

**Enfrentando e ressignificando o  
Acidente Vascular Cerebral:  
percepção de idosos atendidos na  
rede de atenção à saúde**

*Facing and reframing the stroke: perception of the  
elderly served in health care network*

*Enfrentando y resignificando el Accidente Vascular  
Cerebral: percepción de ancianos atendidos en la red  
de atención a la salud*

Juliana Balbinot Reis Girondi

Jordelina Schier

Karina Silveira de Almeida Hammerschimid

Rosimeire Reis Bento

Luciane Probst de Souza

Luciara Fabiane Sebold

**RESUMO:** Estudo qualitativo de caráter descritivo, com o objetivo de investigar as estratégias de enfrentamento utilizadas por idosos acometidos por um Acidente Vascular Cerebral. Foram realizadas entrevistas por meio de um roteiro semi-estruturado. Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo temática. A pesquisa revelou que a forma de lidar com um Acidente Vascular Cerebral é muito singular a cada idoso. A família e os profissionais de saúde ocupam um papel de destaque nesse processo.

**Palavras-chave:** Idoso; Acidente Vascular Cerebral; Enfrentamento.

**ABSTRACT:** *Qualitative study of descriptive character, with the objective of investigating coping strategies used by elderly people affected by a Cerebrovascular Accident. Interviews were conducted with a semi-structured script. A thematic content analysis was used for analysing data. The survey revealed that the way to deal with a Stroke is very unique with each elderly person. The family and health professionals occupy a prominent role in this process.*

**Keywords:** *Elderly; Stroke; Coping.*

**RESUMEN:** *Estudio cualitativo de carácter descriptivo, con el objetivo de investigar las estrategias de enfrentamiento utilizadas por ancianos acometidos por un Accidente Vascular Cerebral. Se realizaron entrevistas a través de un itinerario semiestructurado. Para el análisis de los datos, se utilizó el análisis de contenido temático. La investigación reveló que la forma de lidiar con un Accidente Vascular Cerebral es muy singular a cada anciano. La familia y los profesionales de la salud ocupan un papel destacado en este proceso.*

**Palabras clave:** *Ancianos; Accidente vascular cerebral; Enfrentamiento.*

## **Introdução**

O Acidente Vascular Cerebral (AVC)<sup>1</sup> é o resultado da interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro, quando um vaso sanguíneo se rompe, ou é bloqueado por um coágulo. O fornecimento de oxigênio e nutrientes fica interrompido, danificando o tecido cerebral (World Health Organization, 2014).

As doenças cerebrovasculares lideram o segundo lugar das doenças que mais acometem vítimas com óbitos no mundo, perdendo a posição apenas para as cardiovasculares. As pesquisas indicam que esta posição tende a se manter até o ano de 2030 (Brasil, 2013).

---

<sup>1</sup> Embora o termo Acidente Vascular Encefálico venha sendo bastante usado atualmente, por reconhecer outras estruturas encefálicas que podem ser acometidas pela lesão, essa doença cerebrovascular é popularmente conhecida no Brasil pelo termo AVC. Por essa razão será utilizado no presente trabalho este termo.

Podendo causar dificuldades no idoso para realizar suas atividades cotidianas, a incapacidade funcional originada por um AVC pode ser passageira ou permanente. Isso irá depender do nível da lesão, da região afetada, e da capacidade de cada idoso em se recuperar após um episódio. A qualidade de vida fica diminuída também nesse processo, proporcionando impactos no cotidiano da pessoa que sofreu AVC. Após a saída do hospital, o idoso pode ter várias limitações e, juntamente com elas, mudanças de comportamento e de papéis a serem desenvolvidos pelos familiares, pela sociedade, e pelo seu próprio eu (Pedreira, & Lopes, 2010; Rodrigues, *et al.*, 2013).

Alguns superam as limitações físicas com a criação de estratégias práticas e metas, de modo a vencer os obstáculos que o próprio corpo impõe a si mesmo. Vencendo estes desafios, o idoso que sofreu um AVC aumenta a sua auto-estima pelo fato de se sentir mais capaz e independente. Outra estratégia observada neste processo é o apoio social como forma de incentivo para que o idoso não abandone o tratamento. A religião é uma estratégia de enfrentamento empregada também como um recurso que contribui para uma melhor adaptação à doença, aumentando a expectativa de vida dos pacientes e, conseqüentemente, um elevado uso de comportamentos de saúde e autocuidado. O grau de solidariedade das suas famílias e o apoio que o cuidador informal oferece contribui também para aumentar a força interior para lidar com suas dificuldades diárias (Fernández, & Vélez, 2011; Gomes, 2012).

Diante de uma patologia, o paciente tem que se adaptar às limitações e às novas condições que surgem, sendo necessário readaptar as vivências individuais, e aprender a viver com a enfermidade e/ou sequelas. Tendo como base as contribuições da Gestalt-terapia, que apoia a existência de grandes diferenças individuais quanto às estratégias de enfrentamento de cada indivíduo com relação aos acontecimentos da vida, acredita-se que a história pessoal e a forma como cada idoso acometido por AVC lida com as conquistas e dificuldades influenciam a maneira como irá enfrentar e se adaptar a vida após a doença (Almeida, 2011; Ribeiro, Mattos, Antonelli, Canêo, & Júnior, 2011).

Além dessa realidade, a pessoa idosa precisa encarar também a reabilitação em um sistema de saúde que não está adaptado ao progressivo crescimento das doenças crônicas em decorrência do envelhecimento da população mundial e de mudanças no estilo de vida contemporâneo.

Como forma de garantir o direito, ampliar o acesso e diminuir as desigualdades, as redes de atenção à saúde oferecem uma atenção contínua e integral à pessoa idosa acometida por AVC, estabelecendo vínculos mais estáveis e duradouros com os usuários.

