

Vivendo o acidente vascular encefálico agudo: significados da doença para pessoas hospitalizadas*

EXPERIENCING ACUTE STROKE: THE MEANING OF THE ILLNESS FOR HOSPITALIZED PATIENTS

VIVIENDO EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO: SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD PARA PERSONAS HOSPITALIZADAS

Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva¹, Consuelo Helena Aires de Freitas², Maria Salette Bessa Jorge³, Zuila Maria de Figueiredo Carvalho⁴, Thereza Maria Magalhães Moreira⁵

RESUMO

Objetivou-se compreender o significado da experiência vivenciada pela pessoa adoecida por acidente vascular encefálico agudo. Trata-se de estudo qualitativo, fundamentado nos pressupostos teóricos do interacionismo simbólico, realizado em uma unidade especializada no tratamento de acidente vascular encefálico de um hospital terciário, situado na cidade de Fortaleza, CE. Participaram do estudo 10 pacientes. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista aberta e os dados foram organizados e analisados segundo a técnica de enunciação. Cumpriram-se todos os aspectos éticos. O significado da experiência de adoecimento foi construído com base na percepção dos sentimentos surgidos durante a hospitalização, caracterizados por medo da morte e das sequelas da doença; tristeza pelo distanciamento do lar; alívio, ao evidenciar-se melhora do quadro clínico, e desejo de mudança dos hábitos de vida. Apreendeu-se que a experiência de adoecimento por acidente vascular encefálico é complexa, e nela os significados são elaborados com base em sentimentos, ações e comportamentos dos sujeitos.

DESCRITORES

Acidente vascular cerebral
Hospitalização
Cuidados de enfermagem
Relações interpessoais

ABSTRACT

The aim was to understand the meaning of the experience of the acute stroke patient. This was a qualitative study, based on the conceptual theory of symbolic interaction. It was conducted in a unit specialized in the treatment of stroke at a tertiary hospital in Fortaleza-CE and the ethical aspects were respected. The study included ten patients and data were collected through open interviews. The data were organized and analyzed according to enunciation techniques. The meaning of the illness experience was constructed based on the perception of the feelings that arose during the hospitalization and was characterized by fear of death and the sequelae of the disease; sorrow for the distance from home; relief, when a patient perceived an improved clinical course; and a desire to change one's lifestyle. The experience of illness due to stroke is complex, as meanings are elaborated from the feelings, actions and behaviors of the subjects.

DESCRIPTORS

Stroke
Hospitalization
Nursing care
Interpersonal relations

RESUMEN

Se objetivó comprender el significado de la experiencia de la persona que padeció accidente cerebrovascular agudo. Estudio cualitativo, fundamentado en los presupuestos teóricos del interaccionismo simbólico, realizado en unidad especializada en tratamiento de accidente cerebrovascular de un hospital terciario en Fortaleza-CE. Participaron diez pacientes. Datos recolectados mediante entrevista abierta, organizados y analizados según técnica de enunciación. Se cumplió con todos los aspectos éticos. El significado de la experiencia del padecimiento fue construido en base a la percepción de los sentimientos surgidos durante la internación, caracterizados por el miedo a la muerte y a las secuelas de la enfermedad; tristeza por alejarse del hogar; alivio al evidenciarse mejoras del cuadro clínico; e intención de cambio de hábitos de vida. Se aprendió que la experiencia del padecimiento de accidente cerebrovascular es compleja; en ella, los significados son elaborados en base a sentimientos, acciones y comportamientos de los sujetos.

DESCRIPTORES

Accidente cerebrovascular
Hospitalización
Atención de enfermería
Relaciones interpersonales

* Extraído da dissertação "Adoecimento por acidente vascular encefálico agudo para pessoas hospitalizadas: uma abordagem interacionista", Universidade Estadual do Ceará, 2011. ¹ Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Enfermeira da Unidade de AVC do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil. samia.jardelle@gmail.com ² Enfermeira. Professora Doutora do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. consueloaires@yahoo.com.br ³ Enfermeira. Professora Doutora do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. maria.salette.jorge@gmail.com ⁴ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. zmfc@fortalnet.com.br ⁵ Enfermeira. Professora Doutora do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. tmmmoreira@yahoo.com

INTRODUÇÃO

O adoecimento por acidente vascular encefálico (AVE) constitui-se em uma das maiores causas de mortalidade e morbidade em todo o mundo⁽¹⁾. Considerado a terceira causa mais comum de morte nos países em desenvolvimento, é a maior causa de incapacidade entre adultos⁽²⁾.

