

## Vulnerabilidades impostas pelo acidente vascular cerebral: reflexões sob o olhar da Bioética

Vulnerabilities Imposed by Stroke: Reflections through the Lens of Bioethics

### Autores

#### **Rogério Donizeti Reis**

Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT)

Email: [rogerio.reis@fmit.edu.br](mailto:rogerio.reis@fmit.edu.br)

 <https://orcid.org/0000-0002-3457-2133>

#### **Marcos Antônio Batista**

Pontifícia Universidade Católica de Poços de Caldas (PUC)

Email: [marcosantoniobatista@yahoo.com.br](mailto:marcosantoniobatista@yahoo.com.br)

 <https://orcid.org/0000-0001-8867-8278>

#### **Rosa Maria do Nascimento**

Instituto Nacional de Ensino Superior e Pós-Graduação Padre Gervásio

Email: [rosamn2001@yahoo.com.br](mailto:rosamn2001@yahoo.com.br)

 <https://orcid.org/0000-0002-0798-890X>

#### **Tatiana Loiola**

Instituto Nacional de Ensino Superior e Pós-Graduação Padre Gervásio

Email: [tatiana.loiola13@gmail.com](mailto:tatiana.loiola13@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-6633-7955>

#### **José Vitor da Silva**

Universidade Federal de Alfenas

Email: [enfjvitorsilva2019@gmail.com](mailto:enfjvitorsilva2019@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-2779-7641>



## Resumo

As sequelas do acidente vascular cerebral tendem a expor as pessoas idosas a um processo de vulnerabilidade. Essa última se configura em uma dinâmica de dependência, exprimindo valores multidimensionais, existenciais e sociais com implicações bioéticas. O objetivo proposto aqui foi de conhecer as vulnerabilidades físicas e psicológicas impostas pelo acidente vascular cerebral e discutilas sob o olhar da bioética. Este é um estudo qualitativo, descritivo-exploratório. A amostra constituiu-se de 20 pessoas idosas com sequelas advindas de acidente vascular cerebral. Os dados foram analisados pelo software IRAMUTEQ. Da análise dos discursos, emergiram as seguintes percepções: “falta de autonomia”, “tristeza e revolta”, “limitação física”, “depressão” e “dependência física”, que se caracterizaram por vulnerabilidades com implicações bioéticas. Concluiu-se que as percepções, quando analisadas à luz da bioética, traduzem-se em vulnerabilidade.

## Abstract

*The sequelae of a stroke tend to expose elderly individuals to a process of vulnerability. This manifests itself in a dynamic of dependence, expressing multidimensional, existential, and social values with bioethical implications. The proposed objective here was to understand the physical and psychological vulnerabilities imposed by a stroke and discuss them through the lens of bioethics. This is a qualitative, descriptive-exploratory study. The sample consisted of 20 elderly individuals with sequelae resulting from a stroke. Data were analyzed using IRAMUTEQ software. From the analysis of the discourses, the following perceptions emerged: “lack of autonomy,” “sadness and resentment,” “physical limitation,” “depression,” and “physical dependence,” which were characterized by vulnerabilities with bioethical implications. It was concluded that, when analyzed in the light of bioethics, the perceptions translate into vulnerability.”*

## Key words

Acidente vascular cerebral; idosos; vulnerabilidade; bioética.  
*Stroke; elderly; vulnerability; bioethics.*

## Fechas

Recibido: 30/05/2023. Aceptado: 16/02/2024



## 1. Introdução

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 da vida diária (AVD), isto é, a diminuição da autonomia funcional, sendo essa condição indispensável ao envelhecimento bem-sucedido (Subramanyam, 2011).

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

Aliado a essas informações, evidencia-se que um contingente de pessoas idosas apresenta demandas diversificadas de serviços e de cuidados, em decorrência das peculiaridades próprias do envelhecimento orgânico e psíquico e, também, do conjunto de doenças que acometem preferencialmente essa faixa etária. Nesse cenário, observa-se que, na velhice, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm maior incidência (Baldin, 2009).

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.

As pessoas idosas sofrem um impacto importante quando as limitações funcionais são agravadas pelas DCNT, como é o caso do acidente vascular cerebral (AVC), em que sua identidade é deteriorada, funções motoras e cognitivas prejudicadas, ficando explícita a dificuldade 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.

Os AVCs se tornaram uma questão de extrema relevância no âmbito da saúde coletiva, destacando-se, aqui, sua capacidade de letalidade e seu índice expressivo de sobreviventes dependentes. Deveras, anualmente, 15 milhões de pessoas no mundo são acometidos por um AVC. Dessas, 5 milhões morrem e outras 5 milhões convivem com restrição e necessitam de auxílio de outros, o que leva a várias consequências em torno do ambiente familiar e da comunidade. De fato, os AVCs têm um grande potencial para gerar dificuldades nas atividades diárias, como também no funcionamento psicomotor e cognitivo, o que produz um transtorno no enfrentamento e déficit no desempenho do idoso em sua capacidade de autocuidado (Subramanyam, 2011).

