

UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM BIOÉTICA

ROGÉRIO DONIZETI REIS

AS SEQUELAS DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL COMO EVIDÊNCIA DE  
VALIDADE DA VULNERABILIDADE HUMANA REFLETIDA E PROJETADA PELA  
PLATAFORMA BIOÉTICA

POUSO ALEGRE - MG

2019

ROGÉRIO DONIZETI REIS

AS SEQUELAS DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL COMO EVIDÊNCIA DE  
VALIDADE DA VULNERABILIDADE HUMANA REFLETIDA E PROJETADA PELA  
PLATAFORMA BIOÉTICA

Dissertação apresentada para o programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí, para obtenção do título de mestre em Bioética.

Linha de Pesquisa: Bioética, os Ciclos da Vida e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Batista.

POUSO ALEGRE - MG

2019

Reis, Rogério Donizeti.

As sequelas do acidente vascular cerebral como evidência de validade da vulnerabilidade humana refletida e projetada pela plataforma bioética / Rogério Donizeti Reis. – Pouso Alegre: UNIVÁS, 2019.  
72f. : il.

Dissertação – Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Bioética,  
Universidade do Vale do Sapucaí, UNIVÁS, 2019.

Título em inglês: Stroke sequelae as evidence of the validity of human vulnerability as reflected and designed by the bioethics platform.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antônio Batista.

1. AVC. 2. Vulnerabilidade. 3. Idoso. 4. Bioética. I. Título.

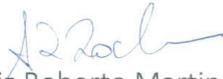
CDD – 174.2

**CERTIFICADO DE APROVAÇÃO**

Certificamos que a dissertação intitulada "AS SEQUELAS DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL COMO EVIDÊNCIA DE VALIDADE DA VULNERABILIDADE HUMANA REFLETIDA E PROJETADA PELA PLATAFORMA BIOÉTICA" foi defendida, em 28 de fevereiro de 2019, por ROGÉRIO DONIZETE REIS, aluno regularmente matriculado no Mestrado em Bioética, sob o Registro Acadêmico nº 98013105, e aprovada pela Banca Examinadora composta por:

  
Prof. Dr. Marcos Antonio Batista  
Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS  
Orientador

  
Prof. Dr. Ewerton Naves Dias  
Universidade de Mogi das Cruzes - UMC  
Examinador

  
Prof. Dr. Luiz Roberto Martins Rocha  
Universidade do Vale do Sapucaí - UNIVÁS  
Examinador

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE SE NO ORIGINAL

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - PROPPES**

Av. Prof. Tuany Toledo, 470 – Fátima I – Pouso Alegre/MG – CEP: 37554-210 – Fones: (35) 3449-9231 e 3449-9248

Ao Benedito Emílio Salomon, pelo companheirismo,  
amizade, incentivo e pelas sábias palavras;  
Aos meus pais Daniel Reis e Lazineira Reis;  
Aos meus irmãos Ricardo, Michel e Daniela;  
Às queridas sobrinhas Richelli, Renata, Caroline, Camila,  
Gabriela, Aline e Emanuely.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser meu guia, minha luz na hora da escuridão, por ser presença na minha vida, amparo nas horas de desânimo e desespero, ouvidos para escutar minhas lamentações.

Ao professor Marcos Antônio Batista, pela dedicação, acolhimento e pelo respeito e paciência ao longo da orientação;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG);

Aos idosos participantes do estudo;

Aos professores Coldibelli, Augusto, José Vitor, Luiz Roberto, Manoel, Mesquita, Rafael, Ronaldo e Virgínio;

Às professoras Adriana, Camila Quina, Dênia, Elizabete e Sônia.

“Eu poderia falar todas as línguas que são faladas na terra e até no céu, mas, se não tivesse amor, as minhas palavras seriam como o som de um gongo, ou como o barulho de um sino. Poderia ter o dom de anunciar mensagens de Deus, ter todo o conhecimento, entender todos os segredos e ter tanta fé, que até poderia tirar as montanhas do seu lugar, mas, se não tivesse amor, eu não seria nada. Poderia dar tudo o que tenho e até mesmo entregar o meu corpo para ser queimado, mas, se eu não tivesse amor, isso não me adiantaria nada. Quem ama é paciente e bondoso. Quem ama não é ciumento, nem orgulhoso, nem vaidoso. Quem ama não é grosseiro nem egoísta; não fica irritado, nem guarda mágoas. Quem ama não fica alegre quando alguém faz uma coisa errada, mas se alegra quando alguém faz o que é certo. Quem ama nunca desiste, porém, suporta tudo com fé, esperança e paciência. O amor é eterno. Existem mensagens espirituais, porém, elas durarão pouco. Existe o dom de falar em línguas estranhas, mas, acabará logo. Existe o conhecimento, mas, também terminará. Pois os nossos dons de conhecimento e as nossas mensagens espirituais são imperfeitos. Mas, quando vier o que é perfeito, então, o que é imperfeito desaparecerá. Quando eu era criança, falava como criança, sentia como criança e pensava como criança. Agora que sou adulto, parei de agir como criança. O que agora vemos é como uma imagem imperfeita num espelho embaçado, mas, depois veremos face a face. Agora, o meu conhecimento é imperfeito, mas, depois, conhecerei perfeitamente, assim como sou conhecido por Deus. Portanto, agora existem estas três coisas: a fé, a esperança e o amor. Porém, a maior delas é o amor”.

(1 Coríntios 13, 1-13)

## RESUMO

O envelhecimento populacional é um desafio para a realidade do Brasil, ao passo que implica em aumento do risco de vulneração dos idosos quando acometidos pelo acidente vascular cerebral (AVC). O objetivo deste estudo é conhecer a percepção dos idosos quanto à sua identidade física, psíquica e social, a partir de uma vida com sequelas de acidente vascular cerebral, e fazer emergir indicadores da vulnerabilidade via projeção dos vulnerados. Trata-se de uma pesquisa com delineamento qualitativo e analítico. Os participantes do estudo foram 20 idosos com sequelas de AVC, com idade entre 60 e 78 anos, de ambos os sexos, residentes em uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais, que necessitassem de ajuda nas atividades da vida diária (AVD); apresentassem capacidade cognitiva e de comunicação preservadas, avaliada pelo questionário de avaliação mental; ter sido acometido pelo AVC há, pelo menos, seis meses; estar com a idade superior a 60 anos. Os dados foram coletados por meio de 2 instrumentos, quais sejam: questionário referente à caracterização pessoal dos participantes e o roteiro de entrevista semiestruturada. A análise dos dados permitiu observar que o sexo masculino prevaleceu com 60%; a idade média foi de 70,15 (DP=5,68). O perfil sociodemográfico como maior prevalência ficou composto por 75% casados; 75% disseram ser católicos; 85% dos idosos são aposentados; em relação à escolaridade, 45% têm o ensino fundamental incompleto; 60% não têm convênio médico; 35% recebem 1 salário mínimo; o tempo de sequela foi 3,5 anos; 65% dos idosos têm com sequela hemiplegia e espasticidade; 85% têm sequela parcial; 90% possuem casa própria e 90% residem em casa térrea. Os dados foram analisados pelo software Iramuteq e, posteriormente, correlacionados com a teoria das representações sociais. As representações sociais emergentes possibilitaram uma visualização multifatorial para as seguintes classes que foram denominadas como: “Percepção em relação à vida antes e pós o AVC” foram: “Vulnerabilidade da vida humana”, “Dificuldade em aceitar a doença”, “Cuidar e ser cuidado”, “Tomada de consciência antes e pós-AVC”, “Isolamento social por imposição”, e “Dependência física”. À guisa de conclusão, pode-se afirmar que os achados deste trabalho confirmam, o aventado hipotético proposto, ou seja, validaram, via discurso do vulnerado, a representação social do idoso com sequelas de AVC ou, se preferir, os conceitos ou definição da vulnerabilidade.

Palavras-chave: AVC. Vulnerabilidade. Idoso. Bioética.

## ABSTRACT

Population aging presents a challenge to the Brazilian health care system, particularly concerning the increase of CVA among the elderly. This study aims to learn the perception of the elderly regarding their physical, psychic and social identity, while living with sequelae of CVA. We use a qualitative as well as an analytical approach. Twenty elderly people, with CVA sequelae, participated in the study. They were aged from 60 to 78, both male and female, living in a city in the interior of the State of Minas Gerais, Brazil. They were chosen according the following criteria: those who needed help in daily life activities; presented preserved cognitive and communication skills (as assessed by a mental assessment questionnaire); having had a CVA at least in the last six months; be over 60 years of age. The data were collected as following: questionnaire referring to the personal characterization of the participants and the semi-structured interview guide. Data analysis showed that males prevailed with 60%; the mean age was 69.50 (SD = 5.68). The socio-demographic profile was: 75% are married, 75% said to be Catholic, 85% of the elderly are retired. In relation to schooling, 45% have incomplete elementary education, 60% do not have medical insurance, 35% receive the minimum wage. Time living with the sequelae of CVA was on average 3.5 years, 65% of the elderly had hemiplegia and spasticity sequelae, 85% had partial sequelae, 90% owned a house and 90% lived in a single-family home. The data were analyzed by the Iramuteq software and later correlated with the theory of social representations. The emergent social representations made possible a multifactorial visualization for the following classes: "Perception in relation to the life before and after the CVA" were: "Vulnerability of the human life", "Difficulty in accepting the disease", "Caring and being cared for", "Awareness before and after CVA", "Social isolation by imposition", and "Physical dependence". In conclusion, the findings of this study confirm the proposed hypothesis, that is, they validate, through the discourse of the victim, the social representation of the elderly with sequelae of stroke or, if preferred, validate the concepts or definition of the vulnerability.

Keywords: CVA. Vulnerability. Elderly. Bioethics.

## LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Caracterização pessoal do idoso com AVC. (N=20).....	41
---	----

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estatísticas frequenciais do corpus textual analisado .....	44
Figura 2 - Dendograma com representação nominal das classes .....	45
Figura 3 - Incidência das palavras num plano cartesiano .....	46
Figura 4 - Conexidade entre as palavras.....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS

AAVD	Atividade Avançada da Vida Diária
ABVD	Atividade Básica da Vida Diária
AHA	American Heart Association
AIVD	Atividade Instrumental da Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade da Vida Diária
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
QV	Qualidade de Vida
CF	Capacidade Funcional
OMS	Organização Mundial da Saúde
SBDCV	Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares
TRS	Teoria das Representações Sociais

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	ENVELHECIMENTO E VULNERAÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE .....	15
3	O AVC COMO REPRESENTAÇÃO MATERIAL DA VULNERABILIDADE HUMANA .....	24
4	BIOÉTICA COMO PLATAFORMA DE REFLEXÃO, COMPREENSÃO SOCIAL E MORAL DA VULNERABILIDADE .....	30
5	MÉTODO .....	37
<b>5.1</b>	<b>Delineamento da pesquisa.....</b>	<b>37</b>
<b>5.2</b>	<b>Participantes do estudo, amostra e amostragem .....</b>	<b>37</b>
5.2.1	Critérios de inclusão .....	38
<b>5.3</b>	<b>Instrumentos .....</b>	<b>38</b>
<b>5.4</b>	<b>Procedimentos éticos .....</b>	<b>38</b>
<b>5.5</b>	<b>Procedimentos para a coleta de dados.....</b>	<b>39</b>
<b>5.6</b>	<b>Procedimentos para análise de dados .....</b>	<b>39</b>
6	RESULTADOS .....	41
<b>6.1</b>	<b>Classificação hierárquica descendente .....</b>	<b>44</b>
<b>6.2</b>	<b>Análise fatorial por correspondência.....</b>	<b>46</b>
<b>6.3</b>	<b>Análise por similitude.....</b>	<b>47</b>
7	DISCUSSÃO .....	50
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	56
	REFERÊNCIAS .....	58
	APÊNDICE A - Questionário de caracterização pessoal do idoso com AVC .....	66
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada.....	67
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	68
	ANEXO A - Questionário de avaliação mental.....	70
	ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....	71

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um desafio para a realidade do Brasil: a desigualdades sociais existentes, o descaso e o desrespeito destinado à pessoa idosa; essas situações confirmam o desajuste da dinâmica domiciliar, acrescida de sentimentos de impotência, inutilidade, isolamento, solidão e desprezo - fatores geradores de conflitos auto e hétero dirigido, que o faz passar por grande carga de sofrimento e violência.

Desse modo, o envelhecimento populacional pode ser hoje considerado uma importante questão de saúde pública e assistencial, especialmente por ser um processo influenciado por diversos fatores intrínsecos e extrínsecos à pessoa. Desta forma, é imprescindível que o processo de envelhecimento e a velhice sejam analisados sob uma perspectiva abrangente, que permita a produção de um conhecimento mais eficiente, capaz de gerar oportunidades de atenção aos idosos para que, inclusive, possam ter acesso às formas de engajamentos significativos (MAIA, 2011).

O envelhecimento implica em aumento do risco para o desenvolvimento de vulnerabilidades de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial. O declínio biológico do idoso interage com processos socioculturais, com os efeitos acumulativos de condições deficitárias de educação, renda e saúde ao longo da vida e com as condições do estilo de vida atual. Em maior ou menor grau, aspectos individuais, coletivos, contextuais e históricos das experiências de desenvolvimento e de envelhecimento geram possibilidades de adoecimento e dificuldades de acesso aos recursos de proteção disponíveis na sociedade (RODRIGUES; NERI, 2012).

Para Amendola (2012), o idoso, como ser vulnerável, é uma condição resultante do seu ciclo vital. Esse processo desenvolve-se por situações distintas, e muitas relacionados à senescência, referindo-se ao processo de modificações características do envelhecimento, e também à senilidade, que ocorre devido aos processos mórbidos, que podem acometer os idosos. Contudo, apesar de o ser humano ser biopsicossocialmente vulnerável, é possível ao indivíduo tomar consciência dessa vulnerabilidade, refletir sobre ela e desenvolver mecanismos de apoio para lidar, da melhor forma possível, com essa possibilidade.

O AVC é uma patologia diversa, que apresenta um quadro de instalação rápida, com sinais clínicos de disfunção cerebral focal ou global, com sintomas que duram, pelo menos, 24 horas ou provocam a morte, apresentando sempre uma aparência catastrófica para a pessoa e à família. O AVC é um conjunto de sintomas de deficiência neurológica, que são resultados de lesões cerebrais provocadas por alterações da irrigação sanguínea. O AVC é, para todos os

efeitos, uma manifestação de uma doença vascular cerebral. Os efeitos causados por este são variados e dependem da extensão e localização da lesão no tecido nervoso (CARVALHIDO; PONTES, 2009).

Logo após o AVC, há perda do tônus muscular e diminuição da capacidade aeróbica. Sendo assim, há um aumento do gasto energético para a realização das atividades de vida diária, como, por exemplo, ir ao banheiro, pentear-se, alimentar-se e vestir-se. O gasto energético necessário para deambulação de rotina é elevado em, aproximadamente, 1,5 a 2 vezes em indivíduos hemiplégicos. Pacientes hemiplégicos, particularmente os com idade avançada, são incapazes de manter a velocidade da marcha de maneira eficaz e confortável, demandando, assim, alto gasto energético, fadiga e fraqueza muscular (BALDIN, 2009).

O reconhecimento da vulnerabilidade dos idosos discutido no meio científico e a corroboração das representações sociais explicitadas pelos idosos com seqüela de (AVC) impõem reflexões acerca de valores morais, éticos e bioéticos, pois a bioética, como desdobramento da filosofia, pensa, interage e dialoga com as múltiplas questões vivenciadas pelos idosos, por meio da discussão da injustiça social, do estigma social e do envelhecimento populacional.

As reflexões sobre o envelhecimento suscitam um olhar para as possíveis vulnerabilidades oriundas da sociedade, da família ou da própria condição do idoso acometido pelo AVC. Conhecer o aspecto multidimensional que envolve o idoso - tanto no que se refere à questão da fragilidade humana, quanto à diminuição da capacidade funcional e aprender a valorizá-lo implica conhecer valores éticos e morais, que são fundamentais para sua compreensão e, sobretudo, o respeito à autonomia e dignidade da qualidade de vida (QV).

Diante do exposto, aventou-se a hipótese de que a análise da Representação Social proporcionaria uma visão da própria condição do paciente sobre as restrições entre o querer fazer e poder fazer. Logo, o presente estudo tem como objetivos: 1) conhecer a percepção dos idosos quanto à sua identidade física, psíquica e social, a partir de uma vida com seqüelas de um AVC; 2) fazer emergir indicadores da vulnerabilidade via projeção dos vulnerados.

## 2 ENVELHECIMENTO E VULNERAÇÃO NA CONTEMPORANEIDADE

O envelhecimento presume modificações em vários níveis e as ocorrências tendem a acontecer para todos, entretanto, a intensidade, as formas e o momento dependem de fatores intrínsecos e extrínsecos. Essas transformações tendem a levar os idosos a uma diminuição da capacidade funcional (CF), seja incapacidade para realizar as atividades básicas da vida diária (ABVD), as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e as atividades avançadas da vida diária (AAVD). A limitação do idoso ou a dificuldade na execução dessas atividades tendem a expor o idoso a um processo de vulnerabilidade e, quanto maior a vulnerabilidade dos idosos, menor será sua autonomia.