Nas últimas décadas, um corpo crescente de conhecimentos tem modificado a percepção tradicional do AVE⁽³⁾. As evidências apontam para uma doença tratável, na qual os cuidados na fase aguda precisam ser oportunos no tempo e efetivos para impedir a lesão cerebral. Nesse contexto, deve ser oferecido ao paciente um conjunto de tecnologias propiciadoras de cuidado, entre elas, o suporte de unidades especializadas e o uso de trombolíticos⁽⁴⁾, bem como estratégias subjetivas e transpessoais que ajudem o paciente a encontrar sentido na doença e no sofrimento⁽⁵⁾.

Diante das novas perspectivas no campo das doenças cerebrovasculares, as pesquisas em enfermagem voltadas para a prática clínica no adoecimento por AVE têm-se evidenciado entre as temáticas estudadas pela profissão, sobretudo para a melhoria da qualidade do cuidado prestado a essa clientela. Nesse sentido, o exercício do cuidado pleno requer do enfermeiro não apenas subsídios teóricos e práticos focados na doença e procedimentos terapêuticos, mas, sobretudo, destinados a atender as necessidades de saúde do paciente e família.

Com base no convívio com pessoas vitimadas por AVE, foi possível apreender que tal situação de adoecimento, por ocorrer de forma súbita e inesperada, desencadeia mudanças abruptas no cotidiano. Dessa forma, muda a trajetória de vida, das atividades sociais e laborais, resultando na hospitalização.

Torna-se, portanto, necessário aos profissionais de saúde que atendem a esses pacientes, entre eles o enfermeiro, compreender as experiências envolvidas no processo de adoecimento por AVE. Conforme se acredita, a apreensão dos significados atribuídos a essa experiência e aos processos de enfrentamento pode proporcionar ao enfermeiro e aos demais profissionais da equipe de saúde elementos subsidiários para o cuidado humano.

No adoecer por AVE, os significados são elaborados mediante processo interpretativo, no qual a pessoa relaciona significados da doença, dos sintomas, das queixas, do atendimento recebido nos serviços de saúde e das práticas profissionais com os significados compartilhados entre as pessoas nos seus grupos sociais. Isso porque o significado é uma construção social formulada dentro e por meio de atividades interativas estabelecidas pelo indivíduo consigo e com os outros à sua volta⁽⁶⁾.

Embora na literatura existam citações sobre a experiência de adoecimento por AVE, observa-se que a maioria das investigações enfocam na percepção dos familiares e cuidadores⁽⁷⁾. Verifica-se, portanto, carência de estudos centrados na apreensão da experiência de adoecimento sob a perspectiva do paciente, utilizando como referencial teórico o interacionismo simbólico. Diante dessa realidade, e motivados pela prática assistencial como enfermeira de uma unidade especializada no tratamento da doença, surgiram os seguintes questionamentos: como a pessoa acometida por AVE vivencia o momento de adoecimento e hospitalização? Qual o significado que atribui ao AVE?

Frente às colocações citadas e com intuito de contribuir para a melhoria do cuidado de enfermagem junto a essa clientela, propôs-se a presente investigação, com o objetivo de compreender o significado da experiência vivenciada pela pessoa adoecida por AVE agudo durante o período de hospitalização.

No adoecer por acidente vascular encefálico, os significados são elaborados mediante processo interpretativo, no qual a pessoa relaciona significados da doença, dos sintomas, das queixas, do atendimento recebido nos serviços de saúde e das práticas profissionais com os significados compartilhados entre as pessoas nos seus grupos sociais.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa fundamentada nos pressupostos teóricos do interacionismo simbólico (IS), o qual possibilita a compreensão do significado consciente da experiência e vida no contexto saúde-doença.

