

Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão¹

Dóris Firmino Rabelo

Anita Liberalesso Néri

Universidade Estadual de Campinas

Resumo

Foi feito um levantamento dos estudos brasileiros e estrangeiros publicados entre 1996 e 2005 que relacionavam bem-estar subjetivo, senso de ajustamento psicológico e acidente vascular cerebral, com o objetivo de identificar variáveis mediadoras dessa relação em idosos. Estudos transversais e prospectivos indicaram que os afetados por acidente vascular cerebral apresentam menor bem-estar subjetivo quando comparados com a população geral. Boa capacidade cognitiva, suporte social efetivo, continuidade de uma ocupação produtiva, manutenção da competência em atividades instrumentais de vida diária e humor positivo são fatores que podem melhorar o bem-estar subjetivo e psicológico. Variáveis que podem piorar o bem-estar subjetivo e psicológico são incapacidade funcional, déficits cognitivos, depressão, dificuldade em restabelecer a identidade e restrição à possibilidade de desempenhar atividades e papéis que contribuem para a auto-definição. O conhecimento das implicações psicológicas de sofrer acidente vascular cerebral pode beneficiar pacientes, familiares e profissionais no gerenciamento do evento.

Palavras-chave: ajustamento psicológico; acidente vascular cerebral; bem-estar subjetivo; idosos

Abstract

Subjective well being and perceived psychological adjustment among old people affected by stroke: a review. We gathered data from Brazilian and foreign studies published between 1996 and 2005 which related subjective well-being, sense of psychological adjustment and stroke. The objective was identifying mediator variables of this relation among old people. Prospective and cross-sectional studies indicated that those affected by stroke showed less subjective well-being than the general population. Good cognitive capacity, effective social support, continuity of a productive occupation, keeping the competence in instrumental activities of daily living and good mood are factors which can affect positively the subjective and psychological well-being. Variables which can affect negatively the subjective and psychological well-being are functional incapacity, cognitive deficits, depression, difficulty in re-establishing the identity and restrictions to the possibility of executing activities and roles which contribute to the self-definition. The knowledge of the psychological implications of suffering stroke can benefit patients, families and professionals in managing such event.

Key words: psychological adjustment; stroke; subjective well-being; elderly

Há claras indicações de que o nível de saúde física e mental e a funcionalidade, esta refletida na capacidade para o desempenho de atividades básicas e instrumentais de vida diária (AVDs e AIVDs), são críticos para o bem-estar subjetivo do idoso. Ainda que velhice não seja sinônimo de doença, é significativa a associação entre idade avançada e certas condições causadoras de incapacidades físicas e/ou mentais. Dentre elas, o acidente vascular cerebral (AVC), que tem grande potencial para gerar déficits no funcionamento físico, sensorial e cognitivo, tem impacto no cotidiano e no desempenho do indivíduo frente às atividades da

vida diária e afeta a avaliação subjetiva que ele faz da sua vida. À medida que as pessoas envelhecem, a capacidade de se recuperar de eventos negativos de vida adquire maior importância (Kanh & Juster, 2002), ao mesmo tempo em que aumentam os riscos de perdas biológicas, cognitivas, motivacionais e sociais ocorrendo no âmbito pessoal ou de pessoas próximas e significativas (Fortes & Neri, 2004). As diferentes condições de vida associadas às incapacidades tendem a alterar o potencial do indivíduo para manter um senso positivo de bem-estar subjetivo (Smith, Borchelt, Maier, & Jopp, 2002).

Sofrer AVC é um episódio inesperado, com alto potencial para ser vivenciado de forma estressante e representa ameaça ao senso de controle pessoal. Exige um grande esforço adaptativo, refletido no enfrentamento dos desafios provenientes de um evento não-desejado que causa desequilíbrio no funcionamento físico, social e psicológico (Fortes & Neri, 2004). O sucesso na adaptação às demandas impostas pelo AVC é um importante indicador do estado de bem-estar subjetivo e do senso de ajustamento pessoal.

Compreender como é envelhecer após um AVC gerador de incapacidade é útil à investigação das condições que permitem uma boa qualidade de vida. A experiência de eventos críticos não só afeta negativamente o ajustamento e o bem-estar dos indivíduos, como também pode acionar os recursos do *self* que permitirão que a pessoa lide melhor com os eventos e se mantenha bem. Quanto maior a integração psicológica e social, mais ajustados sentir-se-ão os indivíduos e menor será o ônus para a família, os cuidadores e os serviços de saúde (Freire, 2000). Conhecer esses mecanismos é importante à geração de alternativas de intervenções voltadas ao bem-estar subjetivo e ao ajustamento psicológico de idosos com limitações funcionais.

Epidemiologia do AVC

As doenças cerebrovasculares são a principal causa *mortis* de pessoas acima de 60 anos no Brasil (11,5% entre os homens e 12,3% entre as mulheres). Em segundo lugar aparecem as doenças isquêmicas (11% e 10,2%, respectivamente) e as hipertensivas (3% e 4%, respectivamente) (Camarano, 2005, citando dados do IBGE, Censo de 2002). A partir dos 60 anos de idade há um aumento significativo da incidência do AVC (Medina, Sairassu, & Goldfeder, 1998). Segundo Pittella e Duarte (2002), as doenças cerebrovasculares apareceram como o principal grupo de doenças do sistema nervoso central entre idosos (71,9% dos casos, em estudo feito em Belo Horizonte). De acordo com os mesmos autores, a mortalidade nos três primeiros meses após o AVC é maior nos indivíduos mais velhos (24% entre 65-74 anos e 39,4% em idosos acima de 85 anos). Pesquisando em São Paulo, Lotufo e Bensenor (2004) encontraram taxas de 30,5% e de 21,9% para as mesmas idades. A recorrência do AVC contribui para o aumento da morbidade e da ocorrência de demência vascular. Na faixa dos 60 aos 64 anos, e também acima dos 65 anos, o AVC se destaca como a condição que determina a adoção dos procedimentos mais dispendiosos para o sistema público de saúde e com a maior taxa de óbitos. Entre os homens, as internações são mais frequentes do que entre as mulheres, e, para ambos os sexos, aumentam com o avançar da idade (Nunes, 1999).

