

Contribuição da rede social a pacientes acometidos por acidente vascular encefálico

Contribution of the social network to stroke patients



Leonardo Nícolas Ribeiro

Graduando do curso de Medicina (UNIPAM). e-mail: lnribeiro1@hotmail.com

Leidiane Aparecida da Silva

Graduanda do curso de Enfermagem (UNIPAM). E-mail: leidyap3m@hotmail.com

Marilene Rivany Nunes

Professora orientadora (UNIPAM). e-mail: maryrivany@yahoo.com.br

RESUMO: O acidente vascular encefálico (AVE) causa incapacitação funcional, visto que cerca de 85% dos indivíduos que sobrevivem apresentam sequelas. A pesquisa objetivou avaliar o nível de independência funcional e a rede social dos pacientes acometidos pelo AVE. Pesquisa descritiva com abordagem quanti-qualitativa, desenvolvida numa Unidade de Saúde em Patos de Minas-MG. Utilizaram-se como instrumentos a Medida de Independência Funcional e o Mapa de rede social. Participaram da pesquisa 13 pacientes, com idades entre 57 e 79 anos. Todos os pacientes apresentam sequelas de hemiparesia tendo maior necessidade de assistência nas áreas de cuidados pessoais, controle esfinteriano, mobilidade e locomoção. Percebeu-se a presença de membros da família, dos serviços de saúde e amigos na rede social. Evidencia-se que estes pacientes vivenciam situações complexas, o que impõe a necessidade de elaboração de projeto terapêutico singular.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente vascular cerebral. Rede social. Atenção Primária à Saúde. Medicina de família e comunidade.

ABSTRACT: Stroke causes functional impairment, since about 85% of the surviving individuals have sequelae. The study aimed to evaluate the level of functional independence and the social network of the patients affected by the stroke. Descriptive research with quantitative-qualitative approach, developed in a Health Unit in Patos de Minas-MG. The Functional Independence Measure and the Social Network Map were used as instruments. 13 patients aged between 57 and 79 years participated in the research. All patients present hemiparesis sequelae with a greater need for assistance in the areas of personal care, sphincter control, mobility and locomotion. The presence of family members, health services and friends in the social network was noted. It is evidenced that these patients experience complex situations, which require the elaboration of a Unique Therapeutic Project.

KEYWORDS: Stroke. Social Network. Primary Health Care. Family and community medicine.

1. INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é considerado a terceira causa de morte no mundo e a primeira de morte em adultos no Brasil, além de ser a primeira causa de incapacitação funcional, visto que cerca de 85% dos indivíduos que sobrevivem ao AVE apresentam sequelas (O'DONNELL *et al.*, 2010; SCHÄFERA *et al.*, 2010).

Andrade (2010) e Silva *et al.* (2015) relatam que o comprometimento cognitivo, motor e sensorial, a depressão, os distúrbios visuais e de linguagens, são algumas das sequelas do AVE. Os autores destacam que estas ocasionam limitações na independência funcional, comprometendo significativamente a qualidade de vida (QV). Assim, O'Donnell *et al.* (2010) afirmam que, no período entre a recuperação e a reabilitação, estes pacientes necessitam de apoio dos membros da família e dos profissionais de saúde. Portanto, percebe-se que os membros da rede social são essenciais na vida destes pacientes.

A rede social refere-se aos vínculos sociais oriundos das relações humanas, os quais têm impacto duradouro na vida de uma pessoa, incluindo os vínculos interpessoais da pessoa com a família, comunidade, amigos, colegas de trabalho e de estudo, relações com organizações formais e informais (SLUZKI, 2010). Para o autor, a rede favorece o desenvolvimento de práticas relacionadas com a saúde, a QV e o bem-estar, essenciais aos pacientes acometidos pelo AVE.

Assim, acredita-se que a presença de uma rede social, com vínculos fortes, possibilita a restauração funcional, a recuperação, a reabilitação, a reintegração familiar, comunitária e social 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, bem como o comprometimento na QV, é perceptível a relevância desta pesquisa, que objetivou caracterizar o perfil socioeconômico e clínico, o nível de independência funcional e a composição da rede social dos pacientes acometidos pelo AVE.

2. METODOLOGIA

2.1. NATUREZA DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quanti-qualitativa, desenvolvida na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) José Cláudio Arpino, no município de Patos de Minas-MG, no ano de 2016.

