

C 60551

R 13831319/04

R\$17,90

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A MULHER ACOMETIDA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO

CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA

FORTALEZA – CEARÁ

2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

E
616.81
10697m
2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

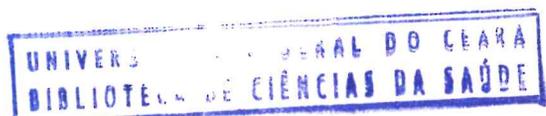
A MULHER ACOMETIDA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO

Dissertação apresentada à banca examinadora por Cibelly Aliny Siqueira Lima, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Socorro Pereira Rodrigues, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC, inserida na linha de pesquisa: Assistência participativa de enfermagem em situação de saúde-doença.

CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA

FORTALEZA – CEARÁ

2003



L697 Lima, Cibelly Aliny Siqueira.

A mulher acometida de acidente vascular cerebral: cuidados de enfermagem no processo de reabilitação/ Cibelly Aliny Siqueira Lima. – Fortaleza; 2003.

179p.: il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem Clínico-Cirúrgica) – FFOE/DENF, Universidade Federal do Ceará, 2003.

1. Acidente vascular cerebral. 2. Mulher – reabilitação. 3. Enfermagem – cuidado domiciliar.

CDD 614.598

CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA

**A MULHER ACOMETIDA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
na Universidade Federal do Ceará – UFC, como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Data da Aprovação: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Maria Socorro Pereira Rodrigues
Professora Dra. MARIA SOCORRO PEREIRA RODRIGUES

Universidade Federal do Ceará - UFC

Presidente

Ivete Palmira Sanson Zaganel
Professora Dra. IVETE PALMIRA SANSON ZAGONEL

Universidade Federal do Paraná - UFPR

P. L. 1º Membro

Maria Fátima Maciel Araújo
Professora Dra. MARIA FÁTIMA MACIEL ARAÚJO

Universidade Federal do Ceará - UFC

2º Membro

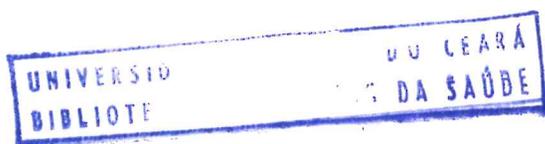
Professora Dra. MARIA JOSEFINA DA SILVA

Universidade Federal do Ceará - UFC

Membro Suplente



Dedico às mulheres com acidente vascular cerebral, que, apesar de suas dificuldades, puseram-se à disposição para fornecer informações importantes para a concretização deste estudo.



AGRADECIMENTOS

A Deus, pela imensa misericórdia derramada sobre mim, para que pudesse chegar com êxito ao final do curso. Por nunca ter largado minhas mãos nos momentos difíceis e por me haver permitido chegar ao fim.

Aos meus pais, Melo e Leonilda, que iluminam meus caminhos e, a fim de realizar meus sonhos, se doaram de forma completa. Pela possibilidade que me deram de existir, pelos ensinamentos e por serem para mim exemplos de vida e também pelo apoio constante em todos os momentos, bem como pela certeza irrevogável de minha vitória.

Ao meu irmão, Keyler, que nos últimos momentos da construção deste trabalho, teve participação muito importante.

A minha eterna poetisa, Kelvinha, que muitas vezes dividiu comigo vários momentos deste percurso, instantes de desequilíbrio, inquietação e medo, ficando ao meu lado, ajudando-me a superar as dificuldades, com suas palavras melodiosas e cheias de carinho, respeito, zelo...

Ao meu amor, Márcio, "amor da minha vida, daqui até a eternidade...". Que passou a ser parte de mim, compreendendo a importância desta caminhada, as minhas ausências, as viagens, com preocupação e sempre me incentivando para o crescimento de minha profissão. A você, o meu reconhecimento e gratidão.

À Prof.^a Dr.^a Maria Socorro Pereira Rodrigues, minha orientadora e amiga, que, além das ricas sugestões, contribuições, apoio carinhoso, compreensivo e competente durante todo o trabalho, soube reerguer o meu ânimo nos momentos de dificuldades.

As professoras do Curso de Mestrado, em especial, Raimunda Magalhães, Graziela Barroso e Violante, muito obrigada pelo muito que aprendi com cada uma de vocês.

Às minhas colegas de curso, Alexsandra, Aline, Mônica, Leila, Fatinha, Isolda, Antonia, Cleidinha e Verônica, pelo companheirismo, cumplicidade e apoio nesta caminhada, e especialmente, Izabelle, que passou a fazer parte da minha caminhada, presente dias e noites nas vitórias conquistadas, nas derrotas superadas. O tempo e a distância jamais poderão apagar do meu coração a nossa

amizade; que esta amizade seja eterna... “como os eternos ventos que correm pelo mundo, mas sempre voltam ao mesmo lugar”.

Ao Departamento de Enfermagem da UFC, obrigada pelas facilidades e dificuldades, pois cada uma delas de forma diferente me acrescentou mais vontade de concluir este trabalho.

À CAPES, pelas enormes contribuições prestadas no decorrer de todo o trabalho e por ajudar na conquista deste ideal.

À Universidade Federal do Ceará – UFC, por subsidiar minha qualificação profissional e por ter provido também momentos de crescimento pessoal e amigos inesquecíveis.

À Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, na pessoa do Diretor do Centro de Ciências da Saúde, Prof. Gerardo Cristino Filho, e ainda, a Maristela e Socorrinha, por me incentivarem o curso da carreira acadêmica.

As minhas amigas Eliany e Sandra Melo, que torceram pela finalização de mais uma etapa de minha jornada; cada uma me ajudou de forma muito especial. Obrigada.

À Dr.^a Ivana e ao Dr. Odorico, pela amizade e por acreditarem no meu potencial profissional.

A todos os que, através de incentivos e compreensões, colaboraram para a concretização dos meus ideais.

*Un encuentro de dos: ojo a ojo, cara a cara
Y cuando estes cerca arrancaré tus ojos
Y los colocare en el lugar de los mios,
Y arrancarás mios ojos
Y los colocarás en el lugar de los tuyos,
Entonces te miraré con tus ojos
Y tu me miraras con los mios.*

(MORENO, 1914)

(Trad.) Um encontro de dois: olho no olho, face na face/ E quando estiveres perto arrancarei teus olhos/ e os colocarei no lugar dos meus,/ e tu arrancarás meus olhos/ e os colocarás no lugar dos teus,/ então te olharei com teus olhos/ e tu me olharás com os meus.

RESUMO

A doença vascular cerebral (AVC) é a terceira causa de morte e o que mais provoca invalidez na população de países desenvolvidos. Atualmente, há uma grande deficiência em serviços e recursos fundamentais para as mulheres que sofreram um AVC. O estudo tem por objetivo desvelar os sentimentos e percepções dessas mulheres a respeito de sua vivência sobre a ocorrência do AVC na sua cotidianidade, a fim de delinear as reais necessidades de cuidado de enfermagem, e analisar as experiências expressas pelas mulheres, à luz do referencial existencial-fenomenológico de Watson, fortalecendo a reaprendizagem de autocuidado no domicílio, no enfrentamento e adaptação ao novo modo de vida. É uma pesquisa qualitativa, com ênfase na técnica de estudo de caso. Envolve mulheres domiciliadas no Município de Sobral-CE, apresentando capacidade de comunicação, verbal ou não verbal, com apenas um episódio de AVC e em processo de reabilitação. A amostra consta de cinco mulheres, selecionadas a partir de seus prontuários na Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Os dados foram coletados durante os meses de setembro e outubro/2002, no domicílio das próprias mulheres, cujo instrumento constou de observação participante e da aplicação da técnica projetiva chamada Teste de Cores de Lüscher. Os resultados foram analisados através do Método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin, (1976), utilizando a técnica de análise categorial. Dos resultados emergiram as categorias: 1) o domicílio e sua influência no processo de reabilitação da mulher com AVC; 2) o AVC como fator desencadeante de alterações na vida da mulher; 3) alterações na auto-imagem e na auto-estima da mulher acometida de AVC; 4) o AVC como fator impeditivo para as atividades domésticas, sociais e profissionais e 5) necessidades psico-espirituais da mulher acometida de AVC. Foi possível perceber que o AVC trouxe repercussões significativas para a nova condição de vida de Nikê, Afrodite, Atena, Ananke e Hebe, – nomes fictícios atribuídos às mulheres envolvidas no estudo - durante o processo de reabilitação da doença. A convivência com as mulheres nos levou a acreditar que o início da doença pode ser tão angustiante para a família quanto para a pessoa com AVC, uma vez que a incerteza quanto ao próprio futuro; o medo da ocorrência de um novo acidente vascular e da morte, da dependência; o sentimento de estar incomodando os outros são situações difíceis e comuns que aquelas mulheres enfrentam após o acometimento do AVC. Observamos que durante o processo de reabilitação elas experienciaram uma real situação de doença crônica; de incerteza, uma sensação de que algo está errado em sua vida física, emocional e social. Diversas emoções e sensações físicas desagradáveis eclodem, podem ser influenciadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais que podem se alterar nas dimensões, tempo e espaço, bem como pelo significado que o indivíduo atribui a esta experiência, que por sua vez depende da orientação de vida, forças e necessidades, o que vem agravar o impacto das incapacidades em seu cotidiano, determinando um novo rumo em seu processo de viver e ser saudável.

ABSTRACT

Cardiovascular disease is the third most common cause of death and that which most causes disability in the population of developed countries. Currently, there is a great deficiency in services and basic facilities for a person who suffered a CVA (Cardiovascular Accident). This study has the objective of investigating the repercussions of a CVA occurrence in the daily routine of a woman and to identify the necessities expressed by a woman suffering from CVA, as also to suggest strategy guidance for relearning self-care at home. Qualitative research of case study type, with women suffering from cardiovascular accident, residents in the municipal of Sobral-CE, with communication capacity, including non-verbal, who have presented only one CVA episode and are in the process of rehabilitation. The sample was made up of five women selected from hospital reports at the "Santa Casa de Misericórdia de Sobral" Hospital. The data were collected during the months of September and October, 2002, at the women's own residences, whose instrument consisted of observation of the participant and the application of a projective technique, the Lüscher Color Test. The results were analyzed through the Content Analysis Method proposed by Bardin, (1976), using the technique of categorical analysis. From the results emerged the following categories: 1) the home and its influence in the rehabilitation process of a woman with CVA; 2) CVA as an initiating factor of changes in the life of a woman; 3) changes in self-impression and self-esteem in the life of a woman suffering from CVA; 4) CVA as an impeding factor for domestic, social and professional activities, and 5) spiritual necessities of a woman suffering from CVA. It was possible to perceive that CVA brought about significant repercussions to the new living conditions of Nikê, Afrodite, Atena, Ananke and Hebe – fictitious names attributed to the women involved in the study – during the rehabilitation process of the women. The living conditions of the women led us to believe that the initial stages of the disease may be as anguishing to the family as to the person with CVA; the uncertainty to their own future; the fear of another vascular accident and death, dependence; the feeling of troubling others, are difficult and common situations that these women face after suffering CVA. We observed that during the rehabilitation process they felt the reality of chronic disease; uncertainty, the sensation that something is wrong in their physical, emotional and social lives. Diverse emotions and unpleasant physical sensations come about, they may be influenced by biological, psychological and social variables which may alter in their dimensions, time and space, as well as, by the significance that the individual attributes to this experience, who in turn depends on life guidance, strength and necessities, which may worsen the impact of disabilities in their daily routine, determining a new direction in their process of living and being healthy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Problema de Pesquisa	12
1.2	Justificativa e Relevância da Pesquisa	18
2	OBJETIVOS	22
3	REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1	Encontros e Desencontros Ocorridos na Trajetória Histórica da Figura Feminina	23
3.1.1	Revisitando o Sentido das Relações de Gênero para a Mulher	24
3.1.2	A Mulher no Contexto da Construção de sua Cidadania	28
3.1.3	A Mulher no Cenário Social e Político	31
3.1.3.1	<i>Enfocando a Mulher e sua Relação com a Família</i>	32
3.1.3.2	<i>A Mulher e sua Relação com o Trabalho</i>	33
3.1.3.3	<i>Questões Relacionadas à Saúde da Mulher</i>	35
3.2	Aspectos Psicofisiopatológicos do AVC	36
3.3	O AVC e suas Repercussões no Cotidiano da Mulher	42
3.4	A Atuação do Enfermeiro junto à Mulher Acometida de AVC	42
3.5	As Cores e sua Influência sobre as Pessoas e sobre o Ambiente....	47
4	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	53
4.1	A Teoria de Jean Watson como Referencial Teórico-Methodológico para o Estudo	53
5	METODOLOGIA	62
5.1	Tipo de Estudo/Abordagem	62
5.2	Local da Pesquisa	64
5.3	Sujeitos da Investigação	66
5.4	Aspectos Legais e Éticos da Pesquisa	67
5.5	Coleta de Dados	69

	Observação Participante.....	71
	Teste das Cores de Lüscher	74
5.6	Organização e Discussão dos Resultados	80
6	APRESENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	82
	▪ Nikê... a deusa que deseja voltar a ir à missa	83
	▪ Afrodite... a deusa que lamenta a perda de sua independência	87
	▪ Atena... a deusa curandeira que vem se sentindo uma inválida	91
	▪ Ananke... a deusa que soube ceder e administrar suas atividades domésticas	96
	▪ Hebe... a deusa com um irmão sensível e criativo	99
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	103
	▪ 1ª CATEGORIA: O Domicílio e sua Influência no Processo de Reabilitação da Mulher com AVC	104
	▪ 2ª CATEGORIA: O AVC como Fator Desencadeante de Alterações na Vida da Mulher	107
	▪ 3ª CATEGORIA: Alterações na Auto-imagem e na Auto-estima da Mulher Acometida de AVC	118
	▪ 4ª CATEGORIA: O AVC como Fator Impeditivo das Atividades Domésticas, Sociais e Profissionais	126
	▪ 5ª CATEGORIA: Necessidades Espirituais da Mulher com AVC.....	134
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
9	REFERÊNCIAS	145
	APÊNDICES	157
	ANEXOS	165

1 INTRODUÇÃO

Do cérebro, e somente dele, brotam nossos prazeres, felicidades, alegrias e gracejos, bem como nossas tristezas, dores, mágoas e lágrimas... É a mesma coisa que nos faz loucos ou delirantes, inspira-nos temor ou medo, durante o dia ou à noite, nos trazendo insônia, erros inoportunos, ansiedades a esmo, distração e atitudes contrárias ao nosso hábito. Estas coisas que todos nós sofremos vêm do cérebro, se não estiver sadio, mas anormalmente quente, frio, úmido ou seco.

HIPÓCRATES (460? – 377? AC) A Doença Sagrada

Atualmente, em decorrência das mudanças acentuadas no estilo de vida das pessoas, as doenças crônicas representam problemas relevantes de saúde, uma vez que geralmente levam à incapacitação progressiva, além de ocasionarem elevação nas taxas de morbimortalidade, em idades cada vez mais precoces.

As doenças cerebrovasculares (DCV) envolvem alto potencial estressor e estão entre as doenças crônicas apontadas como de alta prevalência, sendo, portanto, responsáveis por estatísticas assustadoras em todo o Brasil. Tem-se registro de uma inversão nos quadros de morbimortalidade, com redução acentuada das doenças infecciosas e aumento insidioso das doenças crônico-degenerativas, ocorrência esta notada tanto nos países centrais quanto nas nações periféricas, conforme referido por Laurentini (1983).

É possível perceber-se que as tendências descritas para as doenças crônicas no País são sempre crescentes. Vale ressaltar que, dentre as duas importantes morbidades nacionais, sobre as quais recai considerável taxa de mortalidade, de grande expressão social, uma delas é a doença cerebrovascular.

Nettina (1999) define doenças cerebrovasculares como qualquer anormalidade no sistema nervoso central, que ocorre quando o suprimento normal de sangue para qualquer região do cérebro é interrompido, levando a uma disfunção neurológica, que pode ser passageira ou permanente. Especificamente, o AVC é caracterizado pela perda abrupta da função cerebral, resultante da interrupção do fluxo sanguíneo para uma determinada parte do encéfalo.

Um cérebro lesado jamais pode ser completamente restaurado. Os tecidos nervosos submetidos a traumatismos ou hemorragias tornam-se incapazes de suportar a excessiva compressão, ocasionada pelo desenvolvimento de coágulos ou pela presença de edema. A pressão exercida sobre o tecido circunjacente pode ocasionar um deslocamento dos centros vagais/hérnias, ou interromper a função dos tecidos mais próximos (POTTER E PERRY, 1996).

Smeltzer e Bare (1999), assinalam que o aparecimento do AVC está intimamente relacionado com a herança familiar e hábitos inadequados, como o estilo de vida sedentário, o estresse, o tabagismo, a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, as doenças cardiovasculares, a hipercolesterolemia, o uso indiscriminado de estrógenos e ainda o diabetes, a obesidade e a hipertensão arterial – os quais atingem de 11 a 20% dos brasileiros com idade entre 20 e 49 anos – contribuem para a maior parte dos óbitos desse grupo.

É importante atentarmos para o fato de que todos esses fatores de risco são susceptíveis de fazer parte do estilo de vida das pessoas neste século, assim como o uso de estrógeno pelas mulheres tornou-se já um hábito comum. Muitas doenças cerebrais podem se manifestar através de distúrbios comportamentais e psiquiátricos. Os problemas neurológicos variam com o passar do tempo e podem afetar os mais diversos aspectos da vida cotidiana de uma pessoa.

Autores como Lambert e Lambert (1987) e Sexton e Munro (1988) afirmam em seus trabalhos que, numa situação de doença crônica, o indivíduo experimenta conflitos de longa duração e mudanças significativas no estilo e na qualidade de vida, aos quais ele precisa se ajustar. Miller (1983) acrescenta que quando o indivíduo tem uma doença crônica, precisa enfrentar alguns desafios decorrentes e resolvê-los, para a manutenção da integridade da pessoa, envolvendo autoconceito positivo e papel adequado nos relacionamentos sociais.

É válido ressaltar que a atenção à reabilitação de pacientes acometidos de AVC deve voltar-se, principalmente, para as dificuldades ou incapacidades com a marcha, fraqueza no membro inferior, movimentos do membro superior, mudanças diversas nas atividades diárias, condicionamento cardiovascular, distúrbios cognitivos, perceptivos e comportamentais, do tipo percepção de mensagem,

conduta, atividade sexual, o lazer, a depressão e distúrbios psiquiátricos, e outros, conforme é enfatizado por André (1999).

As mudanças ou desafios que ocorrem na vida do indivíduo, em consequência de uma doença crônica, podem estar associados à dor, ao desconforto, a uma hospitalização, incapacidades e à reabilitação. Ocorrem, ainda, mudanças externas, como a perda da ocupação, dos relacionamentos sociais e a redução do lazer, entre outros.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

As patologias cerebrovasculares são consideradas as principais doenças crônicas em nossa sociedade. Constituem a terceira causa de morte no mundo, onde cerca de 40 a 50% dos indivíduos que sofrem desta enfermidade morrem seis meses após serem acometidos por ela, e a maioria dos sobreviventes está sujeita a exibir deficiências neurológicas e incapacidades motoras significativas, o que torna o AVC a primeira causa de incapacitação funcional no mundo, sendo superada, apenas, pelas cardiopatias em geral, e pelo câncer (ANDRÉ, 1999).

No Brasil, o acidente vascular cerebral (AVC), mata mais do que a doença coronariana. Segundo Carvalho (1999), dentre as doenças cerebrovasculares, o AVC constitui um problema neurológico primário no mundo inteiro, apresentando uma mortalidade global de 18 a 37%, para os casos de primeiro derrame e superior a 62% para os episódios subseqüentes.

André (1999), em seus estudos, menciona a probabilidade média de se desenvolver AVC em 10 anos, segundo idade, em mulheres e homens. Os dados são os seguintes: no grupo etário de 55 – 64, foi possível encontrar uma probabilidade de 13,7% para o homem e 7,7% para a mulher; na faixa etária de 65 – 74, encontrou-se no homem 24,7% e na mulher 18,1%; já no grupo etário de 75 – 84, constatou-se 40,3% para o homem e 39,4% para a mulher. Os dados denotam claramente que essa incidência cresce à medida que avança a idade (dobra aproximadamente a cada década). A incidência de AVC nos homens é

discretamente superior à das mulheres. Esta proporção entre sexos, entretanto, inverte-se nas faixas etárias mais altas da população.

Dados epidemiológicos recentes demonstraram que a morbimortalidade de doenças cerebrovasculares em mulheres é maior do que em homens. Stringueto (1999) anota que a taxa de mortalidade decorrente deste problema vem-se elevando. Em 1990, era de 34 por 100 mil habitantes, e, em 1997, subiu para 35 por 100 mil habts. Esta tendência de aumento decorre, principalmente, do crescimento da mortalidade em mulheres. Em 1990, a incidência de morte por doenças cerebrovasculares em homens era de 42,7 por 100 mil e, em 1997, manteve-se praticamente igual (cerca de 42,5). Já nas mulheres, a taxa subiu de 25,4, em 1990, para 28,3, em 1997.

O autor acentua que esse fenômeno ocorre por dois motivos: os homens estão se prevenindo mais, enquanto as mulheres, ao contrário, estão aderindo com maior lentidão às mudanças ocorridas em seu cotidiano. É importante destacar, que em virtude da maior participação da mulher no mercado de trabalho, ao que se adicionam às tarefas que lhe são culturalmente atribuídas, ela passou a ter mais estresse, o qual é considerado um marcador potencializador dos fatores de risco para as doenças cerebrovasculares.

Ressalta-se que as patologias neurológicas trazem significativas repercussões biopsicossociais para a vida do indivíduo acometido por tal enfermidade. Smeltzer e Bare (1999) garantem que geralmente, a via final, comum a muitos distúrbios neurológicos, é a disfunção músculo-esquelética. As pessoas com tais patologias estão sujeitas a um descondicionamento que aumenta as perdas funcionais, decorrentes da fraqueza, da imobilidade, do comprometimento dos reflexos posturais, das dores articulares e da depressão que tudo isso provoca nessas pessoas e em seus familiares.

De acordo com Pereira (1999: p.26), motivos não faltam para que a mulher viva numa montanha russa emocional, a começar pelas alterações hormonais, que a acompanham todo mês, interferindo nos seus humores. Somadas a esta característica inexorável, há a pressão pelo *desempenho impecável no trabalho, a cobrança por um corpo perfeito, pela mãe presente, pela mulher imbatível na cama.*

Esse apanhado de alterações e cobranças torna a mulher mais vulnerável às chamadas doenças da alma – depressão, ansiedade, anorexia, bulimia e principalmente o estresse –, indicadores considerados potencializadores dos fatores de risco para as doenças cerebrovasculares.

A problemática evidente nessas pessoas é que o AVC causa uma variedade significativa de déficit neurológico, impondo restrições severas à capacidade de trabalho e produtividade na população de um país, sendo necessária uma assistência nas suas atividades diárias. Warlow (1997), referindo-se a este fato, sugere que o Brasil se mostra ainda despreparado para responder aos desafios gerados pelo envelhecimento progressivo da população. Atualmente, há uma grande deficiência em serviços e recursos fundamentais para a pessoa que sofreu um AVC.

É válido comentar que, durante os meses de junho, julho e agosto/2002, observamos a evolução de mulheres acometidas de AVC, admitidas ao serviço de neurologia de um hospital de grande porte do interior do Ceará. Vimos que a grande maioria delas tinha seqüelas temporárias e/ou permanentes, em decorrência do AVC; em muitas o acidente havia atingido a porção do cérebro responsável pela audição, fala e visão, o que pode impossibilitar até a comunicação não verbal, uma vez que elas permaneciam por um considerável período de tempo apresentando comprometimento da atividade mental. Foi possível observar também que, ao ser prescrita a alta hospitalar para essas mulheres, elas voltavam para os seus domicílios apresentando muitos déficits, dentre eles o motor, o de comunicação e de percepção, ou seja, demonstravam dificuldades de interpretar sensações, entre outros.

Os componentes familiares dessas mulheres apresentavam-se inseguros e ansiosos, questionando-se sobre o processo de reabilitação, ao qual se submeteria aquele seu ente querido. Essa problemática nos fez refletir sobre as demandas da mulher acometida de AVC junto à sua família no âmbito domiciliar.

Diante do exposto, torna-se necessário que a pessoa de qualquer idade, sobrevivente de AVC, seja qual for o tipo, deve ser sempre preparada para tratamento e reabilitação. Consideramos que o cuidado de enfermagem, especialmente no domicílio, é fundamental para o desenvolvimento de programas

intensivos de reabilitação eficazes, de forma a serem eficientes para reduzir o grau de acometimento funcional e a incapacidade residual, intervenções pelas quais o enfermeiro é responsável, uma vez que a arte de cuidar é peculiar à nossa profissão.

Algumas autoras, entre elas Cunha (1991), dizem que é necessário se repensar a assistência à saúde centralizada nos hospitais, pois, de modo geral, as pessoas passam pouco tempo internadas. Às vezes, as altas precoces, motivadas pelo alto custo do tratamento, pela carência de leitos hospitalares e pela grande incidência de doenças crônicas, fazem com que uma camada significativa da população de doentes receba tratamento em suas residências.

A enfermagem é uma arte e ciência que se realiza a partir do cuidado, o qual pode ser considerado como o espírito da enfermagem, visto que não é somente um componente de sobrevivência humana, imprescindível para a vida dos seres, e com uma conotação humanista com base em conhecimentos científicos.

Figueiredo e Carvalho (1999) relatam-nos que o cuidado envolve vários fatores relacionados aos valores humanistas e altruístas, desde a fé e a esperança; o cultivo de sensibilidade; a relação de ajuda; a aceitação dos vários tipos de expressão de sentimentos; o uso de um método científico para resolver os problemas; a educação; a manutenção de um ambiente em condições de proporcionar a saúde física, mental, cultural e espiritual.

O cuidar deve estar associado ao modo de ser da pessoa que concede o cuidado, à sua forma de se expressar, de conviver e de se apresentar no mundo, a fim de imprimir-lhe um aspecto estético e ético conectado e comprometido com a sua importância e adequado ao seu objetivo. Deve ter em vista as características da pessoa que vai receber o cuidado, a sua singularidade, dignidade e espiritualidade e, se possível, levando em conta a sua história, a fim de desenvolver uma interação o máximo produtivo possível. Para tanto, é fundamental o emprego de elementos como o diálogo, o toque e a simples presença junto à pessoa, a fim de cultivar sua confiança e o apoio.

Parafraseando Watson (1985), pode-se dizer que esse cuidado deve ser, dinâmico, de forma a mobilizar (corpos, almas e mentes) enfermeiros e clientes, visando a maior harmonia e evolução espiritual em plenitude, encaminhar para a

percepção da própria existência e da doença, a fim de promover uma reorganização de valores, o que privilegia a transpessoalidade.

Pode-se, ainda, anexar a este pensamento o de Randünz (1999), que reforça a necessidade de o enfermeiro ser capaz de inserir-se no mundo do outro, compartilhar suas dúvidas e suas dificuldades.

Na busca de adentrar o universo da mulher acometida de AVC, torna-se necessário que o enfermeiro, como ser cuidador, se envolva de forma dinâmica e interaja com o ser cuidado. Assim, envolvemo-nos com o pensamento de Jean Watson (1985), que concebe cuidado como o atributo fundamental que a enfermagem tem para oferecer à humanidade, e que este cuidado com o ser humano (cliente/família) deve ocorrer em forma de uma relação transpessoal, ou seja, ser enfermeiro e ser cliente estabelecem objetiva e subjetivamente um pacto de co-participação da situação em que se encontra o segundo.

Desta forma, pode-se dizer que o cuidar envolve um *continuum*, onde o cuidador deve procurar sua realização profissional, ao desenvolver ações que beneficiem o ser cuidado. E, ainda, que o processo de cuidar, segundo Figueiredo e Carvalho (1999), deve ser desenvolvido a partir de ações, atitudes e comportamentos, com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizadas para e com a pessoa/ser cuidado, no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humanas. Esta dignidade e totalidade englobam o sentido de integridade e plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual, nas fases de vida e de morte, e constitui, em última análise, um processo de transformação de ambos – cuidadora, que se molda para conhecer a pessoa a ser cuidada e oferecer-lhe o cuidado próprio – e ser cuidado – que se deve abrir para se mostrar ao seu cuidador, a fim de favorecer-lhe o conhecimento sobre si, ajudando assim o mesmo a oferecer-lhe o cuidado que merece e ao mesmo tempo, aceitar os ensinamentos que ele poderá lhe oferecer.

Refletimos, assim, sobre as dificuldades e frustrações ocasionadas pelo surgimento do AVC, visto que essa ocorrência acidental afeta uma fração significativa da população, em fase reprodutiva, interferindo não só na quantidade, mas também na qualidade de vida, acarretando um forte ônus social, uma vez que

torna o indivíduo dependente de assistência e necessitado de treinamento para um autocuidado específico ao suprimento das deficiências causadas pelo AVC.

Pensamos que conviver com uma doença crônica como um AVC, cuja instalação determina mudanças físicas, sociais e psicológicas, torna-se uma realidade que precisa ser enfrentada pelo indivíduo como uma situação crônica, a qual termina por afetar também seus componentes familiares, no aspecto de sobrecarga financeira, física e emocional.

As alterações ocasionadas pelo AVC, como o surgimento da paresia ou paralisia, em parte do corpo, somadas à possibilidade de dificuldades visuais, auditivas e de comunicação pela linguagem, interferem nos processos de alimentação e eliminação que, segundo Camargo (1975) e Comaru (1975), poderão ocorrer em graus variáveis, tanto no aspecto físico, quanto no funcional e emocional. Essas ocorrências vão repercutir na prática do autocuidado, acarretando na mulher a necessidade de reaprender novas formas de pôr em prática a sua independência, que poderá ser readquirida ao longo de algum tempo.

Portanto, entendemos que o desenvolvimento do cuidado de enfermagem no processo de reabilitação dessa clientela deve ter como cenário o contexto domiciliar, já que o ambiente familiar é um componente importante para toda pessoa, tanto pelos aspectos físicos e materiais, como também sob o ponto de vista afetivo-social, visto que a família é, no conjunto da sociedade, uma das forças que influenciam na saúde-doença dos indivíduos.

Diante deste contexto, ocorreu-nos questionar e discutir acerca das repercussões do AVC, no cotidiano de mulheres acometidas por esta ocorrência, os cuidados utilizados por elas durante a reabilitação, abordando, desde as mudanças ocasionadas pelo AVC, na vida da mulher, até as repercussões das conseqüências do AVC no dia-a-dia da mulher acometida por essa enfermidade e quanto ao âmbito de necessidades da pessoa com AVC, desencadeadas pela doença.

Foram tais proposições que nos levaram ao desejo de, com esta pesquisa, encontrar respostas que nos possibilitassem estabelecer formas de ajudar a mulher, durante a reabilitação/readaptação, a encontrar formas de reintegração ao convívio social, meta que não é tão fácil de ser atingida, pois, por um lado, existe uma lesão,

que acarreta uma limitação pronunciada na autonomia do indivíduo, e por outro lado, a pouca aceitação da família e da comunidade, que não assumem, geralmente, atitudes facilitadoras para a reintegração dessa mulher ao ambiente social. De qualquer modo, nosso principal objetivo é ajudar essa mulher a obter a melhor qualidade de vida possível para si.

1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA

A mulher, como ser social e politicamente ativo, é um elemento de grande influência nas tendências da modernidade. Suas ações e repercussões no cotidiano têm constituído objeto de interesse dos nossos estudos acadêmicos, uma vez que consideramos o universo feminino um espaço repleto de riquezas e complexidades, pulverizado por diversas situações boas e alvissareiras, mas, também, por alguns dissabores.

Durante a realização de uma pesquisa, na qual avaliávamos os conhecimentos de um grupo de mulheres acerca dos fatores de risco para as cardiopatias, os resultados mostraram que todas as entrevistadas que informaram ter tido desencadeamento da sintomatologia típica da doença cardíaca fizeram uso, por um período de pelo menos cinco anos, de anticoncepcional oral. Ao nos aprofundar no referido estudo, obtivemos em Smeltzer e Bare (1999) a informação de que, também em relação ao AVC, parece haver um risco maior em mulheres que usam anticoncepcionais orais – cujo risco é exacerbado ainda mais pela coexistência de hipertensão arterial, doenças cardíacas, idade superior a 35 anos, tabagismo e níveis elevados de estrógeno circulante.

Marcondes et al (1983) destacam que a incidência ^{geral} dos acidentes vasculares cerebrais se eleva a partir dos 45 anos de idade, tendo seu ápice após os 50 anos, e ainda, que a proporção geral é de 200 casos para cada 100 mil habitantes. A doença é, na maioria dos casos, incapacitante, deixando os sobreviventes com graves seqüelas. Tem uma alta taxa de mortalidade, que varia em torno de 61 a 71%, nas principais capitais brasileiras.

Ante as estimativas estatísticas apresentadas, espera-se um aumento do número de portadores de doenças crônico-degenerativas e, entre elas, de indivíduos

com acidente vascular cerebral, aumentando a quantidade de portadores de limitações, o que nos preocupa, na prática. Esta situação tende a se agravar, na medida em que as atuais políticas de saúde priorizam as práticas curativas, em detrimento da assistência preventiva e de reabilitação, fazendo com que os indivíduos mantenham-se vivos, mas incapazes, tornando-os dependentes da família e da sociedade (DAS GRAÇAS, 1985; NEVES et al, 1982).

Lacerda (1997), escrevendo sobre o cuidado domiciliar, ressalta que pessoas acometidas de alguma enfermidade crônica necessitam de um cuidado mais sistematizado, no contexto em que essa pessoa está inserida, uma vez que, atualmente, em virtude da redução de custos na rede de serviço hospitalar, a alta ocorre precocemente, diminuindo cada vez mais a possibilidade de adaptação da pessoa e de sua família à própria doença em suas vidas.

A partir das inquietações sobre a repercussão do AVC e sua interferência no cotidiano da mulher, e com o apoio de documentos científicos que retratam essa problemática, decidimos estudar a temática. Somam-se a essas justificativas, como fator potencializador o fato de nossa busca por um aperfeiçoamento científico sobre o assunto, tendo em vista contribuir para a melhor qualidade de vida possível para a mulher em seu matrimônio e na maternidade, considerando, ainda, os aspectos relacionados aos antecedentes familiares, que constituem fatores predisponentes importantes para as doenças cerebrovasculares.

Acreditamos que este estudo venha a se constituir algo de singular relevância para os enfermeiros e para a sua profissão, uma vez que estes compartilham responsabilidade do cuidado humano, especificamente, à mulher acometida de AVC. Portanto, o profissional enfermeiro deve estar cientificamente apto a propiciar condições de minimizar os problemas detectados, atendendo às necessidades humanas da clientela, a partir da sistematização das intervenções, pelo processo de enfermagem. Concordamos com Vieira da Silva (1990), quando argumenta que é o conhecimento do enfermeiro acerca dos desafios que a pessoa que necessita de cuidados está enfrentando e de como os prioriza, que poderá conduzi-lo a prestar uma assistência que atenda às reais necessidades desta pessoa.

Assim, esta pesquisa pretende contribuir para o desenvolvimento do conhecimento na área de assistência de enfermagem à pessoa que experiencia uma

doença crônica, especificamente, o acidente vascular cerebral. Busca trabalhar uma modalidade de processo de cuidar em domicílio, utilizando a conotação existencial fenomenológica inspirada em Jean Watson. Visa a aprofundar a investigação científica em relação aos estresseores decorrentes do AVC, que, em razão das graves seqüelas, tempo prolongado de tratamento e grande dependência da pessoa para o autocuidado, se estendem também à família. É importante entender o impacto do AVC no doente e na família, através da realização de visitas domiciliares, para identificar as dificuldades ocorrentes, sugerindo adaptações no ambiente físico da residência e, acima de tudo, orientar/treinar os cuidadores, naturais daquela família, isto é, os que coabitam com a pessoa a ser cuidada.

Concordamos com o pensamento de Machado (1995), quando menciona que a maioria dos trabalhos publicados sobre a moléstia crônica dirige-se para a abordagem dos aspectos fisiopatológicos decorrentes da doença. É importante, pois, avançar-se no conhecimento desta área, através de estudos que identifiquem as repercussões do AVC no dia-a-dia da mulher, bem como das necessidades expressadas por ela diante da doença, para então procedermos profissionalmente, identificando as maneiras de enfrentamento utilizadas pelo cliente com AVC e por sua família e avaliando a eficácia deles para contornar os problemas vivenciados, ajudando-os a encontrar opções para um enfrentamento mais efetivo das alterações ocasionadas pelo AVC.

Pensamos também que o conhecimento construído a partir deste estudo poderá contribuir para se oferecer uma assistência de enfermagem sistematizada, de qualidade e direcionada especificamente à problemática da mulher acometida de acidente vascular cerebral. Não obstante os avanços, ressaltamos ainda que permanece difícil para a mãe de família ser acometida por uma doença que pode lhe trazer limitações para cumprir, ao mesmo tempo, as obrigações domésticas, familiares e profissionais, tornando-se tal situação mais agravante.

2 OBJETIVOS

Faça o melhor que puder e faça-o de acordo com seu padrão interior próprio, não para o conhecimento e avaliação de seus atos pela sociedade. "Fazer o melhor" é apenas uma frase de poucas palavras, mas significa que, em todas as ocasiões de nossa vida diária, precisamos manter nossa mente sob controle, para mais tarde não nos arrependermos de nossos erros, mesmo que os outros nada saibam a respeito. Agindo assim, estaremos fazendo o melhor.

DALAI-LAMA (2001)

- Desvelar os sentimentos e percepções dessas mulheres a respeito de sua vivência sobre a ocorrência do AVC na sua cotidianidade, a fim de delinear as reais necessidades de cuidado de enfermagem
- Analisar as experiências expressas pelas mulheres, à luz do referencial existencial-fenomenológico de Watson, fortalecendo a reaprendizagem de autocuidado no domicílio, voltado ao enfrentamento e adaptação ao novo modo de vida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Me querem mãe e me querem fêmea, me querem líder, e me fazem submissa, me fazem omissa e me cobram participação, me impedem de ir e me cobram a busca, me enclausuram nas prendas do lar e me cobram conscientização, me tolfem os movimentos e me querem ágil, me castram os desejos e me querem em cio, me inibem o canto e me querem música, me apertam o cinto e me cobram liberdade, me impõe modelos, gestos, atitudes e comportamentos. E me querem única, me castram, me podam, falam e decidem por mim e me querem plena.

ANÔNIMO - Descompasso

3.1 ENCONTROS E DESENCONTROS OCORRIDOS NA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA MULHER

Numa visão tradicional, fêmea, na espécie humana, pessoa do sexo feminino, a mulher se distingue do homem em dois aspectos objetivos, que são os caracteres sexuais primários e os secundários. Alves (1997) informa que as diferenças em termos de fisiologia, gravidez, corpulência física existem, mas, em troca, os órgãos dos sentidos, os reflexos, a motilidade voluntária ou automática não são afetados pela diferença sexual, conforme atesta o acesso que a mulher tem tido à maioria das profissões e atividades exercidas historicamente pelos homens. Podemos levantar também o aspecto subjetivo, que enfatiza diretamente o emocional e a sensibilidade feminina, a partir da sua estrutura psico-emocional, visto que a mulher vem talhada para ver-olhar, sentir, agir, se expressar de uma maneira própria, dizemos, até, mais aprofundada que o homem.

Existe, sem dúvida, uma conexão entre o fato de a mulher ter o corpo dotado de formas e órgãos próprios para despertar atração, para a gestação e o parto; ter sido preparada para despertar paixão, apaixonar-se e amar, devagar e profundamente, seres que se desenvolvem no seu próprio ser. E esse amor também a nutre e a prepara para ser forte na dor, em doar-se, em querer viver e agir, em favor de outros que dela se nutriram e necessitam, muitas vezes, de sua força, para seguirem em frente. Olhando por este ângulo, a mulher seria inteira e completamente diferente do homem, que não é preparado para aprofundar

sentimentos, pois seu querer é, via de regra, superficial, ocasional e descomprometido.

Dos anos 1980, destacamos o estudo de Scott (1992: p. 03), que substituiu o conceito de mulher pela definição de gênero, usado para designar as relações sociais entre os sexos, rejeitando, claramente, as explicações biológicas que subordinam as mulheres e enaltecem os homens. *O gênero se torna, aliás, uma maneira de indicar construções sociais.*

A seguir, trabalharemos mais detidamente os obstáculos enfrentados pela mulher, ao desempenhar seus papéis na família e na sociedade; o estudo da condição de mulher como cidadã, exercendo seus direitos como responsável pela saúde da família; e a investigação sobre as relações de gênero e suas implicações no processo saúde-doença.

3.1.1 REVISITANDO O SENTIDO DAS RELAÇÕES DE GÊNERO PARA A MULHER

O termo gênero é aqui utilizado como significado gramatical, para tornar-se explicativo dos atributos específicos que cada cultura impõe ao masculino e ao feminino, a partir do lugar social e cultural construído hierarquicamente como uma relação de poder entre os sexos.

A dicção sexo reporta-se a um significado biológico, ao passo que gênero é empregado na perspectiva de relações que representam elaborações culturais praticadas por integrantes daquele grupo sexual, seja em família, profissionalmente ou na sociedade, de uma forma geral.

Na bibliografia básica sobre o conceito de gênero, seu uso comporta tanto um elenco de posições teóricas, quanto de simples referências descritivas das relações entre os sexos, conforme nos afirma Scott (1992). Esta idéia parece ter surgido, mais recentemente, entre as feministas americanas, que insistiam no caráter social das distinções com base no sexo. Sem dúvida, a palavra indicava uma rejeição ao biologicismo determinista, implícito na expressão sexo.

Para as pesquisadoras feministas francesas do Gedisst – Grupo de Estudos sobre a Divisão Social e Sexual do Trabalho do Centre Nationale de Recherche

Scientifique, a reflexão quanto a relações sociais de sexo é, ao mesmo tempo, anterior e posterior à reflexão quanto à divisão sexual do trabalho (KERGOAT, 1996: 25).

Emergem, a partir dos anos 1980, três perspectivas teóricas, que, embora não sejam excludentes, apontam algumas diferenciações. A primeira, denominada relações sociais de sexo, privilegiou no início a divisão social do trabalho como núcleo motor da desigualdade. O grupo expoente desta perspectiva desenvolveu diversas e importantíssimas pesquisas sobre a inserção da mulher no mercado de trabalho, a participação sindical e as mudanças tecnológicas. Tem seu berço na França, no grupo de pesquisadoras feministas do citado Gedisst, tendo entre elas a filósofa brasileira Helena Hirata. O peso teórico do marxismo é muito claro nessa perspectiva.

Recentemente, estas pesquisadoras incorporaram a noção foucaultiana de poder em suas formulações sobre as relações sociais de sexo, provocando assim uma desconstrução paradigmática no âmbito do próprio conceito de relações de gênero, o que contribui enormemente para a discussão travada entre elas e Dejours (1988-1993) sobre a construção dejourssiana da psicopatologia do trabalho (Kergoat, 1996). Afirma a autora que não se pode pensar na psicopatologia do trabalho se não se considera a dimensão da sexualização do mundo do trabalho e todas as suas decorrências.

