
**Acidente vascular cerebral:
caracterização e tratamento psicológico
Alter vascular cerebral:
characterization and psychological treatment**

MARIÂNGELA GAMBA MAESTRI(G-UNINGÁ)¹
FERNANDA COSTA LUZ ROSSI(UNINGÁ)²

RESUMO: Este artigo apresenta uma pesquisa teórica para explicar o que é o Acidente Vascular Cerebral (AVC), as suas conseqüências para o indivíduo e os tratamentos disponíveis. De acordo com Organização Mundial da Saúde (2005), o AVC é a primeira causa de incapacidade e redução da qualidade de vida e a terceira principal causa de morte no mundo. Entre os tratamentos disponíveis, estaremos dando ênfase à psicologia e a neuropsicologia, esta apresenta descobertas na área do comportamento humano ligadas a lesões a áreas específicas do cérebro. A ênfase deste artigo está na importância da atuação do psicólogo no atendimento e na recuperação de sujeitos que sofreram um AVC. A pesquisa revelou que a Psicologia é um importante auxiliar para o indivíduo promover a auto-estima e a resiliência, fazendo com que o sujeito se torne mais consciente da sua nova condição.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral. Neuropsicologia. Resiliência.

ABSTRACT: This article presents a theoretical research for explain what is the Cerebral Vascular Accident (AVC), his consequences for the individual and the available handlings. According to World Organization of the Health the AVC (2005), is to first cause of incapacity and reduction of the quality of life and to third main cause of death in the world. Between the available handlings,we will be giving emphasis to the psycho-

¹Acadêmica do Curso de Psicologia Faculdade Ingá – UNINGÁ - Rua Pioneira Ana Cordeiro Dias, 252 – 87.023-100 – Maringá – PR marigm2006@yahoo.com.br

²Professora Mestre Faculdade Ingá – UNINGÁ - psicorenascer@yahoo.com.br

logy and to neuropsychology, this presents discoveries in the area of the human behavior connections the wounds the specific areas of the brain. The emphasis of this article is in the importance of the action of the psychologist in the service and in the recuperation of subjects that suffered an AVC. To research revealed that the Psychology is an important one help for the individual promote the self-esteem and to resilience, doing with that the subject becomes more conscious of its new condition.

Key words: Cerebral Vascular accident. Neuropsychology. Resilience

INTRODUÇÃO

O presente trabalho propõe apresentar a atuação do psicólogo no tratamento e acompanhamento de pessoas que sofreram de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

O trabalho estará pautado nos dados da OMS – Organização Mundial da Saúde que é uma agência especializada em Saúde, fundada em 7 de abril de 1948. Está subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU). A fundamentação teórica utiliza autores renomados, tais como: Davies (1997), Guyton; Hall (1998), Vilela (2006) entre outros referenciados.

O psicólogo é de suma importância no atendimento de pessoas que sofreram AVC- Acidente Vascular Cerebral (comumente chamado de derrame).

O derrame é a primeira causa de incapacidade do mundo, sendo considerado uma doença crônica, está entre as três primeiras causas de morte. Sempre traz seqüelas, por menor que seja, porque há morte do tecido cerebral. Geralmente, há um comprometimento da visão, da fala e paralisção de partes do corpo (área motora - membros inferiores e ou membros superiores). O Acidente Vascular Cerebral está afetando cada vez mais pessoas jovens, abaixo de 30 anos, devido a hábitos de vida pouco saudáveis tais como: alimentação, falta de atividades físicas, tabagismo e outros que podem causar a hipertensão arterial, colesterol elevado, obesidade; além de uma má qualidade de vida, devido ao estresse acumulado. Esses são alguns dos fatores de riscos relevantes que podem agir sobre esses jovens.

Existem dois tipos de derrame cerebral: o isquêmico - que acontece quando há o entupimento de uma artéria, impedindo que o

sangue, carregado de oxigênio, chegue até o cérebro - e o hemorrágico - provocado pelo rompimento de uma artéria cerebral, causando um processo de sangramento excessivo. Proporcionalmente, o derrame isquêmico é mais comum correspondendo a 70% dos casos (em média); é menos grave do que o derrame hemorrágico (OPAS, 2006).

O CÉREBRO E SEU FUNCIONAMENTO – O Papel do Sistema Nervoso Central (SNC)

O funcionamento básico do SNC, de acordo com os autores Vilela (2006) e Guyton; Hall (1998), recebe, analisa e integra informações, através de impulsos elétricos. É o local onde ocorre a tomada de decisões e o envio de ordens para todo o organismo. O Sistema Nervoso Periférico (SNP) carrega informações dos órgãos sensoriais (visão, audição e outros) para o sistema nervoso central e do sistema nervoso central para os órgãos efetores (músculos e glândulas).