2.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra foi constituída por 13 pacientes acometidos por AVE, acompanhados pela Equipe de Saúde da Família (ESF), na referida UAPS, com idade acima de 55 anos.

2.3. ASPECTOS ÉTICOS

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa

do Centro Universitário de Patos de Minas, conforme Parecer nº 1.470.570/2016, no mês de maio de 2016, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelos pacientes.

2.4. COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi realizado contato prévio com as enfermeiras, responsáveis pela UAPS José Cláudio Arpino, para identificar os pacientes acometidos por AVE, através de busca ativa de dados. Em seguida foram realizadas uma visita domiciliar e o convite ao paciente para participar da pesquisa. Para os pacientes que aceitaram, foi agendada uma nova visita conforme a sua disponibilidade, para posterior coleta de dados.

No primeiro momento, realizou-se a avaliação do estado cognitivo, aplicando o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), para selecionar os pacientes acometidos pelo AVE aptos a responder aos demais instrumentos. Todos os pacientes apresentaram escores acima da nota de corte do MEEM (BERTOLUCCI *et al.*, 1994), indicando ausência de alterações cognitivas que impedissem sua participação na pesquisa.

Foi utilizado um questionário para caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes, o que possibilitou maior entendimento dos aspectos pessoais de cada paciente. Utilizou-se o instrumento Medida de Independência Funcional (MIF) para identificar o nível de dependência e o nível de assistência necessitada pelo paciente, conforme os parâmetros preconizados pelo instrumento (RIBERTO *et al.*, 2004). Foi construído o mapa de rede social, para conhecer a composição da rede social dos pacientes acometidos pelo AVE. Os resultados obtidos nos mapas foram analisados de acordo com os parâmetros preconizados por Sluzki (2010).

2.5. ANÁLISE DOS DADOS

Por fim, foi estabelecida uma relação entre os dados colhidos e as informações da literatura, visando identificar as lacunas e recursos existentes na rede social dos pacientes que participaram da pesquisa. Os dados obtidos foram analisados por estatística descritiva e apresentados sob a forma de frequência em tabelas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PARTICIPANTES

Participaram deste estudo 13 pacientes acometidos pelo AVE, todos cadastrados na UAPS José Claudio Arpinio, no município de Patos de Minas-MG. Os pacientes foram descritos com nomes fictícios de sua preferência para manter o anonimato e sigilo das informações.

Ao avaliar os dados sociodemográficos, observou-se a presença de 7 pacientes

do sexo masculino e 6 do sexo feminino, na faixa etária de 57 anos a 79 anos, com prevalência de escolaridade no nível do ensino fundamental e situação conjugal de viuvez, conforme Tabela 1.

TABELA 1. Distribuição dos pacientes acometidos pelo AVE de acordo com sexo, idade, escolaridade e situação conjugal

Nome fictício	Idade	Escolaridade	Situação conjugal
Sexo masculino			
Sr. Zé	64	Fundamental	Divorciado
Sr. Bié	65	Fundamental	Solteiro
Sr. Zico	66	Fundamental incompleto	Casado
Sr. Edi	67	Fundamental	Casado
Sr. Toin	72	Analfabeto	Viúvo
Sr. Alemão	76	Fundamental incompleto	Casado
Sr. Manecote	77	Fundamental incompleto	Viúvo
Sexo feminino			
Sra. Tita	57	Superior	Viúva
Sra. Nenê	61	Fundamental	Casada
Sra. Cute	67	Fundamental incompleto	Viúva
Sra. Zica	71	Fundamental incompleto	Viúva
Sra. Flor	75	Fundamental incompleto	Viúva
Sra. Doquinha	79	Analfabeta	Viúva

Fonte: Questionário sobre perfil sociodemográfico, 2016.

A maioria dos pacientes tem ensino fundamental incompleto e apenas um com ensino superior. Dessa forma, infere-se que esses pacientes apresentam limitações sobre o conhecimento de sua situação de saúde, o que provoca uma deficiência na manutenção de sua morbidade, e conseqüentemente, uma recuperação mais dispendiosa AVE.

