



UNISUL

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

KAROLINE SAIBRO DUTRA

DESARRUMOU TUDO:

O IMPACTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA VIDA DAS MULHERES

JOVENS DE 20 A 50 ANOS DE IDADE

Palhoça

2011

KAROLINE SAIBRO DUTRA

**DESARRUMOU TUDO:
O IMPACTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA VIDA DAS MULHERES
JOVENS DE 20 A 50 ANOS DE IDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Núcleo Orientado: Psicologia da Saúde

Orientador: Prof.º Maurício Eugênio Maliska, Dr.

Palhoça

2011

KAROLINE SAIBRO DUTRA

**DESARRUMOU TUDO:
O IMPACTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA VIDA DAS MULHERES
JOVENS DE 20 A 50 ANOS DE IDADE**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Psicologia e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 22 de junho de 2011.

Prof. Orientador Maurício Eugênio Maliska, Dr.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof^a. Alessandra d'Avila Scjerer, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof^a. Maria Ângela Giordano Machado, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Dedico este trabalho aos meus pais pelo incentivo, amor e carinho que me fizeram seguir e conseguir realizar este sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais, Rosângela (in memoriam) e Hamilton (in memoriam), pela oportunidade que me proporcionaram estudar, desde da minha formação primária até a graduação, sempre acreditando em mim, e não deixando eu desistir nunca. Mesmo eles não estando mais presentes, tenho certeza que esse é um momento de muito orgulho para eles, o qual sempre tiveram o sonho de ver realizado. Sem eles com certeza não teria chegado até aqui, e tenho certeza que eles foram as pessoas que mais me incentivaram para isso.

Outras duas pessoas que são muito importantes na minha vida, são minhas irmãs Karla e Kamila. Com elas aprendi a importância de estudar, nunca desistir dos sonhos e seguir em frente e sempre me proporcionaram momentos marcantes em minha vida.

Aos meus avós Dilma e Zenon, não poderia deixar de dedicar os meus agradecimentos e todo meu amor pelo incentivo e apoio que me ofereceram.

Outra pessoa de extrema importância para eu ter concluído o curso, foi minha gerente, minha amiga, Patricia. Agradeço do fundo do meu coração por ela me entender, por eu passar algumas horas fora do trabalho para fazer meu estágio e meu tcc. Sem a compreensão dela, eu não teria concluído a faculdade.

Agradeço a Deus, por me ajudar a continuar nesta caminhada, mesmo ficando doente, me afastando um tempo da faculdade, e outros acontecimentos ao longo do caminho, Ele me fez ter forças para nunca desistir e sempre continuar lutando pelo meu objetivo.

Não poderia deixar de homenagear também aos amigos que conquistei durante o curso e as minhas colegas de orientação de TCC, que foram muito importantes nesta trajetória final.

Ao meu orientador Maurício, pelo incentivo, colaboração e dedicação em meu trabalho.

Agradeço também a todas as mulheres que aceitaram fazer parte dessa pesquisa, por compartilharem suas vidas, em relação a essa etapa tão difícil que estão passando.

“A satisfação está no esforço feito para alcançar o objetivo, e não em tê-lo alcançado”. (GHANDI).

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo caracterizar a percepção das mulheres que vivenciaram o Acidente Vascular Cerebral acerca das mudanças na vida social, familiar e do trabalho. Para que este objetivo fosse alcançado, foram entrevistadas cinco mulheres entre 20 e 50 anos de idade que vivenciaram o AVC. O trabalho é classificado como pesquisa exploratória e qualitativa, e utiliza de entrevistas semi-estruturadas para a realização da coleta de dados. Os dados coletados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, e após organizados em categorias e selecionados a partir dos objetivos da pesquisa e conteúdo das entrevistas, fundamentado através de referencial teórico. Considerando que o adoecimento é sentido de forma única e singular por cada indivíduo, cabe refletir a repercussão da doença em virtude de um AVC, na vida de cada mulher entrevistada, e ao fim deste processo verificou-se que a doença interfere na percepção do paciente em relação à sua vida cotidiana. Pode-se perceber alterações nas relações sociais dessas mulheres entrevistadas, que apresentaram uma aproximação das amizades, as limitações físicas impostas pela doença, a forma como cada mulher superou essas limitações e como tem lidado com elas, os fatores desencadeantes para o AVC, a forma de aceitação de sua nova vida, e a forma de viver de cada entrevistada após as limitações. Ocorreram mudanças no ambiente de trabalho, e podemos perceber a forma que a doença afetou a vida diária dessas mulheres, as limitações no seu ambiente de trabalho e como lidam com elas. Além dessas mudanças, podemos ver também as que ocorreram na família de cada indivíduo, como a família reagiu diante do adoecimento de um familiar, como enfrentaram a doença deste familiar, a forma de apoio e como organizaram-se diante da doença.

Palavras-Chave: Acidente Vascular Cerebral. Mulheres. Vida Social. Família. Trabalho.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – ESTRESSE PSICOLÓGICO	28
TABELA 2 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	40
TABELA 3 – MUDANÇAS NAS RELAÇÕES SOCIAIS	44
TABELA 4 – ALTERAÇÕES NAS RELAÇÕES FAMILIARES	55
TABELA 5 – DECORRÊNCIAS NO TRABALHO	61

LISTA DE SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 PROBLEMÁTICA	14
1.2 OBJETIVOS	17
1.2.1 Objetivo geral	17
1.2.2 Objetivo específicos	17
1.3 JUSTIFICATIVA	18
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
2.1 O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	22
2.2 O ADOECER, A HOSPITALIZAÇÃO E OS RECURSOS DE ENFRENTAMENTO	26
2.3 MUDANÇAS DECORRENTES APÓS A DOENÇA EM MULHERES	33
3 MÉTODO	37
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	37
3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	38
3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	38
3.4 PROCEDIMENTO	39
3.4.1 De contato e seleção dos participantes	39
3.4.2 De coleta e registro dos dados	41
3.4.3 Situação e ambiente	41
3.4.4 De organização, tratamento e análise dos dados	42
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	43
4.1 MUDANÇAS NAS RELAÇÕES SOCIAIS	43
4.1.1 Amizade	47
4.1.2 Limitações	48
4.1.3 Superação	50
4.1.4 Fatores Desencadeantes	51
4.1.5 Aceitação	52
4.1.6 Vida Social	53
4.1.7 Depois da Doença	54

4.2 ALTERAÇÕES NAS RELAÇÕES FAMILIARES	55
4.3 DECORRÊNCIAS NO TRABALHO	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICES	76
APÊNDICE A - Entrevista semi-estruturada	77
ANEXOS	79
ANEXO A - Termo de Consentimento	80
ANEXO B - Termo de Consentimento para Gravações	83
ANEXO C - Termo de Consentimento para Utilização dos Registros	84

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é resultante da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II da Universidade do Sul de Santa Catarina, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Este trabalho tem o objetivo a integração entre a produção do conhecimento e a intervenção do profissional, através do estágio obrigatório da 10ª fase do Curso de Psicologia da UNISUL realizado no Hospital de Caridade, com a supervisão de professores da instituição.

Compreende-se que saúde engloba aspectos relacionados ao bem estar físico, mental e social de uma pessoa. Assim, a saúde está relacionada com o conceito de qualidade de vida, onde este é analisado a partir de uma avaliação subjetiva da pessoa adoecida, sobre as diversas repercussões impostas a ela por uma doença. (CURY, 2007).

Considerando que o adoecimento é sentido de forma única e singular por cada pessoa, cabe refletir como o adoecimento pela descoberta de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) em mulheres jovens pode estar repercutindo na vida delas. Assim, o presente trabalho teve o intuito de identificar a percepção das mulheres entre 20 e 50 anos de idade, que sofreram o AVC sobre o seu processo de adoecimento. Para identificar esta percepção a pesquisadora investigou os sentimentos vivenciados por elas em decorrência do seu diagnóstico.

A fundamentação teórica traz informações específicas sobre o AVC, desde os fatores de riscos associados a esta patologia, até a sua manifestação clínica e consequências desta doença. Discorre também sobre os aspectos relativos ao adoecer e seus recursos de enfrentamento, e as mudanças decorrentes após o descobrimento da doença em mulheres.

A presente pesquisa teve como objetivo analisar as percepção das mulheres jovens sobre o seu processo de adoecimento e as consequências da doença, onde foi realizada uma pesquisa exploratória, com a finalidade de alcançar os objetivos propostos. Para a realização da coleta de dados foi feita uma entrevista semi-estruturada com cinco mulheres diagnosticadas com AVC.

Dessa forma, o leitor encontrará nesta pesquisa, em seu primeiro

capítulo, a introdução com problemática, justificativa, objetivo geral e objetivos específicos. O segundo capítulo contempla a fundamentação teórica que abordará os seguintes temas: o acidente vascular cerebral; o adoecer, a hospitalização e os recursos de enfrentamento; e por fim, as mudanças decorrentes após a doença em mulheres. No terceiro capítulo está a descrição do método, o quarto capítulo é constituído pela análise dos dados, agrupadas conforme os objetivos específicos da pesquisa e o quinto capítulo apresenta as considerações finais da pesquisa.

1.1 PROBLEMÁTICA

A engenheira Fernanda Tescarollo, de 33 anos, é um exemplo da atual geração de mulheres superpoderosas. Perfeccionista, independente, duas vezes divorciada, progrediu rápido na profissão graças à combinação de trabalho duro e ambição. Ainda hoje, tem várias ambições. Quer voltar a lavar o rosto com as duas mãos. Quer ser capaz de imitar o Cristo Redentor, com os braços bem abertos, para corresponder a um abraço. Paulistana, mas apaixonada pelo Rio de Janeiro, quer se equilibrar sobre o salto alto e voltar a sambar na quadra da Mangueira. Exatamente como fazia até 2008, quando um Acidente Vascular Cerebral (AVC) a obrigou a parar tudo e a rever tudo. “Se você não aprende a parar, a vida te para”, diz. Essa doença é a segunda que mais mata no Brasil, e a primeira se for considerada dentro do grupo das doenças cardiovasculares, e vem atingindo drasticamente o sexo feminino. Nos últimos 5 anos, foram internadas 32 mil mulheres nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) com idades entre 20 e 44 anos¹.

O total de jovens do sexo feminino vitimadas pela doença AVC até os 50 anos de idade, como o caso de Fernanda, pode ser ainda maior. Não se sabe quantas foram atendidas na rede privada e quantas simplesmente não receberam tratamento. Parte dos casos de AVC na juventude e na meia-idade é explicada pela exposição, cada vez mais precoce, a fatores de risco como hipertensão, colesterol alto, obesidade, diabetes. (MARTINS, 2002).

Levantamento feito pelo Dalas no portal Datasus², banco de dados eletrônico abastecido por todos os hospitais do País (públicos e privados), mostra que nos últimos dois anos, 3.712 mulheres com menos de 50 anos foram vítimas de AVC no País. Entre um ano e outro, o aumento de casos foi de 5,6% (de 1.802 para 1.910).

¹ www.revistaepoca.globo.com Acesso em 05/10/10.

² www.datasus.gov.br Acesso em 07/10/10

Acidente Vascular Cerebral é um distúrbio cerebral, que se instala de repente e que acarreta fraqueza num dos lados do corpo e outros possíveis sintomas como perda da sensibilidade, perturbações na fala, dificuldades visuais e distúrbios intelectuais e emocionais. (SARNO E SARNO, 1977).

O cérebro é um fascinante e complicado órgão dotado de muitas funções importantes. Entre estas estão o controle de todos os movimentos do corpo e a interpretação dos sentidos de todas as suas partes, inclusive o que vemos, ouvimos e cheiramos. Ele contém os centros da linguagem, pensamento e emoção. Muitas destas funções se repartem por ambos os lados do cérebro, mas é perfeitamente verdadeiro que, em relação a algumas delas, uma das metades do cérebro controla o lado oposto do corpo, por exemplo, se lesada a metade esquerda do cérebro por um acidente cerebral, o movimento do braço direito, da perna direita e do lado direito da face podem ficar perturbados; os sentidos do lado direito do corpo podem não ser normais e o campo periférico da visão do lado direito pode faltar. (SARNO E SARNO, 1977, p. 21).

A expressão Acidente Vascular Cerebral (AVC) refere-se a um conjunto de sintomas de deficiência neurológica, resultantes de lesões cerebrais provocadas por alteração da irrigação sanguínea. (ANDRÉ, 2006).

Há duas formas de AVC: o hemorrágico e o isquêmico. O hemorrágico é o menos comum dos derrames e pode ser causado por uma ruptura de aneurisma (uma dilatação anormal da artéria) ou ainda uma malformação arteriovenosa (distúrbio congênito dos vasos sanguíneos que dificulta a passagem de sangue entre artérias e veias). Já o AVC isquêmico, mais comum, ocorre por conta de uma obstrução da artéria que leva sangue para região cerebral. Esta barreira faz com que a artéria comprometida fique inutilizada, privando uma ou mais regiões do cérebro de receber os nutrientes sanguíneos necessários. O acidente, neste caso, é similar a um ataque cardíaco. Mas as sequelas para o paciente vão de alterações visuais, fala e de equilíbrio à falta de sensibilidade de um lado do corpo. (ANDRÉ, 2006).

Sorensen e Luckman (1998) definem AVC como uma perturbação em que há perda súbita de consciência, ou perda da função motora ou sensorial, em consequência da ruptura ou oclusão de uma artéria cerebral.

As consequências para o paciente, podem variar de acordo com o local do cérebro atingido e o tamanho da obstrução. Cerca de 35% das vítimas de AVC evoluem para um quadro de depressão, enquanto 70% ficam com grau de incapacidade motora. (SARNO; SARNO, 1977).

Isso se deve à ocorrência de uma série de fatores como: uso simultâneo de pílulas, anticoncepcionais e cigarros, estresse, colesterol elevado e, principalmente, hipertensão arterial sistêmica (ou pressão alta). O estresse é um dos fatores agudos para o surgimento da doença. (PADILHA, 2001).

Com esses sintomas, em conjunto com outros, segundo Campos (1995), o indivíduo é impedido pela doença de trabalhar, é retirado do seu convívio familiar e dos seus amigos, se isolando. Cada um tem uma forma de viver sua dor diferente do outro, e por mais que tente compreender, sua dor não vai ser sentida por ninguém. Estar doente é sentido de uma forma única pela pessoa.

Observa-se que a doença física é acompanhada de manifestações na esfera psíquica, ocasionando também alterações na interação social. A doença provoca, precipita ou agrava desequilíbrios psicológicos, quer no paciente, quer na família. (CAMPOS, 1995, p.42)

Desta forma, qualquer doença manifestada no corpo físico, possui repercussões psicossociais não somente para a pessoa enferma mas também para aqueles que a cercam. (CAMPOS, 1995).

Aceitar o adoecimento é aceitar o comprometimento de capacidades que se manifestam por meio dos sintomas que requerem mudanças no ritmo de vida do paciente. Para Romano (2001), as ações terapêuticas visam o resgate da qualidade de vida ou, uma melhoria do quadro atual, com resultados positivos do ponto de vista do paciente.

Cada paciente tem uma reação diferente, conforme seu mundo interno, sua história psicossocial e seu contexto familiar. Diversos fatores podem determinar as formas de estar doente. Apesar das diferenças individuais, durante a enfermidade todas as pessoas passam por situações reais e imaginárias comuns a todas, e que em todas provocam grande ansiedade. (FREITAS, 1980).

Observamos tensões psicológicas e desequilíbrios durante toda a situação em que a doença está presente, tanto no indivíduo como em seus familiares. A situação de tratamento e internação acarreta separações e cortes em suas ligações afetivas com o mundo. (CAMPOS, 1995).

Esta pesquisa tem como principal objetivo as mulheres que sofreram o Acidente Vascular Cerebral, e a sua participação no mercado de trabalho tem

crescido de forma significativa. Segundo Pazello (2006), no Brasil entre 1982 e 1997, a taxa de participação do trabalho feminino como um todo cresceu 35%, sendo este crescimento ainda maior para os grupos de mulheres mais jovens e com mais estudo.

Foi decorrente ao movimento feminista que a mulher ganhou espaço no mercado de trabalho, antes na sua maioria ocupado por homens. Entretanto, com estas transformações foram gerados novos papéis, ou seja, não abandonaram o “espaço privado” e sim acrescentaram o “espaço público”. Fazendo desta forma, com que surgisse a dupla jornada de trabalho. A constante busca por autonomia e valorização, faz com que as mulheres cada vez mais assumam papéis sociais diferentes. (BELICANTA, 2007).