As funções motoras e sensitivas são invertidas, ou seja, a metade direita do cérebro comanda a metade esquerda do corpo e vice-versa. Em outras palavras, se houver uma lesão na metade direita do cérebro, na área correspondente ao movimento da mão, por exemplo, teremos uma diminuição da força, movimento e ou sensibilidade (tato) da mão esquerda. Existem outras regiões que apresentam muitas funções diferentes, como o tronco cerebral. Nele, por exemplo, está o centro que comanda a nossa respiração, além de transmitir todos os comandos que vêm do cérebro (VILELA, 2006).

Nosso cérebro, como todo o resto do organismo, precisa de oxigênio que é o seu sustento. O oxigênio chega através do sangue pelas veias e artérias que irrigam o cérebro e o corpo como um todo para vivermos normalmente. Se por acaso esse caminho for obstruído por algum motivo (trombo, corte ou outra forma) essa comunicação fica interrompida, provocando alguma perda para o indivíduo (GUYTON; HALL, 1998).

De acordo com os autores André (1999), Cambier et al. (1999), Guyton; Hall (1998), Machado (1993), Maccrone (2002), os hemisférios cerebrais, possuem as suas especificações, e ainda destacam que não existe no mundo um cérebro igual ao outro, mas para estudos, especificam que os dois hemisférios têm as seguintes conhecidas e estudadas funções.

Os autores Springer; Deutsch; Freeman (1988), também relatam que existem estudos que podem demonstrar algumas funções do cérebro e sua lateralidade.

Citamos alguns estudos que procuram esclarecer algumas funções cerebrais, tais como: a linguagem, o raciocínio lógico, determinados tipos de memória, o cálculo e a análise são próprios do hemisfério esquerdo (HE). Enquanto que o hemisfério direito (HD) não usa palavras, é intuitivo, usa a imaginação, o sentimento e a síntese.

O HE do cérebro interpreta literalmente as frases ditas, já o HD é mais intuitivo percebe a intenção oculta de quem fala. O HE entende pelo aspecto lógico, racional e seqüencial e o HD compreende aos saltos, em *insight* e visão holística.

O HE tem a propriedade da fala, da leitura, da escrita, da aritmética e das funções motoras do lado direito, o HD tem capacidade geométrica e o sentido de direção e as funções motoras do lado esquerdo. O HE é abstrato, utiliza-se de uma pequena parte dos elementos para representar o todo, por exemplo, um indivíduo observando numa vasilha várias peças de cores alaranjadas diferentes e com traços que as distinguem e modificam suas cores, ele afirma que viu na vasilha peças iguais cor-de-laranja. O HD diria a grandeza de diferenças texturas e cores vistas no vasilhame.

O HD é espacial, entende o simbólico, percebe formas e estruturas globais, tem facilidade para visualizar o que já foi visto e fixar na mente imagens reais ou criadas por ele. O exercício do desenho, assim como da harmonia (música), do crochê (trabalhos manuais), da meditação e outros que deixam a mente mais livre, amplia as características próprias do HD.

O hemisfério predominante em 98% dos humanos é o HE, é responsável pelo pensamento lógico e competência comunicativa. Enquanto o HD é responsável pelo pensamento simbólico e criatividade.

O cérebro, onde se encontra o SNC, é o órgão que comanda todo o nosso organismo. Por esse motivo, necessita-se cuidar o máximo possível para evitar causar danos nessa estrutura.

Abaixo ira detalhar-se um pouco os fatores de risco que podem afetar o nosso cérebro e com isso afetar o nosso SNC.

Sobre os fatores de risco, o Ministério da Saúde (BRASIL, *online*, 2006) afirma que:

O termo risco refere-se à probabilidade de um evento indesejado ocorrer. Do ponto de vista epidemiológico, o termo é utilizado para definir a probabilidade de que indivíduos sem uma certa doença, mas expostos a determinados fatores, adquiram esta moléstia. Os fatores

que se associam ao aumento do risco de se contrair uma doença são chamados fatores de risco. Dois pontos devem ser enfatizados com relação aos fatores de risco: primeiro, que o mesmo fator pode ser de risco para várias doenças (por exemplo, o tabagismo, que é fator de risco de diversos cânceres e de doenças cardiovasculares e respiratórias); segundo, que vários fatores de risco podem estar envolvidos na gênese de uma mesma doença, constituindo-se em agentes causais múltiplos. O estudo de fatores de risco, isolados ou combinados, tem permitido estabelecer-se relações de causa-efeito entre eles e determinados tipos de doenças.