O envelhecimento, de acordo com Almeida (2010), é de natureza universal e um fenômeno inerente à vida. Não segue uma evolução linear, como pode aparentar, e se caracteriza como um processo lento que se acelera durante as últimas fases da vida. O processo de envelhecer é a gradual plenificação do ciclo da vida. Ele não precisa ser escondido ou negado, mas deve ser compreendido, afirmado e experimentado como um processo de crescimento pelo qual o mistério da vida lentamente se revela. Sem a presença dos idosos, poderíamos esquecer que envelhecemos (PESSINI, 2016).

Para Paschoal (2016), o envelhecimento populacional é um marco. Ele é resultado do desenvolvimento das sociedades, prova cabal das vitórias do ser humano sobre os percalços e adversidades da natureza. O paradoxo é que esse envelhecimento populacional seja visto como um problema pela maioria dos governantes, políticos, planejadores e, mesmo, pelas pessoas em geral. O contrassenso citado é que ele pode ter uma contrapartida de fracasso, pois, os anos de vivência podem significar anos de sofrimento e infelicidade, um tempo de perdas, incapacidades e dependência. Assim, o envelhecimento e a possibilidade de sobrevida aumentada trouxeram a necessidade de se avaliar a qualidade dessa sobrevida.

O processo de envelhecimento implica uma sequência de deficiências graduais que ocorrem ao longo da vida e que se baseiam na redução da competência funcional, resultando, normalmente, numa maior dificuldade em realizar tarefas da vida diária, na incapacidade de manter a autossuficiência e, finalmente, na perda de independência. Envelhecer é, assim, visto como o declínio do vigor físico para realizar determinadas atividades de vida diária (AVD) isto é, a diminuição da autonomia funcional, sendo esta condição indispensável ao envelhecimento bem-sucedido (SUBRAMANYAM, 2014).

Para Rocha (2018), o envelhecimento é visto como um processo natural que ocorre desde que nascemos e fica mais evidente com a chegada da terceira idade. Percebe-se que a qualidade do envelhecimento está relacionada, diretamente, com a qualidade de vida (QV) à qual o organismo foi submetido. Nestes últimos anos, a sociedade tem se preocupado um pouco mais com os idosos, devido ao aumento desta população, porém, os avanços ainda são poucos em relação à pessoa idosa e ineficientes para lidar com a situação futura que prevê uma população significativamente mais envelhecida. De acordo com Gonçalves (2015), o envelhecimento é um processo universal pelo qual todos passamos. Para além de multidimensional, o envelhecimento é um processo multidirecional. Um fenômeno complexo, que engloba, simultaneamente, aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais.

Quanto aos aspectos fisiológicos, segundo Costa et al. (2017), é possível observar, durante o processo de envelhecimento, uma perda contínua de neurônios, especialmente no córtex dos giros pré-centrais – área motora voluntária. A disfunção do sistema nervoso e, em especial, do sistema nervoso autônomo, pode estar relacionada a diversos processos patológicos, tais como as doenças neurodegenerativas. Muitos vasos são alterados. A aorta se dilata e seu diâmetro interno aumenta e ocorre depósito de cálcio em toda a extensão da sua parede. Artérias de menor calibre também sofrem com o processo de envelhecimento. Com o passar da idade, as carótidas, as coronárias, as arteríolas renais, do labirinto e outras se estreitam devido a uma deposição elevada de tecido fibroso. Contudo, esse é oposto do que acontece com outros órgãos vitais do ser humano, visto que o peso do coração aumenta e surge o espessamento da parede do ventrículo esquerdo, assim como placas arterioscleróticas. Essas alterações fazem com que a pressão arterial sistólica aumente progressivamente após os 55 e 60 anos de idade. O sistema nervoso autônomo, que controla os batimentos cardíacos e a pressão arterial, torna-se menos eficiente, acarreta maiores variações da pressão arterial, bem como hipotensão ortostática. O processo de aterosclerose, por ser crônico e degenerativo, torna-se mais exuberante em pacientes idosos.

Para Irigaray, Schneider e Gomes (2011), o processo funcional cognitivo de idosos está relacionado à sua saúde, à QV e ao bem-estar psicológico, além de ser considerado um fator importante de envelhecimento ativo e de longevidade. O envelhecimento abarca alterações desde o nível dos processos mentais, da própria personalidade, das motivações que a pessoa tem, das aptidões sociais, ou seja, do ponto de vista psicológico, e também vai depender de fatores de ordem genética, patológica (doenças e/ou lesões), de potencialidades individuais (processamento de informação, memória, desempenho cognitivo, entre outras); e, ainda, com interferência do meio ambiente e do contexto sociocultural. Relatam que ainda não

há um consenso sobre a ocorrência de declínios e ganhos em relação ao bem-estar psicológico.

Zimerman (2009) relata que o envelhecimento social está relacionado a alterações no *status* social. A transição da situação de economicamente ativo para a de aposentado é percebida como uma perda de utilidade e poder social. É com esta mudança que alguns projetos de vida ficam comprometidos. Existem idosos que apresentam dificuldades neste processo de adaptação e que iniciam um ciclo de perdas diversas que vão desde a condição econômica ao poder de decisão, à perda de parentes e amigos, da independência e da autonomia; de contatos sociais, da autoestima, à perda da sua identidade.

Choi, Irwin e Cho (2017) argumentam que o isolamento social tem um efeito negativo severo sobre a longevidade e a saúde mental do idoso, com reflexos no físico (aparecimento de doenças psicossomáticas). Os autores trazem duas classificações para o isolamento social: - subjetiva: quando faltam aos idosos recursos sociais, como companheirismo e apoio de maneira geral, embora haja quem os pudesse prover; e - objetiva: quando falta ao idoso contingente social e afetivo para se relacionar ou atividade social propriamente dita. Constatase que qualquer das formas de isolamento está ligada à perturbação do sono, aos sintomas depressivos e à fadiga, porém, o isolamento classificado como subjetivo contribui significativamente mais com tais transtornos.

Segundo Abreu, Gomes e Martins (2018), o envelhecimento pode ser entendido como uma fase de transformações positivas, que incluem o aperfeiçoamento. Por um lado, os idosos passam a necessitar de cuidados e assistência, quando a autonomia e as capacidades se tornam comprometidas e cujas soluções para o problema incluem custos arcados por toda a sociedade, visto que se trata de uma questão de direitos humanos; por outro, a velhice pode ser pensada como ativa, com menos dependência, oportunidade e mais inclusão. As mudanças na expectativa de vida atribuem ao público idoso mais visibilidade e o introduz nas agendas políticas de forma mais efetiva.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015), o envelhecimento está associado ao desenvolvimento e o destaca como recurso precioso para as famílias, para a economia e para a sociedade como um todo, visto que viver mais significa acumular e repassar experiências e habilidades. Entretanto, alerta que a não inclusão dos idosos em estratégias de desenvolvimento humano pode levar ao sofrimento deles, o que pode resultar em processos de exclusão, abandono e, conseqüentemente, levar ao estado de vulnerabilidade. São desafios que se intensificam em países menos desenvolvidos, onde o número de idosos aumenta de maneira mais acelerada e com as piores condições para se fazer frente a esse fenômeno.

O processo de envelhecimento, segundo Barreto (2005), pode ser dividido em duas fases: a primária e a secundária. A fase primária é definida como um processo pessoal, natural, gradual que se caracteriza por uma diminuição das “aptidões e capacidades, tanto físicas como mentais”, o qual se encontra relacionado com o código genético de cada um. Na secundária, o envelhecimento/processo “patológico” ocorre de forma imprevisível e as causas são diversas (determinadas por doenças ou lesões, fortemente relacionadas com alterações ambientais) e suas manifestações vivenciadas de forma distinta pelo ser humano. Dantas e Santos (2017) citam uma terceira fase do processo de envelhecimento, denominada de terciário, também chamada de terminal, que é caracterizada pelo acúmulo de patologias próprias da idade. É, portanto, o período de declínio acentuado das funções físicas e cognitivas.

Para Santos, Santana e Broca (2016), o envelhecer deve aproximar-se da funcionalidade global, essa, por sua vez, é definida como a capacidade que o indivíduo possui de gerenciar sua vida, ou de cuidar de si próprio. A CF deve encaminhar o cuidado ao idoso, o qual visa a sua autonomia e independência. A autonomia pode ser definida como a capacidade do indivíduo em tomar decisões, enquanto a independência, a capacidade de realizar algo pelos próprios meios.

De acordo com Almeida (2010), é fundamental manter o respeito pela autonomia do sujeito para manter a qualidade da vida. No que diz respeito à velhice, deve ser entendida como uma fase de valorização, experiências e maturidade, uma vez que os anciãos estão no auge da sabedoria. Esta autonomia, enquanto princípio que se pretende e deseja instituir, não é dissociável do outro princípio da vulnerabilidade, substantivo para o homem que, ao envelhecer, segue um caminho exposto a ser ferido.

Para que a pessoa idosa possa levar uma vida com independência e autonomia, é imprescindível à manutenção da CF, esta pode ser conceituada como a manutenção da capacidade de realizar ABVD e AIVD. Conseguir realizar as ABVD para a pessoa idosa significa algo cotidiano e indispensável para a sua sobrevivência, mantê-la envolvida na execução dos afazeres domésticos e no gerenciamento dos cuidados com a própria saúde (FERREIRA et al., 2012).

Para Risman (2010), a CF se refere à potencialidade para desempenhar as AVD, ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda e abrange dois tipos de atividades, a básica e a instrumental.

Contudo, Alves et al. (2007) afirmam que as ABVD consistem nas tarefas de autocuidado, como tomar banho, vestir-se e alimentar-se, e se baseiam no índice de Katz, o

qual refletirá um substancial grau de incapacidade. Geralmente, quanto maior o impedimento para realizar as ABVD, mais severa é a sua incapacidade.

Para Duarte, Andrade e Lebrão (2007), as AIVD são as habilidades do idoso para administrar o ambiente em que vive e inclui preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte.

Dias et al. (2015) citam AAVD e afirmam que as atividades avançadas se refletem em episódios conscientes e intencionais, interagem com o funcionamento físico, mental e social, que vai permitir o desenvolvimento de diversos papéis sociais, garantir a manutenção de uma boa saúde mental e QV. A limitação da CF influencia diretamente na QV do idoso. E, diante dessa limitação, há importantes implicações no ambiente familiar e, diretamente, na vida do próprio idoso, pois esta ocasiona maior vulnerabilidade e uma dependência considerável para essa população. Quanto maior a dificuldade ou a limitação na CF ou capacidade de autocuidado, maior será sua vulnerabilidade e, conseqüentemente, menor será sua autonomia. Portanto, a CF reduzida levará o idoso a uma dependência familiar, bem como a sua efetiva desconexão com a sociedade.

A vulnerabilidade atribuída aos idosos sofre um reflexo importante quando as limitações funcionais são agravadas pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como é o caso do acidente vascular cerebral (AVC), onde o idoso tem sua identidade deteriorada, funções motoras e cognitivas prejudicadas, ficando explícita a ineficiência do autocuidado. Antes mesmo de representar um risco à vida e uma perda da dinâmica familiar, o AVC é uma potencial doença ameaçadora à independência e à autonomia do idoso.

Schmidt et al. (2010) relatam que, na segunda metade do século XX, houve crescimento expressivo das DCNT e que: as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes foram responsáveis por 60% de todos os óbitos no planeta e por 80% daqueles ocorridos em países de média e baixa renda.

Para Campolina et al. (2013), o crescimento das DCNT é uma das principais características do processo de transição epidemiológica e surge com maior impacto em países desenvolvidos, a partir da década de 1960, e se espalha rapidamente pelo Brasil.

No Brasil, a construção do perfil de morbidade e mortalidade tem sofrido alterações ao longo dos anos e os processos de transição demográfica e epidemiológica têm resultado na formação de grupos populacionais com características peculiares e específicas, a exemplo dos novos problemas ligados ao processo de envelhecimento. Este processo foi alcançado devido à redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida da população brasileira,

o que contribui para que os cenários de doenças crônicas e degenerativas fossem cada vez mais comuns (FRIESTINO et al., 2013).

Monteiro (2000) descreve que as intensas mudanças de alguns indicadores de morbimortalidade da população brasileira, principalmente, no aumento significativo da expectativa de vida e a evidente redução nas taxas de mortalidade infantil e de mortalidade por doenças infecciosas, fortalecem a ideia de que houve mudanças significativas nos padrões de vida dos brasileiros.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2005), o envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios a ser enfrentado pela sociedade. No século XXI, o envelhecimento aumentará as demandas sociais e econômicas em todo o mundo. No entanto, apesar de, na maioria das vezes, serem ignorados, os idosos deveriam ser considerados essenciais para a estrutura das sociedades.

Segundo essa teoria, a humanidade teria atravessado três fases epidemiológicas ao longo da sua história. A primeira fase se caracterizou como a “Era da Fome das Pestilências”, que durou desde o início dos tempos históricos até o fim da Idade Média, foi caracterizada por altos índices de natalidade, altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas endêmicas e epidemias que assumiam, com frequência, caráter pandêmico e devastavam as populações. Nessa fase, a expectativa de vida estava em torno de 20 anos e o crescimento demográfico foi lento (OMRAN, 1971).

Na segunda fase, predominou a “Era do Declínio das Pandemias” e corresponde, historicamente, ao período que vai da Renascença até o início da Revolução Industrial, sendo caracterizada pelo progressivo desaparecimento das grandes pandemias, embora as doenças infecciosas continuassem a ser a principal causa de morte. Nesse período, verificou-se uma gradual melhora no padrão de vida e a expectativa de vida alcançou os 40 anos. Como as taxas de mortalidade declinaram até níveis de 30 por 1000 e a natalidade continuava acima de 40 por 1000, iniciou-se um longo período de crescimento populacional. A terceira fase é denominada a “Era das Doenças Degenerativas e das Causadas pelo Homem”, estende-se da Revolução Industrial até os tempos modernos e caracterizou-se por uma progressiva melhoria do padrão de vida das populações (habitação, saneamento, alimentação, educação) e um correspondente declínio das doenças infecciosas, que se iniciaram várias décadas antes do aparecimento das sulfas e dos antibióticos e se acentuou após esses progressos da medicina (OMRAN, 1971).

Veras (2012) afirma que as discussões em torno da transição demográfica já se iniciaram há algum tempo e que já há dados sobre o tema. Portanto, as consequências em relação ao aumento do tempo de vida da população ainda necessitam de estratégias bem elaboradas e de intervenções adequadas, principalmente quando se trata da elevada velocidade em que há a transição do perfil etário. A velocidade do envelhecimento populacional no Brasil será significativamente maior do que a que ocorreu nas sociedades mais desenvolvidas no século passado.

Com o aumento da população de idosos, seus anos a mais de vida e, em consequência, o uso mais frequente dos serviços de saúde, os gastos no setor aumentarão de modo substancial no Brasil e tendem a emergir como um dos maiores desafios fiscais nas próximas décadas. Daí a necessidade de invertermos a lógica atual do sistema de saúde, centrada no tratamento de enfermidades já existentes, muito mais do que em ações de prevenção. Como consequência de uma população mais envelhecida, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são iniciativas que devem ser ampliadas. Só assim será possível assegurar mais QV aos idosos e bem estar à população como um todo (VERAS 2012).

Levantamentos estatísticos elaborados por Evarti, Borges e Jardim (2015) apontam que o segmento populacional que mais aumenta na população brasileira é o de idosos, com projeções nas taxas de crescimento de mais de 4% ao ano, no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais de idade passou de 14,2 milhões em 2000, para 19,6 milhões em 2010. Deve atingir 41,5 milhões em 2030 e 73,5 milhões em 2060. Espera-se, para os próximos 10 anos, um incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente. Essa situação de envelhecimento populacional é consequência, primeiramente, da rápida e contínua queda da fecundidade no país, além de ser também influenciada pela queda da mortalidade em todas as idades. Até a década de 1950, a estrutura etária do país se assemelhava a uma pirâmide, com a base larga e o cume estreito. Na base, encontravam-se muitas crianças e jovens e, no cume, poucos idosos. Notadamente, isso devido às taxas de fecundidade de mais de seis filhos por mulher. E nesse período havia uma necessidade demográfica de direcionamento das políticas sociais para a população jovem, por exemplo, em políticas relacionadas à educação e saúde infantil.

Atualmente, quando a taxa de fecundidade se encontra abaixo de dois filhos por mulher, e a longevidade aumenta continuamente, há uma maior pressão demográfica para que as políticas sociais sejam redirecionadas para os adultos e, principalmente, os idosos (EVARTI; BORGES; JARDIM, 2015).

A tendência de envelhecimento populacional fica ainda mais clara ao se observar que o grupo de idosos de 60 anos ou mais de idade será maior que o grupo de crianças com até 14 anos de idade após 2030 e, em 2055, a participação de idosos na população total será maior que a de crianças e jovens com até 29 anos de idade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE, 2016).

Segundo Rocha (2018), com o aumento geral de vida da população, torna-se importante garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas satisfação e QV. O estágio da velhice vem, geralmente, acompanhado de associações a sentimentos. Além das alterações no corpo, o envelhecimento traz ao ser humano uma série de mudanças psicológicas, que pode resultar em dificuldade de se adaptar a novos papéis.