No Brasil, mesmo com a queda dos índices de mortalidade, o AVC é a primeira causa de morte e também das incapacidades, o que impacta na ordem socioeconômica. Dados originados de estudos prospectivos nacionais apontaram congruência de 108 casos por 100 mil habitantes. As ocorrências fatais no trigésimo dia de 18,5%, aos 12 meses de 30,9%, e de 15,9% após um ano (Ministério da Saúde, 2013, p. 11).

A gravidade do déficit neurológico depende da extensão e da área comprometida. Quanto maior a extensão da área lesionada maior será o comprometimento e menor



será a possibilidade de manter o autocuidado. Seguidamente ao AVC, há um prejuízo da tonicidade muscular e diminuição da capacidade aeróbica. Inevitavelmente, gasta-se um valor maior de energia para realizar as atividades rotineiras, por exemplo, o autocuidado. A energia dispendida necessária para deambulação de rotina é elevado em, aproximadamente, 1,5 a 2 vezes em idosos hemiplégicos e esses pacientes dificilmente conseguem manter a velocidade da marcha de maneira eficiente e confortável, o que gera gasto energético, fadiga e fraqueza muscular (Baldin, 2009).

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

O objetivo proposto foi conhecer as vulnerabilidades físicas e psicológicas impostas pelo acidente vascular cerebral e discutilas sob o olhar da bioética

do AVC pela pessoa idosa vai depender da família, das condições físicas e sociais. Para a pessoa idosa, a interação social e familiar é desejável, porém faz-se necessária a aproximação e uma simbiose para que ambos possam ter um dinamismo que crie uma força que o norteie em um único propósito que é a reabilitação.

Em seus estudos, Pessini (2017) considera o termo vulnerabilidade uma novidade na preleção da bioética e aponta duas abordagens filosóficas centrais para esse conceito. Primeiramente, associa o conceito de vulnerabilidade à sua origem filológica, do latim *vulnus*, cujo vocábulo significa “ferimento”, ou seja, à condição absoluta de compadecer, que é estritamente inerente à natureza humana. O segundo conceito filosófico evidencia o risco contingencial de alguns indivíduos ou grupos diante das ameaças ou danos pelos outros.

A manifestação explícita da vulnerabilidade torna-se algo tão intenso em nossa sociedade que é essencial, diante disso, elaborar algumas políticas públicas de apoio às vítimas. Ademais, o estigma adota outra função instigante, pois faz com que os indivíduos percam sua identidade ou as transformem. Os estigmas são singularidades que tornam o indivíduo possuidor em “desvantagem” para com os demais (Goffman, 1963, p. 57). 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 as pessoas idosas, com AVC, a negar sua participação na sociedade, devido às diversas limitações físicas e psicológicas oriundas do comprometimento causado pela doença.

Utiliza-se o termo “moral” como adjetivo da vulnerabilidade, por entender que um determinado olhar do mundo preconiza um ethos e, a partir dele, indivíduos, e sociedade, que compartilham tal panorama, podem manifestar avaliação “moral” de condutas ou situações que não estejam em conformidade com esse modelo (Sanches, Mannes & Cunha, 2018).

A partir da idealização “vulnerabilidade moral”, é possível clarificar a conjuntura de rejeição e diferenciação de pessoas em nome de uma convicção ou comportamento do indivíduo em relação aos outros a que denominamos ethos. Esses indivíduos ou grupos sociais, fragilizados moralmente, são inseridos nesta condição diante de presunções claras e concebidas desde uma manifestação cultural tradicional, com amplo



respaldo filosófico, teológico e científico. A vulnerabilidade moral instiga a bioética a assumir uma postura crítica perante todas as propensões teóricas que não valorizam o ser humano de modo integral e a voltar-se aos diversos aspectos que constroem nossa visão de mundo, a partir dos quais as perspectivas são construídas (Sanches, Mannes & Cunha, 2018).

A Bioética é de extrema relevância nas discussões que versam sobre os direitos e a vulnerabilidade das pessoas idosas com AVC. Ademais, um aprofundamento sobre esse campo é compreendido como validação universal e integral de acesso à saúde e a uma assistência interdisciplinar eficiente. Essas questões, quando tratados à luz da Bioética, nada mais desejam do que compreender e auxiliar a prática dos cuidados e da assistência que refletirão na população como um todo (Camacho & Santos, 2013).

Diante do exposto, o objetivo proposto foi conhecer as vulnerabilidades físicas e psicológicas impostas pelo acidente vascular cerebral e discuti-las sob o olhar da bioética.

## 2. Material e métodos

O estudo teve como cenário uma cidade do Sul de Minas Gerais, em vários de seus bairros, tanto da zona urbana como da rural. Participaram dessa pesquisa 20 pessoas idosas com sequelas de AVC, de ambos os sexos, com idades entre 60 e 78 anos. Os critérios de inclusão do estudo foram: ser uma pessoa idosa com sequelas de AVC e que necessite de ajuda nas AVD; apresentar capacidade cognitiva e de comunicação preservadas e ter sido acometido pelo AVC há pelo menos seis meses. Os critérios de não inclusão foram: 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.