Alguns fatores de risco podem contribuir para a ocorrência do AVC tais como: Pressão arterial, doença cardíaca, colesterol, tabagismo, bebidas alcoólicas, diabetes Mellitus, história de doença vascular anterior, obesidade, sangue muito concentrado, anticoncepcionais hormonais, sedentarismo e outros.

Entre os AVCs isquêmicos ou infartos cerebrais destacam-se três tipos: o infarto aterotrombótico, a embolia de origem cardíaca e o infarto lacunar. “Cerca de 35% dos infartos cerebrais são de origem aterotrombótica, 25% resultam de embolias de origem cardíaca, 15% são infartos lacunares, e 5% a 10% são devidos a outras causas conhecidas e em 15% a 20% a causa é indeterminada” (RAM, *online*, 2006).

As hemorragias cerebrais podem ser de vários tipos: hematomas subdurais agudos ou subagudos (após traumatismo craniano), hemorragia subaracnóideia (após ruptura de aneurisma ou malformação arteriovenosa) e hemorragia intra-parenquimatosa (em doentes com hipertensão crônica). Outros motivos menos comuns de hemorragias cerebrais compreendem a angiopatia amilóide, alcoolismo crônico, hepatopatias e coagulopatias (BRANDÃO, 2002).

A interrupção aguda do fluxo sanguíneo de qualquer parte do cérebro determina o que se chama isquemia cerebral, que, se durar um período de tempo suficiente pode levar a uma lesão no cérebro, causando um AVC (BRANDÃO, 2002).

Algumas vezes, os sintomas do AVC podem melhorar espontaneamente em poucos dias. Esta condição é conhecida como déficit neurológico focal reversível. Em outras ocasiões, o paciente apresenta sintomas neurológicos que duram menos de 24 horas, geralmente minutos (15 a 60 minutos), como dificuldade para falar, visão dupla (diplopia), vertigem e fraqueza ou formigamento em uma metade do corpo. Situações como estas ocorrem em consequência de uma isquemia cerebral

transitória e acontece no chamado AIT- Acidente Isquêmico Transitório (ABC da saúde, *online*, 2006).

O AVC é uma doença demonstrada pelo início agudo de um déficit neurológico (diminuição da função) que dura pelo menos 24 horas, refletindo envolvimento focal do sistema nervoso central como resultado de um distúrbio na circulação cerebral; começa abruptamente, sendo o déficit neurológico máximo no seu início podendo progredir ao longo do tempo.

Tratamentos do AVC

Entende-se que vários são os profissionais envolvidos no atendimento e tratamento de pessoas que sofreram AVC. Descreve-se abaixo alguns dos tratamentos utilizados atualmente:

Neurologia: Sua função é utilizar-se de todos os procedimentos médicos (exames, medicamentos) utilizados para o atendimento emergencial do AVC, visando minimizar as seqüelas deixadas pelo AVC.

Acupuntura: Esta prática é utilizada como medida complementar de tratamento visando estimular a plasticidade neuronal e aliviar as tensões neuromusculares. A Organização Mundial de Saúde considera, desde 1979, a paresia (diminuição de força) pós-AVC uma condição clínica possível de tratamento por acupuntura. A acupuntura mostrou-se efetiva na redução de severidade da paresia, dependendo da localização e da extensão do AVC (SMBA, *online*, 2006).

Fisioterapia: O atendimento do fisioterapeuta contribui para avaliar as condições motoras e incentivar o exercício físico (motor), visando a reabilitação. O diagnóstico e o tratamento dos acidentes vasculares cerebrais (AVCs; derrames cerebrais) em seus estágios iniciais, evoluíram de maneira extraordinária na última década. É também um conceito moderno de que as lesões cerebrais secundárias a um derrame podem não ser tão permanentes como se acreditava anteriormente (RAM, *online*, 2006).

As lesões vasculares podem afetar áreas do cérebro que nada têm a ver com a via piramidal, levando, por exemplo, a distúrbios do campo visual ou a alterações da fala sem qualquer déficit motor (perda de movimentos). Este déficit motor, por sua vez, pode ser causado por uma série de outros mecanismos não vasculares (RAM, *online*, 2006).

Neuropsicologia visa entender áreas do cérebro e os seus respectivos comportamentos afetados no indivíduo. Segundo Neuropsicologia Hoje (*online*, 2006), faz a seguinte descrição abaixo:

Ao lado dos avanços conquistados pela neurocirurgia, neurofisiologia e pelas técnicas de diagnóstico por neuroimagem (exames específicos), a Neuropsicologia vem elucidar a enigmática relação existente entre funcionamento cerebral e atividades psicológicas superiores (como percepção, memória, linguagem, atenção, entre outras), analisando tanto as variáveis biológicas quanto as sociocultural e psicoemocional, como constituintes do ser humano. Apresentando, dessa forma, aos psicólogos claramente o local que foi afetado e facilitando dessa forma o tratamento, direcionando o psicólogo para auxiliar o tratamento do indivíduo, principalmente, suas emoções, sentimentos e outros (devido às mudanças que ocorreram em seu cérebro que alteram os comportamentos).

