

# Impacto da rede social na vida de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico: um estudo comparativo

*Impact of the social network on the lives of patients with stroke: a comparative study*

LEONARDO NIKOLAS RIBEIRO

Discente do Curso de Medicina (UNIPAM)

E-mail: lnribeiro1@hotmail.com

DANTY RIBEIRO NUNES

Discente do curso de Medicina (UNIPAM)

E-mail: dantynunes@yahoo.com.br

MARILENE RIVANY NUNES

Professora orientadora (UNIPAM)

E-mail: maryrivany@yahoo.com.br

---

**Resumo:** O acidente vascular encefálico (AVE) é considerado uma das principais causas de morte no mundo e figura como a primeira de morte em adultos no Brasil, além de ser a principal causa de incapacitação funcional, visto que cerca de 3/4 dos indivíduos que sobrevivem ao AVE possuem sequelas permanentes. Esta pesquisa objetivou avaliar o nível de independência funcional dos pacientes acometidos pelo AVE e identificar a composição da rede social desses pacientes, além de comparar com um estudo realizado em 2016, utilizando a mesma população. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa e quantitativa, desenvolvida na Unidade de Atenção Primária à Saúde José Cláudio Arpino, em Patos de Minas (MG), no ano de 2020. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas (MG), conforme Parecer nº 3.518.802. Utilizou-se de um questionário para caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico, a Medida de Independência Funcional e o Mapa de rede social. Fizeram parte deste estudo 11 pacientes, sendo seis homens e cinco mulheres, com idades entre 57 e 79 anos, predominando ensino fundamental e estado civil de viuvez. Todos os pacientes apresentavam hipertensão arterial sistêmica e sequelas de hemiparesia. Os pacientes apresentaram maior necessidade de assistência nas áreas de cuidados pessoais, controle esfinteriano, mobilidade e locomoção. Na análise dos mapas da rede social, percebeu-se a presença de amigos, membros da família e serviços de saúde. Evidencia-se que os pacientes acometidos pelo AVE vivenciam situações complexas e graves, o que pressupõe a necessidade uma assistência integral por parte de uma equipe interdisciplinar. Pôde-se concluir que os pacientes acometidos por AVE nesta área foram alvo de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e reestruturação da rede social adequados, o que possibilitou uma assistência integral com maior qualidade, sendo a principal responsável pela melhoria da independência funcional de cada paciente e sua consequente melhoria da Qualidade de Vida (QV).

**Palavras-chave:** Acidente vascular encefálico. Atenção Primária. Rede social. Medicina de família e comunidade.

**Abstract:** The cerebrovascular accident (CVA) is considered one of the main causes of death in the world and ranks as the first death in adults in Brazil, in addition to being the main cause of functional incapacity, since about 3/4 of the individuals who survive to AVE have permanent sequelae. This research aimed to assess the level of functional independence of patients affected by stroke and identify the composition of the social network of these patients, in addition to comparing it with a study carried out in 2016, using the same population. This is a descriptive research with a qualitative and quantitative approach, developed at the José Cláudio Arpino Primary Health Care Unit, in Patos de Minas (MG), in 2020. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Centro Universitário de Patos de Minas (MG), according to Opinion No. 3,518,802. A questionnaire was used to characterize the sociodemographic and clinical profile, the Functional Independence Measure and the Social Network Map. Eleven (11) patients took part in this study, six (6) men and five (5) women, aged between 57 and 79 years old, with a predominance of elementary education and widowhood. Patients had a greater need for assistance in the areas of personal care, sphincter control, mobility and locomotion. In the analysis of the maps of the social network, the presence of friends, family members and health services was noticed. It is evident that patients affected by CVA experience complex and serious situations, which presupposes the need for comprehensive assistance from an interdisciplinary team. It was concluded that patients affected by CVA in this area were the target of a Unique Therapeutic Project (PTS) and adequate social network restructuring, which enabled a comprehensive care with higher quality, being the main responsible for the improvement of the functional independence of each patient and its consequent improvement in Quality of Life (QL).  
**Keywords:** Stroke. Primary attention. Social network. Family and community medicine.

---

## 1 INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma perturbação focal da função cerebral com rápido desenvolvimento que perdura por mais de 24 horas, sendo, possivelmente, de origem vascular. Seus agravos causam déficits neurológicos e incapacidades funcionais (O'DONNELL *et al.*, 2010; SCHÄFERA *et al.*, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Estatísticas demonstram que o AVE é a terceira causa de morte no mundo e a primeira causa de morte em adultos no Brasil, além de ser a primeira causa de incapacitação funcional no mundo, visto que cerca de 85% dos indivíduos que sobrevivem ao AVE vivem com sequelas (O'DONNELL *et al.*, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

As sequelas do AVE podem ser temporárias ou permanentes e vão desde o comprometimento cognitivo, motor e sensorial, depressão, distúrbios visuais e de linguagens, limitação nas atividades de vida diária (AVD) e na independência funcional até déficits na qualidade de vida (QV) (ANDRADE, 2010; SILVA *et al.*, 2015).