Utilizando as estratégias das linhas de cuidado, as redes de atenção à saúde organizam a atenção de enfermidades crônicas, como no caso do AVC, trabalhando em sua prevenção e promoção (Mendes, 2010; Kuschnir, & Chorny, 2010; Silva, 2011).

Diante do exposto, entender e refletir a singularidade da pessoa idosa acometida por AVC torna-se fundamental como forma de contribuir com os estudos acerca do envelhecimento, desta doença crônica, e das redes de atenção à saúde. Nesta perspectiva emerge a pergunta de pesquisa: “Quais as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas pessoas idosas acometidas por AVC?”. Este estudo teve por objetivo investigar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas pessoas idosas acometidas por AVC.

## **Método**

Este estudo foi desenvolvido com base numa abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva. O local do estudo foi o Centro Catarinense de Reabilitação (CCR), instituição pública, pertencente à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), localizada em Florianópolis. O referencial teórico que ancorou esta pesquisa foi a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a Gestalt-terapia.

Participaram dessa pesquisa nove idosos. Os critérios de inclusão foram: pessoas com idade igual ou acima de 60 anos, ter diagnóstico de AVC confirmado através de exames, e estar inscrito no Programa de Neuroreabilitação Adulto do CCR no período da pesquisa, não importando se estavam fazendo a reabilitação ou se estavam sendo reavaliados por qualquer um dos profissionais da equipe. Como critério de exclusão, foi considerada a presença de patologias associadas ao AVC que impediam o participante de responder adequadamente os questionamentos, bem como pacientes com afasia ou sequelas na fala que apresentassem comprometimento grave.

Da média de 80 pacientes que estavam inscritos no programa apenas 22 preenchiavam os critérios de inclusão. Foi feito contato telefônico com esses idosos para verificar o interesse em participar.

Dessa população, nove foram entrevistados, três não tiveram interesse em participar, três não tinham condições de saúde para participar, e sete idosos não foram contatados. O número de participantes foi determinado pela saturação dos dados.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas. Algumas eram realizadas individualmente. Já outras, quando tinham o pedido ou consentimento do idoso, foram realizadas na presença de um familiar que, geralmente, era o cuidador. Algumas foram realizadas em uma sala reservada, cedida pelo Centro Catarinense de Reabilitação, que oferecia privacidade. Outras foram feitas na residência dos idosos, onde era solicitado ao participante um espaço reservado para manter a confidencialidade das informações.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, na íntegra, e transcritas logo após sua realização. Para garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas foram identificadas pelas letras I (idoso) e por um algarismo arábico, de acordo com a sequência de realização das mesmas. A duração das entrevistas variou entre 30 e 80 minutos, com duração média de 46 minutos.

A análise dos dados processou-se mediante análise de conteúdo temática (Minayo, 2010). Foi apresentado aos participantes da pesquisa o objetivo do estudo, e esclarecidos os procedimentos de condução da mesma. O aceite foi mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo está vinculado ao macroprojeto: “A rede de atenção à saúde e de suporte social à pessoa idosa com deficiência na grande Florianópolis e as tecnologias de cuidado”, e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer 24410513.5.0000.0121; e da instituição onde se realizou a pesquisa.

## **Resultados**

Analisando-se a população idosa estudada, verificou-se que a maioria é do sexo masculino, apresentando média de idade de setenta e dois anos, casados e aposentados. A média de escolaridade dos entrevistados foi de 6,1 anos de estudo, sendo quatro, o mínimo de anos de estudo referido e onze, o máximo, ao passo que uma era analfabeta.

A renda familiar mensal média oscilou entre um e três salários mínimos, sendo que a renda mínima encontrada foi de R\$ 788,00 e a máxima de R\$ 3.000,00. Em relação à composição familiar, houve maior distribuição de idosos que residem com o cônjuge e um filho (quatro idosos), seguidos por aqueles que residem com o cônjuge (dois idosos).

Em relação ao tipo de AVC sofrido, predominou o Isquêmico. Durante as entrevistas, quatro participantes não souberam especificar qual o tipo de AVC que tiveram. Nesses casos foi solicitada para a equipe essa informação. A maioria teve apenas um episódio da doença.

As comorbidades associadas ao diagnóstico de AVC dos entrevistados foram: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, problemas cardíacos, osteoporose, artrose, esclerose, problemas pulmonares, depressão, ansiedade, fobia, síndrome do pânico, bexiga neurogênica, problemas de próstata e problemas de coluna.

A partir da análise dos dados emergiram duas categorias: *Enfrentando o AVC e Ressignificando a vida após o AVC*. Esses dois grupos representam como os idosos entrevistados enfrentaram a doença quando souberam do diagnóstico e como se adaptaram com a nova vida após o adoecimento.

A categoria *Enfrentando o AVC* teve como subcategorias: *Reconhecendo o AVC, Sentindo a doença, Significando a causa de ter um AVC, e Expectativas em relação à recuperação do AVC*.

Na subcategoria *Reconhecendo o AVC*, observou-se que a maioria dos participantes não tem ciência do que é o AVC e não receberam informações dos profissionais sobre a doença. Apenas dois idosos tiveram a explicação do médico alguns dias após terem saído do hospital. Dos idosos entrevistados que sabem o que é o AVC, alguns têm ciência do que se trata a doença, pelo fato de terem tido alguém próximo da família que sofreu também o mesmo diagnóstico, pela própria experiência com o AVC, ou por ouvirem de amigos sobre a enfermidade. Vale aqui destacar que um dos idosos que recebeu a explicação do médico sobre o AVC não soube dizer o que era a doença, quando foi questionado. Alguns entrevistados sabem como prevenir a ocorrência do AVC, mas nenhum deles demonstrou saber como detectar um novo episódio dessa doença.

Os sentimentos trazidos pelos idosos da pesquisa ao falar do AVC foram organizados na subcategoria *Sentindo a doença*. A tristeza foi o mais presente nas respostas. O medo, a esperança, a revolta, a tranquilidade e a raiva também foram percebidos pelos entrevistados.