A pesquisa constituiu-se de um roteiro de entrevista semiestruturada, contendo uma pergunta norteadora: qual sua percepção da vida após a sequela do acidente vascular cerebral?

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí, a saber, Parecer Consubstanciado CAAE: 80873617.3.0000.5102 e obedeceu aos princípios estabelecidos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Tratou-se de uma pesquisa com delineamento qualitativo, descritivo-exploratório. A pesquisa constituiu-se de um roteiro de entrevista semiestruturada, contendo uma pergunta norteadora: qual sua percepção da vida após a sequela do acidente vascular cerebral?

Procedeu-se à análise dos dados, por meio do software Interface de R pour les *Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ). Quanto às análises realizadas pelo Iramuteq, versão 0,7 alpha 2, do Laboratório LERASS, com base no Software R versão 3.4.0. Destaca-se que esse 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).

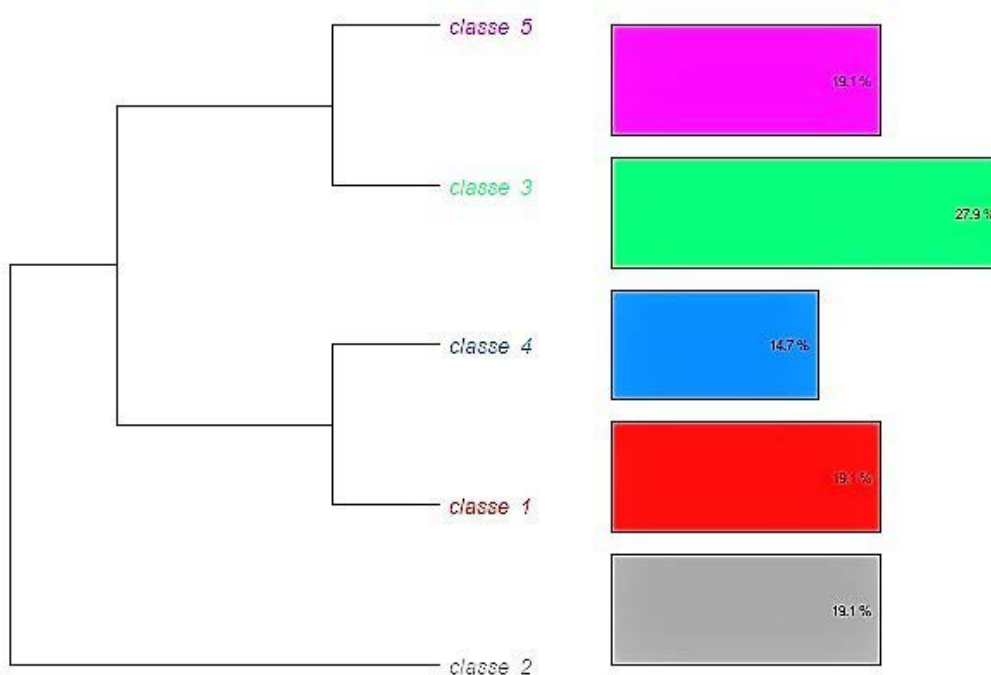
### 3. Resultados

Os resultados apresentados são 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.

Nesta etapa dos resultados, procedeu-se, então, a análise do discurso dos participantes. 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.

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 das pessoas idosas pós o 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.