A segunda corrente é a que estuda a diferenciação a partir da perspectiva que concebe gênero como um sistema hierarquizado de *status* ou prestígio social. Segundo Barbieri (1992: 32),

[...] trata-se de uma perspectiva que, em termos gerais, não rompeu com o funcionalismo sociológico e que, na recuperação da teoria psicanalítica se filia às correntes das relações objetais, que dão o peso maior à socialização como aprendizagem de papéis que se repetem ao longo da vida [...].

Entre as autoras mais conhecidas, destaca-se Chodorow (1978), com seu estudo sobre maternidade. Esses trabalhos parecem inscrever-se, definitivamente, numa abordagem estruturalista.

Uma terceira perspectiva considera os sistemas de gênero como sistemas de poder resultante de um conflito social. Rubin (1979) é uma das pioneiras desta perspectiva, que submete a uma crítica feminista as teorias de Lévi-Strauss sobre o parentesco e a Psicanálise, na vertente lacaniana. Posteriormente, também esta perspectiva incorpora as teorias de conflito e de poder dos pós-estruturalistas, como Deleuze, Derridá e Foucault, na qual os fenômenos sociais se definem pelas relações que mantêm entre si. A contextualização torna-se um pressuposto de primeira linha na construção das investigações.

Nessa perspectiva, controlar o corpo das mulheres não significa eliminá-las, mas dirigir o trabalho das mulheres de maneira que nada escape ao controle e visando à eliminação do corpo. Controlar, efetivamente, a reprodução das mulheres, significa atuar sobre sua sexualidade, uma vez que, se analiticamente podemos separá-los, na prática, torna-se mais difícil.

Nas pesquisas, normalmente, o uso do conceito de gênero tem substituído a palavra *mulher*, mas é igualmente utilizado para sugerir que a informação a respeito das mulheres é necessariamente informação sobre os homens. Scott (1991: 38) afirma que [...] *gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder, ou melhor, é um campo primeiro no seio do qual ou por meio do qual o poder é articulado [...]*. A autora articulou dois grandes núcleos em sua definição de gênero, buscando uma conexão integral: [...] *o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e é a forma primeira de significar as relações de poder [...]*. Assim, ela nos informa que as mudanças nas relações sociais correspondem sempre a mudanças nas representações de poder e a direção das mudanças não segue sempre um sentido único.

O uso do conceito de relações de gênero tem contribuído para demolir a ambigüidade da cultura patriarcal em relação ao uso e aos valores destes dois termos, que invocam a anatomia para justificar *destino social do gênero*. Relações de gênero, portanto, são uma construção cultural e social e como tal representam um *moto-contínuo* e descontínuo da produção dos lugares de poderes do homem e da mulher, em cada cultura e sociedade.

Assim, gênero é a categoria usada para explicar a relação de poder entre os sexos masculino e feminino e nos dá a dimensão social da desigualdade sexual com base na naturalização e “biologização” dos sexos.

Acreditamos que as abordagens paradigmáticas construídas por uma corrente teórico-francesa constituída pelo Gedisst não são excludentes como as de Scott, como nos diz novamente Kergoat (1987: 23); [...] *é impossível colocar em oposição gênero e relações sociais de sexo: os dois termos são altamente polissêmicos*. Encontram-se, nas duas definições, leques semelhantes de acepções que vão da variável mulher até uma análise de relações sociais antagônicas (SCOTT, 1991).

A definição de relações sociais de sexo implica, necessariamente, uma certa visão de sociedade que elimina as outras. É suficiente reter, por exemplo, que *é difícil falar, simultaneamente, de relações de sexo e patriarcado, enquanto que a utilização do termo gênero o permite*. Para nós, o que aproxima as duas definições é o uso da dimensão relacional, que implica a conotação de reciprocidade, isto é, uma categoria só existe em relação a outra e são, necessariamente, relações que caracterizam uma sociedade marcada pelas vinculações de poder sexualizado.

O uso da categoria gênero nos estudos e pesquisas na área da saúde no trabalho contribui e alarga a compreensão do fenômeno do processo saúde-doença, que, a partir da complexidade dos fatores que neste caso intervêm, introduz a dimensão de poder, crivada pela desigualdade sexual, para explicar os diferentes impactos que a exposição aos mesmos riscos químicos, ergonômicos e psíquicos, nos locais de trabalho, provocam no homem e na mulher.

Além disso, reorganiza o conhecimento científico na óptica da não-desqualificação, oriunda da diferença sexual. Enfim, a aproximação da relação social como fator de cultura com a palavra sexo, sempre percebido como fenômeno da natureza, *tem um efeito detonador, interrogativo, subversivo, efeito que, para nós, é positivo, já que pensamos que esta abordagem conduz a repensar a epistemologia das Ciências Sociais* (KERGOAT, 1996).

A expressão *mulher trabalhadora* traz, portanto, certa redundância que, talvez, ainda tenha necessidade de ser usada, para dar maior clareza aos significados de nosso sujeito-objeto, quando se quer dar ênfase ao *status* de um ser

que vem sendo desvalorizado ou ignorado como ser trabalhador, portador de diferenças de sexo/gênero e direitos daqui emergentes (BALBO, 1978).

É plausível, portanto, que a utilização da categoria gênero, como explicativa dos lugares social e culturalmente construídos para o homem e para a mulher, possibilita resultados importantes, dado que os segmentos femininos de trabalho se distinguem, tanto biológica como socialmente e por isso sua inserção no mercado, sua participação no processo produtivo e a totalidade da socialização constituirão condicionantes diferenciados para a saúde da mulher trabalhadora.

Às diferenças de sexo somam-se as diversidades sociais, étnicas, que devem ser identificadas e analisadas para estudar como o trabalho pode repercutir diferentemente em um e outro grupo humanos. Também o processo de socialização dá lugar às diferenciações entre os indivíduos de sexos diferentes na sociedade: a história, embora universal, varia em cada contexto e apresenta matrizes segundo as classes sociais, etnias, idades e níveis de escolaridade.

3.1.2 A MULHER NO CONTEXTO DA CONSTRUÇÃO DE SUA CIDADANIA

Durante a Antiguidade, nas famílias gregas e romanas, a posição da mulher era, de certa forma, bastante desvalorizada; seu lugar era semelhante ao do escravo, uma vez que sua principal função estava ligada à **produção** da subsistência do homem (fição, tecelagem, alimentação, trabalhos pesados etc.), mas, ao mesmo tempo, à digna **reprodução** da espécie humana, pois a ela cabia gerar, amamentar e criar o próprio ser humano.

De acordo com Michel (1982), apesar da aparente subordinação da mulher, por volta dos séculos VI e VII, a presença das monjas nas esferas de poder foi algo marcante, operando tanto quanto os homens na fundação de mosteiros em regiões não desbravadas. Este fato ensejou uma certa inquietação nos Padres da Igreja. Então, foi proibido que meninos fossem instruídos pelas religiosas nos conventos, o que resultou num retrocesso educacional masculino, passando as mulheres a serem mais instruídas do que os homens. Foram registradas, ainda, nesta época, outras formas de influência marcantes da mulher, no campo das finanças e administração

dos domínios reais na diplomacia, na educação, nas missões cristãs, e, ainda, no controle do tesouro real.

Na Idade Média, entre os séculos X e XI, segundo Alves & Pitanguy (1981), as mulheres tiveram a oportunidade de ascender socialmente, tanto no aspecto profissional quanto no educacional, destacando-se também no exercício do poder e capacidade intelectual, sendo numerosas na universidade.

Os autores ressaltam, ainda, que, nesta mesma época, uma grande transformação ocorreu no seio da Igreja, caracterizada pelo celibato dos sacerdotes e expulsão dos leigos e mulheres da vida eclesial. Ao lado disso, os homens expulsaram as mulheres das profissões liberais, em razão da concorrência do trabalho urbano. Às mulheres, assim, foi imposta uma determinação de enclausuramento na família, mas elas reagiram. Então, como forma de resistência às discriminações sofridas, elas criaram contraculturas, como as cortes de amor, a beguinaria e as heresias.

A Inquisição, em resposta ao protesto feminino, condenou à fogueira milhares de mulheres, acusando-as de feitiçaria, por atacarem a força sexual do homem, o poder reprodutor das mulheres e por agirem com o objetivo de exterminar a fé. Este fato marcante ficou comumente conhecido como “caça às bruxas”. Segundo Donnison (1978 apud LIMA, 1987), as mulheres que foram arder na fogueira da Inquisição exerciam a função de parteiras. Algumas vezes, muitas destas, em caso de necessidade, optaram por sacrificar a vida da criança para salvar a mãe, e as parteiras que tomavam tal atitude eram condenadas a serem queimadas vivas.

O fenômeno da “caça às bruxas” significou o reflexo de uma luta no plano do conhecimento, uma vez que o campo da cura e tratamento de doenças, principalmente naquela época, pertencia ao sexo feminino. Lima (1994) ressaltava que os saberes relacionados ao cuidar eram passados de mãe para filha, de geração para geração, de comunidade para comunidade. As mulheres eram identificadas como “sábias” pelo povo, e como feiticeiras e charlatãs pelas autoridades. Ao tratar das pessoas, elas desenvolveram grandes conhecimentos, relacionados aos ossos e músculos, ervas e drogas. O autor informa que a influência delas era tão forte, que Paracelso, considerado o Pai da Medicina Moderna, admitia ter aprofundado seus

estudos de Farmacologia a partir dos conhecimentos adquiridos por elas. Vale ressaltar que, também no século XIX, estava ocorrendo um avanço na Medicina e os homens reivindicaram para si o controle do poder científico, que até então era campo de atuação feminino.

Oliveira (1999) retrata claramente essa realidade, quando refere que a sociedade, por meio da família e da escola, foi criando mecanismos de controle, evidenciando a permanência de fortes traços discriminatórios e desiguais entre o homem e a mulher, apesar da aparente democratização das relações sociais. A mulher foi relegada à esfera doméstica pela divisão do trabalho entre os sexos, ao mesmo tempo em que ia se desenvolvendo, através de milênios, uma poderosíssima ideologia que ainda hoje determina a imagem da mulher e do seu papel na sociedade.

No entanto, a maternidade e a vida em família não preencheram os projetos de vida femininos. Segundo Nader (1997), a sociedade ocidental evoluiu num amplo contexto político, econômico e ideológico. No âmbito político, os direitos de cidadania se ampliaram e as lutas operárias realizaram conquistas no plano das relações de produção e de representação partidária. O campo econômico fez explodir no lar a necessidade de expansão profissional da mulher, permitindo-lhe romper com aqueles limites impostos pela atitude psicológica e cultural, os quais atribuíam à supremacia física, moral e intelectual e conferiam o poder político, social e econômico somente aos homens. Então, as relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos começam a ser desvendadas e a construção social e histórica do papel da mulher entra em discussão.

Diante do exposto, procuramos situar o papel da mulher na sociedade contemporânea, de forma a considerar o seu crescimento social, bem como os fatores que provocaram o desenvolvimento dos padrões sociais, que agiram de forma a transformar as relações internas da família e abriram espaços para a mulher se inserir de modo peculiar, não só na instituição familiar, como também na sociedade como um todo.

Berlinger (1978) ressalva que a mulher instruída e qualificada pode ter uma personalidade mais segura em suas funções de mulher, mãe e trabalhadora, não só

para maior contribuição familiar, como também para inserir-se mais facilmente na atividade produtiva e ainda pensar a saúde no trabalho. Conforme dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) de São Paulo, entre as pessoas com ocupação, de 1992 a 1997, a proporção de mulheres com pelo menos o 2º grau (atual ensino médio) aumenta de 22,4% para 28,3%, enquanto na população masculina o índice vai de 15,9% para 19,4%. A questão salarial, no entanto, continua desigual. Em 1998, na região metropolitana de São Paulo, a mulher recebia, em média 74,3% do mesmo salário recebido pelo homem.

Atualmente, as mulheres têm mostrado sua força, conseguindo penetrar em vários âmbitos da sociedade. Saffioti e Vargas (1994) informam que no mercado de trabalho, a taxa de atividade feminina foi de 52,7%, em 1990. Já na década de 80, a presença de homens com nível superior no mercado de trabalho era de 4,7%, enquanto que as mulheres com nível superior tinham maior presença, com 8,7%. Estes autores observam, ainda, que tem havido destaque para elas no ingresso nas universidades, onde vêm conquistando os primeiros lugares em vários cursos, antes predominantemente masculinos. A participação da mulher na política deve ser destacada, também, com vitórias notáveis ganhas nas urnas.

3.1.3 A MULHER NO CENÁRIO SOCIAL E POLÍTICO

Na época historicamente considerada Renascimento, a posição da mulher refluíu e houve o conseqüente afastamento da esfera pública. No mercado de trabalho houve uma redução na participação da mulher, e muitas profissões, antes exercidas por mulheres, foram se tornando de domínio masculino. O trabalho dessas mulheres passou a ser depreciado. Excluída da esfera do trabalho, emerge conseqüentemente uma ideologia de desvalorização da mulher que trabalha fora do lar, passando a vigorar a ética da “mulher em casa” (LIMA, 1987).

Oliveira (2000) recorda que, no século XIX, poucas mulheres tinham o privilégio da escrita e da leitura. Algumas mantinham correspondência e escreviam com freqüência seus diários, mas preferiram destruir esses documentos, com receio de vê-los cair nas mãos incompreensivas e irônicas de sua família e mesmo de seus herdeiros. As falhas culturais e a própria educação feminina levam a mulher a

apagar suas memórias, uma vez que a escrita era a revelação de sua vida íntima e a mulher educada não se reveiava a ninguém. A revelação do íntimo e pessoal era, de certa forma, considerada indecente.

Neste aspecto, a sua memória é a memória do privado, sua vida íntima à qual foi atrelada e trabalhada por uma educação que a leva à aceitação de uma vida no interior do domicílio, sem reclamar e, de modo geral, sem perceber que também fazia parte da história.

3.1.3.1 Enfocando a Mulher em sua Relação com a Família

Com a passagem da economia feudal, isto é, aquela em que para a economia industrial ocorreram grandes transformações, dentre estas se destaca a crise na ordem familiar, à medida que se dissolve a relação família/propriedade, e a família deixa de ser uma unidade produtiva para se transformar em simples unidade de consumo, onde seus membros passam a trabalhar apenas para manter suas necessidades de sobrevivência. Homens, mulheres e crianças invadem as fábricas e as cidades, onde se amontoam em favelas, convivendo ao lado da fome e da prostituição, mantendo-se em condições subumanas de vida (DEJOURS, 1987).

Já no fim do século XIX, o capitalismo atinge a sua fase avançada, quando as mulheres representam uma das grandes fontes de exploração, sendo que isso acontece como uma exigência do sistema, já que o salário ganho pelo marido, que até então arcava com todas as despesas da família, chega a ser insuficiente, havendo, conseqüentemente, a necessidade do trabalho da mulher fora de casa, como trabalhadora (PERROT, 1988).

Lima (1987) acentua que quando a mulher parte para o trabalho fora de casa, surgem alguns problemas que afetarão a base sólida do modelo familiar, tais como: *como sobreviverá a família sem a presença de uma mulher em casa, que assuma a responsabilidade com os filhos, casa e comida?*; e outro problema citado é que, quando a mulher é submetida a uma tripla jornada de trabalho, esta fica tão sobrecarregada que termina por não fazer um trabalho tão perfeito quanto o do homem.

Embora o autor critique a qualidade do trabalho feminino devido à sobrecarga de papéis, Arias (1979), nos conta que as condições da sociedade atual não justificariam, de modo algum, a divisão de funções que até então caracterizara a família: o fato de a mulher exercer vários papéis – cuidando dos filhos, marido, casa e trabalho – não justifica que relegue suas funções de mãe, esposa, dona de casa e trabalhadora.

3.1.3.2 A Mulher e sua Relação com o Trabalho

Mesmo com a desvalorização do trabalho feminino e com a redução do pagamento a essa mão-de-obra, as mulheres não deixaram de trabalhar, contribuindo para a acumulação de capital. Elas eram afastadas do trabalho nas fábricas de cerveja, velas, fundições e serralharias, ocorrendo então uma proliferação de trabalho em domicílios. As mulheres parecem destinadas, na sociedade, a ser, ao mesmo tempo em que ditas subutilizadas, utilizadas duplamente no trabalho fora do lar e no próprio lar; inclusive entre as mulheres que trabalham fora do lar, observa-se uma forte discriminação no tipo de trabalho e na remuneração. Ressaltamos também que, no campo educacional, a mulher tendeu não somente a perder o espaço que antes era predominantemente feminino, como, por exemplo, o espaço na obstetrícia; houve mesmo um forte movimento para afastá-las das escolas (Oliveira, 1999). Entretanto, elas reagiram a tal situação, sendo hoje praticamente a maioria no magistério.

Enquanto isso, a mulher é lançada no trabalho industrial pela burguesia capitalista, encontrando-se mais diretamente explorada como força de trabalho, sendo arrancada da indústria para as fábricas, onde o fato de ser mulher trabalhadora lhe permitia uma remuneração com um salário mais baixo, revelando uma condição de formação de lucro para a sociedade.

Percebe-se, então, que o emprego da mão-de-obra feminina costuma ser alvo de um processo da seguinte feição: sua participação nas tarefas da produção retrocede com as mudanças que se produzem nas primeiras etapas do desenvolvimento industrial, já que, quando uma mulher ascende à classe média, ela fica em casa; e a participação trabalhista feminina aumenta de novo quando, nos

estádios mais avançados desse desenvolvimento, um número crescente de mulheres trabalha fora de casa em ocupações remuneradas.

Nos últimos anos, as mulheres aumentaram de forma acentuada a participação no mercado de trabalho. Em 1997, representavam 40,4% da população economicamente ativa brasileira, enquanto que, em 1979, esse índice era de 31,7%. A presença feminina cresce, sobretudo nos serviços básicos e nas funções de direção e de nível superior. Entre 1989 e 1997, as mulheres ocuparam 67,9% das vagas abertas para empregos no País, contra 32,1% dos homens. No período de 1979 a 1989, 52,2% das oportunidades foram para os homens e 47,8% para as mulheres. Esta vantagem aprofunda diversas mudanças de comportamento na sociedade – como maternidade postergada, menor número de filhos, padrão de consumo familiar, investimento em educação e, principalmente, influência na relação saúde/ trabalho (OLIVEIRA, 1999).

Segundo Foucault (1971), para manter o trabalho, os trabalhadores submetiam-se às seguintes condições: baixos salários, emprego de crianças, duração da jornada de trabalho de doze, treze e dezesseis horas por dia, numerosos acidentes de trabalho, subalimentação, altas taxas de morbimortalidade, ausência de políticas de prevenção, doenças adquiridas no trabalho que não eram só ligadas aos acidentes de trabalho, mas provenientes do mundo do trabalho – estresse, ansiedade, síndrome do pânico, doenças ocupacionais, distúrbios do sono, entre outras – que não eram vistas como tais.

Destaque-se o fato de que o trabalho feminino, já à época, era marcado por um valor mais baixo, a despeito da dupla jornada de trabalho das mulheres. Segundo Oliveira (1999), nesse momento considerado a pré-história da saúde e do trabalho, não se falava em doença, uma vez que se isto ocorresse, seria iminente o desemprego. Se alguém manifestasse alguma queixa decorrente das condições de trabalho, seria demitido; tal fato, poder-se-ia dizer, constituía uma representação social da parte dos gerentes sobre a doença para o trabalhador, fundada no medo da perda do emprego, na negatividade da virilidade em não poder sustentar a família.

De acordo com Scott (1992), a relação entre trabalho e sofrimento psicofísico sugere que as mulheres podem chegar a experimentar uma receptividade especial ao sofrimento mental que compromete imensamente a saúde, pela responsabilidade familiar, pelo assédio sexual no mundo do trabalho e algumas vezes, pela insegurança no trabalho decorrente da dupla e/ou extensiva jornada de trabalho – em casa ou fora da casa.

Sabe-se, então, que o processo de trabalho é um fator determinante da qualidade de vida das mulheres e, por sua vez se relaciona com a vida de consumo familiar – o cotidiano – e com a esfera pública. A qualidade de vida é determinada pelos vários processos vivenciados por ela, ou seja, os que protegem e previnem sua saúde e aqueles que a deterioram.

3.1.3.3 Questões Relacionadas à Saúde da Mulher

A primeira relação entre trabalho e saúde surgiu no período do capitalismo industrial, quando tudo se decidia em função da produção; as condições de prevenção relativas à qualidade de vida não eram prioritárias. A necessidade de subsistência e a manutenção do emprego “a qualquer custo” denotam que a relação entre saúde e trabalho se estabeleceu quando as condições de saúde do trabalhador eram absolutamente penosas, sem garantias e sem ações preventivas (FOUCAULT, 1977).

O trabalho implica um conjunto de ações de variadas dimensões, fundamentadas nas concepções do homem como determinador de seu destino. É o elemento central na compreensão da saúde-doença, não porque pode gerar agravos à saúde, mas principalmente porque o trabalho, como categoria social, é que estrutura a organização da sociedade.

Laurell (1983) refere que o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação esta que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção. Com base nestes conceitos, é que percebemos a importância da saúde-doença como

viabilizadora da relação entre organização do trabalho, qualidade de vida e para a alta ou baixa auto-estima dos trabalhadores.

De acordo com Berlinguer (1978), a dupla jornada de trabalho das mulheres interfere no ritmo das tarefas e no horário do trabalho, como questões ligadas à qualificação profissional. Além do mais, assinala, ainda, que o tipo de trabalho realizado pelas mulheres origina problemas de saúde que, a curto prazo, mesmo não chegando a serem agudos ou dramáticos, tornam penosas suas vidas no cotidiano.

3.2 ASPECTOS PSICOFISIOPATOLÓGICOS DO AVC

Com o aumento da sobrevida da população, acrescido de outros fatores, tais como econômicos e comportamentais, tem-se evidenciado também a exacerbação das enfermidades crônicas, expressão esta que designa moléstia de longo prazo, associada a determinados graus de incapacidades. O aparecimento das doenças crônicas está relacionado à idade avançada do indivíduo e incorre em incapacidade, deficiência ou limitações, em graus variados (GUELLER, 1990).

A doença crônica caracteriza-se por ser de longa duração, cuja evolução freqüentemente é lenta e a cura, em geral, não é completa (Marcondes et al, 1983). Para Beland e Passos (1979), a doença é um evento que interrompe temporária, permanente ou progressivamente o equilíbrio fisiológico, psicológico e social de um indivíduo. Consideram, ainda, que as doenças crônicas se desenvolvem insidiosamente, e a pessoa cronicamente enferma pode ser considerada saudável enquanto sua doença está controlada. A maioria das pessoas acometidas de doenças crônicas está em atividade e muitos podem nem saber que estão doentes, enquanto não é manifestada uma sintomatologia específica.

Entre as principais enfermidades crônicas que mais matam no País estão as doenças do aparelho circulatório. Além do componente genético, elas estão intimamente ligadas a uma mudança no estilo de vida do brasileiro. Em 1930, apenas 11,8% das mortes eram provocadas por essas doenças. Em 1998, elas passaram a ser a principal causa de mortalidade, respondendo por 256.355 dos óbitos, o que equivale a 27,5% do total. São responsáveis por 25% das internações

hospitalares no País. Os distúrbios circulatórios consomem cerca de 13% dos recursos públicos de assistência à saúde (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 1999).

O acidente vascular cerebral (AVC), uma das principais doenças do aparelho circulatório, pode ser definido como um déficit neurológico focal súbito, em virtude de uma lesão vascular. Carpenito (1999) enfatiza que esta doença pode causar alterações, variando de mínimas a profundas. Em seus estudos, André (1999) destaca que a doença vascular cerebral é a terceira causa de morte e a que mais provoca invalidez na população de países centrais. A cada minuto, ocorre um novo caso de doença vascular isquêmica, sendo que uma pessoa morre, vítima desta enfermidade, a cada três minutos e meio e 55% ficam com alguma deficiência e em grau variável.

Este parece ser um panorama alarmante, no entanto, novos conhecimentos sobre os fatores e condições humanas que predisõem alguns indivíduos ao AVC vêm surgindo para lançar luz neste campo. Estudos epidemiológicos demonstram que diversas condições podem preceder ou acompanhar o início da doença. Estas condições, tais como, estresse, hipertensão e vida sedentária, dentre outros, são denominadas de *fatores de risco*, e a existência de um ou mais fatores aumenta a probabilidade do indivíduo desenvolver distúrbios neurológicos.

Mion Júnior e Nobre (1999), garantem que a expressão “fator de risco” se refere a um conceito que vem ganhando importância crescente no campo das doenças crônicas não transmissíveis e, nesta classificação, incluímos o AVC. Estas afecções se caracterizam, geralmente, por uma etiologia multifatorial, como também pelo incipiente estado de conhecimento sobre os mecanismos etiológicos e fisiopatológicos que levam o seu surgimento e desenvolvimento, o que dificulta uma intervenção sistemática e coerente em saúde pública. Entretanto, a literatura tem demonstrado correlação entre determinados fatores e certas doenças. Além disso, tem-se verificado que o ato de remover ou reverter a exposição a esses fatores implica redução da mortalidade e/ou prevalência e surgimento mais tardio das doenças em estudo.

O acidente vascular cerebral incorpora características como a probabilidade de tornar-se permanente; deixar incapacidade residual ou seqüelas decorrentes de alterações patológicas no encéfalo, o que requer treinamento especial do indivíduo para que possa obter recuperação total ou parcial. No entanto, o dano cerebral em si instala-se subitamente, e o que vem a caracterizar o estado crônico do processo são as seqüelas resultantes do infarto cerebral. Vale ressaltar que os fatores de risco para as doenças cerebrovasculares envolvem a presença de determinadas características pessoais e de algumas condições mórbidas de caráter crônico, em especial, a hipertensão arterial, que comprometem direta ou indiretamente o sistema circulatório.

Smeltzer e Bare (1999) informam que o AVC é causado por um dos seguintes fatores: **trombose**, formação de um coágulo sangüíneo na luz de um vaso cerebral ou cervical; **embolia cerebral**, que ocorre quando um coágulo de sangue é carregado pela corrente sangüínea até o cérebro; **isquemia** é a redução do suporte sangüíneo em uma determinada área do encéfalo; **hemorragia cerebral** é a rotura de um vaso sangüíneo cerebral, com derramamento de sangue nos tecidos circunjacentes. Os autores acrescentam que o resultado de qualquer um destes processos é a interrupção de suporte sangüíneo para o cérebro, causando déficits que podem ser temporários ou permanentes.

André (1999) nos diz que, com pequenas variações, os fatores de risco para as doenças cerebrovasculares são semelhantes aos da doença coronariana, destacando, assim, os episódios de **hipertensão**, que constituem, sem dúvida, o principal fator de risco; as **doenças cardiovasculares**, que predis põem mais à embolia cerebral de origem cardiogênica; os **fatores genéticos e ambientais**; o **sedentarismo**; o **diabetes**, que está associado à aceleração da aterogênese; o **uso de anticoncepcionais orais**; os lipídios sangüíneos (principalmente **colesterol**), a **obesidade**, o **tabagismo**, o **etilismo** e o **uso de drogas** que são uma importante causa de AVC em adolescentes e adultos jovens.

Observe-se que a identificação destes fatores, susceptíveis de aumentar o risco do AVC, pode expandir o nosso entendimento sobre os mecanismos fisiopatológicos desta doença e possibilitar o desenvolvimento de novas medidas

terapêuticas. É, ainda, importante, referir que, quanto mais fatores de risco o indivíduo possuir, tanto maior será a probabilidade de desenvolver a doença.

O AVC pode causar vários déficits neurológicos, dependendo do local da lesão, das dimensões da área isquemiada e do volume da circulação colateral. Byers et al (1990) inventariam as seguintes, como principais manifestações clínicas da doença:

- **Déficit motor:** caracterizado pela perda do controle voluntário dos movimentos em decorrência da afecção dos neurônios motores superiores. A disfunção motora mais comum é a hemiplegia, em virtude da lesão cerebral contralateral, sendo que a hemiparesia (diminuição da força muscular) também é uma disfunção bastante freqüente. Os autores ressaltam que, na fase inicial do AVC, o quadro clínico pode ser caracterizado por uma paralisia flácida, associada à diminuição dos reflexos tendinosos profundos, que, quando acontece reaparecerem, estão sempre associados à hipotonia e à espasticidade do membro afetado.
- **Déficit de Comunicação:** a linguagem e a comunicação são afetadas a partir de certos distúrbios que podem se manifestar na forma de **disartria**, caracterizada pela dificuldade de dicção e pronúncia da palavra, causando uma fala pouco inteligível em decorrência da paralisia da musculatura vocal; **disfasia** ou **afasia**, a grande dificuldade ou perda da fala, podendo ser de expressão ou de recepção; e ainda a **apraxia**, que é a incapacidade de expressar um gesto ou ação previamente aprendidos.
- **Distúrbio da Percepção:** ocorre quando a pessoa acometida de AVC é incapaz de interpretar sensações. Os déficits sensitivos podem adquirir a forma de um déficit da percepção tátil, ou ser ainda mais acentuados, levando à perda da percepção, caracterizada pela incapacidade de perceber a posição e movimentos de segmentos corporais. São ressaltadas, também, dificuldades na interpretação de estímulos visuais e auditivos.
- **Comprometimento da Atividade Mental e Efeitos Psicológicos:** quando este comprometimento acontece, pode repercutir na redução da capacidade de aprendizagem, na memorização ou de outras funções intelectuais corticais, como a atenção, compreensão e a motivação. É referido que uma série de problemas

psicológicos pode ser desencadeada durante a reabilitação, tais como, labilidade emocional, hostilidade, frustração, ressentimento e falta de cooperação e a depressão, esta última de forma mais marcante.

3.3 O AVC E SUAS REPERCUSSÕES NO COTIDIANO DA MULHER

Enfermidade e saúde são um processo singular de altos e baixos, com manifestações de graus variados de organização e desorganização. Nesta visão, tanto doença (enfermidade) como saúde representam um modelo de vida em um momento particular (Leopardi, 1999). A doença pode afetar os mais diversos aspectos da vida cotidiana, especificamente, o AVC causa distúrbios cognitivos, perceptivos e de comportamentos, decorrentes da fraqueza, comprometimento dos reflexos posturais, depressão e distúrbios psiquiátricos das pessoas acometidas por esta enfermidade e de seus membros familiares, acarretando sentimentos de perdas e pesar, que vêm diminuir o bem-estar da família e do indivíduo.

As mulheres acometidas pelo AVC, além de exteriorizarem perdas físicas, apresentam também perdas de função psicológica, como a memória, de humor, de auto-estima, autoconfiança, respeito, amor, auto-imagem e, acima de tudo, o prejuízo de seu próprio aspecto do ser (SAMPAIO et al, 1999).

Reitere-se que, quando nos referimos ao acometimento de AVC em mulheres, a situação é ainda mais agravante, ao considerarmos o aspecto social, uma vez que, durante a vida, elas vêm desempenhando vários papéis, como o de mãe, esposa, cidadã, dona de casa e operária. Quando a mulher é acometida pelo AVC, seu cotidiano torna-se susceptível a um processo de mudança, atingindo de forma significativa o seu autoconceito, a auto-estima e seu senso de valor.

Convém atentar-se para as repercussões desta doença no cotidiano das pessoas acometidas pelo AVC, uma vez que muitas são as implicações para a qualidade de vida do indivíduo que sofreu o acidente vascular. Greshan et al (1997) relacionam o que vem a seguir como sendo as principais destas implicações: o grau de fraqueza, pois pelo menos 80% dos indivíduos são afetados com paresia grave, entretanto, podem voltar a caminhar (com ou sem equipamentos auxiliares) e dos que voltam para casa, apenas cerca de 40% podem atender às suas necessidades

básicas (vestir-se, alimentar-se, higienizar-se, e executar micção e evacuação); alguns tipos de déficits, tais como a disfunção cognitiva (incapacidade de reter informações por breves períodos) ou distúrbios perceptivos proeminentes; a incapacidade de caminhar; a continuidade do descontrole esfinteriano após um período de reabilitação intensiva sinaliza para um pior prognóstico, que se pode considerar sombrio, uma vez que a manutenção do indivíduo em casa é muitas vezes inviável, visto que a evolução da doença pode ser condicionada, também, a uma série de variáveis psicossociais e econômicas, difíceis de quantificar e controlar.

Toda esta problemática é desesperadora para a maioria das pessoas e demanda muita capacidade de enfrentamento, podendo ensejar insegurança física e emocional, retratada por Silva et al (1980: p. 362) como,

O medo de perder o respeito, o status, a estima dos familiares e amigos, o lugar que ocupa na constelação familiar, do retorno ao hospital, do afastamento dos familiares, do tratamento e da morte, torna-os inseguros, dependentes e ansiosos.

Percebemos que as pessoas acometidas de AVC apresentam, portanto, estresseores de ordem física, social e psicológica, identificados pela ansiedade, medo, superdependência, sensação de desamparo, raiva, hostilidade, labilidade emocional e outros, que precipitam crises emocionais a excederem as demandas do indivíduo, em razão da sua ocorrência de maneira repentina, produzindo mudanças prolongadas e profundas no estilo de vida das pessoas.

Qualquer doença, mesmo com episódios agudos, requer do doente mudanças no estilo de vida. No entanto, numa situação crônica, particularmente no AVC, essas mudanças podem ser permanentes. O confronto com mudanças físicas, psicológicas e sociais requer do indivíduo um enfrentamento para com sua situação crônica de saúde. Miller (1983) definiu as mudanças determinadas pela doença crônica como desafios que precisam ser enfrentados, para que o indivíduo preserve a integridade pessoal, mantenha o autoconceito positivo e seu papel nos relacionamentos sociais.

Neste trabalho, quando nos referimos à vida da pessoa acometida de AVC, enfatizamos a figura feminina, que é o seu foco, uma vez que a problemática dessa

clientela é mais marcante, em razão do retorno às inúmeras atividades domésticas. André (1999) faz algumas considerações de grande impacto prático, como a incapacidade de utilizar transportes e serviços públicos, de andar em locais movimentados, de manipular objetos comuns no ambiente doméstico, de preparar refeições, de organizar e limpar a casa, de lavar e passar roupas.

É importante sublinhar, também, a realização de atividades relacionadas à figura da mulher que é **mãe**, principalmente quando esta é a chefe da família, e precisa cuidar dos filhos, da casa e dos negócios; **operária**, que precisa manter vínculo empregatício para sustentar a família sozinha ou para complementar a renda familiar; e também no papel de **esposa**, pois precisará dispensar tempo para o marido. É importante considerar, também, a manutenção da atividade sexual, inclusive a higidez e o orgasmo, função que é bastante afetada pelas incapacidades pós-AVC.

Dependendo da área afetada, as deficiências resultantes do AVC podem ser bastante variáveis e, conforme comenta Gueller (1990), uma vez que a doença crônica é permanente, deixa incapacidades residuais causadas por alterações que podem ser ou não irreversíveis, o que requer treinamento especial para a reabilitação e um longo período de adaptação através de cuidados diretos, com posterior supervisão e avaliação.

Para que a reabilitação seja bem encaminhada faz-se necessário conhecer sobre a doença e as possibilidades reais de cada indivíduo, identificando déficit ou incapacidades já estabelecidos e as susceptíveis de recuperação dentro do possível, sua condição anterior, nos aspectos físico, mental, social e econômico.

3.4 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO JUNTO À MULHER ACOMETIDA DE AVC

A enfermagem é uma ciência humanística, trata do cuidado de pessoas e de experiências no campo dos conhecimentos específicos, fundamentações e práticas do cuidar dos seres humanos que, abrangem tanto o estado de saúde quanto os estados de doença, mediada por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas (LIMA, 1994).

Paixão (1979) pondera que ao trabalho do enfermeiro são incorporados três elementos importantes: espírito de serviço (ou ideal); habilidade (arte) e ciência (o conhecimento teórico, aprofundado sobre o assunto em discussão). De acordo com Nash (1980), estes elementos já haviam sido sustentados por Florence Nightingale, que ressaltava a enfermagem como arte, como motivação religiosa, referindo exigir estudos e aperfeiçoamentos constantes e exercer influência moral pelo que delas emana, quase sem que se perceba.

Nightingale (1989: p.163), em suas "Notas sobre Enfermagem" escrita ainda nos primórdios da Enfermagem científica, quando a maioria dos que eram chamados de enfermeiros passavam apenas por um treinamento, afirma que,

Toda enfermeira deve ser uma pessoa com quem se pode contar, isto é, capaz de ser uma enfermeira de confiança, (...) Deve ser estritamente sóbria, honesta e, mais do que isso, ser uma mulher religiosa e devotada, (...) Deve ser uma observadora segura, direta e rápida, e ser uma mulher de sentimentos delicados e modestos.

É possível perceber que a enfermagem era compreendida por Nightingale tanto como vocação quanto como profissão, e os dois aspectos deveriam estar unidos. Sob seu ponto de vista, qualquer mulher poderia vir a ser uma boa enfermeira, determinando condições que proporcionassem conforto e bem-estar aos enfermos.

Muitas pessoas não têm expectativa de adoecer ou sofrer acidentes; para essas pessoas, é desastroso quando é forçoso mudar suas vidas. A experiência da doença precipita sentimentos e reações estressantes. Nisto se incluem frustração, ansiedade, raiva, negação, vergonha, pesar e incerteza (Smeltzer e Bare, 1999). É importante considerar, também, que os membros familiares de pessoas acometidas por uma enfermidade precisam adaptar-se às exigências dos diferentes estádios da doença. Uma doença crônica envolve mudanças complexas no estilo de vida e também um futuro incerto. Portanto, é indispensável que o enfermeiro tenha a habilidade de estimular a esperança e despertar no indivíduo a consciência de que, durante a reabilitação do paciente com AVC, é preciso também procurar mantê-lo o melhor possível, em boa forma, sob o ponto de vista emocional e físico.

A pessoa acometida de AVC necessita compartilhar de um ambiente que lhe seja agradável, a fim de ter garantido o seu bem-estar biopsicossocial, sendo para isso necessário que o enfermeiro procure seu constante aperfeiçoamento, tanto pessoal quanto profissional, a fim de estar apto a atuar adequadamente em situações dessa natureza, que demandam uma boa condução, visando ao bem-estar do paciente. Segundo Waldow (2001), a conscientização constitui um valor imperativo moral e de sensibilização de conseqüente exercício no processo de educar para o cuidado humano, o qual representa um processo de “*empowerment*”, de crescimento e de realização de nossa humanidade.

Randünz (1999) nos diz que o cuidar profissionalmente ou cuidar em enfermagem é olhar enxergando o outro; é ouvir escutando o outro; observar percebendo o outro; sentir-se mantendo empatia com o outro, estando disponível para fazer com ou para o outro aqueles procedimentos técnicos que ele não aprendeu a executar ou não consegue executar, procurando compartilhar o saber com o indivíduo e/ou a família a respeito, sempre que houver interesse e/ou condição para tal. Ao cuidar, procurar-se-á estabelecer, também, uma política assistencial de saúde e de enfermagem, o que certamente garantirá uma qualidade da assistência.

Diante do exposto, enfatizamos a importância de proporcionar à pessoa com AVC, especialmente à mulher, um cuidado fundamentado no conhecimento científico, considerando os diversos fatores (biológicos, sociais, psicológicos e espirituais) que afetam, principalmente, a vida da mulher com AVC, durante o processo de estar e conviver com as limitações que a doença impõe.

A prática do cuidado deve ser nutrida e cultivada, para que o ambiente se torne satisfatório, agradável, não ameaçador, promovendo o crescimento individual e grupal, tanto no plano pessoal como profissional. Uma atmosfera fundada no cuidado encoraja o diálogo, o debate e a prática de formas diferentes de conhecimento na enfermagem (WALDOW, 2001).

Deve-se objetivar o cuidado da melhor forma possível, a fim de proporcionar aos indivíduos com AVC e à sua família, conforto, comunicação e ajuda, sempre que necessário. O cuidado é imprescindível, tanto como forma de construir um bom

relacionamento entre cuidador e ser cuidado, como de manter a dignidade humana do paciente e no sentido de preservar manter sempre em bom nível sua auto-estima, evitando a depressão e a desesperança, que favorecerá o êxito da reabilitação.

Tognola (1996) enfatiza que o papel do enfermeiro durante o processo de reabilitação do paciente com AVC envolve o desenvolvimento de um conjunto de medidas, com o objetivo de assegurar a melhor qualidade de vida possível, para a pessoa envolvida e para sua família, independentemente do grau de comprometimento da lesão.

O decurso de reabilitação inicia-se no dia em que o indivíduo apresenta o AVC, sendo que deve ser intensificado durante a fase de convalescença, exigindo esforços coordenados da equipe de saúde. Parafraseando André (1999) advertimos ser importante que o enfermeiro conheça o melhor possível a pessoa acometida pelo AVC, seus hábitos, habilidades e capacidades, anteriormente ao AVC, sua força de vontade, seu estado mental e emocional, suas características comportamentais e atividades da vida diária, a fim de melhor poder ajudá-la, podendo escolher palavras adequadas para motivá-la a melhorar a mobilidade, a capacidade de realizar cuidados pessoais, de executar o controle vesical, melhorar o raciocínio, treinar, de alguma forma, exercícios de comunicação, vigiar a própria manutenção da integridade cutânea, enfim, minimizar as complicações dolorosas e empenhar-se em restaurar o equilíbrio familiar.

Lembra este autor que, melhorando a mobilidade, poder-se-á minimizar o desencadeamento de deformidades, pois, quando o controle da musculatura voluntária é perdido, os músculos flexores, por serem mais fortes, exercem controle sobre a musculatura extensora. Assim sendo, o membro superior tende a sofrer adução, visto que os músculos adutores são mais fortes do que os abdutores, e rotação interna. O cotovelo e o punho tendem a sofrer flexão e os membros inferiores tendem a sofrer rotação externa, ao nível do quadril e flexão ao nível do joelho: o pé e o tornozelo entram em supinação e tendem à flexão plantar. Aprecie-se a importância do posicionamento correto no leito, a fim de evitar contraturas; empregando medidas no intuito de avaliar a pressão, manter o bom alinhamento corporal e evitar neuropatias por compressão (especialmente ao nível dos nervos ulnar e fibular) e, ainda, evitar áreas de compressão sobre os tornozelos e quadris.

Smeltzer e Bare (1999) enfatizam a importância da reabilitação dos membros afetados, para o que citam a prática de exercícios através de fisioterapia passiva; da ampla mobilização articular, quatro a cinco vezes ao dia, visando a manter a mobilidade funcional das articulações; a recuperação e o controle motores; evitar o desenvolvimento de contraturas no membro paralisado; evitar maior deterioração do sistema neuromuscular e melhorar a circulação local. O exercício é útil também na prevenção da estase venosa, a qual pode predispor à trombose e à embolia pulmonar. A prática contínua de uma mesma atividade forma novas vias no SNC, encorajando assim novos padrões de movimento. Inicialmente, os membros costumam mostrar-se flácidos. Os sinais a serem observados incluem superficialização dos movimentos respiratórios, presença de dor torácica, cianose e aumento da frequência de pulso durante os exercícios.