Para a subcategoria *Significando a causa de ter um AVC*, os idosos entrevistados trouxeram como significados: o falecimento de um dos filhos, a temperatura elevada do ambiente, a queda sofrida e não ter feito corretamente o tratamento para a pressão arterial.

Surge nessa subcategoria o sentimento de culpa por parte de um idoso por associar o episódio da doença com os hábitos de vida que tinha antes do diagnóstico. Os que não souberam dar um significado para o AVC associam a ocorrência da doença com esforço físico ou uso de bebida alcoólica.

Quando questionados sobre as *Expectativas em relação à recuperação do AVC*, alguns dos entrevistados trouxeram o esforço, o desejo de melhorar e de ser independente outra vez, como incentivadores da sua recuperação. Em algumas falas, observa-se que os incentivos na recuperação oferecidos pela família e pelos profissionais de saúde também contribuem para que a pessoa idosa tenha uma boa expectativa em relação à recuperação. A espiritualidade bem como o reconhecimento da gravidade da doença e possibilidade de poder ter falecido com o AVC também aparecem aqui como motivadores da recuperação. Outros idosos têm expectativas ruins em relação à sua recuperação.

Na categoria *Ressignificando a vida após o AVC*, as subcategorias encontradas foram *Mudando após o AVC*, *Vivendo após o AVC*, e *Buscando estratégias para lidar com o AVC*.

As mudanças causadas pela doença percebidas pelos participantes foram: adaptações com as sequelas físicas que surgiram em decorrência da doença, dependência de ajuda para realização das atividades, restrições da vida social, falta de apoio familiar, não poder fazer mais do que gostava, lentidão para fazer as tarefas cotidianas pelas sequelas da doença, dificuldades financeiras em virtude do afastamento do trabalho, e gastos com o tratamento, ter ciência da finitude e valorização da vida, buscar uma religião, ser mais paciente, ter hábitos saudáveis e preventivos diante das situações da vida. Todas essas respostas foram agrupadas na subcategoria *Mudando após o AVC*.

Quando questionados sobre como estavam suas vidas após o episódio da doença, na subcategoria *Vivendo após o AVC*, alguns entrevistados associaram uma boa recuperação com a oportunidade de fazerem planos na vida, ou seja, conseguiram ressignificar sua condição. Com essa reflexão, alguns idosos demonstraram dúvidas em relação a seus avanços nos tratamentos e outros interesses em saber como estava evoluindo sua recuperação.

Outros trouxeram a necessidade de diminuir o ritmo da vida com a ciência de trabalhar menos e ter mais tempo para o lazer, o surgimento de problemas familiares em decorrência do AVC, as limitações vindas com a doença que os impede de fazer planos futuros, o medo de apresentar outras sequelas que a doença pode desencadear.

Na subcategoria *Buscando estratégias para lidar com o AVC*, o apoio familiar e da equipe de saúde na recuperação, ter uma religião, ter ciência da finitude da vida, cuidar do cônjuge, e o fato de ter sobrevivido ao AVC, foram algumas das estratégias encontradas pelos idosos da pesquisa. Já outros idosos não conseguiram identificar o que fizeram para se adaptar após o adoecimento.

## Discussão

Em relação à média de idade da população idosa pesquisada ter sido setenta e dois anos, encontra-se também na literatura que um dos fatores de risco identificados para o AVC é a idade avançada (Copstein, Fernandes, & Bastos, 2013).

Estudos feitos por Cruz, Vasconcelos, Caro, Silva, e Lympius (2014), sobre os cuidados de saúde com relação à questão de gênero, constataram um predomínio do AVC referente ao sexo masculino. Quando comparados com as mulheres, sabe-se que os homens cuidam menos da própria saúde, fato que os deixam mais expostos aos fatores de risco para essa doença, como colocam os autores, e como pode ser observado também na presente pesquisa.

Levando-se em conta a média de anos de estudos dos entrevistados ter sido de 6,1 anos, Rangel, Belasco, e Diccini (2013) colocam que a baixa escolaridade tem sido associada à elevada incidência de AVC, principalmente quando combinada aos fatores socioeconômicos e culturais, e dificuldade de acesso à informação, além de impedir a conscientização dos cuidados com a saúde, aderência ao tratamento, e manutenção de estilo de vida.

Para discutir as duas categorias encontradas, *Enfrentando o AVC e Ressignificando a vida após o AVC* e, conseqüentemente suas subcategorias, são utilizados alguns conceitos da Gestalt-terapia e algumas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, como forma de enriquecer a discussão da análise dos dados.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem como meta oferecer uma atenção à saúde digna e adequada para as pessoas idosas, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por vários motivos, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que contribuem para diversas limitações ao seu bem-estar, como no caso dos indivíduos idosos que sofreram AVC. Sua finalidade é a de “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim” (Brasil, 2006, p. 2).

A Gestalt-terapia interessa-se pela forma singular *como* a pessoa se vê quando adoece, como se posiciona, e se relaciona com ela mesma, com sua própria doença, com sua família, com os profissionais de saúde, com o que lhe cerca. Acredita nas potencialidades do ser humano, como um ser em busca de integridade, flexibilidade e criatividade em direção ao crescimento. No movimento de busca pela saúde, através de trocas com o meio, atualização de si, e do seu potencial, vê que é possível enriquecer as formas de contato do paciente, reconhecendo seus limites e respeitando as escolhas feitas por ele (Estevão, & Silveira, 2014).

## **Enfrentando o AVC**

Após ter o primeiro AVC, a pessoa idosa experiencia um marco em sua vida, pois juntamente com os comprometimentos que a doença traz, ela se depara com o medo de ter um novo episódio. Além disso, questiona-se sobre o que provocou a doença, sente-se culpada pelo ocorrido, desmotivada, ansiosa, e fica impactada com as limitações impostas por essa enfermidade.