Com o objetivo de identificar como as mulheres percebem a instauração dos sintomas após o Acidente Vascular Cerebral e as mudanças ocorridas nas suas relações sociais, é preciso descrever a compreensão delas sobre a doença, identificando os sentimentos vivenciados após o aparecimento da doença. Esta pesquisa busca investigar: **Qual a percepção das mulheres que sofreram o Acidente Vascular Cerebral acerca da sua vida social, familiar e do trabalho?**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Caracterizar a percepção das mulheres que vivenciaram o Acidente Vascular Cerebral acerca das mudanças na vida social, familiar e do trabalho.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar se ocorreram mudanças nas relações sociais dessas mulheres após o Acidente Vascular Cerebral;
- b) Averiguar se houveram alterações nas relações familiares dessas mulheres;
- c) Verificar as decorrências na ocupação/trabalho após a vivência do Acidente Vascular Cerebral.

1.3 JUSTIFICATIVA

Os indivíduos após um Acidente Vascular Cerebral, experimentam sentimentos de isolamento e impotência, decorrentes da situação de ameaça à sua integridade biopsicossocial. Dessa maneira, preservar a qualidade de vida no pós-AVC é imprescindível para que a pessoa possa superar o quadro clínico e emocional instaurado. São diversas e variadas as dificuldades e perdas impostas pelo evento do AVC (como mobilidade, capacidade cognitiva e de comunicação) e a recuperação desses pacientes depende de cuidados profissionais de várias áreas diferentes e, também, de cuidados informais realizados, na maioria das vezes, por familiares ou pessoas próximas ao paciente. (ANDRÉ, 2006).

Segundo Sarno e Sarno (1977), o psicólogo tem como interesse primordial avaliar o estado intelectual e emocional do paciente. Ele irá avaliar o julgamento das pessoas, sua capacidade de pensar em termos abstratos, sobretudo seu estado emocional. É importante que tanto o paciente quanto sua família compreendam ser essa uma parte vital da avaliação global, razão pela qual todo paciente deve ser submetido a avaliação psicológica, os quais, devem eles também compreender.

Os psicólogos também fazem o trabalho de aconselhar os pacientes e às vezes também a suas famílias. Sofrer um AVC e ficar com alguma incapacidade residual é sempre difícil ao paciente e sua família, que por isso frequentemente precisam de ajuda para ajustar-se à nova situação.

A psicologia se torna indispensável neste momento de conflitos e angústias. Emerge para esclarecer dúvidas e auxiliar na ressignificação da vida

deste paciente para os familiares e para ele mesmo. Em relação às fantasias ocasionadas pela doença, o profissional da psicologia também pode e deve identificá-las e tratá-las. A importância da psicologia aparece muito antes da recuperação, pois podem ser detectadas demandas mesmo antes do adoecimento, isto é, na prevenção. Muitas vezes o entendimento da evolução das doenças crônicas fica dificultado porque o clínico não se envolve no cuidado de indivíduos ou família que estão lidando com a doença crônica em momentos diferentes do ciclo de vida da doença. (ROMANO, 2001).

Outro aspecto importante é a reabilitação após o AVC, que significa ajudar o paciente a usar plenamente toda capacidade residual que tenha. Em alguns casos significa aprender a fazer com uma só mão coisas que ele antes fazia com as duas. Qualquer que seja o detalhe, o objetivo da reabilitação é ajudar o paciente a reassumir sua vida anterior, a despeito de seu problema. Quando lida-se com o paciente de AVC, ajudasse a fazer ajustamento, pois em certo sentido ajustar-se é o problema principal. O paciente tem de aprender a enfrentar sua nova situação e perceber que há valores mais importantes do que andar ou mover um braço. Sem dúvida essas coisas são importantes, mas se enfrentarmos a mudança irreparável, ele precisa crescer mentalmente e aprender a substituir os prazeres físicos pelos mentais. (SARNO E SARNO, 1977).

A reabilitação é de grande importância não somente no físico da pessoa, como também na parte emocional do paciente ao longo de sua vida. O choque gerado na perda de alguma funcionalidade e/ou adquirir uma deficiência pelo resto da vida pode ser traumático. A modificação no desenvolvimento de uma pessoa pode ser mais grave do que as consequências diretas da própria deficiência. Por este motivo, a preocupação inicial da reabilitação não deve ser a própria deficiência da pessoa e sim, a preservação e continuação do desenvolvimento normal desse indivíduo. (FIGUEIRA, 2008).

Segundo Figueira (2008), o objetivo da reabilitação é auxiliar o indivíduo com deficiência no seu desenvolvimento, habilidade e potencial, visando conquistar a auto independência e seu funcionamento ao máximo em todos os sentidos. Antes de iniciar o processo de reabilitação, o paciente é assistido em todos os aspectos (físico, mental, intelectual, emocional, social, pedagógico e psicológico), pois

precisa-se buscar a reabilitação total do paciente, ele precisa tornar-se útil à sociedade que ele está inserido.

O psicólogo no processo de reabilitação tem como finalidade atingir o desenvolvimento emocional, social, psicomotor e psicopedagógico, assim como a atenção, concentração, linguagem e aspectos afetivos e emocionais do indivíduo. O papel do psicólogo, através do aconselhamento é de ajudar o paciente no seu bem-estar psicossocial, oferecendo-lhe suporte para o alcance de uma vida satisfatória, com alguns pontos essenciais: visão realista de si mesmo, abrangendo potencialidades e limites; aquisição ou reaquisição da autoestima; construção ou reconstrução da dignidade de pessoa perante si mesmo, à família e à comunidade; equilíbrio intrapsíquico e equilíbrio pessoa/meio. (FIGUEIRA, 2008).

O processo de reabilitação é constituído por várias áreas – *fisioterapia* para ajudar o paciente a usar melhor os seus membros, andar melhor; *terapia ocupacional*, para aumentar a função por meio de métodos especiais; *fonoaudiologia*, para identificar o problema e ajudar o paciente a vencê-lo; *psicologia*, para explorar as faculdades mentais e emocionais do paciente; *serviço social*, para assistir na solução de problemas do lar e da comunidade; *aconselhamento ocupacional*, para explorar a volta ao trabalho. (SARNO E SARNO, 1977).

Considerando a importância desta pesquisa, o trabalho interdisciplinar na intervenção de pacientes que sofreram o AVC tem a intenção de dar visibilidade às narrativas desses sujeitos e as decorrências da doença no seu cotidiano, com o objetivo de oferecer subsídios ao trabalho desses profissionais.

A relevância social desta pesquisa está relacionada à importância de sistematizar informações de empirismo das mulheres que foram acometidas pelo AVC, facilitando a obtenção de informações acerca da vida do paciente em seus diferentes aspectos. Como nos alerta Cury (2007), o paciente é um ser biopsicossocial, e existe um desequilíbrio biológico quando está doente, havendo uma estrutura de personalidade, ansiedade em face da doença e ele está inserido em um contexto familiar, social e de trabalho.

Foi pesquisado na base de dados do site Scielo¹, com os seguintes descritores: “mulher” e “acidente vascular cerebral”; “mulher” “doenças

neurológicas”. Foi encontrado 1 artigo sobre o primeiro tema (BASTOS E BENVENUTI, 2003) e nenhum artigo sobre o segundo. Não foi encontrado nenhum artigo que se tratasse do tema relacionado à psicologia, então resolveu-se pesquisar os impactos psicológicos nas mulheres que sofreram o acidente vascular cerebral e suas consequências.

Existem vários trabalhos publicados sobre o Acidente Vascular Cerebral, mas a maioria deles na área da medicina e sobre pessoas com mais idade. Essa pesquisa busca ouvir a fala dessas mulheres jovens que foram vítimas desta doença, identificando a percepção delas sobre o processo de adoecimento.

Esta pesquisa visa aprofundar estudos que possibilitem a interação de dados a respeito de pacientes que sofreram o AVC, e que estão sendo trabalhados em sua recuperação. Tendo em vista a possibilidade de democratização destes resultados para toda a comunidade e colaborar com a prevenção, promoção e reabilitação de todo o núcleo familiar, é possível, tornar o paciente um membro efetivo na sua família, sentido-se capaz e com autonomia para levar a sua vida adiante, dentro de suas possibilidades.

Cabe aos profissionais e pesquisadores da área de saúde, refletir e produzir conhecimento teórico dentro das suas especialidades, sobre as diferentes formas de assistência que poderiam contribuir para o ajustamento dos fatores psicossociais decorrentes do processo de adoecimento. A contribuição do psicólogo está pautada na constatação de que ele faz parte das profissões da área da saúde que vem contribuindo com referencial teórico suficiente para sustentar práticas de prevenção e promoção de saúde. (SPINK, 2003).

¹ www.scielo.org Acesso em 21/10/2010.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão apresentados alguns conceitos importantes para o entendimento desta pesquisa. Em primeiro lugar, irá tratar do Acidente Vascular Cerebral e seus fatores de risco. Em um segundo momento sobre a hospitalização e os recursos de enfrentamento utilizados em função da doença, e por último as mudanças decorrentes após o aparecimento da doença em mulheres.

2.1 O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Nesse subcapítulo, irá ser abordado o conceito de Acidente Vascular Cerebral, seus tipos, assim como seus fatores de risco e o processo de reabilitação após o aparecimento da doença.

O Acidente Vascular Cerebral, que é conhecido como derrame, é uma doença que pode ter sequelas irreversíveis, se não for tratada de maneira correta e imediatamente. Acidente significa acontecimento inesperado, que na maioria das vezes, envolve dano e sofrimento; vascular refere-se aos vasos sanguíneos. Esse acidente chama-se vascular cerebral por acometer artérias que irrigam o cérebro danificando a área vascularizada. (MARTINS, 2002).

Segundo Martins (2002), o cérebro é altamente vascularizado. Diversas artérias possuem ramificação em seu interior para levar oxigênio e nutrientes para o adequado funcionamento. Se ocorrer obstrução em uma dessas artérias, ocorre uma diminuição do fluxo sanguíneo e o local que deveria ser irrigado, entra em processo de anóxia (falta de oxigênio), e muitas células e neurônios acabam morrendo. Isso caracteriza o Acidente Vascular Isquêmico. No Acidente Vascular Hemorrágico, uma artéria se rompe e o sangue dá origem a um hematoma ou um coágulo, provocando um sofrimento no tecido cerebral.

Segundo André (2006), as doenças cerebrovasculares são a maior causa de incapacidade na maioria dos países do mundo. As dificuldades apresentadas

pelos doentes são de vários parâmetros, como: da marcha, dos movimentos dos membros, controle esfinteriano, realização das atividades de vida diária, comunicação, atividade sexual, depressão, atividades profissionais e de lazer.

Cada local do cérebro é responsável por coordenar determinada função, sendo os sintomas provocados pelo AVC muito variáveis. Os sintomas vão desde alterações motoras evidentes, até alterações cognitivas, de memória, visão e audição, que podem passar sem serem notadas pelo paciente ou por quem está ao seu redor. Entretanto, estes sintomas acontecem abruptamente, podendo regredir ou até desaparecer depois de um certo tempo. (ANDRÉ, 2006).

Os fatores de risco da doença podem facilitar a ocorrência de determinado sintoma, entre eles estão: *pressão arterial* (considerado o principal fator de risco para AVC. Quando a pressão está acima daquela determinada, temos o quadro de “hipertensão arterial”, o que facilita o aparecimento da arteriosclerose); *doença cardíaca* (qualquer doença cardíaca, em especial as que produzem arritmia quando o coração não consegue bombear sangue suficiente para determinada região do cérebro); *colesterol* (é uma substância existente no nosso corpo proveniente da gordura animal. Níveis aumentados de LDL (mau colesterol) e diminuição do HDL (bom colesterol) estão relacionados ao aparecimento de arterosclerose, que é o aumento de gorduras nas paredes das artérias que dificulta o fluxo do sangue); *diabetes mellitus*: é uma doença em que o nível do açúcar (glicose) no sangue fica elevado e há maior prevalência de coagulação sanguínea, quando o sangue se torna mais consistente, aumentando as chances da hipertensão arterial e outras complicações. Por conta dos níveis aumentados de açúcar no sangue há alteração nas gorduras, aumentando as chances do aparecimento da arterosclerose). Outros fatores de risco, como tabagismo, uso de pílulas anticoncepcionais, obesidade, má alimentação, uso excessivo de bebidas alcoólicas, cigarro, estresse, história de doença vascular anterior e sedentarismo também estão ligados ao surgimento do AVC. (ANDRÉ, 2006).

O sedentarismo está associado ao aumento do risco em ser acometido pelo AVC. Pacientes com sequelas de um AVC, ficam muitas vezes isolados das atividades físicas, entretanto, a estimulação precoce nesses pacientes é de grande importância. A atividade física melhora a auto-estima, reduz os sintomas

depressivos e acarreta uma série de benefícios. A atividade física pode reduzir a gordura corporal; diminuir níveis de açúcar no sangue melhorar a capacidade pulmonar, aumentando o aproveitamento do consumo de oxigênio; aumentar a vascularização sanguínea; reduzir as taxas de colesterol e elevar o HDL, que protege contra a formação de placas de gorduras nas artérias; combate a hipertensão, reduzindo os níveis da pressão arterial. (MARTINS, 2002).

A reabilitação começa no momento em que alguém sofre o AVC. A razão é clara, quando consideramos os objetivos da reabilitação: prevenir invalidez desnecessária, resultante de tratamento negligenciado ou deficiente; avaliar as capacidades da pessoa após doença grave; ajudar o paciente a utilizar suas capacidades residuais plenamente, usando todos os instrumentos disponíveis na ciência médica entre outras. Tenta-se evitar complicações, descobrir o que a pessoa pode fazer e então ensinar a fazê-lo, de modo que ela possa voltar a um modo de vida tanto quanto possível igual ao que levava antes. (ANDRÉ, 2006).

O termo reabilitação quer dizer tornar a habilitar, permite aproveitar a capacidade máxima das funções de modo a permitir que o doente se adapte à vida de relação com o meio, conseguindo, se possível, a integração essencialmente a três níveis: atividades de vida, relação com a família e relação com a sociedade. (MARTINS, 2002).

Reabilitação envolve a utilização de técnicas e ações interdisciplinares, como o esforço conjunto de todos os profissionais e família, dentro e fora das instituições de saúde, e que deve ter como objetivo comum a melhoria e/ou reabilitação das funções diminuídas ou perdidas para preservar a capacidade de viver de cada indivíduo envolvido na ação de cuidar. O alvo da incidência da reabilitação não é, pois, apenas a pessoa doente, mas o seu meio, desde a família à comunidade. (MARTINS, 2002).

Ao contrário do que se pensava inicialmente a reabilitação é considerada um meio de extrema importância na recuperação de doentes com AVC. Contrariando assim o mito que dizia que a sobrevivência destes doentes não era suficientemente longa para justificar o esforço da reabilitação. Surgiram então vários estudos que provam a sua validade e benefícios para o doente. (OKAMOTO, 1990).

A reabilitação é possível graças a enorme capacidade do cérebro de

aprender e mudar. Hoje em dia sabe-se que as células de outras áreas do cérebro, que não foram afetadas pelo AVC, podem assumir determinadas funções realizadas pelas células da área afetada.

É de extrema importância que a reabilitação do doente vítima de AVC se inicie o mais precoce possível, pois o grande objetivo da reabilitação é obter o grau máximo de independência física e psicológica, devendo o doente vítima de AVC desenvolver um nível de independência funcional não só no hospital, mas especialmente em casa e na sua comunidade. (MARTINS, 2002).

Segundo Ferrari (2001), o estrago causado no cérebro por um AVC pode provocar perda de sua função, mas através de um fenômeno denominado neuroplasticidade, o cérebro pode se reajustar funcionalmente, havendo uma reorganização dos mapas corticais que contribui para a recuperação do AVC. Em função dessas reorganizações corticais, que podem ter início de um a dois dias após o AVC e pode se prolongar por meses, os pacientes podem recuperar, pelo menos em parte, as habilidades que haviam sido perdidas.

A plasticidade cerebral é a denominação usada para referenciar a capacidade adaptativa do sistema nervoso central; habilidade para modificar sua organização estrutural e funcional. Propriedade do sistema nervoso que permite o desenvolvimento de alterações estruturais em resposta à experiência e como adaptação a condições mutantes e a estímulos repetidos (KANDEL; SCHAWARTZ, 2003).