Exige-se que o profissional de enfermagem tenha a responsabilidade de supervisionar e apoiar a pessoa acometida de AVC durante as atividades de reabilitação. A pessoa deve ser ensinada a colocar o membro inferior não-afetado sobre aquele que foi comprometido, a fim de conseguir mover-se durante os exercícios passivos.

O enfermeiro deve, também, **preparar o indivíduo para a deambulação**; tão logo seja possível, ele deve ser levado para fora do leito. Via de regra, quando a hemiplegia é resultante de uma trombose, o programa de reabilitação ativa deve ser iniciado tão logo o indivíduo recupere a consciência; já as pessoas vítimas de hemorragias cerebrais não devem ser submetidas a fisioterapia ativa, até que tenham desaparecido todas as evidências de sangramento (POTTER E PERRY, 1996).

Acrescentam os autores que a pessoa portadora de AVC está pronta para começar a caminhar, tão logo consiga se pôr de pé. As barras paralelas são úteis no início do treinamento. Uma cadeira de rodas deve estar sempre à mão, para o caso de fadiga ou vertigem súbitas. Os períodos de treinamento de deambulação devem ser curtos e freqüentes. À medida que o indivíduo recupera a força e a confiança, ele pode começar a deambular, com o auxílio de uma muleta, se possível de alumínio. Geralmente, um "andador" com três ou quatro apoios é suficiente para sustentação estável nas fases iniciais do programa de treinamento.

André (1999) acrescenta que as ações de enfermagem durante o processo de reabilitação devem ser realizadas, também, com a finalidade de incentivar a retomada das atividades de vida diária, recuperação do controle vesical, melhorar o raciocínio, melhorar a comunicação, manter a integridade cutânea mucosa, melhorar as relações familiares, através da educação para a saúde, e, ainda, orientação para o restabelecimento da função sexual.

Ponte Filho (2001) enfatiza a importância dos cuidados de enfermagem nas alterações emocionais, as quais estão associadas a manifestações de distúrbios psicossomáticos resultantes do agravamento dos sintomas. Pode-se, então, contornar o problema de ordem filosófica, ou seja, uma vez que as mudanças mentais provocam danos orgânicos, levar-se-á em conta, também, o fato de que as mudanças emocionais andam sempre acompanhadas de mudanças corporais. As reações emocionais e as mudanças fisiológicas, por conseguinte, podem ser vistas como diferentes aspectos da reação do indivíduo a situações estressantes.

Waldow (2001) ressalta que o processo de cuidar envolve crescimento pessoal e ocorre independentemente da cura. É intencional, e seus objetivos são vários, dependendo do momento, da situação e da experiência. Por ser um processo, não há preocupação com um fim. A finalidade do cuidar na enfermagem é prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para conviver com as crises e com as experiências do viver e do morrer. Deste modo, o cuidado é estabelecido numa dimensão mais profunda, que ultrapassa o físico, pois favorece o enfermeiro a entrar em contato com a dimensão espiritual e mental do cliente, conduzindo-o na busca de sua recuperação.

Assim, o enfermeiro, como membro imprescindível da equipe de saúde, deve reconhecer a magnitude dos estressores conseqüentes a uma situação crônica de saúde e ter uma atitude positiva, para ajudar estes indivíduos a enfrentar esta nova situação. O enfrentamento interpessoal deve ser encorajado, ajudando-se os indivíduos a tirar o máximo de vantagem das oportunidades que se apresentam, a obter apoio de sua família e amigos, bem como dos profissionais envolvidos na assistência.

Nyamathi (1989), em seus estudos, ensina que assistir indivíduos com dificuldades de enfrentar doenças, crises de vida, mudanças no estilo de vida e papéis, representa a razão de ser da enfermagem. O objetivo da enfermagem deve ser o de utilizar os conhecimentos relevantes do homem, na busca da saúde e de comportamentos de enfrentamento, racional, artificial e habilidosamente, pelo uso de estratégias de enfermagem apropriadas, ao assistir o ser humano para a realização de seu máximo potencial e bem-estar, seja do ponto de vista biológico, psicológico, social ou espiritual. Devem ser, com a ajuda de amigos e da família, criadas situações que motivem a pessoa em reabilitação a participar ou executar tarefas anteriormente praticadas por ela; a fazer parte de pequenas reuniões sociais em grupos, seja em templos religiosos ou em outras e, ainda, em atividades de simples lazer. Tudo isso irá, lentamente, devolvendo a fé, a esperança e o entusiasmo pela vida e suas decorrências.

3.5 AS CORES E SUA INFLUÊNCIA SOBRE AS PESSOAS E SOBRE O AMBIENTE

Embora a humanidade tenha estado sempre cercada de cores por todos os lados, e tenha sido submetida à sua influência desde tempos muito remotos, faz relativamente pouco tempo que temos podido produzir e usar as cores, tão livre e amplamente como o fazemos hoje em dia. Antes do século XIX, só se conhecia um número limitado de corantes e pigmentos, e estes eram, sobretudo, de origem orgânica. Também eram muito caros, de modo que os tecidos coloridos e os materiais decorativos eram privilégio das pessoas abastadas. Centenas de milhares de moluscos davam sua vida para que um imperador romano pudesse usar seu manto de púrpura da Fenícia, enquanto que seus súditos tinham de satisfazer-se com algodão ou linho descorado, e peles ou lãs cruas (OSTROWER, 1983).

O autor ilustra, ainda, dizendo que, somente no decorrer dos últimos cem anos mais ou menos, é que este quadro se alterou consideravelmente, primeiro com a síntese dos corantes de anilina, e mais tarde com os derivados do alcatrão, de hulha e com os óxidos metálicos, de modo que, hoje em dia, pequena quantidade das coisas que fazemos, em sua maioria, permanece no seu estado manufaturado original, sem ser total ou parcialmente estampada, pintada ou colorida. Agora

existem, literalmente, milhares de cores, de todas as tonalidades e intensidades imagináveis, disponíveis para quase todos os fins. Não só temos agora o azul do céu, o vermelho do ocaso, o verde das árvores e todas as outras cores da natureza, como também os artigos feitos pelo homem – luzes de néon, tintas, papéis de parede, cinema e TV a cores nos encantam ou agridem continuamente.

Lacy (1996) refere que este emprego cada vez maior da cor, combinado com a competição sempre crescente dos fabricantes, na busca de aumento em suas vendas, tem contribuído para o crescente progresso no campo da Psicologia das cores, muito embora, quando se trata de comercialização, grande parte dessas pesquisas estejam sendo feitas pelo método das tentativas. As cores da natureza têm exercido sua influência sobre nós, e estão arraigadas em nossa formação fisiológica e psicológica – e ali estão, nítidas, independentemente de nossa vontade. Todavia, no caso dos objetos que compramos, temos a liberdade de escolher, de exercer nossas predileções e aversões, nossos gostos e nossas convenções.

Haack (1969) refere que, quanto a uma pintura, ou a uma foto colorida, a importância psicológica das cores normalmente é bem menor, em razão de inúmeros outros fatores implicados – assunto, equilíbrio das formas, equilíbrio das próprias cores, educação e perícia do observador e sua apreciação estética.

No caso de cores simples, é possível ser muito mais específico, sobretudo quando as cores foram corretamente escolhidas por sua associação direta com necessidades psicológicas e fisiológicas, como acontece no Teste das Cores de Lüscher. Neste caso, preferência por uma cor e aversão a outra significa algo definido e reflete um estado atual de espírito, de equilíbrio glandular, ou ambos.

Para se saber como pode ser assim, por que esta relação é universal, e por que ela existe, independentemente de raça, sexo ou ambiente social, é preciso recordar a longa exposição do homem às cores da Natureza, por milhões de anos.

Pagnamenta (1998), escrevendo sobre a cromoterapia, ensina que as cores, consciente ou inconscientemente, têm grande influência na nossa vida. A cor do vestido que escolhermos pela manhã não é fruto do mero acaso, é exatamente aquela cor que queremos nesse momento, que “sentimos” adequada a nós. Geralmente, procuramos uma cor que nos faz falta.

Concordando com as posições do referido autor, pensamos que a cor pode transformar, animar e modificar, totalmente, um ambiente, pois todos nós reagimos à cor, e atualmente é possível levá-la a todas as áreas da vida, pela facilidade do uso de materiais, tecidos e tintas. Desde que existem produtos químicos, é possível tingir-se a maior parte dos materiais com qualquer cor que se queira. As cores que apreciamos são extensões de nós mesmos, pois, segundo Ostrower (1983), em torno de cada pessoa há uma aura de luz que irradia várias cores, o que nos faz ser atraídos pelas cores que completam a nossa própria aura.

Segundo Lacy (1996), a sabedoria das cores foi transmitida através dos tempos, observada por muitos videntes e sentida por outros. As descobertas nos levaram a compreender que o uso de uma ou várias cores no ambiente pode alterar a comunicação, as atitudes e a aparência das pessoas presentes; a cor pode acalmar, reduzir o estresse e a violência ou aumentar a vitalidade e a energia.

Haack (1969), em seus estudos sobre a origem da importância das cores, considera que, inicialmente, a vida do homem era regida por dois fatores, além do seu controle: noite e dia, trevas e luz. A noite trazia consigo a passividade, o repouso e diminuição da atividade metabólica e glandular, criava um ambiente em que a ação tinha de parar, de modo que o homem se dirigia para sua caverna, enrolava-se em suas peles e adormecia, ou então subia numa árvore e se ajeitava como podia, enquanto aguardava o amanhecer. O dia trazia consigo a possibilidade de ação, aumento no índice metabólico e maior secreção glandular, dando, assim, energia e iniciativa; criava um ambiente em que era possível agir, de modo que ele tornava a sair para reabastecer suas provisões e a forragear ou caçar seu alimento. As cores, associadas ao ambiente, são o azul-escuro do céu noturno e o amarelo-vivo da luz do dia. Logo, a noite (azul-escuro) obrigava à cessação da atividade e impunha o sossego; o dia (amarelo-vivo) permitia a ocorrência de atividade, sem imposição.

Para o homem primitivo, a atividade, via de regra, assumia uma de duas formas – ele estava caçando e atacando ou estava sendo caçado e se defendendo: atividade dirigida à conquista e aquisição, ou atividade dirigida à preservação da própria existência. As ações de combate e conquista são universalmente

representadas pela cor vermelha; a preservação da própria existência, pelo seu complemento, o verde.

As experiências que envolvem as pessoas obrigadas a contemplar psicologicamente o vermelho-puro durante períodos variáveis de tempo mostram que esta cor é de efeito decididamente estimulante no sistema nervoso – a pressão arterial se eleva e a respiração e as batidas cardíacas se aceleram. Logo, o vermelho é de efeito “excitante” sobre o sistema nervoso, especialmente sobre o ramo simpático do sistema neurovegetativo. Por outro lado, idêntica exposição ao azul, psicologicamente puro, tem efeito inverso – a pressão desce, o ritmo cardíaco e a respiração diminuem. Logo, o azul-escuro é de efeito “calmante”, e atua principalmente através do ramo parassimpático do sistema neurovegetativo (HAACK, 1969).

As complicadas redes de nervos e fibras, pelas quais o corpo e todos os órgãos são controlados, podem ser reunidas sob dois títulos principais – sistema nervoso central (S.N.C.) e sistema neurovegetativo (ou auto-regulador) (S.N.V.). Pode-se considerar, com relativa exatidão, que o sistema nervoso central está relacionado com as funções físicas e sensoriais que ocorrem no limiar da consciência, ou acima dele, em plena consciência. Por outro lado, o sistema neurovegetativo está relacionado, sobretudo, com as funções ocorrentes abaixo do limiar da consciência e, por esta razão, deve funcionar numa base automática e auto-reguladora. As batidas do coração, encher e esvaziar os pulmões, a digestão dos alimentos, aliás, todos os processos complexos do organismo, que devem prosseguir sem qualquer esforço consciente, são funções do sistema neurovegetativo (SMELTZER E BARE, 1999).

Haack (1969) esclarece que ainda não se compreende perfeitamente o mecanismo pelo qual uma cor é “vista” e conhecida como tal. Mas, já que as cores dão origem a tantas teorias diferentes na busca de uma resposta, então é provável que, de algum modo, não se possa compreender muito bem se estaremos fazendo a pergunta de modo correto ou partindo de algumas premissas imperfeitas. Entretanto, a “teoria de contraste” do fisiologista Hering (1960), parece adaptar-se melhor ao que realmente se observa no uso do Teste das Cores, uma vez que este autor observou que a “púrpura visual”, uma substância contida nos bastonetes da retina,

dentro do olho, e também conhecida como rodopsina, era descorada sob a influência das cores vivas e se reconstituía quando exposta a cores escuras – que a luz tinha efeito catabólico (destrutivo), ao passo que a treva tinha efeito anabólico (construtivo). O branco submetia a púrpura visual ao catabolismo e a destruía; por outro lado, o preto provocava o anabolismo e devolvia a púrpura visual ao seu estado original. Verificou-se que os mesmos efeitos ocorrem com o vermelho-verde e com o amarelo-azul, resultando um efeito de contraste aplicável a todas as cores em termos da sua claridade ou da sua obscuridade.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Percebi que há algumas coisas que cada pessoa foi enviada à Terra para realizar e aprender. Por exemplo, partilhar mais amor, ser mais amorosa com os outros. Descobrir que o mais importante é o relacionamento humano e o amor, e não as coisas da matéria. E entender que cada pequena coisa que se faz na vida é registrada e, mesmo que você passe por ela sem pensar na ocasião, ela sempre vem à tona mais tarde.

SOGYAL RINPOCHE

4.1 A TEORIA DE JEAN WATSON* COMO REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO PARA O ESTUDO

Popper (1995), ao destacar a importância das teorias de enfermagem, afirma que elas são redes lançadas para capturar o que chamamos “o mundo”, a fim de racionalizá-lo, explicá-lo e dominá-lo.

O conhecimento substantivo de enfermagem tem sido desenvolvido através das várias correntes filosóficas e teóricas dessa profissão, que vêm, ao longo da história, se esforçando na busca do crescimento e do seu aprimoramento. Zagonel (1996) conta-nos que, desde Nigthingale, em 1859, até os cientistas enfermeiros contemporâneos, o desvelamento e as influências dos paradigmas de enfermagem têm contribuído para a construção da ciência de Enfermagem, com definições de princípios teóricos e metodológicos, formas de implementação e de instrumentalização, através do conjunto de crenças, valores e leis, propostos por diferentes teóricos. A autora informa que, nesta perspectiva, Watson elabora a

* Jean Watson nasceu em 1940 e sua vida cumulou-se de progressos e conquistas profissionais na Enfermagem. Bacharelada em Enfermagem pela Universidade de Colorado em Boulder. Mestre em Saúde Mental Psiquiátrica. Doutora em Psicologia Educacional. Atuou como Reitora e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade do Colorado – Estados Unidos. Foi Administradora Educacional, Consultora Clínica e Pesquisadora em Enfermagem. Recebeu vários prêmios e homenagens. Watson é autora de inúmeros artigos, capítulos de livros e de três livros. Sua pesquisa se concentra na área do cuidado prestado às pessoas. Em 1979 foram publicados os fundamentos de sua Teoria de Enfermagem, e em 1988 sua teoria intitulada de **Nursing: Human Science and Human Care**, sendo sua mais recente obra *Enfermagem na Pós-Modernidade*, editada em 1999. Teorista predominantemente humanista, afirma que o foco principal da Enfermagem está nos fatores de cuidado que derivam de uma perspectiva humanista, combinada aos conhecimentos científicos (KONOPKA, 2000).

Teoria do Cuidado Humano, a partir de componentes filosóficos explicativos sobre ciência e arte da enfermagem, aos quais associa os ideais da profissão.

Watson (1989: p. 220) considera que o recente fenômeno de desenvolvimento de teorias de enfermagem, juntamente com visões de mudança das ciências e do próprio universo, vêm, em um movimento de reciprocidade, ampliando horizontes, tendo em vista o cuidado humano, como fruto de uma conjunção de esforços epistêmicos sérios, éticos e práticos, inferindo que *transformar as perspectivas de cuidado – pessoas – natureza – saúde – cura, nos permite buscar noções de espiritualidade, campos energéticos holográficos e novas éticas do cuidado*. Diz ainda, que todas estas atividades são parte de uma nova dinâmica e consciência, dentro da ciência e da arte da enfermagem e da sociedade em geral.

Neste contexto, a autora propõe um trabalho de desenvolvimento mental-espiritual do EU e do OUTRO, bem como a descoberta da força interior e do autocontrole, através do cuidado, tudo isto realizado pela interação inter-transpessoal. Esta transação de cuidado humano nem sempre é feita de forma articulada, nutrida ou reconhecida como fundamental para o processo de cuidar profissional, porque, conforme Watson (1979), a enfermagem tem focalizado sua atuação muito voltada à matéria e à forma, ou seja, deixando de lado o aspecto subjetivo, que envolve componentes importantes da essência do ser. Na sua visão, o foco principal da enfermagem está nos fatores de cuidado que deriva de uma perspectiva humanista, combinada aos conhecimentos científicos.

Rogers (1988) grifa o fato de que Watson desenvolveu sua teoria, com conceitos abstratos, não usualmente utilizados pela enfermagem, dando uma conotação diferente, visionária, futurista, para o desenvolvimento da ciência do cuidado. Os conhecimentos da teoria de Watson foram abstraídos de escolas de Psicologia humanística, existencial e transpessoal. É considerada, também, como interacionista, uma vez que recebeu influências de Harry Sullivan e Carl Rogers, partindo da Psicologia o fundamento para os métodos interativos.

O conhecimento concebido por Watson está profundamente embasado na Filosofia. Sua obra parte de uma perspectiva fenomenológica-existencial. Zagonel (1996) explicita que a abordagem sobre a alma, conceito muito forte na sua teoria,

que identifica como autoconhecimento, grau mais elevado da consciência, força interior, poder, experiência intuitiva e mística, deriva de certas filosofias orientais, mais aproximadas da filosofia hindu. Torres (1986) acrescenta, ainda, que os conhecimentos de Watson derivam também da teoria de aprendizagem, de John Dewey, o qual fornece uma base para os métodos interpessoais, com vistas a orientar os indivíduos sobre seu comportamento.

É destacada como a mais filosófica e complexa das modernas teorias de enfermagem, porque *é a única teoria de enfermagem a explicitamente defender o conceito de alma e enfatizar a dimensão espiritual da existência humana* (SARTER, 1988: p. 55).

Watson (1989) considera que a pessoa existe como uma Gestalt viva, crescente, possuindo três esferas do ser: corpo, mente e alma e que qualquer alteração neste contexto pode levar ao desequilíbrio, desarmonia, resultando em patologia e doença que, por sua vez, geram mais desarmonia.

A autora revela, ainda, que o cuidado humano transpessoal é um ideal de intersubjetividade e envolvimento entre o enfermeiro e o indivíduo; é uma arte quando o enfermeiro, unido ao outro, transcende o físico, e atinge o espiritual, dando significado à existência e é um ideal moral, uma vez que o enfermeiro se preocupa com a dignidade humana e a preservação da humanidade.

Paganini (1998), afirma que o cuidado humano vai além da assistência prestada, implica numa transação subjetiva entre pessoas, permeada por experiências humanas e troca de sentimentos. Vê o cuidado humano como transpessoal; acontece quando duas pessoas se encontram espontaneamente em determinado momento ou situação [...] com enfoque no campo fenomenológico gerado pela energia resultante daquele encontro.

Diante deste contexto, salientamos que Watson muito tem contribuído, ajudando a afastar a enfermagem do apenas curativo, indo em direção ao seu fundamento, que é de cuidar, isto é, uma teoria que convida a enfermagem a realmente assumir o compromisso com o cuidado, envolvendo o biológico, o psicológico e o espiritual, fundamento essencial da nossa profissão.

Para Watson (1979), o cuidado que o enfermeiro deve ter com aqueles que dele necessitam deve ser um cuidado transpessoal. Assim sendo, elaborou dez fatores para, através deles, estudar e compreender o cuidado sob o ponto de vista de sete pressuposições básicas, enfatizando a forma de ver o cuidado, uma vez que este constitui o atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade.

As pressuposições filosóficas que a autora desenvolve e nas quais embasa sua teoria são os seguintes:

1. ***O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado de modo transpessoal*** – a arte de cuidado de enfermagem começa quando o enfermeiro, com a intenção de unir-se ao outro, revela externamente o sentimento de cuidado e preocupação. Desta forma, ocorre a integração entre a vivência subjetiva do ser que cuida e daquele que é por ele cuidado.
2. ***O cuidado consiste em fatores que resultam na satisfação de certas necessidades humanas*** – parte do princípio de que o enfermeiro é o cuidador, aquele que está preparado e tem condições de compreender o ser humano cuidado, seja em situações de saúde-doença ou em períodos de fragilidade e desenvolver suportes de enfrentamento à situação fragilizada, daquele ser humano exposto aos seus cuidados.
3. ***O cuidado eficiente promove saúde e crescimento individual ou familiar*** – considera que o cuidar é fazer pelo outro, é a satisfação das necessidades básicas, pela execução de procedimentos e técnicas, porém sem distanciamento deste enfoque, procurando unir a ação da prática à ação transformadora do ser.
4. ***As respostas de cuidado aceitam uma pessoa, não apenas como é ela, mas como aquilo que ela pode vir a ser*** – é importante que a equipe de enfermagem, especialmente o enfermeiro, esteja com a atenção voltada para o cliente, visto ser um momento valioso, e a pessoa que necessita de cuidados deve perceber nos outros a exteriorização de aceitação e respeito, e sentir-se convidado a participar do seu processo de reabilitação.

5. ***Um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo em que permite à pessoa escolher a melhor ação para si mesma, num determinado ponto do tempo*** – fator importante a ser considerado, uma vez que o ambiente deve oferecer condições favoráveis para o cuidado, assim como opções para o desenvolvimento de comportamentos adequados, que beneficiem aquela pessoa.
6. ***O cuidado é mais “health hogenic” do que curativo. A prática do cuidado integra o conhecimento biofísico ao conhecimento do comportamento humano para gerar e promover a saúde, e para propiciar o auxílio àqueles que estão doentes. Uma ciência do cuidado é, conseqüentemente, um complemento à ciência da cura*** – preconiza que a enfermagem, a humanização visa ao cuidado, além dos sinais e sintomas, busca compreender e interagir com o potencial do ser humano como “cliente”.
7. ***A prática do cuidado é fundamental à enfermagem*** – este fator não se limita ao ser enfermeiro, mas à equipe de enfermagem integrada. Cabe ao enfermeiro estimular a equipe a estar constantemente preocupada em melhorar seu nível de assistência à pessoa, como uma doença crônica. Por outro ângulo, não basta a equipe ter habilidades, destreza; é preciso interagir com o cliente e à família e seus familiares, considerando suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psico-espirituais.

O cuidado transpessoal é entendido como um tipo especial de relação, na qual ambos, pessoa e enfermeiro, têm em consideração o todo da pessoa, o seu ser no mundo. A arte do cuidado transpessoal só ocorre a partir do momento em que o enfermeiro detecta o mundo subjetivo da pessoa. Particularizando a mulher acometida de acidente vascular cerebral, há necessidade de uma união de experiências, a fim de que ambos, enfermeiro e a mulher, possam compartilhar a compreensão da vivência daquele isolamento, a que leva um estado de pós-AVC.

Para Lacerda (1997), o contato dos mundos subjetivos do enfermeiro e da pessoa no cuidado humano transpessoal tem o potencial de ir além do físico-material, atingir uma interação mental-emocional; adentrar o interior da pessoa, tocar

o mais alto senso espiritual do *self*, da alma, do espírito, ocorrendo em uma relação eu-tu. Deve contemplar força interior, vigor, a fim de ajudar o indivíduo a organizar um quadro de harmonia consigo mesmo, com os outros e com a natureza. Constitui um processo que transforma, produzindo e potencializando energias para a autocura.

Este estudo é desenvolvido, tendo por base os sete pressupostos filosóficos propostos por Jean Watson (1979), em sua Teoria do Cuidado Transpessoal e os dez fatores carativos por ela idealizados, mesmo que cada um deles enfoque um aspecto determinado; eles se intercomplementam, tendo em vista a consecução do cuidado humano, conforme determina a Teoria de Enfermagem, de Jean Watson, denominada Ciência Humana e Cuidado Humano.

Zagonel (1996) diz que no processo de cuidado os fatores carativos propostos por Watson são utilizados, em sua totalidade ou em parte; de acordo com a situação, podem chegar a alterar sentimentos, pensamentos, comportamentos. Estes fatores são altamente consistentes, considerando o que preconiza Nightingale, congruentes com o paradigma de cuidado humano, quando fala de processos naturais de saúde, do curador interior e sua ligação com a natureza.

A autora refere, ainda, que é um método valioso e criativo na resolução de problemas, exigindo uma interação ativa do enfermeiro com seu cliente, através de um ensino-aprendizagem, pois o processo de cuidado humano é infinito e em expansão contínua.

Assim, os fatores carativos de cuidado citados por Jean Watson (1979) associados ao cuidador vêm a seguir comentados:

1. **Formação de um sistema de valores humanista-altruista** – refere-se ao compartilhamento ao longo da vida, a partir da família de cada indivíduo, sua vivência de crenças, de visões próprias nas experiências pessoais de crescimento. Enfoca uma visão antropológica do ser humano na percepção de ser biopsíquico e sócio-espiritual.
2. **Promoção de fé-esperança** – enfatiza o espiritual, a alma e o espírito, buscando um sentido existencial e de transcendência, na visão que vai além

da ciência moderna, não se contrapondo a ela, mas oferecendo fé e esperança como um recurso capaz de mostrar a pessoa uma forma de superar as dificuldades presentes, tentando proporcionar uma sensação de bem-estar, através de crenças que têm significado para ele.

3. **Cultivo da sensibilidade ao próprio self e ao das demais pessoas** – abrange o desenvolvimento dos próprios sentimentos, de modo que alguém possa, realmente, de modo sensível, interagir com o outro. A mente e as emoções de uma pessoa são janelas para a alma. O cuidado de enfermagem pode ser, e é, físico, processual, objetivo e real, mas no seu mais alto nível as suas respostas de cuidado, as suas transações de cuidado e a presença do enfermeiro na relação que transcende o mundo físico e material, fazem contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa.
4. **Desenvolvimento de uma relação de cuidado humano de ajuda-confiança** – implica que haja compatibilidade, empatia e calidez, havendo nas interações verdade, honestidade, abertura, sintonia e aceitação positiva do outro. A comunicação verbal e não verbal pode ser uma forma para perceber o outro com maior profundidade, a fim de inspirar-lhe confiança no processo de cuidado-ajuda.
5. **Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos** – postura que tem em vista a melhoria do nível pessoal de percepção e do controle interno, envolvendo a necessidade da pessoa de manter uma coerência entre sentimentos, pensamentos e comportamentos. Os sentimentos alteram pensamentos e comportamentos e as necessidades de expressá-los devem ser consideradas e valorizadas positivamente, como um instrumento de elaboração da situação vivida na relação de cuidado.
6. **Utilização sistemática de método científico para resolução de problemas e tomada de decisões** – tendo em vista monitorar, prever e conduzir o cuidado, imprimindo a este um enfoque científico. Deve ser considerado e valorizado, também conforme a natureza relativa da enfermagem, na perspectiva de que o método não pode ser sempre neutro e objetivo, deve considerar o ser humano de forma integral. Cada situação é uma situação

nova e requer uma adaptação criativa e única do conhecimento teórico adquirido e atualizado pelas experiências práticas vivenciadas.

7. ***Desenvolvimento do ensino-aprendizagem interpessoal*** – a prática para este fator deve ser encaminhada com base em informações e alternativas, de forma que se ofereça à pessoa um relativo controle sobre a própria saúde. Isto pode ser facilitado, mediante o ensino através de técnicas de ensino-aprendizagem, permitindo que o indivíduo cuide de si mesmo, identifique suas próprias necessidades e determine formas de promover seu crescimento individual.
8. ***Provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou de neutralização mental, física, sociocultural e espiritual*** – o princípio é de que o ambiente do cliente inclui variáveis internas e externas interdependentes, que podem ajudar o indivíduo a enfrentar alterações, na busca de desenvolver uma percepção mais exata e proporcionando informações cognitivas que reforcem mecanismos de enfrentamento. Este deve, portanto, oferecer comodidade, intimidade, segurança e um ambiente limpo e estético.
9. ***Focalização da assistência em relação às necessidades humanas*** – para Watson (1979), necessidades humanas podem ser de ordem inferior, tais como: as necessidades biofísicas ou de sobrevivência e as psicofísicas ou necessidades funcionais, ou de ordem superior: as psicossociais ou integradoras e as intrapessoais-interpessoais que são as necessidades de busca de crescimento. É necessário identificar e antecipar o atendimento a essas necessidades, visto serem importantes em certos processos de saúde-doença dos seres humanos. Todas as necessidades devem ser valorizadas e cada uma deve ser entendida dentro do conjunto das demais.
10. ***Conscientização da presença de forças existenciais-fenomenológicas*** – espirituais na relação entre quem cuida e quem é cuidado. Neste fator, é sugerido um voltar-se para o próprio interior, encarando as próprias indagações existenciais, antes de conseguir ajudar outras pessoas a enfrentar a difícil situação humana. A incorporação destas forças dentro da ciência do cuidado é mais do que uma aproximação filosófica da visão do atributo

humano. O conceito de existência se baseia na pressuposição de que cada pessoa pode encontrar significado e solução para seus problemas de existência, seja perda, separação ou solidão.

É possível perceber que a teoria de Watson exige um compromisso de ambos, cliente e enfermeiro; não é uma teoria que envolve somente métodos de pesquisa tradicionais, é complexa e não facilmente aplicável na prática, necessitando de um preparo especial dos enfermeiros. Pensando nestes aspectos é que devem ser valorizados os pressupostos de Watson, como um campo fértil para o cuidado inovador, desenvolvendo efetivamente a arte e a ciência da Enfermagem.

5 METODOLOGIA

*A conduta humana se parece muito com o desenho.
A perspectiva se altera quando o olho muda de posição.
Não depende do objeto e sim de quem está olhando.*

VINCENT VAN GOGH

5.1 TIPO DE ESTUDO/ ABORDAGEM

Optamos por desenvolver uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, isto é, que permitisse compreender o problema no meio em que ele ocorre, sem que se criassem situações artificiais, se mascarasse a realidade nem se suscitasse interpretações ou generalizações equivocadas (Triviños, 1987). Baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como é vivenciada e tal como é definida por seus atores (POLIT e HUNGLER, 1995).

A escolha do estudo de caso deu-se pela própria característica do tipo de abordagem que nos propusemos. Gil (1999) define este método como um estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento, de forma ampla e detalhada, tarefa praticamente impossível mediante os outros tipos de delineamentos considerados. Explicita, ainda, que é caracterizado pelo estudo empírico o qual investiga um fenômeno atual no contexto da realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência.

Para Parse et al (1988), o propósito de um estudo de caso é descrever a experiência de uma unidade social em profundidade, como, por exemplo, uma pessoa, uma família, uma instituição, um acontecimento. As autoras argumentam que a razão para a escolha do estudo de caso decorre do fato de o método ser direcionado a descobrir o significado dos eventos da vida, da maneira como eles estão sendo vivenciados.

Yin (1987) menciona que o estudo de caso constitui uma investigação empírica da contemporaneidade de determinado fenômeno, dentro do contexto da vida real, quando os limites entre fenômeno e contexto não estão claramente evidentes, e nos quais múltiplas fontes de evidência podem ser usadas. Entre elas citam-se: documentos, dados de arquivo, observação direta, observação participativa, entrevista e outras. Estas fontes vão captar o como e/ou porquê do fenômeno num nível de profundidade. Para o autor, um aspecto importante a considerar no estudo de caso é a natureza e abrangência da unidade de análise. Esta unidade de análise pode ser única ou múltipla, variando de acordo com o desenho do estudo. Ela pode ser tanto um indivíduo como pequenos grupos, família, membros de uma comunidade ou instituição.

Lüdke e André (1986) apresentam e descrevem características fundamentais de um estudo de caso, como:

- visa à descoberta de elementos ou dimensões do problema com a progressão do estudo, por isso, não há exigência de pressupostos teóricos prefixados.

- deve retratar a realidade de forma complexa e profunda, revelando a multiplicidade das dimensões de uma determinada situação.

- utiliza várias fontes de informação: observações, reuniões, entrevistas, documentos, fotografias, diversos tipos de informantes em diferentes momentos, o que origina uma variedade de informes, que podem ser cruzados, para confirmar ou rejeitar hipóteses, descobrir novos dados e outras opções.

- permite generalizações naturais ocorrentes em função da experiência do leitor, que associa os dados encontrados no estudo com experiências pessoais.

- deve mostrar vários pontos de vista presentes numa situação social, pois não existe apenas uma perspectiva de ver a realidade que seja a verdadeira.

- o pesquisador pode deixar clara sua opinião quanto aos aspectos divergentes do estudo.

- os dados escritos apresentam um estilo narrativo e informal, ilustrado com exemplos de citações pessoais e descrições.

Estes conceitos correlacionam-se aos objetivos propostos para esta pesquisa, por ser um estudo longitudinal e profundo, possibilitando ao pesquisador estar junto à situação estudada por um período de tempo suficientemente necessário para compreender o fenômeno como um todo, as manifestações que eventuais, as que são constantes e como oscilam estas no decorrer do tempo.

Esta abordagem certamente contribui para aprofundar e enriquecer este estudo, considerando que, metodologicamente, o trabalho apóia-se na teoria de Jean Watson (1985), destacada nesta pesquisa por abranger conceitos que visam a sensibilizar o trabalho do enfermeiro, voltado para o cuidado humano holístico, tendo em vista uma atenção concreta com o espiritual, com a consciência, a interação, a auto-estima, o auto-respeito e com a autocura.

A teoria constitui um método filosófico de aplicação clínica, que utiliza conceitos existenciais, de orientação fenomenológica e de uma dimensão espiritual voltada às várias condições humanas. A combinação dos três aspectos permite ao enfermeiro compreender a condição humana e desenvolver o cuidado – essência da enfermagem.

5.2 LOCAL DA PESQUISA

O local onde se realizou a pesquisa foi o Município de Sobral, situado no sertão centro-norte do Ceará - Brasil, a 224km de Fortaleza. Na divisão político-administrativa do Ceará, Sobral faz parte da microrregião geográfica, juntamente com outros onze municípios. É parte integrante da Área de Desenvolvimento Regional (ADR) Sobral/Ibiapina. Esta ADR é constituída por 25 municípios, apresenta uma área territorial de 11.963km², o que corresponde a 8,12 da área total do Estado do Ceará.

Sobral tem uma área de 2.119km², sendo, entre os municípios do estado o 19º no que se refere à maior dimensão territorial. Segundo dados sobre a população cadastrada no ano 2000 pelo Sistema de Atenção Básica (SIAB), Sobral tem

atualmente 158.563 habitantes, sendo 49% do sexo masculino e 51% do sexo feminino. Do total da população, 74% reside na sede do Município e 26% nos outros distritos. Sua população é predominantemente jovem, com 50% dos sobralenses concentrados na faixa etária de 0 a 17 anos, 20% entre os 7 e 14 anos (SOBRAL, 2001).

O Município tem, entre suas principais atividades econômicas, a pecuária e a agricultura (milho, mandioca, feijão, arroz e fruticultura). É um importante pólo comercial regional e um centro industrial, com fábricas de médio e grande porte, nos ramos de vestuário, calçados, couro e peles.

As ações de saneamento básico, desenvolvidas mais recentemente, vieram contribuir para a sensível melhoria nos indicadores de saúde. A água encanada e a coleta de lixo estão presentes em 95% das residências de Sobral. A rede de esgoto, que era apenas 10% em 1996, passou para 40% em 1999.

Segundo Andrade et al (1999), o Município de Sobral até o início de 1997 apresentava de um lado uma rede contratada de serviço de saúde em atenção secundária e terciária relativamente bem desenvolvida, e de outro, uma oferta de atenção primária bem aquém do desejável ou necessário. Até então, o Município não se enquadrava em nenhum nível da gestão municipal. O serviço de atenção primária era oferecido ora em unidades de maior complexidade, o que subutilizava estas estruturas, ora em unidades sem praticamente nenhuma resolubilidade, unidades estas implantadas, em sua maioria, no interior de escolas em estruturas físicas totalmente inadequadas.

Os autores acrescentam que, como forma de promover a organização destes serviços, foi adotado o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia estruturante da organização da atenção primária. Foram implantadas trinta e uma equipes no Programa Saúde da Família em 25 unidades básicas distribuídas em 23 áreas descentralizadas de saúde, atingindo uma cobertura de 100% da população. Assim, hoje, o Sistema Local de Saúde tem como alicerce o PSF, que procura atender as necessidades da população a partir dos princípios básicos do SUS: a universalidade, a integridade, a equidade e a hierarquização.

5.3 SUJEITOS DA INVESTIGAÇÃO

Os sujeitos desta investigação foram mulheres acometidas de AVC e a escolha das participantes ocorreu da seguinte maneira:

- procuramos nos prontuários do Serviço de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral o nome e endereço das mulheres que haviam sofrido AVC nos últimos seis meses anteriores ao mês de agosto, domiciliadas em Sobral-CE e já com alta hospitalar.

Nessa busca, anotamos o nome e endereço de dez mulheres que atendiam aos critérios de seleção dos atores sociais a serem incluídos para participar como informantes neste estudo, que foram os citados a seguir:

- aceitar por livre vontade participar, como informante, nesta pesquisa;
- ser mulher acometida de AVC, domiciliada em Sobral-CE;
- apresentar alguma capacidade de comunicação, ainda que fosse do tipo não verbal;
- ter tido apenas um episódio de AVC, e estar em processo de reabilitação, no período que compreende seis meses de tratamento após o acometimento do acidente. Isso, pela inquietação que temos de conhecer as repercussões da enfermidade no cotidiano dessa mulher.

Dos dez nomes de mulheres que selecionamos por prontuários, duas haviam ido a óbito durante a tentativa de reabilitação no domicílio, três haviam mudado de endereço e cinco foram localizadas, as quais passaram a compor a amostra deste estudo.

Assim, participaram da pesquisa cinco mulheres acometidas de acidente vascular cerebral, que preenchiam todos os requisitos já mencionados. É válido esclarecer que o estabelecimento prévio da quantidade de informantes para este estudo não constitui propriamente uma inquietação, uma vez que na pesquisa qualitativa, o fundamental é a profundidade do conhecimento sobre do problema que se busca, consoante informaram Tomasi e Yamamoto (1999: p.20): *o critério não é*

numérico, e a amostragem ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas múltiplas dimensões.

Consciente da obrigatoriedade do anonimato das informantes, convencionamos utilizar nomes de deusas gregas, isso porque no nosso entendimento, o complexo mundo da MULHER é caracterizado por atributos destinados a várias deusas. Hollis (1997) anota que, mesmo sendo poderosas, independentes ou maternais, as deusas têm características que estão presentes na psique feminina.

Os nomes das deusas foram escolhidos de acordo com as características mais marcantes de cada uma das cinco mulheres pesquisadas. Foram os seguintes os nomes escolhidos: **Afrodite**, deusa do amor e da beleza; **Atena**, deusa da sabedoria; **Nikê**, deusa da vitória; **Ananke**, deusa da necessidade, e **Hebe**, deusa da juventude.

5.4 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS DA PESQUISA

Contraopondo-se ao enfoque tradicional, no qual a ética é vista como um conjunto de normas, leis e princípios que regem os atos do ser humano, Gelain (1998) reconhece que, na abordagem contemporânea, a ética tem mais o sentido existencial, porquanto se preocupa com a realização do ser humano em toda sua plenitude. Para Pavelqueires et al (1995), o papel da ética é possibilitar a reflexão sobre o comportamento prático do homem. Este comportamento é de ordem moral e está relacionado com o cotidiano, no qual refletir a ética acaba traçando caminhos que orientam a conduta do homem.

Por compartilhar tais pensamentos, entendemos que, ao realizar uma investigação, em que a população é constituída por seres humanos, devemos fazê-lo assumindo o compromisso com os interesses pertinentes, através de ações responsáveis e criticamente refletidas, tendo em vista as leis e direitos estabelecidos. Salientamos, portanto, que a privacidade e a individualidade dos clientes que compõem o estudo foram respeitadas, de acordo com a Resolução 196 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, que tem o mérito de dar ênfase aos compromissos

éticos com os sujeitos da pesquisa, seja como indivíduo, seja como coletividade (BRASIL, 1996).

Em consonância com a referida Resolução, nesta pesquisa, foram adotados os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, por consideramos que as investigações com seres humanos devem assegurar que seus direitos estejam protegidos.

Após ter sido o projeto desta pesquisa aprovado por uma banca examinadora, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, considerando as exigências formais contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, (Brasil, 1996), tratando-se de pesquisas que envolvem seres humanos. Após a aprovação do mesmo, no referido comitê, deu-se início ao trabalho de campo (ANEXO A). Procedeu-se às formalidades ético-burocráticas, referentes aos contatos para a apresentação da própria pesquisadora no campo e também dos objetivos do estudo.

Assim, ao iniciar o trabalho de campo, solicitamos autorização às pessoas envolvidas na pesquisa, ao mesmo tempo em que a elas se garantia a manutenção de sigilo quanto às informações fornecidas, assegurando, ainda, o anonimato das informantes. Assumimos, outrossim, o compromisso de aceitar escusas à participação na pesquisa, por parte de quaisquer sujeitos, no momento em que assim o desejassem. Foi solicitada aos participantes sua concordância verbal, perante sua família, através de um termo de consentimento (APÊNDICE A), a fim de que a pesquisa pudesse ser iniciada.

Neste aspecto, Polit e Hungler (1995) alertam para o fato de que o consentimento autorizado deve permitir aos sujeitos informações a respeito da pesquisa a ser realizada, bem como o poder de livre escolha, o que os capacita a consentir, voluntariamente, em participar da pesquisa ou negar a sua participação, seguindo, assim, as normas e diretrizes ditadas pelo Ministério da Saúde.

5.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2002, através da realização de três visitas domiciliares a cada informante. Os dados foram

obtidos, por meio de dois instrumentos que foram: 1) a observação participante (APÊNDICE B), onde os achados foram registrados em diário de campo e, 2) aplicação do Teste das Oito Cores de Lüscher, com oito cartões coloridos, cada um com uma cor diferente, contendo um número no verso do cartão, correspondente à seqüência de 1 a 8 (ANEXO B).

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, em cumprimento do cronograma previsto. As observações em campo, bem como a aplicação do Teste das Cores de Lüscher ocorreram de forma concomitante, conforme se apresentassem a oportunidade e a disponibilidade da pessoa estudada, sem necessitar estabelecer uma ordem específica, durante os turnos da manhã e da tarde.

É importante ressaltar que, quando realizamos as três visitas domiciliares para efetuar a coleta de dados, percebemos que todas as participantes podiam se comunicar verbalmente. Então, houve momentos, em que se manteve com elas um diálogo sobre alguns aspectos contemplados na observação.