O interacionismo simbólico é uma perspectiva da psicologia social surgida no final do século XIX, cujo maior expoente foi George Herbert Mead, que desenvolveu as principais ideias do interacionismo. No entanto foi Herbert Blumer quem elaborou sistematicamente a teoria, com base nos elementos fundamentais da análise de Mead: *self*, ação, interação social, objetos e ação conjunta. Assim, é uma teoria que trata do comportamento humano e da interação social⁽⁶⁾.

Três premissas básicas sustentam o interacionismo simbólico: 1) os seres humanos agem em relação às coisas, com base no significado que as coisas têm para eles. Tais coisas incluem tudo o que o ser humano pode observar em seu meio físico como objetos, pessoas, instituições, ideias, atividades e situações da vida; 2) o significado das coisas surge da interação social estabelecida pelo ser humano com seu semelhante; 3) o sentido atribuído é manipulado e modificado por processo interpretativo, usado pela pessoa para lidar com as coisas que encontra⁽⁶⁾.

A pesquisa se desenvolveu em uma unidade especializada no tratamento de pacientes com AVE de um hospital público terciário, situado na cidade de Fortaleza, Ceará. No setor pesquisado, dispõe-se de 20 leitos, dos quais dois estão destinados a pacientes que se submeterão à trombólise, caracterizando-se como unidade de AVE agudo, onde são implementados procedimentos neurointervencionistas.

Como participantes da pesquisa, contou-se com 10 pessoas com AVE agudo, hospitalizadas na referida unidade, todas com estado cognitivo e de verbalização preservados. Para avaliação cognitiva, utilizou-se o miniexame do estado mental (MEEM) em sua versão validada em português⁽⁸⁾.

A coleta dos dados ocorreu no período de junho a agosto de 2011. A técnica de coleta dos dados usada foi entrevista aberta, gravada. Cada entrevista durou em média 30 minutos. A questão norteadora foi: fale-me sobre sua hospitalização por AVE. Para garantir o anonimato dos envolvidos, adotaram-se, aleatoriamente, nomes fictícios para cada um deles.

De posse dos dados coletados, passou-se a analisá-los por meio da análise categorial temática e de enunciação, a qual foi composta pelas seguintes etapas⁽⁹⁾: 1) estabelecimento do *corpus*: delimitou-se o número de entrevistas a serem trabalhadas, num total de 10. A qualidade da análise substitui a quantidade do material; 2) preparação do material: cada entrevista é uma unidade básica. Realizou-se a transcrição exaustiva de cada uma delas, conservando o máximo de informação tanto linguística como paralinguística (silêncios, onomatopeias, perturbações de palavra e de aspectos emocionais tais como o riso, o tom irônico, repetições, lapsos e outros); 3) análises: nessa fase, fez-se inicialmente a análise temática, a qual complementa a análise de enunciação, pois na temática não se levam em conta a dinâmica e a organização dos conteúdos, e sim a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos. Em seguida, procedeu-se à análise lógica e sequencial, de estilo e dos elementos atípicos e figuras de linguagem. Para fins de melhor compreensão da análise, apresenta-se o fenômeno evidenciado: *enunciando a experiência vivenciada pelo adoecimento por AVE*.

Cumpriram-se os aspectos éticos e legais, segundo a Resolução nº 196/96⁽¹⁰⁾ do Ministério da Saúde sobre pesquisas com seres humanos, tendo o projeto obtido aprovação, com número de protocolo no CEP da instituição pesquisada: 030302/11.

RESULTADOS

Os sentimentos vivenciados pelos pacientes no adoecimento por AVE foram caracterizados por medo, tristeza, perplexidade diante do surgimento inesperado da doença e, por fim, alívio e desejo de mudança. Percebeu-se nas falas, inicialmente, o sentimento de medo da morte.

Essa doença é cruel (...), eu tenho medo (...), foi uma experiência que eu nunca tinha na minha vida, uma situação de perigo, a gente sabe que a qualquer hora a pessoa pode morrer (Milton).

Eu tenho medo, essa doença quase acaba comigo. Eu não quero morrer tão cedo, pensei que tava indo pro além (Carlos Fred).

É um choque na vida da pessoa, de repente, a gente fica mal, com aquela agonia, achando que vai morrer, é horrível, não dá pra descrever (Sabrina).