A recuperação da função nos membros, promovida pela plasticidade, é dificultada por um fenômeno conhecido como “não-uso aprendido”. Com a perda da função de uma área do cérebro atingida pelo AVC, a região do corpo que estava ligada a essa área também é afetada, perdendo a sua capacidade de movimentação. Como o paciente não consegue mover o membro afetado, compensa usando outro, deste modo, após um certo tempo, quando os efeitos da lesão não estão mais presentes e ocorreram readaptações no cérebro, os movimentos poderiam ser recuperados, no entanto, o paciente aprende que aquele membro não é mais funcional (FERRARI, 2001).

Muitos casais deixam os seus padrões anteriores depois que um de seus membros teve AVC. Muitas vezes eles temem novas perturbações; para outros é um

alívio e escape de uma vida sexual que nunca apreciaram; em alguns casos a libido, ou o desejo sexual, fica inibida, podendo ou não voltar. O problema para muitos homens é a questão prática de não poderem movimentar-se fisicamente como antes por causa da fraqueza do braço ou da perna de um dos lados. (ANDRÉ, 2006).

Alguns pacientes após o AVC tem aumento do desejo sexual. A explicação deve procurar-se no conhecimento de cada caso em particular. Demonstra isso, todavia, que o AVC não se associa necessariamente a alterações para pior, na vida sexual das pessoas. (MARTINS, 2002).

2.2 O ADOECER, A HOSPITALIZAÇÃO E OS RECURSOS DE ENFRENTAMENTO

Neste subcapítulo, trata-se o conceito de adoecimento, o processo de hospitalização que o paciente vem a sofrer e os recursos de enfrentamento utilizados por cada pessoa para poder agir com o diagnóstico.

O conceito de adoecer para Camon (2003) significa: deixar de produzir, prejudicando familiares e também amigos no processo de produção. Por isso o enfrentamento do processo de adoecimento passou a ser fundamental para o paciente e a sua concretização, o foco de reflexão para os profissionais envolvidos.

O paciente tem uma representação social sobre o seu adoecer que, segundo Campos (1995), variadas vezes pode ser considerada como uma agressão externa, uma punição, ocasionando sentimentos de culpa. Ainda, quanto ao que se rotula o paciente, deve-se observar o seguinte:

[...] se torna necessário enfocar esse doente de um modo que coloque entre parênteses a sua doença: a definição de síndrome já assumiu o peso de um juízo de valor, de um rótulo, que vai além do significado real da própria enfermidade. O diagnóstico tem valor de um juízo discriminatório, o que não significa que procuremos negar o fato de que o doente seja, de alguma forma, um doente. É este o sentido de colocarmos o mal entre parênteses, ou seja, colocar entre parênteses a definição e o rótulo. O importante é tomar consciência daquilo que tal indivíduo representa para mim, de qual é a realidade social em que vive, qual o seu relacionamento com essa

realidade. (CAMPOS, 1995, p. 39).

Uma internação, contudo, pode alterar a percepção do indivíduo, que passa a não se sentir o mesmo, assim como os insistentes pensamentos relativos ao que terá que se submeter e ao que decidirão por ele. Vários acontecimentos propiciam mudanças e perdas que afetam a identidade do indivíduo, manifestando-se na esfera biológica e na psicológica. Segundo Cury (2007), o paciente percebe seu corpo em descompasso com seu ritmo psicológico, ele entra numa situação conflitante, ora tomado pela patologia e internação, ora impondo limitações reais e fantasmáticas buscando se equilibrar.

O fato de estar hospitalizado produz no indivíduo repercussões em seu estado emocional e seu afastamento do meio, de seu cotidiano, de seu trabalho e da família, trazendo consequências importantes. (CURY, 2005).

Segundo Camon (1995), o passado poderá ter influências não apenas na conduta, mas na sua recuperação física, sendo que a situação de hospitalização será uma vivência única, não existindo possibilidade de previsão anterior à sua ocorrência. Estar hospitalizado faz a pessoa adquirir novos signos que será enquadrada em uma nova performance existencial e seus vínculos interpessoais passarão a existir a partir desse novo signo. Os hábitos anteriores das pessoas acometidas pelo AVC terão de se transformar frente à realidade da hospitalização e da doença.

Para Botega (2002), a doença modifica a pessoa de sujeito de intenções para sujeito de atenção. Ir para um hospital por consequência de uma doença, pode ser ainda mais dramático. O autor identifica oito categorias de estresse psicológico em que o paciente está sujeito:

Tabela 1. Estresse Psicológico

1. Ameaça básica à integridade física	Quando são atingidas as fantasias onipotentes de imortalidade, de controle sobre o próprio destino e de um corpo indestrutível. Pode-se emergir fantasias catastróficas, com sensação de aniquilamento, impotência e pânico.
2. Ansiedade de separação	Pode acontecer não somente de pessoas, mas de lugares, estilo de vida e objetos.
3. Medo de estranhos	Dentro de um hospital, o paciente coloca sua vida e seu corpo em mãos de pessoas que são estranhas, cuja competência e intenção é desconhecida.
4. Culpa e medo de retaliação	A doença pode representar um castigo por pecados e omissões.
5. Medo da perda do controle de funções adquiridas durante o desenvolvimento	Como a fala, o controle dos esfíncteres e dos movimentos.
6. Perda de amor e de aprovação	Surgem sentimentos de auto desvalorização gerados pela dependência de amigos e familiares, pela sobrecarga financeira, do aspecto físico doentio.
7. O medo da perda ou dano a partes do corpo	Mutilações e disfunções de membros e de órgãos que alteram o esquema corporal, são perdas equivalentes a de uma pessoa muito querida.
8. O medo da morte e da dor	Frente à possibilidade da finitude e do sofrimento.

Fonte: JAMES STRAIN (2003)

Os mecanismos psicológicos de adaptação à doença podem ser estudados, conforme Penna (1992), sob as vertentes psicodinâmicas, fisiológica e cognitiva. A imagem que o paciente faz da doença e de seu tratamento deve ser pesquisada em seus elementos concretos e subjetivos. O psicólogo deve procurar, junto com o paciente, tomar situações ameaçadoras mais seguras e auxiliar no reconhecimento e na expressão de sentimentos vivenciados, compreendendo-os e prestando apoio psicológico. É fundamental que o paciente receba informações quando necessitar e tiver condições de compreendê-las, como a razão dos procedimentos a que é submetido.

Uma das mais importantes causas de depressão é o medo de que o futuro lhes reserva, medo do que aconteceu, medo do desconhecido. Outro elemento de depressão é a cólera recalcada. A pessoa com AVC tem boas razões para ficar zangada: irritada com o que quer que seja causado o AVC. Sente-se

zangado e frustrado com a incapacidade de fazer o que antes fazia, desde as atividades básicas do cotidiano (andar, vestir-se, tomar banho) até trabalhar; pode irritar-se por estar mudado, diferente. Alguns pacientes manifestam óbvia irritação além da depressão. Outra causa de depressão é a ansiedade, que se relaciona com o medo. Difere deste porque pode não ter base na realidade. O paciente se preocupa com coisas que realmente não merecem preocupação. (SARNO E SARNO, 1977).

Muito pouco se pode dizer sobre o tempo que dura a depressão. A recuperação é o melhor antídoto e, naqueles que não se recuperam completamente, o tempo é importante. O médico pode receitar algum medicamento para tentar aliviá-la, mas o melhor remédio é, possivelmente, uma família solícita e amorosa, compreensiva. Acima de tudo é preciso não partilhar da depressão do paciente nem permitir que nossos medos e preocupações se somem aos dele. (ANDRÉ, 2006).

A palavra angústia vem do latim “angustus”, que significa estreito, apertar, afogar. Conforme Giovanetti (2000), esse termo surge a partir de uma vivência corporal de ser no espaço, significando um estreitamento da vivência, de onde provém a conhecida expressão “aperto no peito” ao se definir a angústia, sem se ter clareza sobre o que provoca essa sensação.

Chama-se de angústia a sensação psicológica caracterizada por “abafamento”, insegurança, falta de humor, ressentimento, dor e ferida na alma. Kierkegaard (1972) fala da diferença entre angústia e medo. Ele afirma que temos certa clareza de que é uma emoção que possui um objeto, isto é, sente-se medo de algo possível de ser definido, concreto, ao contrário daquela que não se tem uma clareza do objeto que a evoca. Desse modo, descobrindo o objeto do qual se sente medo, é possível evitar esse objeto e controlar essa sensação. Na angústia, porém, a dificuldade em se ter clareza de seu objeto faz com que o ser permaneça em estado de angústia.

Ao adoecer o sujeito percebe que não possui um verdadeiro controle sobre seu corpo, sua saúde, e que há um limite, um fim. Assim, a doença lembra que o homem é finito. O impacto causado pela constatação da doença provoca muitas emoções. Uma angústia violenta invade o sujeito que pode receber seu diagnóstico como uma sentença. Assim, Machado e Saraiva (2006, p. 22) refletem

que “A fatalidade de uma doença provoca uma ferida na alma e a partir daí uma série de sentimentos começam a surgir com manifestações de negação, desamparo, revolta e indignação. Todas são derivadas do temor maior que é a morte.” Pode-se deduzir que as pessoas que apresentam o quadro de angústia, estão sujeitas ao desenvolvimento de outros distúrbios emocionais como: cansaço físico-mental; baixa da auto-estima e comportamentos inadequados, pressupondo-se a necessidade de um acompanhamento profissional.

O termo enfrentamento pode ser usado em diversas áreas do conhecimento, mas acredita-se, que ele seja um conceito mais psicológico. Gimenez (1997) afirma que em pessoas com doenças graves o enfrentamento são todas as atividades cognitivas e motoras que elas usam para preservar sua integridade física e psíquica, tentando restabelecer-se de alguma deficiência funcional reversível ou compensando limitações provenientes de algum mal irreversível.

De acordo com Gimenez (1997), o conceito de enfrentamento baseia-se nas pessoas que ativamente respondem ao que delas é exigido, agindo diante de situações difíceis e estressantes e está relacionado ao estresse por demanda externa ou interna da pessoa.

O enfrentamento pode se referir a um dano que uma doença crônica ou incapacitante exigirá da pessoa uma redefinição de seus valores e compromissos para lidar efetivamente com seu dia-a-dia, reinterpretando o ocorrido e o impacto em sua vida. (GIMENEZ,1997).

Gimenez (1997) destaca as funções do enfrentamento: reduzir as condições ambientais que causam dano e aumentar as possibilidades de recuperação, tolerar ou adaptar-se a eventos ou realidades negativas, manter uma auto-imagem positiva diante da adversidade e o equilíbrio emocional e a manutenção dos relacionamentos possíveis com as demais pessoas. Espera-se de um processo de enfrentamento a facilitação e a adaptação psicossocial da pessoa, permitindo-lhe uma qualidade de vida satisfatória.

Simonete (2004) afirma que o enfrentamento é uma posição de fluidez de emoções e de idéias. Cabe ao paciente ser verdadeiro com sua doença. Verdade que poderá ser uma hoje e outra amanhã ou mudar a cada instante. Ao psicólogo compete não se prender à verdade que o paciente descobriu de sua doença, mas

ajudá-lo a falar da sua doença hoje e amanhã. É característico do enfrentamento a alternância entre a luta e o luto da doença. O psicólogo deve intervir facilitando este movimento. Alguns pacientes são afeitos mais ao luto por sua própria personalidade, assim, o psicólogo deverá ajudá-lo a desenvolver mais o lado da luta. Já os mais afeitos a luta, o psicólogo focalizará mais o polo do luto.

Segundo Crepaldi e Hackbarth (2002), na hospitalização o indivíduo passa por expectativas do que pode ocorrer, passando a se submeter a uma série de rotinas no local, favorecendo uma série de sentimentos. Os pacientes são distribuídos por alas de acordo com o seu diagnóstico, submetidos a normas e rotinas rígidas a serem obedecidas, gerando ansiedade, angústia e insegurança. Esse processo leva a um sofrimento no indivíduo, ocasionando um desconforto moral, espiritual e físico. O ambiente hospitalar é considerado frio e com a ausência de familiaridade, reforça os sentimentos de solidão, medo, insegurança e traz outros agravantes como a perda da autonomia, da sua posição social, a dependência que o adoecimento impõe e o afastamento do convívio da família.

Conforme Zakir (2003), cada pessoa reage de maneira diferente diante das mudanças e desequilíbrios do ambiente em que vive, quando se está relacionada a situações estressoras. Diante de nossa reação em determinada situação, acionamos o que é chamado de estratégias de enfrentamento ou *coping*, onde situações ditas estressoras podem gerar diferentes respostas que são classificadas em dois tipos: *stress* e *coping*. O *stress* está ligado às respostas involuntárias em que uma situação estressora acontece espontaneamente. Entretanto, no *coping*, ocorre também a partir de estímulos estressores, que é uma resposta mantida por suas consequências, podendo ser mudanças no organismo interna ou externa.

A função do *coping* é modificar as relações que são estabelecidas entre o sujeito e o ambiente, controlando o que ocasiona o stress. Os mecanismos de *coping* são instaurados no desenvolvimento humano e dependem das variáveis do contexto e da resposta do indivíduo. As estratégias de enfrentamento possuem classificação por suas funções, e que são divididas em duas: focalização no problema e focalização na emoção, sendo que uma estratégia não acaba por excluir a outra. (ZAKIR, 2003).

Quando utilizados os mecanismos de enfrentamento diante de doenças, algumas estratégias de enfrentamento podem falhar quando há diversas tentativas em usá-las. Assim, muitas pessoas não conseguem enfrentar a doença de forma psicologicamente saudável, e esse mecanismo se instala ao longo do desenvolvimento humano, variando com as respostas de cada indivíduo em determinadas situações. (ZAKIR, 2003).

Segundo Zakir (2003), pode-se fazer uma distinção de estratégias de enfrentamento através dos gêneros. Conforme a autora os homens utilizam-se mais de mecanismos de enfrentamento do tipo centrado no problema, e as mulheres utilizam mais mecanismos centrados na emoção. As mulheres utilizam de estratégias mais focadas na emoção do que os homens e, suas respostas frente ao stress em geral são mais negativas em relação aos homens.

O *coping* centrado no problema consiste em se direcionar esforços no sentido de mudar a situação que deu origem ao mal-estar, tentando solucionar o problema, gerando uma mudança no indivíduo com o seu ambiente, mudando as contingências responsáveis pela tensão. As mulheres encaram essas situações como não possíveis de mudança, e os homens conseguem percebê-las de modo a entender suas contingências com maior praticidade.(ZAKIR, 2003).

De acordo com Zakir (2003), as mulheres valorizam mais a sensibilidade, amabilidade, e os homens a independência, a assertividade, sendo as mulheres mais sentimentais e os homens mais racionais.

Kübler-Ross (1996) define estágios emocionais na fase de luto e adapta esses estágios ao processo de adoecimento vivenciado pelos pacientes e também por seus familiares. No que se refere à negação da doença, os autores apresentam que é um estágio comum em enfermidades dessa fase, presente ainda em diferentes momentos do adoecimento e, às vezes, de forma parcial, o que dá a impressão que a doença é de outra pessoa.

A negação da doença é identificada na maioria dos pacientes durante o processo de adoecer e indica que a negação de um diagnóstico é comum em pacientes informados de forma abrupta ou prematuramente pelo médico. Assim, também é possível pensar em reações iguais da família com o conhecimento da doença do seu parente, visto que na maioria das vezes o diagnóstico de doença

crônica é recebido como uma surpresa ou algo inesperado, tanto para o paciente quanto para os familiares, e pressupõe logo do início o acompanhamento médico constante e mudanças no estilo de vida do paciente e, por consequência, da família. A negação é encarada como uma defesa temporária tanto de pacientes como de familiares e também como uma forma saudável de encarar a situação de adoecimento para que outros recursos possam ser desenvolvidos nos familiares, que seja a adaptação à doença (KÜBLER-ROSS, 1996).

2.3 MUDANÇAS DECORRENTES APÓS A DOENÇA EM MULHERES

Neste subcapítulo, iremos tratar sobre as mudanças que ocorreram após o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral nas mulheres, e quais foram as consequências da doença e como lidaram com os empecilhos impostos.

Todas as experiências que são vividas ao longo do tempo, direta ou indiretamente, boas ou ruins, podem surgir das mais diferentes formas no momento em que a pessoa vê pela frente com o diagnóstico de uma doença. Surge juntamente com a notícia da doença, incertezas, insegurança, sentimentos e estressores ocasionados, que muitas vezes são inesperados.