A independência funcional é definida como a capacidade de realizar algo com os próprios meios e recursos e está ligada à mobilidade e à capacidade funcional, que pressupõe condições motoras e cognitivas satisfatórias para o desempenho (JOHANN; BOSCO, 2015). Enfim, a independência funcional compromete o desenvolvimento das AVD e da QV.

Para Vermelho *et al.* (2015), a avaliação do nível de independência funcional auxilia na identificação do comprometimento funcional do paciente acometido pelo

AVE, bem como das necessidades de auxílio para realizar as atividades do dia a dia. Assim, essa avaliação contribui para elaboração de planos de intervenção de recuperação e reabilitação dos pacientes.

Além disso, Rangel *et al.* (2013) relatam que o apoio dos membros da família e dos profissionais de saúde é fundamental no programa de reabilitação dos pacientes acometidos pelo AVE. Assim, pode-se afirmar que os membros da rede social podem e devem ofertar apoio emocional, apoio informativo e apoio financeiro para recuperação e reabilitação desses pacientes.

A rede social, conforme Sluzki (2010), refere-se aos vínculos sociais oriundos das relações humanas, os quais têm impacto duradouro na vida de uma pessoa. Inclui todos os vínculos interpessoais da pessoa, como família, comunidade, amigos, colegas de trabalho e de estudo, relações em/com organizações formais e informais.

Para Sluzki (2010), a rede social favorece as trocas sociais no que se refere ao convívio, à socialização e ao desenvolvimento de práticas relacionadas à saúde, à QV e ao bem-estar, essenciais aos pacientes acometidos pelo AVE.

Johann e Bosco (2015) enfatizam a necessidade de um programa de reabilitação aos pacientes acometidos pelo AVE, realizado por uma equipe multiprofissional, a fim de identificar as necessidades de auxílio para desempenhar AVD e a composição da rede social. Esse programa deve objetivar a restauração funcional, a recuperação, a reabilitação, a reintegração familiar, comunitária e social e a restauração da QV.

Silva *et al.*, (2015) propõem que os membros da família dos pacientes acometidos pelo AVE devem receber um treinamento, pelos profissionais de saúde, para minimizar dúvidas, medos e dificuldades enfrentadas durante o cuidado a esses pacientes no domicílio. Assim, acredita-se que uma rede social com vínculos fortes possibilita a recuperação e a reabilitação dos pacientes acometidos pelo AVE, proporcionando-lhes sobretudo uma melhora na QV.

Tendo em vista a frequência da ocorrência do AVE, a magnitude da incapacidade física, mental e social e os prejuízos na QV, é perceptível a relevância desta pesquisa.

Esta pesquisa busca identificar a rede social acionada pelos pacientes acometidos por AVE na trajetória entre o acometimento e a reabilitação, com o intuito de elencar dados que poderão subsidiar a elaboração de estratégias para a assistência integral e singular a esses pacientes.

## 2 METODOLOGIA

Foi feita uma pesquisa de campo descritiva com abordagem quantitativa. A pesquisa de campo é realizada no local onde o fenômeno ocorre (MINAYO, 2010).

Este estudo foi desenvolvido no município de Patos de Minas (MG) envolvendo pacientes acometidos por AVE, com idade superior a 50 anos, que estão na fase entre o acometimento e a reabilitação, residentes na área de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) José Cláudio Arpino. Atualmente, estão cadastrados 18 pacientes que foram acometidos por AVE nessa unidade. O critério de exclusão foi paciente acometido por AVE que apresente sequelas como déficit cognitivo ou afasia. Esta pesquisa objetivou avaliar o nível de independência funcional dos pacientes

acometidos pelo AVE e identificar a composição da rede social desses pacientes, além de comparar os resultados com os de um estudo de Ribeiro *et. al.* (2016), utilizando a mesma população.

Foi utilizado um questionário para abordar aspectos sobre perfil socioeconômico e clínico como idade, sexo, renda familiar, membros da família entre outros.

Foi adotado o instrumento Medida de Independência Funcional (MIF) (RIBERTO *et al.*, 2004) com o objetivo de medir o grau de solicitação de cuidados do paciente a terceiros. É uma escala de sete pontos para avaliar 18 (dezoito) questões em área de cuidados pessoais, controle dos esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social.

Foi utilizado o mapa de rede social, proposto por Sluzki (2010). O mapa é constituído de três círculos divididos em quatro quadrantes relacionados à família, às amizades, às relações de trabalho ou escolares, às relações comunitárias e às relações de serviço ou de credo. O núcleo do círculo representa o sujeito; o primeiro círculo representa as relações de proximidade; o segundo círculo, as relações pessoais com menor proximidade; terceiro círculo, às relações mais distantes, ocasionais.