Percebeu-se fortemente o medo da própria morte, em virtude do aparecimento da doença. Nos discursos, isso foi marcado por um estilo excitante diferente do estilo linear presente no restante do discurso, assinalado por interpoções, silêncios e pausas, que retardavam a progressão da fala e denunciavam a perda de domínio. A palavra foi ultrapassada pelos pensamentos, e abriu-se espaço para o afloramento das emoções. Alguns sujeitos (Milton, Carlos Fred, Sabrina, Simone) expressaram essa reação por meio de lágrimas, por vezes, com choro contido. Ter medo significou apreensão em face de perigo real ou imaginário, temor, angústia. Esse sentimento veio à tona quando os sujeitos se viram diante de uma situação ameaçadora à vida.

Além desse sentimento, identificou-se apreensão relacionada às sequelas decorrentes do AVE e, por sua vez, à incapacidade para as atividades laborais.

Será que eu vou ficar sem enxergar, com esse lado esquecido sem mexer? (Ivone).

Eu não tenho condições de trabalhar, minhas pernas estão fracas (Carlos Fred).

Eu tenho meu trabalho, minhas obrigações, de repente ter que se afastar assim (...) (Sabrina).

Diante da dependência imposta pelas possíveis sequelas, o descontentamento também foi sinalizado. Como forma de superação, os sujeitos expressaram o desejo por autonomia, a demonstrar a importância para eles mesmos de sentirem-se ativos, ainda que no ambiente hospitalar.

Não quero ficar igual a criança, pelas mãos dos outros, se eu puder fazer sozinho, eu faço (Carlos Fred).

Eu quero fazer as coisas por mim mesmo (Milton).

O significado do medo da morte e das sequelas atribuídas ao acidente vascular encefálico também decorrem da interação social estabelecida pelos sujeitos com pessoas que lhes são significativas e viveram situação semelhante, uma vez que o significado é um produto social formulado dentro e por meio de atividades interativas interpessoais⁽⁶⁾. Os sujeitos se colocam no lugar do outro e imaginam que poderiam passar pelo mesmo sofrimento.

Já morreu gente da minha família com essa doença (Milton).

Minha vizinha teve um troço desse, ficou um bocado de tempo internada e com uma banda do corpo sem mexer, imaginei que ia ficar do jeito dela (Anahí).

Nos discursos, o aparecimento das expressões a seguir manifestou-se na forma de lapsos, e surgiram nas falas sem estabelecer relação lógica com as demais proposições, a indicar a insistência da ideia recusada e a demonstrar a dificuldade enfrentada pelos sujeitos em entender o ocorrido e em aceitar a doença.

Nunca imaginei ter uma doença dessa! (Josué).

Nunca pensei que fosse acontecer comigo (Carlos Fred, Simone, Anahí).

Essas manifestações podem indicar o sujeito se reconhecendo como paciente e vislumbrando sua situação atual de hospitalização. Tais inferências possivelmente resultam das indicações feitas pelas pessoas ao seu redor: os profissionais de saúde que lhe prestam assistência, os outros pacientes que compartilham o local de internação e os familiares que acompanham os pacientes.

A partir do momento em que os sujeitos admitiam o AVE como circunstância real em suas vidas, passaram a buscar explicações para o evento e tentaram reconhecer as condições causais que levaram ao surgimento da doença. Alguns elaboraram suas próprias justificativas, outros se apropriaram de informações fragmentadas emitidas pelos profissionais de saúde para construir suas explicações relacionadas ao AVE.

Eu queria saber o motivo, se foi uma raiva que tive (Josué).

Isso que me aconteceu foi de preocupação, também não sei se é porque eu tenho pressão alta, será que tem alguma coisa a ver? (Maria).

Tô doido pra descobrir por que eu tive isso, o doutor disse que eu tinha esse negócio de pressão alta e colesterol alto (Carlos Fred).

Os trechos dos discursos revelaram que os sujeitos denotaram desconhecimento acerca do AVE, bem como dos fatores de risco para doença cerebrovascular. O grupo apresentava, em sua maioria, hipertensos, com dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso, ao controle dietético e à prática de atividade física regularmente.

