; RIEDEL, R. G. **El proceso de envejecimiento**. Trad. Guillermo Solana. 2.ed. Madrid: Ediciones Morata: 1995 (Colección Psicología y vida).

MOOS, R. H., & Tsu, V. Human ;**Competence and coping: Na overview**. In R. H. Moos (Ed.) Human adaption: coping with life crises. Lexiton, MA: Heath, 1976.

MORAGAS, R. **El Reto de la Dependencia al Envejecer**. Barcelona: Emprese Herder: 1999 (Colección Albor).

MUCIDA, Ângela. **Sujeito não Envelhece: Psicanálise e velhice**. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2004.

NERI, Anita L., Mônica Sanches Yassuda e Meire Cachioni. **Velhice Bem-Sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas, SP: Papirus, 2004 (Coleção viva idade).

NERI, Anita L. **Perspectiva de Curso de vida em Psicologia do Desenvolvimento: Teorias Normativas** (Artigo não publicado).

_____. **Sobre a Dinâmica entre Ganhos e Perdas no Desenvolvimento Adulto** (Artigo não publicado).

_____. **Desenvolvimento e Aprendizagem no Adulto: Teoria e Pesquisa**. UNICAMP, Campinas: 1º sem. 1991a.

_____. **Envelhecer Num País de Jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1991b.

_____. **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Campinas, SP: Papirus, 1993 (Coleção viva idade).

_____. **Psicologia do Envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida**. Campinas, SP: Papirus, 1995 (Coleção viva idade).

_____. **Velhice e Sociedade.** Campinas, SP: Papyrus, 1999 (Coleção viva idade).

_____. **Maturidade e Velhice: trajetórias individuais e socioculturais.** Campinas, SP: Papyrus, 2001 a (Coleção viva idade).

NERI, A. L. **Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas.** Campinas, SP: Papyrus, 2001b (Coleção Vivacidade).

_____. **Palavras Chaves em Gerontologia.** Campinas, SP: Alínea, 2001c.

_____. **Cuidar de Idosos no Contexto da Família: questões psicológicas e sociais.** Campinas, SP: Alínea, 2001d.

NETTO, M. P. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1996.

NEUGARTEN, B. L. **Adaptation and the life cycle.** IN: N. K. SCHOLSSBERG, And A.D. Entine (Eds.) Counseling adults. Monterey, CA: Brooks/Cole, 1977.

_____. **Constituities and Discontituities at Psychological Issues Adult Life.** Human Development, 1968, 12: 121-130 Trad. Anita Liberalesso Neri.

NOVELACE, E. A. **Aging and Cognition: Mental Processes, self-awareness and interventions.** New York: North-Holand: 1990.

PAPALIA, Diane E. e OLDS, Sally W. **Desenvolvimento Humano.** 7.ed. Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artem, 2006.

PEREIRA, I. L. L., Vieira, C.M. **A Terceira Idade: guia para viver com saúde e sabedoria.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira: Carpe Dien, 1996.

PY, Ligia [et. Al.]. **Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais.** Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004.

PLINKINGTON, F. B. **A qualitative study of life stroke.** *Jornal of Neuroscience Nursing* 31.6: 1999.

QUEROZ, n. c. **Bem-Estar Psicológico e Inteligência Emocional entre Homens e Mulheres na Meia Idade e velhice.** Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas: 2003.

RABELO, Dóris F. **Incapacidade Funcional, Senso de Ajustamento Pessoal e Bem-estar Subjetivo em Adultos e Idosos Afetados Por Acidente Vascular Cerebral.** Dissertação de Mestrado de Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas: 2006.

RATHUS, S. A., Novid, J. S. **Adjustment and Growth the Challenges of Life.** USA: Holf, Rinahart and Winston, 1980.

RESENDE, M. C. de. **Atitudes em relação ao idoso à velhice pessoal e ao portador de deficiência física em adultos Portadores de Deficiência física.** Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, 2001.

RIBAS, J. B. C. **Pedágio: um estudo sobre portadores de deficiência física que trabalham como vendedores de Mentex nos semáforos da cidade de São Paulo.** Tese de Doutorado em Antropologia Social da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP: 1999.

ROCHETTE, Annie, Gina Bravo, Johanne Desrosiers, Denise St-Cry and Annick Bourget. **Adaptation process, participation and Depression over six months in first-stroke individuals and a spouses.** *Clinical Rehabilitation*: 2007 (21; 554).