A leitura realizada para essa pesquisa apresenta indícios que a abordagem psicológica mais utilizada na Neuropsicologia é a Terapia Comportamental Cognitiva.

A reabilitação cognitiva é uma área de pesquisa e atuação clínica dedicada a desenvolver e aplicar recursos objetivando melhorar a capacidade de paciente cérebro-lesado em processar e usar informação (entender o que aconteceu), buscando ter uma vida mais satisfatória e independente o máximo possível, auxiliando-o no restabelecimento do seu amor próprio e o seu convívio social (visando minimizar o sofrimento psíquico). Busca o tratamento, melhora o alívio das deficiências cognitivas adquiridas; assim como o tratamento de deficiências emocionais, comportamentais, de personalidade e motricidade. Enfatizando a melhora da deficiência e/ou estratégias compensatórias, a estimulação e o exercício de habilidades cognitivas alteradas com o passar do tempo podem ocorrer através de:

A) adaptação funcional ou procura de outros meios de atingir um objetivo;

B) contorno ou "fuga" de áreas problemáticas (alteração ou reestruturação ambiental); e

C) uso mais eficaz de habilidades residuais.

Acredita-se que o avanço tecnológico contribuirá ricamente para descoberta mais eficaz das áreas lesionadas no cérebro e, dessa forma, os estudiosos poderão compreender muito melhor o funcionamento cerebral.

A sofisticação dos métodos de neuroimagem (equipamentos e contrastes químicos) nas últimas décadas possibilitou o avanço dos conhecimentos sobre as estruturas e as lesões cerebrais in vivo, sua

relação com as síndromes neuropsicológicas e o seguimento prospectivo-evolutivo dos distúrbios cognitivos.

Há pouco tempo atrás, acreditava-se na fragilidade dos neurônios, em sua incapacidade de regeneração e na impossibilidade de produção de novos neurônios. Entretanto, novas pesquisas têm demonstrado a existência de uma flexibilidade ou plasticidade neuronal, que permitem que neurônios lesados possam se regenerar, restabelecendo as conexões sinápticas anteriormente perdidas. Mais promissor ainda que esta constatação é a descoberta da possibilidade de nascimento de novos neurônios em indivíduos adultos, principalmente na região do hipocampo, especializada na capacidade de aprendizagem e memória. Assim, o prognóstico antes sombrio e desfavorável de doenças caracterizadas por perdas neuronais – como AVC ou o mal de Alzheimer - recebem agora mais atenção e otimismo. Novas terapias, como drogas estimuladoras da multiplicação celular, poderiam provocar a produção de células cerebrais para substituir às danificadas. Essa flexibilidade cerebral recém-descoberta ainda permite outras abordagens terapêuticas, como, por exemplo, o transplante de células nervosas (pesquisa sobre células-tronco)

A neuropsicologia, por ser uma especialidade da psicologia, está envolvida diretamente e com interesses específicos, na busca de auxiliar o indivíduo acometido pela doença a entender e se possível superar esse desafio, vivendo de bem consigo e com os outros, aceitando-se e respeitando-se, pois ele possui algumas diferenças e necessidades que devem ser respeitadas (a neuropsicologia está buscando conhecer o funcionamento cerebral para auxiliar o tratamento e o indivíduo).

Psicologia: A presença do psicólogo é importante para oferecer a devida escuta ao paciente e aos seus familiares, para tentar amenizar a ansiedade e promover a motivação para buscar recuperação e evitar crises depressivas e outros transtornos de ordem psicológica.

De acordo Bannister (apud DAVIES, 1997), “o com-portamento inadequado do paciente é, quase que invariavelmente, o resultado de seus transtornos perceptivos, o que torna temeroso, ansioso e confuso...”. Além disso, descreve tal estado, como “talvez a experiência mais perturbadora e desorganizadora que o homem pode vivenciar [...], porque a vida num mundo inexplicável é suficientemente assustadora, mas ser inexplicável para si próprio é ainda mais assustador”.

Apresentamos alguns conceitos que os psicólogos podem estar trabalhando com os seus clientes, buscando elevar o seu amor próprio e auxiliando-os a aceitar as novas condições físicas e ou cognitivas.