Os sujeitos também revelaram o sentimento de tristeza diante do período de hospitalização, em virtude de se sentirem num local diferente, com pessoas desconhecidas e tendo de adaptar-se à rotina hospitalar.

É difícil aceitar que estou num leito de hospital, o que eu queria era tar na minha casa (Sabrina).

Pra mim tá muito difícil estar longe da minha casinha (Maria).

A gente sente falta de casa (Anahí).

Para alguns, esse momento foi caracterizado por forte desgosto, a ponto de associarem a instituição hospitalar a um presídio, e os pacientes, a prisioneiros. Por desconhecer a gravidade do adoecimento por AVE, os sujeitos não compreendiam a necessidade de permanecer monitorizados. Ao se verem restritos a um leito, em monitoração contínua dos parâmetros vitais, relacionaram isso com a perda da liberdade. E identificaram a hospitalização com sofrimento, pela seguinte lógica: hospital é cadeia. Cadeia é sofrimento. Hospital é sofrimento.

Eu não sei como esses prisioneiros, que vai preso, e passa anos e anos, e eu, com poucos dias que tô aqui, tô desse jeito [triste] (Josué).

É muito triste (...), é tipo uma cadeia (...), ficar num hospital é como ficar preso (...), é tipo ficar trancado (Carlos Fred).

Tô aqui nessa cama, com esse monte de fio em cima de mim, sem poder me levantar, é muito ruim (Maria).

Essas falas, impregnadas de sentimentos, denunciam a dificuldade dos sujeitos para aceitar a realidade vivenciada. Quanto à distância dos familiares no momento de adoecimento agudo, os sujeitos a expressaram com um discurso marcado por pausas e lágrimas, sinalizando que ponderações sobre o assunto lhes despertavam profunda tristeza. Ademais, reforçaram a percepção de isolamento em virtude da hospitalização.

Sinto falta das minhas filhas, do meu marido, dos meus netos [choro] (Maria).

Aqui eu tô diferente [choro], tar longe da minha família, da minha casa, é muito triste (Josué).

Entretanto, nem todos os participantes do estudo perceberam a hospitalização por como atrelada à tristeza, dor e sofrimento. Diferentemente dos demais, duas pacientes demonstraram-se felizes com a hospitalização. Após o susto inicial decorrente do surgimento dos sinais e sintomas do AVE, notou-se a resignificação do processo de hospitalização.

Tô achando ótimo ficar aqui internada, tô achando maravilhoso, parece que eu tô de férias (Ivone).

Eu tô feliz aqui, pra mim não tá difícil ficar aqui (Anahí).

Conforme evidenciado nas falas de Ivone e Anahí, o período de hospitalização ganhou um significado positivo, passou a ser reconhecido como um momento no qual estavam livres de obrigações domésticas, e ao mesmo tempo recebiam os cuidados de saúde necessários. Pela exploração dos discursos, percebeu-se tratar-se de pessoas ativas, responsáveis por todas as atividades domésticas da casa.

No decorrer da hospitalização, os sujeitos experimentaram visível melhora dos sinais e sintomas do AVE. Assim, os sentimentos de medo, angústia e pesar, do início do processo de adoecimento, foram reelaborados e deram lugar ao de alívio. Desse modo, passaram a se comportar de forma diferente no tocante à situação de adoecimento.

Tô melhor, tô com saúde, já tenho é que desocupar o canto pra outros que precisam (Carlos Fred).

Tô me sentindo muito bem, agora tô melhorando (Ivone).

Eu já me recuperei e muito, comparado ao dia em que cheguei (Sabrina).

A percepção da melhora do quadro clínico sinalizou para os sujeitos que a integridade física estava preservada. Esta foi vista quando os sujeitos identificaram em seu corpo o progresso funcional para a realização de atividades básicas, como caminhar, alimentar-se, cuidar da higiene pessoal, sem auxílio. Sobressaiu o anseio dos sujeitos por retomar a autonomia das suas vidas. Ao visualizar nos

demais pacientes a melhora neurológica, também a desejaram para si e passaram a acreditar que eram capazes de experimentar tal recuperação.