O processo de vivenciar uma doença grave em alguma fase da vida está permeado de alterações significativas no cotidiano, fato que não ocorre somente com quem adoece, mas se estende a todos os membros envolvidos no contexto familiar. Tentar entender o surgimento de uma doença e seus tratamentos constitui uma fonte de estresse, capaz de desencadear desordens de ajustamento nos familiares que convivem com esse fato diariamente. (BIZZARRI, 2001).

Segundo Carvalho (1994), depois de receber o diagnóstico de uma doença grave cada um usa de um recurso de enfrentamento diferente do outro. A família também passa pelas mesmas fases que o paciente irá utilizar para enfrentar a notícia. No entanto, este processo varia em cada indivíduo, e normalmente o paciente sente uma perda em vida, ambivalência de sentimentos, luto antecipado, culpa, impotência e tentativa de reparação. O ser humano pode ser afetado de

várias maneiras, devendo-se levar em conta o tipo de doença, suas características, consequências, o funcionamento emocional do paciente antes da doença, a psicodinâmica da família, sua rede de apoio social e financeiro.

O ser humano é um ser físico, espiritual, psicológico e social e devemos ficar atentos à esses níveis para buscar o equilíbrio entre eles para que seja eficiente o trabalho. O desequilíbrio e a desarmonia entre esses níveis levam à desorganização pessoal e ao desenvolvimento de doenças. (CARVALHO, 1994).

As pessoas com doenças graves passam por mudanças de humor, sofrendo de vários sentimentos como o medo, a raiva, pena de si e a sensação de perda de controle de suas vidas junto a mudanças de humor. Em virtude do sofrimento físico e psíquico é importante estabelecer um canal de comunicação com o paciente para que possa expressar seus sentimentos e sensações. A família precisa estar preparada para esse momento, e ouvir o que o paciente tem a dizer, interagindo de forma acolhedora. (SIMONTON, 1990).

Segundo Sebastiani (2003), a pessoa que se encontra doente, apresenta seu futuro ameaçado, gerando uma grande insegurança, medo e ansiedade, onde é possível sentir o fim do futuro que foi planejado, e ter a sensação de que toda a programação para o futuro não irá acontecer jamais.

Entre o mundo dos doentes, não existe concordância entre ser afetado por uma doença e ser um doente. As alterações funcionais podem gerar certas restrições em sua vida, restrições as quais se adaptaram e as quais se adaptam quando surge algum agravamento. Além das restrições físicas, existem também as restrições social e familiar quando a pessoa é levada para o hospital. Assim, a internação é um agravante a mais e ocasiona mais estressores além dos existentes no paciente e em seus familiares. (SEBASTIANI, 2003).

O adoecimento orgânico e psíquico geram um desequilíbrio no dinamismo da pessoa. O indivíduo é um ser dinâmico, que tem que ser concebido em suas relações consigo mesmo e com o mundo, e justificam o meio como responsável pela elaboração simbólica do adoecer. A doença servirá para quebrar o dinamismo entre as esferas psíquicas, biológicas e sociais, gerando transformação na relação do ser consigo mesmo e com o mundo, e, em consequência das mudanças e perdas que a mesma acarreta, afetará de diferentes maneiras a subjetividade da pessoa.

(CHIATTONE, 1998).

Segundo Ruschel (2002), a doença acarreta modificações na representação que a pessoa tem de si mesma, entendendo que o indivíduo se constitui a partir de um corpo íntegro e completo, e por estar vinculada à sua imagem corporal a doença é vista como uma ameaça à percepção de sentir-se íntegro.

A representação do indivíduo sobre a sua doença e a sua reação, é determinada pela sua identidade, sua percepção em relação ao mundo e ao outro, como se sente percebido pelo outro, e da forma que percebe esta interação. A identidade incide na consciência corporal, podendo compreender que a doença vai afetar a imagem corporal e a própria existência da pessoa. O adoecimento é uma experiência única, e o modo como a pessoa vai vivenciar, é determinado pelas suas significações constituídas ao longo de sua vida, então diferentes patologias, tratamentos, efeitos colaterais e reações emocionais, serão percebidas pelo paciente, de maneira particular e única. (CAMON, 2003).

Segundo Pitta (1999), adoecer em uma sociedade capitalista significa deixar de produzir, deixar de trabalhar é perder seu lugar social e, se ocasionar sintomas que deixam a pessoa incapacitada, ela perderá também sua identidade profissional.

O Acidente Vascular Cerebral pode limitar de modo significativo o desempenho funcional, com conseqüências negativas nas relações pessoais, familiares, sociais e sobretudo na qualidade de vida. Essa limitação, nem sempre se deve ao déficit neurológico em si. Complicações psiquiátricas têm sido indicadas como fatores determinantes da incapacitação do paciente após o AVC. Dentre as complicações psiquiátricas, a depressão é a mais prevalente e a que mais tem sido associada a um pior prognóstico. (RABELO, 2006).

Conforme Rabelo (2006), o paciente com AVC apresenta sequelas que limitam as atividades diárias, comprometendo aspectos físicos, psicológicos e sociais que alteram significativamente a qualidade de vida. A depressão nesses pacientes é muito frequente e ela tem sido uma das principais variáveis associadas com a piora da qualidade de vida, dificultando a adesão ao tratamento, comprometendo a percepção geral da saúde, reduzindo os níveis de energia e

diminuindo a interação social e a motivação. Vários são os fatores associados ao comprometimento da qualidade de vida, mas a depressão foi considerada um dos mais importantes preditores de baixa qualidade de vida.

Nos casos das pessoas que sofreram o AVC, a causa mais importante da depressão não é o efeito do estresse da doença, e sim, as alterações neuroquímicas cerebrais causadas pelo sofrimento dos tecidos cerebrais. O estresse emocional causado pelo evento com suas consequências físicas a serem enfrentadas, a interrupção temporária do trabalho e a insegurança quanto ao futuro representavam agravantes menos importantes do que representam para outros pacientes. O que prepondera são as alterações neuroquímicas cerebrais causadas pelo AVC. (ANDRÉ, 2006).

Segundo André (2006), é importante que o paciente que sofreu um AVC e seus familiares estejam cientes da possibilidade de ocorrência de distúrbios de humor, cuja incidência não é nada desprezível. Uma avaliação psiquiátrica clínica deve ser feita, pois o tratamento precoce, além de evitar sofrimentos desnecessários, pode ajudar a prevenir outras complicações como a dificuldade no controle da pressão arterial nos hipertensos, da glicemia nos diabéticos e da potenciação de condições dolorosas. A ocorrência de depressão e ansiedade atrapalha a adesão do paciente aos programas de reabilitação.

Além disso, o alto nível de estresse causado pela depressão e ansiedade prolongada pode baixar a resistência física, aumentando a chance do surgimento de outras doenças e complicações como infecções, diabetes e novos eventos cardiovasculares. (RABELO, 2006).

3 MÉTODO

A pesquisadora buscou conhecer as mulheres que foram acometidas pelo Acidente Vascular Cerebral e as decorrências da doença a partir de relatos. Assim, a pesquisa foi de natureza qualitativa, que busca definir o fenômeno através de uma compreensão dos aspectos que envolvem a subjetividade dos pacientes diante do diagnóstico e os recursos de enfrentamento utilizados frente à ameaça à integridade física, com o objetivo de trabalhar com um universo de significados, motivos e aspirações, crenças, valores e atitudes, o que vai corresponder em um espaço mais profundo das relações. (MINAYO, 1994).

Segundo Chizzotti (1998), a pesquisa qualitativa sugere que existe uma relação de dependência entre o sujeito e o mundo, em que o sujeito-observador faz parte ativamente do processo de conhecimento, gerando significado aos fenômenos interpretados.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa é classificada como exploratória, pois tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito e construir hipóteses, tendo como objetivo principal o aprimoramento de idéias, oferecendo subsídios ao pesquisador através de sua inserção no campo, para que o mesmo colete dados e informações necessárias a fim de identificar as questões que se pretende pesquisar. (GIL, 2002).

Portanto, esta pesquisa foi realizada com mulheres com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC), com a finalidade de identificar a percepção delas sobre o processo de adoecimento e suas consequências.

Esta pesquisa é classificada como *ex-post-facto*, pois tem-se um experimento que é realizado depois do fato. Neste tipo de pesquisa são tomadas como experimentais situações que foram desenvolvidas naturalmente e são

trabalhadas com elas, como se estivessem submetidas a controles. Na pesquisa *ex-post-facto*, os fatos são espontâneos e não são provocados pelo pesquisador. (GIL, 2002).

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O público-alvo desta pesquisa foram 5 mulheres com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral. No processo de escolha das mulheres que participaram deste estudo foram estabelecidos critérios para facilitar a delimitação desta população. As características para participar desta pesquisa foram: possuir diagnóstico de AVC e ter entre 20 (vinte) e 50 (cinquenta) anos de idade e ser do sexo feminino. A população desta pesquisa estabelece que todos os sujeitos devem possuir pelo menos uma característica comum definida para investigação. (RAUEN, 2002).

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para utilizar a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semi-estruturada, que possui um roteiro pré-definido e pode ter sua sequência alterada, permitindo que os conteúdos sejam explorados pela estagiária sobre o tema que será pesquisado. A entrevista é uma técnica que permite a relação entre o entrevistado e o entrevistador, é um diálogo orientado em busca de informações e dados para a pesquisa, através de interrogatório. (GIL, 2002).

Foi utilizada como técnica de coleta de dados, uma entrevista semi-estruturada. Esta entrevista possibilitou a obtenção de informações através da relação entre a pesquisadora e o sujeito, abordando temas previamente estabelecidos com o intuito de alcançar os objetivos da pesquisa.

3.4 PROCEDIMENTO

3.4.1 Contato e seleção dos participantes

A escolha dos participantes desta pesquisa foi feita a partir da sua população-alvo. Sendo utilizada uma amostra de cinco (5) sujeitos, considerando o critério de ter sofrido Acidente Vascular Cerebral, ser do sexo feminino e ter idade entre 20 (vinte) e 50 (cinquenta) anos de idade. Segundo Barros e Lehfeld (2000), cada membro é denominado elemento e o conjunto de elementos representativos dessa população compõe a amostra. Sendo assim, a amostra é um subconjunto representativo do conjunto da população.

Esta seleção ocorreu a partir de mulheres com diagnósticos de AVC, em uma Clínica da Grande Florianópolis que possui médicos neurologistas como especialidade, e foi indicado pelos médicos os pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral para realizar a entrevista.

A escolha do número de participantes foi intencional, por considerar que cinco pessoas compõem um número efetivo coerente com os objetivos e a concepção do trabalho. Para a realização da pesquisa julgou-se necessário coletar dados de identificação pessoais e profissionais das participantes como: idade, sexo, escolaridade, profissão, tempo de trabalho. A fim de garantir a identidade dos sujeitos da pesquisa e as informações coletadas, os participantes foram nomeados pela letra "S" de sujeito, conforme consta no quadro elaborado pela pesquisadora que será apresentado a seguir.

Tabela 2. Dados de Identificação

Sujeito	Idade	Escolaridade	Profissão	Tempo na profissão
S1	43 anos	Superior Incompleto	Auxiliar Administrativo	7 meses
S2	45 anos	Superior Completo	Redatora	6 anos
S3	49 anos	2º Grau Completo	Professora	20 anos
S4	31 anos	Superior Incompleto	Assistente Dpto Pessoal	5 anos
S5	22 anos	Superior Incompleto	Estagiária Administração	2 meses

Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2011.

O contato com as participante da pesquisa ocorreu no primeiro semestre do ano de dois mil e onze, assim que foram retomadas as atividades acadêmicas e após a aprovação do Comitê de Ética da Unisul, com o devido conhecimento do orientador do TCC – Maurício Eugênio Maliska.

Os sujeitos da pesquisa foram previamente convidados pela pesquisadora a participar do estudo na própria clínica em que consultavam. No primeiro contato os mesmos foram informados sobre os objetivos do estudo, sobre a gratuidade de sua participação, sobre as questões éticas da pesquisa, bem como, sobre as especificações de concordância da sua participação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que é constante no (Anexo A) desta pesquisa.

Também foi acordado com cada sujeito participante a data e o horário mais adequado aos mesmos, sendo o local sugerido pela pesquisadora na própria clínica, após as suas consultas, por ser um local mais adequado para a realização da entrevista. Foi verificado previamente com cada participante a possibilidade da utilização do recurso do gravador. Esta questão é presente no Termo de Consentimento para gravações disponível no (Anexo B) desta pesquisa. Caso tivesse alguma objeção por parte do sujeito da pesquisa, a mesma seria interrompida imediatamente.

3.4.2 Coleta e registro dos dados

Posteriormente ao contato inicial com cada participante e marcados data e horário na clínica para a realização da entrevista, iniciou-se a coleta dos dados. Dos cinco sujeitos convidados a participar da pesquisa, todos concordam com sua participação na realização deste estudo. Para cada sujeito da pesquisa foi informado sobre as questões referentes ao sigilo das informações, novamente foram informados sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a sua participação na pesquisa, e a sua concordância em gravar a entrevista através do Termo de Consentimento para gravações. Foi solicitada assinatura dos termos em duas vias sendo que uma ficou em posse do sujeito e a outra em posse da pesquisadora.

As entrevistas aconteceram em locais apropriados, em uma sala distante sem ruídos na própria clínica, sem movimentação de pacientes e outros profissionais da clínica. As entrevistas tiveram uma duração de 30 minutos em média. Após a coleta, as entrevistas foram transcritas e o material coletado foi registrado no computador particular da pesquisadora, ficando esta responsável pelo arquivamento dos mesmos e o sigilo das informações obtidas nas entrevistas.

3.4.3 Situação e ambiente

As entrevistas foram realizadas em uma Clínica da Grande Florianópolis, que possuem a especialidade de neurologia. Para a realização da entrevista, a pesquisadora utilizou a sala disponibilizada pela própria clínica, sendo que o fluxo de pacientes e profissionais é menor e as condições do espaço físico como iluminação e ventilação propiciaram um ambiente mais favorável.

3.4.4 Organização, tratamento e análise dos dados

A organização dos dados foi feita a partir da transcrição da entrevista, sendo arquivada em um documento *word* do computador particular da pesquisadora. A análise será formada, conforme Barros e Lehfeld (2000), das etapas de organização e descrição dos dados, da redução dos dados, da interpretação através de categorias teóricas de análise e da análise de conteúdos.

Os dados foram categorizados em categorias *a posteriori*, criadas a partir da fala e do conteúdo de cada participante e de acordo com as ocorrências mais significativas para o estudo. Os dados coletados foram analisados a partir das categorias elaboradas e, posteriormente, tratados a partir das respostas obtidas dos sujeitos da pesquisa e o referencial teórico proposto no presente estudo. Optou-se pela análise de conteúdo, pois, segundo Minayo (1994) estas permitem que o pesquisador encontre respostas para as questões formuladas na pesquisa e também confirmar, ou não, as hipóteses estabelecidas anteriormente ao trabalho de coleta de dados.

Ao fim da pesquisa todos os dados e informações obtidas a partir da entrevista serão devidamente incinerados (fichas e documentos) e deletados (arquivos) do computador particular da pesquisadora, de forma a garantir o sigilo das informações obtidas. Ao término da pesquisa, foi realizado um relatório do TCC a partir dos resultados obtidos com o desenvolvimento deste estudo.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo, se inicia a descrição dos resultados e análise dos dados obtidos a partir das entrevistas realizadas com o intuito de verificar quais as consequências nas mulheres entre 20 e 50 anos de idade, que vivenciaram o Acidente Vascular Cerebral.

Para melhor desenvolvimento da análise dos dados, foram descritos quais os conhecimentos dessas mulheres acerca da doença e foram divididos em três subcapítulos. São eles: mudanças nas relações sociais, alterações nas relações familiares e decorrências no trabalho.

Foram elaboradas no total onze categorias, sendo que sete correspondem ao objetivo específico “a”, duas ao objetivo específico “b” e duas ao objetivo específico “c”. Para compor os quadros que seguem cada objetivo específico, foram selecionadas as falas mais expressivas que apareceram durante as entrevistas, para que se compreenda com clareza a categoria criada a partir do discurso das entrevistadas. Por fim, as categorias foram discutidas através dos dados das entrevistas e da articulação entre os autores que compõem o referencial teórico.

4.1 MUDANÇAS NAS RELAÇÕES SOCIAIS

Com o intuito de contemplar o objetivo “a”, foram organizadas sete subcategorias para agrupar os conteúdos referentes à temática de mudança nas relações sociais frente ao processo de adoecimento das entrevistadas. São elas: amizade, limitações, superação, fatores desencadeantes, aceitação, vida social e depois da doença.