Os pesquisadores Alfama e Cruells (2016) consideram que esta nova realidade brasileira e mundial impõe aos gestores públicos o desafio de pensar políticas integradas com ações intersetoriais de assistência e de inserção das pessoas idosas e também compreender o envelhecimento como um processo que ocorre durante toda a vida e torna necessário investir na prevenção de doenças e no cuidado com a saúde.

Para Brito et al. (2013), o envelhecimento populacional provoca grandes desafios à Saúde Pública, tendo em vista a dificuldade de adequação dos serviços a essa nova demanda, tanto quanto à disponibilidade de estrutura física e tecnologias específicas, quanto à escassez de profissionais capacitados a trabalhar com idosos, assim como devido ao universo fisiopatológico e psicossocial singular que esse público representa. Configura-se como desafio à medida que implica em mudanças na comunidade, na família e no contexto dos serviços de saúde.

Contudo, diante dessa realidade demográfica e epidemiológica que se instalou, emergem questões importantes no debate sobre processo de envelhecimento populacional e em especial a atenção sobre o AVC e sua desorganização instalada no âmbito domiciliar.

O AVC é considerado a doença mais frequente em pessoas idosas, segundo a OMS. Pessoas idosas em países desenvolvidos são aquelas com 65 anos ou mais. Para países emergentes, é considerado ser idoso aquele com 60 anos ou mais. Esta distinção, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1998), se deve ao fato de que países desenvolvidos estão providos de tecnologias, o que, com certeza, favorece melhores condições de saúde, eis a razão principal para esta divisão cronológica quanto à classificação dos gerontos referente à faixa etária.

No século XIX, o idoso era visto como respeitável e dotado de experiência e sabedoria, tinha um papel importante na família, nomeadamente na transmissão de

conhecimentos entre gerações. Atualmente, a velhice encontra-se ainda fortemente associada a uma diminuição de capacidades, de recursos sociais e econômicos e é vista como uma problemática pela procura do lugar do idoso na sociedade, resultante do crescente aumento do número de idosos e da sua esperança de vida. Já no século XIX e XX, assistiu-se a uma alteração na estrutura econômica, resultante da crescente industrialização aliada à produtividade, fator que transformou a imagem do idoso como uma pessoa frágil, inútil e improdutivo, diminuiu o seu papel no seio familiar e foi remetido para lares e hospitais (VELOSO, 2015).

De acordo com Irigaray e Schneider (2008), as concepções de velhice nada mais são do que resultado de uma construção social e temporal, feita no seio de uma sociedade com valores e princípios próprios, que são atravessados por questões multifacetadas, multidirecionadas e contraditórias. Ao florescer do século XXI, ao mesmo tempo em que a sociedade potencializa a longevidade, ela nega aos velhos o seu valor e sua importância social. Vive-se em uma sociedade de consumo, na qual apenas o novo pode ser valorizado, caso contrário, não existe produção e acumulação de capital. Nesta dura realidade, o velho passa a ser ultrapassado, descartado, ou já está fora de moda.

Portanto, trata-se da questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde, assim como da autonomia. O envelhecimento, parte natural do ciclo de vida, deve constituir uma oportunidade para viver de forma saudável e autônoma, mais tempo possível. Implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral, a formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social e, também, a adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham e são demandadas pelo envelhecimento individual e demográfico (SILVA; MARTINS, 2017).

### 3 O AVC COMO REPRESENTAÇÃO MATERIAL DA VULNERABILIDADE HUMANA

Este capítulo centrará sua atenção na descrição das transformações ocorridas na saúde do idoso, que pode ser entendido como ser vulnerável, mais especificamente, as doenças que podem torná-lo dependente de cuidados especiais, como é o caso do AVC e, principalmente, do amparo de serviços de saúde pública de qualidade, uma vez que sua idade ou condição o coloca como ser vulnerado.

Atualmente, a população mundial assume um processo de envelhecimento sociodemográfico. Concomitante a esse processo, se dá um aumento da prevalência das doenças crônicas, destacando-se entre elas o AVC, um problema de saúde comum e incapacitante, que leva o idoso a perdas progressivas da autonomia e da CF.

De acordo com Mestriner (2016), para tentarmos entender e elucidar hipóteses para os limites da recuperação sensório-motora funcional pós-AVC, é necessário atentar para os diferentes conceitos de investigação científica na área da neuroplasticidade e da neuroreabilitação pós-AVC, ao longo da história. Segundo este autor, foi na Grécia antiga que Hipócrates (460 a.C.-370 a.C.) descreveu, pela primeira vez, o AVC como uma paralisia unilateral, com perda associada de discurso, e o denominou de apoplexia. Desde então, essa doença tem sido parte da paisagem médica.

No século XVII, mais precisamente em 1658, Johann Wepfer sugeriu que apoplexia era causada por interferências no fluxo sanguíneo cerebral e, ao longo dos séculos XVIII e XIX, os investigadores estudaram a condição para explorar as relações entre lesões e função cerebral (MESTRINER, 2016).

De acordo com Laurenço e Adams (2009), em meados do século XX, pioneiros, como o neurologista canadense C. Miller Fisher, construíram uma nova compreensão de AVC, por meio de estudos clínicos e patológicos. Fisher estabeleceu que a incidência de trombose da artéria carótida era muito maior do que se pensava e que os ataques isquêmicos transitórios eram sinais críticos de AVC. Novas técnicas, tais como a angiografia, cirurgia vascular cerebral e a anticoagulação foram introduzidas. Em 1954, Fisher mudou para o Massachusetts General Hospital, onde ele e o chefe do serviço de neurologia Raymond Adams criaram o primeiro serviço AVC. Nesse mesmo ano, foi realizada a primeira Conferência de Princeton sobre a doença cerebrovascular, presidida por Irving Wright, um especialista vascular que deplorou a “filosofia fatalista” que perseguiu atitudes médicas em relação ao AVC (WRIGHT; MCDEVITT, 1954).

Irving Wright ganhou o apoio da filantropa e ativista da saúde Mary Lasker, da American Heart Association (AHA) e do Instituto Nacional do coração. O evento marcou o início de uma nova abordagem para a doença cerebrovascular. Em novembro de 1963, a AHA estabeleceu um programa sobre AVC, tornou o AVC um tema extremamente visível e que apareceu em várias agendas de saúde pública em 1964, quando, graças em parte ao lobby de Lasker, o presidente os Estados Unidos, Lyndon Johnson, estabeleceu a Comissão sobre doenças cardíacas, câncer e derrame (LAURENO; ADAMS, 2009).

Correia (2010) explica, fisiologicamente, que o desenvolvimento da espasticidade está relacionado ao desequilíbrio que ocorre entre as influências inibitórias e facilitadoras das vias descendentes que regulam o tônus muscular, beneficiam a desativação dos músculos flexores e proporcionam a liberação dos músculos extensores das articulações. Esse desequilíbrio gera danos sensorio-motores e determina o prognóstico funcional do paciente.

Para Segura et al. (2007), a espasticidade traz dor, contrações e deformidades, o que dificulta o processo de reabilitação do paciente. A alteração nervosa característica na espasticidade leva os músculos agonistas a agirem concomitantemente e com a mesma intensidade que os antagonistas e provoca um bloqueio do movimento.

A tonicidade não é um estado apenas da musculatura, mas de todo aparelho neuromuscular e se relaciona, diretamente, com a coordenação para a realização do movimento. A presença da espasticidade limita o paciente na realização dos ajustes necessários para execução dos movimentos, onde gera um bloqueio do movimento que impede os ganhos funcionais necessários, limita a mobilização passiva dos membros e, ainda, causa limitações nas AVD, interferindo na QV do paciente. A espasticidade pode ocasionar uma diminuição da amplitude de movimento que, comprometida, será prejudicial para o desempenho das habilidades funcionais (TEIVE; ZONTA; KUMAGAI, 1998).

Os AVCs se tornaram um importante problema de saúde pública, com uma alta taxa de letalidade e uma percentagem expressiva de sobreviventes dependentes. Deveras, em cada ano, 15 milhões de pessoas no mundo sofrem um AVC. Destas, 5 milhões de pessoas morrem e outras 5 milhões sobrevivem com uma incapacidade permanente, levando a graves consequências em termos pessoais, familiares e da comunidade. De fato, os AVC têm um grande potencial para gerar déficit no funcionamento físico, sensorial e cognitivo, com impacto no dia-a-dia e no desempenho do indivíduo no que diz respeito às AVD (GOMES, 2012).

No Brasil, apesar do declínio das taxas de mortalidade, o AVC representa a primeira causa de morte e incapacidade no país, o que tem grande impacto econômico e social. Dados

provenientes de estudos prospectivos nacionais indicaram incidência anual de 108 casos por 100 mil habitantes, taxa de fatalidade aos trinta dias de 18,5% e, aos 12 meses, de 30,9%, com índice de recorrência após um ano de 15,9% (BRASIL, 2016).

O AVC é uma patologia diversa, que apresenta um quadro de instalação rápida, com sinais clínicos de disfunção cerebral focal ou global, com sintomas que duram pelo menos 24 horas ou provocam a morte, apresentando sempre uma aparência catastrófica para a pessoa e a família. Essa patologia ainda pode ser compreendida como conjunto de sintomas de deficiência neurológica, que são resultados de lesões cerebrais provocadas por alterações da irrigação sanguínea. O AVC é, para todos os efeitos, uma manifestação de uma doença vascular cerebral. Os efeitos causados por este são variados e dependem da extensão e localização da lesão no tecido nervoso (CARVALHIDO; PONTES, 2009).

A principal característica de um AVC é o desenvolvimento de um déficit neurológico. As alterações que o doente apresenta podem ir de leves a graves e, até mesmo, à morte. A hemiplegia é o sinal característico de um AVC (CARVALHIDO; PONTES, 2009). A gravidade do déficit neurológico depende da extensão e da área lesionada. Quanto maior a extensão da área lesionada maior será o déficit e menor será a possibilidade para manter o autocuidado. Logo após o AVC, há perda do tônus muscular e diminuição da capacidade aeróbica. Sendo assim, há um aumento do gasto energético para a realização das atividades de vida diária como, por exemplo, ir ao banheiro, pentear-se, alimentar-se e vestir-se. O gasto energético necessário para deambulação de rotina é elevado em, aproximadamente, 1,5 a 2 vezes em indivíduos hemiplégicos. Pacientes hemiplégicos, particularmente os com idade avançada, são incapazes de manter a velocidade da marcha de maneira eficaz e confortável, demandando, assim, alto gasto energético, fadiga e fraqueza muscular (BALDIN, 2009).

Classicamente, o AVC é dividido em 2 subtipos: hemorrágico e isquêmico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES, SBDCV, 2012). Tanto um como o outro levam a várias incapacidades. Dentre elas, destaca-se a dificuldade para a realização das AVD. No idoso, pode levar a problemas de saúde como: depressão, isolamento e dependência. É importante a reabilitação e o apoio da família, para facilitar o retorno à realização das atividades diárias e a retomada da autonomia, fator indispensável à sua QV. Porém, existem obstáculos na preservação dessa autonomia, como a falta de estrutura física dentro e fora do domicílio e a superproteção da família que o trata, muitas vezes, como incapaz, o que o deixa em uma situação constrangedora e limitante e o impede de realizar tarefas as quais ele ainda pode realizar (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

O AVC isquêmico designa o fornecimento inadequado de sangue a uma área do cérebro, como resultado de um baixo fluxo sanguíneo, derivado de um enfarte ou embolismo, associado a doenças dos vasos sanguíneos, coração ou sangue. O AVC hemorrágico corresponde à existência de hemorragia espontânea cerebral, dentro ou fora da sua substância (intraparenquimatosa ou subaracnóidea) (SILVA, 2014).

Há, no AVC isquêmico, os ataques isquêmicos transitórios. Como o próprio nome indica, corresponde a obstruções temporárias do sangue a uma determinada área do cérebro. Geralmente, originada do acúmulo de plaquetas agregadas em placas, nas paredes dos vasos, ou formação de coágulos no coração. Os sinais e sintomas desses ataques são os mesmos do AVC, contudo, têm duração de poucos minutos e devem servir de alerta para que o paciente procure assistência médica imediatamente, pois, nesses casos, o risco de um AVC é iminente (SBDCV, 2012).

Quanto aos fatores de risco, o manejo adequado diminui a probabilidade de uma pessoa ter um AVC, aumentando o tempo e a QV. A idade avançada, sexo e raça são conhecidos fatores de risco não modificáveis. Os grupos de alto risco incluem pessoas acima de 55 anos e essa incidência mais do que dobra em cada década sucessiva. Os homens têm uma incidência maior que as mulheres, assim como os afrodescendentes aos brancos. Já os fatores de riscos modificáveis incluem controles da hipertensão, hipercolesterolemia e hiperglicemia, redução da obesidade/sedentarismo e a abolição do uso de álcool e drogas (SBDCV, 2012).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é, sem dúvida, o principal fator de risco modificável. Seu adequado controle, através de ações efetivas no âmbito da atenção primária, deve ser uma prioridade dos sistemas de saúde, a fim de se reduzir a prevalência desta doença. A HAS pode levar ao acometimento de todas as artérias cerebrais, tanto as de calibre maior (carótidas, cerebrais), as de calibre médio e as de fino calibre, como as artérias penetrantes, por exemplo. Ademais, pode levar ao comprometimento de todas as estruturas que compõem as artérias, sobretudo, as camadas íntimas e média. Nas artérias de grande calibre, o acometimento é comumente na camada íntima e leva à aterosclerose (LIMA et al., 2006).

Há evidências conclusivas que a incidência do AVC aumenta diretamente em relação ao grau de elevação da pressão arterial sistólica e diastólica, acima dos valores limites, e que o controle da HAS previne relativamente o risco de um AVC. O risco relativo de AVC em pacientes hipertensos é, aproximadamente, quatro vezes superior ao de indivíduos normotensos na mesma idade (BARBOSA et al., 2009).

O cérebro é, em geral, o órgão que mais prematuramente e mais excessivamente sofre as consequências da HAS. O comprometimento é precoce e progressivo. Quanto maior o tempo de exposição à HAS, maior o risco e, quanto maiores os índices da HAS, igualmente maiores serão as complicações (GAGLIARDI, 2009).

Outro fator de destaque e que há uma relação direta com o AVC é a diabetes mellitus (DM). A DM tem como uma das principais complicações crônicas a doença vascular. A exposição prolongada à hiperglicemia é reconhecida como o fator primário causal das complicações crônicas diabéticas. A hiperglicemia induz um grande número de alterações nos tecidos vasculares que, potencialmente, promovem uma forma de aterosclerose acelerada. A doença vascular causada pela DM crônica é classificada em dois grandes grupos: microvascular e macrovascular. Ambos os tipos podem ocorrer em ambas às formas de diabetes: tipo 1 e tipo 2 (COSTA, 2009).

Costa (2009) define que a doença microvascular diabética é aquela que acomete os vasos de pequeno calibre, denominados capilares e arteríolas pré-capilares. Nos vasos afetados é evidenciado um espessamento da membrana basal. Os órgãos-alvo desta doença são aqueles onde a circulação microvascular assume funções cruciais. A doença macrovascular diabética é aquela que afeta os vasos de maior calibre.

A doença cerebrovascular ocorre em maior proporção em pacientes com DM, quando comparada a indivíduos não diabéticos. O AVC manifesta-se em pacientes com DM em idade inferior à dos pacientes sem DM. Mulheres diabéticas têm maior risco de AVC do que homens com DM. A presença de DM piora a evolução dos pacientes com AVC: o risco de recorrência é duplicado, o risco de demência é triplicado e a mortalidade aumenta acentuadamente (TRICHES et al., 2009).

Conforme as diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com AVC, os principais sinais e sintomas de AVC são fraqueza repentina ou dormência na face, braço e/ou perna, geralmente, em um lado do corpo, confusão mental, alterações cognitivas, dificuldade para falar ou compreender, dificuldade para engolir, dificuldade para enxergar com um ou ambos os olhos, distúrbios auditivos, tontura, perda do equilíbrio e/ou coordenação, dor de cabeça intensa sem causa conhecida. Uma lesão muito grave pode causar morte súbita (BRASIL, 2013).

Carr e Shepherd (2008) elucidam que o local e extensão da lesão cerebrovascular e a quantidade de fluxo sanguíneo determinam o grau do déficit motor que pode se estender de uma falta de coordenação leve para uma paralisia completa de membros superiores e inferiores. Perdas motoras e sensoriais têm o maior efeito na mão, já que tendem a ter maior

representação em ambos os hemisférios. As sensibilidades à dor, ao toque e à temperatura podem estar prejudicadas ou modificadas, mas, normalmente, não são perdidas. Pode ocorrer comprometimento grave da sensação de posição da articulação, perda da discriminação entre dois pontos e da habilidade de reconhecer ou identificar a forma e os contornos dos objetos através do tato e dificuldade em reconhecer um estímulo tátil se outro for, simultaneamente, realizado no lado intacto do corpo.

Ainda de acordo com os autores supracitados, outros déficits pós-AVC podem ser categorizados como desordens da linguagem, que também interferem na função cognitiva (disfasia que é caracterizada por perturbações da linguagem); desordens perceptuais cognitivas (de percepção, orientação, memória, execução da função), depressão e outras perturbações emocionais e comportamentais. Todos esses déficits afetam o estado mental e tem um grande potencial em afetar, significativamente, a habilidade do indivíduo.