Ainda segundo Sluzki (2010), a rede deve ser avaliada na dimensão de suas características estruturais, das funções dos vínculos (tipo predominante de intercâmbio interpessoal) e dos atributos de cada vínculo (propriedade específica de cada relação).

Sluzki (2010) define a necessidade de avaliar, na dimensão estrutural da rede, os seguintes componentes: tamanho (número de pessoas na rede), densidade (qualidade dos vínculos observando os vínculos significativos, fragilizados, rompidos ou inexistentes), distribuição/composição (número de pessoas ou instituições situadas em cada quadrante).

Segundo Sluzki (2010) a significância dos vínculos significativos, como relações de confiança, amizade, solidariedade, reciprocidade e intimidade, é representada graficamente por uma linha contínua (\_\_\_\_\_). Os vínculos fragilizados, por meio de uma linha entrecortada (- - - - -) e os vínculos rompidos ou inexistentes, por meio de uma linha quebrada (\_\_\_ \_\_ \_\_).

Segundo Sluzki (2010), a esses fatores acrescentam-se as seis funções do vínculo: companhia social (atividades coletivas e compartilhadas para se enfrentar problemas), apoio emocional (acolhimento, da escuta, do estímulo e carinho), guia de conselhos (oferecimento de informações pessoais e sociais e esclarecimentos que podem ajudá-lo na tomada de decisões), regulação e controle social (diálogo para estabelecer princípios e valores que reafirmam responsabilidades), ajuda material e de serviços (recursos materiais e de conhecimentos) e acesso a novos contatos (construção de novos vínculos com pessoas e grupos).

Já o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi utilizado para avaliar a função cognitiva, como um instrumento de rastreio para avaliar os domínios cognitivos (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho) (BRASIL, 2010).

O objetivo deste teste neuropsicológico foi avaliar a função cognitiva dos pacientes. As avaliações dos resultados podem chegar até um total de 30 pontos. As notas de corte sugeridas são: para pacientes analfabetos, a pontuação de 19; pacientes

que tiveram de 1 a 3 anos de escolaridade, a pontuação de 23; pacientes com 4 a 7 anos de escolaridade, pontuação de 24; pacientes com mais > 7 anos de escolaridade, pontuação de 28 pontos. Assim, achados/resultados com escores muito baixos sugerem um déficit cognitivo e necessidade de encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica. Assim, entende-se que pacientes acometidos pelo AVE com pontuação muito baixa sugerem um déficit cognitivo e não participaram desta pesquisa.

A coleta de dados foi iniciada após uma reunião com as enfermeiras responsáveis pela UAPS para identificar os pacientes acometidos por AVE. Na sequência, foi realizada uma visita para apresentar ao paciente e a seus familiares os objetivos da pesquisa e para fazer o convite para a participação dela. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento ao paciente ou a seu responsável. Posteriormente, num outra visita domiciliar, de acordo com a disponibilidade do paciente e familiares, foi feita a coleta de dados para o preenchimento dos instrumentos.

No primeiro momento, foi realizado o MEEM para avaliar a aptidão de participar ou não da pesquisa. Em seguida, foram coletados os dados por meio do instrumento Medida de Independência Funcional (MIF), questionário sobre o perfil socioeconômico e clínico e o mapa de rede social.

Os dados sobre as informações sociodemográficas e clínicas foram analisados pela estatística descritiva e apresentados em número absoluto e porcentagem, sob a forma de gráficos e tabelas. Para análise dos dados do MEEM, foram adotadas escores preconizados pelo instrumento já citados.

Os dados da MIF foram analisados de acordo com os parâmetros de critério: independência completa ou modificada, ou dependência completa ou moderada, de acordo com o preconizado pelo instrumento.

Assim, o nível de independência foi pontuado numa escala de um a sete pontos. Esta escala determinou o nível de dependência e o nível de assistência necessitada pelo paciente – quanto mais próximo a sete, maior a independência funcional do paciente. A partir de cinco pontos, recomenda-se a supervisão do paciente. Ainda, dois pontos marcam a dependência total do paciente que necessita de assistência intensiva.

Os dados do mapa de rede social foram analisados considerando as características da estrutura e da função da rede social (SLUZKI, 2010), interpretando o significado, lacunas e recursos existentes na rede social, referenciado pelos pacientes acometidos por AVE.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas (CEP – UNIPAM), conforme Parecer nº 3.518.802, de 20/08/2019.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PARTICIPANTES**

Fizeram parte deste estudo 11 pacientes acometidos pelo AVE. Os pacientes foram descritos com nomes fictícios de sua preferência objetivando o anonimato e o sigilo das informações.

Ao se analisarem os dados do questionário sociodemográfico, notou-se a presença de 6 pacientes do sexo masculino e 5 do sexo feminino, com idades entre 57 anos a 79 anos, prevalecendo escolaridade em nível de ensino fundamental e estado civil de viuvez, conforme Tabela 1.