O sobrevivente do AVC geralmente têm de enfrentar incapacidades residuais tais como paralisia de músculos, rigidez nas partes do corpo afetadas, perda da mobilidade das articulações, dores difusas, problemas de memória, dificuldades na comunicação oral e escrita e incapacidades sensoriais (Skilbeck, 1996). A curva que representa a trajetória da recuperação das funções físicas e cognitivas afetadas pelo AVC atinge um platô aproximadamente seis meses após o episódio.

Num período que varia de um mês a dois anos após o AVC, os sobreviventes podem sofrer deterioração da funcionalidade, melhorar ou permanecer estabilizados na condição inicial (Skilbeck, 1996). A velocidade da recuperação e o grau de adaptação variam de indivíduo para indivíduo e dependem da gravidade das lesões e do engajamento em processos de reabilitação eficientes.

Repercussões na qualidade de vida dos afetados

O AVC frequentemente resulta em sofrimento psíquico e em limitações nas atividades em múltiplos domínios do funcionamento físico, cognitivo e social. Muitos estudos indicam mudanças na qualidade de vida das vítimas de AVC, mesmo entre aqueles moderadamente afetados (Doyle, 2002). Carod-Artal, Egido, González e Seijas (2000) investigaram as variáveis preditoras da qualidade de vida pós-AVC em sobreviventes espanhóis (média de 68 anos), um ano após o evento. Verificaram que a depressão e principalmente a incapacidade foram as principais variáveis associadas à qualidade de vida global e à qualidade de vida referenciada aos domínios psicossocial e físico. As mulheres apresentaram maior prevalência de depressão, maior gravidade e duração da depressão e pior qualidade de vida percebida em todos os domínios. Observaram também que quanto maior a idade por ocasião do AVC e quanto maior a incapacidade gerada pelo episódio, pior a recuperação e pior o status funcional das mulheres. Relataram que o isolamento e a restrição em atividades sociais resultam mais da incapacidade do que da depressão pós-AVC e que o suporte social é um importante preditor da depressão. Entre as pessoas com menos de 65 anos, não poder voltar ao trabalho por causa da incapacidade gerada pelo AVC apareceu como a principal fonte de baixa qualidade de vida auto-relatada.

Vestling, Tufvesson e Iwarsson (2003) confirmam esses dados, ao apontar que as vítimas do AVC são afetadas não apenas pelas incapacidades que limitam suas atividades, mas também pela impossibilidade de voltar ao trabalho, que determina forte declínio no bem-estar global, dada a importância do trabalho não só para a sobrevivência, como também para o autoconceito, o status social e as relações sociais.

Segundo estudo prospectivo de Ostir et al. (2002), aproximadamente metade dos idosos sobreviventes de AVC não consegue recuperar completamente sua independência. Em geral os fatores associados à recuperação da capacidade funcional incluem idade, *status* cognitivo, suporte social, educação, número de comorbidades e depressão pós-evento. Os participantes com baixo nível de sintomas depressivos e alto nível de afetos positivos apresentaram três vezes mais chance de recuperação do que os altamente deprimidos. Os com menor tendência à recuperação tinham 85 anos ou mais ou apresentavam incapacidade em um grande número de atividades de vida diária.

Segundo Jonkman, Weerd e Vrijens (1998), os determinantes mais importantes do declínio da qualidade de vida pós AVC são os déficits neurológicos persistentes, a incapacidade cognitiva e as mudanças de humor. Os autores

acompanharam pacientes entre 25 e 70 anos por um período de três a 12 meses depois de terem sofrido o primeiro AVC isquêmico. Verificaram que o nível de qualidade de vida melhorou de alguma forma, mas sem completa recuperação, mesmo depois de um ano desde o AVC. Observaram piora na qualidade de vida, correlacionada com depressão e, em algum grau, com déficit neurológico sem distúrbios cognitivos. A sintomatologia depressiva tende a aumentar entre os acometidos por AVC. De acordo com levantamento feito por Terroni, Leite, Tinone e Fráguas (2003), ela está associada principalmente a: prejuízo funcional, prejuízo cognitivo, história anterior de depressão, idade (jovens têm maior propensão no período agudo enquanto idosos no período tardio pós-AVC), gênero, história de AVC prévio, morar sozinho e ter rede social pobre, e correlatos neuro-anatômicos.

De acordo com Bagg, Pombo e Hopman (2002), existe discordância quanto ao papel da idade na recuperação de um AVC. Em estudo prospectivo de seis anos envolvendo os pacientes de AVC admitidos num programa canadense de reabilitação, os autores verificaram que mais importante do que a idade em si é a combinação dos efeitos da presença concomitante de outras doenças, do ritmo mais lento de recuperação funcional dos mais velhos e das expectativas dos profissionais de saúde. Ao que parece, os profissionais de saúde tendem a subestimar o potencial do idoso e a investir menos em sua recuperação.

Bethoux, Calmels e Gautheron (1999) compararam dois grupos que diferiam quanto ao tempo transcorrido entre a alta hospitalar e a sua pesquisa (o Grupo 1 tinha menos de seis meses e o Grupo 2, mais de seis meses desde a alta). O grupo acessado mais de seis meses depois da alta hospitalar apresentou pior qualidade de vida, no que tange à reintegração à vida normal, às habilidades para sair e mover-se fora de casa, ao desempenho de habilidades voltadas para o autocuidado, às relações pessoais e à capacidade de lidar com os eventos de vida.