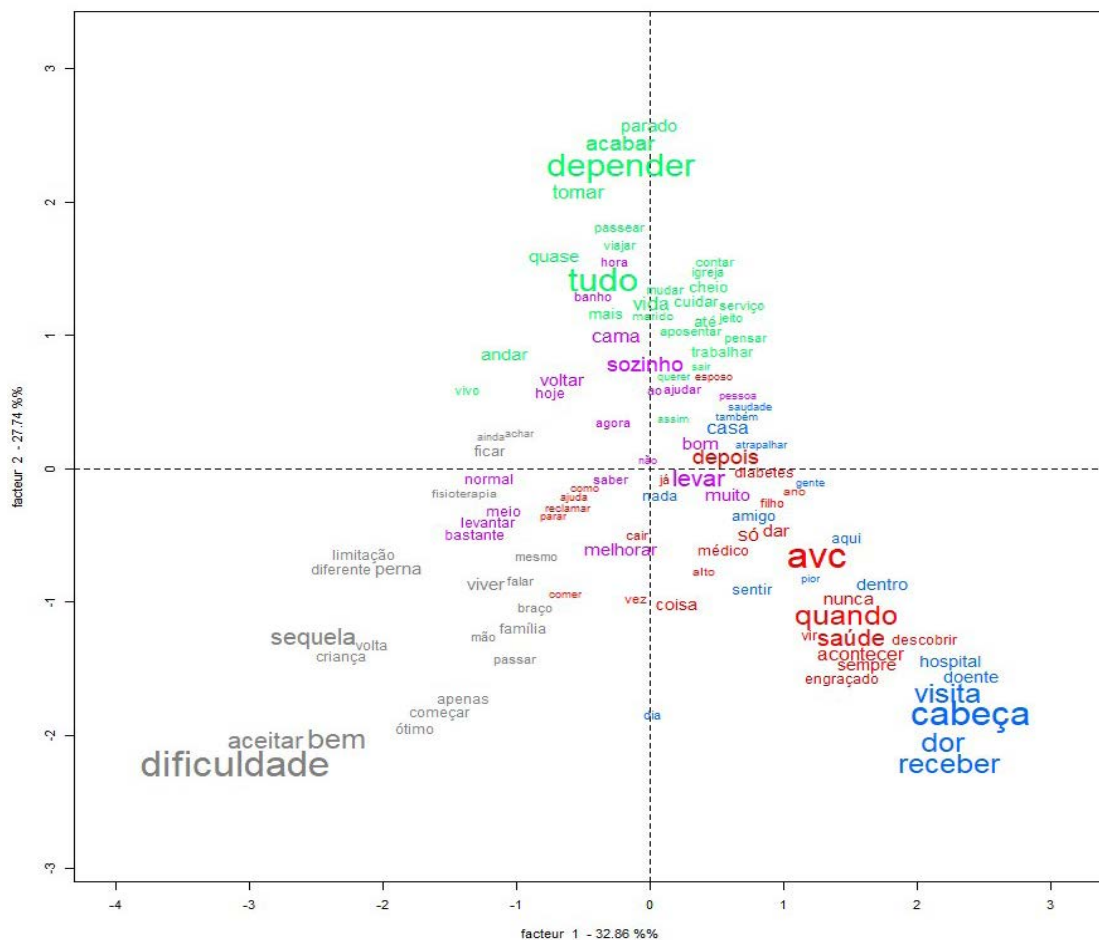
**Figura 1. Dendograma com representação nominal das classes**





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 entendimento, serão nomeadas por duas ramificações (A e B). A ramificação A, ou Subcorpus A, foi denominado como Tristeza e revolta, composto pela classe 2 (19,1%) e referiu-se à fala dos participantes sobre a maneira como eles percebem e enfrentam as sequelas atuais. Desta ramificação, derivou outra, que chamaremos de Subcorpus B que, por sua vez, divide-se em duas partes, B1 e B2. O Subcorpus B1, composto pela Classe 1 (19,1%), foi interpretado como falta de autonomia, que se refere às drásticas mudanças no querer fazer e no poder fazer. E a Classe 4 (14,7%) Depressão, que representa a queixa das impossibilidades que as sequelas do AVC impõem e também do isolamento familiar e social. O Subcorpus B2, representado pelas classes 3 (27,9%) Limitação física, refere-se à dimensão da fragilidade humana que se impõe pelos sintomas manifestos pelo AVC. A classe 5 (19,1%), Dependência física, foi interpretada diretamente pela diminuição drástica dos movimentos.

**Figura 2. Incidência das palavras num plano cartesiano**



Fonte: Dos autores



Na Figura 2, por meio da Análise Fatorial de Correspondência (AFC), e considerando a incidência e frequência das palavras e classes, realizaram-se as associações. Assim, observa-se que as palavras de todas as classes se apresentam em um segmento tendendo à centralização, mas que se expande para pontos periféricos. Há algumas palavras que

Os resultados apresentados são 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

ultrapassam os outros quadrantes, apresentando separação significativa das classes. As palavras das classes 2 destacam-se 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 que o Iramuteq utiliza para enfatizar esta representação social. No quadrante inferior esquerdo, concentrou-se o discurso relacionado com a tristeza e revolta e, no quadrante inferior direito, revelou um discurso que expressa a falta de autonomia e a depressão, o que clarifica o aspecto de vulnerabilidade humana. Já no quadrante central superior, concentraram-se

as representações sociais relacionadas à limitação e dependência físicas que, por sua vez, incitam e propiciam reflexões diante das sequelas do AVC.

## 4. 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, possibilitam e disponibilizam conhecimentos concretos sobre o fenômeno envelhecimento, vulnerabilidade e doença, de modo singular, o AVC.