Todos esses déficits causados pelo AVC levam o idoso a uma crise de identificação e uma condição de vazio existencial. Nesse enfoque, o enfrentamento do AVC pelo idoso vai depender da família, das condições físicas e sociais. Para o idoso, a interação social e familiar é desejável, porém, faz-se necessário a aproximação e uma simbiose para que ambos possam ter um dinamismo que crie uma força que os norteie em um único propósito, que é a reabilitação.

As sequelas do AVC levam o idoso à somatização de sentimentos de impotência, frustração e de incapacidades diante do autocuidado. O idoso com sequelas de AVC tem sua vida transformada, as impossibilidades de enfrentamento das adversidades são nítidas diante da estigmatização imposta pela sociedade. Há um distanciamento do mundo social, consequentemente, o isolamento social leva o idoso a uma ruptura familiar e pessoal.

Esta situação torna os idosos vulneravelmente suscetíveis em qualquer momento da doença e reduz a condição do idoso na habilidade de tomada de decisão em relação à vida e saúde. O exercício da autonomia do idoso fica cada vez mais distante. A vulnerabilidade e a dependência física são comumente eventos negativos e estressantes, que contribuem para um déficit na QV dos idosos e para aqueles que estão no seu entorno.

#### 4 BIOÉTICA COMO PLATAFORMA DE REFLEXÃO, COMPREENSÃO SOCIAL E MORAL DA VULNERABILIDADE

Há que se buscar, no plano hipotético, os conceitos ou ideias que sustentam e amparam ou, ainda, que deem sentido no entendimento sobre como as pessoas transitam de uma condição de saúde e autonomia para uma condição vulnerável. Uma vez desenhada esta ideia, resta olhar para a realidade e constatar se a condição real é tão grave quanto o conceito pensado para a pessoa acometida pelo AVC.

Em seus estudos, Pessini (2017) considera o termo vulnerabilidade relativamente novo no discurso da bioética e aponta duas abordagens filosóficas principais do conceito. A primeira liga o conceito de vulnerabilidade à sua origem filológica, do latim *vulnus*, cujo vocábulo significa “ferimento”, e à capacidade universal de sofrer, que é inerente à condição humana. A segunda abordagem filosófica enfoca a suscetibilidade contingente de determinadas pessoas ou grupos frente às ameaças específicas ou danos pelos outros.

Para Pessini (2017), ser vulnerável é ser frágil, ser suscetível de ser ferido e sofrer. Esta fragilidade é uma condição natural da humanidade, um “aspecto inevitável e permanente da nossa condição humana”. A vulnerabilidade surge de nossa condição humana, a partir da possibilidade do corpo humano ser ferido e da inevitabilidade da fragilidade da velhice e da morte. Por outro lado, a vulnerabilidade corporal liga-se à natureza social da vida humana. Como seres sociais, somos vulneráveis às ações dos outros e dependentes do cuidado e apoio dos outros, em graus diversos e em vários momentos de nossas vidas.

De acordo com Neves (2006), a vulnerabilidade, usada comumente como adjetivo, apresenta-se, primeiramente, como um fato num plano descritivo. Entretanto, não pode ser considerada como axiologicamente neutra, mas, antes, denota já igualmente a expressão de valores, na abertura a um plano prescritivo. Com efeito, a qualificação de pessoas e populações como vulneráveis impõe a obrigatoriedade ética da sua defesa e proteção, para que não sejam “feridas”, maltratadas e abusadas.

O conceito de vulnerabilidade é relativamente novo no contexto da bioética. Seu uso pioneiro, ironicamente, vem do Relatório Belmont (1979), o qual inicia nos EUA o paradigma da bioética principialista, com a hegemonia do referencial ético da autonomia, no contexto do princípio do respeito pelas pessoas. Inicialmente, a vulnerabilidade é uma consideração especial na aplicação dos princípios gerais, vista como respeito pelas pessoas (autonomia), beneficência e justiça, relevante para o âmbito da pesquisa com seres humanos (BELMONT, 1979 apud PESSINI, 2017, p. 81).

Nessa amplitude de compreensão que a vulnerabilidade demonstra, tem-se o estreito conceito a ser problematizado pela bioética. A vulnerabilidade expõe o modo de ser do homem, a sua humanidade, e exige uma especificidade ao agir na resposta não violenta de cada um ao outro, uma ação responsável e única, e instaura uma ética de fundamentação antropológica: o modo como devemos agir emana do modo como somos e como queremos ser, e a nossa comum vulnerabilidade se instaura como sentido universal do dever na ação humana (NEVES, 2006).

Segundo Paranhos, Albuquerque e Garrafa (2017), conceituar o termo vulnerabilidade não é tarefa simples. Na literatura internacional, o entendimento de sua ideia teórico-normativo implica em contextualizá-lo biologicamente em relação a aspectos particulares de pessoas e grupos, embora existam também – mas, com menor atenção e frequência – referências às condições socioeconômicas. Dessa forma, muitos indivíduos ou grupos são considerados mental e fisicamente vulneráveis, especialmente crianças, idosos e pessoas com deficiências. Uma visão mais ampliada e crítica da vulnerabilidade incluem também aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais relacionados ao lugar onde vivem ou trabalham essas pessoas ou grupos. A vulnerabilidade, portanto, é um termo complexo, com variadas interpretações, mas cuja compreensão básica se relaciona com a consideração de suas particularidades, sejam subjetivas ou objetivas, isto é, atinentes aos sujeitos ou às condições objetivas de suas vidas.

Ainda de acordo com os autores Paranhos, Albuquerque e Garrafa (2017), quando se trata de vulnerabilidade, logo se associa o termo à condição de fragilidade humana, a uma menor capacidade de defesa, ou seja, à propensão que algumas pessoas têm de ser ou estar mais suscetíveis a doenças, a violências físicas ou psíquicas. Algumas pessoas ou grupos sociais estão mais predispostos a sofrer danos físicos ou morais, quer em razão de sua fragilidade física, quer - como foi dito anteriormente - em virtude das condições sociais, econômicas, culturais ou ambientais em que vivem. Considera-se, então, que crianças, mulheres, pessoas com deficiência e pessoas idosas são sujeitos em especial situação de vulnerabilidade.

Para Herring (2016), a condição de vulnerabilidade é empregada ao ser humano por sua natureza relacional, na medida em que depende do outro para viver e tal dependência acarreta vulnerabilidade. Esse caráter relacional do ser humano tem como efeito a ideia de que a pessoa existe e se reconhece a partir de seus relacionamentos, dos quais é dependente, embora, comumente não se dê conta disso. A dependência é uma faceta inevitável da vida humana. Em determinados estágios, os cuidados de terceiros se tornam indispensáveis, como

na infância, na doença ou no final da vida. Assim, na esfera dos cuidados em saúde, a vulnerabilidade está atrelada à dependência e ao cuidado. As pessoas precisam, em maior ou menor grau e em diferentes estágios da vida, do cuidado alheio, o que as torna intrinsecamente vulneráveis. Estar em uma situação de vulneração leva a uma dependência mútua do cuidador e do ser que recebe os cuidados, instituindo assim, além de responsabilidades, também elementos de reciprocidade, solidariedade, confiança e cooperação.

Ainda de acordo com Pessini (2017), existe outro tipo de vulnerabilidade que é, essencialmente, específico e relacional: uma determinada pessoa é vulnerável em relação a agentes que a ameaçam, o que destoa da visão anterior. Embora todos sejam potencialmente susceptíveis a tais ameaças, algumas pessoas ou grupos têm diminuída a capacidade de se proteger ou, simplesmente, sem nenhuma condição de se proteger (crianças, idosos, pessoas com doenças crônico-degenerativas, deficientes e outros). Para superar esta situação de vulnerabilidade, é necessário que se priorize, nas ações, o cuidado e a assistência.

Paranhos, Albuquerque e Garrafa (2017) condicionam a supressão da vulnerabilidade à presença de cuidados adequados, de serviços públicos acessíveis e disponíveis, de uma rede de proteção social, além da simetria da relação de cuidados. No campo específico dos cuidados, a vulnerabilidade se vincula, ainda, aos aspectos relacionais existentes entre paciente e profissional da saúde ou cuidador, ou seja, remete à ideia de interdependência entre os envolvidos no tratamento, empatia, interação, confiança, cooperação e reciprocidade, que são os elementos-base do princípio dos cuidados centrados no paciente e a melhor maneira de se resguardar a integridade individual e de superar as vulnerabilidades geradas pelas relações de cuidados em saúde.

Na recente Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da Unesco, o artigo 8 enuncia a obrigatoriedade do respeito à vulnerabilidade humana e à integridade pessoal. Afirma que a vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração, o que corresponde a reconhecê-la como traço indelével da condição humana, na sua irreduzível finitude e fragilidade como exposição permanente a ser ferida e não pode jamais ser suprimida (UNITED NATIONS EDUCATIONAL SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION, UNESCO, 2009).

A Unesco (2009) acrescenta ainda que indivíduos e grupos especialmente vulneráveis devem ser protegidos sempre que a inerente vulnerabilidade humana se encontra agravada por circunstâncias várias e devem ser adequadamente protegidos.

Assim, a autonomia de um sujeito vulnerável, conseqüentemente, será insuficiente para garantir seu respeito e suprir os impasses e dilemas causadores de desajuste pessoal. Para além dos dilemas e impasses da equação autonomia versus vulnerabilidade, relativos a uma ética autonomista, se quisermos respeitar a dignidade e integridade humana, precisamos implementar a ética/bioética de proteção (UNESCO, 2009).

A vulnerabilidade e a autonomia, embora possam ser formalmente separadas, para serem aplicadas em bioética, devem ser tomadas como parceiras, como condição conjunta do sujeito em ação. Apesar de existir uma correlação entre autonomia e vulnerabilidade, existe uma diferença notável entre elas. Enquanto em muitos casos, a condição da autonomia reduzida pode ser passageira, a eliminação da vulnerabilidade necessita de que as condições de privação de uma pessoa, nos âmbitos social, cultural, psicológico e físico, sejam ultrapassadas (MORAIS, 2010).

Para Siqueira et al. (2013), a bioética corresponde a uma ética aplicada à vida e a todos os fenômenos que a rodeiam e visa refletir sobre os conflitos e controvérsias morais, implicados pelas práticas no cotidiano das populações. Por isso, pode-se dizer que a bioética tem como funções: descrever e analisar os conflitos em pauta; avaliar os comportamentos que podem ser considerados reprováveis e aqueles considerados corretos; e amparar e proteger todos os envolvidos em disputas de interesses e valores, dando prioridade aos mais fragilizados.

Para Siqueira et al. (2013), a bioética da proteção surge a partir de inquietações formuladas, inicialmente, por pesquisadores latino-americanos e tornam explícitos conteúdos que perpassam a ética desde sua origem na Grécia antiga até a reflexão sobre os problemas morais envolvidos pelas práticas que dizem respeito ao desamparo humano.

Nessa perspectiva, Schramm (2008) prioriza a atenção aos sujeitos vulnerados desprovidos dos meios para atingir seu potencial máximo de saúde. No âmbito da saúde, visa implementar políticas públicas a partir da aplicação e adaptação das ferramentas do saber bioético aos conflitos e dilemas morais que surgem em saúde pública, constatando os limites da bioética tradicional.

De fato, a bioética de proteção pode ser aplicada, *stricto sensu*, a pacientes morais que identificamos como vulnerados, isto é, que não são capazes de se protegerem sozinhos, ou que não possuem algum amparo que venha da família, do grupo ao qual pertencem, do Estado ou da própria sociedade e, nesse sentido, a bioética de proteção pode ser considerada como manifestação de uma preocupação constante, que perpassa a história dos modos de

convivência humana, que se manifesta, claramente, na cultura dos direitos humanos (SCHRAMM, 2017).

Os suscetíveis podem se tornar vulnerados, ou seja, diretamente afetados, pela condição existencial de não poderem exercer suas potencialidades para ter uma vida digna e de qualidade. Portanto, dever-se-ia distinguir graus de proteção de acordo com a condição existencial de vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração, o que pode ser objeto de discussões infundáveis sobre como quantificar e qualificar tais estados existenciais (SCHRAMM, 2008).

Na obra de Stepke e Drumond (2007), os autores destacam três eixos fundamentais, sobre os quais devem ser elaboradas as variedades de vulnerabilidade. Dentre elas estão a vulnerabilidade sentida ou percebida pelo próprio sujeito ou pelo grupo, uma vulnerabilidade atribuída por outros e uma vulnerabilidade “objetiva”, sobre a qual há pleno e universal consenso. Ou seja, ao considerar a vulnerabilidade como chave de leitura em bioética, é fundamental levar em conta aquela que é sentida pelo próprio sujeito e a objetiva, de fato. A sentida ou percebida pela pessoa vulnerável pode não ser correlativa ou equivalente àquela atribuída por outros (SANCHES; MANNES; CUNHA, 2018).

Cabe à bioética, ao constituir uma vulnerabilidade objetiva, considerar o sujeito que se considera suscetível, quem fala desse sujeito e o contexto em que está inserido, que também pode ser um contexto vulnerável. É nesse sentido que há vulnerabilidades que se manifestam de forma explícita e são de fácil constatação. Por outro lado, existe a implícita, nem sempre percebida e manifesta, pois depende do modo como é sentida pelo próprio sujeito (SANCHES; MANNES; CUNHA, 2018).

A manifestação explícita da vulnerabilidade torna-se algo tão intenso em nossa sociedade, que é necessário, neste caso, formular algumas políticas públicas de suporte às vítimas. Além disso, o estigma exerce outra função interessante, pois faz com que os indivíduos percam sua identidade ou as transformem. De acordo com Goffman (1998), estigmas são atributos que tornam o indivíduo possuidor em “desvantagem” para com os demais. A pessoa estigmatizada, que não obtém o respeito da “pessoa normal”, pode não aceitar a si mesma, como se “o normal” lhe confirmasse seus próprios defeitos. Dessa forma, o estigma na velhice pode trazer sérios prejuízos e levar os idosos a negar a participação na sociedade, viverem marginalizados e enclausurados em seus lares, ainda que possuam condições de viver uma vida ativa, produtiva e ter um saudável convívio em sociedade.

Sanches, Mannes e Cunha (2018) utilizam o termo “moral” como adjetivo da vulnerabilidade, por compreender que uma determinada visão de mundo propõe um ethos e, a

partir dele, pessoas e grupos que comungam com tal perspectiva podem desenvolver avaliação “moral” de comportamentos, situações ou pessoas que não estejam em consonância com esse padrão.

A partir do conceito de “vulnerabilidade moral” é possível clarificar a situação de exclusão e discriminação de pessoas em nome de determinado ethos. Essas pessoas ou grupos sociais, moralmente fragilizados, são colocados nesta condição a partir de argumentos claros, teóricos e elaborados a partir de determinada tradição cultural, não raramente com ampla fundamentação filosófica, teológica e científica. A vulnerabilidade moral desafia a bioética a se posicionar, criticamente, diante de todas as tendências teóricas que desvalorizam a integralidade do ser humano e a se voltar aos complexos fatores que constroem nossa visão de mundo, a partir dos quais as perspectivas são construídas (SANCHES; MANNES; CUNHA, 2018).

A Bioética é extremamente relevante nas discussões que abordem os direitos e a dignidade dos idosos, além disso, um aprofundamento sobre esse campo é entendido como garantia da universalidade do acesso à saúde, à integralidade e a uma assistência de enfermagem de forma efetiva. Esses temas, quando tratados à luz da Bioética, nada mais tendem do que compreender e auxiliar a prática biomédica, que refletirão na população como um todo (CAMACHO; SANTOS, 2013).

Como afirmam Cunha e Garrafa (2016), a vulnerabilidade é um princípio fundamental para a Bioética global, todavia, deve ser contextualizada de acordo com as perspectivas regionais e realidades locais. Identificar e reconhecer a forma como cada sujeito é impactado pela vulnerabilidade é o grande desafio da Bioética (SANCHES; MANNES; CUNHA, 2018).

A vulnerabilidade à qual o idoso é exposto impõe a necessidade de um modelo que dialogue entre si, e a bioética propõe um diálogo inter, multi e transdisciplinar na promoção e na aproximação de debates e pesquisas para o cuidado com o idoso de modo integral.

Na visão de Díaz e Sanches (2016), o diálogo é um instrumento poderoso para se construir a paz ou um cruel disfarce para manter situações de injustiça e discriminação. No que diz respeito à bioética, diálogo significa: falar sem ocultar a nossa realidade e identidade; ouvir, ciente de que podemos não ter capacidade de compreender o outro totalmente; estar disposto a mudar para estabelecer uma área de consenso, fruto do diálogo; manter o diálogo permanentemente, pois pode ocorrer que o consenso não seja possível, ao menos de imediato.

Em bioética, o diálogo é uma atitude que nasce de uma convicção que a tem marcado: a realidade pode ser mais bem compreendida se ela for iluminada pelas diferentes visões de mundo, diferentes saberes e experiências. Indiscutivelmente, o diálogo impõe limites: não

aceitar propostas que alimentem a intolerância, o desrespeito ao diferente, que atentem contra os direitos humanos e o meio ambiente.