As repercussões de um AVC sobre os indivíduos são muitas e os principais mediadores ou indicadores de baixa qualidade de vida é a incapacidade e a depressão. Entre os mais jovens, especialmente entre os homens, o domínio trabalho é de grande importância e fonte de satisfação com a vida. Entre os mais velhos, além das incapacidades e dos sintomas depressivos, as comorbidades, o pior *status* cognitivo e o ritmo mais lento de recuperação influenciam os vários domínios da qualidade de vida.

Bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico

Estudos transversais têm indicado que a qualidade de vida percebida e o bem-estar subjetivo são significativamente comprometidos, mesmo depois de um AVC leve (Hopman & Verner, 2003). A identificação das variáveis relacionadas ao bem-estar subjetivo faz parte dos esforços de melhorar a qualidade de vida, uma vez que é claramente relacionado com percepções subjetivas de bem-estar, como por exemplo, a felicidade e a satisfação (Segal & Schall, 1996, Wyller, Holmen, & Laake, 1998).

Os conceitos de bem-estar subjetivo (BES) e de ajustamento psicológico referem-se a processos relacionados, mas conceitualmente diferentes. Bem-estar subjetivo refere-se à avaliação que a própria pessoa faz sobre sua vida a partir de seus valores e critérios pessoais. Esta avaliação pode ser feita em termos de dois indicadores. Um é de natureza cognitiva e diz respeito ao julgamento da satisfação com a vida em geral ou referenciada a domínios específicos (como a capacidade física e mental ou os relacionamentos sociais). O outro é de natureza emocional e diz respeito ao equilíbrio entre afetos positivos e negativos relatados pela pessoa (Diener, 2000). Este autor relata evidências de que pessoas com graves limitações físicas ficam extremamente infelizes após o acidente que o causou, mas se adaptam mais ou menos rapidamente. Durante o período de adaptação, experimentam decréscimo nas emoções desagradáveis e aumento nas agradáveis. Segundo o autor, as pessoas reagem fortemente aos bons e maus eventos, quando de sua ocorrência, mas tendem a se adaptar com o tempo e retornar ao seu nível original de bem-estar. No entanto, há variações no tempo transcorrido para a adaptação, nos sentimentos envolvidos e no produto, dependendo da influência de fatores tais como a flexibilidade do sistema de metas de vida e do temperamento do indivíduo.

Ryff (1989) define bem-estar psicológico como a percepção pessoal sobre o ajustamento emocional e social em relação aos desafios da vida. Com base em pesquisa empírica, em extensa revisão da literatura e na integração de teorias de saúde mental e clínicas com a perspectiva *life-span* em desenvolvimento humano, a autora propôs um modelo de bem-estar psicológico composto por seis dimensões: auto-aceitação, relação positiva com outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal.

A dimensão *auto-aceitação* refere-se a ter atitudes positivas em relação a si mesmo e em relação à própria vida presente e passada, bem como o reconhecimento e a aceitação dos múltiplos aspectos de si mesmo, incluindo as boas e más qualidades. Clarke (2003) ressalta o impacto substancial que as incapacidades podem ter na identidade individual na velhice, um caminho através do qual o senso de ajustamento poderia ser afetado. Segundo o autor, mudanças corporais associadas com condições crônicas têm um efeito notável sobre o *self* porque o corpo é o meio pelo qual as concepções sobre si mesmo são formadas. Quando as incapacidades residuais do AVC restringem aspectos salientes da identidade pessoal e da auto-definição, isto é, quando impedem que a pessoa se engaje em atividades que constituem um importante componente de sua identidade pessoal, então se estabelece uma relação entre incapacidades e decréscimo no bem-estar. O indivíduo poderá sentir-se insatisfeito consigo mesmo, desapontado com o que ocorreu em sua vida e desejoso de ser diferente do que é. É relevante notar que a adaptação e o enfrentamento de uma determinada situação desafiadora dependem, em parte, de um autojulgamento positivo, que incluem o indivíduo sentir-se autônomo, capaz de se relacionar bem com outras pessoas e de reconhecer as próprias limita-

ções, para assim poder conviver da melhor maneira possível com elas.

A dimensão *relações positivas com outros* é definida como uma relação calorosa, satisfatória e verdadeira com os outros, com a preocupação com o bem-estar destes e com empatia, afeição, intimidade e entendimento na relação de dar e receber no âmbito das relações humanas. Eventos particulares, como o AVC, tendem a funcionar como eventos estressantes, cujo enfrentamento depende dos recursos pessoais e dos recursos sociais disponíveis. A família é a fonte básica de apoio social e emocional na velhice, mas sua atuação é completada de modo importante pelos amigos da mesma idade, cuja capacidade de amenizar o impacto dos eventos estressantes reside principalmente no fato de serem confidentes de sentimentos e preocupações e fontes de confirmação da identidade e do valor pessoal. O suporte social é importante mediador de um senso positivo de bem-estar, porque ajuda a implementação de estratégias de adaptação à incapacidade. O idoso com restrições às atividades normais ou com dificuldades em aceitar ser cuidado pode sentir-se isolado, e incapacitado para oferecer suporte a outras pessoas (Clarke, 2003).

A dimensão *autonomia* diz respeito à autodeterminação, à resistência a pressões sociais e à presença de um *locus* interno de avaliação com base nos próprios padrões. O bem-estar na velhice está correlacionado com a autonomia, definida em termos de capacidade de gerir e de tomar decisões sobre a própria vida. As deficiências podem acarretar senso de desamparo e de incontrolabilidade sobre a própria vida e sobre si mesmo.