A análise da Classe 1 congrega excertos das falas dos participantes que apontam a realidade imposta pela doença e as transformações que abrangem as tomadas de decisões das pessoas idosas. As representações sociais abaixo traduzem a *falta de autonomia*, que naturalmente expõe a pessoa à vulnerabilidade, fato que foi verbalizado por alguns dos idosos, como o recorte de texto a seguir:

[...] sou um nada no meio do nada, não existo, é dureza, não tenho autonomia pra nada. É a pior situação que uma pessoa pode enfrentar. Sinto que atrapalho. (P7)

[...] no início foi horrível, fiquei desfigurado, mas depois, com ajuda da fisioterapia, melhorei um pouco. Fico sem autonomia algumas vezes, nem sempre posso fazer as coisas que quero. (P8)

[...] perdi um pouquinho da autonomia, vivo com medo de repetir, sinto saudade da minha vida, não é justo viver sem poder fazer nada e fazer o que eu quero. (P11)

[...] minha vida após o AVC mudou por completo, fico nervoso em não poder fazer o que eu quero, consigo fazer algumas atividades, mas a família não deixa, não tenho mais autonomia e isso me irrita. (P12)





Notoriamente, é mister afirmar que, as sequelas provenientes do AVC impactam a vida das pessoas idosas e as impossibilitam de realizar as diversas tarefas. Ao vivenciar um AVC, alterações repentinas ocorrem na vida dos idosos, estabelecendo-lhes limitação física e social, com redução da autonomia e independência. Sentimentos como medo, preocupação e aflição são incluídos na rotina destas pessoas. Frisa-se que, para a recuperação das funções comprometidas é necessária uma reabilitação em longo prazo e uma dedicação para adaptação da nova condição (Pauli et al., 2020).

É imperativo afirmar que a independência funcional e a autonomia de pessoas idosas podem ser consideradas garantias de que essas se mantenham minimamente ativas em suas atividades diárias, o que proporciona não apenas bem-estar físico, mas também emocional, a partir do momento em que essas pessoas se sintam aptas a desempenhar as atividades do seu dia a dia, gozando de uma qualidade e expectativa de vida saudável (Ferreira, 2017).

A bioética como campo de reflexão e sobretudo, ação tem-se a oportunidade de mitigar o sentimento de desamparo sentido pelas pessoas idosas com capacidade reduzida pode causar outros agravamentos patológicos

Um ser vulnerado está intimamente relacionado à qualidade de seu momento de vida, pois dependendo das condições em que se encontra (no caso deste estudo, o AVC), tende a estar exposto a riscos aumentados e redução e / ou limitação de sua capacidade de se defender, diante de certas situações que se apresentam. A vulnerabilidade imposta aos pacientes envolvidos em processo saúde-doença, o incentivo pelo cuidado centrado no paciente, permite reduzir a vulnerabilidade e incentivar

a autonomia desse. Autonomia esta, entendida pela singularidade situacional, como a valorização dos desejos e preferências do próprio paciente (Paranhos, Albuquerque & Garrafa, 2017).

Além dos desarranjos e estigmas sofridos pelas pessoas idosas, o que reflete e origina prejuízo em sua autonomia, principalmente quando há um aumento de situações deletérias, que reduzem ainda mais sua capacidade de autocuidado, como associação de patologia física, psicológica e social, a situação fica por vezes incontornável. Desta forma, a bioética como campo de reflexão e sobretudo, ação tem-se a oportunidade de mitigar o sentimento de desamparo sentido pelas pessoas idosas com capacidade reduzida pode causar outros agravamentos patológicos (Vargas, Holanda & Albuquerque, 2020).

Uma das formas de minimizar e respeitar a autonomia das pessoas idosas é a bioética da proteção, que é uma ética prática que surge originalmente com a necessidade de responder aos conflitos de saúde pública e à pesquisa com seres humanos, com a perspectiva de proteger indivíduos e populações vulneradas e suscetíveis (Schramm, 2008). O autor menciona ainda que os vulnerados são populações que possuem incapacidades que não lhes possibilitem encarar o desamparo por si mesmos, pois precisam de proteção para enfrentar as adversidades.

As representações sociais constatadas na classe 2, denominada *tristeza e revolta* e na classe 4, *depressão*, serão discutidas em conjunta devido às associações dos sentimentos negativos após as sequelas do AVC. Nota-se tal convergência nas situações explicita-



das pelos depoimentos dos pesquisados. Nos quatro primeiros excertos (P13 a P20), as falas que remetem à tristeza e revolta e, nas seguintes, à depressão (P3 a P19).

[...] Vivo revoltado com tudo que aconteceu comigo, quero minha vida de volta, vivo triste e não tenho motivo para continuar a viver. (P13)

[...] Tenho ficado muito triste e revoltado com essa doença. Sou um nada e vivo no meio do nada. Minha tristeza é que perdi minha liberdade e minha vida. (P14)

[...] Deveria ter morrido, assim não dava trabalho pra ninguém. Ando muito revoltado e a tristeza tomou conta de mim. Não tenho motivo pra viver, pois estou preso a uma cama. (P16)

[...] Minha vida é chorar de tristeza, não posso fazer nada sozinho e este é o motivo da minha revolta. Simplesmente, minha vida acabou. (P20)

[...] 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. Sinto muito isolada, meus filhos [desfaz] se desfazem de mim, meus amigos [se] afastaram. (P3)

[...] mudou tudo, vivo deprimido, vou ao portão algumas vezes, só quero chorar, apesar de ter melhorado muito com a fisioterapia, mas ainda fico triste com o que aconteceu comigo. (P5)

[...] é muito deprimente ter que conviver com isto. (P17)

[...] fico um pouco depressivo, choroso, com o estado que estou. (P19)

A amplitude da sequela do AVC contribui significativamente para o comprometimento e a não sociabilidade dos idosos

A *tristeza e revolta*, assim como a *depressão*, formam duas classes das representações sociais possíveis, de acordo com a análise das falas das pessoas idosas. Nitidamente, observa-se diante das falas extraídas, a contundência da gravidade dos sentimentos que podem levar os idosos ao desenvolvimento de vulnerabilidade e agravamento da doença.