Para os autores Díaz e Sanches (2016), a bioética aborda os fenômenos relacionados com a vida que exigem uma valoração, com método interdisciplinar, perspectiva pluralista e prospecção transformadora. Esta percepção da bioética reúne os principais elementos que estão presentes nos seus diversos conceitos: vida, valoração, interdisciplinaridade, pluralismo, dimensão política.

Notadamente, a ausência do diálogo, a estigmatização, o isolamento social e o desrespeito ao pluralismo fazem emergir a vulnerabilidade. O processo de vulnerabilidade é uma situação inerente ao ciclo da vida humana. Por meio da reflexão com base na bioética, conclui-se que todos os seres vulnerados necessitam de proteção e os idosos, diante de uma doença crônica como AVC, ficam na dependência de cuidados alheios, pois suas condições de autocuidado e de autonomia são limitados ou praticamente ausentes. O idoso com AVC necessita de medidas que lhe deem suporte terapêutico, social, emocional e espiritual, pois o estigma social, naturalmente, o deixa à margem de uma sociedade que, por natureza própria, já é excludente e extirpa, de maneira contundente, a dignidade humana.

## 5 MÉTODO

Segue o caminho metodológico para o presente estudo.

### 5.1 Delineamento da pesquisa

Nesta seção, apresentamos os procedimentos que foram seguidos para a obtenção dos resultados concernentes aos objetivos da pesquisa.

O estudo teve como cenário uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais, no que tange os diversos bairros, tanto da zona urbana como da rural. O local de abordagem do estudo foi a residência dos idosos com sequelas de AVC.

Tratou-se de uma pesquisa com delineamento qualitativo e analítico. As variáveis qualitativas, representadas por palavras e textos, foram tratadas com técnica quantitativa, às quais foram atribuídas frequências e análise multivariadas, por meio do *software* Iramuteq.

### 5.2 Participantes do estudo, amostra e amostragem

Participaram dessa pesquisa 20 idosos com sequelas de AVC, de ambos os sexos, com idades entre 60 e 78 anos. Foram realizadas 22 entrevistas pelo próprio pesquisador, sendo que 1 participante não respondeu satisfatoriamente a pergunta norteadora e outro participante apresentou capacidade de comunicação prejudicada.

Segundo Polit e Beck (2011) amostragem é o processo de seleção de uma porção da população para representar toda a população. Uma amostra, então é um subconjunto dessa população. Ainda segundo os autores as entidades que formam as amostras e as populações são os elementos, geralmente na pesquisa de enfermagem; os elementos são seres humanos. O tipo de amostragem que foi utilizada para a realização do estudo é a técnica Snowball (bola de neve). Essa técnica é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que, por sua vez, indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (o “ponto de saturação”). O “ponto de saturação” é atingido quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (WORLD HEALTH ASSOCIATION, 1994 apud BALDIN; MUNHOZ, 2011).

### 5.2.1 Critérios de inclusão

Ser um(a) idoso(a) com sequelas de AVC e que necessite de ajuda nas AVD; apresentar capacidade cognitiva e de comunicação preservadas, avaliada pelo questionário de avaliação mental (Anexo A); ter sido acometido pelo AVC há, pelo menos, seis meses. O critério de inclusão, de ter no mínimo seis meses de experiência, se deve ao fato de que, segundo Monteiro (2007), toda adaptação a qualquer situação nova ocorre, geralmente, após o período de vivência e experiência; estar com a idade superior a 60 anos.

### Critérios de não inclusão

Capacidade cognitiva e de comunicação prejudicada, avaliada pelo questionário de avaliação mental; outras patologias associadas ao AVC; respostas que não atenderam, satisfatoriamente à pergunta norteadora; idade inferior a 60 anos; não ter sido acometido pelo AVC há pelo menos 6 meses.

## 5.3 Instrumentos

A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos, sendo o primeiro um questionário de caracterização pessoal do idoso com AVC (Apêndice A) e o segundo, um roteiro de entrevista semiestruturada, contendo duas perguntas norteadoras (Apêndice B). As entrevistas foram coletadas por meio de um gravador de som. Após as transcrições, as mesmas foram apagadas.

## 5.4 Procedimentos éticos

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), a saber, Parecer Consubstanciado CAAE: 80873617.3.0000.5102 (Anexo B). As entrevistas foram iniciadas após os idosos autorizarem a mesma, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

## 5.5 Procedimentos para a coleta de dados

Depois dos cuidados com os procedimentos éticos necessários para esta pesquisa, iniciaram-se as entrevistas, que foram realizadas de forma individual, na residência dos idosos.

## 5.6 Procedimentos para análise de dados

O material gravado foi transcrito na íntegra e preparado como banco de dados. Procedeu-se a análise dos dados por meio do *software Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). Quanto às análises realizadas pelo Iramuteq, destaca-se que este viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde a lexicografia básica, que abrange, sobretudo, a lematização e o cálculo de frequência de palavras, até análises multivariadas, com destaque para a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) e a análise de similitude, além da nuvem de palavras (CAMARGO; JUSTO, 2016; LOUBÈRE; RATINAUD, 2014).

No Brasil, o Iramuteq começou a ser utilizado em 2013, em pesquisas de representações sociais, entretanto, outras áreas também se apropriaram do seu uso e contribuem para a divulgação das várias possibilidades de processamento de dados qualitativos, haja visto que permite diferentes formas de análises estatísticas, por meio de textos produzidos a partir de entrevistas, documentos, entre outras (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Para Aquino (2015), a teoria das representações sociais (TRS) é uma abordagem teórico-metodológico, no campo da Psicologia Social, que lida com as construções simbólicas que os sujeitos sociais elaboram e compartilham sobre os objetos que constituem o ambiente em que vivem. Ou seja, trata-se de uma abordagem psicossocial que concebe o homem, inclusive em sua individualidade, ao mesmo tempo constituindo e sendo constituído pelo social. O principal teórico da TRS é o psicólogo romeno, radicado na França, Serge Moscovici. Outra referência no tema é a psicóloga francesa Denise Jodelet, cuja pesquisa tem sido muito citada no Brasil.

Segundo Jodelet (2001), os sujeitos constroem representações sociais para se ajustarem ao mundo, tanto física como intelectualmente, de forma a estabelecer estratégias de como pensar e agir sobre as práticas do cotidiano. Diz a autora: “as representações sociais

circulam nos discursos, são carregadas pelas palavras, veiculadas nas mensagens e imagens mediáticas, cristalizadas nas condutas e agenciamentos materiais ou espaciais”.

É importante ressaltar que o pesquisador das representações sociais não confunda o trabalho estatístico feito pelo computador com a técnica ou mesmo com a metodologia empregada na pesquisa. Assim, segundo Camargo e Justo (2013), a tarefa do autor da pesquisa não se resume a apresentar os relatórios gerados pela máquina, devendo “[...] explorar o material de texto, interpretar os resultados apresentados pelo *software*, considerando, inclusive, aqueles dados que não foram diretamente expressos pelo processamento informático”.

## 6 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em duas etapas: na primeira, são exibidos os dados relacionados com as características pessoais dos idosos com AVC e, na segunda, são mostrados os resultados, fruto das análises do discurso dos participantes desta pesquisa, ou de outra forma, a representação social sobre como eles se percebem, após terem sido acometidos por um AVC.

A caracterização dos participantes é mostrada na Tabela 1 e revela traços que delineiam e configuram o perfil sociodemográfico, composto por variáveis qualitativas nominais ou ordinais.

**Tabela 1 – Caracterização pessoal do idoso com AVC. (N=20)**

	<b>Frequência Absoluta (F.A.)</b>	<b>Frequência Relativa (F.R.)</b>	<b>Média (M)</b>	<b>Mediana (Med)</b>	<b>Desvio Padrão (D.P.)</b>
<b>Idade</b>			70,15	69,50	5,68
<b>Sexo</b>					
Masculino	12	60%			
Feminino	8	40%			
<b>Estado Civil</b>					
Casado	15	75%			
Amasiado	1	5%			
Viúvo	3	15%			
Solteiro	1	5%			
<b>Religião</b>					
Católica	15	75%			
Evangélica	3	15%			
Testemunha de Jeová	1	5%			
Espírita	1	5%			
<b>Aposentadoria</b>					
Sim	17	85%			
Não	3	15%			

(continua)

Tabela 1 – Caracterização pessoal do idoso com AVC. (N=20)

(continuação)

	Frequência Absoluta (F.A.)	Frequência Relativa (F.R.)	Média (M)	Mediana (Med)	Desvio Padrão (D.P.)
<b>Escolaridade</b>					
Ensino fundamental incompleto	9	45%			
Ensino fundamental completo	2	10%			
Ensino médio completo	2	10%			
Ensino superior completo	5	25%			
Sem escolaridade	2	10%			
<b>Convênio Médico</b>					
Sim	8	40%			
Não	12	60%			
<b>Renda Pessoal</b>					
1 Salário Mínimo	7	35%			
2 Salários Mínimos	6	30%			
3 Salários Mínimos	6	30%			
Sem Renda	1	5%			
<b>Tempo de Sequela (anos)</b>			5,62	3,50	6,47
<b>Tipo de Sequela</b>					
Hemiplegia/Espasticidade	13	65%			
Hemiplegia/Hipotonia Muscular	6	30%			
Espasticidade	1	5%			
Hemiplegia/Lentificação de pensamento					
<b>Tipo de Dependência</b>					
Total	3	15%			
Parcial	17	85%			

Tabela 1 – Caracterização pessoal do idoso com AVC. (N=20)

(conclusão)

	Frequência Absoluta (F.A.)	Frequência Relativa (F.R.)	Média (M)	Mediana (Med)	Desvio Padrão (D.P.)
<b>Moradia</b>					
Casa própria	18	90%			
Casa alugada	1	5%			
Casa cedida	1	5%			
<b>Tipo de Moradia</b>					
Casa térrea	18	90%			
Casa com um andar ou mais	1	5%			
Apartamento	1	5%			

Fonte: do autor

Nota: informações extraídas do instrumento de pesquisa

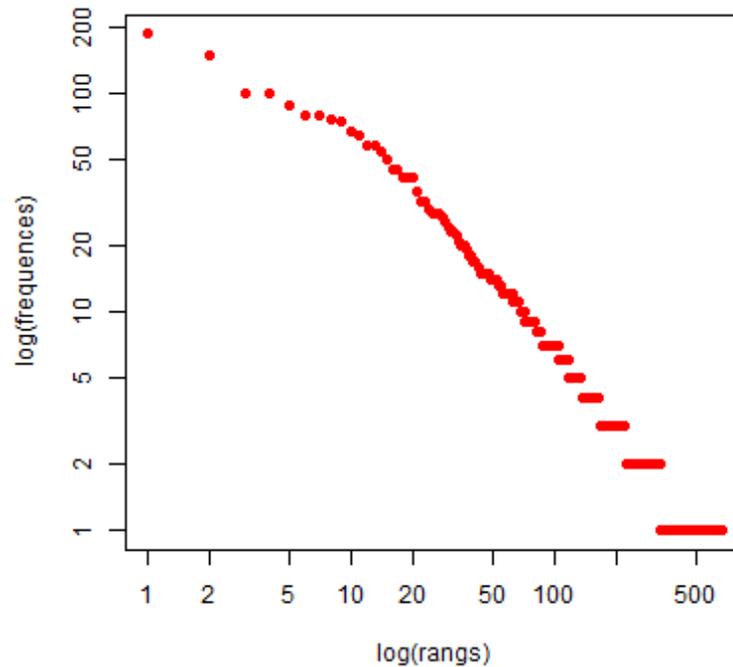
Diante do levantamento das características pessoais dos participantes da pesquisa, constatou-se que o sexo masculino prevaleceu com 60%; a idade média foi de 69,50 (DP=5,68); 75% eram casados, 75% professam a fé católica, 85% dos idosos são aposentados; em relação à escolaridade, 45% têm o ensino fundamental incompleto; 60% não têm convênio médico; 35% recebem um salário mínimo; o tempo de sequela é 3,5 anos; 65% dos idosos têm, como sequela, hemiplegia e espasticidade; 85% têm sequela parcial; 90% possuem casa própria e 90% residem em casa térrea.

Nesta segunda etapa dos resultados, o texto resultante das entrevistas, em formato Word, foi salvo no formato “Bloco de Notas”, compatível com o *software* Iramuteq versão 0,7 alpha 2, do Laboratório LERASS, com base no Software R versão 3.4.0.

Procedeu-se, então, à sua análise. Para uma melhor visualização dos resultados, lançou-se mão de gráficos variados que expressam sínteses dos achados desta pesquisa, produto de um texto composto com todas as respostas dos participantes.

No gráfico com formato de curva decrescente, pode-se visualizar resumo das formas ativas, analisadas no banco de dados, com a representação das palavras mais pontuadas ou pontuadas apenas uma vez, seguida de suas frequências, conforme Figura 1.

**Figura 1 - Estatísticas frequenciais do corpus textual analisado**



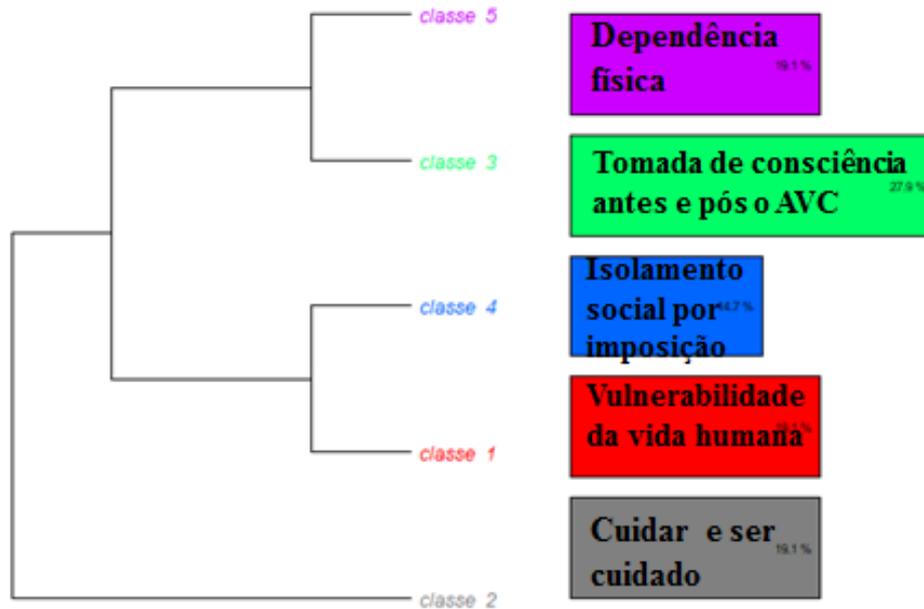
Fonte: do autor

O Corpus Geral ficou constituído por um texto composto por todas as respostas dos participantes às perguntas realizadas em separado, em 68 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 104, ou 65,38%, do Corpus Textual, que indicaram adequação para continuidade das análises desses segmentos.

### **6.1 Classificação hierárquica descendente**

A análise por Classificação Hierárquica Descendente foi processada com vistas à busca das possíveis classes agrupadas, conforme as opiniões dos participantes com relação à percepção de vida dos idosos antes e depois do AVC. A Figura 1, representada pelo Dendograma abaixo, mostra as 5 classes e a frequência em que ocorreram. Após uma leitura sistemática, foi possível denominá-las. Isto caracterizou a configuração da parcela de representação social das falas dos participantes.