Nas três visitas domiciliares, foram cumpridas três fases do processo de cuidar, por nós organizadas, quando o cuidado de enfermagem transpessoal é dirigido à pessoa acometida de acidente vascular cerebral. Metodologicamente, essas fases foram denominadas e agrupadas da seguinte forma: **contato inicial**, o qual ocorreu durante a primeira visita; **aproximação**, na segunda, e **encontro transpessoal**, na terceira visita domiciliar.

▪ **Contato Inicial** - este período se caracteriza pelos primeiros contatos entre enfermeira/cliente/família. Assim, como numa tela, é necessário apreciá-lo por várias vezes, para que se possa entender, na totalidade, o que lá está sendo representado, ou como uma música, a qual é preciso ouvir algumas vezes para compreendê-la. A cada nova oitiva ou visão, outras descobertas ocorrem. Neste momento, há uma descoberta de ambas as partes, que pode ou não se completar; há um querer ou um não avançar nesta relação. Este é o momento em que é considerada a história de vida de cada uma e em que ocorre uma descoberta, pois cada qual se deixa vislumbrar pelo outro. É aquele olho no olho, aquele desejo e, ao mesmo tempo, o

temor de se mostrar, mas, seguindo sempre a intuição, é ser verdadeiro. É em estar e deixar fluir que o processo se estabelecerá.

No primeiro momento, registramos no diário de campo as informações referentes à aparência, postura e marcha, às expressões faciais, gestos manuais e toque, com o intuito de descobrir o não verbal dessas mulheres, que certamente denunciam algo mais, ou seja, que ensejou fazer uma leitura mais integral das suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psico-espirituais. Sampaio (1991) realça a importância da comunicação não verbal, a qual permite observar uma exteriorização do ser psicológico e psicobiológico, que determina um ser individual.

▪ **Aproximação** – nesta, a relação estabelecida já evolui, os sentimentos, palavras, toques, várias formas de comunicação ocorrem, vários temas são abordados e a enfermeira e o cliente movimentam-se para uma união. Caminham para que as almas, os espíritos se encontrem, sejam compreendidos, considerados. Nesses momentos, como Rogers e Rosenberg (1977) mencionam, é importante valorizar a comunicação como um meio de dizer as coisas como são, produzindo a mesma linguagem através dos sentimentos, das idéias, dos gestos, da palavra e da expressão corporal.

Nesta etapa de aproximação, ficamos – pesquisadora/participante – mais à vontade para obter as outras informações referentes aos problemas específicos, conforme roteiro de observação, onde exploramos aspectos relacionados aos distúrbios cognitivos, perceptivos e de comportamento; linguagem, fala e deglutição; atividade sexual; depressão e distúrbios psiquiátricos; profissão e vocação e lazer e convívio social.

▪ **Encontro Transpessoal** - nesta etapa, encerramos a coleta das informações com a aplicação do Teste das Oito Cores de Lüscher, ocasião em que a relação entre os dois faz cada um transcender. Os dois, enfermeira e cliente, continuam sendo dois, mas em completa sintonia. Ocorre uma intersubjetividade dos dois, uma união, um estar-juntos em harmonia e mutualidade.

Segundo Watson (1985, p. 70),

A união entre duas pessoas nas quais a condição de alma humana e sentimentos têm

sido transmitidos permitindo uma liberação da mente e alma humana que guia para um maior senso de vigor, força e capacidade humana para encontrar o significado na existência e na doença.

A enfermeira e o cliente, ao viverem esta experiência de união dos “selves”, sentem-se tocados em suas almas, nas suas essências humanas, marcando suas vidas de forma transcendental e depois se liberam do vínculo criado, pois atingiram, cada um, o alcance de seus propósitos.

5.5.1 Observação Participante

A observação é o ato, hábito ou poder de ver, notar e perceber; é a faculdade de observar, prestar atenção para apreender alguma coisa, examinar, contemplar e notar algo através da atenção dirigida (DANIEL, 1979).

Lüdke e André (1986) acrescentam que a observação, principalmente associada a outras técnicas de coleta de dados, pode ser usada como o principal método de investigação, pois além de ser um instrumento válido e fidedigno de pesquisa científica, possibilita um contato pessoal e estreito entre pesquisador e população pesquisada.

Segundo Byerly (1968), a observação participante é um método para a obtenção de dados, que privilegia o comportamento dos seres humanos em seu ambiente natural, onde o pesquisador é um sujeito ativo na obtenção de dados para a pesquisa. Referida autora entende a observação participante, como um processo que envolve o desempenho de papéis, o uso de técnicas e de métodos de investigação. O papel do pesquisador é servir de instrumento de interação social, para assegurar as finalidades científicas, envolve um conjunto de comportamentos, no qual o observador está envolvido. Portanto, na pesquisa qualitativa, o próprio pesquisador é o instrumento principal, na coleta de dados.

Silva (2002: p. 46) ajuda-nos, comentando que “a expressão do pensamento se faz 7% com palavras, 38% com sinais paralingüísticos (entonação de voz, velocidade da pronúncia, entre outros) e por meio dos sinais do corpo”. Birdwhistell (1990 apud SILVA, 2002) considera, ainda, que somente 35% do significado social

de qualquer interação corresponde às palavras pronunciadas, pois o homem é um ser multissensorial que de vez em quando verbaliza.

Considerando a importância da observação como instrumento de cuidar na enfermagem, o roteiro de observação que foi utilizado nesse estudo contempla os seguintes aspectos:

- **IDENTIFICAÇÃO** – registram-se: idade, ocupação, estado civil, escolaridade, antecedentes pessoais e familiares, e as condições socioeconômicas e sanitárias.
- **PROBLEMAS ESPECÍFICOS** – neste aspecto, vimos as principais incapacidades e dificuldades a serem enfrentadas na reabilitação da mulher após o AVC, levando em consideração as seguintes áreas:
 - **Marcha e membro inferior** - na fase aguda do AVC, é observável a presença de um grave déficit motor. Via de regra, cerca de 85% dos indivíduos com fraqueza residual do membro inferior necessitam usar bengala, e a reabilitação da marcha constitui o principal determinante da possibilidade de a pessoa com AVC retornar ao lar, segundo André (1999).
 - **Movimento do membro superior** - a recuperação dos movimentos manuais de precisão é particularmente difícil, razão pela qual a recuperação desta função, freqüentemente, é lenta e apenas parcial. Na maior parte das pessoas que exibem flacidez, o tono muscular na fase hiperaguda da hemiplegia pode variar, podendo gradualmente evoluir até graus variados de espasticidade.
 - **Atividades da vida diária** - a independência pelo menos parcial nestas atividades é um fator importante para a manutenção em casa da pessoa com AVC. As atividades cotidianas devem constituir objeto de atenção de toda a equipe de saúde, em avaliar a capacidade de adaptação ao seu novo estilo de vida, assim que a pessoa com AVC retorne ao lar.
 - **Condicionamento cardiovascular** - as atividades simples podem significar grande esforço para o indivíduo acometido de AVC, impondo

uma sobrecarga cardíaca que pode levar ao surgimento de insuficiência coronariana ou arritmias em pessoas, até então, assintomáticas.

- **Alterações esfinterianas** - após o acometimento de um AVC, muitas pessoas podem desenvolver incontinência ou retenção urinária e fecal.
- **Distúrbios cognitivos, perceptivos e de comportamento** - a reabilitação do indivíduo relativa a estes distúrbios depende da sua correta identificação (o que por vezes só ocorre após o retorno ao lar). A introdução de programas individuais que visam a aumentar constantemente a consciência do indivíduo para o seu problema e estimular mecanismos de compensação é absolutamente necessária.
- **Linguagem, fala e deglutição** - uma identificação e intervenção mais específica sobre necessidades relativas a estes aspectos podem levar a uma recuperação mais rápida e mais eficaz do que a prevista, pela evolução espontânea após o AVC, principalmente se for feita em caráter intensivo e por longo período.
- **Atividade sexual** - é uma função cuja recuperação é interesse da maioria das pessoas; só surge algum tempo após o AVC, salvo os indivíduos mais idosos, próximos à demência, com distúrbios perceptivos importantes ou deprimidos, mas que necessitam também de uma atenção especial.
- **Depressão e distúrbios psiquiátricos** - podem ser bastante comuns em pessoas que não conseguem retomar as atividades sociais e quando há perda de uma situação econômica estável.
- **Profissão e vocação** - apenas uma minoria das pessoas com déficits importantes conseguem voltar às atividades profissionais previamente exercidas ou de qualificação correspondente, havendo, portanto, necessidade de uma estimulação neste sentido.
- **Lazer e convívio social** - a auto-imagem prejudicada e a depressão constituem causas freqüentes de retração social após o AVC, precisando haver uma programação que inclua estes aspectos.

Consideramos importantes os aspectos ora relacionados, uma vez que nos permitem uma abordagem mais sistemática e objetiva para a reabilitação da pessoa com AVC, além de proporcionar excelente oportunidade para a discussão franca das dificuldades e frustrações experimentadas por essas pessoas quando do acometimento do AVC.

5.5.2 Teste das Cores de Lüscher

O Teste das Cores de Lüscher, a ser aplicado nesta pesquisa como instrumento de coleta de dados, visa à obtenção de informações sobre preferências e rejeições de uma pessoa, a partir das cores.

Haack (1969) reforça a noção de que, a partir da aplicação do Teste das Cores de Lüscher, poderemos obter características consideravelmente reveladoras, resultados minuciosos e convincentes sobre a pessoa que está sendo investigada. O teste é essencialmente não verbal, e esteticamente agradável, dando um vislumbre revelador da estrutura da personalidade da pessoa em foco.

A aplicação do Teste das Cores de Lüscher foi realizada com oito cartões, cada um com uma cor diferente, reproduzidos num tamanho de 9,5cm X 13cm, contendo um número no verso do cartão, correspondente à seqüência de 1 a 8. O procedimento é desenvolvido em 14 passos, no entanto, é de fácil aplicação. É realizada da seguinte maneira:

1º passo: os oito cartões são dispostos à frente da pessoa que está recebendo o teste.

2º passo: diz-se à pessoa mais ou menos o seguinte: "Sem tentar relacionar estas cores com qualquer outra coisa, mas apenas com cores, de qual delas você gosta mais?" O objetivo é que a pessoa indique a cor preferida; nada se deve comentar sobre a escolha.

3º passo: retira-se o cartão escolhido e com aquele cartão começa-se uma nova fileira disposta diante do pesquisado.

4º passo: a seguir, diz-se: “Das cores que restam, de qual você agora gosta mais?” Quando esta foi indicada, retira-se o cartão e coloca-se ao lado e à direita do primeiro escolhido.

5º passo: faz-se o mesmo procedimento com os cartões restantes, até que sobrem apenas dois. Então, pergunta-se: “Destes dois cartões que sobram, qual você prefere?” Indicado este, faz-se o agradecimento e toma-se os dois cartões, colocando-se corretamente nas 7ª e 8ª posições.

6º passo: anota-se numa folha de papel os números correspondentes a estes oito cartões na ordem em que aparecem, da esquerda para a direita.

7º passo: recolhe-se os oito cartões, torna-se a embaralhá-los para dispô-los, novamente na frente daquela pessoa.

8º passo: começa-se a segunda série, dizendo: “Quero que você olhe para estas cores como se nunca as tivesse visto antes. Não faça nenhum esforço consciente para lembrar-se do que você fez da última vez, nem para repeti-lo, embora possa haver repetição. Qual a cor de que você mais gosta agora?”

9º passo: repete-se o 3º, o 4º e o 5º passos realizados na primeira etapa.

10º passo: anota-se os números da segunda escolha, abaixo dos números já registrados na 1ª etapa do teste.

11º passo: nesta etapa, após as oito cores serem escolhidas, duas vezes, na ordem de preferência, da mais apreciada até menos, aceita agrupar-se cada seqüência de oito cores, em pares, marcando as duas primeiras cores com o símbolo + (mais), o par de cores seguinte com X (vezes), o terceiro par com = (igual) e o último par de cores com – (menos).

12º passo: o primeiro e o último número de cada seqüência constituirá um quinto grupo, que é marcado com os símbolos + - (mais e menos), o que vai resultar em mais dois grupos de cores.

OBS.: O significado do conteúdo dos símbolos + (mais), X (vezes), = (igual) e – (menos), vão representar, respectivamente, os objetivos desejados, ou seja, o

comportamento ditado pelos objetivos desejados pela pessoa submetida ao teste sobre a situação presente, ou comportamento apropriado para a situação presente; as características reprimidas, ou comportamento inadequado para a situação presente e as fontes de tensão, características rejeitadas ou suprimidas, ou características carregadas de ansiedade. O quinto grupo, que é marcado com + - (mais e menos), corresponderá ao problema real presente, ou comportamento resultante de tensão (HAACK, 1969).

13º passo: o resultado do teste é analisado, mediante o padrão de interpretação do Teste das Cores de Lüscher.

14º passo: uma vez interpretado o Teste, o resultado compõe um padrão individual, o qual foi, posteriormente, submetido à análise de conteúdo proposta por Bardin, (1976), tendo em vista os objetivos propostos para o estudo.

O Teste das Cores de Lüscher é um teste projetivo voltado para a identificação de características peculiares à pessoa a partir das preferências e rejeições às cores. Ao demonstrar preferência por esta ou aquela cor, a escolha dessa pessoa, muitas vezes, é ditada pelas circunstâncias, seja a escolha de um traje que vestirá de uma tinta para pintar a cozinha, ou qualquer outra, a escolha é determinada não só pela preferência psicológica ou pela necessidade fisiológica, embora estas venham, inevitavelmente, a influenciar, mas também por considerações estéticas.

Os procedimentos projetivos oferecem muitas vantagens, no sentido de aplicabilidade à pesquisa, desde que os dados de uma determinada busca possam ser coletados através destes procedimentos. Embora o seu emprego seja relativamente antigo, ainda aparecem em pequeno número de trabalhos (Aiello-Tofolo, 1991). Shentoub (1981) acrescenta que o processo projetivo pode ser entendido como uma *forma sofisticada de brincar*, ou como uma hora ludodiagnóstica, tal como o jogo do rabisco. As perguntas são feitas de forma a estimular a imaginação simbólica e da mesma forma devem ser obtidas as respostas.

O procedimento projetivo engloba tudo o que, a partir de uma forma sofisticada de brincar, propicie conhecimento acerca da subjetividade, mediante o

uso, pelo pesquisador, de método de escuta. O que se quer preconizar, portanto, é uma pesquisa realizada através de técnicas projetivas, comprometida com um trabalho maior de desconstrução de representações restritivas e estereotipadas e de elaboração de novas representações, mais flexíveis e criativas, adotando uma abordagem que se inscreve, obviamente, em tradições de pensamento que valorizam a não-dissociação de teoria e prática.

Bleger (1977) observa que, quando a pesquisa é desenvolvida a partir de procedimentos projetivos, favorece a descoberta do conhecimento do aspecto afetivo inconsciente, que se delinea através da detecção de angústias, defesas, elaboração imaginativa e pautas de relacionamento objetal, bem como o alcance de *insight*. A conveniência do uso destes procedimentos em pesquisa deve-se ao fato de não apenas permitirem a detecção de dados, mas também por propiciarem ou facilitarem mudanças internas a partir de elaboração reflexivo-vivencial dos próprios sujeitos.

Estes procedimentos passaram a ser considerados como técnicas cientificamente válidas, que devem ser interpretadas como comunicação entre sujeitos cujo psiquismo não é diretamente acessível, de modo completo, pela introspecção e/ou pela mera observação do comportamento manifesto (Bleger, 1977). Hoje, portanto, já é possível propor os procedimentos projetivos como uma forma especial de diálogo, em que o sujeito responde percebendo que o dito não será considerado de acordo com regras geralmente observadas nas situações cotidianas, mas de acordo com outras que ele pessoalmente desconhece. Trata-se, portanto, de um *diálogo lúdico*, pois, durante a interação, o pesquisador brinca, fazendo uma proposta projetiva que é sempre uma pergunta feita de modo cifrado.

A pesquisa realizada mediante procedimentos projetivos, tanto no que se refere à coleta dos dados como à sua análise interpretativa, é entendida como uma forma sofisticada de brincar, que se faz em dois tempos, o tempo da expressão e o tempo da interpretação.

Frente, portanto às vantagens destacadas como oferecidas pelos procedimentos projetivos, desenvolvemos este estudo utilizando uma técnica projetiva, que se refere ao Teste das Cores de Lüscher, o qual, segundo Haack

(1969), tem sido amplamente aceito como importante auxílio no diagnóstico, para psicólogos e médicos europeus, desde a sua primeira apresentação, em 1947, no Congresso Internacional de Psicologia, realizado em Lausana, Suíça.

No Teste de Lüscher, as cores devem ser apresentadas para serem escolhidas pela pessoa, sem que haja envolvimento de uma com a outra, a fim de que o julgamento estético possa subordinar-se à preferência pessoal, sem a necessidade de tentativa de harmonizá-las entre si, seja em relação às cores ou a alguma outra estrutura de referência. É conveniente que, ao ser aplicado o teste a alguém, se recomende que as cores sejam escolhidas apenas como cores, sem julgamentos mentais de valores quanto à sua conveniência para tecidos, móveis ou o estofamento de um automóvel novo (HAACK, 1969).

Conforme o autor, no Teste Integral de Lüscher há sete painéis diferentes de cores, contendo todos os setenta e três borrões coloridos, que consistem em vinte e cinco matrizes e tonalidades diversas, e é exigido que se façam quarenta e três escolhas diferentes. O protocolo do teste oferece um tesouro de informações sobre a estrutura psicológica consciente e inconsciente da pessoa, áreas de tensão psíquica, estado do equilíbrio ou desequilíbrio glandular, e muitas outras informações fisiológicas de grande valor para os profissionais de saúde e para psicoterapeutas. O tempo gasto com o teste completo é de cinco a oito minutos, o que talvez faça dele o mais rápido que se conhece, e sua aplicação é tão simples que pode ser ensinada a qualquer pessoa em meia hora.

A interpretação do Teste Integral, entretanto, requer formação profissional e considerável percepção psicológica. Neste trabalho, porém, utilizaremos uma versão resumida do teste, que inclui somente um dos sete painéis – o chamado “Painel das Oito Cores”, o qual é conhecido como Teste Rápido ou Teste Abreviado de Lüscher, e embora não seja tão amplo nem tão revelador quanto o Teste Integral, tem considerável poder para salientar os aspectos importantes da personalidade e para chamar a atenção das áreas de tensão psicológica e fisiológica onde elas existam.

As quatro cores do espectro de Newton, azul, amarelo, vermelho e verde, são priorizadas pelo autor, como as “primeiras psicológicas”, constituem o que se chamam as quatro “cores básicas” do teste. No Painel de Oito Cores do Teste

Abreviado existem, é claro, mais quatro cores que são as “cores auxiliares”: violeta, que é uma mistura de vermelho com azul; marrom, uma mistura de amarelo-avermelhado com preto; cinza-neutro, que não contém cor alguma e, portanto, está isento de qualquer influência afetiva, embora sua intensidade o situe a meio caminho entre o claro e o escuro, de modo que não provoca nenhum efeito anabólico ou catabólico e é psicológica e fisiologicamente neutro; e finalmente, o preto, que é uma negação de toda cor.

Haack (1969) diz que os médicos europeus usam esta versão resumida do teste como ajuda útil em diagnósticos, uma vez que essas tensões freqüentemente aparecem no Teste de Lüscher muito antes que seus resultados fisiológicos se tornem evidentes. Neste aspecto, o teste lhes dá um “sistema de aviso antecipado” de males de fadiga ou tensão em seus primeiros estádios – males como estado cardíaco imperfeito, ataque cerebral ou desordens do trato gastrintestinal.

O mesmo autor explicita que o emprego do Teste de Lüscher na educação é amplo e variado, e numerosas pesquisas nesse setor foram realizadas por Karlheinz Flehinghaus e outros. As aplicações etnológicas, psico-religiosas, gerontológicas e de orientação matrimonial têm sido exaustivamente pesquisadas, respectivamente, pelos seguintes autores: H. Klar e N. Dietschy (1960), Bokslag (1954 - 1956) e Canziani (1958 - 1962). Além disso, o Serviço Lüscher de Pessoal, em Londres, tem aplicado o teste às necessidades de orientação vocacional e seleção de pessoal, para a indústria e para o comércio.

O teste teve início há mais de vinte anos e, desde então, tem sido melhorado e aperfeiçoado, mas ainda hoje ele é consideravelmente idêntico ao que era à época do seu surgimento, sua interpretação melhorou e se tornou mais ampla, mas as premissas originais têm resistido à prova do tempo, e não se fez necessária qualquer alteração.

Uma das maiores escolas por correspondência da Europa passou a aplicar o Teste Rápido a todos os candidatos aos cursos, usando os resultados para orientá-los quanto a esses cursos e ocupações mais indicados para o candidato (HAACK, 1969).

5.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os achados foram organizados e analisados através do método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (1976), o que tornou possível reunir e eliminar idéias no plano semântico, posteriormente classificar as unidades de significação, identificando categorias e introduzindo uma ordem que revelasse estruturas internas de significação.

O autor acrescenta que, na medida em que a análise de conteúdo é utilizada como um instrumento de diagnóstico, de modo que se possa levar a cabo inferências específicas ou interpretações causais sobre um dado aspecto da orientação comportamental do informante, é válida na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa.

A análise de conteúdo organiza-se em torno de três pólos cronológicos: a **pré-análise**; a **exploração do material** e o **tratamento dos resultados**, a **inferência** e a **interpretação**. Conforme orientação de Bardin (1976), neste trabalho, referidos pólos tiveram a seguinte forma de estruturação:

- **Pré-análise:** fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Essa primeira fase tem por objetivo básico **escolher documentos** a serem submetidos à análise e à **elaboração de indicadores** que fundamentem a interpretação final.

- **Exploração do material:** fase em que se fez operações de codificação e o material foi submetido a um estudo bastante aprofundado.

- **Tratamento dos resultados e interpretação dos dados:** nessa fase, os resultados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos. Foram estabelecidas relações com a realidade vivenciada, a partir de reflexão e mesmo de intuição, aprofundando as conexões de idéias, chegando-se às categorias definitivas e propostas básicas de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais, tendo por parâmetro a literatura selecionada para o estudo.

Especificamente, nesse estudo, utilizamos como técnica de análise de conteúdo a análise categorial. Bardin (1976) enfatiza que, cronologicamente, é a mais antiga e na prática é a mais utilizada.

O autor acrescenta, ainda, que a categorização é uma classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, via reagrupamento segundo o gênero, com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento este efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.

Rodrigues e Leopardi (1999) ressaltam que a categorização é um processo do tipo estruturalista, que comporta duas etapas importantes: o inventário – fase em que isolamos os elementos, e a classificação – quando repartimos os elementos, e, portanto, procuramos impor uma certa organização às mensagens registradas.

Bardin (1976: p. 48) enfoca a íntima relação do método de análise de conteúdo e a técnica de análise categorial, quando estabelece:

A partir do momento em que a análise de conteúdo decide codificar o seu material, deve produzir um sistema de categorias. A categorização tem como primeiro objectivo [...], fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos. [...] A análise de conteúdo assenta implicitamente na crença de que a categorização (passagem de dados brutos a dados organizados) não introduz desvios [...] no material, mas que dá a conhecer índices invisíveis, ao nível dos dados brutos. [...].

6 APRESENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

*As histórias não servem apenas para as crianças dormirem,
mas sim para fazer os adultos acordarem.*

SILVA (2002)

No momento em que são apresentados os resultados desta pesquisa, experimentamos a sensação de estar vivenciando os encontros que tivemos com as participantes do estudo. A riqueza dos sentimentos e de emoções faz que corramos o risco de supervalorizar algumas vivências mais fortes, o que poderá estar diretamente relacionado ao contexto do enfoque de humanidade ao lidar com o cuidado. Consideramos importante esclarecer que a comunicação verbal permeou toda essa vivência com as participantes da pesquisa, pois as mulheres pesquisadas apresentaram problemas na linguagem, apenas durante a hospitalização; quando retornaram ao domicílio, conseguiram se comunicar verbalmente, mesmo com dificuldades.

O aparecimento da condição crônica e a convivência com as seqüelas do acidente vascular cerebral demandam uma série de eventos estressores que exigem do indivíduo uma resposta, na tentativa da manutenção do próprio bem-estar. Sentimos que aprender a conviver com a doença talvez tenha sido o maior desafio das participantes do estudo, ao mesmo tempo em que constituía um enfrentamento positivo da condição de cronicidade da doença. Foi possível notar essa realidade a partir da convivência com aquelas mulheres, quando, durante os momentos de interação pesquisadora/pesquisadas, estas revelaram seus anseios, angústias, vitórias, necessidades, esperanças, entre outros sentimentos que denotam claramente o difícil enfrentamento da reabilitação/readaptação ao novo estilo de vida.

Foi gratificante descrever as participantes, mencionando características que são pertinentes ao seu reconhecimento, tendo em vista a proposta de realização de uma pesquisa do tipo estudo de caso. Por conseguinte, exauridas as repercussões do AVC no cotidiano destas mulheres e apresentamos os resultados do Teste das

Cores de Lüscher, o qual visa à obtenção de informações sobre preferências e rejeições de uma pessoa a partir das cores.

O resultado do Teste das Cores, neste capítulo, será apresentado em termos de súmula, do qual consideramos itens que tenham pertinência com os objetivos do trabalho, ou seja, itens que se referem diretamente às **CARACTERÍSTICAS DIVERSAS** das pessoas em questão, sejam essas rejeitadas, suprimidas, carregadas de ansiedade, ou quaisquer outras: **COMPORTAMENTO APROPRIADO**, **COMPORTAMENTO INADEQUADO PARA A SITUAÇÃO PRESENTE** e **COMPORTAMENTO RESULTANTE DE TENSÃO**. O resultado na íntegra estará em anexo (ANEXO C).

Assim sendo, apresentamos, a seguir, o contexto situacional das mulheres participantes desta pesquisa, tanto em relação à condição de vida cotidiana quanto no que se refere aos resultados da aplicação do Teste das Cores de Lüscher.

NIKÊ¹... A DEUSA QUE DESEJAVA VOLTAR A IR À MISSA

o **Condição de vida cotidiana**

O primeiro contato com Nikê foi em sua residência. Era uma casa que não tinha porta, apenas um portão grande, onde se via que o primeiro cômodo da casa era um “salão de beleza”. Não havia ninguém e estava tudo fechado. Não havia campainha, então batemos palmas e, após alguns instantes, uma senhora apareceu. Olhei bem para ela. Tinha cerca de 1,50cm de altura, gorda para a sua altura, pele moreno-clara, cabelos curtos e grisalhos, olhos castanhos e sobrancelhas grisalhas, trajando um vestido de chita e calçando um chinelo de tiras pretas, do tipo “havaianas”.

O lábio era caído à esquerda e, apesar da dificuldade, ela caminhou em nossa direção, com passos curtos e lentos, arrastando um pouco a perna esquerda ao caminhar e nos perguntou o que desejávamos. Respondemos que gostaríamos

¹ Deusa da vitória, filha do Titã Pallas e do rio Estige. Nikê lutou com Zeus na batalha contra os Titãs, e na arte Grega; às vezes, é representada como a vitória e carregando uma grinalda ou palma da vitória (SANFORD, 1999).

de conversar com a “Nikê” e ela afirmou que era ela mesma, mas não iria me convidar para entrar porque estava sozinha e trancada. Sua filha havia saído para o mercado a fim de fazer compras para o almoço. Ao mencionar que poderíamos voltar a outra hora, desde que assim ela o desejasse, pediu-nos que esperássemos um pouco, que ela iria tentar abrir uma parte do portão. Tendo conseguido, convidou-nos a entrar e sentar em seu sofá e falou que esperássemos um pouquinho, enquanto ela terminava de enxaguar seu vestido. Após alguns minutos retornou, sentou-se em sua cadeira de balanço e começamos a conversar. Inicialmente nos identificamos e dissemos o objetivo da visita. Apresentado o termo de consentimento, a deusa aceitou participar do estudo.

Nikê é natural de Sobral – Ceará, tem 87 anos, nunca teve a oportunidade de freqüentar a escola; sempre trabalhou em casa, cuidando do marido e dos filhos. Atualmente, está viúva e mora com sua filha, genro e dois netos. A renda familiar provém do trabalho de sua filha e genro, pois ela não tem aposentadoria.

Mora em casa alugada, de seis cômodos, sendo uma sala de estar, a qual é utilizada como salão de beleza, dois quartos, um banheiro, uma cozinha e um terraço. O domicílio apresenta condições sanitárias satisfatórias, porém a estrutura torna-se inadequada para a deambulação de Nikê, uma vez que a divisão entre a maioria dos cômodos é um ressalto. No banheiro não há tapete antiderrapante, o que pode ocasionar queda, não apenas na deusa, mas em qualquer outro membro da casa. Nos quartos, os móveis estão dispostos de uma forma que dificulta o fluxo adequado de pessoas (APÊNDICE C).

Quando abordada acerca de seus antecedentes pessoais e familiares, mencionou que não se lembra de alguém da sua família ter tido qualquer tipo de doença, porém já têm diagnosticados há oito anos a hipertensão arterial e há quatro anos o *Diabetes mellitus*. Afirma que faz o tratamento medicamentoso com metildopa e insulina, além das mudanças nos hábitos alimentares: como o uso do adoçante, a comida insossa e com pouca gordura.

Deu para perceber que a deusa mostrava-se bastante angustiada quando falava das mudanças ocorridas em sua vida após o acometimento do acidente vascular cerebral. Ela fala com muita tristeza do dia em que sofreu o AVC. Menciona

que não se lembra de quase nada e, quando acordou, já estava numa cama com sua filha ao lado, tocando o seu braço esquerdo, membro que não podia movimentar.

Revela que não sabe ao certo o que teve; sabe que perdeu por vários dias a fala, a força dos membros superior e inferior esquerdo e “um pouco” de sua visão e memória. Lembra-se de que alguns parentes, os quais iam visitá-la, ela não o reconhecia. Afirma, ainda, que sua filha lhe disse que ela teve uma trombose, mas que ela não sabe o que é isso, e que já se recuperou em muitas coisas; antes falava e ninguém entendia nada e que acha ruim não poder fazer as coisas que fazia antes e também porque tem pressão alta e diabetes, tendo que ficar o tempo todo controlando.

Em alguns momentos, percebemos que a deusa tinha tanta vontade de expressar o que estava sentindo, que sempre que falava, demonstrava muita ansiedade em dizer-lo com relação ao seu estilo de vida. Insistiu dizendo que mudou tudo depois que ela ficou doente. Antes começava cedo no salão, agora não pode mais ajudar sua filha, fazia o almoço, cuidava da casa e das roupas; hoje já não faz quase nada, porque não tem força no braço esquerdo.

Observamos que sua maior queixa é relativa ao déficit motor, o qual não permitia o desenvolvimento das suas atividades de vida diária, especialmente no que se refere a higiene pessoal e alimentação. Diz que não conseguia nem tomar banho só, sua filha era que a banhava e vestia sua roupa; até para ir ao banheiro não podia ir sozinha, sempre tinha que ir um neto com ela. Diz achar muito ruim tomar banho sentada; hoje já faz algumas coisinhas, toma banho só e sem ajuda e só às vezes toma sentada, vai pro banheiro só e até veste sua roupa, mas faz tudo com muito sufoco. (...) antes comia um arrozinho com feijão, hoje só come mingau, vitamina, caldo, sopa, porque ficou ruim de engolir as coisas. Diz ter dia em que dá vontade de comer uma coisa diferente, mas não dá por causa do diabetes com o qual precisa tomar cuidado.

Quando falou do *Diabetes mellitus*, mencionou sua insatisfação com a quantidade de medicamentos ingeridos diariamente. Disse ainda que às vezes sente

“uns alvoroço no estômago e vontade de vomitar”, por isso que toda medicação é ingerida com vitamina ou suco.

Ao pedirmos que dissesse qual a atividade de que mais sente falta depois que foi acometida de AVC, imediatamente respondeu emocionada, com lágrimas rolando, que é devota de Nossa Senhora de Fátima; nunca deixou de rezar um só dia pra ela, pois fora ela quem a havia curado, mas nunca mais havia ido à missa, pois não tinha quem a levasse, mas tem fé em Deus que ainda voltará a ir à Missa. Percebemos, assim, frente à veemência utilizada naquela expressão, a religiosidade de Nikê.

○ **Resultado do Teste das Cores de Lüscher**

Chegado o momento da realização do Teste das Cores, Nikê fez suas escolhas e mencionou: *Que cores lindas! Fazia tempo que eu não via cores que chamasse tanta atenção. Ah! eu adoro o amarelo.* A partir de então, se iniciou o Teste do qual obtivemos o seguinte resultado:

⊥ **CARACTERÍSTICAS DIVERSAS**

- Desejo de afastar problemas, dificuldades e tensões.
- Impaciente e se sente ameaçada em seus esforços.
- Ansiosa em razão da sua impotência e incapacidade de enfrentar a situação com objetividade.
- Condições adversas de satisfação para manter-se em harmonia emocional.
- É forçada a contentar-se em não poder expressar sua criatividade artística.

⊥ **COMPORTEAMENTO APROPRIADO PARA A SITUAÇÃO PRESENTE**

- Conflito pela sua relativa inatividade e condição estática.
- Incapacidade de estabelecer relações de afeto e de compreensão mútuos, no grau desejado.
- Propensa ao isolamento, caso não obtenha o afeto desejado e consideração.

⊥ **COMPORTAMENTO INADEQUADO PARA A SITUAÇÃO PRESENTE**

- Susceptível a indignar-se e ofender-se em razão das dificuldades em que se encontra.
- Busca sua calma e tranquilidade através de alguns ajustamentos necessários.
- Procura conformar-se com a situação, pois sente sua impotência frente aos problemas e dificuldades presentes.

⊥ **COMPORTAMENTO RESULTANTE DE TENSÃO**

- Desejo de mudança da situação atual.
- Procura solução para sua situação atual, de forma a torná-la mais aceitável.

AFRODITE²... A DEUSA QUE LAMENTA A PERDA DE SUA INDEPENDÊNCIA

○ **Condição de vida cotidiana**

Chegando à casa de Afrodite, ela estava com uma vassoura varrendo a calçada. Quando viu que estava me aproximando, parou e ficou observando. Era uma mulher de aparência bastante jovem, de pele branca, de cerca de 1,65cm de altura, magra, tinha cabelos longos e pretos, com algumas mechas brancas, seus

² Conhecida como a deusa do amor e da beleza. Na lenda de Homero, ela é dita como sendo a filha de Zeus e Dione, uma de suas consortes, mas na Teogonia de Hesíodo, ela é descrita como nascida da espuma do mar a partir do falo de Urano lançado no oceano e, etimologicamente, seu nome quer dizer "erguida da espuma." De acordo com Homero, Afrodite é a esposa de Hefáistos, o deus das artes manuais. Seus amantes incluem Ares, deus da guerra, que posteriormente foi representado como seu marido. Era a rival de Perséfone, rainha do mundo subterrâneo, pelo amor do belo jovem Adônis. Talvez a lenda mais famosa sobre Afrodite diga respeito à causa da Guerra de Tróia. Eris, a personificação da discórdia - a única deusa que não foi convidada ao casamento de Peleu e da ninfa Tétis - ressentida com os deuses, arremessou uma maçã dourada no corredor onde se realizava o banquete, sendo que na fruta estavam gravadas as palavras "à mais bela." Quando Zeus se recusou a julgar entre Hera, Atena e Afrodite, as três deusas que reivindicaram a maçã, elas pediram a Páris, príncipe de Tróia, para fazer a premiação. Cada deusa ofereceu a Páris um suborno: Hera prometeu-lhe que seria um poderoso governante; Atena, que ele alcançaria grande fama militar; e Afrodite, que ele teria a mulher humana mais linda do mundo. Páris declarou Afrodite como a mais bela e escolheu como prêmio Helena, a esposa do rei grego Menelau. O rapto de Helena por Páris foi a causa da Guerra de Tróia (SANFORD, 1999).

olhos eram castanho-escuros e as sobrancelhas eram cheias e grisalhas. Estava trajando um vestido amarelo, no qual dava para notar alguns remendos, e calçando chinelos do tipo “havaianas”.

Aproximamo-nos de Afrodite e indagamos se podíamos conversar, então ela respondeu com um sorriso de satisfação: “Vamos conversar sim, pode entrar, a casa é pobre mas é nossa”. E caminhando com dificuldade, apresentando um déficit na marcha, especialmente no membro inferior esquerdo, entrou e puxou duas cadeiras para sentarmos.

Nesse momento, nos identificamos e dissemos o objetivo da nossa visita, enquanto apresentamos a ela o termo de consentimento informado, esclarecendo a Afrodite os seus direitos durante a realização da pesquisa. Sua primeira reação foi perguntar se estava trabalhando para algum político, visto que no período do estudo estava havendo campanha eleitoral. Depois de expor a verdadeira finalidade da visita, para que ela não confundisse o nosso papel de pesquisadora, a deusa concordou.

Afrodite é natural de Jaibaras, distrito do Município de Sobral – Ceará. Tem 51 anos de idade, freqüentou a escola por quatro anos, sabe apenas assinar seu nome; sua ocupação anterior era de gari, é funcionária da Prefeitura de Sobral há oito anos e está afastada desde que foi acometida pelo acidente vascular cerebral. Menciona que sua filha mais velha está organizando os documentos para conseguir sua aposentadoria por invalidez. Está separada do marido há mais de cinco anos e mora sozinha numa casa deixada por ele.

A casa em que mora é própria, do tipo dúplex, porém está inacabada, pois a parte superior é apenas um grande salão, onde ela pretende ^{alugar} alojar sua filha mais velha e suas duas netas, pois se sente muito sozinha e diz que necessita de ajuda para realizar algumas de suas tarefas do cotidiano. O domicílio de Afrodite tem seis cômodos, sendo uma sala de estar, um quarto, um banheiro, uma cozinha, o terraço e o salão da parte superior da casa. A escada que dá acesso ao referido salão está localizada na sala de estar (APÊNDICE D).

Percebemos que a casa dela estava sempre suja durante os nossos encontros; tudo estava desarrumado e, muitas vezes, ela lamentava a bagunça, mas referia que era inevitável, dada sua condição de saúde.

Notamos que no domicílio de Afrodite há poucos móveis, o que facilita o seu fluxo pela casa; apenas o local do banheiro não está adequado, porque fica no ambiente externo da casa, no terraço, e ela menciona que está preocupada com a chegada do inverno, porque “tem medo de levar um escorregão e cair”. Diz ainda que não conhece “lá em cima”, pois não teve “condição de subir e ver como ficou o serviço, se ficou bom mesmo”.

Vimos que ela anseia muito que sua filha e netas lhe façam companhia, e revela que tem medo de sentir algo quando estiver dormindo sozinha e “não dar tempo de ser acudida”, pois acredita que pode “sentir de novo aquelas coisas”, porque sabe que tem problemas cardíacos e hipertensão arterial; faz tratamento medicamentoso apenas com Captopril, e, segundo ela, come tudo “insosso e sem nenhum pingão de gordura”.

Observamos que a deusa demonstrava-se bastante angustiada com a sua condição de vida. Comenta que nunca pensou em ficar doente, com tantas incapacidades, mesmo assim demonstra-se feliz por estar viva.

Afrodite afirma que passou pouco tempo hospitalizada, precisamente três dias, mas, quando começou a se recuperar, pensou como ia fazer para cuidar de sua vida, ou seja, como iria voltar a trabalhar fora de casa e cuidar dos afazeres domésticos.

Percebemos que a adaptação ao novo estilo de vida é difícil, mas depois ela começa a conviver melhor com seus déficits. Ela comenta que é dependente da sua filha para fazer muitas coisas, como banhar-se, vestir-se e cozinhar. Lamenta também que passa boa parte do dia só e sente falta de conversar com alguém, por isso tem vontade que sua filha venha morar com ela.

Afrodite afirma também que se preocupa demais com os horários corretos de seus remédios, pois sabe que deve tomar todos os cuidados necessários para que ela não passe novamente pelo mesmo transtorno. Em sua fala, mostra-se insatisfeita

por não poder mais sair de casa, pois não tem quem a acompanhe; diz que sente falta de ir ao mercado, sair para trabalhar e principalmente ir à missa. O seu lazer era aos sábados pela manhã, fazer compras no mercado e, “de tardezinha, ir para a missa rezar e pedir a nosso Senhor pela minha saúde”. Nesse momento, Afrodite chora e diz que tem certeza de que ainda vai poder retornar a todas as suas atividades cotidianas, “sem precisar atrapalhar a vida da filha”.

○ **Resultado do Teste das Cores de Lüscher**

No momento da aplicação do teste, a primeira reação de Afrodite foi dizer que as cores de que gostava eram o verde e o amarelo. Os resultados sobre o teste demonstraram o seguinte:

⊕ **CARACTERÍSTICAS DIVERSAS**

- Necessita de reconhecimento.
- Procura transpor a lacuna que sente que a separa dos outros.
- Procura novos caminhos que ofereçam liberdade e a oportunidade para tirar deles o maior proveito.

⊕ **COMPORTAMENTO APROPRIADO PARA A SITUAÇÃO PRESENTE**

- Conflito em razão da sua relativa inatividade e condição estática.
- Incapacidade de estabelecer relações de afeto e de compreensão mútuas, no grau desejado.
- Tem dificuldades em progredir, pois suas atividades conduzem a problemas e incertezas, tornando-a tensa.

⊕ **COMPORTAMENTO INADEQUADO PARA A SITUAÇÃO PRESENTE**

- Angustia porque suas necessidades ou desejos são incompreendidos.
- A insatisfação emocional produziu desejo impaciente de independência, levando à tensão e à inquietação, em virtude da limitação desagradável.

- Insatisfeita com a situação atual, mas se sente incapaz de melhorá-la sem cooperação.

+ COMPORTAMENTO RESULTANTE DE TENSÃO

- Sente-se insuficientemente apreciada na sua situação atual e está procurando condições favoráveis, onde tenha maior oportunidade de demonstrar seu valor.

ATENA³... A DEUSA CURANDEIRA QUE VEM SE SENTINDO UMA INVÁLIDA

o **Condição de vida cotidiana**

O encontro com a deusa Atena foi fácil, porque todos os moradores do bairro onde morava a conheciam como “a rezadeira” ou “a curandeira”. É importante mencionar também que alguns informaram algo mais, como “aquela velhinha que é rezadeira e agora está mancando de uma perna? Coitadinha!”, ou ainda, “Ah! a senhora que reza e agora está doente de trombose?”. Compreendi que Atena era uma referência para os moradores do bairro em que ela morava. As pessoas a identificaram como alguém que dedicava uma parte de seu tempo cuidando das pessoas através de suas rezas.