**Tabela 1:** Pacientes acometidos pelo AVE de acordo com sexo, idade, escolaridade e situação conjugal

Nome fictício	Idade	Escolaridade	Situação conjugal
<b>Sexo masculino</b>			
Sr. Zé	64	Fundamental	Divorciado
Sr. Bié	65	Fundamental	Solteiro
Sr. Zico	66	Fundamental incompleto	Casado
Sr. Edi	67	Fundamental	Casado
Sr. Alemão	76	Fundamental incompleto	Casado
Sr. Manecote	77	Fundamental incompleto	Viúvo
<b>Sexo feminino</b>			
Sra. Tita	57	Superior	Viúva
Sra. Nenê	61	Fundamental	Casada
Sra. Cute	67	Fundamental incompleto	Viúva
Sra. Flor	75	Fundamental incompleto	Viúva
Sra. Doquinha	79	Analfabeta	Viúva

Fonte: questionário sobre perfil sociodemográfico, 2020.

Grande parte dos pacientes possui ensino fundamental incompleto e apenas um possui ensino superior. Dessa forma, é possível inferir que esses pacientes apresentam limitações sobre o conhecimento de sua situação de saúde, provocando uma deficiência na manutenção de sua morbidade, o que desencadeia uma recuperação mais dispendiosa do AVE. Tal resultado corrobora o encontrado pelo estudo de Ribeiro *et al.*, (2018), que utilizaram a mesma população, todavia dois pacientes vieram a óbito no período, um por sepse e outro por novo AVE.

É notável que um maior nível de escolaridade possibilite o paciente ter acesso a informações sobre prevenção e tratamento de doenças e ter maior acesso à rede de saúde. A expectativa de vida e possibilidade de morbidade são afetadas por um maior nível de escolaridade, esta inversamente e aquela diretamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2015).

Conforme Garritano *et al.*, (2012), as principais comorbidades presentes nos pacientes acometidos pelo AVE são Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o que confirma os dados deste estudo, que apresentou a presença de HAS em todos os pacientes analisados, conforme Tabela 2; comparativamente ao estudo de Ribeiro *et al.* (2018), notou-se aumento das comorbidades, essencialmente, durante o período, três pacientes desenvolveram DM. Tal fato pode ser devido à maior atenção destinada a estes pacientes, através do projeto terapêutico singular, o que possibilitou o rastreamento e a detecção dessa comorbidade.

Garritano *et al.* (2012) pontuam a importância de conhecer o aspecto clínico dos pacientes acometidos pelo AVE, o que demonstra a existência de um perfil dessa

população, possibilitando intervenções precisas realizadas pelos profissionais, para o enfrentamento de sequelas.

**Tabela 2:** Pacientes acometidos pelo AVE de acordo com o perfil clínico

Nome fictício	História progressa	Sequela presentes
Sr. Zé	HAS, DM	Hemiparesia esquerda
Sr. Bié	HAS, esquizofrênico, DM	Hemiparesia esquerda
Sr. Zico	HAS, asma	Hemiparesia direita
Sr. Edi	HAS, DM, IAM	Hemiparesia direita
Sr. Alemão	HAS, doença de chagas	Hemiparesia esquerda
Sr. Manecote	HAS	Hemiparesia direita
Sra. Tita	HAS, DM, IAM	Hemiparesia direita
Sra. Nenê	HAS, DM, IAM	Hemiparesia direita
Sra. Cute	HAS, IAM	Hemiparesia direita
Sra. Flor	HAS, IAM, DM	Hemiparesia esquerda
Sra. Doquinha	HAS, DM, aterosclerose	Hemiparesia esquerda

Fonte: questionário sobre perfil clínico dos pacientes acometidos por AVE, 2020.

De acordo com BARRA *et al.*, (2011), pacientes que foram acometidos por infarto agudo do miocárdio (IAM) possuem a chance aumentada em 1% de desenvolver AVE no primeiro ano, sendo que destes 31 % ocorrem nos primeiros 30 dias após o IAM.

Notou-se que todos os 11 pacientes apresentaram sequela de hemiparesia de membros inferiores e superiores, com um maior acometimento de imobilidade dos membros superiores, o que repercute significativamente na mobilidade e independência destes. Para Alvarez e Pires (2015), a principal sequela do AVE prejudica a mobilidade dos indivíduos.

A hemiparesia gera limitações que atrapalham o controle postural e a execução de movimentos do tronco e membros, interferindo na funcionalidade da marcha e causando incapacidade funcional (ALVAREZ; PIRES., 2015). Todavia, ao elencarmos os dados dispostos pelo estudo de Ribeiro *et. al* (2018), evidenciou-se redução da dependência desses pacientes para suas AVDs, indicando melhora funcional parcial.

Diante de situações graves e complexas como a reverberação do AVE na vida dos pacientes, faz-se necessário o acompanhamento contínuo deles pelos membros da ESF e pelos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da família (NASF). Esses profissionais devem utilizar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para o acompanhamento desses pacientes.