Figura 2 - Dendograma com representação nominal das classes



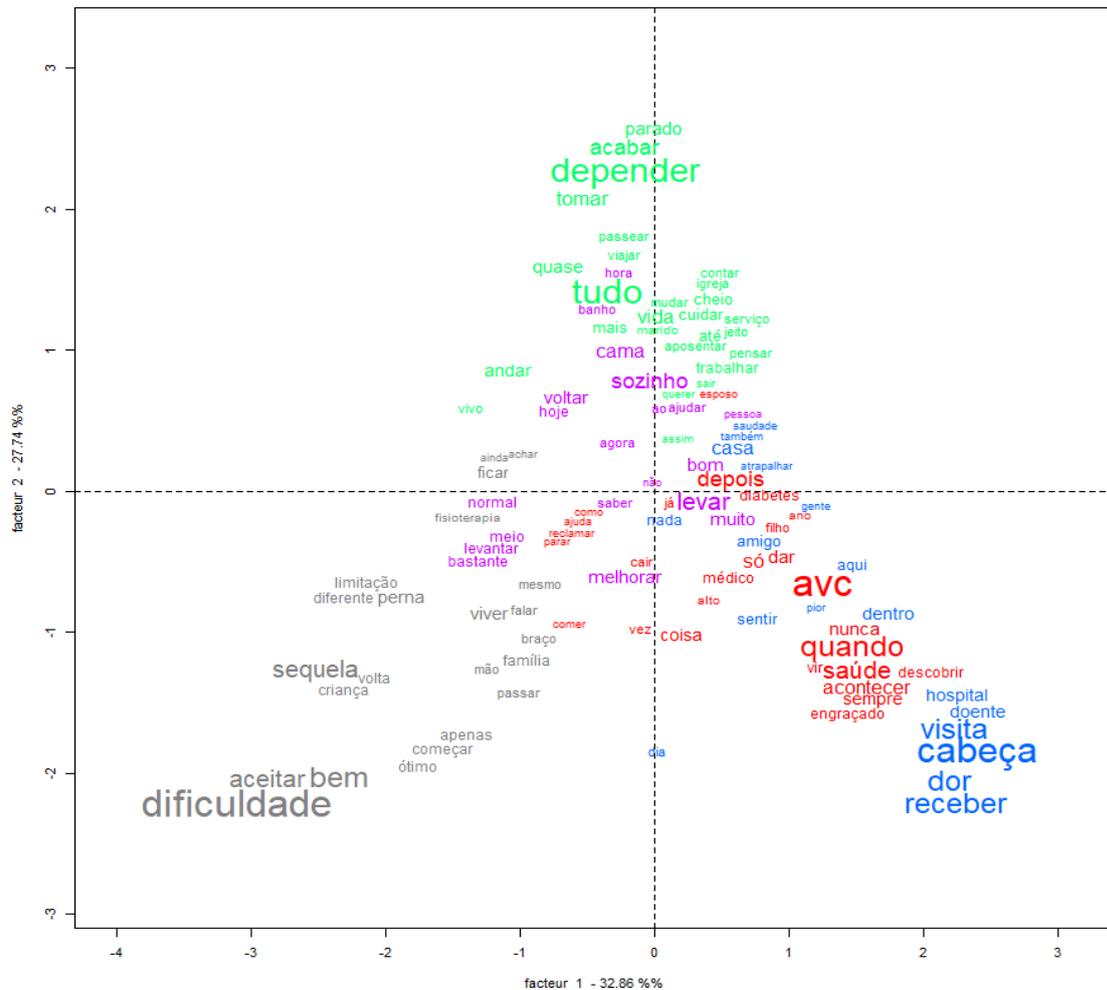
Fonte: do autor

Como base no dendograma acima, resultante da organização e sintetização dos discursos dos vinte participantes, coube a interpretação pelo pesquisador, com base nas frequências das palavras e suas relações com os segmentos de textos analisados, para as cinco classes que, para nível de entendimento, serão nomeadas por duas ramificações (A e B). A ramificação A, ou Subcorpus A, foi denominado como *Cuidar e ser cuidado*, composto pela classe 2 (19,1%) e se referiu à fala dos participantes sobre a maneira como eles se dedicavam e tudo que faziam para manter a família bem, mas, esta situação se inverteu com as sequelas atuais. Desta ramificação derivou outra, que chamaremos de Subcorpus B que, por sua vez, se divide em duas partes, B1 e B2. O Subcorpus B1, composto pela Classe 1 (19,1%), foi interpretada como *Vulnerabilidade da vida humana*, por conter a ideia da dimensão da fragilidade humana que se impõem pelos sintomas manifestos pelo AVC, e Classe 4 (14,7%) *Isolamento social por imposição*, que representa a queixa da impossibilidade de locomoção para estar ativo socialmente e, por outro lado, o afastamento de parentes e amigos. O Subcorpus B2, representado pelas classes 3 (27,9%), *Tomada de consciência antes e pós o AVC*, se refere aos momentos em que se sentiam livres para o trabalho e o lazer e, hoje, as limitações para se movimentarem até para as atividades básicas, e classe 5 (19,1%), *Dependência física*, foi interpretada diretamente pela diminuição drástica dos movimentos.

## 6.2 Análise fatorial por correspondência

A partir da Análise Fatorial por Correspondência (AFC), foi possível realizar associação do texto entre as palavras, considerando a frequência de incidência das palavras e das classes, representando-as em um plano cartesiano, apresentado na Figura 3.

Figura 3 - Incidência das palavras num plano cartesiano



Fonte: do autor

Na Figura 3, por meio da Análise Fatorial de Correspondência – AFC, e considerando a incidência e frequência das palavras e classes, realizou-se as associações. Assim, observa-se que as palavras de todas as classes se apresentam em um segmento tendendo a centralização, mas que se expande para pontos periféricos. Há algumas palavras que ultrapassam os outros quadrantes, apresentando separação significativa das classes. As palavras das classes 2 se destacam no quadrante inferior esquerdo, enquanto as classes 1 e 4 expandem para o quadrante inferior direito e as classes 3 e 5 dividem espaço nos quadrantes superiores,

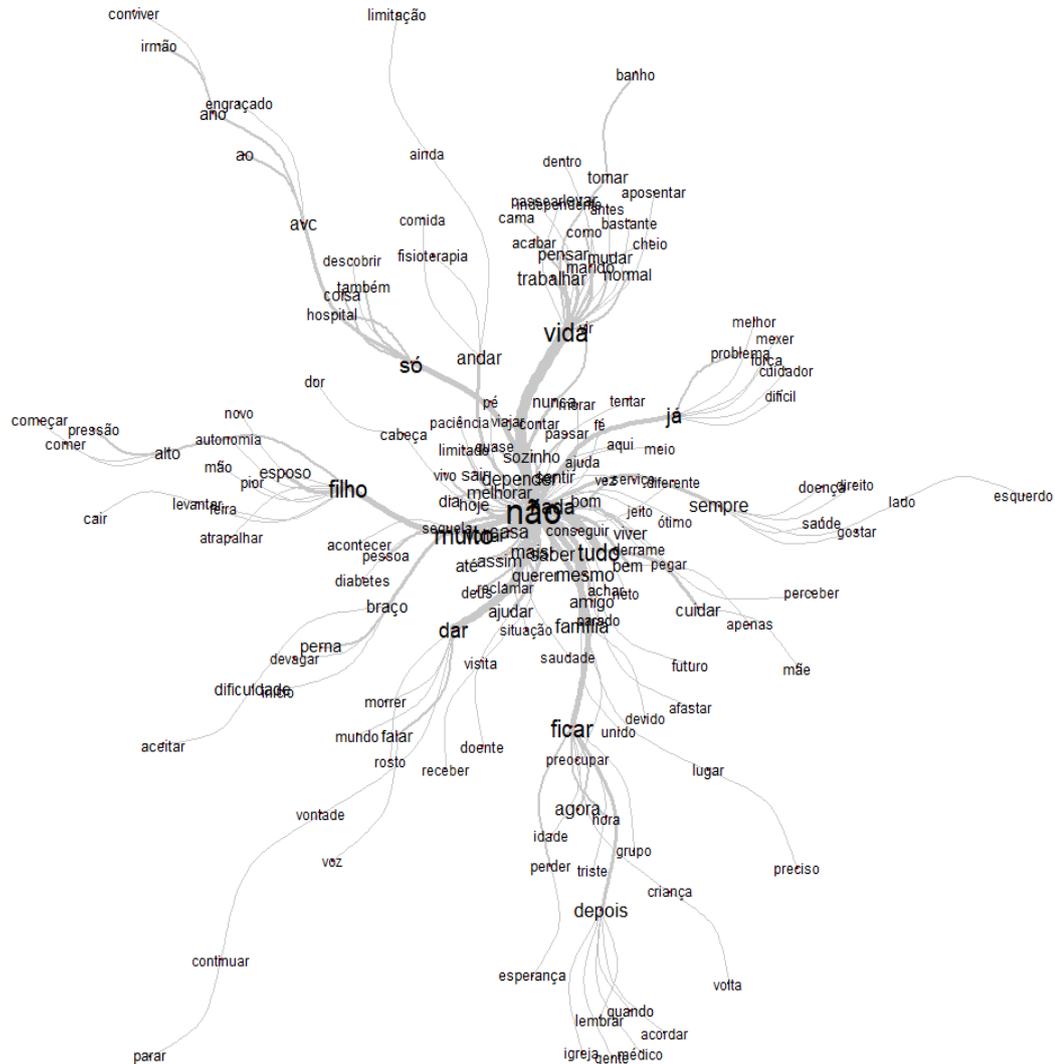
entrepondo-se. Percebe-se, ainda, que, quanto mais extremo o discurso, mais enfático e significativo é para o discurso do idoso acometido pelo AVC. Isso é verificado pelo tamanho da fonte em que o Iramuteq utiliza para enfatizar esta representação social.

No quadrante inferior esquerdo, se concentrou o discurso relacionado com a preocupação em cuidar do outro como ser cuidado e, no quadrante inferior direito, revelou um discurso que expressa a fragilidade e instabilidade da condição humana, quando acometida por uma doença e/ou por condições impostas pela limitação da idade mais avançada, e no quadrante central superior, concentrou uma representação social relacionada à dependência física que, por sua vez, incita e denota reflexões e tomada de consciência pertinente à vida que fluía com certa sensação de liberdade, antes do adoecer, e que se vê limitada pelos sintomas da doença que, por sua vez, provoca comparações sobre como a vida mudou drasticamente após o evento que demarcou as duas fases da vida.

### **6.3 Análise por similitude**

Pôde-se inferir que, de uma forma geral, os discursos dos participantes, além de apresentarem referências de acordo com a literatura exposta, são inerentes ao processo de sequelas posterior a um AVC. Revelam, ainda, outros aspectos fundamentais para a compreensão mais ampla acerca deste tema. Entre elas, está a ligação entre ideias que circundam a percepção do antagonismo entre pensamentos e sentimentos vivenciados pelo trauma, conforme visto na Figura 4.

**Figura 4 - Conexidade entre as palavras**



Fonte: do autor

A partir desta análise, com base no gráfico, foi possível identificar as ocorrências entre as palavras e as indicações da conexidade entre elas, o que auxilia a identificação da estrutura do conteúdo de um corpus textual. Pode-se ver que há palavras que mais se destacam como: não, vida, filho, muito, só, tudo e família. Delas se ramificam outras que apresentam expressão significativa como: autonomia, dificuldade, sempre, perder e saúde. Nos extremos das ramificações foram contempladas a relação entre limitação, conviver, aceitar, esperança e difícil.

Pode-se inferir que os participantes demonstram preocupações com as consequências que estão vivenciando após o AVC, mas, também, questões relacionadas e pertinentes a suas relações cotidianas, como seus vínculos familiares, limitações consequentes à doença,

relacionamentos sociais restritos e, até mesmo, questionamentos quanto ao tratamento de saúde.

As representações sociais do discurso dos participantes são vistas, gráfica e explicitamente, por meio do calibre dos capilares e pelo tamanho das palavras. Cada ramificação expressa áreas ativadas na formalização de suas ideias latentes e manifestas por meio das respostas ao entrevistador. De outra forma, as repostas às questões da pesquisa facilitaram e oportunizaram aos idosos a manifestarem suas representações internas sobre como pensam e sentem em relação ao que vivenciam, após o evento patológico experimentado no dia a dia, impondo limitações físicas, afetivas e relacionais.

## 7 DISCUSSÃO

O processo de construção das representações agregou-se em torno de 5 classes. As representações sociais no âmbito da saúde exercem influência sobre as práticas sociais, possibilita e disponibiliza conhecimentos concretos sobre o fenômeno envelhecimento e doença, de modo singular, o AVC.

A análise da Classe 1 congrega excertos das falas dos participantes que apontam para tomada de consciência e representam, socialmente, o conceito de “vulnerabilidade da vida humana”, que foram verbalizadas por alguns dos idosos, como o recorte de texto abaixo:

*“Era uma vida independente, só que vivia estressada chateada com as coisas que aconteciam de errado e que meu marido fazia, tenho certeza que foi isso que fez eu ter o AVC. Descobri que ele tinha um filho com outra mulher”.*

*“Passei mal durante a noite e meu filho me levou até ao médico, ele falou que era apenas mal-estar e me deu alta. À noite, meu filho viu que meu rosto entortou e me levou de novo, desta vez, me atenderam certo, mas já estava pior, estava tendo um AVC”.*

*“Engraçado quem faz o papel de filho é você, esses pequenos passeios que fazemos me faz esquecer os meus problemas, sinto que estou seguro quando você está por perto. Depois do AVC, você perde um pouco da autonomia. Sinto que minhas forças já estão indo embora, enfraqueci muito depois da cirurgia da bexiga e da próstata”.*

*“Eu era uma pessoa de muito trabalho, só vivia para isso, não cuidava da saúde, não ligava para regime, lembro que passei mal e liguei para meu amigo, depois, não vi mais nada, meu corpo parece que tinha saído de mim, só depois que eu acordei do coma no hospital, que fiquei sabendo que tive um AVC; foi e é revoltante”.*

*“Você sente abandonado, no início o pessoal do postinho vinha aqui, agora já faz 3 anos que ninguém aparece”.*

Se a fala do participante é o respaldo empírico para o conceito da vulnerabilidade, o ciclo de compreensão deste fenômeno se fecha com as definições ou construto teóricos dos bioeticistas ou de instituições voltadas à defesa do ser humano. A OMS (2015) afirma que a não inclusão dos idosos em estratégias de desenvolvimento humano pode levar ao sofrimento, pode resultar em processos de exclusão, abandono e, conseqüentemente, leva-o ao estado de vulnerado.

Segundo Paranhos, Albuquerque e Garrafa (2017), quando se trata de vulnerabilidade, logo se associa o termo à condição de fragilidade humana, a uma menor capacidade de defesa, ou seja, à propensão que algumas pessoas têm de ser ou estar mais suscetíveis às doenças, às violências físicas ou psíquicas. Algumas pessoas ou grupos sociais estão mais predispostos a sofrer danos físicos ou morais, quer em razão de sua fragilidade física, ou em virtude das condições sociais, econômicas, culturais ou ambientais em que vivem. Considera-se, então, que crianças, mulheres, pessoas com deficiência e pessoas idosas são sujeitos em especial de situação de vulnerabilidade.

A representação social constatada na classe 2, denominada de *cuidar e ser cuidado*, aponta, pela própria fala dos idosos, uma diminuição e perda da condição de se autocuidar e o cuidado dirigido aos familiares. Nota-se a imposição da patologia e uma inversão dos papéis de cuidados da família para ser cuidado por alguém desta família e, mais uma vez, o tema vulnerabilidade torna-se presente. Veja como essa situação foi explicitada pelas falas dos pesquisados:

*“Morrer, eu queria morrer, pois assim dava sossego pra todo mundo, não posso andar direito, não posso tomar banho sozinho, não posso fazer nada. Deus devia ter me tirado de uma vez”.*

*“Querida morrer, assim, dava sossego para todo mundo”.*

*“Minha família é muito unida, pois fiquei viúva muito cedo, com quatro filhos. Fui mãe e pai ao mesmo tempo, cuidei do meu irmão durante três anos, porque ele teve um AVC também”.*

*“Engraçado e revoltante, ao mesmo tempo. Aposentei e pensei que ia ter uma vida tranquila. Um mês depois, meu irmão sofreu AVC também, todos trabalhavam, eu que assumi os cuidados. Fiquei cuidando 3 anos e, depois que ele morreu, três dias depois, eu sofri o AVC”.*

*“Eu só trabalhava, não conseguia ficar parado sem nada para fazer, trabalhei como jardineiro, chapa, calçamento de rua. Tinha que trabalhar pra cuidar da família, não preocupava comigo, só pensava em dar uma vida confortável para eles”.*

*“Sou de uma família que tem freira e leigos, depois que você fica doente é que você nota a real necessidade de ajudar os outros. Estou limitada, dependo de ajuda para tudo, mas, não perco a esperança, tenho muita paciência e fé que vou conseguir voltar ao meu normal”.*

*“Eu fazia de tudo, cuidava da minha família e cuidava da casa”.*

*“Sinto que sou um peso pra minha esposa, já para os meus filhos, eles não se preocupam, já estão formados e moram fora”.*

Para Herring (2016), a condição de vulnerabilidade é empregada ao ser humano por sua natureza relacional, na medida em que depende do outro para viver, e tal dependência acarreta vulnerabilidade. A dependência é uma faceta inevitável da vida humana. Em determinados estágios, os cuidados de terceiros se tornam indispensáveis, como na infância, na doença ou no final da vida. Estar em uma situação de vulneração leva a uma dependência mútua do cuidador e do ser que recebe os cuidados, o que requer responsabilidades e elementos de reciprocidade, solidariedade, confiança e cooperação.

Para suprir a vulnerabilidade, Paranhos, Albuquerque e Garrafa (2017) a condicionam à presença de cuidados adequados, de serviços públicos acessíveis e disponíveis, de uma rede de proteção social, além da simetria da relação de cuidados. No campo específico dos cuidados, a vulnerabilidade se vincula, ainda, aos aspectos relacionais existentes entre paciente e profissional da saúde ou cuidador, vem à tona a ideia de interdependência entre os envolvidos no tratamento, empatia, interação, confiança, cooperação e reciprocidade, que são os elementos-base do princípio dos cuidados centrados no paciente e a melhor maneira de se resguardar a integridade individual e de superar as vulnerabilidades geradas pelas relações de cuidados em saúde.

A representação social emergida na classe 3 sugere, de acordo com os idosos, uma apropriação de fatos em suas vidas que apontam para uma *tomada de consciência do antes e do pós AVC*, que são, a seguir, ilustradas com falas dos participantes e que validam este fenômeno.