³ Deusa da Sabedoria, também chamada de Palas Atena. Filha de Zeus e de sua primeira mulher, Métis, deusa da Prudência. Segundo a tradição, quando Métis estava grávida, Zeus a engoliu, por temer que seu filho viesse a destroná-lo. Mais tarde, atormentado por uma dor de cabeça, pediu a Hefáisto que lhe abrisse o crânio com uma machadada. De sua cabeça saiu Atena, armada e coberta com o elmo do Saber. Seu templo mais importante, o Partenon, estava em Atenas, que, de acordo com a lenda, tornou-se seu por ter dado de presente aos atenienses a árvore da oliveira. Atena era principalmente a deusa das cidades gregas, da indústria e das artes, e mais tarde, tornou-se a deusa da sabedoria. Era também deusa da guerra, pois foi forte defensora dos gregos na Guerra de Tróia. Depois da queda de Tróia, entretanto, os gregos não conseguiram respeitar a santidade de um templo de Atena em que a profetisa Cassandra procurou abrigo. Como castigo, tempestades enviadas pelo deus do mar, Posêidon, a pedido de Atena, destruiu a maioria dos navios gregos que retornavam de Tróia. Atena era também uma patrona das artes agrícolas e do artesanato feminino, especialmente a arte de tecer e fiar. Entre seus presentes ao homem estavam a invenção do arado, a arte de domesticar animais, construção de navios e a confecção de sapatos. Ela freqüentemente era associada com pássaros, especialmente a coruja (SANFORD, 1999).

Quando localizamos o domicílio de Atena e entramos para conversar, muitas pessoas ficaram em sua porta querendo saber o que poderíamos fazer para ajudar “a velhinha que rezava”. Nesse momento, notamos a importância daquela mulher para a comunidade.

A sobrinha de Atena, sua cuidadora, pediu para que as pessoas voltassem outra hora, pois naquele momento não seria muito conveniente. Logo que o clima da casa acalmou, pudemos nos apresentar para Atena, explicar os objetivos da visita e questionar sobre o desejo dela participar do estudo. A princípio, a deusa mencionou que seria um prazer conversar sobre o que ela estava sentindo, pois logo que ficou doente, as pessoas deixaram de procurá-la e ela diz que se sente muito sozinha.

Atena era uma mulher idosa, de pele parda, de cerca de 1,70 cm de altura e um pouco gorda e, embora seus cabelos estivessem presos, percebia-se que eram grisalhos, crespos e grandes; seus olhos eram castanho-escuros e as sobrancelhas eram cheias e grisalhas. Trajava um vestido azul-escuro e estava descalça. Encontrava-se sentada numa cadeira pouco confortável, que competia o espaço da pequena sala-de-estar com um armário velho e quebrado, contendo em suas prateleiras algumas xícaras e copos e mais duas cadeiras com assento de material plástico, do tipo macarrão. Era perceptível um ligeiro déficit motor nos membros superior e inferior esquerdo, e na face, Atena exibia uma breve alteração na boca e no olho esquerdo.

Deu para notar que Atena estava bastante inquieta, e durante a conversa, mostrou-se muito dispersiva. Então, interrompemos e perguntamos se ela queria parar com o diálogo e continuar em outro momento. Atena disse que não, e comentou que estava na hora de tomar seu café e não havia ninguém para comprar os pães. Perguntamos a deusa se ela gostaria que fôssemos comprar os pães para que ela pudesse tomar seu tão esperado café, mas ela afirmou que não, que logo sua sobrinha chegaria, pois ela sabe da hora costumeira do café. Depois de alguns instantes, sua sobrinha chegou com os pães quentinhos e a acompanhamos durante o café.

Atena é procedente da serra do Jordão, distrito do Município de Sobral – Ceará. Tem 82 anos e nunca teve a oportunidade de freqüentar a escola. É

analfabeta, aposentada com um salário mínimo. É viúva, casou-se quando tinha 62 anos, o que a impossibilitou de ser mãe. Morava sozinha e cuidava sempre de todos os afazeres domésticos, sendo que, quando foi acometida pelo acidente vascular cerebral, veio uma sobrinha de Fortaleza, apenas para cuidar dela, pois não tem nenhum parente em Sobral.

O domicílio de Atena é localizado num bairro da Sede do Município, onde saneamento básico é bastante precário. A casa em que ela mora é própria, com estrutura de taipa revestida e piso de cimento, constituída de quatro cômodos, sendo a sala de estar, um quarto, cozinha e um quintal.

Sentimos que as condições de moradia de Atena são ruins, uma vez que os cômodos são bastante pequenos, e na casa não há banheiro, o que dificulta a vida de Atena, que muitas vezes precisa de alguém que a acompanhe até o quintal para que ela possa satisfazer as suas necessidades fisiológicas de evacuação e diurese. No quarto há uma cama sem pés, a qual fica apoiada em cima de oito tijolos, dois dispostos em cada canto da cama. A cozinha exhibe um grande fogão a lenha, dois potes e uma mesa velha, com duas cadeiras. Já no quintal, pudemos encontrar várias plantas que, segundo Atena, dessas plantinhas é que ela retirava os raminhos para rezar no povo que a procurava (APÊNDICE E).

Nesse momento, a deusa contou da satisfação que tem quando pode ajudar às pessoas que a procuram. Mencionou também que se sentiu muito importante quando foi chamada pelo “pessoal da saúde” para participar do “I Encontro das Rezadeiras de Sobral”, e disse que, naquele dia, assumiu uma missão grande, que foi não deixar nenhuma criança morrer vítima de diarreia, nem de qualquer outra doença.

Atena diz que não se lembra do dia em que ficou doente; lembra-se de que “aconteceu de repente”. Afirma que os dias que passou no hospital foram bastante difíceis, pois ela precisava sempre de alguém para ajudá-la a se alimentar, realizar higiene pessoal e também a se movimentar. Quando Atena se lembrava da hospitalização, falava com tristeza da solidão, pois não havia ninguém de sua família em Sobral. Fala que seus amigos são os vizinhos que ficaram indo para cuidar dela no hospital.

Salienta que o dia-a-dia no hospital foi angustiante, pois não conseguia falar e, muito menos, se movimentar. Ressente-se por estar inválida e ter que depender das pessoas para sobreviver. Mesmo assim, enfatizava a fé que tinha “Naquele Senhor”, que resolveria sua situação. Quando Atena voltou para casa, já podia “dar algumas passadas” e “falar meio ruim”, mas, segundo ela, “o povo entendia”. Os vizinhos sempre estavam com ela, e logo sua sobrinha veio para cuidar, especialmente dela; percebemos, então, que ela é muito querida.

Atena diz que os dias foram passando e ela conseguiu recuperar algumas de suas funções, como, por exemplo, a fala e a percepção tátil; a dificuldade de caminhar é uma de suas limitações mais significativas, pois já lhe rendeu quatro quedas. Ela diz que às vezes, quando acorda, chama alguém e percebe que está sozinha, tenta levantar-se para ir ao banheiro e “falta a força da perna esquerda”.

Lamenta a todo instante não poder cuidar mais de sua casa; menciona que não tem mais nada no lugar, tudo está se acabando e até suas roupas são mal lavadas, tendo um cheiro ruim. Comenta que até a comida preparada para ela se alimentar tem um gosto ruim, e novamente lamenta a relação de dependência que se estabeleceu após o acometimento do AVC.

Notamos que, mesmo Atena tendo alguém para cuidar dela, não se sentia satisfeita, pois percebia que sua sobrinha “fazia tudo de mau gosto, fazia porque era obrigada”. Entendemos que Atena sofre muito com sua nova condição de vida, pois não consegue desenvolver suas atividades cotidianas sozinha, precisa de ajuda, e o que parece é que essa ajuda não ocorre prazerosamente, mas Atena tenta suportar tal situação, apegando-se às suas rezas, já que dedicou sua vida toda a rezar.

A participante diz, também, que não pode mais sair à rua, e lamenta não ter ido visitar nossa Senhora, na igreja que fica perto de sua casa. Fala que ninguém quer levá-la e observa que “esse povo não sabe o quanto é importante pra mim, e então eu vivo assim sempre muito triste, esperando minha melhora pra que eu possa fazer minhas coisas de novo, como antes.”

○ **Resultado do Teste das Cores de Lüscher**

Durante a aplicação do teste das cores, Atena enfatizou a sua preferência pela cor verde. As informações referentes aos resultados do teste foram as seguintes:

↳ **CARACTERÍSTICAS DIVERSAS**

- Sente-se uma personalidade importante e está constantemente em alerta para ver se está obtendo êxito nisso, e como os outros estão reagindo.
- Não quer sentir-se dependente da boa vontade dos outros.

↳ **COMPORTEAMENTO APROPRIADO PARA A SITUAÇÃO PRESENTE**

- Está sob considerável tensão em virtude das exigências da situação atual.
- Tenta livrar-se das coisas que a restringem e tolhem.

↳ **COMPORTEAMENTO INADEQUADO PARA A SITUAÇÃO PRESENTE**

- Agitada, em razão do estabelecimento de relações insatisfatórias ou discordantes.
- Sente-se incapaz de restaurar a afinidade e qualquer aparência de confiança mútua, de modo que a situação atual é considerada um estado deprimente e infeliz.

↳ **COMPORTEAMENTO RESULTANTE DE TENSÃO**

- Preocupada em consolidar sua posição e favorecer o amor-próprio.
- A sensação de incapacidade, combinada com a frustração por não poder controlar os acontecimentos, a tornam sujeita à agitação, irritação e intensa angústia.

**ANANKE⁴... A DEUSA QUE SOUBE CEDER E ADMINISTRAR SUAS
ATIVIDADES DOMÉSTICAS**

○ **Condição de vida cotidiana**

O encontro com Ananke foi mediado por uma agente comunitária de saúde da área em que ela morava. Percebemos logo que um cômodo de sua casa funcionava como uma pequena mercearia. Chegando lá, perguntamos pela deusa, e o adolescente que estava no balcão questionou se sua mãe tinha sido sorteada com algum prêmio ou se o motivo da visita estava relacionado com a campanha político-eleitoral. E, mais uma vez fomos confundida com alguém que estaria realizando campanha para algum político.

Logo que tivemos oportunidade, identificamo-nos e esclarecemos o motivo da visita domiciliar. Então, o adolescente permitiu que entrasse para esperar por sua mãe. Depois de alguns minutos, Ananke chega à sala caminhando lentamente com a ajuda de uma adolescente, que tinha uma estatura menor que a sua, com aproximadamente 12 anos. A deusa sentou-se no sofá com um pouco de dificuldade, apresentando déficit motor na porção direita do corpo.

Notamos que a deusa expressava bastante angústia e tristeza em seu semblante. Ananke era uma mulher bastante jovem, de pele branca, de cerca de 1,60 cm de altura e magra. Parece que havia acabado de tomar banho, pois seus cabelos pretos, curtos e ligeiramente enrolados estavam molhados. Seus olhos pretos e proeminentes denotavam cansaço e exibiam olheiras. A percepção que tivemos era de que a deusa não estava conseguindo conciliar o sono e repouso diariamente, ou seja, estava com uma espécie de “ressaca”.

Demos início à conversa identificando-nos e mencionando o propósito da visita. Esclarecemos alguns aspectos éticos que envolviam o estudo e questionamos sobre o desejo dela participar da pesquisa. Ananke afirmou que aceitava participar e

⁴ Conhecida como a deusa da necessidade, no sentido de se precisar de alguma coisa. Representa as necessidades externas e internas, as de relacionamento ou de afinidade, da criatividade e da cura. Pode ser percebida nos vícios, nos transtornos obsessivo-compulsivos (TOC) (SANFORD, 1999).

apenas pediu que, quando ela se sentisse cansada, não insistíssemos em continuar. Garantimos satisfazer a vontade da deusa e enfatizamos a não-obrigatoriedade de sua participação, ao mesmo tempo em que ressaltamos a importância dela para a realização do estudo.

A deusa Ananke é natural do Município de Sobral – Ceará, tem 40 anos, freqüentou a escola durante oito anos e sabe ler e escrever. É casada, nunca trabalhou fora de casa, sempre se ocupou com as atividades domésticas e com a mercearia, situada em sua casa. Menciona que desde que casou nunca teve que se preocupar com a renda familiar, pois seu marido é caminhoneiro e sempre cuidou para não faltar nada em sua casa. Mora com um filho adolescente e uma filha de criação, também adolescente; afirma que o marido passa poucos dias em casa, pois leva a maior parte do tempo viajando. Contou-nos que depois de sua doença, seus filhos têm sido “seus pés e suas mãos”.

O domicílio de Ananke é bastante grande, pois é uma casa dúplex com muitos cômodos (nove). Observamos, inicialmente, a mercearia; a sala de estar; com um espaço físico grande e nele distribuídos, o sofá, cadeiras e uma estante; um banheiro e, logo depois, a cozinha e o quintal. Entre estes três cômodos, pudemos ver a escada que dá acesso a uma outra sala de estar, dois quartos e um banheiro (APÊNDICE F).

A casa de Ananke oferece-lhe bastante conforto, mas há algo na casa que a angustia muito: é o fato de seu quarto localizar-se no andar de cima. Ela disse que, quando teve o AVC sofreu muito, porque ficou com muitas limitações, e logo ela, “tão nova para ter uma doença de gente velha”. Afirmou ainda que o AVC trouxe muitas complicações para a sua vida. Diz que se descuidou um pouco da medicação durante os dois primeiros meses após a ocorrência do acidente, e teve uma crise convulsiva, que a levou ao hospital novamente. Logo que voltou para casa teve uma crise depressiva, que ainda permanece.

Ananke comenta que “essa doença” acabou totalmente com sua vida, pois não tem ânimo para realizar qualquer atividade, mas se preocupa muito com as atividades domésticas. Segundo ela, desde a ocorrência do acidente vascular, o medo, a ansiedade e a angústia permeiam seus dias. Reclamou do fato de que

desde o dia que ficou doente não teve a oportunidade de ir ao seu quarto, arrumar guarda-roupa, cuidar dos afazeres de sua casa e também cuidar do marido e dos filhos, pois, segundo ela, “só fez isso a vida inteira”.

Ananke diz que “graças a Deus” seus filhos estão cuidando de tudo, seu filho assumiu a mercearia e sua filha adotiva responde pelos afazeres domésticos, pois ela não consegue fazer nada, nem mesmo quer sair de casa, diz que sente falta de ir à casa de sua mãe e à missa.

Ela salientou que tem medo de fazer qualquer coisa e ter novamente uma convulsão. A experiência de Ananke foi bastante traumática, uma vez que ela limita todas suas ações por medo de vivenciar uma outra crise convulsiva, deixando-a com mais déficits ou até levando-a à morte. A crise situacional de Ananke a leva a pensar que seu marido não entende sua condição de vida atual, e isso o levará a manter relações extraconjugais, uma vez que ela também não mantém relações sexuais com ele desde que foi acometida de AVC.

Pensamos que a situação de Ananke é um tanto mais delicada do que a das outras mulheres estudadas, pelo fato de ela ser mais jovem e por ter também o seu parceiro, caso em que o AVC trouxe repercussões marcantes na vida conjugal, estendendo para a questão da sexualidade, que até então, com nenhuma das outras participantes sentimos a necessidade de conhecer.

○ **Resultado do Teste das Cores de Lüscher**

Quando começamos a aplicação do teste com Ananke, sua filha adotiva questionou se poderia “brincar também”. A participante demonstrou a sua preferência pelo verde. Assim sendo, os achados do teste demonstraram o seguinte:

⊕ **CARACTERÍSTICAS DIVERSAS**

- Tem necessidade de sentir-se querida e admirada.
- É bastante sensível e magoa-se facilmente se não a notam.

⊕ **COMPORTAMENTO APROPRIADO PARA A SITUAÇÃO PRESENTE**

- Procura intimamente proteção contra ansiedade e conflito.

- Sente necessidade de fugir, pois está insatisfeita com a situação atual.

⊕ **COMPORTAMENTO INADEQUADO PARA A SITUAÇÃO PRESENTE**

- A situação atual tem características restritivas e obstrutivas, o que a faz abrir mão, temporariamente, de seus prazeres e alegrias.
- Encontra-se emocionalmente retraída, o que a impede de se envolver profundamente.
- Apresenta desapontamento emocional, o que a leva a isolar-se e concentra-se em si mesma.
- A sensação de isolamento exagera as suas necessidades que estão insatisfeitas.
- A situação atual é desagradável, pois se sente solitária e incerta.

⊕ **COMPORTAMENTO RESULTANTE DE TENSÃO**

- O desapontamento e o medo a têm levado à intensa ansiedade.
- Preocupação com as suas perspectivas.
- Sente que suas relações são vazias e que não estão progredindo.

HEBE⁵... A DEUSA COM UM IRMÃO SENSÍVEL E CRIATIVO

○ **Condição de vida cotidiana**

O encontro com a deusa Hebe foi adiado duas vezes, pois sempre que ia para conversarmos, ela havia saído para a casa de sua filha, que morava num bairro

⁵ Deusa da juventude, filha de Zeus e Hera. Durante muito tempo, Hebe foi a copeira dos deuses, servindo a eles seu néctar e ambrosia. Foi substituída neste trabalho por Ganimedes, príncipe troiano. De acordo com alguns relatos, ela renunciou à tarefa de copeira dos deuses para se casar com o herói Hércules. Em outra história, foi destituída desta posição por causa de uma queda que sofreu enquanto atendia aos deuses (SANFORD, 1999).

próximo. É importante ressaltar que, mesmo não encontrando a deusa Hebe, não pudemos evitar conversar com seu irmão, o qual mora com ela numa casa de taipa, num bairro da Sede do Município de Sobral, que tem como características principais o alto índice de violência, além da precariedade de recursos de saneamento básico.

Observamos que o domicílio em que a deusa mora tem três cômodos, uma pequena sala, em que a decoração é feita com duas redes armadas; a cozinha, com um fogão a lenha, um pote coberto e dois tamboretos num canto, e, por fim, um quintal, também muito pequeno, com algumas plantas medicinais. Há algo na casa que nos chamou bastante a atenção na realização da primeira visita, um fato realmente admirável. Percebíamos que no espaço que compreende a calçada da casa até o quintal existem cordas amarradas nas ripas, e a impressão que se tem ao vê-las é a de que são varais para estender roupas, mas na verdade Hebe as utiliza para segurar-se ao deambular no interior da casa (APÊNDICE G).

Questionado sobre a utilidade das cordas, seu irmão mencionou que teve que tomar alguma atitude, porque ele precisava sair para trabalhar e, como Hebe é muito teimosa, ela pediu para ele “arrumar um jeito” para que ela precisasse menos das pessoas.

Apenas na terceira visita domiciliar, foi mantido contato com Hebe, a qual já estava ansiosa para nos conhecer, pois seu irmão já havia falado do desejo de conhecê-la e de conversarmos. Ao chegar, ela estava sentada no seu tamborete na calçada, segurando com a mão direita a corda, que tem uma das pontas amarrada no poste, em frente à sua casa, e a outra, numa ripa da sua casa.

Hebe era idosa, tinha cerca de 1,65cm de altura, magra para a sua altura, de pele branca, cabelos curtos e grisalhos, olhos verdes e sobancelhas grisalhas; usava um vestido preto e calçava chinelos de tiras pretas, já bastante gastos. As marcas do AVC estavam significativas na face da deusa, pois apresentava uma importante alteração, especialmente no lábio e no olhar, que eram caídos à direita.

Após a abordagem de praxe, falamos da finalidade da visita; apresentamos o termo de consentimento, bem como enfatizamos a importância de sua participação para o desenvolvimento do estudo, tendo-lhe garantido a privacidade e o anonimato de todas as informações. A deusa aceitou participar e perguntou se “os políticos que

trabalham na saúde” iriam saber das condições de vida das pessoas acometidas pela trombose. Esclarecemos que, após o término da pesquisa, a contribuição social do estudo envolve um encontro com os gestores, para que se possa minimizar a situação das pessoas que sofreram acidente vascular cerebral.

Hebe é natural do Município de Sobral – Ceará e tem 76 anos. Durante sua vida não teve a oportunidade de freqüentar a escola, de modo que é analfabeta e aposentada com um salário mínimo. É separada e há dez anos a deusa não tem notícias de seu ex-marido. Segundo ela, desde que foi acometida pelo acidente vascular cerebral, sua única filha tem se preocupado mais com sua saúde e vem buscá-la três dias da semana alternados para ficar em sua casa.

Notei que quando Hebe falava algo relacionado às mudanças ocorridas em sua vida após o AVC, ela revelava bastante angústia, pois a deixou com bastante limitações. Diz que há pouco tempo não tinha condições de fazer nada em casa. Enfatiza que seu irmão tem sido uma pessoa importante em sua vida após o seu adoecimento, pois, segundo ela, “ele tem sido o homem e a mulher da casa”.

Ela comenta que sente que o AVC vai passando aos pouquinhos e pelo menos espera recuperar parte de suas funções, mas com algumas limitações que não permitem desenvolver as tarefas domésticas realizadas antes do acometimento do acidente.

Hebe acrescenta, também, que seu irmão é que a banha, ajuda a vestir sua roupa, diz ainda “ele faz tudo com muito carinho”. Menciona que sua filha se preocupa com seu lazer, e, sempre que ela quer passear, a leva para o mercado, para a casa do compadre e para qualquer outro local onde ela se sinta bem.

Observamos que a maior queixa de Hebe é o déficit motor, mas que também não a atrapalha na realização de qualquer uma de suas atividades.

○ **Resultado do Teste das Cores de Lüscher**

Hebe, ao realizar o teste de cores, não demonstrou interesse por uma cor específica. A operacionalização do teste aconteceu sem que ela fizesse qualquer comentário. Os achados revelaram o seguinte:

† **CARACTERÍSTICAS DIVERSAS**

- Quer estabelecer-se e causar impacto, a despeito das circunstâncias desfavoráveis.
- Usa táticas inteligentemente para não prejudicar suas possibilidades de sucesso.

† **COMPORTAMENTO APROPRIADO PARA A SITUAÇÃO PRESENTE**

- Evita esforço excessivo e precisa de segurança e de companheirismo tranquilo.
- A doença física e a tensão excessiva ou o sofrimento emocional foram onerosos.

† **COMPORTAMENTO INADEQUADO PARA A SITUAÇÃO PRESENTE**

- Insiste em que suas esperanças e ideais são realidade, mas precisa de reafirmação e estímulo.
- Sente-se presa a uma situação desagradável.
- Tensão e ansiedade decorrentes de conflito entre esperança e necessidade, seguidos de desapontamento intenso.

† **COMPORTAMENTO RESULTANTE DE TENSÃO**

- Tensão e esforços, provocados pela tentativa de enfrentar as condições que realmente estão além da sua capacidade, a têm levado a considerável ansiedade e desajuste pessoal.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Viva o que ensinar e ensine o que tiver vivido e, em vez de perder o sono com relação a alguma coisa errada que você fez, fique ocupado em fazer alguma coisa certa.

DADI JANKI

A análise e discussão dos resultados foi procedida com base no impacto que o processo vascular acarreta nas mulheres acometidas de AVC e como esse envolvimento muda significativamente a qualidade de vida delas, procurando conhecer e discutir os vários danos que essa doença traz para seu cotidiano e suas conseqüências funcionais e psicológicas.

As repercussões do AVC no dia-a-dia destas mulheres, assim como seus anseios ou desejos como objetivos de vida, trabalhados a partir da coleta de dados, por observação e à luz do Teste das Cores de Lüscher, conforme o contexto de suas situações de vida, são apresentados em forma de categorias e subcategorias, a fim de serem discutidos. Emergiram as seguintes:

1ª CATEGORIA

- O domicílio e sua influência no processo de reabilitação da mulher com AVC.

2ª CATEGORIA

- O AVC como fator desencadeante de alterações na vida da mulher.

SUBCATEGORIAS

- A. A imposição de limites, ocasionada pelas perdas funcionais e sensoriais.
- B. As limitações como fator dificultador do desenvolvimento das atividades diárias.
- C. O controle da pressão arterial e da glicose como um encargo a mais nas atividades diárias.

3ª CATEGORIA

- Alterações na auto-imagem e na auto-estima da mulher acometida de AVC.

SUBCATEGORIAS

- D. Perdas que vão repercutir na aparência física.
- E. Alterações relacionadas à auto-imagem e à auto-estima.

4ª CATEGORIA

- O AVC como fator impeditivo para as atividades domésticas, sociais e profissionais.

SUBCATEGORIAS

- F. O impacto do AVC no desenvolvimento das atividades domésticas.
- G. Dificuldades apresentadas para o desempenho das atividades sociais e profissionais.

5ª CATEGORIA

- Necessidades espirituais da mulher acometida de AVC.

A etapa de organização dos resultados encaminha-os para o processo de análise e interpretação, a partir da Teoria Transpessoal de Watson, com base nas informações obtidas através da observação participante e do Teste das Cores de Lüscher.

A primeira categoria, ***o domicílio e sua influência no processo de reabilitação da mulher com AVC***, enfoca as dificuldades que a mulher poderá passar a ter para conviver em seu domicílio, após o surto de AVC, muitas vezes inadequado, até mesmo para a locomoção de alguém, mesmo sem limitações físicas.

O cuidado domiciliar pode ser entendido como sendo o cuidado desenvolvido com o ser humano (cliente e membros familiares), no contexto de suas residências, e faz parte da assistência à saúde dos envolvidos. Compreende o acompanhamento, a conservação, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de pessoas, em resposta a suas necessidades e às de sua família, providenciando efetivo funcionamento do contexto domiciliar, ou para pessoas em fase terminal, proporcionando uma morte digna e serena junto de seus significantes (LACERDA, 1999).

A autora comenta que o domicílio é o local onde está a família e é nela que os seus componentes se desenvolvem física, emocional, mental e espiritualmente. É aí que as primeiras relações sociais se estabelecem e também onde as crises e os conflitos aparecem no momento em que um dos membros desta família adocece. Para todos pode ser um fator de desequilíbrio em uma situação que se mantém em

harmonia de forma frágil, pois, quando um membro da família adoece, toda a família adoece junto.

Assim, há necessidade de ajuda profissional, para que a família se supere, adapte-se e juntos possam ajustar-se ou administrar estes momentos vividos, utilizando-se desses encontros consigo mesmos e com os outros, para crescer e viver a vida o mais plenamente possível. Sabemos, portanto, que, quando a pessoa que necessita de cuidados apresenta incapacidades, funcionais ou sensoriais, como a mulher com AVC, devemos nos preocupar tanto com a promoção de sua saúde quanto com a prevenção de danos, diretamente relacionados a aspectos de ordem geral, principalmente aqueles que se referem ao ambiente físico, no sentido de evitar os acidentes. Outros aspectos importantes referem-se aos hábitos pessoais de saúde, incentivo ao desenvolvimento das potencialidades e estimulação de atividade afetiva.

Nesta perspectiva, julgamos acertado descrever as características mais singulares, dos domicílios de Nikê, Afrodite, Atena, Ananke e Hebe, uma vez que a estrutura física de seus lares contribui de forma significativa para o desencadeamento de sentimentos ante as incapacidades decorrentes do acidente vascular cerebral. Vale ressaltar, também, que, dentre os fatores carativos enfatizados por Watson (1985), em sua teoria, destaca-se a importância de prover um ambiente protetor e/ou atenuantes mentais, físicos, sociais e espirituais para e com o ser cuidado.

Achamos que, para clareza do objetivo, não é ocioso repetir alguns dados do domicílio, evidenciados em passagens anteriores deste trabalho.

O domicílio de Nikê apresenta condições sanitárias satisfatórias, porém a estrutura torna-se inadequada para a sua deambulação, uma vez que a divisão entre a maioria dos cômodos é um ressalto. No banheiro não há tapete antiderrapante, o que pode ocasionar queda, não apenas na deusa, mas em qualquer outro membro da casa. Nos quartos, os móveis estão dispostos de uma forma que dificulta o fluxo adequado das pessoas.

Sobre as condições do ambiente domiciliar, Smeltzer e Bare (2002) destacam que, para a segurança do doente, o ambiente deve estar livre de fontes que

promovam acidentes; portanto, deve ter base de apoio próximo ao vaso sanitário, bengalas, tapetes antiderrapantes, móveis em locais seguros. Vieira (1996) diz que todos os ambientes da casa devem oferecer comodidade, segurança, boa luminosidade e ventilação. As escadas devem ter corrimãos de ambos os lados, a fim de prevenir escorregões e fraturas.

A casa em que Afrodite mora é do tipo dúplex, porém está inacabada, pois a parte superior é apenas um grande salão, onde ela pretende alojar sua filha mais velha e suas duas netas, pois se sente muito sozinha e diz que necessita de ajuda para realizar algumas de suas tarefas do cotidiano. O domicílio de Afrodite tem seis cômodos, sendo uma sala de estar, um quarto, um banheiro, uma cozinha, o terraço e o salão da parte superior da casa. A escada que dá acesso ao referido salão está localizada na sala de estar. Foi possível perceber que seu lar estava sempre sujo durante os nossos encontros; tudo estava desarrumado e muitas vezes, ela lamentava a bagunça, mas referia que era inevitável, dada sua condição de saúde.

O fato do seu domicílio ter poucos móveis facilita o seu fluxo pela casa; é uma pena o local do banheiro não estar adequado, porque fica no ambiente externo, no terraço, e ela menciona que está preocupada com a chegada do inverno, porque “tem medo de levar um escorregão e cair”. Diz, ainda, que não conhece “lá em cima”, pois não teve “condição de subir e ver como ficou o serviço, se ficou bom mesmo”.

Na nossa realidade, é necessário utilizar o bom senso e, em alguns momentos, considerar que pessoas com doenças crônicas e que requerem cuidados domiciliares apresentam problemas socioeconômicos importantes, às vezes sem condições de higiene para que o cuidado se realize.

Diante deste contexto, vale ressaltar Lacerda (1996), ao referir o fato de que o conceito de ambiente está relacionado com a influência deste no processo de cuidar do indivíduo, pois é “o meio que interfere e é interferido pelo/no homem”.

Segundo Potter e Perry (1999), existem alguns fatores ambientais que devem ser observados para promover a segurança do paciente em domicílio; dentre eles, estão: a iluminação adequada nas escadas, nos caminhos de passagem; passagem em ordem e sem tapetes ou fios elétricos; cadeiras e outros móveis com apoio

suficiente e de altura apropriada para sentar e levantar; tapetes antiderrapantes no chuveiro e corrimãos de apoio nas escadas e no banheiro.

O domicílio de Atena tem uma estrutura de taipa revestida e piso de cimento, constituído de quatro cômodos, sendo a sala de estar, um quarto, cozinha e um quintal. As condições de moradia são ruins, uma vez que os cômodos são bastante pequenos e na casa não há banheiro, o que dificulta a vida de Atena que, muitas vezes, precisa de alguém que a acompanhe até o quintal, para que ela possa satisfazer as suas necessidades fisiológicas de evacuação e diurese. No quarto, há uma cama sem pés, a qual fica apoiada em cima de oito tijolos, dois dispostos em cada canto da cama. A cozinha exhibe um grande fogão a lenha, dois potes e uma mesa velha com duas cadeiras. Já no quintal, pudemos encontrar várias plantas que, segundo Atena, dali é que ela retirava os raminhos para rezar no povo que a procurava.

Já a casa de Ananke é bastante grande, pois é uma casa dúplex, com muitos cômodos (nove). Observou-se, inicialmente, a mercearia; a sala de estar, com um espaço físico grande e nele distribuídos, o sofá, cadeiras e uma estante; um banheiro e, logo depois, a cozinha e o quintal. Entre estes três cômodos, pudemos ver a escada que dá acesso a uma outra sala de estar, dois quartos e um banheiro. É uma casa que lhe oferece bastante conforto, mas há algo ali que a angustia muito, que é o fato de seu quarto localizar-se no andar de cima, consoante já tivemos a oportunidade de referir “em passant”.

Observamos que no domicílio em que Hebe mora há três cômodos -, uma pequena sala, em que a decoração é feita com duas redes armadas; a cozinha, com um fogão a lenha, um pote coberto e dois tamboretos num canto, e por fim, um quintal, também muito pequeno com algumas plantas medicinais. Percebemos que no espaço que compreende a calçada da casa até o quintal, existem cordas amarradas nas ripas, e a impressão que se tem ao vê-las é de que são varais para estender roupas, mas na verdade Hebe as utiliza para segurar-se ao deambular no interior da casa, conforme já comentamos.

É possível notar que o ambiente domiciliar precisa oferecer condições para que a pessoa com déficits incapacitantes, como o cliente com AVC, possa sentir-se

satisfeita de estar novamente em seu “local sagrado”. Lacerda (2001) observa que devemos considerar o ambiente familiar, seu contexto, como um componente importante para os clientes, quer pelos aspectos físicos e materiais, quer sob o ponto de vista afetivo-pessoal, haja vista que a família é, no conjunto da sociedade, uma das forças que influenciam o processo de saúde-doença dos indivíduos.

Então, o contexto da casa não se reduz ao seu espaço físico, cuja importância é crucial para o desenvolvimento positivo do cuidado. Muitas vezes há-de-se adaptá-lo às necessidades da pessoa com limitações físicas e às do cuidador (família e/ou enfermeiro).

Considerar tal compreensão é importante, pois se evidenciam as diversidades de contexto que se apresentam de casa para casa, entendendo-se casa como domicílio, inclusive com os significados de lar, residência, muito além de somente um lugar físico particular. Portanto, a inserção do enfermeiro neste espaço se reveste de muito profissionalismo e sua percepção e atuação exigem todo um aporte pessoal e de formação.

Para Dominguez (1989), o cuidado de enfermagem em domicílio é percebido como apoio eficaz aos programas de atenção dos clientes crônicos e estimula o cuidado adequado aos problemas agudos, sendo um veículo para criar relevância e atender às necessidades mais sentidas pela população.

Desta forma, o enfermeiro tem um papel muito importante, como identificar os problemas e necessidades do doente e de sua família, as necessidades de modificações na casa, as necessidades de equipamentos, as habilidades e recursos do doente e da família. Watson (1985) preconiza que o enfermeiro deve oferecer à pessoa comodidade, segurança e um ambiente limpo e estético, considerando também as variáveis externas e internas do local e suas interdependências.

A segunda categoria, **o AVC como fator desencadeante de alterações na vida da mulher**, destaca a condição da ocorrência de um AVC como um fator que desencadeia alterações de várias naturezas na vida de uma mulher. Esta categoria apóia-se em três subcategorias. A primeira refere-se aos limites que a mulher tem que enfrentar, após um AVC, haja vista as perdas funcionais e sensoriais.

A convivência com as participantes do estudo nos faz crer que o início da doença pode ser tão angustiante para a família quanto para a pessoa portadora da doença. A incerteza quanto ao próprio futuro, o medo da ocorrência de um novo acidente vascular e da morte, da dependência, o sentimento de estar incomodando os outros são situações difíceis e comuns que essas mulheres enfrentam após o acometimento do AVC.

Ficou transparente que as principais mudanças ocorridas no cotidiano delas dizem respeito ao desconforto físico e à situação de dependência – considerando as dificuldades de movimentação, comunicação, alimentação e visão. O resultado deste estudo foi encontrado também por Machado (1995), ao pesquisar as mudanças no estilo de vida, enfrentadas por pessoas em condições crônicas de saúde, em especial o AVC. Uma das mudanças encontradas foi “lidar com os incômodos físicos”, entendidos pela autora como sinais ou sintomas referentes ao sono, eliminações, alimentação, integridade, energia física e alterações sensoriais.

Os achados desta pesquisa indicam também que o acidente vascular cerebral afeta particularmente a qualidade de vida dos indivíduos em função das incapacidades instaladas, aqui denominadas de incômodos, particularmente aqueles que se referem aos desconfortos físicos e à situação de dependência da pessoa com AVC.

Trentini et al (1990) relatam que a qualidade de vida do indivíduo em condição crônica de saúde pode ser alterada pela severidade dos sintomas das doenças. Especificamente no acidente vascular cerebral, a alteração ou privação nos padrões de exercício são as manifestações que freqüentemente interferem na vida dessas pessoas.

Neste contexto, está patente que os principais incômodos que mais afligiam Nikê, Afrodite, Atena, Ananke e Hebe dizem respeito à inatividade, ou seja, às limitações funcionais, caracterizadas pela hipotonia e situação espástica muscular, paralisia de músculos faciais e dificuldade para deglutir, que provocam sérias modificações na aparência física do indivíduo, passando pela perda da função, emagrecimento acentuado, protusão dos olhos e, ainda, emagrecimento rápido.

Os resultados do Teste de Lüscher evidenciaram a inconformação de Nikê com as limitações funcionais, pois o teste confirmou que ela tem demonstrado bastante ansiedade e conflito, em virtude da sua impotência e incapacidade de enfrentar a sua nova condição de vida; no caso de Afrodite, ficou esclarecido que ela também vivencia, nesse momento da reabilitação, conflitos, dada a sua relativa inatividade e condição estática, além de também ter dificuldades em progredir no desenvolvimento de suas atividades, o que a deixa em estado de tensão e inquietação, em decorrência de um quadro de limitação desagradável; já em relação a Atena, os resultados do teste enfocaram uma característica marcante dela, que é a agitação, irritação e intensa angústia, pela sensação de incapacidade, combinada com frustração, por não poder controlar os acontecimentos e, Hebe, de alguma forma, sente-se presa a uma situação vista como desagradável.

Segundo Saraiva (1981), as manifestações clínicas de um derrame causam perda temporária ou permanente do movimento, do pensamento, da memória, da fala ou da sensibilidade. A sintomatologia se traduz no plano motor, por hemiparesia ou hemiplegia, distúrbios sensitivos como parestesias, anestesia ou hipoestesia, alterações da linguagem, levando à disfasia ou afasia, perda transitória da visão unilateralmente, hemionopsia homônima ou à associação de ambas. Estes sinais são, geralmente, acompanhados por náuseas, vômitos, vertigem, cefaléia, disartria, diplopia e ataxia.

Estas alterações estão presentes no cotidiano de Nikê, pois ela revelou ter perdido por vários dias a fala, a força dos membros superior e inferior esquerdo e “um pouco” de sua visão e memória. Lembra-se de que alguns parentes, os quais iam visitá-la, ela não reconhecia. Mencionou tal situação, quando falou de algumas funções que já recuperou:

Sei que já recuperei foi muita coisa, hoje eu já ando, antes eu não andava, hoje eu já falo direito, antes eu falava ruim, ninguém nem entendia. Só acho ruim porque não posso mais fazer minhas coisas que antes eu fazia...

Anotamos, também, que Afrodite estava bastante angustiada com a sua condição de vida. Comenta o seguinte: *naquele dia eu pensei que ia morrer, foi dando uma leseira nesse meu lado todinho* (diz ela apontando para os membros

esquerdos) *fiquei sem falar e sem enxergar nada... fiquei doidinha, ainda bem que era de dia e os vizinhos me acudiram e deu tempo eu chegar no hospital e eles salvarem minha vida.*

Strauss e Glaser (1975) também fazem referência ao fato de que perdas decorrentes de uma doença crônica, como, por exemplo, a perda de energia física, da capacidade de comunicação, audição e visão, acabaram por levar o doente a uma situação de isolamento social. A perda da capacidade cognitiva ou diminuição da inteligência em função de arterosclerose cerebral e acidentes vasculares também é relatada por Silveira (1976).

Este fato ocorreu, também, com Nikê e Afrodite. Koizume (1975), relata-nos que dificuldades de memorização e compreensão daquilo que lêem ou ouvem podem acompanhar os pacientes com afasia de expressão, fato ocorrido especialmente com Nikê, no início da doença.

A ruptura do processo de comunicação verbal foi outra alteração significativa percebida por Nikê e Afrodite, quando fizeram menção à dificuldade de falar. Sabemos, portanto, que a linguagem representa um conjunto de símbolos, pelos quais expressamos nosso pensamento para nós mesmos e para os outros. Mesmo que a dificuldade de comunicação tenha sido um incômodo para as mulheres pesquisadas, consideramos importante enfatizar que antes mesmo de o homem desenvolver a linguagem falada, já expressava suas necessidades básicas, sentimentos e crenças, por meio da linguagem gestual e de expressões faciais.

Silva (2002), em seus estudos sobre a importância da comunicação nas relações interpessoais, acentua que a comunicação interpessoal ocorre no contexto da interação face a face, e que entre os aspectos envolvidos nesse processo estão as tentativas de compreender o outro comunicador e de se fazer compreendido. Aqui se inclui, ainda, a percepção da pessoa, a possibilidade de conflitos – que podem ser intensificados ou reduzidos pela comunicação – e de persuasão, que consiste na indução de mudanças de valores e comportamentos.

Assim, um indivíduo não pode deixar de se comunicar; parar ou mover-se, calar ou falar, dentro de um contexto, possuem valor de mensagem, ou seja, têm

significado. A intenção de uma mensagem não é simplesmente transferida de uma pessoa a outra, pois é mutuamente negociada entre pessoas que se comunicam.

Neste sentido, concordamos com Larocca e Mazza (2001), quando afirmam que, diante da ruptura da comunicação humana, torna-se necessário reaprender a se comunicar, reaprender a ver e ouvir a linguagem, incluindo-se, neste reaprender, a comunicação não verbal, descobrindo-se, na multiplicidade de sinais – o olhar, a expressão facial, as roupas, a postura, o espaço que se ocupa – o que a pessoa deseja transmitir. Assim, estaremos realmente utilizando a comunicação como subsídio para sistematização do cuidado, mais do que simplesmente um instrumento do cuidado.



Afrodite e Nikê observaram também os déficits nos campos visuais que, de acordo com Mc Dermott & Beeson (1977), são bastante comuns em pessoas acometidas de AVC, uma vez que os impulsos nervosos das metades esquerdas da retina são transmitidos à área visual do hemisfério esquerdo, o mesmo ocorrendo com as metades direitas das retinas para o hemisfério direito. Tognola (1996) acrescenta que o déficit de campo visual não costuma ser um grande empecilho na vida do doente, podendo ser limitante em situações como dirigir um veículo, porém, com a evolução da doença, uma compensação pode ser obtida.

Atena também mencionou que a dificuldade de caminhar é uma de suas limitações mais importantes, enquanto ela precisava sempre de alguém para ajudá-la a se alimentar, realizar higiene pessoal e também se movimentar. Em seu discurso, comenta a sua insatisfação com a invalidez: (...) *eu pensava assim... o que é que eu vou fazer agora, se agora eu sou uma inválida, vou viver pela mão de um e de outro. Mas toda hora eu pensava, Deus é poderoso e vai me dar a graça d'eu ficar boa. Eu tenho muita fé naquele Senhor.*

Foi fácil perceber que a sensação de dependência incomoda consideravelmente as mulheres entrevistadas. A insegurança decorrente da hemiplegia mantém o paciente num estágio de dependência significativa, para determinadas atividades, a qual vai se modificando de acordo com a evolução do tratamento. Assim sendo, além das modificações referentes à aparência física, a hemiplegia determina, também, uma situação de dependência, isto porque, no

entender de Silveira (1976), os movimentos são os meios pelos quais nos expressamos. Os gestos, as expressões faciais, são formas não verbais de comunicação, que, como a fala, são dependentes dos movimentos.

A situação de dependência experimentada pelas participantes do estudo foi explicitada também nos resultados do teste das cores, quando o teste realizado com Nikê demonstrou que ela se manifesta impaciente e ameaçada no que diz respeito aos seus esforços para realização de suas atividades, mas procura conformar-se com a situação, pois sente sua impotência frente às dificuldades e problemas presentes. Nos resultados de Afrodite, notamos que ela se sente insatisfeita com a situação atual, mas também se vê incapacitada de melhorá-la sem cooperação. Atena, em seu teste, evidencia que não quer sentir-se dependente da boa vontade dos outros. Nos resultados de Hebe, está claro que ela vivencia considerável ansiedade e desajuste pessoal, em razão da tentativa de enfrentar condições que realmente estão além da sua capacidade, mas, mesmo assim, usa táticas inteligentemente para não prejudicar suas possibilidades de sucesso, através do companheirismo de seu irmão.