Na Tabela 2, estão dispostas as categorias referentes às mudanças em suas relações sociais indicadas pelas mulheres que sofreram Acidente Vascular Cerebral, bem como suas frequências e unidades de contexto elementar.

Tabela 3. Mudanças nas Relações Sociais

"continua"

Categoria	Subcategorias	UCE	Frequência
Mudanças nas Relações Sociais	Amizade	<p>"... meu círculo de amizades só fortaleceu depois da minha doença..." (S2)</p> <p>"... ficaram mais próximos, passaram a frequentar mais a minha casa..." (S2)</p> <p>"... sempre me ligam para saber como estou de saúde..." (S2)</p> <p>"... continuamos fazendo as mesmas coisas de antes..." (S2)</p> <p>"... tenho muitos amigos..." (S3)</p> <p>"... me mandavam flores, cartas, cartas dos alunos, ligavam para saber notícias..." (S3)</p> <p>"... todos meus amigos me tratavam bem, e tratam até hoje..." (S3)</p> <p>"... nada mudou nas minhas amizades após o AVC..." (S3)</p> <p>"... tenho poucos amigos, mas verdadeiros..." (S4)</p> <p>"... sempre estiveram do meu lado após o diagnóstico..." (S4)</p> <p>"... estão sempre presentes nos finais de semana..." (S4)</p> <p>"... me convidam para sair, viajar, jantar..." (S4)</p> <p>"... sempre tive muitos amigos, e mesmo com a doença, eles permaneceram do meu lado sempre..." (S4)</p> <p>"... recebia visitas, mensagens no celular e orkut, ligações o tempo todo para saber como eu estava..." (S5)</p> <p>"... ficaram sempre presentes do meu lado, me dando apoio e força..." (S5)</p>	15
	Limitações	<p>"... não tenho o mesmo pique de antes, e sempre com alguém do meu lado..." (S1)</p> <p>"... voltei a minha casa, subindo 4 andares de escada, sentindo que não era mais a mesma pessoa..." (S1)</p> <p>"... antes fazia o serviço de casa sozinha, a partir daquele momento tive que contratar uma pessoa para me ajudar..." (S1)</p> <p>"... a maioria do serviço de casa não conseguia mais fazer sozinha..." (S1)</p> <p>"... não consigo mais dirigir..." (S1)</p> <p>"... não consigo sair na rua sozinha..." (S1)</p> <p>"... tenho dificuldades em andar, pois fico tonta, só consigo usar sapatos sem salto..." (S1)</p> <p>"... estava me tornando uma pessoa revoltada com a situação, cheguei a ter depressão após a doença..." (S3)</p> <p>"... eu não podia fazer nenhum esforço, tinha que ficar de repouso..." (S4)</p> <p>"... não consigo usar salto alto..." (S5)</p> <p>"... sinto falta de equilíbrio..." (S5)</p> <p>"... tudo que eu faço agora demora mais que antes..." (S5)</p> <p>"... as vezes tenho dificuldade de equilíbrio, mas</p>	13

Mudanças nas Relações Sociais		estou melhorando todos os dias mais um pouco..." (S5)	
	Superação	"... saio, pego ônibus, táxi, tudo sozinha..." (S2) "... independência é outra palavra que pode ser acrescentada à minha vida..." (S2) "... consigo fazer as coisas sozinha, com algumas limitações, mas consigo fazer tudo..." (S2) "... Deus me fez reatar minha fé e ter ânimo pra lutar, mas lutar com calma, passo a passo..." (S3) "... hoje levo minha vida normalmente..." (S3) "... com muita fisioterapia aos poucos foi voltando ao normal..." (S4) "... quando falo para as pessoas que tive um derrame, ninguém acredita, pois não ficou nenhuma sequela..." (S4) "... nunca desistir..." (S5) "... nunca perdi a esperança e nada me afetou..." (S5) "... minha persistência de querer fazer as coisas que eu fazia antes não me deixa desistir de forma alguma..." (S5) "... hoje já consigo andar sozinha..." (S5) "... comemoro todos os dias minhas pequenas vitórias..." (S5)	12
	Fatores Desencadeantes	"... um ano antes estava no auge do estresse e do cansaço..." (S1) "... saía do serviço e ia para faculdade..." (S1) "... chegava em casa da aula e ia dormir por volta de 1 hora da madrugada..." (S1) "... o médico me falou que meu AVC foi devido a todo estresse que estava passando e acabei não aguentando..." (S1) "... estresse e ansiedade..." (S3) "... vida totalmente corrida e estressante..." (S3) "... nunca tive calma e paciência..." (S3) "... eu era acostumada a ser muito agitada, ligada no 220, falava muito, gesticulava muito..." (S3) "... combinação de remédios junto com a pilula anticoncepcional e estresse..." (S4) "... me estressava muito com tudo..." (S4) "... causado por ruptura da artéria vertebral direita, atrofiada de nascença..." (S5)	11
	"... aos poucos fui me recuperando e aceitando a doença..." (S1) "... consigo conviver com o AVC e minhas limitações impostas pela doença..." (S1) "... ter sofrido um AVC pode ter salvado a minha vida..." (S2) "... por tudo que passei, ainda devo agradecer por esta provação..." (S2) "... minha filha é minha maior força, o grande incentivo para a minha recuperação..." (S2) "... aprendi a aceitar minha nova situação..." (S3)	10	

Mudanças nas Relações Sociais	Aceitação	"... hoje vejo este episódio com outros olhos, que tudo na vida não é por acaso..." (S3) "... tento levar a vida da melhor maneira possível e aceitar isso que aconteceu..." (S3) "... não estava acostumada a depender dos outros para tudo..." (S4) "... sempre procurei levar tudo com um olhar positivo..." (S5)	
	Vida Social	"... continuo saindo, indo em shows..." (S1) "... gosto de ler muito, coisa que eu já fazia antes..." (S2) "... brinco muito com minha filha, cuido de casa, de mim..." (S2) "... sou mais caseira, gosto de ficar em casa fazendo comida para minhas visitas, gosto de bordar..." (S3) "... nada mudou em minha vida social antes de ter a doença e depois..." (S3) "... não costumo sair para festas..." (S4) "... costumamos sair para jantar, ir para praia, passear, viajar..." (S4) "... continuo saindo bastante, adoro rua..." (S5) "... continuo fazendo tudo que fazia antes..." (S5)	9
	Depois da Doença	"... a psicóloga me orientou sobre minha ansiedade, minha pressa de ficar boa..." (S3) "... aprendi a ser mais humilde, mais humana, mais amiga, mais gente..." (S3) "... aprendi a ser mais calma, a ter mais controle, a dar mais valor às coisas simples da vida..." (S4) "... comecei a ver as coisas com um olhar positivo de tudo, de tudo tiro uma lição, por pior que seja os acontecimentos..." (S5) "... sempre tem um lado bom, de aprendizagem..." (S5)	5

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

É possível observar que as mulheres que vivenciaram o Acidente Vascular Cerebral atribuíram as mudanças decorrentes em suas relações sociais a sete fatores: amizade, limitações, superação, fatores desencadeantes, aceitação, vida social e depois da doença.

4.1.1 Amizade

A categoria “amizade” é explicitada no relato de todas as entrevistadas e mostra-se referente a necessidade de ser amparada pelas pessoas próximas. Para encarar a doença de forma saudável, o paciente dependerá da maneira como será acolhida pelas pessoas que fazem parte do seu convívio social.

A maior parte das mulheres entrevistadas demonstrou que as amizades influenciaram muito na sua recuperação. Podemos observar este dado no relato de S2: *“ficaram [amigos] mais próximos, passaram a frequentar mais a minha casa”*. Isso também pode ser observado na alta frequência (15) desta categoria.

Para ilustrar a subcategoria Sluzki (1997) corrobora que nas redes sociais estão incluídas não apenas a família, nuclear e extensa, mas também, uma rede interligada e ampliada que seriam os amigos, os colegas de trabalho, vizinhos.

Silva (2002), afirma que a doença assusta os pacientes e isto é compreensível. Com isso, é preciso o conforto e a solidariedade como forma de apoio a essas pessoas. No relato de S2 é observado: *“meu círculo de amizades só fortaleceu depois da minha doença”*.

Quando um indivíduo adoece, é comum as pessoas terem o apoio dos amigos, mas ao longo do tempo, a tendência é as pessoas procurarem o isolamento social. Comumente, essa insociabilidade é imposta pelo próprio tratamento e também pelas limitações do paciente. (CAMON, 2003).

O adoecer implica em mudanças dos aspectos da vida cotidiana e nas interações sociais do indivíduo. Nesse sentido, ocorrem mudanças afetivas e emocionais em todos que o cercam, mesmo que nas pessoas próximas seja o espaço para a realização da afetividade. (CAMPOS, 1995).

Segundo Silva (2002), para o paciente encarar a doença de forma saudável, dependerá da maneira como será amparado pelas pessoas que fazem parte do seu convívio. A doença assusta os pacientes, então é necessário conforto e solidariedade como forma de apoio. Isto é observado no relato de S3: *“mandavam [amigos] flores, cartas, cartas dos alunos, ligavam para saber notícias”*.

Segundo Camon (2003), o fato do paciente manter contato com o mundo

externo, diminui ansiedades e preocupações, produzindo bem-estar aos indivíduos, visto que mantém contato com as pessoas que fazem parte da sua vida. Este contato proporciona a lembrança de momentos agradáveis que foram vividos, informações sobre o mundo e outras pessoas, troca de experiências. O contato com pessoas significativas para o paciente produz melhorias durante o seu processo de hospitalização, e por consequência na recuperação de sua saúde.

O enfrentamento do AVC depende também do suporte social disponível, que auxilia na implementação de estratégias de adaptação à incapacidade, além de amenizar o impacto estressante da doença por meio do conforto emocional.

Simonton (1990) expõe que a rede de apoio, pode ser entendida por um processo de interação entre pessoas ou grupos, que com contato sistemático estabelecem vínculos de amizade, recebendo apoio e contribuindo para o bem-estar recíproco. Observamos no relato de S4: *“sempre tive muitos amigos, e mesmo com a doença, eles permaneceram do meu lado sempre”*.

Segundo Silva e Andreoli (2005), a doença assusta os pacientes, então é preciso o conforto e a solidariedade como forma de apoio. Desta maneira, a rede de apoio é a necessidade de compartilhar o seu sofrimento com outras pessoas próximas, amigos e familiares. Para o paciente encarar a doença de forma saudável, dependerá da forma como será amparado pelas pessoas que fazem parte de seu convívio. Através do relato de S5, observamos: *“ficaram [amigos] sempre presentes do meu lado, me dando apoio e força”*.

A partir do relato das entrevistadas, percebe-se a necessidade de compartilhar com o outro as suas dificuldades e desta forma buscar a troca de experiências, assim minimizando o seu sofrimento. Esse processo de resignificação auxilia os pacientes na sua reabilitação e no seu retorno à vida normal.

4.1.2 Limitações

O paciente com AVC apresenta sequelas que limitam as atividades diárias, comprometendo aspectos físicos, psicológicos e sociais que alteram

significativamente a qualidade de vida. Através do relato de S1, podemos observar: *“antes fazia o serviço de casa sozinha, a partir daquele momento tive que contratar uma pessoa para me ajudar”*.

Embora as entrevistadas cite a limitação como uma consequência nas relações sociais, é importante destacar que a mesma assinala que nem todas as pacientes que sofreram Acidente Vascular Cerebral necessariamente ficaram com muitas limitações.

Ruschel (2000) afirma que a doença provoca o desgaste emocional e limitação física. Afirmação esta, confirmada pelo relato de S1: *“não tenho o mesmo pique de antes, e sempre com alguém do meu lado”*.

A doença representa uma perda, nada menos do que a exigência de passar pelo luto por não ter mais a saúde completa, a saúde perfeita. O fato de não poder continuar os projetos pessoais, demonstra a dimensão do sofrimento desencadeado pelas limitações impostas pela doença.

De acordo com Silva (2002), após o conhecimento de uma doença, ocorrem mudanças para os indivíduos. Entre essas mudanças está a rotina familiar e as atividades que eram exercidas. Desse modo, verifica-se que os participantes da pesquisa tinham como atividades de lazer, festas e outras programações; como no caso de S5 quando relata da sua dificuldade em permanecer de pé: *“as vezes tenho dificuldade de equilíbrio, mas estou melhorando todos os dias mais um pouco”*.

As ações de promoção de saúde que envolvem a população em geral no cotidiano, como as atividades de lazer, têm como finalidade aumentar a saúde e o bem estar dos indivíduos para que resistam à sua doença. Assim, destaca-se a importância de superar as limitações impostas pela doença, e a função do lazer na vida dos sujeitos, possibilita a interação com outras pessoas.

Segundo Rabelo (2006), as maiores dificuldades que o paciente acometido pelo AVC enfrenta são as limitações funcionais impostas pela doença e depressão. Assim, os tratamentos são destinados a reduzir a dependência física e atenuar os sintomas depressivos. O foco do atendimento psicológico é a reintegração do paciente à vida normal, que inclui desde o desempenho de habilidades voltadas para o autocuidado, como as relações sociais e a capacidade para desenvolver atividades diárias e tomar decisões sobre a própria vida.

Entretanto, para que isso ocorra é necessário primeiro que o paciente reconheça e aceite os comprometimentos físicos e cognitivos decorrentes do AVC. É observado através do relato de S3: *“estava me tornando uma pessoa revoltada com a situação, cheguei a ter depressão após a doença”*.

Afirma Ruschel (2000), que nessa situação é claro o desgaste emocional, pois a doença, além de envolver ameaça de morte, envolve também a limitação física. No relato de S1, observamos: *“voltei a minha casa, subindo 4 andares de escada, sentindo que não era mais a mesma pessoa”*.

O fato de não poder continuar os projetos pessoais, demonstram a dimensão do sofrimento desencadeado pelas limitações impostas pelo AVC, conforme relato de S4: *“eu não podia fazer nenhum esforço, tinha que ficar de repouso”*.

Nesse sentido, a doença representa uma perda, nada menos do que a exigência de passar pelo luto por não ter mais a saúde completa, a saúde “perfeita”, significando também um abalo da sua estrutura, que é uma das características marcantes na personalidade do sujeito adoecido.

4.1.3 Superação

A categoria “superação” está presente nos relatos trazidos pelas entrevistadas, também no que se refere às emoções apresentadas em relação à patologia.

O indivíduo é envolvido na sua totalidade, após o diagnóstico da doença, afetando a vida social, profissional e pessoal. Segundo Sebastiani (2003), o Ser Doente tem ameaçado o seu futuro planejado, ele poderá ter a sensação de que tudo o que havia programado para o futuro não acontecerá jamais.

O adoecimento é encarado de modo diferente em cada pessoa, e pode-se considerar diversos aspectos, como a experiência individual e a personalidade da pessoa, que podem interferir no modo como a doença é recebida. (BALSIMELLI, 2005).

S5 relatou que ficou com muitas limitações para fazer seus trabalhos domésticos, mas ela revela que aos poucos vai fazendo suas tarefas diárias, para sentir-se útil: *“minha persistência de querer fazer as coisas que eu fazia antes não me deixa desistir de forma alguma”*. Ela que já teve perdas significativas em sua vida após a doença, está tentando superar as suas limitações e desta maneira, sentir-se útil novamente.

O adoecimento é visto de modo diferente para cada pessoa, e, nesse momento de crise, pode-se considerar diversos aspectos, como a experiência individual e a personalidade da pessoa, que podem interferir no modo como a doença é recebida. (BALSIMELLI, 2005).

A pesquisadora observou que cada sujeito tem sua singularidade que marca o seu processo de adoecimento, e através das entrevistas realizadas com as mulheres acometidas pelo AVC, elas perdem sua identidade e sua autonomia, e passam a relacionar-se com o mundo por meio de sua doença. Neste sentido, a superação da doença é fundamental para a recuperação do paciente após AVC.

4.1.4 Fatores Desencadeantes

Durante a realização das entrevistas, apesar de não ter sido questionado às entrevistadas sobre quais fatores que acreditavam ter sido desencadeadores da doença, todas, sem exceção, relataram sobre o assunto. No relato de S1 é observado: *“o médico me falou que meu AVC foi devido a todo estresse que estava passando e acabei não aguentando”*.

Segundo Silva (2002) o adoecimento é um fenômeno pluricausal e como consequência disto deve-se ter a noção de que a doença acontece em decorrência de vários fatores e não somente de um único. Portanto, há vários fatores internos e externos presentes em seu processo. No relato de S3, observamos: *“eu era acostumada a ser muito agitada, ligada no 220, falava muito, gesticulava muito”*. Observamos como a forma de vida da entrevistada, acabou ocasionando a sua doença.