O PTS é uma ferramenta utilizada pelos membros da Atenção Primária de Saúde (APS) com objetivo de alcançar a resolubilidade das situações e problemas identificados pela equipe em relação aos usuários. Este propõe que cada membro da ESF e do NASF, por meio de ação interdisciplinar, compartilhe suas experiências para construir um plano de assistência resolutivo e único para cada paciente (MIRANDA; COLEHO, MORÉ, 2012).

Em virtude da análise dos dados obtidos pela execução da Medida de Independência Funcional (MIF), foram caracterizados os níveis de independência e

assistência necessitada pelos pacientes nas áreas de cuidados pessoais, controle esfinteriano, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social.

Notou-se que os pacientes acometidos pelo AVE, do sexo feminino, evidenciaram maior grau de dependência de assistência na área de cuidados pessoais, e os pacientes do sexo masculino necessitaram de uma maior assistência na área de controle esfinteriano. Na área de locomoção, observou-se que 11 pacientes apresentam certo nível dependência e de necessidade de assistência, conforme Tabela 3.

**Tabela 3:** Medida de independência funcional dos pacientes acometidos pelo AVE

Nome fictício	Cuidados pessoais	Controle esfinteriano	Mobilidade	Locomoção
Sr. Zé	Independência completa	Supervisão	Independência modificada	Assistência mínima
Sr. Bié	Assistência mínima	Assistência mínima	Independência modificada	Assistência mínima
Sr. Zico	Independência modificada	Supervisão	Supervisão	Assistência mínima
Sr. Edi	Independência completa	Independência completa	Independência modificada	Independência modificada
Sr. Alemão	Independência modificada	Supervisão	Independência Completa	Independência modificada
Sr. Manecote	Independência modificada	Supervisão	Independência modificada	Supervisão
Sra. Tita	Assistência moderada	Supervisão	Independência modificada	Supervisão
Sra. Nenê	Assistência máxima	Assistência moderada	Assistência máxima	Assistência máxima
Sra. Cute	Assistência moderada	Assistência máxima	Assistência moderada	Assistência total
Sra. Flor	Assistência moderada	Assistência mínima	Assistência mínima	Assistência máxima
Sra. Doquinha	Assistência moderada	Assistência moderada	Assistência mínima	Assistência mínima

Fonte: avaliação da Medida de Independência Funcional (MIF), 2020.

De acordo com os dados obtidos sobre cuidados pessoais, controle esfinteriano, mobilidade e locomoção, foram evidenciadas melhorias quando comparados aos resultados obtidos por Ribeiro *et. al.* (2018) – ocorreu ganho de independência em diversas áreas e na maioria dos pacientes, o que corrobora os resultados apresentados por Marciano *et. al.* (2016): uma rede bem estruturada de cuidado é capaz de gerar melhora no cuidado do paciente acometido por AVE, sendo capaz de melhorar a QV.



**Tabela 4:** Medida de independência funcional dos pacientes acometidos pelo AVE

Nome fictício	Comunicação	Conhecimento social
Sr. Zé	Supervisão	Independência modificada
Sr. Bié	Assistência mínima	Supervisão
Sr. Zico	Supervisão	Supervisão
Sr. Edi	Independência completa	Independência modificada
Sr. Alemão	Supervisão	Assistência mínima
Sr. Manecote	Independência modificada	Independência modificada
Sra. Tita	Independência modificada	Independência modificada
Sra. Nenê	Assistência mínima	Supervisão
Sra. Cute	Assistência mínima	Independência modificada
Sra. Flor	Supervisão	Supervisão
Sra. Doquinha	Supervisão	Supervisão

Fonte: avaliação da Medida de Independência Funcional (MIF), 2020.

Na área de comunicação e conhecimento social, observou-se pouca variação quando da comparação com os resultados obtidos por Ribeiro *et. al.* (2018), provavelmente devido a tais áreas serem pouco estimuladas ou não serem grandes geradoras de incapacidade funcional global.

### 3.2 REDE SOCIAL DOS PACIENTES ACOMETIDOS PELO AVE

Foi elaborado o Mapa de Rede Social dos 11 pacientes acometidos pelo AVE. Após a construção dos mapas, analisaram-se características da estrutura da rede conforme estabelecido por Sluzki (2010).

Na composição da rede social, foi examinada presença de pessoas ou instituições em cada quadrante relacional do paciente, conforme Tabela 5. Notou-se a presença significativa dos familiares, profissionais de saúde e amigos na rede social dos pacientes. Já quanto às relações no contexto escolar, como era previsto, não houve referências.

**Tabela 5:** Rede social dos pacientes acometidos por AVE

Quadrantes	Nº de pacientes
Família	11
Serviços de saúde	11
Amizades	9
Comunidade	5
Trabalho ou estudo	2

Fonte: mapas de rede social dos pacientes acometidos pelo AVE, 2020.

O apoio de familiares tem muita importância, visto que todos os 11 pacientes citaram algum familiar como alguém a quem recorrer diante de dificuldades. Dessa forma, os membros da família devem sempre proporcionar apoio no que for necessário ao paciente. Eles são elementos primordiais na recuperação, na reabilitação e na reinserção na sociedade do paciente (FALLER *et al.*, 2012).