Na subcategoria *Reconhecendo o AVC*, observou-se que a maioria dos participantes não tem ciência do que é o AVC, e não receberam informações dos profissionais sobre a doença. Apenas dois idosos tiveram a explicação do médico e somente após alguns dias de ter saído do hospital. Isso remete ao fato que os idosos tiveram experiências com profissionais não preparados para lidar com o AVC, e demoraram em receber o diagnóstico da doença. Ao receber o atendimento, as exceções foram dois casos entrevistados em que uma idosa reconheceu e sinalizou que estava tendo um AVC para a equipe, e de outro idoso que teve um rápido encaminhamento para a emergência, pois sua filha reconheceu que o pai estava tendo um AVC.

Sabe-se que, no Brasil, um dos agravantes em relação ao atendimento de pacientes com AVC é que grande parte desses profissionais ainda é despreparado para atender as pessoas com AVC, seja pelo reconhecimento tardio da doença, seja pela falta de aparelhagem adequada para o diagnóstico por imagem ou mesmo por diminuírem a gravidade da doença (Santos, & Costa Neto, 2012).

Quando instigados sobre os conhecimentos que possuem sobre o AVC, alguns têm ciência do que se trata a doença pelo fato de terem tido alguém próximo da família que apresentou o mesmo diagnóstico, pela própria experiência com o AVC, ou por ouvirem de amigos sobre a enfermidade. Vale aqui destacar que um dos idosos que recebeu a explicação do médico sobre o AVC não soube dizer o que era a doença quando foi questionado. Alguns entrevistados sabem como prevenir a ocorrência do AVC, mas nenhum deles demonstrou saber como detectar um novo episódio dessa doença.

Os idosos que participaram da pesquisa sabem da importância de fazerem uso dos medicamentos que são prescritos, bem como da necessidade de terem hábitos saudáveis como forma de prevenção a um novo AVC. Para prevenir a ocorrência do AVC, é de suma importância conhecer seus fatores de risco. Devendo ocorrer em todos os níveis de atenção e com ênfase na atenção básica, a prevenção deve atingir principalmente aqueles que já tiveram um episódio de AVC para reduzir, dessa forma, riscos de recorrência e maiores comorbidades em longo prazo (Brasil, 2013).

As Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral (2013) destacam os principais fatores de risco em três grupos: não modificável, modificável, e potencial. O trabalho preventivo com as pessoas que estão dentro do grupo de risco não modificáveis pode ser realizado através de uma maior atenção nos cuidados básicos de saúde. Já as que pertencem ao grupo de riscos modificáveis necessitam de estímulo e ajuda para mudança de estilo de vida. Nos fatores de risco potenciais, a meta a ser alcançada é não deixar que estes se tornem um risco efetivo.

Entende-se, dessa forma, que é um grande desafio para as políticas de saúde desenvolver esse trabalho preventivo ainda mais em se tratando das pessoas idosas, pois o envelhecimento populacional é um fenômeno complexo. Além de os idosos diferirem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de dependência funcional, existem ainda demandas de serviços mais específicos, como é o caso dos participantes desta pesquisa (Brasil, 2006).

Para ser possível enfrentar uma doença, é necessário entendê-la. Para a Gestalt-terapia, tomar consciência de algo, dar-se conta de alguma coisa que ainda não estava presente ou consciente para a pessoa até o momento, é chamada de *awareness* (Silva, & Boaventura, 2011). Desenvolvendo-se corporal, mental e emocionalmente, *awareness* é sempre espontânea e proporciona o autossuporte. Estando *aware*, é possível perceber quais são as dificuldades, como elas são criadas, e como se pode resolvê-las (Bento, 2014).

Se a pessoa idosa acometida por AVC não está *aware* de que tem o diagnóstico da mesma, se não sabe como pode evitá-la, seu processo de aceitação e enfrentamento da doença ficará prejudicado. Por isso, é fundamental que os profissionais de saúde informem o paciente sobre essa patologia, e ofereçam medidas de prevenção como forma de ajudar a pessoa idosa acometida por AVC a encarar de maneira saudável todo esse processo.

O sentimento de tristeza foi o mais sentido pelos entrevistados e listados na subcategoria *Sentindo a doença*. Conforme colocam Silva e Boaventura (2011), é necessário aceitar que o paciente tenha sentimentos, vistos pela sociedade como ruins, pelo simples fato de ser humano, e de que essas sensações também são benéficas para o seu crescimento. É através do conflito e na diferença que a pessoa tem a possibilidade de crescimento.

Sabe-se que a depressão no contexto de um AVC tem uma prevalência de 33%, com um pico de incidência nos primeiros seis meses, que pode também ser interpretada como uma reação previsível a nova condição de incapacidade ou como um fator de risco para a ocorrência desse evento vascular (Ferraz, Norton, & Silveira, 2013). Por isso, vale destacar a importância da família e dos profissionais estarem atentos à forma com que o idoso acometido por AVC sente seu adoecimento. Essa atenção deve estar presente tanto nas situações em que o paciente apresentar comportamentos depressivos, existindo a necessidade de os envolvidos nesse processo buscarem ajuda profissional para o enfermo, quanto na maneira de olhar para o idoso acometido por AVC, para não rotulá-lo como depressivo, por qualquer fala ou atitude que pode ser apenas uma etapa que faz parte do processo de aceitação da doença.

Entrando em contato com os sentimentos, é possível atingir o que é impossível, o perdido, o que já não se tem mais, o que deixou de existir, pois, reconhecendo-se os sentimentos, é possível abrir possibilidades de seguir com uma nova situação reconfigurada, colocando o que antes era falta como possibilidade presente (Dudenhoefler, 2010).