A dimensão *domínio sobre o ambiente* diz respeito à habilidade de escolher ou criar ambientes apropriados às condições físicas e de manipular e controlar ambientes complexos (Ryff & Essex, 1991). Ou seja, relaciona-se à habilidade do indivíduo para engajamento, para manejo e para o exercício de atividades em seu mundo. As incapacidades decorrentes do AVC podem associar-se às mudanças normais que acompanham o envelhecimento, tais como a diminuição na capacidade de reagir e de recuperar-se de eventos estressantes, deixando o idoso ainda mais vulnerável e afetando o seu senso de domínio sobre o ambiente. Para a pessoa idosa, especialmente para aquela acometida por incapacidades físicas decorrentes do AVC, o ambiente e suas características estão diretamente ligados ao bem-estar, já que um contexto físico e social não-adaptado às suas condições pode ser não só ocasião para incompetência como também para baixo senso de auto-eficácia. Disso decorre a necessidade de os ambientes estarem preparados para atender as necessidades do idoso, pois isto promove e encoraja a sua independência e a sua autonomia (Perracini, 2002).

Propósito na vida diz respeito ao sentimento de que existe um propósito e um significado para a vida. Em face das seqüelas de um AVC, o idoso pode achar que não tem mais nada a fazer, nem projetos a cumprir. O senso de significado sentido ajuda a superar as crises e as perdas que ocorrem ao longo da vida.

A dimensão *crescimento pessoal* representa o senso de desenvolvimento contínuo, de realização do próprio potencial e de estar aberto a novas experiências. Pode ser afetado por sentimentos de estagnação, monotonia e falta de interesse na vida, quando o indivíduo se defronta com limitações decorrentes de um evento não esperado, que o desajusta em relação ao que experimentava em sua vida progressa. O envelhecimento satisfatório depende do equilíbrio entre as potencialidades e as limitações do indivíduo. A necessidade de auto-atualização e de crescimento pessoal não declina com a idade, mas pode ser afetada quando o indivíduo enfrenta limitações de atividades e de capacidades em múltiplos domínios e quando enfrenta estresse psicológico.

Bem-estar subjetivo e ajustamento psicológico em portadores de AVC: dados de pesquisas

Foi feito um levantamento dos estudos brasileiros e estrangeiros publicados no período 1996-2005, buscando relações entre bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e vivência de AVC em idosos (65 anos e mais). Nas bases de dados internacionais *Ageline*, *PsycINFO*, *Medline* (via *OVID*) e *Web of Science* foram utilizadas combinações entre palavras-chave: *stroke* e *well-being*, e *stroke* e *psychological well being*. Foram identificados 15 artigos, que são apresentados no Apêndice. Na busca relativa ao mesmo período, nas bases nacionais *SciELO*, *Portal CRUESP* e *DEDALUS*, utilizou-se a palavra-chave *acidente vascular cerebral*. Foram identificados 49 estudos empíricos publicados em periódicos, resumos em eventos científicos, dissertações e teses nacionais. Não foram encontrados estudos brasileiros que tratavam do bem-estar subjetivo ou psicológico da pessoa afetada pelo AVC. Notou-se tendência a priorizar a relação entre o AVC e outras variáveis clínicas e fisiológicas, bem como a questão das seqüelas e da relação com o cuidador familiar.

Os estudos transversais e prospectivos indicam que quando comparados com a população geral, os afetados pelo AVC apresentam menor senso de bem-estar subjetivo. Maior ajustamento psicológico foi verificado entre aqueles amparados por programas sociais de apoio e de reabilitação, por suporte informal e com escolaridade mais alta. Boa capacidade cognitiva, suporte social efetivo, continuidade de uma ocupação produtiva (como o retorno ao trabalho), manutenção da competência em atividades instrumentais de vida diária e humor positivo são fatores que podem afetar positivamente o bem-estar subjetivo e psicológico. Os fatores que podem afetar negativamente o bem-estar subjetivo e psicológico dos sobreviventes de AVC são a incapacidade funcional, a capacidade cognitiva deficiente, a depressão, a dificuldade em restabelecer a identidade e posição social anterior pela restrição em atividades de autodefinição.

Segundo M. M. Baltes (1996), a incapacidade funcional e cognitiva e uma possível dependência subsequente são temidas pelos idosos porque os segrega de outros grupos, fazem com que sejam tidos como incompetentes em comparação com as normas sociais e são um desafio que acionam

mecanismos de enfrentamento. A incapacidade funcional representa grande desafio para a família e para a sociedade e diz respeito às limitações específicas ao desempenho individual de papéis e de tarefas socialmente definidas, dentro de um ambiente sociocultural e físico particular. Estão envolvidas as atividades básicas e instrumentais de vida diária, os papéis no trabalho, os papéis não-ocupacionais e os papéis envolvidos com o exercício de atividades de lazer (Jette, 1996).

O bem-estar subjetivo é o resultado final da avaliação que o indivíduo faz sobre o conjunto e a dinâmica das relações dos outros domínios de sua vida, incluindo a competência comportamental no cotidiano. O *self* é uma estrutura importante, uma vez que torna possível a interpretação dos aspectos da experiência passada, presente e futura da vida, mantendo um senso de continuidade, mesmo diante da fragilidade (Neri, 2002). De acordo com Coleman (1996), a crise decorrente de uma inesperada incapacidade que demanda grande mudança traz dificuldades ao ajustamento uma vez que origina descontinuidade ao estilo de vida, requer o uso de estratégias de enfrentamento eficazes e de esforços para manter o senso de controle, acarreta mudança na referência grupal e dificulta a identificação de *selves* possíveis.