Desta maneira, a mobilidade torna-se uma necessidade psicobiológica para o indivíduo e a imobilidade ou incapacidade um importante déficit que impede a mulher de realizar suas tarefas mais comuns. Segundo Santos et al (1990), incapacidade é a restrição ou perda da capacidade para desenvolver uma atividade dentro dos limites considerados, normais, constituindo um distúrbio a nível pessoal.

Várias incapacidades podem levar o indivíduo a ter uma sensação de deficiência, definida por Machado (1995) como a perda ou anormalidade na estrutura ou função psicológica, anatômica e fisiológica. Em seu aspecto mais amplo e social, a deficiência não resulta simplesmente de fatores biomédicos, mas também da interação destes com os atributos pessoais do indivíduo (crenças e valores), do ambiente e dos recursos naturais e familiares disponíveis, podendo se agravar na falta desses recursos. Assim sendo, podemos considerar que uma pessoa com uma incapacidade pode sentir-se deficiente e rejeitada socialmente.

Quando a incapacidade é gerada por uma doença crônica, como o AVC, é importante ressaltar que até o momento em que ocorreu o acidente vascular o

indivíduo se encontrava sadio e ativo, passando, abruptamente, para uma situação de dependência total, situação esta que geralmente assusta o indivíduo e estresse a família. Muitas vezes é difícil para uma pessoa sadia entender o impacto físico e psicológico de uma outra que sofreu um derrame.

Segundo Silva et al (1980), uma doença crônica, determinando situações limitantes na vida do indivíduo, pode levá-lo a desenvolver sentimentos de inutilidade, autodepreciação, dependência em áreas sadias, e alguns poderão buscar na morte a solução para a gravidade de seus problemas.

Nota-se, então, que Nikê, Afrodite e Atena perceberam a situação de dependência pelas mudanças provocadas em sua vida diária, como as dificuldades para se movimentar, para se alimentar, para se comunicar, e para enxergar, as quais fizeram aflorar sentimentos de tristeza e inutilidade, como já vimos nos seus discursos. Especialmente Nikê referiu também os déficits na deglutição, (...) *antes eu comia um arrozinho com feijão, hoje só como mingau, vitamina, caldo, sopa, porque eu fiquei com dificuldade de engolir as coisas (...)*.

Sobre o distúrbio da deglutição, presente com alta frequência na fase aguda do AVC, Tognola (1996) comenta que, tanto nas lesões do território carotídeo, como no território vértebro-basilar (sendo mais pronunciados neste último, quando do envolvimento do tronco cerebral), devemos estar atentos, pois complicações pulmonares, pneumonias podem por em risco a vida desta clientela. Camargo (1975) acrescenta que, quando a paralisia atinge os nervos faciais da pessoa acometida do acidente vascular, mesmo que levemente, determinará uma alteração em todo o processo de mastigação e deglutição, levando o doente a ficar mais apático, perder peso, podendo alterar o próprio processo de eliminação.

Diante do contexto situacional vivenciado por estas mulheres, cabe ao enfermeiro ajudá-las a aceitar as suas limitações decorrentes do AVC. Neste aspecto, o cuidado de enfermagem deverá convergir para que a mulher acometida de AVC possa obter uma aceitável qualidade de vida com dignidade, auto-respeito e independência e também exprima crescimento individual ou familiar.

Sobre este aspecto, Collière (1989) ressalta que o cuidado de enfermagem não tem razão de ser se o cuidador não se envolver com a forma como as pessoas

vivem, tendo em conta a sua doença, as limitações que daí resultam ou as dificuldades que encontram. Pode-se dizer que é um processo de descoberta – elucidação, ação entre os parceiros sociais com uma competência diferente e complementar, visando a encontrar a sua forma de realização a partir das capacidades e recursos de cada um num dado meio, seja domicílio, instituição hospitalar qualquer ou outro local.

Revedo os pressupostos da teoria de Watson (1985), pensamos que se possa compartilhar do sistema de valores das participantes, sendo esses, humanista – altruísta, que está ligado às nossas crenças, valores, visões próprias e experiências pessoais de crescimento, a partir do que poder-se-ia fazê-las perceber que suas experiências poderão ser impulsionadoras de mudanças em suas atitudes.

A segunda subcategoria, na qual se apóia a categoria aqui trabalhada, refere-se às dificuldades no desenvolvimento das atividades diárias, e enfatiza, basicamente, as atividades da vida diária como sendo as ações de autocuidado que a mulher realiza a cada dia para atender às necessidades pessoais. Smeltzer e Bare (2002) observam que as atividades da vida diária incluem a higiene/banho, vestimenta/arrumação, alimentação e higiene pessoal íntima.

Sabe-se, portanto, que a maioria das pessoas com doenças crônicas torna-se incapaz de realizar facilmente essas atividades. Os depoimentos de Nikê, Afrodite, Atena e Hebe revelaram, também, dificuldades na realização de atividades relacionadas ao seu autocuidado, como a capacidade de banhar-se, vestir-se, alimentar-se e também desenvolver as suas atividades cotidianas.

Nikê, demonstra claramente as dificuldades que tinha para desempenhar essas atividades diárias,

Eu não conseguia nem tomar banho só, minha filha era que me banhava... não vestia minha roupa... nem no banheiro eu ia sozinha, sempre tinha que ir um neto comigo... eu lembro que é tão ruim tomar banho sentada... hoje eu já faço algumas coisinhas... tomo banho sentada só às vezes e sem ajuda, vou pro banheiro só e até visto minha roupa, mas faço tudo com muito sufoco.

Afrodite conta que, *todo dia ela (sua filha) vem aqui, me ajuda a banhar e vestir a roupa, traz minha comida feita da casa dela (...)*. Já Atena, quando falou sobre a dificuldade na realização das atividades diárias, se reportou à hospitalização, lembrando que precisava sempre de alguém para ajudá-la a se alimentar e realizar sua higiene pessoal. Voltando ao domicílio, Atena diz que suas roupas estão sempre com cheiro ruim e que a comida também está com gosto ruim, o que a desestimula a se alimentar e também realizar higiene pessoal. Hebe revela que seu irmão é que a banha, ajuda a vestir sua roupa e faz questão de dizer que ele faz tudo com muito carinho, conforme tivemos já a oportunidade de comentar.

Diante das incapacidades experimentadas por essas mulheres é importante salientar que elas devem estar motivadas para readquirir sua independência, no que diz respeito às atividades de autocuidado. Randünz (1999) assinala que o autocuidado refere-se ao cuidar de si mesmo, despertando a capacidade e a responsabilidade para tal, no cliente e no profissional. Assim, na qualidade de enfermeiras, devemos ter a responsabilidade de capacitar/ajudar o indivíduo, família ou comunidade a melhorar ou obter uma condição favorável de saúde ou modo de viver.

Silva (2000) acrescenta que todos cuidam, de um jeito ou de outro, por ser mãe, por ser irmão, por ser filho, por ser amigo, por gostar de alguém. A tarefa de cuidar é um dever humano, e não um dever exclusivo de uma classe profissional. Cuidamos todos porque também queremos ser mais felizes e mais plenos. Sabemos que, para alcançar a felicidade, é fundamental que cuidemos bem de nós mesmos e dos outros. A condição humana é tão frágil como efêmera, requer reequilíbrio e constantes cuidados pessoais, sociais e ambientais.

Tal pensamento também é compartilhado por Collière (1989), ao mencionar que cuidar é uma ação singular que fazemos a nós próprios desde que adquirimos autonomia; trata-se de um ato recíproco que prestamos a toda pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

Desta forma, o enfermeiro torna-se o elemento mediador do tratamento/reabilitação das pessoas que necessitam do cuidado, cabendo àquele

proporcionar a integração dos elementos da equipe multiprofissional, visando o sucesso no cuidado, à harmonia entre todos (cliente/família/enfermeiro), à troca de informações e à assistência de qualidade.

Neste contexto, é válido enfatizar a importância do cuidado domiciliar, o qual deve ser percebido como continuidade da atenção à saúde. Conforme Lacerda (2001), o cuidado no âmbito domiciliar atende individualmente às pessoas envolvidas e respeita a diversidade cultural das famílias. Assim, pode-se, por meio de ações eficientes e efetivas, colaborar na mudança da forma de assistência à saúde da população.

Smeltzer e Bare (2002), em seus estudos sobre o desenvolvimento das atividades diárias de pessoas com déficits de autocuidado, revelam características importantes de cada atividade. Então, descrevem o seguinte: a atividade do banho exige a obtenção de água para o banho e dos utensílios, a desnudação, a lavagem e a secagem do corpo após o banho. A vestimenta exige a escolha, a colocação e a retirada das roupas; o abotoamento das roupas e o pentear do cabelo. A autoalimentação exige a escolha dos alimentos, a utilização dos utensílios para levar o alimento à boca, a mastigação e a deglutição do alimento. A atividade de higiene íntima inclui a habilidade de ir ao sanitário, sentar-se e levantar-se do sanitário, higienizar a região genital, tornar a vestir-se e a realizar a higiene das mãos. Os autores acrescentam que o enfermeiro deverá estar atento sobre a habilidade do indivíduo em realizar as atividades da vida diária, sendo importante notar também o envolvimento dos membros familiares no desenvolvimento dessas ações.

Entendendo desta forma a problemática vivenciada por esta clientela que apresenta qualquer tipo de limitação que a impossibilite para o autocuidado, é que Silveira (1976) ampliou o conceito de imobilidade, também trabalhado e explicado por Costa et al (1986), sob quatro dimensões. A imobilidade física que representa qualquer limitação dos movimentos ou dos processos fisiológicos normais, como, por exemplo, a marcha, alimentação e eliminações. A imobilidade emocional, que ocorre em situações catastróficas ou esmagadoras para o indivíduo, quando o estresse excede a sua capacidade de luta, em situações em que ele se considera apavorado, oprimido e totalmente sem forças. A imobilidade social ocorre porque as limitações desencadeadas pela doença e pelo tratamento alteram e interferem quantitativa e

qualitativamente nas interações sociais que normalmente ocorriam na vida da pessoa, e ainda, a imobilidade intelectual, fazendo com que alguns dos clientes não possam enfrentar sua doença sem conhecimento adequado sobre a patologia e seu tratamento.

Para Vieira (1996), as atividades da vida diária, expressão utilizada para descrever os cuidados essenciais e elementares à manutenção do bem-estar do indivíduo, são elementos determinantes na autonomia da pessoa, que tem papel fundamental na sua qualidade de vida.

É importante salientar que o autocuidado deve ser adaptado para acomodar o estilo de vida de cada indivíduo que eventualmente apresente o déficit. Nesse momento, o enfermeiro exerce um papel bastante importante, desenvolvendo dispositivos de auto-ajuda, em que os sentimentos interiores do outro possam ser compartilhados, com habilidade, pelo profissional, através da observação, de ações, palavras, comportamentos, pensamentos, sensibilidade e intuição. Estes conceitos foram fundamentados por Jean Watson (1985).

A subcategoria seguinte refere-se aos cuidados no controle da pressão arterial e da glicose, que terminam por constituir um acréscimo nas atividades de autocuidado para a saúde, já debilitada, resultando em preocupação, visto que a associação entre certas doenças, como a hipertensão arterial, o diabetes e as cardiopatias, aumentam consideravelmente os riscos de AVC, como também elevam o índice de morbimortalidade (NICOLAU et al, 1999).

Portanto, no que se refere à combinação de fatores de risco para o AVC, também Nikê comentou ter a sua preocupação de controlar a hipertensão arterial e o Diabetes *mellitus*, quando afirmou: *acho ruim também porque eu tem pressão alta e diabete, e tem que ficar o tempo todo controlando. tem dia que dá vontade de comer uma coisa diferente sabe? Mas não dá que já tem a diabete que tem que cuidar.*

Pode-se inferir que a ocorrência do AVC em Nikê teve como fatores predisponentes a hipertensão arterial e o Diabetes *mellitus*, que são citados na literatura como fatores de risco para a instalação ou recidiva de um AVC, em primeiro e terceiro lugar, respectivamente, conforme Lipp e Rocha (1994).

Atualmente, está estabelecido que a hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para as doenças cerebrovasculares. Araújo (2002), em uma pesquisa realizada com pacientes acometidos de acidente vascular cerebral atendidos na Santa Casa de Misericórdia de Sobral – CE, constatou um alto índice de pacientes hipertensos, pois, em 79% dos casos, a hipertensão esteve presente. Radanovic (2000) acrescenta que a ocorrência de hipertensão arterial está estimada em torno de 70% de todos os quadros vasculares cerebrais.

Lessa (2000) afirma que há um risco aumentado de doença cerebrovascular quando a hipertensão arterial está associada ao Diabetes *mellitus*. Gagliardi (2000), acrescenta que o diabetes, como diagnóstico primário de internamento hospitalar, é a sexta causa mais freqüente e contribui de forma importante para outras causas, como a cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca e o acidente vascular cerebral.

Estudos clínicos constataram que a terapia anti-hipertensiva é eficaz na prevenção do acidente vascular cerebral, com redução do risco de 36% a 42% e que a combinação de hipertensão e diabetes pode ser particularmente perigosa (JEERAKATHIL e WOLF, 2001).

Miller (1983) deteve-se em estudar o enfrentamento na hipertensão arterial e encontrou que a ameaça de risco constante na vida desses indivíduos exige qualquer tipo de ação direta por parte deles. Então, manter um monitoramento ou acompanhamento dos níveis de variação da pressão pode ser uma forma de minimizar a ameaça e controlar a situação.

Smeltzer e Bare (2002) comentam que as doenças crônicas são dispendiosas para os indivíduos, as famílias e a sociedades. Assim, ressaltam que o principal foco da enfermagem envolve a promoção de estilos de vida saudáveis e encorajamento ao uso de medidas de segurança e prevenção contra doenças.

Sobre esse aspecto, considera-se importante focar Watson (1985), ao afirmar que, no processo de cuidado, o enfermeiro deve fazer pelo outro, ou seja, satisfazer suas necessidades básicas, procurando unir a ação prática à ação transformadora do ser.

A terceira categoria vem contextualizar **as alterações na auto-imagem e na auto-estima da mulher com AVC**, incluindo as diversas implicações do AVC na aparência física, que terminam repercutindo profundamente na auto-estima da mulher, podendo ter conseqüências mais profundas, quanto mais jovem seja a mulher. Até porque a avaliação das percepções e sentimentos da pessoa acometida de AVC, em relação às alterações em seu corpo e sua capacidade de agir, tem relação direta com as percepções e sentimentos próprios, de sua família e de outras pessoas marcantes em sua vida.

Segundo Caldas (1998), o atendimento das necessidades de auto-imagem e auto-estima relaciona-se com a manutenção do estilo de vida, mesmo quando sua capacidade encontra-se diminuída. A capacidade física e o estado psicológico precisam ser avaliados em relação à sua potencialidade de cuidar-se. É importante verificar o estado mental do indivíduo em relação à sua capacidade de realizar as atividades necessárias ao viver diário, incluindo a avaliação do amor próprio, o desejo, imagem corporal, pelo desejo de atração ao cônjuge, mecanismo de defesa e a presença de depressão.

Esta categoria apóia-se em duas subcategorias, que são: perdas que vão repercutir na aparência física e alterações relacionadas a auto-imagem e auto-estima. A primeira está diretamente vinculada às alterações ocorridas na vida das participantes desta pesquisa e estes variam desde as mudanças na aparência física – fato este inevitável na grande maioria dos acidentes cerebrovasculares, em razão da hemiplegia – até as limitações em seus movimentos, determinando uma situação de dependência, as quais podem exceder a capacidade de enfrentamento dessas mulheres e provocar verdadeiras crises existenciais, marcadas pelo desespero, sentimento total de inutilidade, desejo de morrer.

As modificações na aparência pessoal foram observadas em todas as participantes. Nikê tinha o lábio caído à esquerda e caminhava sempre com dificuldades, com passos curtos e lentos, arrastando um pouco a perna esquerda ao caminhar. A principal mudança em Afrodite foi o déficit na marcha, especialmente no membro inferior esquerdo. Em Atena percebemos um ligeiro déficit motor nos membros superior e inferior esquerdo, e, na face, ela exibia leve alteração na boca e no olho esquerdo. Já Ananke apresentava um déficit motor na porção direita do

corpo e seus olhos pretos e proeminentes denotavam cansaço e exibiam olheiras. As marcas do AVC estavam significativas na face de Hebe, pois esta apresentava uma importante alteração, especialmente no lábio e no olhar, que eram caídos à direita.

A maioria das alterações ocorridas com as mulheres estudadas está relacionada com as diferentes limitações ou perdas funcionais que influenciam diretamente na auto-estima, em virtude de suas reações emocionais diante destas modificações. Então, como na maioria dos casos as pessoas encontram-se temporariamente incapacitadas para o autocuidado, sua aparência física tende a piorar se o cuidado não for assumido pela família, podendo mesmo levar à deterioração da auto-imagem desse indivíduo.

Auto-imagem, segundo Beland & Passos (1979), inclui todas as idéias, sentimentos, crenças e atitudes que a pessoa tem sobre ela mesma, sua capacidade, atributos e posses. Então, entre as coisas que a pessoa pode valorizar em relação a si mesma, estão a imagem corporal, sua inteligência, a sensação de estar intacta, seu papel e sua posição na família e no trabalho, sua adequação e aceitação como parceiro num casamento, seu sucesso e sua realização pessoal.

Assim, entendemos a dimensão que as perdas na auto-imagem têm para o indivíduo, bem como suas relações com as perdas financeiras, que, segundo as autoras supracitadas, podem determinar ou contribuir para o aparecimento das primeiras. Deste modo, as perdas na aparência física, de memória, da virilidade e outras não deixam de ser situações incômodas para as participantes do estudo ou componentes familiares, conforme identificadas neste estudo.

Nota-se que numa sociedade onde a cultura ocidental ^{valoriza} supervaloriza o corpo saudável e a atração física, é esperado que se desvalorize os mais fracos, física e emocionalmente, e ou aqueles que apresentam deformidades desagradáveis à vista. Quando incorporados esses valores, eles podem levar o indivíduo a não aceitar procedimentos terapêuticos que possam pôr em risco sua aparência, sua capacidade de trabalho e sua aceitação em determinado grupo.

A auto-estima e a imagem corporal da mulher, como lembram os estudiosos sobre o assunto, são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida.

Essas experiências podem repercutir significativamente, influenciando as atitudes e comportamentos de forma satisfatória ou não. Assim, podemos dizer que a imagem corporal e a auto-estima são influenciadas pela condição socioeconômica, psico-espiritual e emocional da família e ambiente social, bem como ao tipo de filosofia de vida adotada e/ou assimilada pela pessoa. Quando vivenciadas de forma satisfatória, essas experiências podem repercutir significativamente na vida do ser humano e são demonstradas através de suas atitudes e comportamentos, ou seja, pela aparente segurança interior; pela confiança nas relações interpessoais, pelo senso de responsabilidade demonstrado em suas ações, assim como pela esperança e disposição necessárias e suficientes à manutenção do impulso criativo (SILVA e MAMEDE, 1998).

Portanto, as dificuldades do enfrentamento de seu novo espaço corporal e a necessidade de readaptação a um novo estilo de vida podem constituir fatores capazes de alterar a auto-imagem da mulher. Nesse momento, o enfermeiro deve, conforme Watson (1985), ter sensibilidade para com os outros, entender e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos, porque os sentimentos alteram pensamentos e comportamentos e “a mente e as emoções são janelas para a alma”.

Assim, o ser humano (cliente e componentes familiares no domicílio) através deste encontro, ganha, como falam Rogers e Rosenberg (1977), uma nova auto-imagem, mais confiante, da descoberta de recursos pessoais, da certeza de que será valorizado e estimado como pessoa em qualquer circunstância ou fé na própria capacidade de levantar-se após uma queda; estas forças que nos impelem para a jornada contínua em direção a uma integração cada vez íntima com nosso eu, o mundo e com a vida.

Ainda é importante ressaltar o pensamento de Boff (2002), o qual comenta que cuidar do corpo implica cuidar da vida que o anima, cuidar do conjunto das relações com a realidade circundante, relações essas que passam pela higiene, pela alimentação, pelo ar que respiramos, pela forma como nos vestimos, pela maneira como organizamos nossa casa e nos situamos dentro de determinado espaço ecológico. Esse cuidado reforça nossa identidade como seres “nós-de-relações” para todos os lados. Assim, cuidar do corpo significa a busca de assimilação criativa, tudo o que nos possa ocorrer na vida, compromissos e trabalhos, encontros

significativos e crises existenciais, sucessos e fracassos, saúde e sofrimento, pois, somente assim, nos transformamos mais e mais em pessoas amadurecidas, autônomas, sábias e plenamente livres.

A subcategoria se refere às alterações na auto-imagem e auto-estima, ou seja, aquelas que se baseiam primariamente em como o indivíduo se sente perante os seus semelhantes e a forma como este se avalia, a maneira de ver seu estado físico e psíquico; desta avaliação dependerá a modificação ou não em sua vida. Reforçando esse pensamento, Potter e Perry (1998) nos falam que a auto-estima é um senso individual de autovalorização, uma avaliação que o indivíduo faz e mantém sobre si mesmo. Indivíduos com pouca auto-estima tendem a não se sentir amados e geralmente vivenciam depressão e ansiedade, decorrentes, via de regra, de imagens ou mensagens que lhe foram passadas em sua tenra infância, ou traumas configurados por alguma doença que desfigura o corpo ou a alma.

Vale ressaltar, no entanto, que as mulheres estudadas podem sentir-se estranhas e excluídas do seu grupo. Pode acontecer delas próprias não se reconhecerem, não se identificarem e esperarem o mesmo comportamento daqueles que as cercam e que muitas vezes acabam reforçando essas diferenças. Então, salientamos que comparações feitas em termos de antes e depois da doença, geralmente, não são benéficas, pois trazem à tona diferenças e/ou novos padrões que o indivíduo, aos poucos, tenta incorporar à auto-imagem.

Segundo Atkinson e Murray (1989), a auto-estima é um sentimento pessoal, que se refere à forma pela qual a pessoa vê a si própria. É um conceito dinâmico que envolve mudanças diferenciais para cada indivíduo, à medida que desafios específicos de vida são confrontados. Embora possa, à primeira vista, parecer fácil, o conceito é, de fato, um fenômeno multifacetado que influencia os pensamentos e comportamentos das pessoas em uma variedade de maneiras.

Dugas (1984) lembrando também que a auto-estima compreende a impressão que a pessoa tem de si e uma auto-avaliação crítica, apresenta dois fatores que se interrelacionam com a auto-estima: “autoconfiança e auto-respeito”. A autoconfiança diz respeito à sensação de se representar como uma pessoa competente e que tem capacidade para fazer coisas. O auto-respeito consiste no sentimento de que seus

comportamentos ou ações se fizeram coerentes com seus valores. Acrescenta que a imagem corporal “reflete não só o quadro mental que alguém faz de si mesmo, como também a sua atitude diante de seu corpo com as várias partes e funções”.

Especificamente com relação ao AVC, o indivíduo se vê privado de sua capacidade de se mover e de se comunicar verbalmente, porém, segundo Miyadahira et al (1984), a consciência de si mesmo e do ambiente está intacta provocando sentimentos de angústia e ansiedade pela impossibilidade de exprimir suas preocupações e anseios abertamente. Isto faz também com que as pessoas subestimem a capacidade do indivíduo com AVC, tratando-o muitas vezes como deficientes mentais.

Nikê, durante os encontros, falava com bastante angústia sobre as mudanças no seu estilo de vida, decorrentes do AVC, e, ainda, seu semblante denunciava bastante tristeza quando recordava do dia em que sofreu o acidente vascular. Percebemos também que as informações sobre o seu “novo cotidiano” eram expressas com um toque de ansiedade. Revendo os resultados do Teste de Lüscher, pudemos perceber sentimentos nele evidenciados como o medo de não poder obter o que deseja, a impaciência e o descontentamento.

Afrodite, em suas palavras, exprime angústia quando se refere à sua nova condição de vida, enfatizando significativamente a questão da dependência. Notei isso em sua fala, *nunca pensei que pudesse ficar doente assim, quando penso que eu era tão sadia, tão trabalhadeira e agora vivo pela mão dos outros. (...) quase morro de desgosto quando soube que tive esse derrame (...)*. Através do teste das cores, constatamos que ela necessita de reconhecimento e está angustiada porque seus desejos e necessidades parecem não serem compreendidos.

A participante faz questão de enfatizar a preocupação que tem com os horários corretos de seus remédios, pois sabe que deve tomar todos os cuidados necessários para que não passe novamente pelo mesmo transtorno.

A curandeira Atena denota tristeza em todos os seus diálogos, e neles é notável o sentimento de solidão. Vê-se que, mesmo ela sendo uma pessoa popular e querida, ela se sentia bastante só. Não era perceptível uma relação de confiança entre Atena e sua cuidadora. Menciona, também, o sentimento de invalidez em seu

discurso “(...) o que é que eu vou fazer agora, se agora eu sou uma inválida, vou viver pela mão de um e de outro (...)”. Nos resultados do teste, Atena espelha preocupação com a posição que ocupa, além de querer favorecer seu amor próprio.

O AVC trouxe certamente repercussões significativas na vida de Ananke, uma vez que ela se descuidou um pouco da medicação durante os dois primeiros meses após a ocorrência do acidente, e teve uma crise convulsiva que a levou ao hospital novamente e, logo que voltou para casa, teve uma crise depressiva, que ainda permanece. Já Hebe lamenta as limitações deixadas pelo AVC, mas também não as atrapalha para realizar qualquer uma de suas atividades.

Percebe-se que, ao seu ver e aos olhos dos outros, a mulher acometida pelo AVC perde atributos físicos e intelectuais que faziam dela um ser humano único, e agora a levam a fazer parte de um mundo desconhecido e não específico de deficientes ou inválidos.

A invalidez é um aspecto a ser considerado, pois a doença naturalmente torna o indivíduo mais dependente, sensível e exibindo comportamentos que habitualmente não fazem parte de seu repertório, como, por exemplo, comportamentos de regressão. Então, muitas vezes os clientes comportam-se como se quisessem ser tratados como crianças ou adolescentes rebeldes. Conforme relatado por Beland & Passos (1979), Miller (1983), Shekleton (1987), Burckhardt (1989), entre outros.

Miller (1983) relata que sentimentos de dor, pesar e medo são utilizados para proceder com diferentes perdas e para preservar o senso de integridade pessoal e de dignidade, possível somente na ausência das perdas. Assim, para Silva et al (1980), é comum o medo de perder o respeito, a dignidade, o *status*, a posição que ocupa num grupo ou na família, bem como, perder a estima de amigos e familiares.

Relatos de Camargo (1975), Comaru (1975), Altschul (1977) e Silva et al (1980) mostram que, após uma hospitalização, o retorno do paciente ao lar com alguma incapacidade é acompanhado de muita tensão, para o paciente e, muitas vezes, ressentido pela família. Além de inconscientemente culpar o paciente por lhe dar tanto trabalho, a família pode não se sentir segura para prestar determinados cuidados mais específicos, ou mesmo sentir-se embaraçada na realização de

cuidados íntimos. Segundo Atschul (1977), de acordo com o entrosamento familiar, condições culturais e financeiras, os membros familiares podem não assumir esta responsabilidade e transferi-la constantemente aos serviços de saúde, desencadeando sentimentos de abandono e de inutilidade para o paciente.

Outro aspecto considerado importante foi a depressão, evidenciada na vida de Ananke. Segundo Vieira (1996), depressão é uma síndrome que se caracteriza por um estado patológico do sofrimento psíquico. A depressão somente torna a reabilitação mais difícil e piora a qualidade de vida experimentada pelo paciente; portanto o diagnóstico e o tratamento eficaz são imperativos.

Certamente, percentuais elevados de depressão e ansiedade, variando de 33% a 50%, têm sido relatados em clientes que sofreram acidente vascular cerebral, com o início da depressão atingindo seu máximo de 6 meses a 2 anos após a ocorrência do derrame. Pessoas que sofreram AVC têm também maior incidência de depressão, do que, por exemplo, clientes em controle ortopédico que apresentem os mesmos níveis de incapacidade. Sugere-se que a depressão pós-acidente vascular cerebral pode não ser simplesmente uma reação à doença física e a incapacidade, porém pode ter de fato uma base orgânica (STARKSTEIN et al, 1987).

Assim, é válido lembrar que a depressão e a ansiedade pós-acidente vascular cerebral, se de origem orgânica ou não, podem interferir profundamente com os esforços no processo de reabilitação. Portanto, visto que é comum acontecer a depressão associada ao acidente vascular cerebral, mas ao mesmo tempo, haver uma resposta rápida ao tratamento com medicação antidepressiva, cabe ao enfermeiro procurar identificar as pessoas que experienciam a reabilitação pós-AVC e buscar todas as tentativas necessárias para tratar eficazmente essa clientela.

Ananke também menciona o desentendimento com seu marido e conseqüentemente a ruptura da atividade sexual. Assim se posiciona: *Às vezes eu penso que meu marido não me entende, porque às vezes ele diz que eu sou muito mole, eu fico até pensando que ele vai me deixar, porque eu nem tem mais vida com ele. Passa até pela minha cabeça que ele arranhou outra mulher, e eu sofro com isso.*

A perda da virilidade foi muito sentida por Ananke. Autores como Hamburg (1974), Miller (1983) e Vieira da Silva (1990) também encontram em seus trabalhos doentes crônicos que enfrentam perdas no relacionamento sexual.

A atividade sexual futura costuma preocupar a maioria dos pacientes, desde as fases iniciais da doença. Segundo Guedes & Feher (1981), a timidez do casal, a angústia e o receio de buscar informações sobre suas possibilidades com relação ao sexo, associados às informações raras e imprecisas fornecidas pelo médico, acabam por distanciar os cônjuges e provocar diminuição da libido.

Oliveira Junior (1986), ao pesquisar atividade sexual após infarto do miocárdio, encontrou que esses indivíduos apresentam o que ele chama: "depressão da volta ao lar", relacionada à perda da capacidade de obter gratificações com o trabalho, em suas relações interpessoais, em particular naquelas que envolvem a sexualidade. Isto ocorre porque tanto o paciente quanto seu/sua parceiro/a temem que o esforço físico do ato sexual seja nocivo e perigoso para o coração, levando-os a abster-se ou retardar o reinício das atividades sexuais.

Segundo o mesmo autor, a perda ou diminuição na potência sexual pode ser ocasionada por sentimentos de culpa ou ansiedade, nos casos de pacientes que necessitam demonstrar sua virilidade ao seu parceiro. Além disso, problemas no relacionamento sexual e no convívio social podem levar o indivíduo a sentir-se rejeitado e a sentir ameaçada sua capacidade de ser amado (HAMBURG, 1974).

Neste aspecto, cabe ao enfermeiro contribuir para desfazer mitos ou aliviar ansiedades, desenvolvendo uma relação de cuidado humano de ajuda-confiança, como sugere Watson (1985), uma vez que a questão da atividade sexual muitas vezes está relacionada à auto-afirmação, e o exercício dessa fortalece a auto-confiança. Além disso, Silva (1994) esclarece que a prática sexual alivia tensões e angústias, e também faz as pessoas sentirem-se atraentes e desejáveis.

A quarta categoria, **o AVC como fator impeditivo para as atividades domésticas, sociais e profissionais**, está subsidiada por duas subcategorias: o impacto do AVC no desenvolvimento das atividades domésticas e dificuldades apresentadas para o desempenho das atividades sociais e profissionais. Dá realce aos prejuízos provocados pelo AVC, na execução daquelas atividades tão

essenciais e marcantes na vida da mulher, com as quais ela está profundamente familiarizada e a prática destas tem composto o seu perfil.

A primeira subcategoria, o impacto do AVC no desenvolvimento das atividades domésticas, enfoca o importante aspecto do desempenho nesses misteres da casa.

A condição crônica de saúde determina mudanças na rotina diária do indivíduo e família e que precisam ser incorporados aos seus estilos de vida. Assim, Rodrigues (1981) refere que, segundo o esquema de definição de papéis, a “obrigação da mulher” é cuidar das tarefas domésticas que lhe são socialmente definidas. Essas tarefas incluem não só cozinhar, lavar e passar roupa, limpar a casa, cuidar dos filhos, como costurar e consertar roupas para a família, prestar assistência aos parentes que moram perto, fazer “comprinhas” no comércio, resolver problemas escolares das crianças, levá-las à unidade de saúde. Dentre essas tarefas, as que elas consideram primordiais são manter a casa e a roupa do marido e dos filhos limpas, consertadas e passadas, e, especialmente, “criar os filhos”, isto é, custear seus estudos, dar-lhes uma boa educação e uma boa moral.

Portanto, com a execução desse conjunto de tarefas, sem qualquer ajuda direta, a não ser a dos filhos, isso, quando esses trabalham, implica um grande dispêndio de energia física, pois é uma atividade obrigatória, necessária e útil (para a sobrevivência da família).

Então, quando a mulher se vê incapacitada para realizar as atividades domésticas, vivencia uma crise existencial, pois os afazeres da casa são considerados essencialmente femininos. É verdade também que certo número de mulheres que, por falta de emprego, não consegue se integrar à produção social, acaba por se dedicar às tarefas domésticas.

Quando as mulheres estudadas passaram a não desempenhar efetivamente suas tarefas domésticas, essas se sentiram angustiadas, e esse sentimento era ainda mais exarcebado porque algumas delas não tinham uma ocupação definida, pois haviam levado a vida toda a cuidar da família, do lar, ou seja, dos afazeres domésticos.

Nikê falou da interferência das tarefas domésticas no trabalho de sua filha. *Agora eu não posso mais ajudar minha filha nas coisas de casa. Antes ela começava no salão cedo, porque eu fazia o almoço, cuidava da cada e das roupas.* Afrodite, em nossos encontros, lamentava a todo instante a sujeira da casa e dizia que depois que teve essa “doença ruim” não pôde mais “cuidar de sua casinha”. Atena diz que, depois que ficou doente e outras pessoas passaram a cuidar de sua casa, “tudo está se acabando, não tem mais nada no lugar”, e reclama do cuidado com suas roupas e de sua comida. Ananke menciona que sua filha e filho cuidam muito bem de tudo, mas ela tem vontade de cuidar pessoalmente dos afazeres de sua casa, arrumar seu guarda-roupas e também cuidar do marido e dos filhos. Hebe comenta que não consegue fazer tudo ainda, “não barre mais a casinha velha, não vai mais pro mato pra cortar lenha pra fazer as comida”; seu irmão é quem executa a maioria dos afazeres domésticos.

Numa situação de crise, como a que ocorre no início de uma doença crônica, pode acontecer uma desestruturação do núcleo familiar. Isto ocorre porque o doente não pode assumir seus papéis dentro da família, no trabalho e na sociedade como um todo. A constatação de que a sociedade acaba exigindo que os compromissos familiares sejam honrados leva este grupo a mover-se para preservar a sua integridade.

Segundo Helman (1994), os papéis sociais e familiares só podem ser definidos e entendidos num determinado contexto cultural. Cada cultura tem uma estrutura social que inclui o sistema familiar, o qual, por sua vez, regula o comportamento sexual e define os direitos e responsabilidades relativamente à procriação e educação dos filhos e outros papéis. Quando um membro da família adoece, o equilíbrio familiar pode ser afetado, dependendo em parte do papel que a pessoa doente desempenha na família; assim, a doença da mãe pode perturbar mais do que a do pai ou de um dos filhos, porque geralmente a mãe é que garante o apoio emocional primário a toda a família. A doença do pai, por exemplo, desestrutura a família quando ele é o único responsável pelo sustento desse grupo.

Craig & Eduards (1983) e Miller (1983) argumentam também que, ao mesmo tempo em que a família tem um acréscimo de papéis, o indivíduo doente tem perdas nos papéis, tais como perdas no emprego e na família, como em manter a disciplina

e tomar decisões. Deste modo, os autores consideram que as mudanças de papéis que ocorrem em função da condição crônica devem ser analisadas em termos de perdas e ganhos. Assim, quando o indivíduo perde papéis, isenta-se da responsabilidade, do cumprimento deles, transferindo esta responsabilidade a um componente familiar. Com isto ele se permite pedir ajuda e manter uma dependência positiva da família enquanto durar a doença.

É importante enfatizar que essa problemática é ainda mais agravante quando a pessoa acometida é a mulher, uma vez que, atualmente, a maioria das mulheres adultas é responsável pela gestão doméstica e desempenha as tarefas de mãe e esposa (esse aspecto da organização social não se modificou), desenvolvem, além disso, um trabalho extradoméstico, o qual é evidenciado a partir dos anos 1970, com dupla jornada, ou seja, a presença no trabalho doméstico familiar e no trabalho extrafamiliar, no mundo público do mercado de trabalho.

É válido salientar que os conflitos vivenciados por essas mulheres são basicamente psicossociais e representam crises e momentos decisivos, encontrados ao longo do ciclo humano da vida. Esses conflitos podem provocar uma reação de estresse que exige uma resposta de enfrentamento e a enfermagem precisa compreender os seres humanos ou clientes quando doentes, sadios ou estressados. Assim, a mulher acometida de AVC percebe-se como sendo uma pessoa fragilizada e impotente diante do afastamento de suas tarefas domésticas, necessitando mais do que nunca de respeito, dignidade, compreensão, dedicação, responsabilidade e autenticidade para que possa alcançar segurança, tranquilidade e recuperação.

Nesta perspectiva, Watson (1985) acrescenta que o cliente a ser cuidado deve ser entendido como uma pessoa a ser valorizada em si e de si, ser atendida, respeitada, zelada, compreendida e auxiliada; em geral, ser vista filosoficamente como uma pessoa com um *self* totalmente integrado e funcional.

A segunda subcategoria, dificuldades apresentadas para o desempenho das atividades sociais e profissionais, destaca o fato de que o AVC vulnerabiliza a pessoa acometida a perder amigos em razão das limitações que ela provoca, visto que para a manutenção dos contatos sociais o indivíduo depende de sua capacidade de movimentação, comunicação e da fala. No caso, a dificuldade para

manter o diálogo faz com que, com o decorrer do tempo, as pessoas percam o interesse em conversar com este indivíduo, privando-se assim de oferecer um importante estímulo intelectual e ao convívio social (MACHADO, 1995).

As dificuldades nas interações sociais aconteceram na vida das participantes pela incapacidade de se movimentar e, também, pela própria alteração nos padrões de comunicação. Quanto a Nikê, Atena e Ananke, a principal atividade social prejudicada pelo AVC está relacionada com a incapacidade de ir à missa. Afrodite ressaltou que sente muita falta de conversar com os amigos, passa a maior parte do dia sozinha e diz que sente “um pedacinho na calçada, mas entra logo pois tem muito medo dos marginais”. Ananke lamentou também não poder ir à casa da sua mãe. Já Hebe parece não sentir ter mudado tanto esse aspecto, uma vez que sua filha a leva para todos os lugares que ela deseja, especialmente à missa, ao mercado e à casa de seu compadre, pessoa que, sem dúvida, é mais ou menos de sua faixa etária e vem compartilhando, há tempos, de sua história de vida.

As incapacidades decorrentes do AVC trazem repercussões significativas à vida das mulheres pesquisadas. Strauss & Glaser (1975), ao estudarem as mudanças na qualidade de vida decorrentes de doença crônica, encontraram que o isolamento social e os contatos sociais diminuídos são os efeitos mais perniciosos da doença sobre a qualidade de vida desses indivíduos. Miller (1983) também concorda com a idéia de que a doença crônica provoca isolamento social e solidão em virtude da diminuição de energia física, baixa auto-estima e outros sentimentos desconfortáveis que podem surgir durante eventos sociais.

Hamburg (1974) considera que a separação da família priva o paciente de gratificações emocionais importantes para o enfrentamento da doença crônica, levando-o a experimentar sentimentos de depressão, solidão e saudade. Acrescenta ainda que o rompimento dos laços afetivos, quer das pessoas da família ou de amigos, é prejudicial ao restabelecimento do doente. Isto porque, frente às crises existenciais como numa situação de doença, o indivíduo necessita da presença humana e de contexto afetivo.

Segundo Beland & Passos (1979), ao sentirem-se abandonados, os pacientes se alienam, pois não são capazes de se expressar ou de enfrentar o ambiente. O

mesmo pode acontecer com o componente familiar por sentir-se inseguro, despreparado e sem força físicas para desempenhar seus papéis habituais e manter o cuidado do doente. Dependendo de sua personalidade, a pessoa pode não demonstrar interesse pelo que ocorre ao seu redor, mantendo-se no mais completo isolamento. Neste caso, optará por atividades que não exijam sua participação ou envolvimento com o ambiente mais próximo, como assistir à televisão, ouvir rádio ou ler. Com isso a pessoa evita falar e pensar sobre seus problemas.

Outro aspecto importante a ser considerado é a ruptura das atividades profissionais, enfatizadas por Afrodite, que era gari, funcionária municipal; Atena, que exercia as suas atividades como “rezadeira/curandeira/benzedeira”, e Ananke, que cuidava da mercearia situada em seu domicílio.

Neste sentido, Altschul (1977) entende que aceitar uma situação de incapacidade é difícil para o paciente e família porque requer mudanças drásticas nos hábitos de vida para promover a readaptação do incapacitado à sociedade. Em seus estudos, ele encontrou que o sustento da maioria das famílias dependia do trabalho braçal do paciente que se encontrava definitiva ou temporariamente incapacitado, alterando com isso as relações desse indivíduo na família e na comunidade. Nos casos de incapacidade permanente, a situação poderia levar a desestruturação total do núcleo familiar, ficando a família totalmente desprovida de recursos para enfrentar situação tão grave.

Na literatura, essa incapacidade para o trabalho aparece associada à perda da capacidade de locomoção ou de movimentação dos membros superiores, intolerância a atividades da vida diária, como correr, subir escadas, dirigir e o aparecimento freqüente de sinais e sintomas da doença, como dor de cabeça, tonturas, dispnéias e fraqueza (VIEIRA DA SILVA, 1990).

As dificuldades no desenvolvimento das atividades sociais e profissionais fazem com que as deusas vivenciem perdas na forma de alteração, crescimento e transição. Smeltzer e Bare (2002) alertam para o fato de que a experiência da perda é dolorosa, ameaçadora e solitária, e ela deflagra um grupo de respostas emocionais. Então, as pessoas podem hesitar entre a negação, o choque,

necessidade de alguém formam os três elementos constitutivos da solidão, interpretando-se e misturando-se. A maneira de vivenciá-los depende de quem os experimenta e do momento em que os pratica.

O mesmo autor nos avança a idéia de que a solidão pode ser vencida através da busca do encontro com outras pessoas. Nesse caso, o que se procura não é um simples relacionamento, nem mesmo simples companhia, mas, sim, que o outro seja capaz de acolher e de entender o que se passa com quem procura. E, como, sem dúvida, a aceitação e a compreensão formam os traços mais expressivos do amor verdadeiro, então podemos afirmar que, para vencer a solidão, o que o indivíduo realmente procura é ser amado pelo outro.