ROSENFELD, Isadore. **Viva Agora, Envelheça Depois: maneiras comprovadas de desacelerar o tempo.** Trad. Patrícia de Queiroz Carvalho Zimbres. São Paulo, SP: UNESP; SENAC São Paulo, 2002.

SCHLOSSBERG, N. K. **A Model for Analyzing Human Adaptation to Transition.** In: *The Counseling Psychologist*, vol. 9, n° 2, 1-18. University of Maryland, 1981.

SCHLOSSBERG, N. K., WALTERS, E.B & Goodman, J. **Counseling adults in transition (2 editions)**. New York, Springer: 1995.

_____, N. K., WALTERS, E.B & Goodman, J. **Student Development in college: theory, research and practice**. New York, Springer: 1998.

SELBACH, Isabel. **Acupuntura Aplicado no AVC (Acidente Vascular Cerebral) e uma Breve Visão da MTC(Medicina Tradicional Chinesa)**. Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho: Botucatu – SP, 2002.

SILVA, F. P. **Crenças em relação à velhice: bem-estar subjetivo e motivos para freqüentar Universidade da Terceira Idade**. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, SP, 1999.

SQUIRE, Larry R. E KANDEL, Eric R. **Memória: da mente às moléculas**. Trad. Carla Dalmaz e Jorge A Quillfeldt. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SPIERER, H. **Major transitions in the human life cycle**. New York: Academy for Educational Development, 1977.

SUMMERS, Susan L. **A summary and critique of Nancy K. Schlossberg's Transition Theory**. University of Iowa: 2002.

THURNHER, M. **Continuities and discontinuities in value orientation**. IN: LOWENTHAL, M. F. THURNEHER, M. and CHIRIBOGA, D. Four stages of life: A comparative study of women and men facing transitions. San Francisco: Jossey-Bass, 1975.

VEGA, José Luiz e MARTINEZ, Belén B. **Desarrollo Adulto y Envejecimiento**. Vallehermoso, Madrid: Síntesis, s.d (Psicología Evolutiva y de La Educación).

VILAS BOAS, M. A . **Estatuto do Idoso Comentado**. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

VON SIMSON, ° R. M., NERI, A . L. E CACHIONI, M. **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2006 (Coleção velhice e sociedade).

WEISS, R. S. Transition's states and other stressful situations: Their nature and programs for their management. IN: CAPLAN, G. and KILLILEA, M. (Eds.) Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations. New York: Grune & Stratton, 1976.

APÊNDICES

APÊNDICE I – QUADRO DE LEVANTAMENTO DOS SUJEITOS DO SEXO FEMININO:

IDADE	RELAÇÃO COM O TEMPO DE SEQUELA				RELAÇÃO COM O TEMPO DE TRATAMENTO			
	<=3 MESES	>3 a <=5 MESES	>=6 a <=1 ANO	> 1 ANO	<=3 MESES	>3 A <=5 MESES	>=6 a <=1 ANO	> 1 ANO
29								X
30	X				X			
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40			X				X	
41								
42							X	
43								
44								
45			X	X	X	X		
46			X					
47								
48	X				X			
49								
50							X	
51			X			X		
52	X	X		X	XX			X
53			X		X			
54				XX			X	X
55								
56								
57			X		X			
58				X				X
59				X				X
60								X
61								
62								
63				X				X
64			XX				XX	
65				X		X		
66			X				X	
67								
68				X				X

IDADE	RELAÇÃO COM O TEMPO DE SEQUELA				RELAÇÃO COM O TEMPO DE TRATAMENTO			
	<= 3 MESES	>3 <=5 MESES	>6 <= 1 ANO	> 1 ANO	<= 3 MESES	>3 <= 5 MESES	>6 <= 1 ANO	> 1 ANO
69				X				X
70				X	X			
71								
72		X				X		X
73				X	X			
74								
75								
76								
77		X	X			X	X	
78	X				X			
79								
80			X		X			
81			X			X		
82				X				X
83								
84								
85								
86								
87	X				X			

APÊNDICE II – QUADRO DE LEVANTAMENTO DOS SUJEITOS DO SEXO MASCULINO:

IDADE	RELAÇÃO COM O TEMPO DE SEQUELA				RELAÇÃO COM O TEMPO DE TRATAMENTO			
	<=3 MESES	>3 a<=5 MESES	>=6 <=1 ANO	> 1 ANO	<=3 MESES	>3 a<=5 MESES	>=6 <=1 ANO	> 1 ANO
35	X				X			
36				X				X
37	X				X			
38								
39								
40			X			X		
41								
42								
43								
44								
45				X			X	
46								
47								
48	X				X			
49	X		X		X		X	
50			X				X	
51	X							
52					X			
53	X X X	X		X	X X X	X		X
54		X	X	X	X	X X		
55								
56								
57								
58		X X		X	X X	X	X	
59	X	X		X	X	X		X
60	X X	X X			X X X	X		
61								
62		X	X		X		X	
63								
64								
65	X			X	X			X
66				X				X
67			X				X	
68				X	X			
69								
70				X	X			
71					X			
72								
73			X x	x	X	x	x	