As fontes ou fatores internos que podem ser desencadeantes do processo de adoecimento dizem respeito ao próprio padrão genético, ou orgânico do sujeito e também ao seu psiquismo e a sua personalidade. O psiquismo e a personalidade do sujeito são fontes importantes para este desencadeamento da doença. Isto porque, na esfera emocional do organismo pode-se encontrar a natureza de seus conflitos intrapsíquicos e sua forma de lidar com ele. Nestes, portanto, podem estar a frustração, também o estado de desassossego íntimo, falta de amor próprio, da insatisfação interior, para a qual este organismo não estaria encontrando uma solução satisfatória. Em consequência disto, a doença apareceria como uma válvula de escape, uma tentativa de proclamar o sofrimento do sujeito. (SILVA, 2002).

É possível perceber pelas entrevistadas, o entendimento com relação ao envolvimento destes fatores interno e externos no processo de adoecimento. Segundo os relatos das entrevistadas, a doença não seria somente explicada pelo aspecto físico, mas também pelo aspecto psicológico, bem como as questões do estado deprimido do sujeito, as suas frustrações, as próprias questões orgânicas e ambientais demonstram uma percepção desta pluricausalidade que submerge no âmbito da doença.

A partir de fragmentos das entrevistas, observa-se que todas apresentavam algum fator de risco classificado como modificável: stress, ansiedade. Através do relato de S1, observamos: *“um ano antes estava no auge do e stress e do cansaço”*.

4.1.5 Aceitação

A categoria “aceitação” está presente no relato das participantes da pesquisa acerca das mudanças vivenciadas mediante o Acidente Vascular Cerebral. Ela refere-se à impotência vivida pelas entrevistadas frente as situações que consideram imutáveis.

Segundo Balsimelli (2005), o modo de enfrentar o diagnóstico não segue padronização, é estável e dependerá das mudanças que a doença gerou na vida do

paciente.

A adaptação ao diagnóstico inicialmente ocorre de maneira lenta e de forma sutil nos primeiros sinais e sintomas, em todos os aspectos (emocional, social e profissional). Está presente no relato de S1: *“aos poucos fui me recuperando e aceitando a doença”*.

O convívio com a doença de maneira saudável possibilita a relação do paciente com as suas limitações, que, abalado emocionalmente passa a relacionar o mundo com a sua doença. A renovação necessita estar presente no seu cotidiano, buscando realizar as suas tarefas, reconstruindo-se e reinventando-se a cada dia. No relato de S3, observamos: *“tento levar a vida da melhor maneira possível e aceitar isso que aconteceu”*.

É necessário realizar o trabalho de requalificação e ressignificação da relação do indivíduo consigo mesmo e com o mundo, proporcionando melhores condições de enfrentamento de outras situações estressoras que vão acontecer. (CAMON, 1995).

4.1.6 Vida Social

Nesta subcategoria, que possui frequência 9, foram agrupados os conteúdos das entrevistadas que faziam referência a sua vida social. Trata-se de um dado de depois da doença, como ficou a vida social dessas mulheres após o AVC, com a limitação e outras mudanças decorrentes da doença.

Camon (2003) escreve que o adoecer implica mudanças em aspectos da vida do sujeito, bem como em suas interações sociais. A doença, dependendo de sua gravidade, afasta o indivíduo de seu meio familiar, social, profissional, assim isolando-o de seu meio ambiente. Nos relatos das entrevistadas, não foram observados estas mudanças. Conforme a entrevistada S3: *“nada mudou em minha vida social antes de ter a doença e depois”*.

A Vida Social dessas mulheres está diretamente relacionada à saúde, principalmente no que se refere ao conceito de saúde equivalente à qualidade de

vida, assim como associado ao bem-estar biopsicossocial. (BELICANTA, 2007). Observamos no relato de S5: *“continuo fazendo tudo que fazia antes”*.

Além disso, Penna (1992) coloca que ações de promoção de saúde que envolvem a população em geral no cotidiano, como as atividades de lazer, têm como finalidade aumentar a saúde e o bemestar geral dos indivíduos para que resistam às agressões dos agentes patogênicos. Desse modo, destacam-se a importância e a função do lazer na vida dos sujeitos, como atividade prazerosa, possibilidade de interação com outras pessoas e ação de saúde.

4.1.7 Depois da Doença

A categoria “depois da doença” está presente nos relatos das entrevistadas acerca das mudanças vivenciadas mediante a o diagnóstico de AVC.

As mulheres entrevistadas refletem também a ocorrência da doença como uma lição de vida. Isto é observado no relato de S3: *“aprendi a ser mais humilde, mais humana, mais amiga, mais gente”*.

Entendeu-se então, que vivenciar o Acidente Vascular Cerebral, tornou-se uma oportunidade para repensarem seus objetivos de vida, suas prioridades , escolhas e forma de pensar. Os sujeitos percebem a necessidade de viver de forma mais consciente e deliberada, emergindo desse momento reflexões e tomada de iniciativas para otimizarem mudanças em sua vida, configurando-se num movimento marcado por novas maneiras de se vincularem a questões como trabalho, hábitos alimentares, controle do estresse. É observado no relato de S5: *“comecei a ver as coisas com um olhar positivo de tudo, de tudo tiro uma lição, por pior que seja os acontecimentos”*.

Segundo Sebastiani (2003), é comum entre os pacientes a opinião de que passado o choque inicial, a doença tenha servido para que reavaliassem suas vidas, e passassem a adotar valores mais humanos e elevados. A entrevistada S4 relata: *“aprendi a ser mais calma, a ter mais controle, a dar mais valor às coisas simples da vida”*.

Entendeu-se então, que vivenciar o AVC, tornou-se uma oportunidade para repensarem seus objetivos de vida e suas prioridades e escolhas. Os sujeitos percebem a necessidade de viver de forma mais consciente e deliberada, emergindo desse momento reflexões e tomada de iniciativas para otimizarem mudanças em sua vida, configurando-se num movimento marcado por novas maneiras de se vincularem a questões como trabalho, hábitos alimentares, controle do estresse.

4.2 ALTERAÇÕES NAS RELAÇÕES FAMILIARES

As alterações nas relações familiares foi mais um dos aspectos avaliados para caracterizar como os familiares dos sujeitos que sofreram Acidente Vascular Cerebral reagiram diante deste episódio. Na tabela 3 estão dispostas as subcategorias que apresentam as alterações ocorridas ou não em seu meio familiar, apresentando os relatos das mulheres entrevistadas, suas frequências e unidades de contexto elementar.

Criou-se esta categoria para agrupar os conteúdos expostos pelas entrevistadas no que se referia a alterações nas relações familiares. Identificou-se a frequência de 19, entre todas as entrevistadas, no que se refere a relações familiares, sendo 11 falas sobre “alterações” e 8 referentes a que “não houve alterações” familiares.

Tabela 4. Alterações nas relações familiares

“continua”

Categoria	Subcategorias	UCE	Frequência
	Alterações	"... todos da minha família ficaram mais alertas comigo..." (S1) "... quando eu tive o AVC, todos da minha família ficaram em função da minha doença, e isso acabou modificando a vida deles e a minha também..." (S1) "... meus pais vieram de outra cidade e ficaram na minha casa por uns 2 meses, para ajudar a cuidar de mim ..." (S3) "... em todos os momentos estavam sempre presentes ..." (S4) "... no tempo que estive no hospital, minha mãe	

Alterações nas Relações Familiares		<p>estava sempre presente e dormia todos os dias lá ..." (S4)</p> <p>"... queriam minha recuperação logo, e me apoiavam, e isso era super importante para minha recuperação ..." (S4)</p> <p>"... para eles foi um período complicado, pois meus pais se dedicaram exclusivamente a mim ..." (S4)</p> <p>"... depois do AVC ficaram mais cuidadosos ainda ..." (S5)</p> <p>"... minha família não estava sabendo reagir diante minha doença, não com relação a mim, em relação à doença, e os enfermeiros do hospital ajudaram muito neste momento, deixaram meus familiares mais calmos ..." (S5)</p> <p>"... estão sempre comigo do meu lado ..." (S5)</p> <p>"... estão comigo em todos os momentos e nunca me deixaram sozinha ..." (S5)</p>	11
	Não houve alterações	<p>"... cuidam muito bem de mim..." (S1)</p> <p>"... minha família me trata normalmente, não me privam de fazer nada..." (S2)</p> <p>"... deixam eu me virar sozinha e eu mesma ver até onde posso chegar ..." (S2)</p> <p>"... rodeada de afeto, carinho, atenção..." (S3)</p> <p>"... nada mudou, sempre me trataram bem antes do AVC e depois também ..." (S3)</p> <p>"... minha família sempre esteve do meu lado, me dando apoio ..." (S4)</p> <p>"... sempre tive muito apoio e ajuda de todos eles ..." (S4)</p> <p>"... sempre estiveram do meu lado e sempre me ajudaram ..." (S5)</p>	8

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Cervený (1994) afirma que a família é uma instituição e constitui um valor como grupo social e rede de relações fundamentais à vida social. É uma organização básica da vida social dos indivíduos e tem como função garantir a proteção e o cuidado de seus membros, bem como transmitir os padrões e norma da cultura.

Uma das qualidades atribuídas à instituição familiar é de amor incondicional e união, e a partir de intervenções realizadas com familiares, é possível perceber o movimento que a família faz a partir da doença do familiar, como se existisse a união pelo paciente. (CERVENÝ, 1994). A entrevistada S4 relata a importância da família: *"minha família sempre esteve do meu lado, me dando apoio"*. Podemos observar neste relato, a presença da família em todos os momentos da doença da entrevistada.

Percebe-se, que para o sujeito, a família é considerada um bem maior, fonte de todas as suas forças, razão de lutar pela vida, pela sobrevivência. Constatase que a família vive uma convivência harmoniosa, voltada para a frequente demonstração de afeto mútuo em articulação com as preocupações do dia-a-dia. Em meio ao sofrimento do diagnóstico, o sujeito demonstra não se render diante da doença, luta com determinação, apoiado na família.

Segundo Silva e Andreoli (2005), os familiares de uma pessoa adoecida podem compreender o quanto devem ajudar seu familiar, pois os portadores podem sentir-se oprimidos pela sua dependência e podem ficar preocupados com o futuro. Essa preocupação é em função da exaustão diante dos requisitos de assistência de seu membro familiar. Notamos a importância da família no relato a seguir: “[...] em todos os momentos estavam [família] sempre presentes [...]”. (S4).

Notou-se no momento de fragilidade vivenciados pelas entrevistadas, a importância de ter o apoio e a presença dos familiares como se fosse o verdadeiro porto seguro, onde, apesar da adversidade vivida, estar com a família é como se fosse uma certeza de que viver é preciso e a cura é possível.

Segundo Henckemaier (1999), o adoecimento é uma experiência desagradável tanto para os pacientes quanto aos familiares quando está internado, por corresponder a um ambiente estranho, manipulado por pessoas desconhecidas, exigindo que a família estabeleça relações sociais com a equipe e com o ambiente hospitalar.

Com a internação, vem a necessidade do afastamento das coisas que lhe são familiar e conhecidas, o que contribui para uma vivência de isolamento, abandono e rompimento de laços afetivos e sociais, tanto do paciente, como de seus familiares. O paciente e sua família se lançam num espaço impessoal, ao lado de pessoas com as quais não tenha vinculação afetiva. Podemos perceber na fala da entrevistada S4, onde ela e seus familiares afastaram-se da sua vida social, da sua rotina diária, do que estavam habituados a fazer: “no tempo que estive no hospital, minha mãe estava sempre presente e dormia todos os dias lá”. (HENCKEMAIER, 1999).

Quando um indivíduo adoce e sofre atendimentos no ambiente hospitalar, a família acaba expondo a crença e entende que ao buscar atendimento

em um hospital, o paciente vai por completo, de corpo e mente. A família participa de seu processo de adoecimento, suas internações e seu restabelecimento. Raramente o paciente vai ao hospital sozinho, geralmente é acompanhado por sua família, e quando ela está ausente, a equipe do hospital convocará um familiar para comparecer a instituição. (PEREZ, 2005).

O processo de adoecimento de um familiar, mostra-se como um fracasso nos compromissos da família, como da harmonia, proteção e segurança, assim como do núcleo familiar. No hospital, a família irá revelar a forma como lida com o adoecimento de um membro da família, a presença nas rotinas familiares, os recursos que utilizam para estar junto e apoiar o familiar doente. (PEREZ, 2005).

Os familiares possuem papel fundamental no tratamento das pessoas que sofreram o AVC, e na resignificação na vida desse paciente. Segundo Sebastiani (2003), é importante a participação da família, pois proporciona segurança e auxilia os pacientes no tratamento. O relato da entrevistada S4 confirma esse conceito de papel da família na vida do paciente: *“queriam [família] minha recuperação logo, e me apoiavam, e isso era super importante para minha recuperação”*.

Cada membro da família recebe a notícia do diagnóstico de forma diferenciada. Vale ressaltar que são os pacientes que precisam de atenção e a aceitação incondicional dos seus familiares poderá proporcionar-lhes segurança para continuar a sua vida. Diante das circunstâncias, é importante que a família perceba o seu papel nesse momento, de ajudar o paciente a reestruturar a sua vida, considerando a nova realidade e a dificuldade dessas pessoas nesse período de mudanças.

Conforme Fráguas (2008), a doença irá influenciar os familiares a cuidarem intensivamente do paciente e a relegarem os aspectos biopsicossociais da vida. Podemos perceber isto no relato de S5: *“estão [família] sempre comigo do meu lado”*. Alguns membros da família não conseguem se adaptar a situação de doença da mesma forma, devido as crenças que cada indivíduo possui acerca da doença e a forma como vivenciam isto. Diante deste fato, destaca-se a necessidade de avaliar cada membro da família individualmente, assim como do sistema familiar como um todo, para auxiliá-los na busca de recursos de enfrentamento que não coloquem em risco os seus desenvolvimentos individuais, nem o sistema familiar.

Segundo Castro & Piccinini (2002), as famílias que apresentam um dos seus integrantes adoecidos, interagem em três subsistemas: o paciente e sua enfermidade, a família e sua rede social e os serviços de saúde. No primeiro subsistema, há a falta de limites, diminuição das habilidades para resolver problemas e padrões de interação rígidos com características de um modelo de família patológica. O segundo, conhecido como modelo de afrontamento familiar, hostilidade e críticas podem gerar recaídas da doença. E o terceiro subsistema, refere-se ao modelo de impacto, isto é, o resultado do impacto da doença sobre a organização da família.

O aparecimento de uma doença é uma situação que gera grande desorganização no sistema familiar e todos os membros enfrentam a ameaça de morte juntos. Além disso, com a doença surgem necessidades de redefinir papéis e funções na família, reorganização do espaço físico, mudança do cuidador, alteração da rotina. E com as necessidades vem a sobrecarga do sistema familiar quanto aos aspectos de cuidados e relacionamentos. A doença de um integrante da família provoca mudanças significativas na vida de todos os membros de uma família. (VICENTE, 2004). Podemos observar isto no relato de S1: *“quando eu tive o AVC, todos da minha família ficaram em função da minha doença, e isso acabou modificando a vida deles e a minha também”*.

Com o diagnóstico de AVC, a família do doente passa por algumas adaptações para lidar com a doença e com o paciente. As mudanças configuram desde as mais simples às mais complexas, por envolver aspectos da vida cotidiana e cuidados em função do adoecimento de um familiar. Em alguns casos, o paciente depende em maior ou menor grau dos cuidados do outro, e isto implica numa afetação maior da rotina familiar que precisa ser reorganizada para atender as suas necessidades, assim como, continuarem com suas vidas sociais e profissionais como antes do diagnóstico. Durante a entrevista, é relatado por S3: *“meus pais vieram de outra cidade e ficaram na minha casa por uns 2 meses, para ajudar a cuidar de mim”*. Podemos observar neste relato a mudança na vida dos pais da entrevistada, a rotina que foi alterada, e dedicaram-se exclusivamente para a sua recuperação.

Surge a necessidade de que se faça um ajustamento na rotina no pós

diagnóstico, e a dificuldade para a família gerenciar situações conflituosas que envolvem dimensões diversas de uma existência compartilhada, delineada pela presença de situações novas que estão presentes no processo do adoecimento, sendo que a própria hospitalização aparece como ameaçadora, causando desajuste na família.