O papel positivo do suporte social apareceu como algo que ajuda os indivíduos a enfrentarem e a se recuperarem das demandas da vida. Pessoas com mais ampla rede social têm mais ajuda em tempos de doenças e as pessoas que percebem ter mais suporte, enfrentam melhor as enfermidades e o estresse e outras experiências difíceis da vida, e têm mais senso de controle e de auto-eficácia (Antonucci, 2001). Para Handen (1991), o suporte social aumenta a auto-estima e o sentimento de domínio sobre o próprio ambiente, funciona como recurso de enfrentamento, ameniza o impacto das doenças e modera o efeito das crises.

Os eventos estressantes exigem ajustamento, mas, ao mesmo tempo, restringem fontes de suporte, o que tem grande impacto sobre o bem-estar subjetivo e o ajustamento pessoal. Para os sobreviventes de AVC o suporte social é importante para o senso positivo de bem-estar psicológico. Aqueles com uma grande rede de suporte social tendem a perceber grandes oportunidades de crescimento pessoal. Os satisfeitos com o suporte disponível têm escores mais altos em relações positivas com outros, em auto-aceitação e em senso de domínio sobre o ambiente, o que os ajuda na adaptação à incapacidade.

As incapacidades decorrentes do AVC podem impedir o engajamento em atividades de autodefinição, restringir o senso de *self* e resultar em decréscimo do bem-estar subjetivo e do ajustamento psicológico. Bendz (2000) relata que sobreviventes de AVC contatados três meses depois do evento, acreditavam estar passando por um período de transição, mudança e desenvolvimento. Os maiores problemas relatados referiram-se às disfunções corporais e à preocupação em restabelecer a identidade e a posição social anterior. O AVC acarreta mudança fundamental em vidas e identidades, como se os corpos se separassem da personalidade (Ellis-Hill, Payne, & Ward, 2000).

Com a ajuda de recursos sociais, os indivíduos engajam-se no processo dinâmico de adaptação e ajustamento e obtêm um senso positivo de bem-estar psicológico. A reabilitação ajuda a maximizar a qualidade de vida percebida, no que tange aos aspectos físicos, cognitivos, emocionais e sociais. Hopman e Verner (2003) investigaram as mudanças na qualidade de vida percebida durante a reabilitação e seis meses após a alta, em pacientes entre 33 a 92 anos de idade. Os resultados mostraram que, durante a reabilitação, houve melhora em cinco domínios e que, durante o período da alta e até seis meses depois, houve declínio em cinco domínios e melhora em um, sugerindo dificuldades no retorno ao ambiente. Entre os domínios que pioraram estavam a vitalidade e a saúde mental, nos quais as mulheres pioraram mais do que os homens. A idade não foi um fator significativo nas mudanças da qualidade de vida percebida. Os declínios relacionaram-se com a presença de comorbidades, com a redução dos níveis de energia, com vida social limitada e com expectativas irreais da recuperação.

A depressão é a complicação psiquiátrica mais prevalente após o AVC; está associada a um pior prognóstico e a mais dificuldades de ajustamento pessoal. Os sintomas depressivos podem diminuir a motivação da pessoa para a reabilitação e diminuir a interação social. Baixo suporte social pode aumentar os sentimentos de solidão e a falta de esperança, afetando a recuperação. Pode também ocasionar uma incapacidade para dominar ou adaptar-se aos desafios do ambiente. Pessoas com humor positivo tendem a engajar-se mais em relacionamentos sociais, a serem otimistas quanto ao futuro, a ter mais sucesso no enfrentamento e a sentirem-se no controle de suas vidas. Ao contrário, afetos negativos estão relacionados a humor deprimido, ansiedade crescente e desesperança (Ostir, Markides, Peek, & Goodwin, 2001).

Considerações Finais

O AVC é um episódio agudo que pode deixar seqüelas expressas em problemas crônicos e debilitantes de saúde. A partir dos 60 anos há um aumento significativo da sua incidência, o que sugere que é importante estudar as implicações de sua ocorrência na velhice. O indivíduo afetado normalmente tem que lidar com um evento incontrollável e negativo, que traz conseqüências numerosas e de longo prazo, que acionam seus recursos pessoais e sociais. Quanto mais desenvolvidos os mecanismos de ajustamento psicológico, maior a chance de adaptação, presumivelmente sem grande declínio na satisfação com a vida na experiência emocional. O reconhecimento das conseqüências psicossociais de sofrer AVC é crucial ao entendimento dos fatores objetivos e subjetivos envolvidos na experiência.

Os elementos que mais auxiliam a recuperação, o ajustamento psicológico e o bem-estar são os programas sociais de apoio e de reabilitação, o suporte informal, a maior escolaridade, a boa capacidade cognitiva, a continuidade de uma ocupação produtiva, a manutenção da competência em atividades instrumentais de vida diária e o humor positivo. A es-

colaridade é importante para o ajustamento psicológico na medida em que proporciona oportunidade para o desenvolvimento de mecanismos flexíveis de enfrentamento das incapacidades.

Os profissionais de saúde e seus pacientes idosos acometidos por AVC beneficiam-se do conhecimento das implicações psicológicas de sofrer AVC. Um repertório de conhecimentos e de habilidades que permita aos profissionais incentivar e promover recursos pessoais e sociais pode ajudar os pacientes e seus familiares a lidarem com os desafios gerados pelo evento, com conseqüências benéficas para essas pessoas e para o sistema de saúde. Pesquisas realizadas no contexto brasileiro deverão ajudar a esclarecer o fenômeno e a verificar a generalidade dos dados internacionais para a nossa realidade.