Resiliência: Destaca-se nesse ponto o papel do psicólogo como intermediário no processo de auxiliar o indivíduo a desenvolver a resiliência. A palavra resiliência apresenta várias definições de acordo com a área em que se emprega o termo. Entretanto, todos os significados conduzem ao mesmo entendimento convergindo para um ponto central.

Essa palavra tem origem no latim. *Resilio* significa retornar a um estado anterior. Na engenharia e na física ela é definida como a capacidade de um corpo físico voltar ao seu estado normal, depois de ter sofrido uma pressão sobre si. Em ciências humanas representa a capacidade de um indivíduo, mesmo num ambiente desfavorável, construir-se positivamente frente às adversidades (MELILO et al. 2005).

De acordo com Vicente (*online*, 2006), a resiliência é um fenômeno psicológico construído, e não é tarefa do sujeito sozinho.

As pessoas resilientes contaram com a presença de figuras significativas em suas vidas, ressaltamos, nesse momento, a importância do psicólogo como figura de suporte, pois possuem conhecimentos que auxiliam o indivíduo a estabelecerem vínculos, seja de apoio, seja de admiração. Tais experiências de apego permitem o desenvolvimento da auto-estima e autoconfiança.

Outros conceitos são apresentados, dando o mesmo enfoque ao termo:

- Capacidade de uma pessoa ou sistema social de enfrentar adequadamente as circunstâncias difíceis (adversas), porém de forma aceitável (Vanistendael apud COSTA,1995).
- Capacidade universal humana para enfrentar as adversidades da vida, superá-las ou até ser transformado por elas (Grotberg apud COSTA,1995).
- Conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam ter uma vida sã vivendo em um meio insano (Rutter apud COSTA, 1995).
- Capacidade de resistir à adversidade e de utilizá-la para crescer que, desenvolvida ou não, cada pessoa traz dentro de si (COSTA, 1995).
- Capacidade de as pessoas resistirem às adversidades e de, até mesmo, aproveitá-las para seu crescimento pessoal e profissional. Designa originalmente a capacidade que têm os materiais de retornar ao seu estágio anterior depois de submetidos a uma força deformadora (COSTA, 1995).

Acredita-se que os conceitos de resiliência são muitos, e todos estão relacionados aos sentimentos positivos. Não caberiam aqui as emoções negativas como raiva, medo e tristeza. Muito mais cabíveis estão

as emoções positivas: alegria, prazer e amor; que levam o indivíduo a buscar forças e superar as adversidades. E ainda acrescentando a coragem. Esta seria a alavanca para o desenvolvimento quando se pretende o enfrentamento dos problemas que podem surgir na vida de qualquer pessoa.

Os autores Melilo et al. (2005), destacam algumas das características das pessoas resilientes, tais como: habilidade; humor; adaptabilidade; baixa suscetibilidade; enfrentamento efetivo; capacidade; resistência à destruição; condutas vitais positivas; temperamento especial e habilidades cognitivas. Expõem, ainda, dois elementos cruciais: “a resiliência se produz em função de processos sociais e intrapsíquicos. Não se nasce resiliente, nem se adquire a resiliência ‘naturalmente’ no desenvolvimento: depende de certas qualidades do processo interativo do sujeito com outros seres humanos, responsáveis pela construção psíquica humana”.

Os estudos sobre a resiliência ainda não apresentam precisão para definir se algumas pessoas nascem com a resiliência ou se algumas situações vivenciadas influenciam no seu desenvolvimento. Entretanto, vários estudiosos estão investindo na capacidade de se promover a resiliência, obtendo resultados satisfatórios (MELILO et al. 2005).

Procura-se em alguns teóricos o que existe de comum em relação aos indivíduos considerados resilientes. Os autores Fadiman; Frager (1979) citam que Maslow designou "auto-Atualizadoras" as pessoas que superaram sem traumas questões de grande sofrimento. E sobre elas afirmaram:

As pessoas auto-Atualizadoras estão sem nenhuma exceção, envolvidas numa causa estranha à própria pele, em algo externo a si próprias; tem percepção mais eficiente da realidade, tem aceitação (capacidade de amar) a si mesmas, aos outros e a natureza. São espontâneas, concentram-se mais nos problemas e menos no próprio ego; são mais compreendidas; tem autonomia e independência em relação à cultura ao meio ambiente; têm relações interpessoais mais profundas e internas; têm estrutura de caráter mais democrático; tem senso de humor, discriminam entre meios e fins, bem e mal; são mais criativas (p.32).