A amplitude da sequela do AVC contribui significativamente para o comprometimento e a não sociabilidade dos idosos. A depressão inicia-se tão logo confirmado o diagnóstico da doença, e devido a sua cronicidade, faz com que os idosos tenham restrição diária e, conseqüentemente, prejuízo biopsicosocial, o que inclui sentimentos manifestos de tristeza e revolta.

Clinicamente, a depressão é uma manifestação de enorme relevância em pessoas idosas com AVC, haja vista que há um acréscimo de sequelas, o que gera um impacto negativo na capacidade funcional e na QV deste grupo populacional. Há de se salientar que a depressão é uma doença prevalente e tratável que deve ser explorada de maneira rotineira. A melhora dos sintomas e a remissão completa do quadro são possíveis e devem ser perseguidas (Lima et al., 2016). Sintomas de depressão estão presentes em indivíduos acometidos por AVC, em uma proporção de 11,2%. A depressão é o distúrbio psicológico mais comum em indivíduos após AVC, representando 66% dos casos (Badwaik & Badwaik, 2021).



Os autores Mijajlović et al. (2017) esclarecem que sobreviventes de AVC têm maior risco de desenvolver déficits cognitivos, assim como prejuízos de funções executivas, de desempenho funcional e na qualidade de vida e que estes prejuízos estão intrinsecamente associados à depressão, tristeza e revolta. Apesar da infinita disponibilidade de informações sobre o assunto, observam-se resultados conflitantes entre o efeito cognitivo após um evento de AVC e o declínio cognitivo associado à idade e à comorbidade.

Evidentemente, as sequelas emergentes do AVC levam as pessoas idosas ao déficit de autocuidado devido às limitações e dependências diárias que a doença impõe

Motivo pelo qual, após um AVC, os padrões motores ou físicas tendem a melhorar em algumas pessoas idosas enquanto, em outros, os déficits cognitivos pioram progressivamente, por razões que permanecem desconhecidas.

A representação social emergida na classe 3 sugere, de acordo com as pessoas idosas, uma apropriação de fatos em suas vidas que apontam para uma *limitação física*. Nota-se, nessa classe, uma condição de vulnerabilidade individual perante as impossibilidades decorrentes do AVC. Do mesmo modo, na classe 5, a representação social se projetou na forma de *dependência física*.

Percebe-se, nessa classe, uma situação de vulnerabilidade relacional à medida em que necessitamos dos cuidados e de auxílio de outros para viver. Assim, diante da congeneridade das duas classes, optou-se por discuti-las conjuntamente. Assim, as falas dos participantes abaixo (P2 a P19) denotam a condição da *limitação física* e os participantes (P1 a P17) expressam a situação de *dependência física*.

[...] tudo que eu fazia já não faço mais com perfeição, [tem] tenho minhas limitações. Não faço mais compras, não saio mais, a minha vida está limitada dentro da minha casa. Hoje eu tenho uma vida que [ela] não é normal. (P2)

[...] é uma nova vida [cheio] cheia de limitações. Tenho que viver com as limitações e isto é triste, apesar de ter apoio da família, sinto que eles têm esse fardo pra carregar, fico um pouco aborrecido com isso. Perdi algumas coisas, sempre que preciso ir a algum lugar tenho que esperar alguém desocupar, fiquei limitada com isso. Sempre dependendo deles. (P4)

[...] é isto que você está vendo, só de cadeiras de rodas, sou limitado pra tudo e essa limitação me revolta, me deixa agressivo, tem hora que saio de mim. (P15)

[...] com restrição devido às sequelas. Tenho minhas dificuldades que tento superar. (P18)

[...] vivo tentando-me reestabelecer, tenho algumas dificuldades, tem coisas que não posso fazer sozinho. (P19)

[...] 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. (P1)

[...] depois que você fica doente é que você nota a real necessidade de ajudar os outros. Estou limitada, dependo de ajuda pra tudo, pra ir ao banheiro, caminhar e comer. (P6)

[...] você já não serve pra nada. Tudo dependo de ajuda. Sinto que minhas forças estão indo embora, sinto muito fraco. (P9)



[...] não tenho vida, minha vida acabou. Dependo da minha esposa para almoçar, beber água, tomar banho, dependo pra tudo. (P10)

[...] vivo na dependência dos outros e conforme o tempo passa as coisas só pioram. (P17)

Evidentemente, as sequelas emergentes do AVC levam as pessoas idosas ao déficit de autocuidado devido às limitações e dependências diárias que a doença impõe. As manifestações clínicas impostas pela doença dependerão da extensão e localização da área afetada. Os cuidados propostos para cada idoso requer um olhar atento à individualidade de cada sujeito (Martins & Del' Vescoso, 2019).