Referências

- Antonucci, T. C. (2001). Social relations: an examination of social networks. In J. E. Birren, & K. W. Schaie (Orgs.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 427-453). San Diego: Academic.
- Araki, A., Murotani, Y., Kamimiyama, F., & Ito, H. (2004). Low well-being is an independent predictor for stroke in elderly patients with diabetes mellitus. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 205-210.
- Bagg, S., Pombo, A. P., & Hopman, W. (2002). Effect of age on functional outcomes after stroke rehabilitation. *Stroke*, 33, 179-185.
- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bendz, M. (2000). Rules of relevance after a stroke. *Social Science and Medicine*, 51, 713-723.
- Bethoux, F., Calmels, P., & Gautheron, V. (1999). Changes in quality of life of hemiplegic stroke patients with time: a preliminary report. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 78(1), 19-23.
- Camarano, A. A. (Org.). (2005). *Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Recursos Humanos.
- Carod-Artal, J., Egado, J. A., González, J. L., & Seijas, V. (2000). Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. *Stroke*, 31, 2995-3000.
- Clarke, P. (2003). Towards a greater understanding of the experience of stroke: integrating quantitative and qualitative methods. *Journal of Aging Studies*, 17, 171-187.
- Clarke, P., Marshall, V., Black, S. E., & Colantonio, A. (2002). Well-being after stroke in Canadian seniors: findings from the Canadian Study of Health and Aging. *Stroke*, 33, 1016-1021.
- Coleman, P. G. (1996). Identity management in later life. In R. T. Woods (Org.), *Handbook of the clinical psychology of ageing* (pp. 93-114). Chichester: John Wiley & Sons.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Doyle, P. J. (2002). Measuring health outcomes in stroke survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(2), 39-43.
- Ellis-Hill, C. C., Payne, S., & Ward, C. (2000). Self-body split: issues of identity in physical recovery following a stroke. *Disability & Rehabilitation*, 22(16), 725-733.
- Fortes, A. C. G., & Neri, A. L. (2004). Eventos de vida e envelhecimento humano. In A. L. Néri, M. S. Yassuda, & M. Cachioni (Orgs.), *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (pp. 51-70). Campinas: Papyrus.
- Freire, S. A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In A. L. Neri & S. Freire (Orgs.), *E por falar em boa velhice* (pp. 21-31). Campinas: Papyrus.
- Handen, B. L. (1991). The influence of social support factors on the well-being of the elderly. In P. A. Wisocki (Org.), *Handbook of clinical behavior therapy with the elderly client* (pp. 121-139). Nova York: Plenum.
- Hoen, B., Thelander, M., & Worley, J. (1997). Improvement in psychological well-being of people with aphasia and their families: evaluation of a community-based programme. *Aphasiology*, 11(7), 681-691.
- Hopman, W., & Verner, J. (2003). Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. *Stroke*, 34, 801-805.
- Jaracz, K., Jaracz, J., Kozubski, W., & Rybakowski, J. K. (2002). Post-stroke quality of life and depression. *Acta Neuropsychiatrica*, 14(5), 219-225.
- Jaracz, K., & Kozubski, W. (2003). Quality of life in stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107, 324-329.
- Jette, A. M. (1996). Disability trends and transitions. In R. H. Binstock & L. K. George (Orgs.), *Handbook of aging and the social science* (pp. 94-116). San Diego: Academic.
- Jonkman, E. J., Weerd, A. W., & Vrijens, N. L. H. (1998). Quality of life after a first ischemic stroke: long-term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive impairment. *Acta Neurologica Scandinavica*, 98(3), 169-175.
- Kanh, R. L., & Juster, F. T. (2002). Well-being: concepts and measures. *Journal of Social Issues*, 58(4), 627-644.
- Lalu, R. E. (2003). Changes in the quality of life of cerebral stroke patients in the first year after rehabilitation. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36(6), 484-491.
- Lofgren, B. O. T., Gustafson, Y., & Nyberg, G. L. (1999). Psychological well-being 3 years after severe stroke. *Stroke*, 30(3), 567-572.
- Lofgren, B., Nyberg, L., Mattsson, M., & Gustafson, Y. (1999). Three years after in-patient stroke rehabilitation: a follow-up study. *Cerebrovascular Diseases*, 9(3), 163-170.
- Lotufo, P. A., & Bensenor, I. M. (2004). Stroke mortality in São Paulo (1997-2003): a description using the Tenth Revision of the International Classification of Diseases. *Arquivos Neuropsiquiátricos*, 62(4), 1008-1011.
- Medina, M. C. G., Sairassu, M. M., & Goldfeder, M. C. (1998). Das incapacidades e do acidente vascular cerebral. In U. M. Karsch (Org.), *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores* (pp. 199-214). São Paulo: Educ.
- Neri, A. L. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva en la América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 55-74.
- Nunes, A. (1999). Os custos do tratamento da saúde dos idosos no Brasil. In A. A. Camarano (Org.), *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros* (pp. 345-368). Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Ostir, G. U., Goodwin, J. S., Markides, K. S., Otten-Bacher, K. J., Balfour, J., & Guralnik, J. M. (2002). Differential effects of premorbid physical and emotional health on recovery from acute events. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 713-718.
- Ostir, G. U., Markides, K. S., Peek, M. K., & Goodwin, J. S. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 63, 210-215.
- Perracini, M. R. (2002). Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Caçado, M. L. Gorzoni, & J. Doll (Orgs.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 798-807). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pittella, J. E. H., & Duarte, J. E. (2002). Prevalência e padrão de distribuição das doenças cerebrovasculares em 242 idosos, procedentes de um hospital geral, necropsiados em Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de 1976 a 1997. *Arquivos Neuropsiquiátricos*, 60(1), 47-55.

- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: new direction in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development, 12*(1), 35-55.
- Ryff, C. D., & Essex, M. (1991). Psychological well-being in adulthood and old age: descriptive markers and explanatory processes. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 11*, 144-171.
- Segal, M. E., & Schall, R. R. (1996). Life satisfaction and caregiving stress for individuals with stroke and their primary caregivers. *Rehabilitation Psychology, 41*(4), 303-320.
- Skilbeck, C. (1996). Psychological aspects of stroke. In R. T. Woods (Org.), *Handbook of the clinical psychology of ageing* (pp. 283-302). Chichester: John Wiley & Sons.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young and oldest old. *Journal of Social Issues, 58*(4), 715-732.
- Sveen, U., Thommessen, B., Bautz-Holter, E., Wyller, T. B., & Laake, K. (2004). Well-being and instrumental activities of daily living after stroke. *Clinical rehabilitation, 18*(3), 267-274.
- Terroni, L. M. N., Leite, C. C., Tinone, G., & Fráguas Jr., R. (2003). Depressão pós-AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. *Revista da Associação Médica Brasileira, 49*(4), 450-459.
- Vestling, M., Tufvesson, B., & Iwarsson, S. (2003). Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. *Journal of Rehabilitation Medicine, 35*, 127-131.
- Wyller, T. B., Holmen, P., & Laake, K. (1998). Correlates of subjective well-being in stroke patients. *Stroke, 29*(2), 363-367.
- Wyller, T. B., Sveen, U., Sodring, K. M., & Bautz-Holter, E. (1997). Subjective well-being one year after stroke. *Clinical rehabilitation, 11*(2), 139-145.

Nota

¹ Apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP

Dóris Firmino Rabelo é mestre em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas. Endereço para correspondência: Rua Professora Guaraciaba, 246; Bairro Tabajaras; Uberlândia, MG; CEP: 38400-266. Tel.: (34) 3214-4258. E-mail: drisrabelo@yahoo.com.br

Anita Liberalesso Néri, doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo e livre-docente em Educação pela Universidade Estadual de Campinas, é professora titular na Faculdade de Educação e Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Estadual de Campinas. E-mail: anitalbn@uol.com.br

Apêndice
Estudos sobre relação entre AVC, bem-estar subjetivo e ajustamento psicológico (1996 a 2005)

Estudo	População e Delimitação	Objetivos	Resultados
Segal & Schall, 1996	38 pacientes (idade média de 65 anos) com 6 meses pós-AVC. Estudo prospectivo, Austrália.	Avaliar a satisfação com a vida de indivíduos pós-AVC em comparação com a população geral.	Satisfação com a vida menor entre os que sofreram AVC em comparação com a população geral e está fortemente associada com a incapacidade resultante do episódio.
Wyller, Sveen, Sodring, & Bautz-Holter, 1997	60 pacientes com 1 ano pós-AVC (idade média de 74 anos) e 419 indivíduos no grupo controle (idade média de 75 anos). Estudo transversal, Noruega.	Comparar o BES de pacientes de AVC com um grupo controle e estudar a relação com as características dos pacientes.	A maior parte dos pacientes de AVC apresentou baixo BES, sendo os fatores mais significativos para isso as incapacidades motoras e visuais, a afasia, a capacidade cognitiva deficiente e a institucionalização.
Hoen, Thelander, & Worsley, 1997	35 participantes de um programa para pessoas com afasia decorrente de AVC ou lesão cerebral e suas famílias. A avaliação do programa foi feita 2 vezes em um período de 1 ano. Estudo transversal, Canadá.	Avaliar em um período de 1 ano, o progresso no BEP de indivíduos com afasia e de seus familiares, todos participantes de um programa comunitário de apoio a portadores de afasia.	Tanto os afetados quanto seus familiares mostraram mudança positiva em 5 dos 6 domínios do BEP. Este progresso pode estar relacionado com a atenção direta que o programa dá para o BEP, para a comunicação, para o ambiente global e para a avaliação em si.
Wyller, Holmen, & Laake, 1998	1417 pacientes de AVC (idade média de 71,6 anos) e 1439 indivíduos de idade similar livres de AVC. Estudo transversal, Noruega.	Buscar as possíveis variáveis explanatórias do BES em idosos que sofreram AVC.	Os idosos afetados pelo AVC têm significativamente menor BES do que a população geral. Alto senso de BES pós-AVC está relacionado com gênero (menor em homens), idade (aumento do BES com aumento da idade) boa saúde geral e mental e uma rede social sólida.
Lofgren, Gustafson, & Nyberg, 1999	47 idosos que sofreram AVC entrevistados 3 anos após alta da reabilitação. Estudo prospectivo, Suécia.	Investigar o BEP em pacientes severamente afetados pelo AVC e explorar as associações entre as características dos sujeitos, suas deficiências e suas incapacidades.	Os resultados indicaram que a maior parte mostrou alto ou médio escore de BEP. Humor deprimido esteve associado com baixo bem-estar. Os sujeitos relataram pouco contentamento com seu próprio processo de envelhecimento indicando que as consequências do AVC podem ter contribuído para a mudança de suas concepções prévias sobre o próprio envelhecimento.
Lofgren, Nyberg, Mattsson, & Gustafson, 1999	55 idosos que sofreram AVC (25 vivem na comunidade; 15 em hotéis ou casas para idosos; 15 em instituições de longa permanência). Estudo prospectivo, Suécia.	Verificar as condições de moradia, o BEP e as mudanças na funcionalidade de idosos 3 anos após o AVC.	O funcionamento motor dos idosos deteriorou nos 3 anos. No entanto, a maior parte foi capaz de manter suas funções e fazer algum progresso. O BEP mostrou-se muito bom. Viver sozinho, AVC recorrente e declínio funcional estavam associados à mudança para uma moradia que dê mais suporte.
Ostir, Markides, Peek, & Goodwin, 2001	2478 idosos (>= 65 anos) americanos (norte da Carolina), residentes na comunidade, e que não apresentam histórico de AVC. Estudo prospectivo (6 anos), EUA.	Saber em que medida os afetos positivos ou negativos, ou ambos, são preditores de risco de AVC.	Durante o período de acompanhamento, 340 AVCs ocorreram. Escores mais altos de afeto negativo estão relacionados a maior risco de sofrer AVC, enquanto que altos níveis de afeto positivo parecem proteger contra o AVC em idosos.
Clarke, Marshall, Black, & Colantonio, 2002	Amostra nacional de (N=5395, sendo 339 sobreviventes de AVC) idosos canadenses (>=65 anos), residentes na comunidade, participantes do Canadian Study of Health and Aging (CSHA2). Comparações foram feitas entre sobreviventes de AVC e idosos que não sofreram o episódio. Estudo prospectivo (4 anos), Canadá.	Investigar padrões de bem-estar psicológico em sobreviventes de AVC residentes na comunidade para identificar quais fatores restringem ou aumentam o bem-estar psicológico.	Em comparação com idosos que não experimentaram AVC, os sobreviventes de AVC relataram menor senso de BEP. Os sobreviventes tendem a sofrer restrição no seu funcionamento físico e cognitivo, a relatar pior saúde mental e a viver com maior número de comorbidades. Pior saúde mental e incapacidade física e cognitiva estão associadas com menor senso de BEP nos sobreviventes, mas suporte social e recursos educacionais moderam o impacto do status funcional no BEP.