*“Minha vida era totalmente diferente do jeito que vivo hoje, fazia de tudo mesmo, desde trabalhar, viajar, até dirigir. Não dependia de ninguém. Era uma vida corrida, não parava para nada, não cuidava de mim, era sedentário e fumava. Eu tinha minha vida e ela foi tirada de mim. Não é justo!”.*

*“Se eu soubesse que era tão sério assim, tinha parado. Não tenho vida. Minha vida acabou. Fumava e bebia muito. Minha filha sempre chamava atenção, falava que eu ia ter um AVC e eu brincava: se der, é bom que mata. Só que não matou. Se eu soubesse que era tão sério assim, tinha parado”.*

*“Tomava muita cerveja. Nossa Senhora, exagerava mesmo! Acho que foi isto que deu o derrame. Mudou tudo. Eu que não gostava de ficar parado, fiquei sem andar, sem falar, dependia de tudo”.*

*“Vida? Que vida? Ela acabou pra mim, acabou tudo. Vivo numa dependência de quase tudo. A vida já não tem sentido mais, a família afastou, amigos afastaram, já não tenho condições de ir a qualquer lugar sozinha, dependo de outros. Sempre fui muito estressada e sempre me fez mal, não cuidei disso”.*

De acordo com a SBDCV (2012), o sexo masculino tem uma incidência maior que as mulheres e isto se enquadra nos fatores de risco não modificáveis. Já os fatores de riscos modificáveis incluem controles da hipertensão, da hipercolesterolemia e da hiperglicemia, redução da obesidade/sedentarismo, abolir o uso de álcool e drogas.

Para Gomes (2012), os AVCs se tornaram um importante problema de saúde pública, com uma alta taxa de letalidade e uma percentagem expressiva de sobreviventes dependentes e com uma incapacidade permanente, levando a graves consequências em termos pessoais, familiares e da comunidade. De fato, o AVC tem um grande potencial para gerar déficit no funcionamento físico, sensorial e cognitivo, com impacto no dia-a-dia e no desempenho do indivíduo no que diz respeito às AVD.

O *isolamento social por imposição* foi uma das representações sociais possíveis, de acordo com a análise das falas dos idosos, classificado como classe 4. Abaixo, pode-se ver relatos nesta direção.

*“A minha vida está limitada dentro da minha casa, recebo visitas esporadicamente. Tenho saudade da correria do dia a dia, precisava dar um fredda, mas, não deste modo”.*

*“Sinto muito isolada, meus filhos desfazem de mim, meus amigos afastaram. De primeiro, a minha casa vivia cheia de gente”.*

*“Desses anos todos, só recebi uma visita apenas. Ninguém veio me visitar, todos os meus amigos sumiram, tenho vontade de sair, mas, ninguém tem tempo para nada, todos trabalham, não têm tempo de sair comigo. Você vive só, esperando por alguém lhe ajudar. É difícil depender e viver isolado assim.*

Na literatura, encontram-se estudos como dos autores Choi, Irwin e Cho (2017), que argumentam sobre como o isolamento social tem um efeito negativo severo sobre a longevidade e a saúde mental do idoso. Os autores citam dois tipos de isolamento social: - subjetivo: quando faltam aos idosos recursos sociais, como companheirismo e apoio de maneira geral, embora haja quem os possa prover, e - objetivo: quando falta ao idoso contingente social e afetivo, para se relacionar, ou atividade social propriamente dita.

Para Pessini (2017), ser vulnerável é ser frágil, ser suscetível de ser ferido e sofrer. Esta fragilidade é uma condição natural da humanidade, um “aspecto inevitável e permanente da nossa condição humana”. A vulnerabilidade surge de nossa condição humana, a partir da possibilidade do corpo humano ser ferido e da inevitabilidade da fragilidade da velhice e da morte. Por outro lado, a vulnerabilidade corporal liga-se à natureza social da vida humana. Como seres sociais, somos vulneráveis às ações dos outros e dependentes do cuidado e apoio dos outros, em graus diversos e em vários momentos de nossas vidas.

Na classe 5, a representação social se projetou na forma de *dependência física*. Excertos das falas dos participantes corroboram esta dimensão, quais sejam:

*“Passo mais tempo na cama. Hoje, eu tenho uma vida que ela não é normal”.*

*“Sinto que estou dando muito trabalho pro meu marido, não consigo nem levantar à noite sozinha, para ir ao banheiro, e ele tem que acordar junto pra me levar, não acho justo”.*

*“Estou confinado na minha casa, o máximo que faço é sair e ficar sentado no banco do passeio. Faz nove anos que eu não sei o que é sair”.*

*“Sou um nada no meio do nada, não existo. É dureza! Não consigo me virar na cama sozinho, fico, praticamente, vinte e quatro horas na cama”.*

*“Meu esposo e minha filha me ajudam, principalmente, na hora do banho. Sinto que estou causando muito transtorno na vida deles. Confio que vou melhorar, sei que não vou ficar cem por cento curada, mas, quero voltar a viajar, passear e ir participar do grupo da terceira idade”.*

*“Não abro a mão, só a perna que melhorou, mas, queria que melhorasse mais. Ando em casa sozinho. Fora de casa, além da bengala, saio de braço dado com minha filha e meu filho. Eles não têm paciência comigo, falam que ando muito devagar”.*

Os referenciais teóricos respaldam as representações sociais encontradas nesta pesquisa e, com relação à dependência física, Paschoal (2016) afirma que o envelhecimento populacional é um marco, porém, o é por um paradoxo, pois os anos de vivência podem significar anos de sofrimento e infelicidade, um tempo de perdas, incapacidades e dependência. Assim, o envelhecimento e a possibilidade de sobrevida aumentada trouxeram a necessidade de se avaliar a qualidade dessa sobrevida.

Nesse mesmo sentido, Pedreira e Oliveira (2012) dizem que o AVC hemorrágico ou isquêmico leva a várias incapacidades. Dentre elas, destaca-se a dificuldade para a realização

das AVD, assim como depressão, isolamento e dependência. É importante a reabilitação e o apoio da família, para facilitar o retorno à realização das atividades diárias e a retomada da autonomia, fator indispensável à sua QV.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, neste trabalho, trazer à baila uma temática de grande importância para o processo de envelhecimento e suas repercussões no ser e no querer fazer. Ou seja, as perdas da própria identidade, a incapacidade e o estigma social definido nas relações entre a sociedade e o idoso com AVC. Ao aventado hipoteticamente, encontrou-se evidências de validade sobre a questão da vulnerabilidade em pesquisadores, ao abordarem a problemática do envelhecimento, situação que acomete nosso país, dentre outros. Estudiosos do AVC demonstram muitos elementos concretos das imposições que esta doença faz aos idosos acometidos. Os bioeticistas apontam evidências de validade externas, como a estigmatização, isolamento e desrespeito ao idoso com AVC. Todavia, os próprios participantes desta pesquisa tiveram a oportunidade de expressar em percepções, pensamentos e sentimentos, aqui entendidos como Representações Sociais ou comportamentos latentes. Assim, entendeu-se que o conceito de vulnerabilidade, tão complexo em sua definição, se torna, naturalmente, respaldado pelo Idoso Vulnerado.

Consideradamente, o AVC limita o idoso na realização das AVD, no seu papel no âmbito familiar, nas interações e participações sociais e laborais que, conseqüentemente, leva a uma deterioração da sua QV. O enfrentamento da doença e as limitações oriundas do AVC irão depender, individualmente, da representação social atribuída ao evento. A representação social, na qual foi possível se chegar nesta pesquisa, em relação à vulnerabilidade humana, demonstrou, como prova cabal, que a vida humana, em seus vários estágios, sofrerá ameaças, como a perda da autonomia e suas várias conseqüências, o que torna os idosos acometidos por um AVC seres vulnerados.

De outra forma, o AVC, tal como hipotetizado neste estudo, é aqui tratado como evidência de validade para o conceito de vulnerabilidade. Vulnerabilidade entendida como termo difícil de definir e atingir consenso entre os autores, em virtude dos múltiplos fatores que envolvem o tema.

Com a realização deste estudo, constatou-se que os idosos acometidos por AVC, além da dependência física, carregam consigo conflitos de ordem moral, social, espiritual e familiar, conseqüentemente, ficam vulneráveis, expostos à fragilidade e ao sofrimento.

A relação tripartida entre envelhecimento, AVC e vulnerabilidade requer aprofundamento e discussão bioética conceitual, compreensão dos fenômenos vividos pelas pessoas acometidas por um AVC e, principalmente, ação, a começar pela criação de políticas públicas com enfoque à saúde. A bioética propõe uma plataforma inter, multi e

transdisciplinar na promoção de debates e pesquisas, para o avanço de temas na área da saúde e do cuidado humano, em especial, do idoso, em função de sua vulnerabilidade. Para tanto, se faz necessário a difusão da bioética de forma mais efetiva, por meio da formação de profissionais alinhados com estes princípios e que entendam que a educação é o caminho indicado para esta sublime tarefa. Em nosso caso, nos referimos à educação em cursos de graduação e pós que tenham, em seu DNA, o cuidado com o outro como essência.

É notório que as instituições estão muito aquém do necessário, para atender uma população que envelhece de forma progressiva, enquanto o Estado parece adormecido ou perdido em suas (não) ações estratégicas, com vistas aos problemas de vanguarda, sem considerar questões futuras, que emergem e suscitam socorro emergencial, como é o caso da qualidade de vida do idoso.

É imprescindível que os profissionais de saúde despertem para os cuidados da atenção primária. Esses cuidados não são apenas cumprir metas preestabelecidas. A resposta, nessa direção, deve basear-se no agir e mostrar mecanismos que auxiliem os idosos e familiares a encontrarem soluções, para uma melhor QV e na relação interpessoal.

Uma realização completa e efetiva desses mecanismos se dá pelo desenvolvimento multiprofissional, pois, diante da quebra da homeostasia pessoal, faz-se necessário um acompanhamento biopsicossocial, pois, notadamente, os idosos com AVC necessitam de um suporte espiritual, emocional e, fundamentalmente, do convívio social, porque, notadamente, a fase da reabilitação dificilmente é superada sem traumas.

O enfrentamento da doença, assim como o processo de envelhecimento, merece ser discutido sob o prisma da bioética, de diferentes perspectivas: potencializar a proteção dos vulneráveis, respeitar a autonomia dos idosos, o princípio da justiça, da beneficência e não maleficência.

Sugere-se que estudos bioéticos sigam numa proposta que, na medida do possível, favoreçam os próprios protagonistas, acometidos pela vulnerabilidade, a expressarem como percebem os estímulos que os rodeiam e a maneira como isto lhes impõem a vulneração. Assim, o pesquisador pode se portar como o fio condutor entre as variáveis da vida social e as próprias representações sociais, favorecendo uma bioética mais prática e, quiçá, a minimização da vulnerabilidade humana.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, B. M.; GOMES, A. P.; MARTINS, S. Envelhecimento ativo: das diretrizes às ações para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. **Revista Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v. 11, n. 21, p. 129-172, jan./jun. 2018. Disponível em: <<http://revista.uemg.br/index.php/revistapp/article/view/2890/1599>>. Acesso em: 10 fev. 2018.
- ALFAMA, E.; CRUELLS, M. De qué hablamos cuando hablamos de envejecimiento activo? Interpretaciones distintas, propuestas divergentes. In: EZQUERRA, S.; SALANOVA, M. P.; PLA, M.; SUBIRATS, J. (Ed.). **Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI**. España: Planeta, 2016. p. 56-66.
- ALMEIDA, L. D. Suscetibilidade: Novo sentido para a vulnerabilidade. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 18, n. 3, p. 537-548, 2010. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/582/589](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/582/589)>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 23, p. 1924-1930, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/19.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2018.
- AMENDOLA, F. **Construção e validação de um índice de vulnerabilidade de famílias e incapacidades e dependentes**. 2012. 188 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-25052012-093437/pt-br.php>>. Acesso em: 18 out. 2018.
- AQUINO, J. S. **As representações sociais acerca do ensino superior a distância da UFES: a percepção de egressos dos cursos de administração e física**. 2015. 150 f. Dissertação (Gestão Pública) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015. Disponível em: <[http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFES\\_bd302d395a266cc405ac63b04a78776b](http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFES_bd302d395a266cc405ac63b04a78776b)>. Acesso em: 15 jan. 2019.
- BALDIN, A. D. Atividade física e AVC. **Comciência**, Campinas, n. 109, 2009. Disponível em: <[http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151976542009000500019&lng=es&nrm=iso](http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151976542009000500019&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 05 dez. 2018.
- BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, X., 2011, Curitiba. Anais... Curitiba: PUCPR, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000114&pid=S1414-753X201400030000700002&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000114&pid=S1414-753X201400030000700002&lng=pt)>. Acesso em: 02 mar. 2019.
- BARBOSA, M. A. R. et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário. **Revista da Sociedade Brasileira Clínica Médica**, São Paulo, v. 7, n. 6, p. 357-360,

2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n6/a001.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2018.

BARRETO, J. Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio atual. **Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, Porto, v. 15, p. 289-301, 2005.

<<http://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2393>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

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

\_\_\_\_\_. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em: 14 set. 2018.

BRITO, M. C. C. et al. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 161-178. 2013. Disponível em:

<<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/18552/13738>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CAMACHO, A. C. L. F.; SANTOS, R. C. Revisão integrativa sobre as questões bioéticas relacionadas ao idoso: aspectos relevantes para a enfermagem. **Enfermería Global: Revista Electrónica Trimestral Enfermería**, Murcia, v. 12, n. 31, p. 398-408, jul. 2013. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/pt\\_revision5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/pt_revision5.pdf)>. Acesso em: 26 dez. 2017.

CAMARGO, B.; V. JUSTO, A.; M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição - Laccos UFSC, 2016. Disponível em: <[http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues\\_17.03.2016.pdf](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf)>. Acesso em: 11 dez. 2018.

CAMPOLINA, A. G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a18v29n6.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

CARR, H. J.; SHEPHERD, B. R. Acidente vascular cerebral. In: \_\_\_\_\_. **Reabilitação neurológica: otimizando o desempenho motor**. São Paulo: Manole, 2008. p. 253-273.

CARVALHIDO, T.; PONTES, M. Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral. **Revista da Faculdade de Ciência da Saúde**, Porto, p. 140-150, 2009. Disponível em: <[http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1278/2/140150\\_FCS\\_06\\_-23.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1278/2/140150_FCS_06_-23.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2018.

CHOI, H.; IRWIN, M. R.; CHO, H. J. Impact of social isolation on behavioral health in elderly: systematic review. **World Journal Psychiatry**, Pleasanton, v. 5, n. 4, p. 432-438,

2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26740935>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

CORREIA, A. C. et al. Crioterapia e cinesioterapia no membro superior espástico no acidente vascular cerebral. **Revista Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 23, n. 4, p. 555-563, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n4/a06v23n4.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2018.

COSTA, D. D. O. et al. A interdisciplinaridade e a saúde do idoso: questões da prática assistencial para médicos. **Acervo de Recursos Educacionais em Saúde**, Maranhão, fev. 2017. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7861>>. Acesso em: 3 fev. 2018.

COSTA, J. H. C. **AVC e diabetes mellitus: o perfil dos doentes e do AVC**. 2009. 70 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Portugal, 2009. Disponível em: <<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/903/1/AVC%20e%20DM%20-%20o%20perfil%20dos%20doentes%20e%20do%20AVC.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2018.

CUNHA, T.; GARRAFA, V. Vulnerabilidade: Um princípio chave para a bioética global. **Revista Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**. Califórnia, v. 25, n. 2, p. 197-208, abr. 2016. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/cambridge-quarterly-of-healthcare-ethics/article/vulnerability/EBA6F98309E0E833EACE7E1AD8E6F1E2>>. Acesso em: 20 out. 2018.

DANTAS, H. M.; SANTOS, C. A. de S. (Org.). **Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade**. Joaçaba: Unoesc, 2017.

DIAS, E. G. et al. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: estudo SABE. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1623-1635, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n8/0102-311X-csp-31-8-1623.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

DÍAZ, F. J. T.; SANCHES, M. A. Contribuições para uma bioética Ibero-americana. **Revista Iberoamericana de Bioética**, Madrid, n. 2, p. 1-3, 2016. Disponível em: <<https://revistas.upcomillas.es/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/7349/7194>>. Acesso em: 29 out. 2018.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007. Disponível em: <[http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Artigos/Indexe\\_de\\_Katz\\_na\\_avaliacao\\_da\\_funcionalidade.pdf](http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Artigos/Indexe_de_Katz_na_avaliacao_da_funcionalidade.pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2017.

ERVATI, L. R.; BORGES G. M.; JARDIM, A de P. (Org.). **Mudanças demográficas no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 7 mai. 2018.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a04.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

FRIESTINO, J. K. et al. Mortalidade por câncer de próstata no Brasil: Contexto histórico e perspectivas. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 3, p. 688-701, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n3/a4469.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

GANGLIARDI, R. F. Hipertensão arterial e AVC. **ComCiência**, Campinas, n. 109, 2009. Disponível em: <<http://comciencia.scielo.br/pdf/cci/n109/a18n109.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2018.

GOFFMAN, E. **Estigmas**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1998.

GOMES, M. J. A. R. **Vidas após um acidente vascular cerebral**: efeitos individuais, familiares e sociais. 2012. 439 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, Portugal, 2012. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/21005/1/Maria%20Jos%C3%A9%20Almendra%20Rodrigues%20Gomes.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2018.

GONÇALVES, C. D. Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões. **Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 645-657, 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/49428>>. Acesso em: 24 mai. 2018.