Fritzen (2000) enfatiza que as relações interpessoais constituem a medula da vida, pois elas formam e entretêm a nossa identidade pessoal. Em certo sentido, nos tornamos e ficamos aquilo que somos graças à atenção que nos é dispensada pelos outros. Paradoxalmente, as relações interpessoais estão na origem de nossas experiências mais felizes e, ao mesmo tempo, das nossas práticas mais dolorosas.

Nota-se, então, que as mulheres do estudo vivenciam alterações nas suas relações afetivas, tanto no ambiente familiar quanto nas relações sociais, em razão da ocorrência da doença crônica. Sob este aspecto, consideramos válido citar Erlick (1985), ao acentuar que os relacionamentos humanos são necessários, principalmente nos momentos difíceis como o da doença. O relacionamento entre o doente e sua família deve apresentar estrutura física e psíquica para poder ajudar à altura de suas necessidades.

Com efeito, as relações que se estabelecem com as pessoas representam o meio principal para situar-se diante do mundo. A felicidade de cada pessoa depende do grau de integração que consegue. Sob este prisma, Watson (1985) observa que a pessoa deve ser atendida em suas necessidades de ordem superior, nas necessidades psicossociais ou integradoras e intrapessoais-interpessoais, necessárias quando é buscado o crescimento integral de um ser.

A quinta e última categoria contempla **as necessidades espirituais da mulher acometida de AVC**, que compreende um passo fundamental na vida dos

seres, em particular da mulher, que via de regra é mais estimulada a relacionar-se com o divino.

As necessidades espirituais têm sido um assunto importante através da história da enfermagem. Nelas percebemos as expressões legítimas de fé em Deus, e notamos que constituem componentes importantes no estilo de vida de uma pessoa. Se a doença e/ou hospitalização impedem uma pessoa da prática da oração, ela pode passar a sentir que suas necessidades espirituais não estão sendo preenchidas.

Numa situação de doença que se instala abruptamente, como no caso do AVC, sendo acompanhada de muitas limitações, torna-se inevitável o indivíduo confrontar-se com situações que ele teme, como o medo do desconhecido e a incerteza quanto ao seu futuro próximo. São situações que ameaçam o controle e a habilidade que antes da doença a pessoa tinha para dirigir e conduzir sua via.

O sentimento de incômodos, perda e luto são exemplos de situações que levaram Nikê, Afrodite, Atena e Ananke a terem dúvidas sobre o curso de suas vidas e a sentir seus planos para o futuro ameaçados.

Ameaça é sentir-se na iminência de que algo pode acontecer, pondo em risco o bem-estar físico e psicológico do indivíduo. É um sentimento renunciando que algum mal pode acontecer e o indivíduo vive essa sensação de medo e mal-estar antecipadamente. É um conceito que envolve antecipação e sensação.

As necessidades espirituais das participantes ficaram evidenciadas a partir das seguintes situações; Nikê mencionou que, após o acometimento do acidente vascular, nunca mais teve a oportunidade de ir à missa, mas isso não a impediu de rezar para a Santa da qual ela era devota, conforme informa: *Sou devota de Nossa Senhora de Fátima, nunca deixei de rezar um só dia pra ela, foi ela quem me curou! Não teve quem me levasse pra missa, mas eu tenho fé em Deus que eu vou ainda.*

Afrodite relata que sente muita falta de “de tardzinha ir pra missa e pedir a nosso Senhor pela sua saúde”. Atena lamenta muito não “poder ir visitar Nossa Senhora na igreja que fica perto de sua casa”. Ananke e Hebe comentam a

necessidade de ter fé e esperança, frente ao processo de reabilitação, quando a perda, o luto e a iminência de morte fizeram parte de suas vidas.

Um indivíduo que experencia uma doença grave, além de enfrentar o desconforto e as conseqüências da própria doença, enfrenta ainda a ameaça de perder a vida. Sob esse aspecto, detecta-se o temor da possibilidade de haver outro “derrame” e a possibilidade de morrer, nas falas de Afrodite, Atena e Ananke.

Para Lipp & Rocha (1994), numa condição como a do acidente vascular cerebral, o indivíduo pode se recuperar, embora com alguma incapacidade, porém, a doença primária (aterosclerose) que provocou o acidente isquêmico, e a hipertensão representam sempre risco de vida a esses indivíduos.

Esses posicionamentos são reforçados por Stedeford (1986), ao considerar que uma pessoa que teve um derrame cerebral precisa lutar contra o fato de saber que pode ter outro ataque mais grave, e que esse poderá ser fatal.

O mesmo autor argumenta que o sofrimento com a doença e a invalidez é muito mais temido pelo paciente do que a própria morte. Ele teme o caminho de dor e de sofrimento moral e físico que deve ser percorrido até o momento da morte. A frase “morrer em agonia” parece estar gravada na mente das pessoas, motivando uma expectativa de sofrimento e dor precedendo este acontecimento.

O medo da morte é considerado natural e está presente na vida de qualquer pessoa. Ele permanece e pode manifestar-se inconscientemente, é o medo de “deixar de ser”. Segundo Stedeford (1986), ninguém gosta de perder o controle sobre a própria vida. A maioria dos indivíduos gosta de sentir que pode controlar o que está acontecendo, escolher o que fazer e quando fazer. A progressão e a gravidade da ameaça a esses papéis constitui séria ameaça à auto-estima desses indivíduos.

Em seus trabalhos, Miller (1983) e Vieira da Silva (1990) encontraram que pacientes e família sentiram-se ameaçados pela proximidade da morte e tinham receio pela vida com a progressão da doença. No acidente vascular cerebral, esta ameaça não tem relação com a progressão da doença, mas com a imprevisibilidade com que acontece e a gravidade do quadro do paciente quando da ocorrência da

lesão cerebral. Graus variados de alterações da consciência até o estado de coma podem estar presentes, levando pessoas da família e pacientes ao confronto real com a morte.

A idéia de morte é ameaçadora e geradora de ansiedade para muitas pessoas. O sentimento de morte iminente pode precipitar a experiência do luto antecipado. Nesse sentido, as pessoas que comungam este sentimento passam por um período de depressão e uma fase de esperança, o tempo todo, quando o cliente se confronta com a realidade e com a possibilidade de reabilitação.

Assim, o enfermeiro desempenha uma função muito importante, que é o fornecimento de conforto, manutenção da segurança, além de proporcionar cuidados espirituais a partir de apoiar emocionalmente o cliente, uma vez que este vivencia freqüentemente sentimentos como a dúvida, o medo, o sofrimento e desespero, pois conforme Smeltzer e Bare (2002), durante a reabilitação de uma doença crônica, o apoio espiritual pode estimular as pessoas a recuperar ou reforçar suas conexões consigo mesmas, com seus entes queridos e, com Deus ou força outra superior, para transcender o sofrimento e encontrar o significado da vida.

Os autores acrescentam ainda que a fé é considerada a base da espiritualidade, é uma crença em algo que a pessoa não consegue ver; um forte sentimento de espiritualidade e fé religiosa pode ter um impacto positivo sobre a saúde. A espiritualidade é um componente da esperança, e, sobretudo, durante a doença crônica, os clientes e suas famílias encontram, com freqüência, conforto emocional em suas tradições religiosas ou crenças espirituais.

Assim, algumas das participantes buscavam fervorosamente essa força superior através da oração, que era uma forma de reafirmar sentimentos e pensamentos. Fish e Shelly (1986) argumentam que a oração é uma conversa íntima com Deus, é o reconhecimento de nossas limitações humanas e nossa necessidade de Deus, e por isso, nos dá poder, segurança e perspectiva de vida. Acrescentam que a pessoa que sente a direção de Deus em sua vida é capaz de adaptar-se a mudanças inesperadas. Ela consegue manter a esperança mesmo quando o sistema de apoio falha.

Vale citar, neste momento, Tillich (1991), o qual menciona que a fé não é uma opinião, mas um estado. É um estado de ser apoderado pela potência de ser que transcende tudo o que é; tomado por esta potência, a pessoa é capaz de afirmar-se porque sabe que está afirmada pela potência de ser-em-si.

As participantes da pesquisa são mulheres encorajadas que enfrentam a realidade de acordo com suas percepções e apego à religiosidade. Parece que a maneira de se apegar a Deus facilita a apreensão de forças e coragem para expandir as reflexões e dar novos significados às experiências inesperadas, mas existenciais.

É possível perceber que a presença da doença intensifica a busca de Deus, o que pode ser considerado um fenômeno natural decorrente da necessidade de proteção, recompensa e autoconservação, momento em que o enfermeiro interage com a pessoa, cuidando das suas necessidades espirituais.

Boff (2002), discorrendo sobre a importância do cuidado espiritual, assinala que cuidar do espírito significa cuidar dos valores que dão rumo à nossa vida e às significações que geram esperança para além de nossa morte. Implica colocar os compromissos éticos acima dos interesses pessoais ou coletivos. Demanda alimentar a brasa interior da contemplação e da oração, para que nunca se apague. Significa, especialmente, cuidar da espiritualidade, experienciando Deus em tudo e permitindo seu permanente nascer e renascer no coração. Então poderemos nos preparar, com serenidade e jovialidade, para a derradeira travessia e para o grande encontro, no caso, a travessia para a vida eterna e, conseqüentemente, o encontro com o Pai Eterno, que é Deus.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*... E o fim de nossa viagem será chegar ao lugar de onde partimos.
E conhece-lo, então, pela primeira vez.*

T. S. ELIOT

Ao refletir sobre os resultados desta pesquisa, sentimos que esta desvendou um emaranhado de sentimentos com os quais as mulheres com incapacidades decorrentes do acidente vascular cerebral vivenciam. Pensamos que tais sentimentos decorrem, por um lado, da submissão na estrutura de ser mulher; por outro lado, o envolvimento do eu, num implexo de dificuldades conflitantes que deixam a mulher insegura e com dúvidas em relação ao seu contexto vida-saúde. Mesmo assim, a mulher consegue enfrentar corajosamente difíceis situações, em determinadas ocasiões.

Conviver com o contexto situacional de Nikê, Afrodite, Atena, Ananke e Hebe, durante o processo de reabilitação do AVC, nos causou muitas reflexões e indagações sobre as repercussões dessa doença crônica no cotidiano dessas mulheres. Essa convivência faz-nos crer que o início da doença pode ser tão angustiante para a família quanto para a pessoa com AVC. A incerteza quanto ao próprio futuro, o medo da ocorrência de um novo acidente vascular e da morte, da dependência, o sentimento de estar incomodando os outros, são situações difíceis e comuns que estas mulheres enfrentam após o acometimento do AVC.

Percebemos que, numa situação crônica, essas pessoas experienciaram uma sensação de que algo está errado em sua vida física, emocional e social. Diversas emoções e sensações físicas desagradáveis podem ser provocadas pelo impacto das incapacidades no cotidiano das pessoas, determinando um novo rumo ao decurso de viver e ser saudável. Este processo é influenciado por variáveis biológicas, psicológicas e sociais, que podem se alterar nas dimensões, tempo e espaço, bem como pelo significado que o indivíduo atribui a esta experiência, que, por sua vez, depende da orientação de vida, forças e necessidades.

Nota-se que, uma vez instalado o adoecimento, torna-se necessária a intervenção profissional, para que a família reaja, adapte-se e juntos possam ajustar-se ou superar estes momentos vividos, fazendo desses encontros consigo mesmo e com os outros, para crescerem e viverem a vida plenamente. Sabe-se, portanto, que, quando a pessoa que necessita de cuidados apresenta incapacidades funcionais ou sensoriais, como a mulher com AVC, deve-se preocupar tanto com a promoção de sua saúde quanto com a prevenção de doenças, que está diretamente relacionada a aspectos referentes ao ambiente físico no sentido de evitar os acidentes. Outros aspectos importantes referem-se aos hábitos pessoais de saúde, incentivo ao desenvolvimento das potencialidades e estimulação de atividade afetiva.

Ficou claro que as principais mudanças ocorridas no cotidiano destas referem-se às dificuldades de movimentação, comunicação, alimentação e visão, o que indica também que o acidente vascular cerebral afeta particularmente a qualidade de vida dos indivíduos em função das incapacidades instaladas, particularmente àqueles que se referem aos desconfortos físicos e à situação de dependência da pessoa com AVC.

Foi perceptível pelas mulheres estudadas o fato de que a convivência com uma doença crônica as torna incapazes de realizar facilmente as atividades da vida diária, especialmente aquelas relacionadas ao seu autocuidado, como a capacidade de banhar-se, vestir-se, alimentar-se e também desenvolver as suas atividades cotidianas.

Quando recordamos as necessidades desencadeadas pelas alterações na auto-imagem e na auto-estima da mulher acometida de acidente vascular cerebral, sentimos que a maioria das alterações ocorridas com elas está relacionada às diferentes limitações ou perdas funcionais que influenciam diretamente na auto-estima destas, em razão das às suas reações emocionais diante destas modificações, determinando uma situação de dependência, a qual pode exceder a capacidade de enfrentamento dessas mulheres e provocar verdadeiras crises existenciais, marcadas pelo desespero, sentimento total de inutilidade, de desejo de morrer.

Sabe-se, portanto, que o retorno do paciente ao lar após a reabilitação está sempre permeada de muita ansiedade, uma vez que o cuidador/familiar pode se sentir inseguro para realizar determinados cuidados, o que o leva, algumas vezes, a não assumir tal responsabilidade, proporcionando a pessoa a ser cuidada sentimentos de abandono e invalidez.

O período da reabilitação do AVC se nos apresentou carregado de emoções e resistências, expressas por via de sentimentos de rejeição, tristeza, ansiedade, angústia, desconfiança e solidão que, de certa forma traduzem o significado atribuído por elas ao conjunto de circunstâncias vivenciadas naquele momento.

Reverendo a complexa caminhada na reabilitação, sentimos que, quando a mulher se vê incapacitada de realizar as atividades domésticas, vivencia uma crise existencial, sentindo-se angustiada, e esse sentimento era ainda mais exacerbado porque algumas delas não tinham uma ocupação definida, e levaram a vida toda a cuidar da família, do lar, ou seja, dos afazeres domésticos. Foi notada também a dificuldade nas interações sociais, evidenciada pela incapacidade de se movimentar e, também, pela própria alteração nos padrões de comunicação. Neste sentido, é importante enfatizar também a ruptura das atividades profissionais.

Notamos que, quando uma situação de doença se instala inesperadamente, como no caso do AVC, sendo acompanhada de muitas limitações, torna-se inevitável o indivíduo confrontar-se com situações que ele teme, como o medo do desconhecido e a incerteza quanto ao seu futuro próximo. São situações que ameaçam o controle e a habilidade que antes da doença o indivíduo tinha para dirigir e conduzir sua vida. Esse contexto situacional foi vivenciado pelas mulheres Nikê, Atena, Afrodite, Ananke e Hebe.

Assim, as ações de saúde visam a ajudar as pessoas com AVC a criar uma consciência de seu poder e sabedoria, mediante a busca de objetivos relevantes, tais como: dar realce às suas forças, dar tempo para recuperar-se dos estados de transição, incentivar o enfrentamento de certas limitações físicas e perdas, reconhecer a necessidade de períodos de repouso, estimular a confiança na sabedoria e na maturidade.

Diante desse contexto, torna-se importante enfatizar que as participantes do estudo, demandam necessidades de aprendizagem, especialmente no âmbito das atividades da vida diária, profissionais e sociais.

Neste contexto, as histórias das participantes fazem-nos ciente de que as incapacidades decorrentes do acidente vascular cerebral repercutem de forma significativa na vida de cada mulher. Portanto, refletindo sobre esta caminhada, reconhecemos que esta pesquisa não pretendeu esgotar a complexidade da problemática que o AVC evidencia na vida dessas pessoas que vivenciam a experiência de ser MULHER acometida de AVC.

Consideramos ainda, que esta proposta engloba uma forma de cuidar transpessoal, aplicável ao contexto domiciliar, visto não ser possível trabalhar neste contexto reproduzindo meros padrões, normas e rotinas empregadas em outros contextos. Devemos atentar para o fato de que cada casa, cada família, cada indivíduo e seus significantes são únicos. Por conseguinte, cada novo contato é singular, assim como cada adentrar uma casa, uma família e seus componentes. Não existe nada pronto. Esta proposição busca - ao respeitar essa singularidade e especificidade e ao estarmos realmente interessada em prestar atenção às diferenças e ao mesmo tempo a algumas semelhanças - levar-nos a perceber que cuidar em enfermagem é mais do que meramente procedimentos, que são importantes, mas que cuidar-cuidado realizado pelo enfermeiro é aquele que ocorre quando ele utiliza seu “*self*” e considera o do outro, vendo-o mais do que como ser somente “biologizado”, mas um ser apreciado em todas as dimensões humanas, uma vez que o cuidado é transmitido diretamente da compreensão interna do enfermeiro para com o ser cuidado por ele. Portanto, consideramos que este estudo traz ricas contribuições para a assistência, o ensino e o saber da enfermagem.

▪ **PARA A ASSISTÊNCIA**

Assim sendo, podemos dizer que esta pesquisa:

- oferece referencial a ser utilizado dentro do contexto domiciliar, ainda pouco explorado em nossa realidade, possibilitando a avaliação da sua aplicabilidade na assistência à saúde das pessoas.

- compõe uma abordagem transpessoal, que oferece subsídios para maior aproximação entre o enfermeiro, o cliente e sua família, na relação de cuidar-cuidado.
- possibilita a aplicação de uma metodologia da prática de cuidar entre o cliente, a família e o enfermeiro, no contexto domiciliar.
- levanta a necessidade de um maior aprofundamento nas questões de relacionamentos interpessoais, intrapessoais e transpessoais, pois torna claras as deficiências.

▪ **PARA O ENSINO**

Neste campo, o trabalho oferece subsídios no sentido de:

- poder colaborar para a discussão, aplicação imediata e desenvolvimento nos conteúdos dos currículos de graduação e pós-graduação em Enfermagem, sobre o cuidar-cuidado, acerca do contexto domiciliar e em relação ao indivíduo com alterações em suas condições de saúde-doença e em suas relações familiares.
- colaborar no desenvolvimento de marcos referenciais próprios da enfermagem que guiem os professores no ensino da especialidade.
- permitir aos alunos dos cursos de graduação e Pós-graduação o conhecimento da aplicação de marco referencial na prática da enfermagem domiciliar.
- levantar a necessidade nos programas de formação de pessoal de enfermagem, da inclusão de temáticas relativas a cuidar de forma transpessoal e cuidar no domicílio.

▪ **PARA O SABER EM ENFERMAGEM**

Consideramos que este trabalho abre horizontes próprios ao estímulo e desenvolvimento da pesquisa, uma vez que:

- contribui para o saber em enfermagem, ao desenvolver conhecimentos relacionados a uma forma inovadora de atuação na prática, pois concebe uma

modalidade de processo de cuidar do paciente e pessoas da família em domicílio, com a conotação existencial-fenomenológica.

- Busca uma solução prática e inovadora de cuidar que necessita ser testada exaustivamente, tanto no contexto domiciliar quanto em outros meios.
- Apresenta uma forma de estudo ainda pouco utilizada na enfermagem, servindo como exemplo de estudo metodológico, dentro de uma abordagem qualitativa e como referencial a investigações que envolvem a relação transpessoal.

Precisa-se, então, investir em cuidar com responsabilidade, utilizando o conhecimento atual e buscando a descoberta do novo. É preciso o compromisso e para além do aqui-e-agora, mas é necessário, também, a serenidade para o aprofundamento em temáticas atuais do aqui-e-agora, o qual é somente um instante. Trabalhar na enfermagem é cuidar e cuidar é viver o ritmo da vida em toda a sua plenitude.

9 REFERÊNCIAS

- AIELLO-TOFOLO, T. M. J. A. **O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de Representações Sociais: Projeção e Transicionalidade.** In: CONGRESSO GAÚCHO DE PSQUIATRIA, 1., Gramado. Anais... Gramado, 1991.
- ALTSCHUL, A. **A psicologia na enfermagem.** Portugal: Europa América, 1977, 336p.
- ALVES, M. D. S. **Mulher e Saúde – representações sociais no ciclo vital.** Fortaleza: Pós-graduação/DENF/UFC/Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.
- ALVES, Branca Moreira & PITANGUY, Jacqueline. **O que é Feminismo.** Col. Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- ANDRADE, L. O. M. de, et al. **SANARE – Revista sobralense de políticas públicas.** Ano I, n. 1. Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 1999.
- ANDRÉ, Charles. **Manual de AVC.** Rio de Janeiro: Revinter, 1999. 159p.
- ARAÚJO, A.C. **Acidente Vascular Cerebral – análise dos fatores de risco na região norte do Ceará.** Sobral, 2002. Monografia (Graduação) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.
- ARIAS, María. **A Libertação da Mulher.** Rio de Janeiro: Salvat, 1979.
- ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. **Fundamentos de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- BALBO, L. Relações de gênero. In: OLIVEIRA, E. M. **A mulher, a sexualidade e o trabalho.** São Paulo: Hucitec, 1999. 158p.
- BARBIERE, T. Sobre a categoria gênero: uma introdução teórico-metodológico. **Revista Interamericana de Sociologia**, VI (2-3), México, 1992. Traduzido por SOS-Corpo, Recife, 1993.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1976. 226p.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 196/96. Decreto N° 93.9333 de janeiro de 1987. **Estabelece critério sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Bioética, v.4, n.2, supl. 1996.

BELAND, I.; PASSOS, J. A Enfermagem na reabilitação. In: **Enfermagem Clínica**. 3. ed., São Paulo: EDU/EDUSP, v. 3, p. 155-179, 1979.

BERLINGUER, G. **Questões de Vida – Ética, Ciência e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1978. p. 19-106.

BIRDWHISTELL, R. L. A Comunicação Não-Verbal. In: SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem Remédio: A Comunicação das Relações Interpessoais em Saúde**. São Paulo: Gente, 2002. p.46.

BLEGER, J. **Temas de Psicologia**. Buenos Aires: Nueva Vision, 1977.

BURCKHARDT, C.S. Coping strategies of chronically ill. **Nurs. Clinic of North. Am. USA**, v.22, n.3, p. 543-550, sep., 1987.

BYERLY, E. L. The nurse – researcher as participant observer in a nursing leteng. **Nursing Research**. New York, v. 14, n. 3, p. 230 – 236, 1968.

BYERS, V. et al. Predictive risk factors associated with stroke patient falls in acute care settings. **J Neurosci Nurs**. 1990 Jun; 22(3): 147-154.

CALDAS, C. P. **A Saúde do Idoso: A arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Editora Vevy, 1998. 212p.

CAMARGO, C.A. O paciente de acidente vascular cerebral e os aspectos de enfermagem em reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Distrito Federal, n.28, p. 35-42, 1975.

_____. O paciente de acidente vascular cerebral e os aspectos de enfermagem em reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Distrito Federal, n. 28, p. 35-42, 1975.

CARPENITO, L. **Manual de Diagnósticos em Enfermagem**. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CARVALHO, Zuila Maria de Figueiredo. Reflexão Acerca do Ensinar e do Cuidar da Pessoa com Doença Vascular Cerebral. In: **Transtornos Vitais no Fim do Século XX: Diabetes Mellitus, Doenças Cardiovasculares, AIDS, Tuberculose e Hanseníase**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

CHODOROVOW, N. **The reproduction of mothering**. Stanford: The University of California Press, 1978.

COLLIÉRE, Marie F. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989, 385 p.

COHN, A. et al. Processo de Organização do Trabalho. In: CHAGAS, Maristela Inês Osawa. **Gravidez e Trabalho: Alegria e Sofrimento**. Sobral: Edições UVA, 2001.

COMARÚ, M.N. Paciente hospitalizado: atuação da enfermeira na prevenção de limitações físicas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Distrito Federal, n. 33, p. 173-189, 1975.

CRAIG, H.M.; E.M.; EDWARDS, J.E. Adaption in chroni illness: an eclectic model for nurse. **J. Adv. Nurs. USA**, N.8, P.397-404, 1983.

CUNHA, I. C. K. O. **Organização de serviços da assistência domiciliar de enfermagem**. São Paulo, 1991. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

DANIEL, Liliana Felcher. **A Enfermagem Planejada**. 2. ed. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.

DAS GRAÇAS, E.M. O ensino e a prática da reabilitação motora e da comunicação verbal em hospitais gerais: estudo comparativo entre enfermeiros de ensino e serviço. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.6, n.1, p.115-124, Jan. 1985.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho – Estudo de Psicopatologia do Trabalho**. São Paulo: Cortez – Oboré, 1987. p. 9-19.

DOMINGUEZ, Oscar. Atención de enfermeria a domicilio. **Bol. Hospi.**, Viña Del Mar, v.45. n 1-2, p. 26-30, 1989.

DONNISON, L. A Mulher Oprimida. In: LIMA, Maria Regina Loureiro de Barros. **A Inserção da Mulher no Mercado de Trabalho**. Maceió: UFA – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes – Departamento de Ciências Sociais, 1987.

DU GAS, B. M. J. Necessidades de segurança e auto-estima. In: **Enfermagem Prática** 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. cap. 27, p. 507-529.

ERLICK, David. Relacionamento humano e medicina. **Hospital Moderno**, v.2, p. 6-7, 1985.

FEATHER, B. L., WAINSTOCK, J. M. Perceptions of post mastectomy patients. Partte I. The relationships between social suport and network prociders. **Cancer nursing**, v.12, n° 5, p. 293-300, 1989.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; CARVALHO, Vilma de. **O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

FISH, S., SHELLY, J. A. **Cuidado espiritual do paciente**. São Paulo: União médica Hospitalar Evangélica, 1986. 180p.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do Saber**. Petrópolis: Vozes, 1971, p. 29-79.

FRITZEN, S. J. **Relações humanas interpessoais – nas convivências grupais e comunitárias**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. 147p.

GAGLIARDI, R.J. Prevenção de Doenças Cerebrovasculares. In: MELO-SOUSA, S. E. **Tratamento das Doenças Neurológicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000 cap. 33 p. 90-92.

GELAIN, Ivo. **Deontologia e enfermagem**. 3 ed. São Paulo: Pedagogia e Universitária, 1998.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206p.

GUEDES, Maria do Carmo M. de Sá, FEHER, Josef. Atividade sexual no coronariopata. Tabu ou falta de informação. **Arq. Bras. De Cardiol**. São Paulo, v.37, n.5, p.347-348, nov. 1981.

GUELLER, Rodolfo F. **Grande Tratado de Enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Brasileira, 1990. Cap. 6, p. 111 – 430.

- GRESHAM, G.E., et al. **Clinical Neurology on CD-ROM**. Hagerstown, Lippincott-Raven Publishers. 1997; vol. 4, ch. 68.
- HAACK, Alfred W. **O Teste das Cores de Lüscher**. Trad. Edmond Jorge. Rio de Janeiro: Renes, 1969.
- HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- HAMBURG, D.A. A perspective on coping behavior. **Arch. Gen Psychiat**, v.17, sep, 1967.
- HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, 333p.
- _____, Psychopathologie du travail et division sexuelle: convergences et differences. In: Dejours, c. (dir.) **Plaisir et souffrance dans le travail**, tome II. Paris: Édition de l'AOCIP, 1988-1993, p. 16-20.
- HOLLIS, James. **Rastreando os deuses**. *O lugar do mito na vida moderna*, Coleção Amor e Psique, São Paulo, Paulus, 1997.
- JEERAKATHIL, T.J., MD e P. A. WOLF, M.D. Prevenção de Acidentes Vasculares. In: São Paulo. **Revista Current Atherosclerosis reports** Brasil. Vol.01.nº.03. novembro 2001.
- KERGOAT, D. Em defesa de uma sociologia das relações sociais – da análise crítica das categorias dominantes à elaboração de uma nova conceituação. In: **O sexo do trabalho**. Rio de Janeiro: paz e Terra, 1987, p. 69-94.
- _____. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: Lopes, L.M.J.; Meyer, E.D. & Waldow, R.V. (org.) **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p.19-27
- KOIZUME, M.S. Comunicação com o paciente afásico: relato de experiências. **Enfermagem em Nova Dimensão**, São Paulo, v.1, n.4, p.203-208, 1975.
- KONOPKA, L. M. **Interação paciente – família – equipe de enfermagem: uma proposta humanizadora**. Curitiba, 2000. Monografia (Especialização) – Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Paraná.

LACERDA, M. R. **Cuidado transpessoal de Enfermagem no contexto domiciliar**. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

_____. **Internamento / cuidado domiciliar**: uma experiência de sucesso; Curso proferido no 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Florianópolis, 2 nov. 1999.

_____. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar. **Cogitare Enferm.**, v. 2, n.1, p. 44 – 49, jan./jun. 1997.

_____. Metodologia para o cuidado domiciliar de Enfermagem. In: WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. (org.). **Metodologias para a Assistência de Enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001. 184p.

LACY, Marie Louise. **O poder das cores no equilíbrio dos ambientes**. São Paulo: Pensamento, 2002.

LAMBERT, C.E.; LAMBERT, V.A. Psychosocial impacts created by chronic illness. **Nurs. Clin. Of North. Am USA**, v.22, n.3, p. 527-533, sep. 1987.

LAROCCA, L. M.; MAZZA, V. A. A comunicação permeando a metodologia da assistência de enfermagem. In: WESTPHALEN, M. E. A.; CARRARO, T. E. (org.). **Metodologias para a Assistência de Enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB, 2001. 184p.

LAURELL, A.C. A saúde doença como processo social. In: NUNES, E.D. (org.). **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.

LAURENTINI, R. Mortalidade por hipertensão arterial como causa básica. **Ciência e cultura**. v. 35, n. 11, p. 1637 – 1641, nov. 1983.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias de Enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-livro.1999.

LESSA, I. **Epidemiologia das Doenças Cerebrovasculares no Brasil**. Disponível em: www.socesp.com.br Acessado em 27.04.02

_____. O declínio das doenças cardio-vasculares como causa de morte. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.20, n.5, p. 339-340, outubro, 1996.

- LIMA, Maria Regina Loureiro de Barros. **A Inserção da Mulher no Mercado de Trabalho**. Maceió: UFA – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes – Departamento de Ciências Sociais, 1987.
- LIMA, Maria José de. **O que é Enfermagem**. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- LIPP, Marialda Novaes; ROCHA, João Carlos. **Estresse, hipertensão arterial e qualidade de vida**. Campinas: Papyrus, 1994, 130p.
- LÜDKE, Menga, ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- MACHADO, H. B. Enfrentando a condição crônica de saúde após o acidente vascular cerebral – um estudo de caso. Florianópolis, 1995. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.
- MARCONDES, M. et al. **Clínica médica: propedêutica e fisiopatologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan, 1983. p.952
- MC DERMOTT, W.; BEESON, P.B. **Tratado de medicina**. 14 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, v.1, p. 834-864, p. 1024, 1977.
- MICHEL, André. **O Feminismo – Uma Abordagem Histórica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. p. 12.
- MILLER, J.F. **coping with chronic illness-overcoming power lenness**, Pliladelphia: F.A Davis Company, 1983, p. 15-36.
- MIRA Y LOPEZ, E. **Quatro gigantes da alma – o medo – a ira – o amor – o dever**. 13 ed. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1988. p. 09-71.
- MIYADAHIRA, A. M. K. et al. Regulação neurológica: assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** São Paulo, v. 4, n. 3, p. 99 – 104, jul/set, 1984.
- NADER, M.B. **Mulher: destino biológico ao destino social**. Vitória: Edufes, 1997.
- NASH, R. **Um esboço da vida de Florence Nightingale**. Trad. Virgínia Maluf. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1980 (mimeo).
- NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 323-326.

- NEVES, T. A et al. O papel do(a) enfermeiro(a) do trabalho na reinserção social da pessoa com deficiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio Grande do Sul, n.35, p.192-199, 1982.
- NICOLAU *et al*, Fatores determinantes da instabilidade de placas em coronariopatas hipertensos. **Revista Brasileira de Hipertensão** v.6.n.1 pág. 32-37 janeiro/março de 1999.
- NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem: o que é o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.
- NYAMATHI, A.M. Comprehensive health seeking and coping paradigm. **Journal of Advanced Nursing**. n.14, p. 281-290, 1989.
- OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. **A Mulher, a Sexualidade e o Trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1999. 158 p.
- OLIVEIRA, Eliany Nazaré. **Saúde Mental e Mulheres: Sobrevivência, Sofrimento e Dependência Química Lícita**. Sobral: Edições UVA, 2000.
- OSTROWER, Fayga. **Universos da Arte**. Rio de Janeiro: Campus, 1983. p. 234-254.
- PAIXÃO, W. **História da Enfermagem**. 5.ed.Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livr., 1979.
- PAGANINI, Maria Cristina. **Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas**. Curitiba, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná.
- PAGNAMENTA, Neereshf. Cromoterapia para crianças. **O caminho da cura**. São Paulo: Madras Editora, 1998.
- PARSE, R.R.; COYNE, A.B.; SMITH, M.J. **Nursing research: qualitative methods**. Maryland: A Prentice-Hill publishing Company, 1988. 207p.
- PAVALQUEIRES, S. et al. Ética na enfermagem. In: **Anais do Seminário Internacional de Filosofia e Saúde**, 1. 1994, Florianópolis: UFSC, 1995. p. 160 – 168.
- PEREIRA, Rubens Mattos. “Alma Ata Revisitada depois de 20 Anos”. **Saúde Comunitária**. Ano 3, n. 12. Jan/fev, 1999. p. 6.

- PERROT, M. **Os Excluídos da História: Operários, Mulheres, Prisioneiros**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. p. 167-233.
- POLIT, D. F., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- PONTE FILHO, A. P. **A Influência das Doenças na hipertensão arterial**. Campina Grande: Universidade Estadual de Campina Grande, 2001.
- POPPER, Karl. **A lógica da investigação científica**. São Paulo: Abril, 1995 (Os pensadores, 44).
- POTTER, Patrícia A., PERRY, Anne G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática-Clinica e Prática Hospitalar**. São Paulo: Tempo, 1996.
- RADANOVIC, M. Características do Atendimento de Pacientes com Acidente Vascular Cerebral em Hospital Secundário. **Arquivos de Neuro-psiquiatria** v.58 n.1 São Paulo mar. 2000 (SciELO)
- RANDÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando**. Santa Catarina: AB, 1999.
- RODRIGUES, L. M. **Trabalho e Cultura no Brasil**. Recife: CNPq/ ANPPCS, 1981. 410p.
- RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O Método de Análise de Conteúdo**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.
- ROGERS, Martha E. Nursing science and art: a prospective. **Nurs. Sei. Q.**, Pittsburgh, v.1, n.3, p.99 – 102, 1988.
- ROGERS, Carl R.; ROSENBERG, Rachel L. **A pessoa como centro**. São Paulo: E.P.U., 1977.
- ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- RUBIN, G. O. Tráfego de mulheres: noa sobre a “economia política do sexo”. In: Reiter, Rayana (ed.) **Towards na Anthropology of Woman**. Nova York: Columbia Up, 1979. Traduzido no Brasil. Recife: SOS-Corpo, 1993, p. 3-5, 14-20.
- RUDLO, F. V. **Compreensão humana e ajuda ao outro**. Petrópolis: Vozes, 1991.
- SAFFIOTI, H. I.B.; VARGAS, M.M. **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

SAMPAIO, José Jackson Coelho Sampaio, RUIZ Erasmo Miessa, BORSOI, Izabel Cristina Ferreira. **Trabalho, Saúde e Subjetividade**. Fortaleza: Ed. INESP/EDUECE, 1999.

SAMPAIO, T.M.M. **O Não-Verbal na Comunicação Pedagógica**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

SANFORD, John A. **Destino, Amor e Êxtase - A Sabedoria das Deusas Menos Conhecidas**, Paulus, 1999.

SANTOS, V.L.C.G. et al. Assistência em reabilitação: um processo marcado por deficiências. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.11, n.2, p.5-11, jul, 1980.

SARAIVA, Sylvio. Acidentes vasculares cerebrais. **Jornal Brasileiro de Medicina**. São Paulo, v.41, n.5, p.53 - 62, novembro, 1981.

SARTER, Bárbara. Philosophical sources of nursing theory. **Nurs. Sei. Q.**, Pittsburgh, v.1, n.2, p.52 - 59, 1988.

SCOTT, J. Histórias das mulheres. In: BURKE, Peter (org.) **A escrita da história – novas perspectivas**. São Paulo: editora Unesp, 1992, p. 63-96.

_____. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: **Gender and the Politics of History**. Nova York: Columbia University Press, 1988. Tradução brasileira. Recife: SOS-Corpo, 1991, p. 5-6-14-15-16-17.

SEXTON, D.L.; MUNRO, B.H. Living with a chronic illness. The experience of women with chronic obstructive pulmonary disease. **West j. Nurs. Res. USA**, v.10, n.1, p.26-44, 1988.

STARKSTEIN, S. E. et al. **Comparasion of cortical and subcortical lesions in the production of post – stroke mood disorders**. USA: Brain, 1987.

STEDFORD, Averil. **Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com paciente terminal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986, 168p.

SHENTOUB, V. **TAT: Test de Creativite**. **Psychologie Française**, 26, 1, 66-70, 1981.

SHEKLETON, M. E. Coping with chronic respiratory difficult. **Nurs. Clin. Of North Am. USA**, v. 22, n.3, p. 569 – 581, sep, 1987.

SILVA, A.L.C. et al. O enfermeiro e o paciente em tratamento de longa duração. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Distrito Federal, n.33, p.353-364, 1980.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem Remédio: A Comunicação das Relações Interpessoais em Saúde**. São Paulo: Gente, 2002. p.46.

_____. **O amor é o caminho: maneiras de cuidar**. São Paulo: Gente, 2000.

SILVA, M. A. D. da. **Quem ama não adocece – o papel das emoções na prevenção e cura das doenças**. 2. ed. São Paulo: Best seller, 1994.

SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza: UFC, Departamento de Enfermagem, 1998. 155p.

SILVEIRA, G.X. Aspectos assistenciais de enfermagem nas necessidades de locomoção e mobilidade. **Enf. Novas Dimensões**. v.2, n.5, p.258-264, 1976.

SMELTZER, S. C., BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. v.4. p. 1417-1420.

_____. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002 v. 4. p. 1512 a 1514.

SOBRAL, SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde**. Sobral: Divisão político-administrativa, 2001.

STRAUSS, A.L.; GLASER, B.G. **Chronic illness and the quality of life**. Saint Louis: The Mosby Company, 1975.

STRINGUETO, Kátia. "Coração – Ele está em suas mãos". **Isto É**. n. 1537, março, 1999, p. 76-81.

TILLICH, P. A. **A Coragem de ser**. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991, p. 145.

TOGNOLA, A. W. Qualidade de vida após o Acidente Vascular Encéfalo In: GAGLIARDI, R. J. **Doenças cerebrovasculares: condutas**. São Paulo: Geo Gráfica, 1996 v.1, cap2.

TOMASI, N. G. S.; YAMAMOTO, R. M. **Metodologia da pesquisa em saúde – fundamentos essenciais**. Curitiba: as autoras, 1999. 98p.

TORRES, Gertrude. **Theoretical foundations of nursing**. Connecticut: Appleton – Century-Crofts, 1986.

- TRENTINI, M. et al. Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas e diabetes mellitus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.11, n.2, p.20-27, jul,1990.
- TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- VIEIRA, E. B. **Manual de Gerontologia: Um guia Teórico-Prático para Profissionais, Cuidadores e Familiares**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996, 187p.
- VIEIRA DA SILVA, D.M.G. **Desafios e enfrentamento: um modelo para a prática de enfermagem a indivíduo em condição crônica de saúde**. Florianópolis: UFSC, 1990. 153p. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 3.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.
- WARLOW, C. P. (cols.) **Stroke: a practical guide to management**. Oxford: Blackwell Science Ltda, 1997.
- WATSON, Jean. **Nursing: human science and human care**. East Norwalk: Appleton-Century-Crofts. 1985. 169p.
- _____. **The philosophy and science of caring**. Boston: Little Brown, 1979. 321p.
- _____. Watson's philosophy and theory of human caring in nursing. In: RIEHL-SISCA, Joan P. **Conceptual models for nursing practice**. 2 ed. Califórnia: Appleton & Lange, 1989, p. 219-236.
- YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**; trd. Daniel Grassi – 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- ZAGONEL, M.R. Epistemologia do cuidado humano – arte e ciência da enfermagem abstraída das idéias de Watson. **Texto e contexto Enferm.**, Florianópolis. v. 5, n. 1, p. 64 – 81, jan./jun., 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Solicito sua colaboração no sentido de participar da presente investigação. O objetivo é investigar as repercussões do AVC na atividade cotidiana da mulher.

Não detenho nenhum cargo administrativo neste município, sendo que este tomará conhecimento dos resultados quando forem publicados no relatório final, no qual estará assegurado o anonimato dos componentes da pesquisa (amostra). Os resultados desta entrevista são estritamente confidenciais e em nenhum caso acessíveis a outras pessoas.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado de forma clara e detalhada sobre objetivos e a justificativa da entrevista que responderei e, dos benefícios do presente projeto de pesquisa. Fui igualmente informado:

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida a cerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outro assuntos relacionados à investigação.
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízos a mim;
- Da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- Do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que possa afetar minha vontade de continuar participando.

A pesquisadora responsável por este projeto, Cibelly Aliny Siqueira Lima, Enfermeira Mestranda em Enfermagem Clínico-Cirúrgica pela Universidade Federal do Ceará (UFC), tendo esse documento sido revisado e aprovado.