A família é considerada um sistema de relações significativas e, talvez, essa seja a explicação da necessidade tão expressiva de contato com os familiares. A ausência deste contato toma forte dimensão para o paciente e para o familiar, uma vez que este contato é significativo para o restabelecimento da saúde. (CERVENY, 1994). Pode-se confirmar, através do relato de S5 *“estão [família] comigo em todos os momentos e nunca me deixaram sozinha”*. Neste relato podemos observar a importância da família estar presente no momento de doença da paciente, influenciando a ajudar na sua recuperação.

As mudanças objetivas (rotina e hábitos) expressam subjetividades afetadas de forma singular a cada familiar envolvido com os cuidados do paciente, segundo relato da entrevistada S4 *“para eles [família] foi um período complicado, pois meus pais se dedicaram exclusivamente a mim”*.

Segundo Silva & Andreoli (2005), o processo de adoecimento e internação de um integrante da família causam vários sintomas nos familiares: ansiedade, estresse, angústia, e outros. Esses sintomas acontecem diante dos escassos contatos com os médicos e enfermeiros, poucas informações sobre o estado de saúde do paciente, garantia que o paciente esteja recebendo o melhor tratamento. Com esses sintomas, a família precisa desenvolver recursos de enfrentamento, e é importante considerar que essa crise traz mudanças permanentes ao núcleo familiar, ameaçando sua estabilidade. Quando os recursos de enfrentamento falham, o sistema familiar acaba se desorganizando e comprometendo o cuidado junto ao paciente. Isso pode ser percebido no relato da entrevistada S1: *“todos da minha família ficaram mais alertas comigo”*.

Conforme Ismael (2005), os profissionais de saúde também devem realizar o acompanhamento da família do paciente, com o objetivo de ajudar a família diante a doença do seu familiar. A finalidade deste trabalho com a família do paciente é manter a função básica da família de proteção e segurança dos seus

integrantes, realizar acolhimento e ajudá-la a entender o familiar doente. No relato de S5 podemos observar: *“minha família não estava sabendo reagir diante minha doença, não com relação a mim, em relação à doença, e os enfermeiros do hospital ajudaram muito neste momento, deixaram meus familiares mais calmos”*.

Portanto, entendemos que as relações familiares indicam que as pessoas envolvidas com um paciente com diagnóstico de AVC, estarão funcionando como uma unidade sujeita a influências positivas e negativas derivadas do sentido pessoal impresso pelo familiar e paciente no processo da doença e da hospitalização.

4.3 DECORRÊNCIAS NO TRABALHO

O tema “trabalho” é citado em 17 momentos pelas entrevistadas, variando em situações em que se relacionam no trabalho e as dificuldades apresentadas.

Este dado exemplifica o que autor Camon (2003) expõe sobre as mudanças serem sistêmicas, isto é, a mudança em um indivíduo gera a mudança de todo o sistema ao seu redor. Como indica mudanças dos aspectos da vida implicado pelo adoecer, o trabalho se apresenta como um desses aspectos na vida das entrevistadas.

Tabela 5. Decorrências no trabalho

“continua”

Categoria	Subcategorias	UCE	Frequência
	Relação no trabalho	<p>“... fiquei afastada pelo INSS, ao retornar ao meu serviço, animada por estar voltando a ativa, fui informada pelo meu chefe que eu estava demitida...” (S1)</p> <p>“... foi um baque e tanto na minha vida perder o trabalho...” (S1)</p> <p>“... hoje me considero feliz e realizada, quando não estava trabalhando, cheguei a entrar em depressão por não conseguir fazer nada...” (S2)</p> <p>“... ainda continuo fazendo alguns trabalhos para o escritório em que eu trabalhava, mas da minha casa...” (S2)</p> <p>“...tenho mais tempo para cuidar de mim e da minha filha, mudar o ritmo de trabalho fez bem para mim e para minha vida]”...” (S2)</p>	

Decorrências no Trabalho		<p>"... meu trabalho é tudo pra mim, me faz sentir útil, ser realizada, tenho minha independência financeira, não preciso que ninguém me ajude..." (S3)</p> <p>"... queria voltar a trabalhar para me sentir útil, fazer a diferença..." (S3)</p> <p>"...fiquei afastada por algum tempo após o AVC, e não via a hora de voltar ao trabalho, ter o que fazer]..." (S4)</p> <p>"... aos poucos isto foi melhorando e hoje não tenho mais problema..." (S4)</p> <p>"... acabei saindo do estágio quando fiquei doente..." (S5)</p>	10
	Dificuldades no trabalho	<p>"... ainda tenho algumas dificuldades para digitar, mas consegui me adaptar, e sempre estou tentando me esforçar o máximo para isso..." (S1)</p> <p>"... decidi sair do emprego, já que eu estava com dificuldades para me locomover, digitar..." (S2)</p> <p>"... quando retornei ao trabalho, me deram menos carga de trabalho..." (S3)</p> <p>"... tive muitas limitações quando voltei a trabalhar..." (S4)</p> <p>"... tinha dificuldades para andar, digitar e falar tanto pessoalmente, como no telefone..." (S4)</p> <p>"... quando fui contratada, sabiam das minhas limitações e do que tinha acontecido comigo..." (S5)</p> <p>"... digitar mais devagar do que eu digitava antes..." (S5)</p>	7

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Com relação às decorrências no trabalho de mulheres acometidas por Acidente Vascular Cerebral, foi possível observar maior frequência de resposta das participantes que expressam a relação no trabalho: Observando através do relato de S1: *"foi um baque e tanto na minha vida perder o trabalho"*.

O mundo mudou consideravelmente e o exercício de uma profissão passou a ser um dos ativos econômicos mais importantes. As trocas de informações passaram a ser efetuadas num espaço de tempo inferior ao que se estava habituado. Portanto, entre as entrevistadas, o que se percebe é a vontade de exercer a atividade profissional, superando a situação em que encontra-se. O discurso da participante S3 ilustra a importância do trabalho na sua vida: *"queria voltar a trabalhar para me sentir útil, fazer a diferença"*.

Atualmente, na sociedade capitalista em que vivemos, o trabalho constitui

a principal forma de integração social. Quem não tem acesso ao trabalho é considerado excluído da sociedade. No capitalismo, o reconhecimento do trabalho é oriundo de sua inserção no campo econômico, ou seja, de sua capacidade de gerar e viabilizar a mais-valia, uma vez que a sociedade capitalista se caracteriza essencialmente como produtora de mercadoria. (CASTEL, 2000).

Segundo Friedmann (1972), é pelo trabalho que o homem modifica seu próprio meio e, em contrapartida, pode modificar-se a si próprio. Da mesma forma que o trabalho pode significar a etiologia de uma patologia no homem, também constitui o seu processo de viver e a ele é socialmente inerente. A atividade laboral, portanto, tem papel determinante no equilíbrio psicológico do ser humano, à medida que o mantém solidamente vinculado à realidade, levando-se a perceber quão complexas são as relações entre o indivíduo e o trabalho, constituindo, muitas vezes, fator norteador da vida humana, com implicações diretas nas condições fisiológicas, psíquicas, mentais e sociais do indivíduo.

Podemos perceber que o trabalho, além de representar uma espécie de vínculo do indivíduo à sociedade, também constitui uma das configurações mais ativas de os sujeitos conviverem melhor no meio familiar, sem o qual, muitas vezes eles perdem o equilíbrio, desagregam-se.

Conforme Sluzki (1997) o trabalho ainda pode ser considerado uma prática transformadora da realidade, que viabiliza a sobrevivência e a realização do ser humano. Através da ação que realiza e do produto de seu trabalho, o ser humano consegue projetar-se, materializar e expressar sua dependência e poder sobre a natureza, produzindo os recursos materiais, culturais e institucionais que constituem seu ambiente e, ao fazer isso, desenvolve seu padrão de qualidade de vida.

Para Vicente (2004), o indivíduo não consegue sobreviver sozinho, então ele se insere num processo de socialização. O trabalho acaba organizando a vida social, à medida que estabelece uma rede de relações, pois, para produzir, uns precisam dos outros “o trabalho engendra” a vida social e ao mesmo tempo é por ela determinado. Por este motivo, observa-se nas entrevistadas a superação que passaram para estar no ambiente de trabalho, conforme o relato de S1: *“ainda tenho*

algumas dificuldades para digitar, mas consegui me adaptar, e sempre estou tentando me esforçar o máximo para isso”.

Adentrando em novos espaços a mulher foi demonstrando sua capacidade, conquistando novos papéis sociais e transformando sua subjetividade. A partir do ano 2000, segundo Silva (2002), as mulheres passam a constituir 40,4% da população economicamente ativa no Brasil, segundo dados oficiais. O dobro do número encontrado há três décadas.

Todas as entrevistadas citaram o benefício de vencer as barreiras da doença, ou seja, vencer a própria doença, conforme o relato da entrevistada S4: *“aos poucos isto foi melhorando e hoje não tenho mais problema”.* Assim, Romano (2001), mostra que pessoas com sequelas decorrentes de doenças, e que trabalham, apresentam melhor qualidade de vida, quando comparadas às que não exercem atividade laboral.

O trabalho significa para o sujeito uma maneira de afirmar sua identidade por meio das atividades pessoais inseridas por ele no cumprimento das tarefas. É o centro da vida das pessoas, e é por meio dele que se é reconhecido na família e na sociedade. O trabalho é estruturante da identidade e é o local onde cada sujeito reconstrói o seu lugar no mundo. Assim, a identidade profissional é um processo de construção de sujeitos enquanto profissionais. (SILVA, 2002).

Segundo Silva (2002), o trabalho é essencial para o ser humano, dando-lhe possibilidades de concretizar os seus sonhos e seus ideais, pois é por meio dele que há a construção e a criação dos bens imprescindíveis à sua sobrevivência. A falta de trabalho interfere na vida particular das pessoas e nas suas relações inter e intrapessoais. Através do relato da entrevistada S2 podemos observar: *“hoje me considero feliz e realizada, quando não estava trabalhando, cheguei a entrar em depressão por não conseguir fazer nada”.*

Pelas entrevistas, pode-se afirmar que, para a maioria das mulheres, o trabalho é essencial para as suas vidas e é no trabalho que o indivíduo vai construindo a sua identidade profissional, a qual conforme Silva (2002) é formada nas relações sociais. Sabendo-se que a identidade é uma percepção de si mesmo, formada por crenças e valores, pode-se afirmar que identidade profissional é a percepção de si mesmo no ambiente de trabalho.

Conforme Silva (2002), quando a pessoa trabalha, ela passa a ser considerada útil, pois é do trabalho que vem o seu sustento e o de seus familiares. A pessoa que trabalha tem mais probabilidade de ser aceita pela sua família e pela sociedade, e isso pode contribuir para que tenha a sua auto-estima elevada. Podemos observar isto no relato da entrevistada S2 que, mesmo decidindo sair do seu ambiente de trabalho, continua trabalhando em casa para sentir-se útil: *“ainda continuo fazendo alguns trabalhos para o escritório em que eu trabalhava, mas da minha casa”*.

Das cinco pessoas entrevistadas, todas citaram sobre o tempo que ficaram afastadas do trabalho. Este dado exemplifica o que os autores comentam sobre as mudanças serem sistêmicas, isto é, a mudança em um indivíduo gera a mudança de todo o seu sistema social. (VICENTE, 2004). A participante S4 faz o seguinte relato: *“fiquei afastada por algum tempo após o AVC, e não via a hora de voltar ao trabalho, ter o que fazer”*.

Conforme Camon (2003), ocorrem mudanças nos aspectos da vida implicado pelo adoecer, e o trabalho apresenta-se como um desses aspectos na vida dos pacientes. As mudanças que ocorrem no trabalho ou ocupação, geram também a alteração econômica da família e da divisão de tarefas. Nenhuma das entrevistadas verbalizou diretamente a respeito da instabilidade econômica.

Outra mudança nas relações decorrente das questões de trabalho é quando o paciente deixa de trabalhar e fica com o tempo, antes ocupado e dedicado a atividades laborais, livre. Quando o sujeito deixa de trabalhar, por algum motivo, sem que seja de sua vontade, a adaptação à nova situação é mais dificultosa. Além de maior tempo livre, a pessoa passa a conviver mais com os familiares, e às vezes isso gera conflitos neste sistema. Porém, algumas pessoas quando se afastam do trabalho por situações de saúde-doença ou quando se aposentam organizam-se para exercer outras atividades as quais não tinha tempo. Foi possível perceber esta situação a partir do relato da participante S2: *“tenho mais tempo para cuidar de mim e da minha filha, mudar o ritmo de trabalho fez bem para mim e para minha vida”*.

O trabalho para as mulheres entrevistadas é visto como independência, realização pessoal, sobrevivência, algo provedor de felicidade, responsabilidade, utilidade, conquistas, segurança, valor pessoal e profissional, autoestima e

oportunidades. Podemos observar na fala de S3: *“meu trabalho é tudo pra mim, me faz sentir útil, ser realizada, tenho minha independência financeira, não preciso que ninguém me ajude”*.

As entrevistadas relataram as dificuldades apresentadas no trabalho, segundo o relato de S2: *“decidi sair do emprego, já que eu estava com dificuldades para me locomover, digitar”*. Segundo Perez (2005), as doenças e as sequelas neurológicas interferem na capacidade do indivíduo em desempenhar as funções e satisfazer as obrigações que dele se espera. Assim, a pessoa portadora de sequela neurológica não é capaz de desempenhar o seu papel social ou de manter o seu relacionamento habitual com os outros.

O grande problema do AVC não é apenas o elevado índice de mortalidade, mas, sim, a incapacitação que impõe ao indivíduo. (ANDRÉ, 2006). Isto é observado no relato de S4: *“tinha dificuldades para andar, digitar e falar tanto pessoalmente, como no telefone”*.

O Acidente Vascular Cerebral gera uma ampla variedade de déficits neurológicos, dependendo da localização da lesão, do tamanho da área comprometida, podendo apresentar como sinais e sintomas perda do controle voluntário em relação aos movimentos motores, sendo a disfunção motora mais comum, a hemiplegia, devido a uma lesão do lado oposto do cérebro. A hemiparesia ou fraqueza de um lado do corpo é outro sinal. As outras funções cerebrais afetadas pelo acidente vascular cerebral são a linguagem e a comunicação, sendo comum a afasia, a disartria, a disfasia. Ocorrem ainda, déficits cognitivos como perda de memória, senso de julgamento comprometido, distúrbios visuais, confusão mental, déficits emocionais, como perda do autocontrole, labilidade emocional, depressão, hostilidade, sentimentos de isolamento. (ANDRÉ, 2006).

Diante das sequelas deixadas pelo AVC, observamos a grande importância no papel da reabilitação, visando o retorno à vida anterior normal, com o objetivo de ajudar o indivíduo a reencontrar o seu lugar na sociedade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento em que a pesquisadora decidiu fazer uma pesquisa com mulheres e suas percepções acerca do seu processo de adoecimento decorrente do Acidente Vascular Cerebral, não foi objetivo discutir aspectos relacionados a gênero. Primeiramente buscou-se entender, a partir do relato dessas mulheres, como estava sendo conviver com as consequências psicossociais dessa doença, que quase não possui estudo e tão pouco são divulgadas no meio acadêmico e social.

Verificou-se através dos discursos dessas mulheres, grande desajuste diante dessa nova vida que a doença trouxe para elas. Esses desajustes são compreendidos como falta de habilidade em lidar com essas mudanças, por não estarem sendo amparadas como seres humanos dotados também de sentimentos, emoções e de uma subjetividade que fornece um sentido a essa vivência objetiva do adoecimento. Nesse momento é importante salientar que, apesar de terem sido feitas apenas cinco entrevistas, todas possuíram grande significado para compreender um pouco mais sobre a vida dessas mulheres.

Durante as entrevistas realizadas com as mulheres vítimas de AVC, podemos observar que a maioria não conhecia esta doença que as afetava, apenas as repercussões ocasionadas, como os sintomas e as mudanças na vida das pessoas em decorrência do adoecimento. Questiona-se então se não é a partir dessas repercussões que a pessoa adquire um conhecimento da doença que a afeta, pois as consequências só fazem sentido para as pessoas que vivem essa experiência.

Outra questão importante para compreender a percepção delas sobre o seu processo de adoecimento foi identificar os fatores que elas atribuíram para o desenvolvimento da sua doença. Alguns aspectos mais relevantes foram notados, tais como o estresse do dia a dia, o ritmo acelerado de vida e o fator emocional.

Observando a abrangência deste adoecimento, cabe confirmar a importância do psicólogo fazer parte das equipes de saúde, uma vez que ele tem referencial teórico e prático que possibilita oferecer um novo significado às vivências e aos sentimentos experienciados em decorrência de processos de adoecimento.