IDADE	RELAÇÃO COM O TEMPO DE SEQUELA				RELAÇÃO COM O TEMPO DE TRATAMENTO			
	<=3 MESES	>3 a<=5 MESES	>=6 <=1 ANO	> 1 ANO	<=3 MESES	>3 a<=5 MESES	>=6 <=1 ANO	> 1 ANO
74		X X			X	X		
75								
76	X	X			X	X		
77				X				X
78				X				X
79								
80								
81	X							
82								
83			X				X	
84								
85	X		X		X		X	

APÊNDICE III - PERFIL DOS SUJEITOS NA MEIA IDADE:

	Tempo AVC	Idade	Cor	Estado Civil	Reside com família	Tempo q/reside c/família	Tem apoio familiar	Religiosidade	Nível de escolaridade
Sujeito 1	1 mês	53 anos	Branca	Casado	Sim		sim	Católico	1ª a 4ª completo
Sujeito 2	2 meses	53 anos	Branca	Casado	Sim		sim	Católico	1ª a 4ª incompleto
Sujeito 3	4 meses	55 anos	Parda	Viúvo	Sim	31 anos	sim	Católico	1ª a 4ª completo
Sujeito 4	5 meses	49 anos	Parda	Divorciado	Sim	2 anos	sim	Católico	1ª a 4ª completo
Sujeito 5	6 meses	51 anos	Negro	Casado	Sim	33 anos	Sim	Evangélico	1ª a 4ª completo

PERFIL DOS SUJEITOS NA VELHICE:

	Tempo de AVC	Idade	Cor	Estado Civil	Reside com família	Tempo q/reside c/família	Tem apoio familiar	Religiosidade	Nível de escolaridade
Sujeito 1	1 mês	75	Branca	Casado	Sim	50anos	Sim	Católico	1ª a 4ª incompleto
Sujeito2	1 mês	65	Branca	Casado	Sim	35 anos	Sim	Católico	1ª a 4ª completo
Sujeito 3	6 meses	63 anos	Parda	Casado	Sim	30 anos	Sim	Espírita	5ª a 8ª incompleto
Sujeito4	6 meses	74 anos	Parda	Casado	Sim	40 anos	Sim	Católico	1ª a 4ª incompleto
Sujeito 5	6 meses	76 anos	Branca	Casado	Sim	50 anos	Sim	Evangélico	5ª a 8ª incompleto

APÊNDICE IV– FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO RESPONDENTE:

1 - Nome: _____

2 - Ano de nascimento ou idade: _____

3 - Cor: () branca () negra () parda

4 – Estado civil: () solteiro; () casado; () viúvo; () divorciado

5 – Você reside com a família?

() sim;

() não. Especifique: _____

6 – Religião:

() católica

() espírita

() evangélica

() não tem religião

() outra. Especifique: _____

7 - Nível de escolaridade:

() analfabeto

() ensino fundamental incompleto (1ª a 4ª série)

() ensino fundamental completa (1ª a 4ª série)

() ensino fundamental incompleto (5ª a 8ª série)

() ensino fundamental completo (5ª a 8ª série)

() ensino médio incompleto

() ensino médio completo

() superior incompleto

() superior completo

() pós graduação lato-sensu (aperfeiçoamento ou especialização)

() mestrado

() doutorado

8 – Tipo de atividade profissional:

Antes do derrame: _____

Depois do derrame: _____

9 – Qual o grau de satisfação em relação ao trabalho que vinha desempenhando antes do AVC?

- () muito insatisfeito;
- () insatisfeito;
- () indiferente;
- () satisfeito;
- () muito satisfeito;

Razões: _____

10 – (Pergunta dirigida somente aos sujeitos que estavam trabalhando antes do AVC). Como está sendo, após o AVC, sua relação com a instituição de trabalho?

- () não teve apoio da instituição;
- () teve apoio da instituição. Justifique: _____

11 – Você realizava alguma atividade para se distrair antes do AVC?

- () não;
- () sim. Especifique: _____

12 – Realiza atualmente alguma atividade para distrair-se?