Nome e assinatura do participante:

Assinatura da pesquisadora:

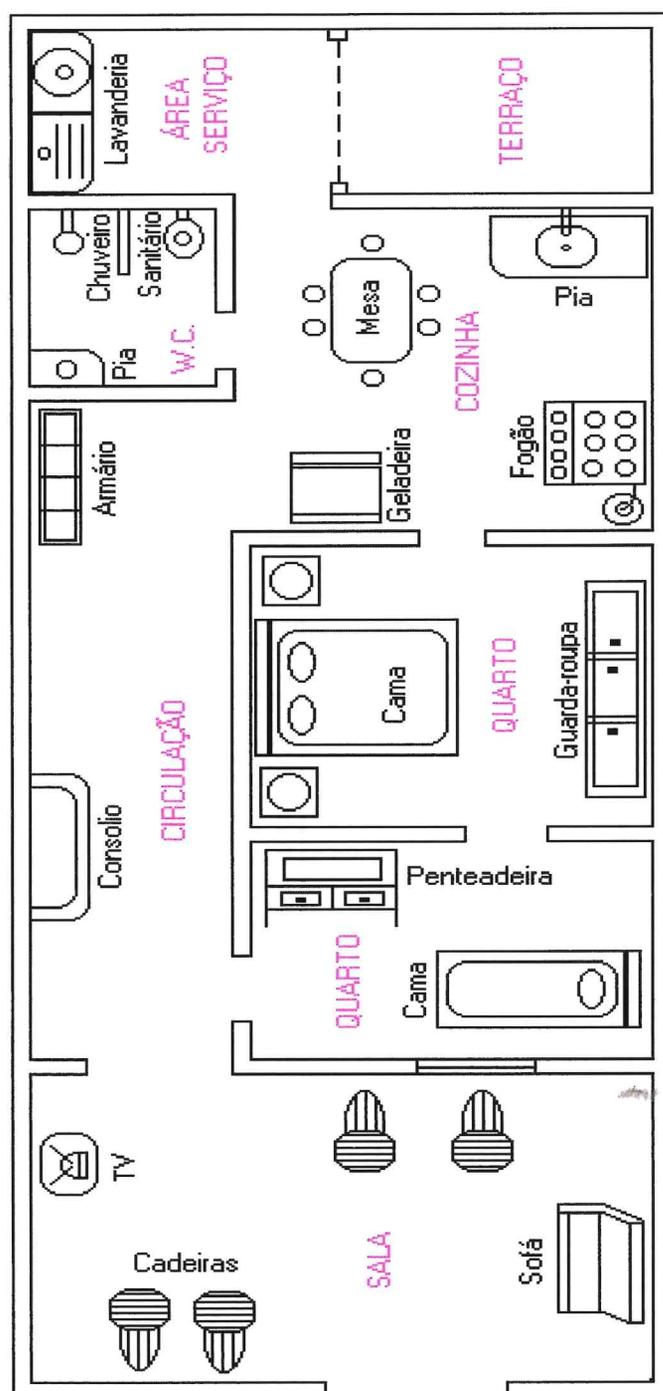
Data:

APÊNDICE B

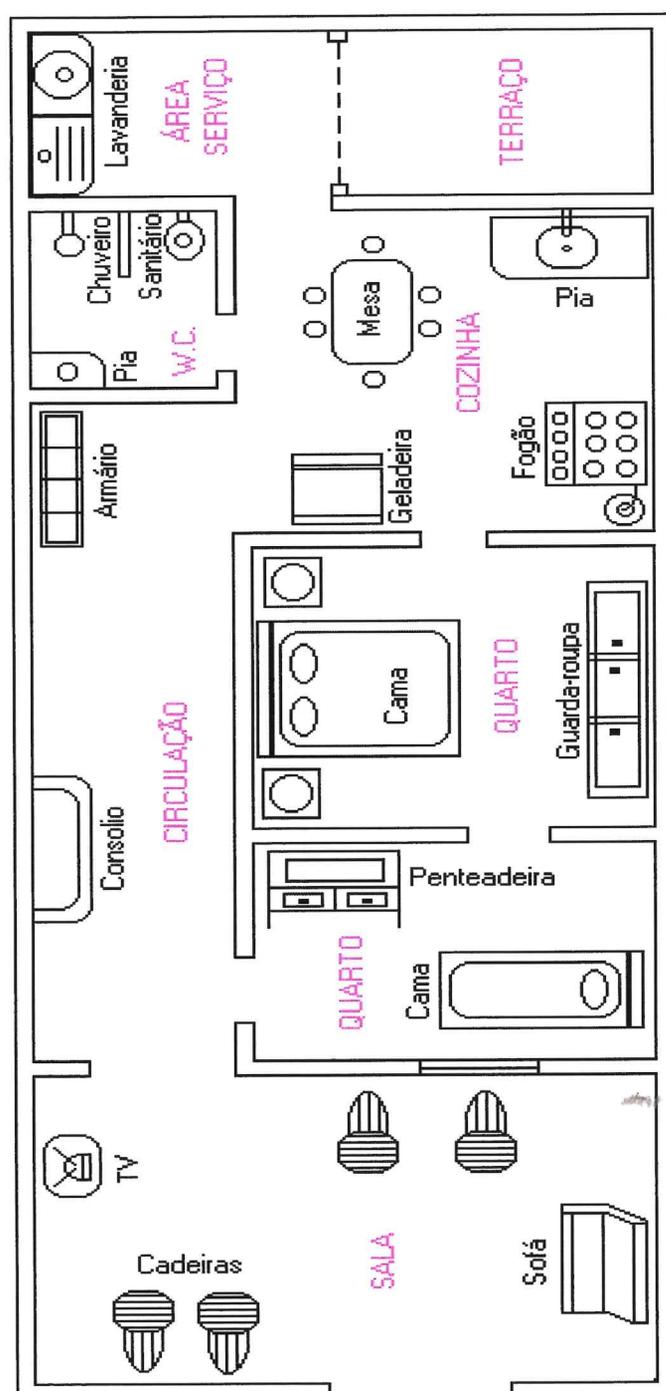
ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

- **IDENTIFICAÇÃO**
 - Nome
 - Idade
 - Ocupação
 - Estado civil
 - Escolaridade
 - Antecedentes pessoais e familiares
 - Condições socioeconômicas e sanitárias
- **PROBLEMAS ESPECÍFICOS**
 - Marcha e membro inferior
 - Movimento do membro superior
 - Espasticidade
 - Atividades domésticas e da vida diária
 - Condicionamento cardiovascular
 - Alterações esfinterianas
 - Distúrbios cognitivos, perceptivos e de comportamento
 - Linguagem, fala e deglutição
 - Atividade sexual
 - Depressão e distúrbios psiquiátricos
 - Profissão e vocação
 - Lazer e convívio social

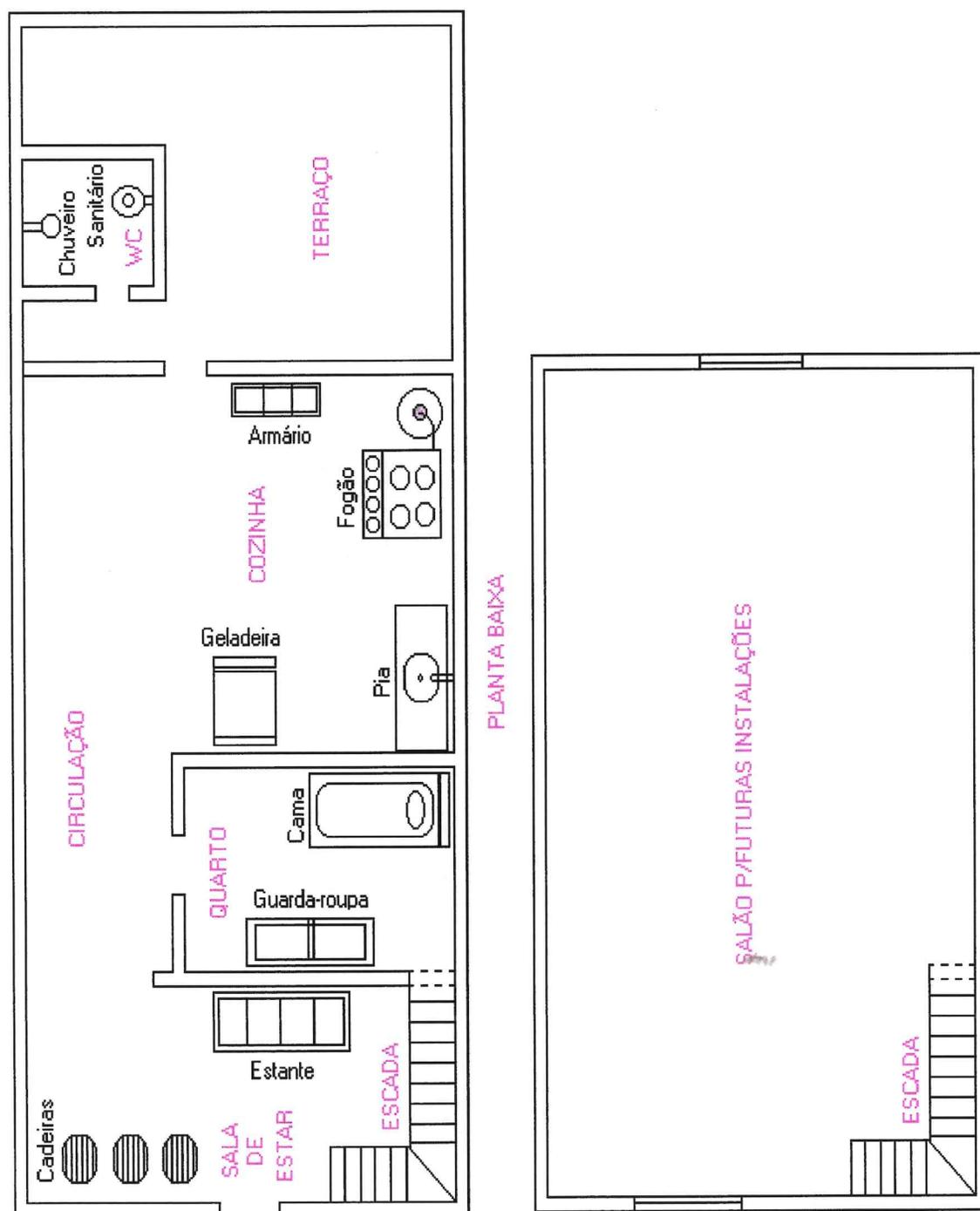
APÊNDICE C

DOMICÍLIO DE NIKÊ

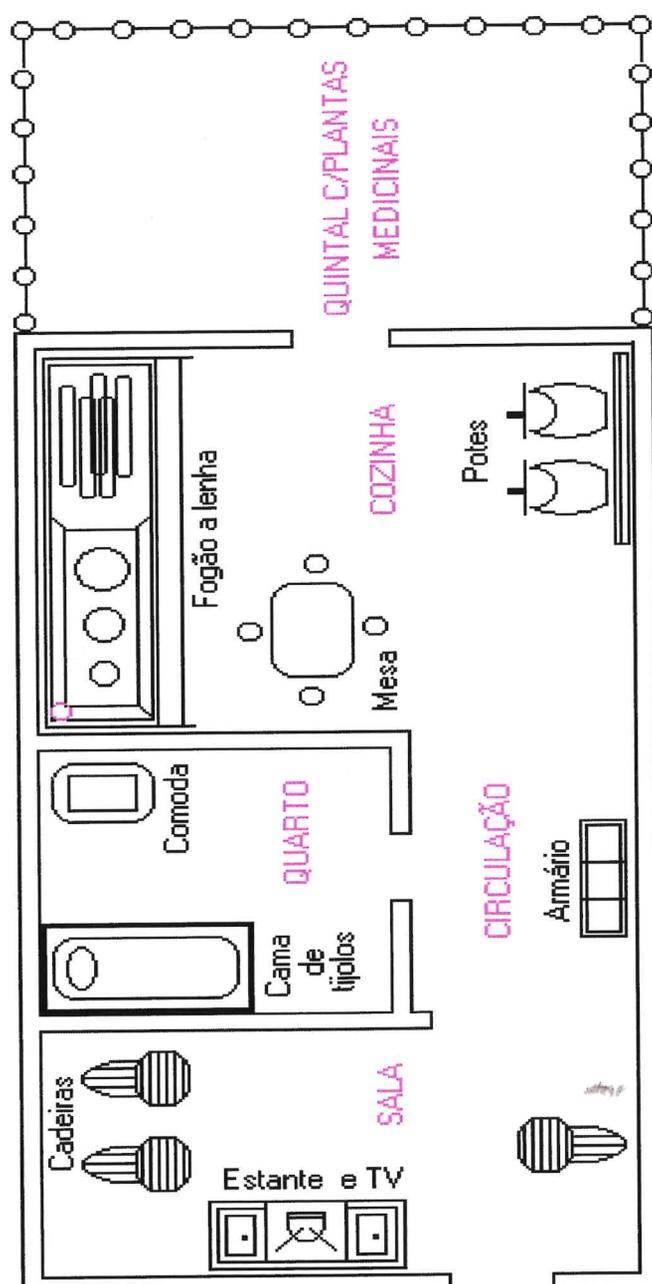
APÊNDICE C

DOMICÍLIO DE NIKÊ

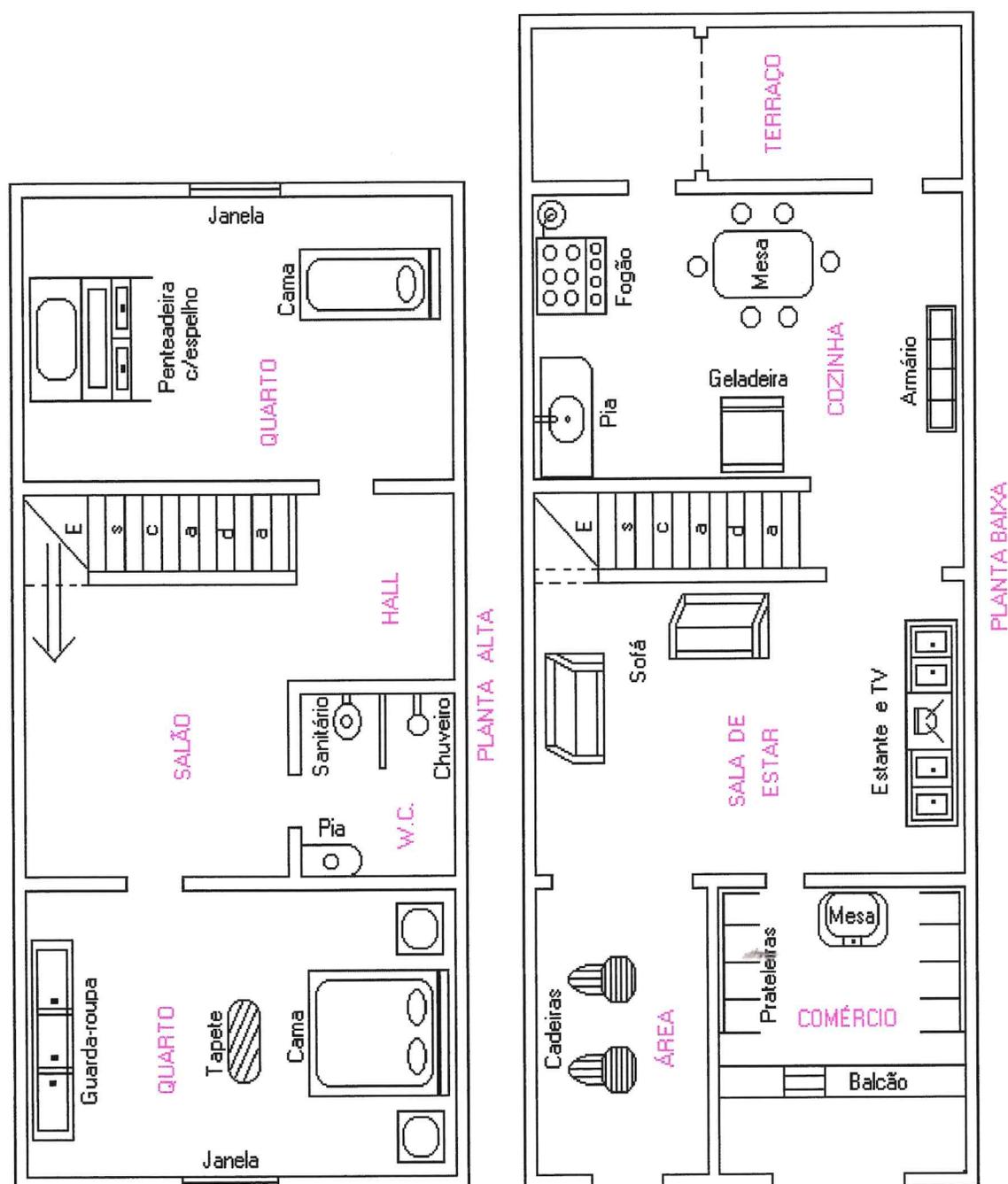
APÊNDICE D

DOMICÍLIO DE AFRODITE

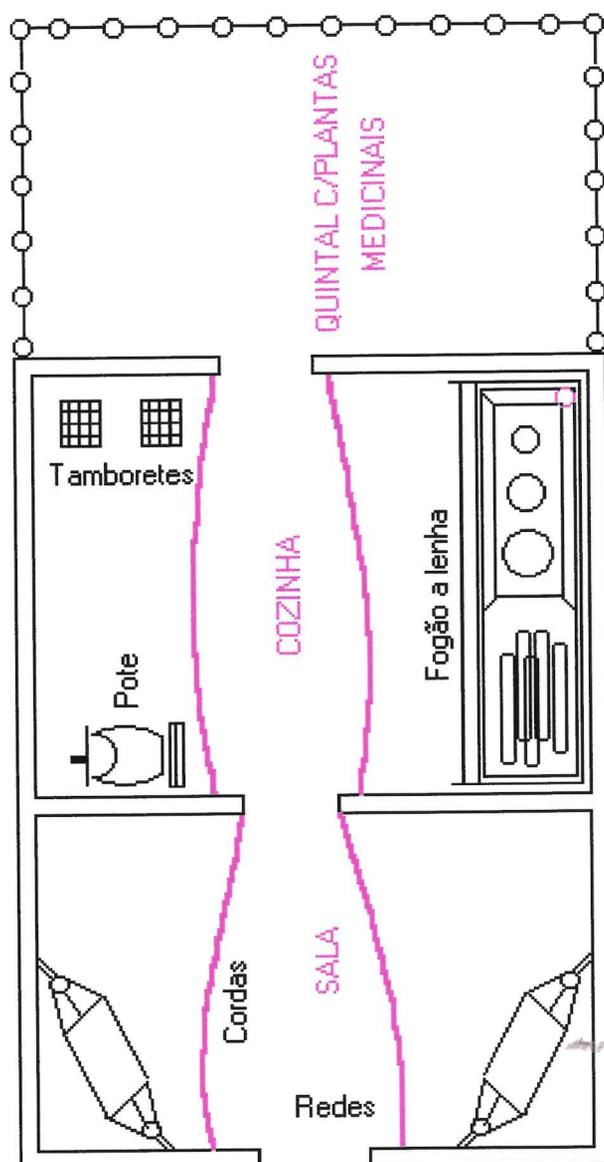
APÊNDICE E

DOMICÍLIO DE ATENA

APÊNDICE F

DOMICÍLIO DE ANANKE

APÊNDICE G

DOMICÍLIO DE AFRODITE

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Parecer Circunstanciado sobre Protocolo de Pesquisa

Depois de efetuarmos uma detida análise do Protocolo da Pesquisa "**A mulher acometida de acidente vascular cerebral: cuidados no processo de reabilitação**" apresentado pelas pesquisadoras Cibelly Aliny Siqueira Lima (Pesquisadora Responsável) e Maria do socorro Pereira Rodrigues (Professora Orientadora), observamos que o mesmo:

1. Acha-se adequadamente instruído neste CEP, cumprindo os requisitos constantes do artigo 18 do seu Regimento Interno.

2. Refere-se a um estudo qualitativo do tipo estudo de caso, a ser realizado entre mulheres acometidas de acidente vascular cerebral residentes no município de Sobral-CE, admitidas no Serviço de Neurologia de um hospital de grande porte do interior do Estado, onde se pretende: (1) investigar as repercussões do Acidente Vascular Cerebral (AVC) na atividade cotidiana da mulher; (2) identificar as necessidades expressadas pela mulher acometida de AVC; e (3) pesquisar a que âmbito de aprendizagem a mulher acometida de AVC precisa se submeter. Os dados da pesquisa serão coletados a partir da observação participante, utilizando-se um roteiro semi-estruturado de observação e a aplicação do Teste das Cores de Lüscher, visando, com base na psicologia das cores (HAACK, 1969), permitir a obtenção de informações sobre preferências e rejeições de uma pessoa às cores. Nos procedimentos de coleta de dados a pesquisadora explicita o cumprimento de formalidades referentes aos contatos para sua apresentadora no campo da pesquisa, bem como dos objetivos do estudo. Também estabelece como pré-requisito para a participação dos sujeitos na pesquisa o consentimento livre e esclarecido por parte dos mesmos através do TCLE, assegurando a manutenção do sigilo quanto às informações coletadas, o anonimato dos informantes e a desistência dos mesmos em participar da pesquisa, se assim decidirem os sujeitos da pesquisa, qualquer que seja o seu momento.

3. As pesquisadoras acham-se qualificadas para proceder à pesquisa.

Com efeito, ajuizamos que:

1. No que diz respeito à beneficência, o estudo é relevante, porém, não há menção aos benefícios trazidos aos próprios pacientes, nem ao retorno dos resultados da pesquisa tanto aos sujeitos pesquisados, quanto à coletividade¹.

2. No que tange à não maleficência, o estudo não apresenta riscos ou desconfortos, nem serão utilizados procedimentos invasivos.

¹ Assim sugere PALÁCIOS, M. Ética em pesquisa em seres humanos. In: PALÁCIOS, M; MARTINS, A e PEGORARO, O.A. (Orgs.). *Ética, ciência e saúde*. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 164-175.

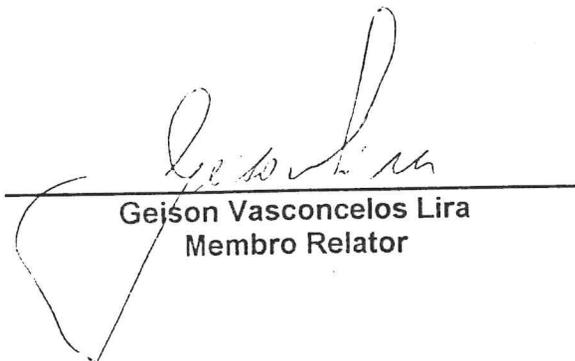
3. No que tange à autonomia, o consentimento livre e esclarecido é pré-requisito à participação na pesquisa, utilizando-se o TCLE, bem como estão assegurados a recusa à participação na mesma, o anonimato dos informantes e o seu direito de desistir, a qualquer momento, de participar do estudo.

4. No que concerne à justiça, todos os sujeitos da pesquisa serão submetidos aos mesmos procedimentos, estando igualmente beneficiados dos resultados.

5. O protocolo da pesquisa atende às exigências éticas e científicas fundamentais, conforme prescrito no Capítulo III da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos; e não está incluído nas áreas temáticas especiais constantes do item 4 do Capítulo VIII da citada Resolução.

Pelo exposto, consideramos que o Projeto em apreço seja enquadrado na categoria "**Aprovado com Recomendação**", consoante o artigo 9º do regimento Interno do CEP, devendo a pesquisadora deixar explícito o retorno em termos de benefícios aos pacientes e à coletividade.

É o parecer SMJ.



Geíson Vasconcelos Lira
Membro Relator



Gerardo Cristino Filho
Coordenador

ANEXO B

CARTÕES COLORIDOS PARA REALIZAÇÃO DO
TESTE DAS OITO CORES DE LÜSCHER

ANEXO C

RESULTADOS DO TESTE DAS CORES DE LÜSCHER

⊥ Os RESULTADOS DO TESTE DAS CORES EM NIKÊ

Os resultados sobre os objetivos desejados ou comportamento ditado pelos objetivos desejados demonstraram o seguinte:

+ 4 + 5 Amarelo/Violeta: é de imaginação excessiva e dado à fantasia ou a devaneio. Anseia por que aconteçam coisas originais e emocionantes, e quer ser admirado pelo seu encanto.

+ 4 + 7 Amarelo/Preto: tenta fugir aos seus problemas, dificuldades e tensões, mediante decisões repentinas, voluntariosas e impensadas, ou mudanças de direção.

No que se refere à situação presente ou comportamento apropriado para a situação presente, obtive:

X 0 X 1 Cinza/Azul: está relativamente inativo e em condição estática, ao mesmo tempo em que um conflito, de um ou outro tipo, impede a paz de espírito. É incapaz de conseguir relações, do grau desejado, de afeto e compreensão mútuos. (O grupo + é uma tentativa para superar este e outros conflitos).

X 1 X 7 Azul/Preto: precisa de companheirismo afetuoso, mas é intolerante com qualquer coisa que não seja consideração especial, de parte dos que lhe são íntimos. Se esta não lhe é dada, é capaz de isolar-se.

Os resultados referentes às características reprimidas ou comportamento inadequado para a situação presente, foram expressos a seguir:

= 2 = 3 Verde/Vermelho: é infeliz com a resistência que encontra, sempre que tenta afirmar-se. Indignado e ofendido devido a esses revezes, mas cede apaticamente, e faz quaisquer ajustes necessários para que possa ter calma e tranqüilidade.

= 6 = 2 **Marrom/Verde:** sente que não pode fazer muita coisa quanto aos problemas e dificuldades presentes e que deve conformar-se com a situação. É capaz de sentir satisfação física na atividade sexual.

As características rejeitadas ou suprimidas ou características carregadas de ansiedade, notou-se o seguinte:

- **3 - 0 Vermelho/Cinza:** *Interpretação fisiológica:* emoção dominada resultante da tentativa de resistir a qualquer estímulo adicional. É impaciente, desordenado e irascível, com tendência a hipertensão ou qualquer outro distúrbio cardíaco. (Especialmente nas 7ª e 8ª posições, mas, também, em menor grau, nas 6ª e 7ª posições.) *Interpretação psicológica:* a situação é considerada ameaçadora e perigosa. Está ressentido, pois tudo aquilo por que se esforçou tanto está sendo ameaçado, e se desespera por que se vê impotente para impedir a ameaça – receia um fracasso completo. É incapaz de enfrentar a situação com objetividade, mas está extremamente perturbado e não consegue deixar de procurar eliminar esse entrave aos seus desejos. Está excessivamente abatido e aturdido, possivelmente, a ponto de chegar ao esgotamento nervoso. Em suma: emoção desesperada. (Portanto, o grupo + é necessário como compensação).

- **6 - 5 Marrom/Violeta:** *Interpretação fisiológica:* tensão oriunda da incapacidade de manter relações de maneira estável na sua condição desejada (somente nas 7ª e 8ª posições; branda se não for classificada como “ansiedade”). *Interpretação psicológica:* é sensível e suscetível à doçura e a delicadeza de sentimentos, com um desejo de unir-se em algum tipo de fusão mística de harmonia erótica. Todavia, este desejo permanece insatisfeito devido à falta de um cônjuge adequado ou a condições adversas, e mantém um controle rígido e permanente sobre suas relações emocionais, já que precisa saber onde está exatamente. É difícil de contentar, é esteta e tem gosto apurado, que lhe permite formar e expressar seu próprio critério e julgamento, especialmente nos campos da arte e da criatividade artística. Esforça-se a se unir a outros que possam ajudá-lo em seu desenvolvimento intelectual ou artístico. *Em suma:* sensibilidade artística sublimada.

Sobre o “Problema Real” ou comportamento resultante de tensão, os resultados foram os seguintes:

+ 4 – 0 Amarelo/Cinza: o medo de que o impeçam de obter as coisas que deseja leva-o à procura intensa de satisfação, ocupando-se em atividades ilusórias ou fúteis.

+ 4 – 5 Amarelo/Violeta: critica intensamente as condições atuais, que acha desorganizada ou insuficientemente definidas. Portanto, procura a solução que resolva a situação e lhe dê um grau mais aceitável de ordem e método.

† Os RESULTADOS DO TESTE DAS CORES EM AFRODITE

Os resultados sobre os objetivos desejados ou comportamento ditado pelos objetivos desejados denotaram o seguinte:

+ 2 + 4 Verde/Amarelo: necessita de reconhecimento. É ambicioso, quer impressionar e ser respeitado, ser popular e admirado. Procura transpor a lacuna que ele sente que o separa dos outros.

+ 4 + 2 Amarelo/Verde: alerta e intensamente observador. Está procurando novos caminhos que ofereçam liberdade e a oportunidade para tirar deles o maior proveito. Quer testar a si mesmo e obter reconhecimento. Esforça-se por transpor a lacuna que ele sente que o separa dos outros.

Sobre a situação presente ou comportamento apropriado para a situação presente, anotei o seguinte:

x 0 x 1 Cinza/Azul: está relativamente inativo e em condição estática, ou mesmo tempo que um conflito, de um ou outro tipo, impede a paz de espírito. É incapaz de conseguir relações, do grau desejado, de afeto e compreensão mútuas (O grupo + é uma tentativa para superar este e outros conflitos).

x 0 x 3 Cinza/Vermelho: está tendo dificuldades em progredir. Apesar da tentativa para ocultar a impulsividade, suas atividades conduzem a problemas e incertezas, tornando-o tenso e irritável. (O grupo + é uma tentativa para anular este e outros conflitos)

No que se refere às características reprimidas ou comportamento inadequado para a situação presente expressado por Afrodite, temos:

= 3 = 5 Vermelho/Violeta: fica angustiado quando suas necessidades ou desejos são incompreendidos, e sente que não tem a quem recorrer, ou em quem confiar. É egocêntrico; portanto, ofende-se com facilidade.

= 6 = 5 Marrom/Violeta: é egocêntrico; portanto, ofende-se com facilidade. É capaz de sentir satisfação física na atividade sexual, mas tende a manter-se emocionalmente distante.

Quando anotamos as informações referentes às características rejeitadas ou suprimidas ou características carregadas de ansiedade, viu-se:

- 1 – 7 Azul/Preto: *Interpretação fisiológica:* a insatisfação emocional produziu desejo irascível e impaciente de independência, levando à tensão e à inquietação (nas 7ª e 8ª posições; menos sério na 6ª e 7ª). *Interpretação psicológica:* a situação ou relação atual é insatisfatória, mas se sente incapaz de melhorá-la sem cooperação. Reluta em expor sua vulnerabilidade e, portanto, considera desaconselhável demonstrar afeto ou ser excessivamente efusivo. Considera a relação como laço deprimente, mas embora queira ser independente e desimpedido, não quer correr o risco de perder seja o que for. tudo isso o leva a reagir com irritação e impaciência ao mesmo tempo em que o impulso para “fugir de tudo” resulta em considerável inquietação. A capacidade de concentração pode sofrer. *Em suma:* instabilidade contínua resultante de insatisfação emocional. (portanto, o grupo + é necessário como compensação).

- 7 – 6 Preto/Marrom: *Interpretação fisiológica:* tensão resultante de restrição ou limitação desagradável (nas 7ª e 8ª posições, mas, sobretudo se classificada como “ansiedade”). *Interpretação psicológica:* resiste a qualquer forma de pressão dos outros e insiste na sua independência como indivíduo. Quer tomar resoluções sem interferência, tirar suas conclusões e chegar às suas próprias decisões. Detesta a monotonia e a mediocridade. Como quer ser considerado como alguém que dá opiniões abalizadas, acha difícil reconhecer que está errado, ao mesmo tempo em que resulta em aceitar ou compreender o ponto de vista dos outros. *Em suma:* exigência de independência e perfeição.

Investigando as preferências de cores que mostram o “Problema Real” ou comportamento resultante de tensão, obteve-se o seguinte:

+ 2 – 7 Verde/Preto: resiste violentamente à influência externa e a qualquer interferência em sua liberdade de tomar as próprias decisões e fazer seus próprios planos. Trabalha para estabelecer e consolidar a própria posição.

+ 4 – 6 Amarelo/Marrom: sente-se insuficientemente apreciado na sua situação atual e está procurando condições favoráveis, onde tenha maior oportunidade de demonstrar seu valor.

⊥ OS RESULTADOS DO TESTE DAS CORES EM ATENA

As informações referentes aos objetivos desejados ou comportamento ditado pelos objetivos desejados, foram as seguintes:

+ 2 + 5 Verde/Violeta: quer causar impressão favorável e ser considerado personalidade importante. Por isso, está constantemente alerta para ver se está obtendo êxito nisso, e como os outros estão reagindo a ele; isto o faz sentir que está na direção. Usa táticas inteligentemente para obter influência e reconhecimento especial. É suscetível ao que é estético ou original.

+ 2 + 3 Verde/Vermelho: procura sucesso. Quer superar obstáculos e oposição e tomar próprias decisões. Busca seus objetivos decididamente e com iniciativa. Não quer sentir-se dependente de boa vontade de outros.

Os resultados referentes à situação presente ou comportamento apropriado para a situação presente, foram:

x 0 x 7 Cinza/ Preto: está sob considerável tensão devido à exigências da situação presente. Está tentando livrar-se das coisas que o restringem ou tolhem. (O grupo + é uma tentativa para anular este e outros conflitos).

x 7 x 4 Preto/Vermelho: a situação presente contém elementos críticos ou perigosos, para os quais é imperioso encontrar solução. Isto pode levar a decisões

súbitas ou mesmo imprudentes. É rebelde e rejeita qualquer conselho (O grupo + é uma tentativa para superar este e outros conflitos).

As características reprimidas ou comportamento inadequado para a situação presente, denotaram as seguintes informações:

= 1 = 0 Azul/Cinza: tem altas exigências emocionais e está disposto a envolver-se numa relação íntima, mas sem grande profundidade de sentimento.

= 6 = 4 Marrom/Amarelo: é muito meticoloso nos padrões que aplica à escolha do cônjuge, e procura uma perfeição muito irrealista na vida sexual.

No que se refere às características rejeitadas ou suprimidas ou características carregadas de ansiedade, vimos o seguinte:

- 1 – 3 Azul/Vermelho: *Interpretação fisiológica:* agitação suprimida, resultante de relações pessoais insatisfatórias ou discordantes. Pode elevar à irascibilidade, a explosões de ira ou a neuroses sexuais. Há possibilidade de males cardíacos. *Interpretação psicológica:* considerável angústia está tendo origem em alguma relação insatisfatória. Sente-se incapaz de restaurar a afinidade e qualquer aparência de confiança mútua, de modo que a situação é considerada como um estado deprimente e infeliz, que ele tem de continuar tolerando. É assediado a ponto de chegar à prostração nervosa. *Em suma:* desarmonia indefesa e irritante. (portanto, o grupo + é necessário como compensação).

- 6 – 5 Marrom/Violeta: *Interpretação fisiológica:* tensão oriunda da incapacidade de manter relações de maneira estável na sua condição desejada (somente nas 7ª e 8ª posições; branda se não for classificada como “ansiedade”). *Interpretação Psicológica:* é sensível e suscetível à doçura e à delicadeza de sentimentos, com um desejo de unir-se em algum tipo de fusão mística de harmonia erótica. Todavia, este desejo permanece insatisfeito devido à falta de um cônjuge adequado ou a condições adversas, e mantém um controle rígido e permanente sobre suas relações emocionais, já que precisa saber onde está exatamente. É difícil de contentar, é esteta e tem gosto apurado, que lhe permite formar e expressar seu próprio critério e julgamento, especialmente nos campos da arte e da criatividade artística. Esforça-se

por se unir a outros que possam ajudá-lo em seu desenvolvimento intelectual ou artístico. *Em suma*: sensibilidade artística sublimada.

Sobre o “Problema Real” ou comportamento resultante de tensão, obtivemos o seguinte:

+ 2 – 5 Verde/Violeta: trabalha para consolidar sua posição e favorecer seu amor-próprio, examinando suas próprias realizações (e as dos outros) com avaliação crítica e discriminação científica. Insiste em enfrentar as circunstâncias às claras e inequivocamente.

+ 2 – 3 Verde/Vermelho: a vitalidade esgotada tem criado intolerância a qualquer outro estímulo ou exigências feitas aos seus recursos. Esta sensação de incapacidade, combinada com a frustração por não poder controlar os acontecimentos, sujeita-o à agitação, irritação e intensa angústia. Tenta fugir-lhes insistindo obstinadamente em seu próprio ponto de vista, mas a condição geral de desamparo muitas vezes faz com que seus esforços redundem em fracasso. É muito sensível a críticas e se ofende com facilidade.

⊥ OS RESULTADOS DO TESTE DAS CORES EM ANANKE

Nesse sentido os achados do teste referente aos objetivos desejados ou comportamento ditado pelos objetivos desejados, notou-se o seguinte:

+ 2 + 1 Verde/Azul: quer causara impressão favorável a ser reconhecido. Precisa sentir-se querido e admirado. É sensível, magoa-se facilmente se não o notam, ou se não lhe dão tratamento adequado.

+ 3 + 2 Vermelho/Verde: busca seus objetivos com intensidade e tem firmeza em seus propósitos. Quer superar os obstáculos que enfrenta e alcançar reconhecimento e prestígio especiais pelo seu sucesso.

No que diz respeito à situação presente ou comportamento apropriado para a situação presente, viu-se:

x 5 x 0 Violeta/Cinza: procura uma ligação íntima e compreensiva em atmosfera de intimidade compartilhada, como proteção contra ansiedade e conflito.

x 7 x 0 Preto/Cinza: está insatisfeito. A necessidade de fugir ao envolvimento constante com suas circunstâncias presentes torna imperioso que encontre alguma solução. (O grupo + indica o método compensador cuja adoção é provável).

As características reprimidas ou comportamento inadequado para a situação presente, denotaram os resultados a seguir:

= 1 = 6 Azul/Marrom: é capaz de conseguir satisfação física na atividade sexual, mas inclinado a ser emocionalmente retraído, o que lhe impede de envolver-se profundamente.

= 7 = 3 Preto/Vermelho: as circunstâncias são restritivas e obstrutivas, obrigando-o a abrir mão, temporariamente, de todas as alegrias e prazeres.

Quando investigamos os dados referentes às características rejeitadas ou suprimidas ou características carregadas de ansiedade, viu-se o seguinte:

- 5 – 4 Violeta/Amarelo: *Interpretação fisiológica:* a decepção torna-se desconfiado e o levaram a um afastamento isolado, obrigando-o a concentrar-se em si mesmo (nas 7ª e 8ª posições; não tanto nas 6ª e 7ª). *Interpretação psicológica:* reprime seu entusiasmo a sua imaginação, por temer que pessoa empolga-se, apenas verificar que, finalmente, está buscando alguma coisa ilusória. Sente que tem sido enganado e maltratado e retraiu-se para manter-se cautelosamente distante dos outros. Está sendo e crítico para ver se as intenções em relações a ele são sinceras – uma precaução que se transforma facilmente em suspeita e desconfiança. *Em suma:* “Gato esmolado de água fria tem medo”, desapontamento emocional sempre atento à desconfiança quanto às intenções. (portanto, o grupo + é necessário como compensação).

- 6 – 4 Marrom/Amarelo: *Interpretação fisiológica:* tensão resultante do esforço para ocultar preocupação e ansiedade sob um manto de confiança em si mesmo e despreocupação (especialmente nas 7ª e 8ª posições; menos pronunciado nas 6ª e 7ª). *Interpretação psicológica:* a situação atual é desagradável. Sente-se solitária e incerta, já que tem uma necessidade insatisfeita de se aliar a outros cujos padrões

sejam tão elevados quanto aos seus e de sobressair acima do comum. esta sensação de isolamento exagera sua necessidade, transformando-a num impulso irresistível, ainda mais perturbador para sua auto-suficiência devido ao controle que normalmente se impõe. Como quer demonstrar a qualidade singular do seu próprio caráter, tenta esconder a falta que sente da presença de outras pessoas e finge uma atitude de despreocupada confiança em si mesma para ocultar seu medo de inadequação, tratando com desprezo os que criticam seu comprimento. Todavia, debaixo dessa capa de indiferença, realmente anseia pela aprovação e estima de outros. *Em suma*: desapontamento aparentando indiferença. (portanto, o grupo + é necessário como compensação).

No que se refere ao “Problema Real” ou comportamento resultante de tensão, notou-se que:

+ 2 – 4 Verde/Amarelo: o desapontamento e o medo de que não vale a pena formular novas metas têm levado à ansiedade. Deseja acatamento e posição mas preocupa-se com suas perspectivas. Reage à situação protestando a qualquer crítica e resistindo a qualquer tentativa para influencia-lo. Tenta afirmar-se mediante meticuloso controle dos detalhes, num esforço para fortalecer sua posição.

+ 3 – 4 Vermelho/Amarelo: o desapontamento e o temor de que não vale a pena formular novas metas têm levado a tensão e ansiedade. Deseja ter contato adequado com outros e campo de ação para evoluir, mas sente que suas relações são vazias e que não está progredindo. Reage com uma atividade intensa e zelosa, destinada a alcançar suas metas a qualquer preço.

alterar

+ OS RESULTADOS DO TESTE DAS CORES EM HEBE

Os achados revelaram o seguinte sobre os objetivos desejados ou comportamento ditado pelos objetivos desejados:

+ 2 + 0 Verde/Cinza: quer estabelecer-se e causar impacto, a despeito das circunstâncias desfavoráveis e de uma falta geral de apreciação.

+ 3 + 5 Vermelho/Violeta: preocupada com coisas de natureza intensamente excitante, sejam elas estimuladas pelo erotismo ou por outro meio qualquer. Quer ser considerada como personalidade vibrátil e interessante, exercendo influência total, encantadora e impressionante. Usa táticas inteligentemente para não prejudicar suas possibilidades de sucesso, ou solapar a confiança que sabe conquistar.

Sobre a situação presente ou comportamento apropriado para a situação presente, obteve-se:

x 1 x 6 Azul/Marrom: evita esforço excessivo e precisa de raízes, segurança e de companheirismo tranqüilo.

x 6 x 7 Marrom/Preto: a doença física e a tensão excessiva ou o sofrimento emocional foram onerosos. Seu amor-próprio foi diminuído e agora necessita de condições tranqüilas e tratamento atencioso, que permitem a recuperação. (O grupo + é uma tentativa para amenizar estes e outros conflitos).

Considerando as características reprimidas ou comportamento inadequado para a situação presente, percebeu-se:

= 1 = 0 Azul/Cinza: tem altas exigências emocionais e está disposto a envolver-se numa relação íntima, mas sem grande profundidade de sentimento.

= 4 = 5 Amarelo/Violeta: insiste em que suas esperanças e ideais são realidade, mas precisa de reafirmação e estímulo. É egocêntrico; portanto ofende-se com facilidade.

Investigando os achados referentes às características rejeitadas ou suprimidas ou características carregadas de ansiedade, observou-se:

- 3 – 7 Vermelho/Preto: *Interpretação fisiológica:* tensão resultante de frustrações de uma situação incômoda (principalmente nas 7ª e 8ª posições; não tanto nas 6ª e 7ª). *Interpretação psicológica:* sente-se preso a uma situação desagradável e é importante para remediá-la. Está irado e descontente, já que duvida de que seja capaz de alcançar suas metas, e frustrados quase a ponto de chegar ao esgotamento nervoso. Quer escapar, sentir-se menos inibido, e livre para tomar suas

próprias decisões. *Em suma*: desejo frustrado de libertação. (portanto, o grupo + é necessário como compensação).

- 4 – 2 **Amarelo/Verde**: *Interpretação fisiológica*: tensão e ansiedade devidas a conflito entre esperança e necessidade, seguindo de desapontamento intenso. *Interpretação psicológica*: o desapontamento e as esperanças irrealizadas têm criado uma situação de incerteza angustiante, enquanto que a dúvida de que as perspectivas futuras serão melhores, leva ao adiamento de decisões essenciais. Este conflito entre esperança e necessidade está criando grave pressão. Em lugar de suprimi-la, enfrentando corajosamente a tomada da decisão essencial, ele é capaz de empenhar-se na busca de trivialidades como caminho de fuga. *Em suma*: frustrações e indecisões. (portanto, o grupo + é necessário como compensação).

No que se refere ao “Problema Real” ou comportamento resultante de tensão, os resultados foram os seguintes:

+ 2 – 7 **Verde/Preto**: resiste violentamente à influência externa e a qualquer interferência em sua liberdade de tomar as próprias decisões e fazer seus próprios planos. Trabalha para estabelecer e consolidar a própria posição.

+ 3 – 2 **Vermelho/Verde**: tensões e esforços, provocados pela tentativa de enfrentar as condições que realmente estão além de sua capacidade ou reversas de energia, têm levado a considerável ansiedade e a uma sensação de desajuste pessoal (inconfessada). Tenta corrigir essa situação mediante uma atividade intensa e insistindo em fazer o que mais quer. Um autodomínio imperfeito pode levar a demonstrações incontroláveis de ira.