Evidenciou-se que os membros da ESF foram referenciados por todos os pacientes, o que é demasiado importante, visto que é muito citada pela mídia a revolta da população em relação ao papel dos profissionais de saúde no cuidado com a população. Apontamentos como falta de comoção, descaso e falta de preparo são muito comuns. No entanto, para os participantes desta pesquisa o profissional médico foi referenciado como um participante da rede social com vínculos significativos.

O tamanho da rede social faz referência ao número de pessoas que fazem parte dela, classificado como reduzida, mediana ou ampliada. Redes com uma a sete pessoas são consideradas reduzidas; aquelas com oito a 10 pessoas, medianas; com mais de 11 pessoas, ampliadas (SLUZKI, 2010).

Ao se avaliarem os mapas de rede social, notou-se que todos os pacientes possuem uma rede social de tamanho médio, considerada ideal para o cuidado, conforme Tabela 4. O estudo Ribeiro *et. al.* (2018) evidenciou redes sociais de tamanhos variados das quais sete redes apresentavam-se como inadequadas para o cuidado. Através do PTS e do entendimento da rede social única de cada paciente, foi possível estruturar, da melhor forma possível, essas redes, identificando os principais responsáveis pelo cuidado e recrutando novos agentes familiares nos casos necessários.

Sluzki (2010) indica que uma rede social reduzida tem menor efetividade em situações de tensão de longa duração, sobrecarregando os membros presentes, o que gera esgotamento de recursos. No que tange aos pacientes acometidos pelo AVE, a problemática da rede social ser reduzida é que a falta de qualquer membro pode representar déficit do apoio e dos cuidados com a saúde do paciente.

A rede social grande predispõe a possibilidade de não efetividade, já que os membros participantes podem ter a ideia de que alguém já esteja “resolvendo o problema” (SLUZKI, 2010). Nessa perspectiva, as redes demasiado numerosas podem acarretar um maior descompromisso; os membros pertencentes podem pressupor que outros já estão responsáveis pelo cuidado e apoio, resultando em falta de efetividade do cuidado.

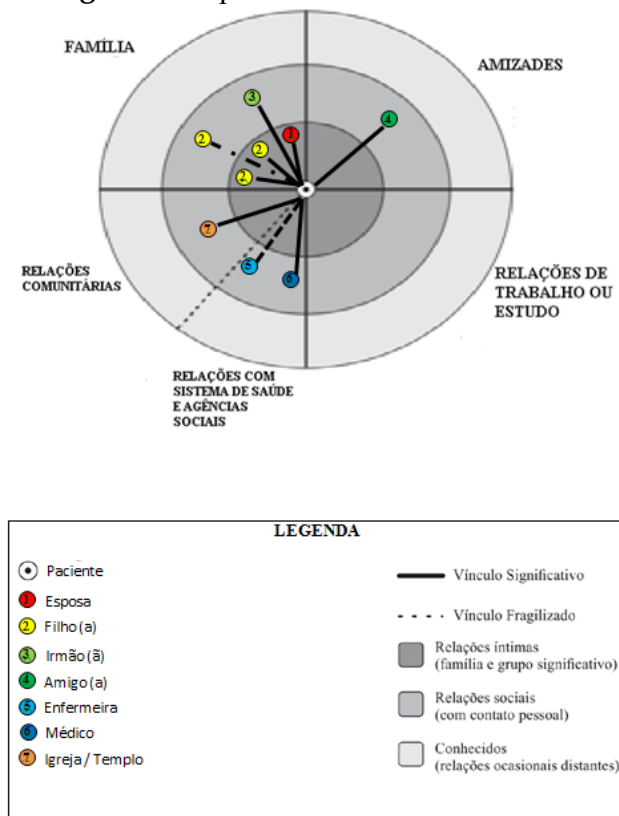
**Tabela 6:** Rede social dos pacientes acometidos por AVE

Nome fictício	Relações Íntimas	Relações Sociais	Relações com conhecidos	Nº de pessoas na rede
Sr. Zé	3	5	0	9
Sr. Bié	5	3	1	9
Sr. Zico	3	6	0	9
Sr. Edi	3	6	1	10
Sr. Alemão	2	3	4	9
Sr. Manecote	1	5	2	8
Sra. Tita	4	3	2	9
Sra. Nenê	4	6	0	10
Sra. Cute	3	6	0	9
Sra. Flor	4	4	2	10
Sra. Doquinha	3	7	0	10

Fonte: mapas de rede social dos pacientes acometidos pelo AVE, 2016.

Notou-se que todos os pacientes evidenciaram uma rede social média. Observando o mapa de rede social do Zico, Figura 2, foi evidenciado uma rede média com a presença de vínculos fortes com esposa, filhos, irmãos, igreja, médico e vínculos fragilizados com um de seus filhos e com a enfermeira.