A mudança de sentido ora estabelecida em relação ao AVE, por meio da ressignificação, permite que os sujeitos compreendam a situação de adoecimento por outro ângulo: a ocorrência constituiu-se num despertar. Tornou-se possível a reflexão sobre o estado de saúde atual, bem como a identificação de atitudes consideradas prejudiciais à saúde. Com base nessas considerações, os sujeitos se sentem responsáveis pelo ocorrido.

Eu faço muita extravagância, como comida gordurosa, comida salgada (Carlos Fred).

Eu não tava nem aí, não tava aceitando conselho de ninguém, achava que era o super-homem (Milton).

Acho que esse AVC foi falta de cuidado comigo, nem os remédios [da pressão] eu tomava (Simone).

Nesse momento, a situação vivenciada foi compreendida como algo positivo, capaz de operar modificações benéficas no modo como lidam com a saúde. Os sujeitos admitiram sua contribuição para a ocorrência da doença, em face da desatenção para a saúde e da falta de cuidados preventivos, e passaram a ver a experiência de adoecimento como propiciadora de mudanças.

Agora vai mudar muita coisa, vou ter que mudar de hábito, a vida sedentária que tava levando (Milton).

Serviu de alerta, porque agora eu vou ter que mudar tudo da minha alimentação (Anahí).

Agora eu vou ser outra pessoa, vou me cuidar, fazer minhas caminhadas, cuidar da alimentação, tomar meus remédios (Simone).

A promessa de alteração dos hábitos de vida foi motivada pelo medo de nova recidiva da doença, como pode ser observado no discurso de Simone:

Não vou vacilar de jeito nenhum, pra não ter risco de ter isso de novo (Simone).

Desse modo, os sujeitos relataram que modificações pretendiam realizar. No entanto, não se pode saber se elas se concretizaram. As atitudes relacionadas ao modo de agir diante da experiência vivenciada são intencionais, porquanto estão hospitalizados.

DISCUSSÃO

Para as pessoas hospitalizadas, o fenômeno **enunciando a experiência do adoecimento por AVE** apresenta-se como a necessidade de expressar os sentimentos advindos da manifestação da doença e do processo de hospitalização. O significado da vivência do adoecimento foi construído com base na percepção dos sentimentos que emergiram desde o momento inicial, quando apareceram

os sinais e sintomas clínicos, perpassaram pela busca de atendimento médico e alcançaram a internação hospitalar. Contudo, a experiência não se restringiu apenas às interações consigo mesmo, compreendeu também as interações com o mundo hospitalar e com as outras pessoas.

A corroborar esses achados, dados de estudo revelam que a experiência de hospitalização é vivida de forma pessoal e coletiva, de acordo com suas referências culturais, valores e experiências anteriores. Ao se ouvir o paciente, reconhece-se uma construção polissêmica. Assim, os significados do processo de adoecimento e hospitalização são componentes da realidade social produzida, interagindo com diferentes variáveis pessoais, a influenciar as ações das pessoas nessa situação particular⁽¹¹⁻¹²⁾.

O aparecimento da doença frequentemente causa sofrimento, e diante de situações avassaladoras, nas quais desponta a morte como possibilidade, sobrevivem associações inevitáveis com sofrimento, dor e vulnerabilidade, pulverizando o medo inerente ao adoecimento⁽¹³⁾. Portanto, é angustiante para o ser humano tomar consciência da sua finitude⁽¹⁴⁾. O medo manifestado pelos sujeitos do estudo foi uma elaboração consciente resultante da interação social e da autointeração, as quais conduziram o indivíduo a se ver pelo lado de fora, colocar-se na posição do outro⁽⁶⁾, a sinalizar a gravidade do adoecimento por AVE.

A hospitalização é um evento estressor, caracterizado não apenas pelo medo do desconhecido advindo dos sinais e sintomas da doença, mas também pelas consequências decorrentes dessa situação, como a distância dos familiares, a quebra de rotinas e de papéis sociais⁽¹⁵⁾. No caso do AVE, soma-se outro aspecto importante: a incapacidade física.

Nesse contexto, estudos alertam para os déficits motores e cognitivos responsáveis pela falta de independência e autonomia dos pacientes, que passam a depender do auxílio de terceiros^(2,7). A incapacidade física lhes cerceia as ações, e acaba por comprometer, também, a capacidade de decidir sobre o que e quando desejam executar determinada atividade, tornando difícil o enfrentamento do processo de adoecimento⁽¹⁶⁾.