A Gestalt-terapia entende que entrar em contato é o processo básico para uma pessoa se relacionar, tanto consigo mesma quanto com o outro. Em vez de falar sobre a vida, é primordial vivê-la. Por isso, o contato é sempre criativo, é o que ocorre na relação da *awareness* do ser singular com o seu meio que é composto, diversificado, e rico em surpresas (Bento, 2014; Silveira, & Peixoto, 2012).

Com base nas falas dos entrevistados, entende-se que ter um AVC é entrar em contato com as perdas que surgem com a vinda da doença.

*“Ah, é o sentimento de eu não poder mais fazer o que eu fazia [...] minha alegria acabou porque a gente começa a pensar no passado. Do que fazia, era, e hoje não é mais [...] num sentido, a gente não é mais.” (I6).*

O luto acontece na elaboração de uma perda significativa, podendo ser ela personificada em um ente querido, em seres que marcaram o desenrolar das relações, como de todo e qualquer causador impactante que se afasta, se ausenta. A forma com que uma perda é entendida ou aprendida nas construções de uma pessoa embasará o impacto que ela possui no cotidiano e até mesmo em situações mais definitivas como a morte (Cardoso, 2013).

Entende-se também que perdas atuais tocam em lutos anteriores que podem não ter sido bem elaborado; o não saudável nesse processo estaria quando a pessoa dá respostas antigas a um evento novo, não se atualiza, não cresce e potencializa ainda mais a sua dor (Cardoso, 2013).

*“Eu tenho medo de ficar sem voz [...] A minha mãe morreu assim também. Teve derrame e ficou sem voz até morrer.” (I9)*

Apesar de o objetivo deste estudo estar focado nas estratégias de enfrentamento da pessoa idosa acometida por AVC, acha-se válido destacar essa questão acerca das perdas vividas também no processo desta doença. Ressalta-se a importância de dar continuidade às reflexões suscitadas sobre este assunto, levando em consideração as singularidades de cada idoso diante da forma com que lida com seu adoecimento.

Por isso, destaca-se aqui a importância de o idoso acometido por AVC ter acesso a um espaço de reflexão sobre seu adoecimento, como participar de grupos com outras pessoas que também estão vivendo a mesma dificuldade ou fazer psicoterapia. Como exposto acima, entrando em contato com seus sentimentos, é possível que o paciente encare de forma saudável sua doença. Através do convívio, da identificação de dificuldades e superações com outros sujeitos que vivenciam a mesma realidade, espaços como esses ajudam na adaptação social, na conciliação da situação doença com a realidade, oportunizando, assim, a reinserção social e a melhora da qualidade de vida não apenas do paciente, mas de todos os envolvidos (Prado, Alves, & Essy, 2014).

Como pode ser observado na subcategoria *Significando a causa de ter um AVC*, alguns idosos associaram o episódio da doença com escolhas feitas ou situações vividas, como no significado trazido por um idoso em relação ao fato de não ter feito corretamente o tratamento para a pressão arterial; enquanto outros não relacionaram a ocorrência da enfermidade com situações que os responsabilizassem, como evidencia uma das respostas trazidas em que uma idosa associou a temperatura elevada do ambiente com o episódio do AVC.

Nos significados trazidos pelos participantes, em que eles se responsabilizavam pelas escolhas feitas e situações vividas, tiveram a oportunidade de conhecer mais quem eram, através da doença. Nesta fase, o paciente começa a se apropriar de si. Participando desse processo, tem a possibilidade de iniciar uma nova significação para o AVC. Este é um momento difícil de ser encarado, pois o significado que a pessoa dá à sua participação no processo pode ser perpassado pelo sentimento de culpa, pelo que ela se permitiu fazer consigo e com sua vida (Silva, & Boaventura, 2011).

*“Foi tudo culpa minha [...] Porque se eu não tivesse feito nada de errado, se eu tivesse me cuidado mais um pouco, se eu tivesse fumado menos e comido menos, eu não estava aqui. Então, se eu estou aqui, então é culpa minha.” (I8).*

Para a Gestalt-terapia, quando uma pessoa dá um significado a uma experiência, ela faz uso do ajustamento introjetivo. Segundo Cardoso (2013), *self* pode ser entendido como o processo de avaliar, integrar, atualizar as possibilidades diante das situações a serviço das necessidades da pessoa.

Pode operar de diferentes formas quando o indivíduo está em interação através de suas funções. Uma delas é a função personalidade que pode ser compreendida como a capacidade do *self* de contatar a realidade com base na definição que dá a si mesmo, ou seja, a forma pela qual a pessoa assimila as vivências e como engloba o meio.

A introjeção quando saudável é um processo de apropriação que resulta na assimilação e construção de sentido, ou a constituição de um introjeto (conteúdo). Observou-se que a maioria dos entrevistados vivenciou um processo patológico de introjeção, pois os significados, como se apresentaram, tornaram-se invioláveis e eram aceitos passivamente pelos idosos (Cardoso, 2013). Foi a queda sofrida ou a temperatura elevada do ambiente que significaram a ocorrência do AVC.

Em um processo de elaboração de uma doença, os introjetos advindos dos jargões “Seja forte que logo você irá se recuperar” ou “Levante a cabeça e siga em frente” potencializam a dor pela falta de confirmação no meio. Ao se tornar uma elaboração não saudável, estes introjetos, de que não se deve sentir frágil ou sofrer pela saúde que tinha antes e não se tem mais hoje, impedem a pessoa de dar vazão a sua dor e avaliar as possibilidades de fechamento para esta situação (Cardoso, 2013).

Na subcategoria *Expectativas em relação à recuperação do AVC*, nota-se que o esforço, o desejo de melhorar e de ser independente outra vez, foram incentivadores da recuperação de alguns idosos. Tendo como base o olhar apresentado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a qual considera o indivíduo idoso como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, valorizando momentos na comunidade, o bem-estar físico, social e mental ao longo de sua vida, destaca-se uma das oportunidades apresentadas na diretriz sobre *Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável*, que visa a incluir ações de reabilitação para o idoso na atenção primária, de forma a contribuir no processo que origina a dependência funcional (Brasil, 2006).