Outra questão que pôde ser observada nos dados, é que foram encontradas diversas conseqüências do AVC que ultrapassaram os sintomas físicos da patologia. A perda da condição de trabalho, seja em casa ou na sua atividade laboral, devido à diminuição do vigor físico; a perda da identidade que mediava as suas relações consigo e com o mundo e uma conseqüente perda de autonomia.

Neste sentido, é questionado se apenas a reabilitação física dessas mulheres está sendo suficiente para elas sentirem-se recuperadas e com capacidades emocionais para retornar aos seus afazeres anteriores ou ao menos para construir novas possibilidades de vida. Considera-se que uma avaliação da qualidade e do sucesso do tratamento deve perpassar pela possibilidade da pessoa exercer suas atividades de forma autônoma e delas tirar uma satisfação e um sentido para sua própria existência.

Apesar de todas as incapacidades percebidas, as mulheres pareciam não saber o que fazer, ou se havia alguma possibilidade de mudar essas situações que estavam vivendo. A tristeza delas em não poder mais fazer determinadas coisas, não poder mais viver de acordo com suas expectativas e interesses gerou uma certa identificação com a pesquisadora, por ter sofrido esta mesma doença e saber do que estavam falando, do medo do que estaria para vir daqui em diante.

Pode-se observar que foi difícil fazer a análise de algumas questões, em especial sobre os sentimentos gerados pelo adoecimento, como superação, limitações, em função do reduzido material sobre as repercussões psicossociais do adoecimento pelo AVC. Decidiu-se então trabalhar com autores que articulam sobre questões ligadas ao adoecer em geral. Portanto, muito do que foi mencionado pelas mulheres, não pode ser analisado através das teorias, ficando apenas a observação da pesquisadora sobre essas questões. Existe muito material sobre o AVC no âmbito na medicina e poucos na psicologia.

Finalmente, cabe comentar que o psicólogo pode contribuir em situações de adoecimento em decorrência do AVC, auxiliando a pessoa a compreender a doença e suas repercussões, a enfrentar e elaborar as situações advindas do processo de adoecimento, ajudando-o no retorno ao seu lar, ao trabalho, e em todas as outras atividades que para ele forem importantes. Ressalta-se que é fundamental se trabalhar em conjunto com a família para que esta pessoa tenha a maior rede de

apoio possível para reconstruir uma nova forma de viver e se relacionar consigo e com mundo à sua volta, de forma prazerosa e significativa.

A partir do problema de pesquisa criado para discutir a temática deste estudo (qual a percepção das mulheres que sofreram o acidente vascular cerebral acerca da sua vida social), constatou-se a necessidade dessas mulheres terem um apoio psicológico após a doença. Percebeu-se que cada uma dessas mulheres, ao terem a doença acabou desestruturando sua vida. Desta maneira, fica mais uma vez evidente a necessidade do acompanhamento psicológico, e que, sobretudo esse interaja com o acompanhamento multi e interdisciplinar, proteger o indivíduo e, manter o seu equilíbrio emocional para aderir e continuar com os tratamentos da doença e sua recuperação. Diante disto, foi possível perceber que é de extrema importância a divulgação da doença por meio de campanhas que possam conscientizar a sociedade e divulgar a AVC, visto que ainda é desconhecido pela maioria. Também estudos que envolvam os familiares e cuidadores dos indivíduos com AVC, que são afetados mesmo que seja de forma secundária por uma doença ameaçadora, a qual aflige a todos. E principalmente estudos sobre o AVC no âmbito psicológico, pois a maioria dos estudos encontrados foram na área da medicina, e com isso, a interação com a neuropsicologia, área ainda pouco explorada pelos pesquisadores da área da psicologia, os estudos sobre o assunto são escassos. A fraca produção de materiais literários referentes a esta temática dificultou o aprofundamento da pesquisa no viés psicológico, o que tornou este estudo ainda de maior relevância científica, profissional e social.

Na prática profissional percebe-se a necessidade da criação de grupos psicoterapêuticos específicos que venham a contribuir para a qualidade de vida dos indivíduos que tenha sofrido o AVC, bem como a criação de políticas públicas que tenham como foco o paciente.

Por fim, é de fundamental importância deixar a seguinte reflexão para uma futura pesquisa: Qual é o preparo apresentado pelo profissional psicólogo para atuar com a pessoa que convive com as sequelas de um Acidente Vascular Cerebral?

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, Charles. **Manual de AVC**. 2a edição. Editora Revinter: Rio de Janeiro, 2006.

BALSIMELLI, Sílvia F. Aspectos Emocionais na Esclerose Múltipla. In: TILBERY, Charles Peter. **Esclerose múltipla no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2005.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica**. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BASTOS, Jaime Freitas; BENVENUTI, Luiz Alberto. Caso 3/2002 - Mulher de 82 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica, fibrilação atrial e que apresentou acidente vascular cerebral recorrente e fatal. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 80, en 6, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2003000600008&lang=pt>. Acesso em: 21 Out. 2010.

BELICANTA, Juliana. **Tratamento de mulheres em um programa de saúde mental: coincidência entre o foco de tratamento e a queixa inicial**. 2007. [Monografia em psicologia] Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça. Disponível em: <<http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2008/03/JulianaBelincanta.pdf>>. Acesso em: 27 Ago. 2010.

BIZZARRI, Mariano. **A mente e o câncer: um cientista explica como a mente pode enfrentar a doença**. São Paulo: Summus, 2001.

BOTEGA, Neury José. **Reação à doença e à hospitalização**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2002.

CAMON, Valdemar A. Angerami (Org.) **Psicologia hospitalar – teoria e prática**. São Paulo: Pioneira, 1995.

_____. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 2003.

CAMPOS, T.C.P. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais.** São Paulo: EPU, 1995.

CARVALHO, Maria Margarida M. J. de. **Introdução à psiconcologia.** São Paulo: Editorial Psy II, 1994.

CASTEL, R. **Desigualdade e a questão social.** 2. ed. São Paulo: Educ, 2000.

CASTRO, Elisa Kern de; PICCININI, César Augusto. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicol. Reflex. Crit.**, 2002, vol.15, n.3.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. **A família como modelo: desconstruindo a patologia.** São Paulo: Editorial Psy II, 1994.

CHIATTONE, Heloisa Benevides de C., SEBASTIANI, Ricardo Werner. **Introdução à Psicologia Hospitalar.** São Paulo, Série Cadernos Nêmeton– nº1.1998.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciência humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 1998.

CREPALDI, M^a. A.; HACKBARTH, I. D. **Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica.** Vol 10, nº 2, SBP, 2002.

CURY, I.S.M *In*: QUAYLE, J.; LUCIA, S.M.C. **Adoecer, as interações do doente com sua doença.** São Paulo: Atheneu, 2007.

_____. **A prática psicológica e sua interface com as doenças.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

FIGUEIRA, E. **Caminhando em silêncio: uma introdução à trajetória das pessoas com deficiência na história do Brasil.** 1. ed. São Paulo: Giz Editora, 2008.

FERRARI, E. A. M. **Plasticidade neural: relações com o comportamento e abordagens experimentais**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, p. 2, maio/ago. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 12 dez. 2010.

FRÁGUAS, Gisele *et al.* A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: demandas e recursos. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, 12, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=491354&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

FREITAS, Sandra Moreira de Souza. **A criança e a doença**: depoimentos de uma ex-psicóloga do hospital do câncer. São Paulo: Psicologia Atual, 1980.

FRIEDMANN, G. **O trabalho em migalhas**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Altas, 2002.

GIMENEZ, M. G. (org). **A mulher e o câncer**. São Paulo: Ed. Psy, 1997.

GIOVANETTI, J. P. Angústia existencial nos tempos atuais. *In*: CAMON, V. A. (org.). **Angústia e psicoterapia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

HENCKEMAIER, L. **O cuidado transcultural às famílias no hospital**: o cotidiano de uma enfermeira em busca de um referencial para sua prática. Florianópolis, 1999. 152 fl. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) . Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

ISMAEL, Sílvia Maria Cury. A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. *In*: ISMAEL, Sílvia Maria Cury. **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

KANDEL, E.; SCHAMARTZ, J. **Princípios da Neurociência**. São Paulo: Manole, 2003.

KIERKEGAARD, S. **O conceito de angústia**. Lisboa: Presença, 1972.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MACHADO, A. P. T.; SARAIVA, L. Como encontramos nossos pacientes enfermos? **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 22- 23, agosto 2006.

MARTINS, M. **Uma crise acidental na família – o doente com AVC**. Coimbra: Climepsi Editores, 2002.

MINAYO, M. C. de S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

OKAMOTO, M. **Medicina física e reabilitação**. Coimbra: Editorial Manole, 1990.

PADILHA, J. **Enfermagem em neurologia**. Coimbra: Formação e Saúde, 2001.

PAZELLO, Elaine Toldo. A maternidade afeta o engajamento da mulher no mercado de trabalho?: um estudo utilizando o nascimento de gêmeos como um experimento natural. **Estud. Econ.**, São Paulo, v. 36, en 3, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612006000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 Ago. 2010.

PENNA, Therezinha L. M. **Psicoterapia breves em hospitais gerais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

PEREZ, Glória Heloíse. O psicólogo na unidade de emergência. In: ISMAEL, Sílvia Maria Cury. **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3ªed. São Paulo: Hucitec, 1999.

RABELO, D. **Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão**. Estudos de Psicologia. 2006.

RAUEN, F. J. **Roteiros de investigação científica**. Tubarão: Unisul, 2002.

ROMANO, B.W. **Psicologia e cardiologia: encontros possíveis**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

RUSCHEL, Patrícia Pereira. Quando o coração adocece. In: ROMANO, Bellkiss Wilma (org.) **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo. Pioneira Thomson Learning, 2002.

_____. **Prática da psicologia no hospital**. São Paulo: Thompson Pioneira, 2000.

SARNO, John E.; SARNO, Marta Taylor. **Derrame: tratamento e prevenção**. São Paulo: Ibrasa, 1977.

SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: ARGERAMI – CAMON, V. A. (org.). **E a psicologia entrou no hospital...** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

SILVA, D. M. **Qualidade de vida de pessoas com doença crônica**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 55, n°5, p. 562-567, 2002.

SILVA, Ana Lúcia Martins; ANDREOLI, Paola Bruno de Araújo. O trabalho do psicólogo em UTI e UCO. In: ISMAEL, Sílvia Maria Cury. **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SIMONTON, S. M. **Com a Vida de Novo: Uma Abordagem de Auto-Ajuda para Pacientes com Câncer**. São Paulo: Summus, 1990.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SORENSEN E LUCKMAN. **Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta, 1998.

SPINK, M.J.P. Psicologia da Saúde: A estruturação de um novo campo de saber. In: **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VICENTE, Rosa Maria Pereira da Silva. Família e mudança. In: CERVENY, Ceneide M. De Oliveira. **Família e**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ZAKIR, Norma San'Ana. Mecanismos de Coping. In: LIPP, Maria Helena Novaes. **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress**: teoria e aplicações técnicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A

O presente roteiro de entrevista destina-se à coleta de dados para a elaboração do trabalho de conclusão de curso do Curso de Psicologia.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome: _____ Iniciais: _____
Idade: _____ Estado Civil: _____
Naturalidade: _____ UF: _____
Cidade que reside: _____ UF: _____
Constituição Familiar: _____

Escolaridade: _____ Religião: _____
Diagnóstico: _____ Tempo de diagnóstico: _____

1. Com relação ao trabalho, você:

() trabalha () está desempregada

2. Se trabalha/ocupação:

Em quê? Há quanto tempo? Quantas horas semanais?

3. Quais seus sentimentos em relação ao diagnóstico?

4. Como é seu ciclo familiar? Como sua família tem reagido ao seu processo de adoecimento?

5. Qual a sua relação com seus amigos?

6. O que você faz nas horas de lazer?

7. Como eram/são seus hábitos quanto à:

a. Prática de exercícios físicos:

c. Fumo:

b. Alimentação:

d. Alcool:

8. Com relação ao seu trabalho, como está sendo em relação ao seu diagnóstico? Algo mudou? O que mudou?

9. Quais fatores você considera que podem ter contribuído para o desenvolvimento desta doença?

10. Você acha que depois do adoecimento alguma coisa mudou na sua vida? Como era antes e como está sendo agora?

11. Depois de tudo o que você passou, qual palavra que resume a sua vida atualmente?

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

ANEXOS

ANEXO A Termo de Consentimento

**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa que tem como título “Desarrumou tudo: o impacto do Acidente Vascular Cerebral na vida das mulheres”. A pesquisa tem como objetivo caracterizar a percepção das mulheres que vivenciaram o Acidente Vascular Cerebral acerca das mudanças na vida social, familiar e do trabalho.

Na Clínica Dr. Casuo Ishimine, serão realizados atendimentos junto à pacientes que vivenciaram o Acidente Vascular Cerebral. Percebe-se que essa pesquisa tem a intenção de auxiliá-los nas mudanças decorrentes da doença. Surge neste momento a importância de estudar e contribuir aos pacientes em sofrimento diante do diagnóstico recebido, as mudanças no estado emocional e a necessidade de criar condições favoráveis para melhor posicionarem-se para o enfrentamento da situação apresentada.

Esta pesquisa será realizada com mulheres que foram acometidas pelo Acidente Vascular Cerebral e suas decorrências da doença a partir de relatos. As pessoas serão entrevistadas sendo que perguntas serão feitas sobre os sintomas causados pelo Acidente Vascular Cerebral e os fatores de risco da doença. A entrevista será gravada e terá duração de cerca de trinta minutos. Depois o pesquisador fará a transcrição fiel da gravação evitando mudar o que você disser na entrevista.

Você não é obrigado(a) a responder todas as perguntas e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento (antes, durante ou depois de já ter

aceitado participar dela ou de já ter feito a entrevista), sem ser prejudicado(a) por isso. A partir dessa pesquisa, como benefício, você poderá aprender sobre como enfrentar o Acidente Vascular Cerebral. Como objetivo da pesquisa é saber o que você conhece sobre essa doença, não são previstos desconfortos durante a entrevista. Mas, caso você se sinta desconfortável durante a entrevista, é importante que diga isso ao(à) pesquisador(a) para que ele(ela) possa auxiliá-lo(a).

Você poderá quando quiser pedir informações sobre a pesquisa ao(à) pesquisador(a). esse pedido pode ser feito pessoalmente, antes ou durante a entrevista, ou depois dela, por telefone, a partir dos contatos do pesquisador que constam no final deste documento.

Todos os seus dados de identificação serão mantidos em sigilo e a sua identidade não será revelada em momento algum. Em caso de necessidade, serão adotados códigos de identificação ou nomes fictícios. Dessa forma, os dados que você fornecer serão mantidos em sigilo e, quando utilizados em eventos e artigos científicos, assim como campanhas de prevenção, a sua identidade será sempre preservada.

Lembramos que a sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Karoline Saibro Dutra sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita e os benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e data: _____

Assinatura: _____

PESSOA PARA CONTATO:

Pesquisador responsável:

Maurício Eugênio Maliska

Aluna responsável:

Karoline Saibro Dutra

Fone: (48) 9101-7039

karolinedutra@hotmail.com

ANEXO B Termo de Consentimento para Gravações**CATARINA
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL
CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÕES**

Eu _____
permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha gravação de
minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e/ou educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa
possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou
periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto
quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao
estudo e sob sua guarda.

Nome do sujeito da pesquisa e/ou paciente: _____

RG: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Equipe de pesquisadores:

Professor: Maurício Eugênio Maliska

Aluna: Karoline Saibro Dutra. Fone: (48) 9101-7039

Data e Local onde será realizado o projeto:

Florianópolis, _____

Adaptado de: Hospital de Clínicas de Porto Alegre / UFRGS

ANEXO C Termo de Consentimento para Utilização dos Registros



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL
CONSENTIMENTO PARA UTILIZAÇÃO DOS
REGISTROS DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO**

Eu _____
permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo utilize os registros de atendimento psicológico realizados a minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e/ou educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

Os registros de atendimentos ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Nome do sujeito da pesquisa e/ou paciente: _____

RG: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Equipe de pesquisadores:

Professor: Maurício Eugênio Maliska

Aluna: Karoline Saibro Dutra. Fone: (48) 9101-7039

Data e Local onde será realizado o projeto:

Florianópolis, _____

Adaptado de: Hospital de Clínicas de Porto Alegre / UFRGS