- Jaracz, Jaracz, & Kozubski, 2002
 Rybakowski, 2002
- 72 idosos poloneses (idade média de 65 anos) 6 meses após o primeiro AVC isquêmico. Estudo prospectivo, Polónia.
- Investigar os aspectos objetivos e subjetivos (BEP) da qualidade de vida de indivíduos depois do primeiro AVC isquêmico e seus correlatos mais importantes.
- O impacto negativo do AVC foi maior no aspecto objetivo do no subjetivo da qualidade de vida. A incapacidade, a depressão e o estado civil explicaram 80% da variância na qualidade de vida objetiva. Suporte emocional, depressão e incapacidade funcional explicaram 38% da variância no BEP. Depressão e incapacidade funcional foram os preditores mais importantes da qualidade de vida.
- Lalu, 2003
- 138 pacientes geriátricos, no primeiro ano após o AVC.
 Estudo prospectivo, Alemanha.
- Identificar e analisar as mudanças na qualidade de vida de idosos no primeiro ano pós-AVC.
- A recuperação na funcionalidade em atividades instrumentais de vida diária depois da reabilitação não garante uma melhora subsequente no BES, nem um enfrentamento positivo do AVC impede um declínio na qualidade de vida. As trocas sociais aumentaram e tornaram-se mais concentradas e menos recíprocas.
- Clarke, 2003
- Os dados quantitativos foram obtidos a partir do Canadian Study of Health and Aging (CSHA2) feito com amostra representativa de idosos canadenses (>=65 anos) vivendo em comunidade ou instituição. Os dados qualitativos foram adquiridos por uma amostra separada de 8 idosos em residência sobreviventes de AVC.
 Estudo prospectivo (4 anos), Canadá.
- Descrever mediante dados quantitativos, os padrões de correlação do BEP pós-AVC; e obter por meio dos dados qualitativos um maior entendimento dos processos e significados subjacentes pelo qual o AVC afeta o bem-estar na velhice.
- Vestling, Tufvesson, & Iwarsson, 2003
- 120 pacientes de AVC, idade média de 50 anos, suecos, com tempo médio 2.7 anos do AVC até a data da coleta e trabalhavam antes do evento. Estudo transversal, Suécia.
- Exercer atividades de nível executivo, estar apto a caminhar e ter preservado a capacidade cognitiva significou melhores chances de retorno ao trabalho. Retornar ao trabalho depois do AVC é o principal determinante de alto BES.
- Jaracz & Kozubski, 2003
- 72 pacientes hospitalares de AVC, idade média de 65 anos, poloneses.
 Estudo prospectivo (6 meses), Polónia.
- Descrever a qualidade de vida (definida como senso pessoal de BE derivado da satisfação com as áreas da vida que são importantes) global e seus domínios específicos de indivíduos após o primeiro AVC isquêmico e identificar os determinantes mais importantes pós-AVC.
- 70% dos sujeitos relataram estarem satisfeitos com suas vidas em geral. A maior qualidade de vida foi encontrada no domínio "família" e a menor no domínio "saúde e funcionalidade". Foram identificados como preditores da qualidade de vida a satisfação com o suporte emocional, a depressão e o status funcional.
- Araki, Murotani, Kamimiyu, & Ito, 2004
- 176 pacientes ambulatoriais diabéticos livres de AVC, idade média 75 anos, japoneses. Estudo prospectivo (3 anos), Japão.
- Durante os 3 anos acompanhados, 25 AVCs ocorreram. Baixo BES (indicado por agitação, atitude em relação à própria velhice, solidão e insatisfação com a vida) e aumento da carga de sintomas e da sobrecarga social foram preditores significativos de AVC nos idosos diabéticos.
- Sveen, Thommessen, B a u t z - H o l t e r, W y l l e r, & L a a k e, 2004
- 64 pacientes (idade média de 77,5 anos) com 6 meses pós-AVC.
 Estudo transversal, Noruega.
- Explorar a relação entre BES e competência em atividades instrumentais de vida diária pós-AVC.
- A capacidade de exercer atividades de lazer está positivamente associada com BES.