É perceptível que o nível de escolaridade possibilita ao paciente alcançar informações sobre como prevenir e tratar as doenças e ter maior acesso à rede de saúde. Quanto maior o grau de escolaridade do indivíduo, maior a expectativa de vida e menor a probabilidade de morbidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2015).

Conforme estudo de Ribeiro *et al.*, (2012), as principais doenças associadas aos pacientes acometidos pelo AVE são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), o que corrobora os dados deste estudo, o qual revelou que todos os pacientes apresentaram HAS, conforme Tabela 2.

Ribeiro *et al.* (2012) pontuam a necessidade de conhecer o aspecto clínico dos pacientes acometidos pelo AVE, o que propicia a visibilidade de um perfil dessa população possibilitando o direcionamento das intervenções realizadas pelos profissionais, no que tange ao enfrentamento de sequelas.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes acometidos pelo AVE de acordo com o perfil clínico

Nome fictício	História pregressa	Sequela presentes
Sr. Zé	HAS	Hemiparesia esquerda
Sr. Bié	HAS, esquizofrênico	Hemiparesia esquerda
Sr. Zico	HAS, asma	Hemiparesia direita
Sr. Edi	HAS, DM, IAM	Hemiparesia direita
Sr. Toin	HAS, DM, IAM	Hemiparesia esquerda
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. Zica	HAS, doença de chagas	Hemiparesia esquerda
Sra. Flor	HAS, IAM	Hemiparesia esquerda
Sra. Doquinha	HAS, DM, aterosclerose	Hemiparesia esquerda

Fonte: Questionário sobre perfil clínico dos pacientes acometidos por AVE, 2016.

De acordo com estudos, pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio (IAM) têm a chance aumentada em 1% de desenvolver AVE no primeiro ano subsequente, sendo que, destes, 31 % ocorrem no primeiro mês (BARRA *et al.*, 2011).

Percebeu-se que todos os 13 pacientes deste estudo apresentaram como sequela a hemiparesia de membros inferiores e superiores, com uma maior predominância de imobilidade dos membros superiores, o que repercute significativamente na mobilidade deste. Para Alvarez *et al.* (2015), a principal repercussão do AVE refere-se à mobilidade dos indivíduos. A hemiparesia traz limitações que dificultam o controle postural e a realização de movimentos do tronco e membros, comprometendo a funcionalidade da marcha, gerando incapacidade funcional (ALVAREZ *et al.*, 2015).

Diante de situações complexas e graves como a repercussão do AVE na vida dos pacientes, evidencia-se a necessidade de acompanhamento contínuo destes pelos membros da Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF). Os profissionais da ESF e do NASF devem utilizar o projeto terapêutico singular (PTS) para acompanhar esses pacientes, que vivenciam situação de vulnerabilidade.

O PTS é uma ferramenta assistencial, utilizada pelos profissionais da Atenção Primária de Saúde (APS), com vistas a alcançar a resolubilidade das situações-problema identificadas dos usuários. Este propõe que cada profissional de saúde, membros da ESF e do NASF, por meio de uma ação interdisciplinar, compartilhe seus saberes próprios de sua formação, para construir um plano de assistência resolutivo e singular (MIRANDA *et al.*, 2012).

Ao realizar a análise dos dados obtidos pela avaliação da Medida de Indepen-

dência Funcional (MIF), foi possível caracterizar os níveis de independência e de assistência necessitada pelo paciente nas áreas de cuidados pessoais, controle dos esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social.

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

TABELA 3. Caracterização da 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 moderada	Independência modificada	Assistência mínima
Sr. Zico	Independência modificada	Assistência mínima	Supervisão	Assistência mínima
Sr. Edi	Independência completa	Independência completa	Independência modificada	Independência modificada
Sr. Toin	Assistência máxima	Assistência moderada	Assistência máxima	Assistência total
Sr. Alemão	Independência modificada	Assistência mínima	Independência Completa	Independência modificada
Sr. Manecote	Independência modificada	Assistência mínima	Independência modificada	Supervisão
Sra. Tita	Assistência moderada	Supervisão	Independência modificada	Assistência mínima
Sra. Nenê	Assistência máxima	Assistência máxima	Assistência total	Assistência total
Sra. Cute	Assistência máxima	Assistência total	Assistência máxima	Assistência total
Sra. Zica	Assistência máxima	Assistência mínima	Assistência total	Assistência total
Sra. Flor	Assistência moderada	Assistência moderada	Assistência moderada	Assistência total
Sra. Doquinha	Assistência máxima	Assistência moderada	Assistência mínima	Assistência mínima

Fonte: Avaliação da Medida de Independência Funcional (MIF), 2016.