As pessoas vitimadas por AVE tornam-se vulneráveis, expostas a situações que alteram a forma como se veem e constroem sua identidade⁽¹⁷⁾. No caso dos participantes do estudo, alguns demonstraram serem pessoas ativas e independentes, outros em plena fase produtiva da vida e com responsabilidade de prover suas famílias, mantendo o senso de *self*. Este conceito interacionista refere-se à definição que o indivíduo tem de si⁽⁶⁾. Embora hospitalizados e com incapacidades físicas, os sujeitos desejavam controlar, dirigir e manipular a própria vida, evidenciando o conceito de ação humana.

Os participantes do estudo utilizaram mecanismos expressivos e dinâmicos para expor e analisar seus problemas. A percepção dos aspectos negativos relacionados ao AVE, caracterizada pelo medo da morte e das sequelas,

demonstra que o significado atribuído à doença se refere a uma situação ameaçadora a suas vidas. Tal elaboração interfere no processo de enfrentamento^(6,17), a qual consiste na atividade dos seres humanos de agir com o que encontram em suas vidas, e as ações são construídas pelo modo como eles percebem, avaliam e interpretam o que notam, e pelo tipo de linhas de ação projetadas que eles mapeiam.

Percebeu-se a internação hospitalar como momento de isolamento e solidão, durante o qual estavam privados do convívio com seus familiares e do ambiente doméstico de suas casas. O adoecer conduz o paciente a uma perda de contornos que lhe são familiares. Assim, o sofrimento emocional causado pela doença e hospitalização desperta sensação de desalojamento, a demandar um ambiente protetor capaz de proporcionar estabilidade e acolhimento⁽¹⁴⁾.

Estudos demonstram que, no imaginário do paciente, o hospital é reconhecido como local ameaçador e gerador de sofrimento^(11,18). Encontram-se, mesmo, elaborações simbólicas de pacientes associando a instituição ao ambiente carcerário⁽¹¹⁾, semelhantemente aos achados da presente investigação.

No entanto, para dar sentido às coisas, é necessário relacionar duas dimensões: a que encontramos e a que elegemos. Desse modo, o mesmo momento, vivido por pessoas diferentes, pode apresentar sentidos distintos, revelando que a experiência humana, marcada por interpretações do mundo, não possui trajetória linear⁽¹⁴⁾.

Diante desse contexto, a presença dos familiares lado a lado com o doente pode significar confiança e redução da ansiedade ante o processo de hospitalização. Os vínculos estabelecidos entre os indivíduos em seu grupo social primário, quando rompidos, podem desencadear profunda dor e necessidade de elaborar os sentimentos para enfrentar a situação vivenciada⁽¹⁸⁾. Pois, para a maioria das pessoas, a família é amparo poderoso, tanto relacionado à estruturação dos vínculos afetivos quanto aos referenciais de apoio e segurança.

A melhora neurológica experimentada pelos sujeitos permitiu a ressignificação do vivido, a ponto de aceitarem o adoecimento como evento que serviu para alertá-los. Ou seja, transformou-se numa oportunidade para a adoção de hábitos de vida saudáveis e o controle mais efetivo dos fatores de risco para AVE.

Nas situações de hospitalização, encontrar sentido para a vida, principalmente diante de afecções críticas, não é fácil. No entanto, essas circunstâncias proporcionam reflexões internas intensas e, em muitos momentos, desencadeiam mudanças significativas no viver daqueles que as experimentam⁽¹⁴⁾.

Diante dos dados apresentados, discutir sobre a experiência de adoecimento por AVE mostra-se essencial para assistência à saúde dessa clientela. Pois, ao adoecer, o indivíduo não requer apenas que profissionais avaliem os seus sintomas, mas busca, também, cuidado para o reequilíbrio frente aos novos sentimentos despertados pelo sofrimento. Tal situação de adoecimento apela por um sentido que não está à disposição apenas da objetividade.

Assim, a apreensão de aspectos subjetivos revela que o adoecimento por AVE é rico de sentido. Portanto, para o cuidar autêntico e humano, os profissionais de saúde, entre eles o enfermeiro, precisam considerar essas nuances no seu fazer cotidiano.