Figura 1: Mapa de rede social do Sr. Zico



Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Para Sluzki (2010), redes sociais de tamanho médio, entre oito e 10 pessoas, são consideradas adequadas no sentido de uma distribuição eficaz da sobrecarga do apoio dispendido pelo paciente. É notado que a rede social é capaz de suprir apoio material e emocional, garantindo qualidade de vida e bem-estar social.

As Diretrizes de Atenção à Reabilitação da pessoa com AVE (BRASIL, 2013) afirmam que pacientes após o AVE devem receber acesso facilitado às ESF, o que pode ser realizado por qualquer membro da ESF. É notável que a Atenção Primária associe um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, devendo buscar a assistência, a prevenção e a redução das taxas de internação e/ou reinternação por AVE. Notou-se a presença de vínculo forte com médico e um vínculo fragilizado com a enfermeira, o que é preocupante, visto que o profissional de enfermagem é pessoa chave na garantia de acesso dos usuários à ESF.

A presença da igreja também chama a atenção, pois, quando aparece, possui vínculo forte e ocupa lugar importante, destinado aos amigos e as relações comunitárias (BRASIL, 2013). Esse espaço é essencial para ressignificação da vida do paciente. A igreja

exerce papel de engajamento social, o que também contribui na inserção dos pacientes na sociedade, além de oferecer apoio espiritual e emocional.

A igreja é um membro referido comumente em pesquisas que investigam utilizando mapas de redes sociais, sendo bastante referenciado pela população idosa. Em geral, esse evento é explicado pela busca das pessoas por meios para enfrentarem problemas relacionados à vida em sociedade, aos conflitos familiares e à saúde, demonstrando a relevância depositada no papel da religião como complemento para os diferentes tipos de serviços e políticas públicas (BRASIL, 2013).

Ao se analisarem os mapas de rede social, observou-se que existem alguns fatores das redes sociais que desempenham funções protetoras de maneira mais significativa em relação ao enfrentamento das consequências do AVE, como familiares, profissionais da saúde, amigos e igreja.

As Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com AVE (BRASIL, 2013) afirmam que estes pacientes devem receber um cuidado qualificado, para tanto se devem considerar algumas medidas como a integração das ações de reabilitação pelas relações comunitárias, como associações, igrejas, áreas de esporte e lazer.

O papel desempenhado pelo cuidador é de extrema valia no processo de recuperação do paciente acometido por AVE. Sendo ele formal ou informal, as ações fixadas ao paciente devem garantir um caráter prático e funcional, resultando em uma reabilitação eficaz do paciente.

Os cuidadores formais passam por uma formação que tem bases fundamentadas em preservar ao máximo o autocuidado dos pacientes e participar completamente dos cuidados dos quais os pacientes são dependentes. Já os cuidadores informais são, na maior parte das vezes, membros da família dos pacientes que não concluíram formação adequada para promover cuidados da melhor forma possível ao paciente (CONCEIÇÃO, 2010).

Assim, ambos os cuidadores dependem de orientações da ESF, contudo o cuidador informal tem necessidade maior do auxílio dos membros da ESF, essencialmente no que tange ao conhecimento básico do cuidado do paciente com sequelas do AVE (CONCEIÇÃO, 2010).

Na relação entre médico e paciente, existem expectativas definidas. Por um lado, os pacientes buscam a assistência dos médicos; reciprocamente, os médicos tendem a se comportar de maneira altruísta e dispõem de conhecimentos que permitem atingir o objetivo comum de ambos: assistência de qualidade. O papel do médico é definido, antes de tudo, pela necessidade do bem-estar do paciente (VIANNA *et al.*, 2010).

A doença pode provocar isolamento em pacientes que tem dificuldade em buscar apoio e compreensão de outras pessoas. Assim, no processo clínico, a confiança, a familiaridade e a colaboração estão altamente relacionadas ao resultado da prática médica. A empatia, entendida como sensibilidade entre profissional e paciente, é essencial. Os pacientes expectam que o médico seja cordial, amistoso, gentil e solidário no seu sofrimento, oferecendo-lhes o apoio emocional (VIANNA *et al.*, 2010).

A adesão ao tratamento é fator fundamental para o controle efetivo de muitas patologias, principalmente as que prevalecem de maneira crônica e/ou geram sequelas. É difícil identificar a falta de adesão, bem como quantificá-la. Encontra-se ainda

incidência maior quando a falta de adesão tem relação direta com estilo de vida, atividade física, dieta, tabagismo e etilismo (LUSTOSA *et al.*, 2011).

Assim, para alcançar uma adesão de tratamento adequada, é importante estabelecer um vínculo forte com o paciente, principalmente aqueles acometidos por AVE, o que irá propiciar uma recuperação e maiores chances de reabilitação do paciente após o AVE.