Negar que a resiliência é um fenômeno que pode ser promovido, é ignorar todos os estudos referentes ao comportamento humano, dando extrema importância ao meio em que os indivíduos vivem e privilegiar o senso comum baseado na premonição e no destino (é não acreditar que o indivíduo possa mudar). É acreditar que cada um ao nascer já traz consigo toda a sua trajetória de vida definida e isso nos tira o direito do livre arbítrio e fazemos as nossas próprias escolhas: certas ou erradas. Melilo

et al. (2005) partindo deste pressuposto, afirmam que nenhuma estratégia poderia influenciar o indivíduo a transformar a sua realidade, mas, segundo:

Costa (1995) que é um dos estudiosos da resiliência, acredita que a resiliência não é privilégio de alguns somente. Não é o caso de uns nascerem resilientes e outros não.

O estudo sistemático da resiliência nas pessoas e nas organizações revelou que ela não é uma qualidade única e extraordinária, característica intransferível de um grupo especial de pessoas. Não. A resiliência é antes de tudo a resultante de qualidades comuns que a maioria das pessoas já possui, mas que precisam estar corretamente articuladas e suficientemente desenvolvidas .

Acredita-se, que promover o desenvolvimento da resiliência no indivíduo, que está sendo atendido, após ter passado ou não por alguma adversidade, consiste em conhecer a sua história, procurar analisá-la no contexto, para então intervir de maneira apropriada, buscando as razões capazes de motivá-lo e fortificá-lo.

Segundo Vicente (2006), a resiliência pode ser promovida. A autora determinou a existência de três fatores que promovem a resiliência: o modelo do desafio, vínculos afetivos e sentido de propósito no futuro. O modelo de desafio é bastante identificado em pessoas resilientes. As características centrais encontradas nesse modelo são: “o reconhecimento da verdadeira dimensão do problema; o reconhecimento das possibilidades de enfrentamento, e o estabelecimento de metas para sua resolução” (p. 8). Vicente esclarece ainda sobre a importância dos vínculos que “a existência de vínculos afetivos é também considerado como um fator importante para promoção da Resiliência. A aceitação incondicional do indivíduo enquanto pessoa, principalmente pela família, assim como a presença de redes sociais de apoio permitem o desenvolvimento de condutas resilientes”.

Enfatiza-se novamente o papel do psicólogo para auxiliar o indivíduo a promover a resiliência, pois o psicólogo é uma pessoa que está ali para escutá-lo, estabelece vínculos de sigilo, acolhimento, sem julgamento, servindo como escuta para os seus medos e desabafos, e juntamente com o paciente, busca a compreensão da sua dimensão psíquica.

Confirmando a visão da importância da psicologia, destaca-se Melilo et al. (2005), dizendo que “a resiliência se caracteriza por derivar de uma relação significativa do sujeito com uma ou mais figuras de seu entorno”. O psicólogo, estudando esse tema, pode desenvolver programas

e pode ser essa figura auxiliar no processo de desenvolvimento da resiliência, auxiliando as pessoas a se focarem não na psicopatologia ocasionada pela doença ou adversidade, mas nos conceitos psicológicos que constituem os fundamentos de um desenvolvimento sadio do ser humano.

Segundo Vicente (2006), enfocando o sentimento de propósito no futuro, identificou que além do sentimento de autonomia e confiança, encontraram-se características como expectativas saudáveis, direcionamento de objetivos, construção de metas para alcançar tais objetivos, motivação para o sucesso e fé num futuro melhor, destacando a força de vontade o indivíduo deve ser acolhido em toda a sua dimensão.

Costa (1995) alerta que o aprendizado da resiliência, mais que pelo discurso das palavras, ocorre pelas práticas e vivências, pelo curso dos acontecimentos que as pessoas incorporam a capacidade de resistir à adversidade e utilizá-la para o seu crescimento pessoal, social e profissional.

De acordo com Bocallandro (*online*, 2006), são três as maiores fontes de resiliência: atributos da criança, atributos do ambiente e atributos do funcionamento psicológico da criança. Sobre as estratégias a serem utilizadas, ela diz: “Dentre estes aspectos a 'maternagem', que inclui responder às necessidades únicas da criança, oferecer modelos efetivos de comportamento, dar oportunidades para desenvolver a criatividade e a expressividade; uma boa rede de relações informais; apoio social formal, sendo um deles a educação; atividade religiosa organizada e ter fé”.