HERRING, J. **Vulnerable adults and the law**. Oxford: Oxford University, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H.; GOMES, I. Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. **Psicologia: Reflexão Crítica**, Porto Alegre, v. 24, n. 4, p. 810-818, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v24n4/a22v24n4.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2017.

JODELET D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: \_\_\_\_\_. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 18-66.

LAURENO, R.; ADAMS, R. **A Life of mind and muscle**. Oxford: Oxford University Press, 2009.

LIMA, V. et al. Fatores de risco associados à hipertensão arterial em vítimas de acidente vascular cerebral. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 19, n. 3, p. 149-

154, 2006. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/975/2137>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

LOUBÈRE, L.; RATINAUD, P. **Documentation IraUmTeQ - 0.6 alpha 3 version 0.1**. [S.l: s.n.], 2014. Disponível em: <[http://iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation\\_19\\_02\\_2014.pdf](http://iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation_19_02_2014.pdf)>. Acesso em: 13 set. 2018.

MAIA, F. O. M. **Vulnerabilidade e envelhecimento**: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo: estudo SABE. 2011. 193 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-24102011-080913/pt-br.php>>. Acesso em: 14 out. 2018.

MESTRINER, R. G. Entre a resignação de Hipócrates e a esperança de Michael Merzenich: uma reflexão sobre os programas de reabilitação funcional pós-acidente vascular cerebral. In: \_\_\_\_\_. **O desafio da gerontologia biomédica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016. p. 77-80.

MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males de saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec, 2000.

MONTEIRO, I. **Antropologia**: uma nova concepção. Petrópolis: Vozes, 2007.

MORAIS, I. M. A vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, p. 331-336, dez. 2010. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/10.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

NEVES, M. P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, DF, v. 2, n. 2, p. 157-172, 2006. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/ojs311/index.php/rbb/article/view/7966/6538>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

OMRAN, A. R. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, Malden, v. 49, n. 4, pt. 1, p. 509-538, 1971. Disponível em: <[https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2016/10/OMRAN-2005-Milbank\\_Quarterly.pdf](https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2016/10/OMRAN-2005-Milbank_Quarterly.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)>. Acesso em: 7 jan. 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Medición del grado de adaptación de las ciudades a las personas mayores**: guía para el uso de los indicadores básicos. Ginebra, 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203832/9789243509693\\_spa.pdf;jsessionid=8ABDA2117BA8C0328C95D244CA6E0DC8?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203832/9789243509693_spa.pdf;jsessionid=8ABDA2117BA8C0328C95D244CA6E0DC8?sequence=1)>. Acesso em: 20 set. 2018.

PARANHOS, D. G. M.; ALBUQUERQUE, A.; GARRAFA, V. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. **Revista Saúde e Sociedade**, São

Paulo, v. 26, n. 4, p. 932-942, out./dez. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n4/1984-0470-sausoc-26-04-932.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

PASCHOAL, S. M. P. Bioética, envelhecimento humano e dignidade no Adeus à vida. In. \_\_\_\_\_. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 79-86.

PEDREIRA, L. C.; OLIVEIRA, A. M. S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 5, p. 130-136, set./out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/03.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

PESSINI, L. Bioética, envelhecimento humano e dignidade no Adeus à vida. In. \_\_\_\_\_. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 87-96.

\_\_\_\_\_. Elementos para uma bioética global: solidariedade, vulnerabilidade e precaução. **Thaumazein**, Santa Maria, Ano VII, v. 10, n. 19, p. 75-85, 2017. Disponível em: <[https://www.periodicos.unifra.br/index.php/thaumazein/article/view/1983/pdf\\_1](https://www.periodicos.unifra.br/index.php/thaumazein/article/view/1983/pdf_1)>. Acesso em: 18 nov. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RISMAN, A. Envelhecimento: um processo multideterminado e multideterminante? **Revista Portal de Divulgação**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 1-13, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/view/30/30>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

ROCHA, J. A. O envelhecimento humano e seus aspectos psicossociais. **Revista Farol**, Rolim de Moura, v. 6, n. 6, p. 77-89, jan. 2018. Disponível em: <<http://www.revistafarol.com.br/index.php/farol/article/view/113/112>>. Acesso em: 18 dez. 2018.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e pragmática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/23.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2018.

SANCHES, M. A.; MANNES, M.; CUNHA, T. R. da. Vulnerabilidade moral: leitura das exclusões no contexto da bioética. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 26, n. 1, p. 39-46, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n1/1983-8042-bioet-26-01-0039.pdf>>. Acesso em: 4 mai. 2018.

SANTOS, G. L. A.; SANTANA, R. F.; BROCA, P. V. Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos: etno enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160064, jun. 2016; Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160064.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2018.

SCHMIDT, I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. cap. 4, p. 111-135. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2009.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2018.

SCHNEIDER, R.; IRIGARAY, T. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudo de Psicologia**, Campinas, v. 25 n. 4, p. 585-593, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2018.

SCHRAMM, F. R. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1531-1538, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1531.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 8, n. 16, p. 11-23, 2008. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/52](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52)>. Acesso em: 18 abr. 2018.

SEGURA, D. C. A. et al. Análise do tratamento da espasticidade através da fisioterapia e da farmacologia: Um estudo de caso. **Arquivo de Ciências da Saúde da Unipar**, Umuarama, v. 11, n. 3, p. 217-224, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/2042/1784>>. Acesso em: 22 mai. 2018.

SILVA, J. V.; MARTINS, T. **Construção e validação de escalas de ações de autocuidado com enfoque nas atividades da vida diária de pessoas idosas portuguesas**. 2017. 180 f. Tese (Pós-doutoramento). Escola Superior de Enfermagem, Porto, Portugal, 2017.

SILVA, T. M. M. da. **Disfagia no doente com AVC: prevalência e determinantes**. 2014. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação)-Instituto Politécnico de Viseu, Portugal, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3268>>. Acesso em 15 maio 2018.

SUBRAMANYAM, V. Physical Activity and Functional Competence. In: \_\_\_\_\_. **Indian Journal of Gerontology**, v. 25, n.2, 2014, p. 143-149.

SIQUEIRA, B. P. J. et al. Bioética da proteção e equidade no Sistema Único de Saúde. **EFDdesportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, ano 17, n. 178, mar. 2013. Não paginado. Disponível em: <<http://www.efdesportes.com/efd178/bioetica-da-protecao-e-equidade-de-saude.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES (SBDCV). **Acidente vascular cerebral**. São Paulo, 2012. Disponível em: <[http://www.sbdcv.org.br/medica\\_diretrizes.asp](http://www.sbdcv.org.br/medica_diretrizes.asp)>. Acesso em: 4 jun. 2018.

STEPKE, F. L.; DRUMOND, J. G. F. **Fundamentos de uma antropologia bioética**. São Paulo: Loyola, 2007.

TEIVE, H. A. G.; ZONTA, M.; KUMAGAY, Y. Tratamento da espasticidade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 852-858, dez. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n4/1644.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

TRICHES, C. et al. Complicações macrovasculares do diabetes mellitos: peculiaridades clínicas, de diagnóstico e manejo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 698-708, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n6/02.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2018.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Paris, 2005. Disponível em: <<http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

VELOSO, A. S. T. **Envelhecimento, saúde e satisfação**: efeitos do envelhecimento ativo na qualidade de vida. 2015. 105 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) - Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015. Disponível em: <[https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29711/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado\\_Ana%20Veloso.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29711/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Ana%20Veloso.pdf)>. Acesso em: 30 mai. 2018.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n10/03.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2018.

WRIGHT, I. S.; MCDEVITT, E. Cerebral vascular diseases: Their significance, diagnosis and present treatment, including the selective use of anticoagulant substances. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 41, n. 4, p. 682-698, out. 1954. Disponível em: <<http://annals.org/aim/article-abstract/675708/cerebral-vascular-diseases-significance-diagnosis-present-treatment-including-selective-use>>. Acesso em: 3 fev. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento**: novas perspectivas. Washington: Oficial, 1998.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

## APÊNDICE A - Questionário de caracterização pessoal do idoso com AVC

1-Idade\_\_\_\_\_

2-Sexo \_\_\_\_\_

3-Estado Civil\_\_\_\_\_

4-Religião\_\_\_\_\_

5-Aposentado ( ) Sim ( ) Não

6-Escolaridade ( ) Sem Escolaridade ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) 2º Grau Completo ( ) 2º Grau incompleto ( ) 3º Grau Completo ( ) 3º Grau Incompleto

7-Convênio Médico ( ) sim ( ) não

8-Renda Pessoal\_\_\_\_\_

9-Tempo de sequela\_\_\_\_\_

10-Tipo de sequela: Espasticidade ( ) Hipotonia muscular ( ) Hemiplegia ( ) Monoplegia ( ) Diminuição da sensibilidade tátil, térmica ou dolorosa ( ) Lentificação dos pensamentos ( ) Tipo de Dependência ( ) Total ( ) Parcial

11-Tipo de Família\_\_\_\_\_

12- Casa ( ) Própria ( ) Alugada ( ) Cedida ( ) Outros\_\_\_\_\_

13-Números de pessoas que residem na casa \_\_\_\_\_

14-Tipo de moradia ( ) Térrea ( ) 2º andar ou mais ( ) Uso de elevador

## APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada

- 1- Comente para mim: Qual era sua percepção de vida antes do AVC?
- 2- Comente para mim: Qual é sua percepção de vida pós-AVC?

## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nós, Rogério Donizeti Reis e Marcos Antônio Batista, respectivamente, mestrando em Bioética na Universidade do Vale do Sapucaí e professor de Bioética na Universidade do Vale do Sapucaí, da cidade de Pouso Alegre, MG, realizamos uma pesquisa intitulada: “O acidente vascular cerebral como evidência de validade da vulnerabilidade humana refletida e projetada pela plataforma bioética”. Este estudo é importante para que conheçamos a realidade dos idosos com AVC e, com isso, facilitar o diálogo entre os idosos, familiares e os profissionais de saúde. As informações obtidas serão por meio de entrevista gravada, com duração média de 30 minutos, e por meio de preenchimento de um instrumento sobre informações pessoais e familiares dos participantes da pesquisa.

Os resultados desta pesquisa certamente serão de grande valia, pois poucos são os estudos que abordam os temas: envelhecimento, AVC e vulnerabilidade.

Para realizarmos este estudo, precisamos que o(a) senhor(a) concorde em participar desta entrevista semiestruturada e responda à seguinte pergunta: Qual sua percepção de vida antes e pós o AVC?

Todas as informações serão mantidas em sigilo e o(a) senhor(a) não será identificado(a) pelo seu nome.

É importante o(a) senhor(a) saber também, que, a qualquer momento, poderá deixar de participar do estudo, se assim o desejar.

Por se tratar de emoções ao expor seu depoimento, essa pesquisa é considerada de baixo risco e pode causar algum incômodo ao falar sobre o AVC.

Este termo de consentimento é o documento que comprova a sua permissão, para a participação do estudo.

As respostas elaboradas pelos participantes serão transcritas pelos pesquisadores e arquivadas por um período de cinco anos e, após, serão descartadas de modo ecológico, de acordo com a resolução n. 466/12, do Ministério de Saúde.

Agradecemos desde já a sua valiosa colaboração e colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessária.

### DECLARAÇÃO

Por me achar plenamente esclarecido e de perfeito acordo com o que me foi informado, eu aceito e confirmo a minha participação nesta pesquisa e por isto lavrarei abaixo

a minha assinatura. Para tanto, declaro que, como participante desta pesquisa, estou ciente dos seus objetivos, da entrevista gravada, das respostas ao instrumento de características pessoais e familiares.

Se necessitar de alguma informação complementar, poderei recorrer pessoalmente ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre – MG, ou pelo telefone (35) 3449 2199. (O horário de funcionamento do Comitê de Ética é de Terça a Sexta-feira: das 14h às 18h - 19h às 22h).

Pouso Alegre, MG \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

## ANEXO A - Questionário de avaliação mental

<b>ITENS</b>	<b>CERTO</b>	<b>ERRADO</b>
1-Qual o nome deste lugar?	( )	( )
2-Onde está localizado (endereço)?	( )	( )
3-Que dia é hoje (data do mês)?	( )	( )
4-Em que mês estamos?	( )	( )
5-Em que ano estamos?	( )	( )
6-Qual é sua idade?	( )	( )
7-Qual é o dia do seu nascimento?	( )	( )
8-Qual é o ano do seu nascimento?	( )	( )
9-Quem é o presidente do Brasil?	( )	( )
10-Quem era o presidente antes dele?	( )	( )

Fonte: VENTURA, M. de M.; BOTTINO, C. M. de C. Avaliação Cognitiva em Pacientes idosos. In: PAPALEO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1986.

## ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO -



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Percepção dos idosos e familiares em relação a vida pós seqüela de AVC: reflexões bioéticas

**Pesquisador:** Rogério Donizeti Reis

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 80873617.3.0000.5102

**Instituição Proponente:** FUNDACAO DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAI

**Patrocinador Principal:** FUNDACAO DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAI

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.661.897

**Apresentação do Projeto:**

Com o advento do envelhecimento populacional as doenças crônicas não transmissíveis como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) vêm se destacando e os conflitos de aspecto social e familiar tornam-se premissas para novos dilemas e busca de reorganização do grupo familiar ao redor do pacientes. Esses conflitos exercem uma grande influência na qualidade de vida (QV) do idoso, pois acarretam variadas limitações na capacidade funcional, ficando vulnerável e dependente acerca das atividades de vida diária (AVD), expondo muitas vezes ao conflito familiar e a ruptura da sua autonomia. A vulnerabilidade e a dependência física são comumente eventos negativos e estressantes, que contribui para um déficit na QV dos idosos e para aqueles que estão no seu entorno. A Bioética é extremamente relevante nas discussões que abordem os direitos e a dignidade dos idosos, além disso, um aprofundamento no estudo da Bioética é entendido como garantia da universalidade do acesso à saúde, à integridade. Esses temas, quando tratados à luz da Bioética, nada mais tendem do que compreender e auxiliar a prática biomédica, que refletirão na população como um todo (CAMACHO, 2013).

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

-Produzir pensamentos reflexivos a luz da Bioética da proteção e apontar alternativas práticas visando minimizar impactos na vida dos envolvidos na problemática que circunda os acidentados

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.550-000

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9270

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 2.661.897

(AVC), quais sejam, paciente, familiares e profissionais.

**Objetivo Secundário:**

-Conhecer a percepção dos idosos quanto sua identidade física, psíquica, social e espiritual, a partir de uma vida com sequelas de um AVC.

-Construir e validar um instrumento que analisa o impacto social, físico, espiritual e emocional do cuidador primário de um idoso com sequelas de AVC.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os autores, por se tratar de emoções ao expor seu depoimento, essa pesquisa é considerada de baixo risco, podendo causar algum incômodo ao falar sobre o AVC.

Quanto aos benefícios, alegam que este estudo é de singular importância para que conheçamos a realidade vivenciadas pelos idosos com AVC e seus familiares e diante disso intervir para facilitar o diálogo entre os idosos e os profissionais de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de relevância social, considerando que descreverá as características ideográficas dos idosos com sequelas de AVC. Em relação à relevância profissional focar-se-á na realidade do paciente idoso com vistas a refletir na problemática da comunicação entre pacientes e propor na medida do possível melhorias na interação entre as partes para que a técnica e o relacionamento fluam de forma mais humanizada. Quanto à relevância científica, o tema que envolve o déficit na Qualidade de vida, a distorção da imagem corporal, perda da autonomia, estado de vulnerabilidade e, sobretudo, a limitação e isolamento social que os idosos

com sequelas de AVC vivenciam é pouco explorado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória constam no projeto.

**Recomendações:**

Foram atendidas as recomendações propostas na Versão 2.

- Revisão da redação do TCLE, buscando uma linguagem acessível ao entendimento dos sujeitos de pesquisa.

-Substituição no custograma: Fonte financiadora- Fapemig por recursos próprios e definição do valor que estava diferente no PB e brochura.

-Atualização do cronograma;

- Recomenda-se que seja construído um TCLE para o cuidador do idoso e não Termo de

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.550-000

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9270

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 2.661.897

Assentimento.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto encontra-se em conformidade com a Resolução 466/12.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Os autores deverão apresentar ao CEP um relatório parcial e um final da pesquisa de acordo com o cronograma apresentado no projeto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1032073.pdf	13/04/2018 13:08:29		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TA.docx	13/04/2018 13:06:00	Rogério Donizeti Reis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/04/2018 13:05:31	Rogério Donizeti Reis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOdetalhado.docx	13/04/2018 13:05:04	Rogério Donizeti Reis	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	13/04/2018 13:04:35	Rogério Donizeti Reis	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	13/04/2018 13:04:11	Rogério Donizeti Reis	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	30/11/2017 12:16:51	Rogério Donizeti Reis	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.550-000

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9270

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 2.661.897

POUSO ALEGRE, 18 de Maio de 2018

---

**Assinado por:**  
**Ronaldo Júlio Baganha**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470  
**Bairro:** Campus Fátima I **CEP:** 37.550-000  
**UF:** MG **Município:** POUSO ALEGRE  
**Telefone:** (35)3449-9270 **E-mail:** pesquisa@univas.edu.br