CONCLUSÃO

Compreender a vivência de pacientes hospitalizados por AVE foi experiência fundamental no planejamento e efetivação dos cuidados de enfermagem. O ponto de partida na assistência é a percepção das suas necessidades de saúde inseridas num plano de cuidados integral, como forma de minimizar o sofrimento vivenciado e verbalizado por essas pessoas.

Ao dar voz aos sujeitos, e ponderar sobre suas vivências com o adoecimento por AVE e no processo de hospitalização, foi possível o delineamento do significado de tais situações em suas vidas. Sentidos diversos foram atribuídos à experiência vivida, caracterizados por medo da própria morte, das sequelas e incapacidades da doença; tristeza pelo distanciamento do lar e dos entes queridos; perplexidade diante da ocorrência da doença; alívio, ao evidenciar-se a melhora do quadro clínico, e desejo de mudança, com a adequação dos hábitos de vida para evitar a recidiva.

A experiência de adoecimento é única e individual. Cada pessoa a interpreta à luz dos seus valores, os quais se constituem por meio da autointeração e da interação social com seus semelhantes. Os sentimentos foram, ao longo do processo de hospitalização, sendo modificados e ressignificados.

Consoante se entende, a presente investigação apresenta limitações no que diz respeito ao tamanho amostral. Portanto, não podem ser feitas generalizações e comparações entre populações. Ressalta-se que este estudo buscou o aprofundamento de questões inerentes ao adoecimento por AVE. Por isso, não perde o seu potencial de incentivo para pesquisas no futuro. Espera, por sua vez, contribuir no âmbito da prática e da pesquisa de enfermagem, além de fornecer subsídios para a prática profissional do enfermeiro que atua junto a essa clientela. Da mesma forma, pretende explicitar o caminho percorrido para que outros pesquisadores possam confirmar ou refutar os achados.

REFERÊNCIAS

1. Giles MF, Rothwell PM. Measuring the prevalence of stroke. *Neuroepidemiology*. 2008;30(4):205-6.
2. Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. The neurological state and cognition of patients after a stroke. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2011 [cited 2011 Nov 28];45(5):1083-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a08.pdf
3. Rolim CLRC, Martins M. Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(11):2106-16.
4. Araújo DV, Teich V, Passos RBF, Martins SCO. Análise de custo-efetividade da trombólise com alteplase no acidente vascular cerebral. *Arq Bras Cardiol [Internet]*. 2010 [citado 2011 jan. 12];95(1):12-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1/aop06010.pdf>
5. Silva DC, Alvim NAT, Figueiredo PA. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(2):291-8.
6. Blumer H. *Symbolic interactionism perspective and method*. California: Prince-Hall; 1969.
7. Cavalcante TF, Moreira RP, Guedes NG, Araújo TL, Lopes MVO, Damasceno MMC, et al. Nursing interventions for stroke patients: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2011 [cited 2012 Feb 12];45(6):1495-1500. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/en_v45n6a31.pdf
8. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
10. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.
11. Amorim, AMG, Nations MK, Costa MS. Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el Noreste de Brasil. *Rev Salud Pública*. 2009;11(5):754-65.
12. Bouso RS, Poles K, Serafim TS, Miranda MG. Religious beliefs, illness and death: family's perspectives in illness experience. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2011 [cited 201 May 15];45(2):397-403. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/en_v45n2a13.pdf
13. Brêtas JRS, Oliveira JR, Yamaguti L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):477-83.
14. Barbosa LNF, Francisco AL, Efken KH. Morte e vida: a dialética humana. *Aletheia*. 2008;(28):32-44.
15. Duarte FM, Wanderley KS. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. *Psicol Teor Pesq [Internet]*. 2011 [citado 2011 nov. 17];27(1):49-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n1/a07v27n1.pdf>
16. Lessmann JC, Conto F, Ramos G, Borenstein MS, Meirelles BHS. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):198-202.
17. Machado ALG, Jorge MSB, Freitas CHA. A vivência do cuidador familiar de vítima de acidente vascular encefálico: uma abordagem interacionista. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(2):246-51.
18. Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):81-9.