Portanto, é necessário mostrar mecanismos facilitadores para que os acometidos alcancem o maior nível de funcionalidade possível para que de forma mais ampla retomem suas tarefas básicas e necessidades específicas, a fim de superar e reestabelecer, mesmo que de uma maneira minimizada, o enfrentamento diário.

Os cuidados propostos para cada idoso requer um olhar atento à individualidade de cada sujeito

Além das limitações e da dependência ou impedimento para desenvolver as atividades diárias, é notório afirmar que as sequelas do AVC implicam em vulnerabilidade individual e relacional, além do isolamento social. As limitações levam os indivíduos a tornarem-se dependentes de outros para participar de atividades em

conjunto com a comunidade (Santos, 2013).

As limitações e as dependências físicas, além das incapacidades funcionais provenientes do AVC, levam as pessoas idosas a problemas de saúde como diminuição da autoestima, depressão, entre outros, o que promove a diminuição na qualidade de vida, com impacto no cotidiano e, muitas vezes, conflitos dos envolvidos seja da família e também do idoso que convive com as sequelas e em estado de vulneração (Pedreira & Oliveira, 2012).

As pessoas idosas com AVC, de acordo com Reis et al. (2017), enfrentam dificuldades para realizar as atividades básicas de vida diária e isto tende a desencadear abalos psicológicos, emocionais e sociais. Na esfera física, as alterações na mudança no padrão da marcha, a rigidez articular, as restrições de movimentos e a perda de força muscular são algumas limitações que levam a pessoa idosa ao quadro de dependência parcial ou total, evidenciando, desta maneira, a vulnerabilidade.

Evidentemente, as falas das pessoas idosas denotam uma percepção de fragilidade e inutilidade devido à limitação e dependência física, o que faz desencadear sentimentos negativos como a depressão. Associa-se, sobremaneira a toda essa situação, a perda da autonomia e o grau de vulnerabilidade imposta pela doença. A construção do autocuidado e a decisão sobre a participação em família e na sociedade advém do respeito da autonomia das pessoas idosas. Mesmo que essa autonomia seja reduzida, é necessário que as pessoas sejam protagonistas da sua vida.

Em se tratando de vulnerabilidade, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) (2005) relata que um dos objetivos da Declaração



Universal sobre Bioética e Direitos Humanos é “promover o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, assegurando o respeito pela vida e pelas liberdades fundamentais, de forma consistente com a legislação internacional de direitos humanos”. Considerando que o AVC torna a pessoa idosa mais vulnerável, o grande desafio está em preservar a dignidade do ser humano em um momento singular da vida e é neste aspecto que a bioética, como campo de ação, deve ser enfatizada.

Assim, Schramm (2008) defende uma bioética aplicada, *stricto sensu*, a pacientes morais, identificados como *vulnerados*, ou seja, aqueles que não são aptos de se auto proteger ou que não possuem um apoio social da família, sendo que, neste sentido, a bioética de proteção é um manifesto de preocupação constante que percorre a história dos modos de convivência humana, que se denota claramente na cultura dos direitos humanos, ou, num âmbito mais extenso, que envolve as relações entre humanos.

Mesmo que essa autonomia seja reduzida, é necessário que as pessoas sejam protagonistas da sua vida

Schramm (2017) ainda afirma que a Bioética da Proteção legítima, assim, proteger a qualidade de vida e especificamente, garantir a qualidade da assistência em saúde, ponderando tanto a saúde como o exercício das liberdades, condições fundamentais para garantir esta dimensão essencial da qualidade de vida

das pessoas e populações humanas. De outro modo, a bioética se ocupa, no caso da saúde, com a proteção em duplo sentido: tanto em garantir aos destinatários do dispositivo da saúde pública o acesso a um padrão efetivo de cobertura das necessidades de saúde, quanto garantir a tais destinatários as condições objetivas para o desenvolvimento de suas capacidades humanas e a expansão das liberdades individuais.

## 5. Conclusões

Notou-se nesse estudo que as falas das pessoas idosas com AVC convergiram para a vulnerabilidade humana tanto no aspecto físico e quanto no psicológico. Na dimensão da vulnerabilidade física, constataram-se nitidamente a limitação e a dependência e isto podemos associar ao déficit da capacidade funcional para as atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária. Na dimensão da vulnerabilidade psicológica, temos as manifestações explícitas de tristeza e revolta, além da depressão. A percepção de vida que as pessoas idosas tem pós o AVC evidenciou que quanto maior for a vulnerabilidade humana menor será sua autonomia. E isto é notório na verbalização dos participantes do estudo.