## **Ressignificando a vida após o AVC**

Um dos eventos que pode afetar de forma significativa a vida das pessoas e a satisfação de viver é a ocorrência do AVC por apresentar potencial limitante tanto nos aspectos físicos quanto nos emocionais (Rangel, Belasco, & Diccini, 2013).

O processo de adoecer é muito singular e característico em cada pessoa, pois cada um terá um modo de agir, de sentir ou não dor, de refletir sobre o significado de ter a doença, entre outras questões. Dessa forma, torna-se fundamental que o paciente seja visto como protagonista da sua história de vida que antecede à própria doença. Quando ocorre a integração da atenção e da tomada de consciência da sua forma de se adaptar com o AVC, a pessoa que adoecer pode voltar e buscar seus recursos de enfrentamento que até então não estavam disponíveis e seguir o curso de sua vida (Silva, & Boaventura, 2011).

Diante de todas as mudanças vividas após um AVC, como as relatadas pelos entrevistados e agrupadas na subcategoria *Mudando após o AVC*, a pessoa idosa precisa receber intervenções que devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da sua autonomia e independência, incentivando-a para o autocuidado, assim como o preconizado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Avaliar os recursos locais para lidar com a fragilidade vivida por esse idoso, buscando uma rede de solidariedade tanto para o paciente quanto para sua família que se encontra nessa situação e a inserção dos mesmos na comunidade são possibilidades trazidas por essa política que visam a auxiliar a pessoa idosa diante de todas as mudanças que precisa encarar após ter um AVC (Brasil, 2006).

Quando existe o suporte do meio, esse processo de adaptação às mudanças vindas com o AVC pode ser visto e encarado de forma mais saudável pelo idoso. O meio pode ser entendido aqui como a família, os profissionais, as políticas de saúde e a sociedade como um todo. Para a Gestalt-terapia suporte é o sistema cujas partes, pessoa e meio, estão interrelacionadas dinamicamente numa perspectiva de organização e autorregulação do indivíduo. Visa a um equilíbrio também dinâmico de todas as dimensões: fisiológica, emocional, cultural e intelectual. Toda a história passada e recente de uma pessoa é um autossuporte. Dessa forma, para contribuir com o ressignificar do idoso acometido por AVC, é necessário que o meio incentive o autossuporte de cada paciente, para que cada um esteja *aware* da sua condição e consiga disponibilizar recursos internos para enfrentar a doença (Silva, & Boaventura, 2011).

Na subcategoria *Vivendo após o AVC*, observam-se também quantas barreiras precisam ser superadas pela pessoa idosa que teve essa doença, seja em relação à vida financeira que ficou prejudicada, seja por desentendimentos familiares, ou pela falta de perspectivas em relação ao futuro.

Diante dessa realidade, observa-se a necessidade de provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, como coloca a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, trazendo estratégias que valorizem o cuidado humanizado ao indivíduo idoso (Brasil, 2006).

Na subcategoria *Buscando estratégias encontradas para lidar com o AVC*, observou-se como a família ocupa um papel de destaque nas alternativas criadas pelos entrevistados. As demandas que acompanham a pessoa acometida por AVC nesse processo de adoecimento geram uma sobrecarga muito grande nas famílias que, muitas vezes, vão até aos seus limites físicos, emocionais, sociais e econômicos. Dessa forma, para que as famílias encontrem novamente seu equilíbrio, é fundamental que os profissionais criem esforços para construir uma relação de parceria, oferecendo ajuda de acordo com os seus valores, bem como ter uma atitude positiva, de plena disponibilidade por parte dos profissionais que cuidam e tratam destes doentes (Gomes, 2012).

O apoio dos profissionais na reabilitação do AVC também foi outra estratégia elencada pelos idosos. Destaca-se aqui a importância da equipe de saúde vislumbrar a doença como algo dinâmico, processual, considerando sua totalidade, seus sentidos e significados na existência singular de cada pessoa. Dessa forma, os profissionais irão contribuir de forma diferenciada nesse processo, pois terão um olhar de respeito com todas as dificuldades envolvidas na dinâmica do AVC, valorizando as experiências e situações vivenciadas pela pessoa idosa acometida (Silva, & Boaventura, 2011).

Como nos estudos realizados por Fernández e Vélez (2011), nesta pesquisa a religião também foi uma estratégia de enfrentamento empregada como um recurso que contribui para uma melhor adaptação à doença, aumentando a expectativa de vida dos pacientes e, conseqüentemente, elevando o uso de comportamentos de saúde e autocuidado.

Quando o tema é entender as estratégias de enfrentamento utilizadas pela pessoa idosa que sofre um AVC, é importante analisar a natureza e o grau de intensidade do acontecimento do adoecer em sua vida, e que recursos esse indivíduo tem para um enfrentamento adequado da situação (Silva, & Boaventura, 2011).

O fato de estar limitada nas atividades básicas da vida diária, abalada emocionalmente, afastada do seu contexto, e dos seus hábitos anteriores, exige que a pessoa sobrevivente ao AVC tenha capacidade de mudança para encarar todos os desafios que surgem com a doença.

Estrela-Dias, e Pais-Ribeiro (2014) utilizam o conceito de *pessoa sobrevivente ao AVC* para se referir à pessoa acometida por essa doença, devido a todas essas dificuldades e superações que se depara quando vivencia um episódio de AVC.

Enquanto alguns idosos apresentaram como estratégias para lidar com o AVC o desejo de melhorar e ser independente novamente, ter ciência da finitude da vida após a vivência da doença, cuidar do cônjuge, e a valorização da vida por ter sobrevivido ao AVC; outros idosos não conseguiram identificar o que fizeram para se adaptar após o adoecimento.