Para Ribeiro *et al.* (2018), a rede social, com a presença de membros da família, profissionais de saúde, amigos, comunidade e igreja, é capaz de contribuir de forma positiva para a recuperação e reabilitação dos pacientes acometidos pelo AVE.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fizeram parte deste estudo 11 pacientes vítimas de AVE, sendo 6 homens e 5 mulheres, com idades entre 57 e 79 anos, grande parte apenas com ensino fundamental, em estado de viuvez. Evidenciou-se ainda a presença de comorbidades importantes como HAS e DM, além da presença de hemiparesia de membros em todos os pacientes.

Verificou-se também que ocorreu uma dependência nas áreas de cuidados pessoais, de controle esfinteriano, de mobilidade e de locomoção maior do que quando comparados às áreas de comunicação e de conhecimento social.

Diante do exposto e tomando como principal referência o estudo desenvolvido por Ribeiro *et al.* (2018) que utilizou a mesma população, pôde-se concluir que os pacientes acometidos por AVE nesta área foram alvo de PTS e reestruturação da rede social adequados, o que possibilitou uma assistência integral com maior qualidade, sendo a principal responsável pela melhoria da independência funcional de cada paciente e sua consequente melhoria na QV.

Dessa forma, este estudo reitera a necessidade de cuidados específicos e direcionados a essa população, o que evidentemente resulta em melhora da QV e em um processo saúde-doença menos doloroso. Todavia, o estudo possui um número limitado de avaliações em uma população limitada. Assim, torna-se necessário o desenvolvimento de mais estudos nesta área.

#### REFERÊNCIAS

ALVAREZ, R. B. P. *et al.* Avaliação da funcionalidade e qualidade de vida em pacientes com acidente vascular encefálico. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 12, n. 27, abr./jun. 2015.

ANDRADE, Luciene Miranda de. The problematic aspects of the family caregiver of people who suffered strokes. **Rev. esc. enferm. USP**, [online], vol. 43, n. 1, p. 37-43, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde do **Idoso. Caderno de Atenção Básica**, n. 19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

BARRA, S. *et al.* Predição do risco de evento cerebrovascular após um enfarte agudo do miocárdio. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 30, n. 7, p. 655-663, 2011.

GARRITANO, C. R. *et al.* Análise da tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no século XXI. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 98, n.6, jun. 2012.

CONCEIÇÃO, L. F. S. D. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 81-89, 2010.

FALLER, J. W. *et al.* Sobrecarga e mudanças no cotidiano de cuidadores familiares de paciente com doença crônica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 181-189, 2012.

JOHANN, Amanda; BOSCO, Simone M. Acidente vascular cerebral em idoso: estudo de caso. O tratamento pós-AVC deve ser realizado por equipe multidisciplinar prevenindo outras sequelas. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v. 12, n. 1, p. 78-86, 2015.

LUSTOSA, M. A. *et al.* Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 2, p. 27-49, 2011.

MARCIANO, E. P. *et al.* **O impacto da fisioterapia por meio de aplicação da medida de independência funcional em uma paciente portadora de acidente vascular encefálico.** [S. l.] 2016. Disponível em: [https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol\\_49\\_1499286512.pdf](https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_49_1499286512.pdf)

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, Fernanda Alves Carvalho de Miranda *et al.* **Projeto terapêutico singular [online]** / Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, 2012.

O'DONNELL M. J. *et al.* Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. **INTERSTROKE investigators.** *Lancet*, Jul. 2010.

OLIVEIRA, Reynaldo G.; PEDROSO, Enio R. P. **Clínica médica I.** Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2014.

O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento.** 5. ed. Barueri: Manole, 2010.

PAIXÃO, C. T.; SILVA, L. D.; CAMERINI, F. G. Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, jan./mar. 2010.

RANGEL, E. S. S. *et al.* Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 205-212, 2013.

RIBEIRO, L. N. *et al.* Contribuição da rede social a pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Rev. Perquirere**, Patos de Minas (MG), v.15, n. 1, p 52-65, 2018.

RIBERTO M. *et al.* Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

SCHÄFERA, Priscilla S. *et al.* Acidente vascular cerebral: as repercussões psíquicas a partir de um relato de caso. **Ciências & Cognição**, Universidade Feevale, Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, Brasil v. 15, n. 2, p. 202-215, 2010.

SILVA, Renata C. A. *et al.* O enfermeiro na educação de cuidadores de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral. **Rev. de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 45, jul./set. p. 114-120, 2015,

SLUZKI, C. E. Redes pessoais sociais e saúde: implicações conceituais e clínicas de seu impacto recíproco. **Famílias, Sistemas & Saúde**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 1-18, 2010.

SOCIEDADE, BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). VII Brazilian guidelines on hypertension. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio Janeiro v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1, 2016.

VIANNA, L. G. *et al.* **Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas.** **Rev Bras Educ Med**, v. 34, n. 1, 150-9, 2010.

VERMELHO, S. C. *et al.* Sobre o conceito de redes sociais e seus pesquisadores. **Educação e Pesquisa**, v. 41, n. 4, p. 863-881, 2015.