- () não;
- () sim. Especifique: _____

13 – Teve experiência com outro tipo de seqüela ou doença grave?

- () não
- () sim. Qual: _____

14 – Como você interpreta a evolução do seu tratamento:

- () nenhuma evolução, continuo como estava;
- () pouca evolução;
- () média evolução;
- () evolução satisfatória. Justifique: _____

15 – Você acha que ainda vai melhorar?

- () não sei;
- () sim;
- () não. Justifique: _____

16 – Você gostaria de fazer algum comentário relacionado à sua experiência com a doença?

APÊNDICE V- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM SUJEITO (PACIENTES COM AVC)

1 – Como está sendo a sua experiência com o derrame (AVC)?

2 – Como você pensa que as pessoas vêem você após esse derrame (AVC)? (sua família e outros)

3 – Que expectativas você tem em relação à sua vida após a ocorrência do derrame?

- Expectativas profissionais;

- Expectativas pessoais;

4 – O que resultou para você de positivo ou de ganhos com a doença?

5 – O que resultou de negativo ou de perdas em decorrência da doença?

6 – O que tem mais realce ou importância para você: os ganhos ou as perdas decorrentes da doença? Justifique.

7 – O ambiente físico onde você vive continua sendo o mesmo após a ocorrência do AVC? (houve mudanças no sentido de facilitar sua recuperação e/ou mobilidade ?)

8 – Fale sobre o que desejar acrescentar, sobre sua experiência pessoal com o derrame.

APÊNDICE VI - ENTREVISTA COM A FAMÍLIA

1 – Tipo de vínculo do entrevistado com o sujeito acometido de AVC: (esposa/companheiro; filho (a); irmão (ã); neto (a); outros). Especifique.

2 – Tempo de convivência do informante com o sujeito da pesquisa.

3 – Houve outros derrames anteriores?

4 – Em sua percepção, ou de acordo com a informação de outra pessoa, houve algum motivo que possa ter contribuído para o desencadeamento da doença? Se houve, poderia explicar?

5 – Você gostaria de fazer algum outro comentário relacionado à situação do sujeito?

APÊNDICE VII - Relação das variáveis do modelo de Schlossberg com as perguntas do formulário e dos roteiros de entrevistas:

CARACTERÍSTICAS ANALISADAS	VARIÁVEIS OBSERVADAS	PERGUNTAS CORRESPONDENTES AO FORMULÁRIO E AOS ROTEIROS DE ENTREVISTA
CARACTERÍSTICAS DA TRANSIÇÃO EM SI	Mudanças de papéis: ganhos e perdas	Questões 8, 9 do formulário; Questões 4, 5 e 6 do rot. de ent. com sujeitos.
	Emoções: positivas ou negativas	Questões 1, 2, e 3 do rot. de ent. com sujeitos.
	Fonte: interna ou externa	Questões 3 e 4 do rot. de ent. com familiar.
	Início: gradual ou súbito	Questão 13 do formulário; Questão 3 do rot. de ent. com familiar
	Duração: permanente, temporária ou incerta	Questão 15 do formulário; Questões 3 e 7 do rot. de ent. com familiar
CARACTERÍSTICAS DOS AMBIENTES PRÉ E PÓS-TRANSIÇÃO	Sistemas internos de apoio: relações de intimidade, família, rede de amigos	Questões 4, 5, e 6 do formulário; Questão 6 do rot. de ent. com familiar; Questão 8 do rot. de ent. com sujeito.
	Suportes institucionais	Questão 10 do formulário
	Ambiente físico	Questões 7 e 8 do rot. de ent. com sujeito
	Fatores culturais	Questões 7, 11 e 12 do formulário;

CARACTERÍSTICAS ANALISADAS	VARIÁVEIS OBSERVADAS	PERGUNTAS CORRESPONDENTES AO FORMULÁRIO E AOS ROTEIROS DE ENTREVISTAS
CARACTERÍSTICAS DO PRÓPRIO INDIVÍDUO	Competência psicossocial	Questões 7,9,11,12,e 15 do formulário; Questão 3 do rot. de ent. com sujeito.
	Sexo e identificação do papel sexual	Questão 2 do formulário
	Idade	Questão 2 do formulário
	Saúde	Questões 13, 14, e 15 do formulário; Questão 7 do rot. ent. com familiar
	Raça/ etnia	Questão 3 do formulário
	Nível sócio-econômico	Questão 7 do formulário
	Orientação de valor	Questão 6 do formulário
	Experiência anterior com um transição parecida	Questões 3 e 4 do rot. ent. com familiar.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)