Dependendo dos recursos de enfrentamento disponíveis, e de como a pessoa lida com suas dificuldades, a possibilidade de ação pode já estar disponível, precisando apenas ser mobilizada. Quando isso não acontece, as fantasias que sustentam o medo de não conseguir superar a doença tomam grandes formas, impedindo o surgimento de recursos já existentes e paralisando o paciente ((Silva, & Boaventura, 2011).

Diante dessa situação de adoecimento, quando a pessoa experiencia um desequilíbrio na vida, fica presente sua capacidade de lidar com problemas e soluções, de buscar caminhos onde não pareciam existir (Dudenhoeffer, 2010). Com base na pesquisa realizada, observou-se que, quando alguns idosos se tornaram incapazes de alterar suas formas de encarar a doença, desenvolveram ajustamentos neuróticos. Já os que foram capazes de reconhecer estratégias para se adaptarem ao AVC se ajustaram de forma criativa diante das dificuldades que surgiram com a doença (Cardoso, 2013).

Essa capacidade do ajustamento criativo aproxima-se com a capacidade de adaptação criativa da resiliência. Esse fenômeno pode ser entendido como um conjunto de forças psicológicas, biológicas e sociais que auxiliam a pessoa no enfrentamento das situações adversas em situações de mudança. Assim como o conceito de estratégias de enfrentamento, a resiliência pode ser relacionada com a qualidade de vida e associada por questões subjetivas, tendo como base a história da pessoa (Ribeiro, *et al.*, 2011).

Assumindo a responsabilidade de sua vida diante de uma vivência difícil do passado, a pessoa resiliente procura, da melhor maneira possível, dar continuidade em sua vida. Como alguns idosos entrevistados, mesmo passando por situações difíceis, aparentam estar superando os problemas que tiveram com o AVC, demonstrando sua criatividade.

Para a Gestalt-terapia, na medida em que o homem entra em contato consigo mesmo, começa a agir criativamente. Esse potencial criativo que se cria a partir do contato vai ajudá-lo a encarar as necessidades que surgem em sua frente e nele próprio em várias situações (Santana, 2013).

### **Considerações Finais**

Ao final deste manuscrito, ressalta-se a importância de dar continuidade às reflexões suscitadas, resguardando-se as singularidades de cada idoso que sofre um episódio desta doença. Salienta-se a importância do AVC ser entendido de forma processual, vivido pelo indivíduo como um todo, em sua totalidade dinâmica, que tem sentidos e significados particulares para a pessoa que envelhece com essa enfermidade.

Com base na pesquisa realizada, destaca-se o papel da família e dos profissionais da área da saúde como incentivadores na recuperação e enfrentamento da pessoa idosa acometida por AVC. Lembrando-se que, nesse processo, é indispensável uma estruturada rede de atenção à saúde para dispor de uma atenção contínua e integral à pessoa idosa acometida por essa doença.

Pretende-se, com este estudo, problematizar o desafio a ser encarado pelas políticas de saúde com o envelhecimento e o AVC. Acredita-se que as ideias desenvolvidas neste trabalho possam contribuir com ações favoráveis para a melhoria do cuidado da pessoa idosa acometida por essa doença crônica.

### **Referências**

Almeida, A. D. L. (2011). A eficácia do ProFamílias em doentes de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e cancro e seus familiares. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 47-52. Recuperado em 18 dezembro, 2014, de: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v29n1/v29n1a07.pdf>.

Bento, R. R. (2014). O término do processo terapêutico na clínica gestáltica: tecendo fechamentos e aberturas de possibilidades a partir da relação terapeuta-cliente. *Revista Aw@re*, 4(1), 56-66. Recuperado em 25 junho, 2015, de: [http://comunidadegestaltica.com.br/sites/default/files/revistas/Revista\\_Aware\\_2014\\_5.pdf](http://comunidadegestaltica.com.br/sites/default/files/revistas/Revista_Aware_2014_5.pdf).

Brasil. (2013). *Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Acidente Vascular Cerebral*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 18 janeiro, 2015, de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_acidente\\_vascular\\_cerebral.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf).

Brasil. (2013). *Manual de rotinas para atenção ao AVC*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado em 16 janeiro, 2015, de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_rotinas\\_para\\_atencao\\_avc.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf).

Brasil. (2006). *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 05 dezembro, 2014, de: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>.

Cardoso, C. S. (2013). Processo e elaboração de perdas sob a perspectiva da Gestalt-terapia. *Revista Aw@re*, 3(1), 48-53. Recuperado em 25 junho, 2015, de: [http://comunidadegestaltica.com.br/sites/default/files/revistas/Revista\\_Aware\\_2014\\_5.pdf](http://comunidadegestaltica.com.br/sites/default/files/revistas/Revista_Aware_2014_5.pdf)

Copstein, L., Fernandes, J. G., & Bastos, G. A. N. (2013). Prevalence and risk factors for stroke in a population of Southern Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*, 71(5), 294-300. Recuperado em 25 junho, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v71n5/0004-282X-anp-71-05-294.pdf>.

Cruz, D. M. C., Vasconcelos, F. E. O., Caro, C. C., Silva, N. S., & Lympius, J. (2014). Entre perdas e ganhos: os papéis ocupacionais das pessoas pós-acidente vascular encefálico. Teresina/Piauí: *Revista da Faculdade de Santo Agostinho*, 11(2) (artigo 18), 329-349. Recuperado em 05 dezembro, 2014, de: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/436>.

Dudenhoeffer, M. C. (s/d). *Da perda a saudade: a despedida enquanto processo*. Recuperado em 23 maio, 2010, de: <http://www.laboratoriogestaltico.uerj.br/index2.html>.

Estevão, A. L. P., & Silveira, T. M. A. (2014). Gestalt-Terapia no contexto Hospitalar: compreensão, postura e possibilidades. *Revista IGT na Rede*, 11(21), 282-296. Recuperado em 25 junho, 2015, de: <http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=502>.