Para exemplificar esse trabalho, citamos Victor Frankl, um dos sobreviventes do campo de concentração de Auschwitz. Frankl reforça tudo o que se diz sobre as características dos resilientes. Em seu livro "Em Busca de Sentido", relata a sua própria experiência, conforme cita Bocallandro, (*online*, 2006):

...enquanto muitos se deixavam morrer abatidos pela dor, pela depressão, pelas doenças e desesperança, outros, como ele, passando por fome, privações, humilhações, doenças e toda a sorte de maus tratos, conseguiram sobreviver apesar de toda essa situação difícil. Ele, analisando o que viveu e viu, chega também a algumas conclusões sobre os sobreviventes. Todos tinham 'um sentido', uma motivação para continuarem vivos; fala da importância do amor, senso de humor, do riso, da capacidade de ajudar os outros, de não estar centrado só em si mesmo, mas voltado para o que pode ser feito, no aqui e no agora para o outro.

Victor Frankl deu inúmeros depoimentos sobre as suas observações, revelando que percebeu que, de todos os prisioneiros, os que melhor conservavam o autodomínio e a sanidade eram aqueles que tinham um forte senso de dever, de missão, de obrigação, fosse esta relacionada à fé religiosa, com uma causa política, social ou cultural. Esse senso de dever poderia também ser em relação para com um ser humano individual. O que mantinham muitos destes prisioneiros vivos era a esperança do reencontro com as pessoas que estavam fora dali (BOCALLANDRO, *online*, 2006).

O estudioso Carvalho (2001) analisou as três razões que Frankl tinha para manter-se vivo: "*sua fé, sua vocação e esperança de reencontrar a esposa*" (p.9). Acreditamos que esses estudos revelam que, a partir da promoção da resiliência, as pessoas podem apresentar: capacidade para resolver problemas, autonomia, controle interno, boa auto-estima, empatia, desejo e capacidade de planejamento e senso de humor. Uma observação oportuna é que essas pessoas, em vez de saírem traumatizadas após serem submetidas a grandes problemas, ao contrário, sentem-se mais competentes para encarar os desafios inerentes às crises.

Melilo et al. (2005) conclui que a resiliência "representa uma mudança de paradigma que inclui a passagem do modelo médico tradicional, centrado na fraqueza e na doença, para outra perspectiva, que inclui também a capacidade de enfrentamento, o estímulo às potencialidades, a consideração da esperança, como componentes indispensáveis no desenvolvimento das pessoas".

Os estudos levaram a outras informações, tais como a de Costa (1995), com a elaboração da Escala do Desenvolvimento Pessoal e Social. Para ele, essa escala é composta por degraus ou níveis. Na base encontra-se a Identidade. No topo da escala culmina a Plenitude. Essa hierarquia de sentimento e/ou necessidades está organizada da seguinte forma:

Identidade; Auto-estima; Autoconceito; Autoconfiança; Visão de futuro; Querer-ser; Projeto de vida; Sentido da vida; Resiliência; Autodeterminação; Auto-realização; Plenitude.

Essa escala demonstra que as necessidades primordiais do homem, depois de satisfeitas as suas necessidades vitais, estão relacionadas ao seu interior, e quando o autor coloca a *Identidade* na base da pirâmide hierárquica, percebemos que a aceitação é que será o auge do trabalho psicológico, para que todos os outros degraus possam ser alcançados.

Maturama (1999) cita que "sem aceitação e respeito por si mesmo não se pode aceitar e respeitar o outro, e sem aceitar o outro como legítimo outro na convivência, não há fenômeno social" (p. 31).

Para o desenvolvimento da resiliência, é necessário conhecer o conceito de auto-estima e assim conseguirmos compreender o que pode auxiliar a pessoa que sofreu lesão cerebral a se estruturar novamente e buscar a sua reabilitação quando possível.

Acreditamos que a auto-estima inclui uma avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma como sendo intrinsecamente positiva ou negativa em algum grau.

A auto-estima é algo que acontece nas pessoas, e se define como o sentimento de gostar de si mesmo. Diferente de autoconceito, que se refere à noção ou idéia que faço de mim; e auto-imagem que diz respeito à como me vejo. Ela vai sendo construída ao longo do desenvolvimento e por conta de sua amplitude de interferências tem sido um dos temas debatidos nos ambientes educativos, na atualidade. Porque, por um lado alimenta a criatividade e a inventividade; por outro, permite desvendar sentimentos da pessoa sobre ela mesma: orgulhar-se das suas conquistas, demonstrar suas emoções, respeitar-se, reconhecer as próprias habilidades, investir em suas metas, buscando agir de maneira livre, com autonomia (GOBITA; GUZZO, *online*, 2006).

Utiliza-se a definição de Coopersmith (apud GOBITA; GUZZO, *online*, 2006)

uma pessoa com auto-estima alta mantém uma imagem bastante constante das suas capacidades e da sua distinção como pessoa, e que pessoas criativas tem alto grau de auto-estima. Estas pessoas com auto-estima alta também tem maior probabilidade para assumir papéis ativos em grupos sociais e efetivamente expressam as suas visões. Menos preocupados por medos e ambivalências, aparentemente se orientam mais diretamente e realisticamente às suas metas pessoais.