A relação tripartida entre pessoa idosa, AVC e vulnerabilidade requer aprofundamento sobre a discussão bioética conceitual e compreensão dos fenômenos vividos pelas pessoas acometidas por um AVC. 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, a pessoa idosa, em função de sua vulnerabilidade.

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

- Badwaik, D. G., & Badwaik, P. (2021). Influence of psychological disorders on the functional outcomes in the survivors of ischemic stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 30(2), 105486. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105486>
- Baldin, A. D. (2009). Atividade física e acidente vascular cerebral. *ComCiência*, (109), 1-3. <http://comciencia.scielo.br/pdf/cci/n109/a19n109.pdf>
- Camacho, A. C. L. F., & Santos, R. C. (2013). Revisão integrativa sobre as questões bioéticas relacionadas ao idoso: aspectos relevantes para a enfermagem. *Enfermería Global*, (31), 398-498. <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.3.145411>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2016). *Tutorial para uso do software IRAMUTEQ*. UFSC.
- Campolina, A. G. (2013). *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*, 29(6), 1217-1229. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600018>
- Ferreira, O. G. L. (2017). *Representações sociais sobre envelhecimento ativo de pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/AIDS* (Tese de doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Goffman, E. (1963). Controle de infecção e identidade pessoal. En E. Goffman, *Estigmas: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (pp. 38-89). LTC.
- Lima, A. M. P., Ramos, J. L. S., Bezerra, I. M. P., Rocha, R. P. B., Batista, H. M. T., & Pinheiro, W. R. (2016). Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 6(2), 97-103. <https://doi.org/10.17058/reci.v6i2.6427>
- Loubère, L., & Ratinaud, P. (2014). *Documentation IraUmTeQ - 0.6 alpha 3 version 0.1*. [http://iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation\\_19\\_02\\_2014.pdf](http://iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation_19_02_2014.pdf)
- Martins, M. C., & Del' Vescovo, R. M. (2019). Grupo para retomada de atividades ocupacionais. *Boletim do Instituto de Saúde*, 19(supl), 20-22. [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1009363/bis\\_19\\_suplem\\_site-22-24.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1009363/bis_19_suplem_site-22-24.pdf)
- Mijajlović, M. D., Pavlović, A., Brainin, M., Heiss, W. D., Quinn, T. J., Ihle-Hansen, H. B., Herman, D. M., Assayag, E. B., Richard, E., Thiel, A., Kliper, E., Shin, Y., Kim, Y., Choi, S., Jung, S., Lee, Y., Sinanovic, O., Levine, D. A., Schlesinger, I., ..., & Bornstein, N. M. (2017). Post-stroke dementia: a comprehensive review. *BMC Medicine*, 15(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0779-7>
- Ministério da Saúde. (2013). Epidemiologia. Ministério da Saúde. En *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral* (pp. 11). Ministério da Saúde.
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO. (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. UNESCO. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf)



- Paranhos, D. G. A. M., Albuquerque, A., & Garrafa, V. (2017). Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. *Saúde e Sociedade*, 26(4), 932-942. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170187>
- Pauli, E., Leite, M. T., Bornholdt, L., Hildebrandt, L. M., Kinalski, S. S., & Beuter, M. (2020). O viver de idosos após o acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10(e29), 1-22. <https://doi.org/10.5902/2179769239070>
- Pedreira, L. C., & Oliveira, A. M. S. (2012). Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(5), 130-136. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500003>
- Pessini, L. (2017). Elementos para uma bioética global: solidariedade, vulnerabilidade e precaução. *Thaumazein*, 10(19), 75-85. [https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/view/1983/pdf\\_1](https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/view/1983/pdf_1)
- Reis, R. D., Pereira, E. C., Pereira, M. I. M., Soane, A. M. N. C., & Silva, J. V. da. (2017). Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(62), 641-650. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0206>
- Sanches, M. A., Mannes, M., & Cunha, T. R. da (2019). Vulnerabilidade moral: leitura das exclusões no contexto da bioética. *Revista Bioética*, 26(1), 39-46. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261224>
- Santos, N. M. de F. (2013). Functional capacity and quality of life of elderly people with a history of stroke. *Acta Scientiarum Health Sciences*, 35(1), 49-57. [https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/10463/pdf\\_1](https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/10463/pdf_1)
- Schramm, F. R. (2008). Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Revista Bioética*, 16(1), 11-23. <https://www.ghc.com.br/files/BIOETICA%20DE%20PROTECAO.pdf>
- Schramm, F. R. (2017). A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1531-1538. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.04532017>
- Subramanyam, V. (2011). Physical activity and functional competence. *Indian Journal of Gerontology*, 25(2), 143-149. <http://www.gerontologyindia.com/pdf/vol25-2.pdf>
- Vargas, P., Holanda, D. M., & Albuquerque, A. (2020). Tomada de decisão apoiada em paciente idoso com vulnerabilidade acrescida. *Revista Temas Saúde*, 20(2), 251-266. <https://doi.org/10.29327/213319.20.2-14>