Estrela-Dias, M., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Intervenção psicológica positiva em grupo: forças e virtudes na reabilitação pós-AVC. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 202-219. Recuperado em 05 dezembro, 2014, de: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v15n1/v15n1a17.pdf>.

Fernández, C. S. S., & Vélez, D. M. A. (2011). Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de localidad de vida em pacientes em rehabilitación cardiovascular. Bogotá, Colômbia: *Acta Colombiana de Psicología*, 14(1). Recuperado em 25 janeiro, 2015, de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552011000100005&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552011000100005&lang=pt).

Ferraz, I., Norton, A., & Silveira, C. (2013). Depressão e acidente vascular cerebral: causa ou consequência? *Arquivos de Medicina*, 27(2), 58-64. Recuperado em 25 junho, 2015, de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v27n4/v27n4a02.pdf>.

Gomes, M. J. A. R. (2012). *Vidas após um Acidente Vascular cerebral: efeitos individuais, familiares e sociais*. Universidade do Minho: Instituto de Ciências Sociais. Dissertação de doutorado. Recuperado em 05 dezembro, 2014, de: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/21005/1/Maria%20Jos%C3%A9%20A%20Imendra%20Rodrigues%20Gomes.pdf>.

- Kuschnir, R., & Chorny, A. H. (2010). Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2307-2316. Recuperado em 25 e junho, 2015, de: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=13082&tipo=B>.
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305. Recuperado em 25 junho, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (12<sup>a</sup> ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Pedreira, L. C., Lopes, R. L. M. (2010). Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu Acidente Vascular Cerebral. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(25), 837-840. Recuperado em 19 dezembro, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/23.pdf>.
- Prado, A. L. C., Alves, A. S., & Essy, G. S. (2014). Programa interdisciplinar de atenção a hemiplégicos pós-acidente vascular cerebral: uma abordagem de terapia em grupo. *Revista Extendere*, 2(1). Recuperado em 05 dezembro, 2014, de: <http://periodicos.uern.br/index.php/extendere/article/view/1090>.
- Rangel, E. S. S., Belasco, A. G. S., & Diccini, S. (2013). Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(2), 205-212. Recuperado em 05 dezembro, 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a16.pdf>.
- Ribeiro, A. C. A., Mattos, B. M., Antonelli, C. S., Canêo, L. C., & Júnior, E. G. (2011). Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 16(4), 623-633. Recuperado em 21 junho, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n4/a13v16n4.pdf>.
- Rodrigues, R. A. P., Marques, S., Kusumota, L., Santos, E. B., Fhon, J. R. S., & Fabrício-Wehbe, S. C. C. (2013). Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21. Recuperado em 02 dezembro, 2014, de: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_27.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_27.pdf).
- Santana, L. P. S. (2013). “Levanta, sacode a poeira e dá a volta por cima”: um diálogo entre os conceitos da Gestalt Terapia e de resiliência. *Revista Aw@re*, 3(1), 54-61. Recuperado em 25 junho, 2015, de: [http://comunidadegestaltica.com.br/sites/default/files/revistas/Revista\\_Aware\\_2014\\_5.pdf](http://comunidadegestaltica.com.br/sites/default/files/revistas/Revista_Aware_2014_5.pdf).
- Santos, A. G., & Costa Neto, A. M. (2012). Atendimento da equipe de saúde a pacientes vítimas de acidente vascular cerebral. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 6(2). Recuperado em 05 dezembro, 2014, de: <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rccs/article/view/1692>.
- Silva, R. B., & Boaventura, C. B. F. (2011). Psico-oncologia e Gestalt-terapia: uma comunicação possível e necessária. *Rev. Abordagem Gestalt*, 17(1). Recuperado em 25 junho, 2015, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v17n1/v17n1a07.pdf>.
- Silva, S. F. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2753-2762. Recuperado em 25 junho, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>.
- Silveira, T. M., & Peixoto, P. T. C. (2012). *A estética do contato*. Rio de Janeiro, RJ: Arquimedes.

World Health Organization (WHO). (2014). *Temas de saúde: Acidente Vascular Cerebral*. Recuperado em 17 dezembro, 2014, de: [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/fr/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/).

Recebido em 15/11/2015

Aceito em 30/03/2016

---

**Juliana Balbinot Reis Girondi** - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Residência Multidisciplinar da Universidade Federal de Santa Catarina. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro no Grupo de Estudos sobre o Cuidado da Saúde Integral de Pessoas Idosas (GESPI/UFSC). E-mail: [juliana.balbinot@ufsc.br](mailto:juliana.balbinot@ufsc.br)

**Jordelina Schier** - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Núcleo de Terceira Idade da Universidade Federal de Santa Catarina (NETI/UFSC). Membro no Grupo de Estudos sobre o Cuidado da Saúde Integral de Pessoas Idosas (GESPI/UFSC). E-mail: [jordelina.schier@ufsc.br](mailto:jordelina.schier@ufsc.br)

**Karina Silveira de Almeida Hammerschimid** - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da residência Multidisciplinar da Universidade Federal de Santa Catarina. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro no Grupo de Estudos sobre o Cuidado da Saúde Integral de Pessoas Idosas (GESPI/UFSC). E-mail: [karina.h@ufsc.br](mailto:karina.h@ufsc.br)

**Rosimeire Reis Bento** – Psicóloga. Especialista em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (UFSC). E-mail: [rosirrb@gmail.com](mailto:rosirrb@gmail.com)

**Luciane Probst de Souza** – Psicóloga clínica. Atende em consultório; Psicoterapia. E-mail: [lucaprost@hotmail.com](mailto:lucaprost@hotmail.com)

**Luciara Fabiane Sebold** - Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da residência Multidisciplinar da Universidade Federal de Santa Catarina. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro no Grupo de Estudos “Cuidando e Confortando”.

E-mail: fabiane.sebold@ufsc.br