Gobita; Guzzo (*online*, 2006) definem ainda a auto-estima como:

... a avaliação que o indivíduo faz, e que habitualmente mantém, em relação a si mesmo. Expressa uma atitude de aprovação ou desaprovação e indica o grau em que o indivíduo se considera capaz, importante e valioso. Em suma, a auto-estima é um juízo de valor que se expressa mediante as atitudes que o indivíduo mantém em face de si mesmo.... uma experiência subjetiva que o indivíduo expõe aos outros por relatos verbais e expressões públicas de comportamentos.

Com essa definição, consegue-se concluir a real importância do papel do psicólogo no processo de crescimento e desenvolvimento pessoal, principalmente, após uma adversidade.

CONCLUSÕES

Com as informações abordadas neste estudo conseguimos perceber que o indivíduo que é acometido por um AVC pode ter melhor qualidade de vida se tiver um acompanhamento psicológico, pois pode ficar com várias seqüelas, tais como: perda de memória, dificuldade de identificar as emoções, sensações, motores, fala, sono, e outras, o que demonstra que o papel do psicólogo auxilia o indivíduo a conseguir lidar com essa nova realidade.

REFERÊNCIAS

ABC DA SAÚDE. **Acidente vascular cerebral**. Disponível em www.abcdasaude.com.br Acesso em 17.03.2006.

ANDRÉ, C. **Manual de AVC**. 1.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

BOCALLANDRO, M.P.R. **A resiliência na abordagem holística**. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/~clinpsic/resiliencia.htm>> Acesso em 18.08.2006.

BRANDÃO, M.L. **Psicofisiologia**: as bases fisiológicas do comportamento. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. Disponível www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=13 Acesso em 18.03.2006

CAMBIER, J.; MASSON, M.; DEHEN, H. **Manual de neurologia**. 9. ed. São Paulo: Medsi, 1999.

COSTA, A.C. G. **Resiliência**: pedagogia da presença. São Paulo: Modus Faciend, 1995.

DAVIES, P. M. **Recomeçando outra vez**: reabilitação precoce após lesão cerebral traumática ou outra lesão cerebral severa. São Paulo: Manole, 1997.

FADIMAN, J.; FRAGER. **Teorias da personalidade**. São Paulo: Harbra, 1979.

GOBITTA, M.; GUZZO, R. S. L. Estudo inicial do inventário de auto-estima (SEI): Forma A. *Psicol. Reflex. Crit.*, 2002, vol.15, no.1, p.143-15. Disponível: www.scielo.br/cgiin/wxis.exe/iah/scielo/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article^dlibrary&fmt=iso.pft&lang=i&nextAction=lnk&indexSearch=AU&exprSearch=GUZZO,+RAQUEL+SOUZA+LOBO. Acesso em 18.03.2006.

GUYTON, A. C.; HALL. **Fisiologia humana e mecanismos das doenças**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

MCCRONE, J. **Como o cérebro funciona**. Publifolha, 2002.

MACHADO, A. **Neuroanatomia funcional**. 2.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1993.

MATURAMA, H.. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

MELILO, A., OJEDA, E. N. S. et al. **Resiliência descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

NEUROPSICOLOGIA HOJE: **Resumo do panorama atual da neuropsicologia no Brasil e no mundo**. Disponível em: <http://www.humanas.ufpr.br/orgaos/labneuro/neuropsicologiahoje.htm>. Acesso em 17.03.2006.

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde. **Relatório “Prevenindo Doenças Crônicas: um investimento vital”**. Disponível em www.opas.org.br. Acesso em 17.03.2006.

RAM – Revista de Atualização Médica. Acidente Vascular Cerebral e a Enfermagem. *Medsurg Nurs*. v. 11, n. 6, dez/2002, pp. 289-95. Disponível em www.ram.com.br. Acesso em 17/03/2006.

SMBA -Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura: **Acupuntura no idoso**. Disponível em: <http://smba.org.br/v2/noticias.php>. Acesso em 17.03.2006.

SPRINGER; DEUTSCH; FREEMAN. **Cérebro esquerdo, cérebro direito.** São Paulo: Summus, 1998.

VICENTE, C. M. **Abrigos:** desafios e perspectivas. Disponível em: www.mp.rn.gov.br/caops/caopij/outrina/doutrina_assistencia_abrigos.pdf. Acesso em 25.08.2006.

VILELA, A. L. M. **Sistema nervoso.** Disponível em: www.afh.bio.br/nervoso. Acesso em 16.08.2006.