Em relação aos cuidados pessoais, controle esfinteriano, mobilidade e locomoção, observou-se que há uma grande variação de independência e de assistência entre os pacientes, sendo que é evidente que cada paciente possui uma singularidade quanto à sua limitação. É notável que, quando um paciente possui maior limitação em uma área,

geralmente ela reflete-se nas outras, tornando-o mais dependente de assistência e de cuidados.

TABELA 4. Caracterização da 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. Toin	Supervisão	Supervisão
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. Zica	Independência modificada	Independência modificada
Sra. Flor	Supervisão	Supervisão
Sra. Doquinha	Supervisão	Supervisão

Fonte: Avaliação da Medida de Independência Funcional (MIF), 2016.

Na área de comunicação e conhecimento social, foi possível observar que os pacientes não apresentaram limitações significativas nestas áreas quando comparados com as limitações sofridas nas áreas de locomoção e de controle esfinteriano. Assim, a não limitação dos pacientes nessas áreas foi um grande facilitador para a coleta de dados e para a construção do mapa de rede social.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o AVE, dependendo da área comprometida, pode gerar sequelas que acarretam prejuízos à linguagem oral e escrita, tais como a afasia, a dispraxia e a disartria. Esses eventos, isolados ou em conjunto, podem causar uma barreira comunicativa que muitas vezes levam o paciente ao isolamento. Isto não foi observado nestes pacientes que, apesar de possuírem as sequelas supracitadas, com uma redução mínima do nível de comunicação, conseguiram de forma eficaz comunicar-se.

3.2. CARACTERIZAÇÃO DA REDE SOCIAL DOS PACIENTES ACOMETIDOS PELO AVE

Foi construído o Mapa de Rede Social dos 13 pacientes acometidos pelo AVE. Após a construção dos mapas, realizou-se a análise das características da estrutura da rede, conforme preconizado por Sluzki (2010), ou seja, foram analisados a composição, o tamanho e o tipo de vínculo da rede social.

Na *composição da rede social* foi avaliada a presença de pessoas ou instituições em cada quadrante relacional do paciente, conforme Tabela 5.

Percebe-se a presença significativa dos membros da família, profissionais de saúde e amigos na rede social destes pacientes. Nas relações de trabalhos apenas dois pacientes citaram apoio de colega de trabalho. Já às relações de contexto escolar, como eram previstas, não houve referências.

Tabela 5. Composição da rede social dos pacientes acometidos por AVE

Quadrantes	nº de pacientes
Família	13
Serviços de saúde	12
Amizades	11
Comunidade	6
Trabalho ou estudo	2

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

O apoio da família é muitíssimo importante, visto que todos os 13 pacientes citaram algum membro da família como alguém a quem ele recorre diante de suas dificuldades. Dessa forma, os familiares devem sempre apoiar o paciente no que for preciso, pois estes são elementos fundamentais na recuperação, reabilitação e reinserção (FALLER *et al.*, 2012).

Percebeu-se que os membros da ESF foram referenciados por 12 pacientes, o que nos chamou a atenção, visto que é muito citada pela mídia a indignação da população perante o papel do médico de família e sua equipe dentro do cuidado com a população. Reclamações como falta de comoção, falta de preparo e descaso são muito comuns. Entretanto, para os participantes deste estudo, o profissional médico foi percebido como um membro da rede social com vínculos significativos.

O *tamanho da rede social* compreende o número de pessoas que compõem a mesma, sendo classificada como reduzida, mediana ou ampliada. Redes compostas de uma a sete pessoas são consideradas reduzidas, aquelas compostas por oito a 10 pessoas são consideradas medianas e por mais de 11 pessoas são consideradas ampliada (SLUZKI, 2010).

Ao analisar os mapas de rede social, percebeu-se que seis pacientes apresentaram rede pequena, seis, rede média, e um paciente, rede grande, conforme Tabela 6.

Sluzki (2010) assevera que rede social reduzida é menos efetiva em situações de tensão de longa duração, sobrecarregando os membros a ela pertencentes, traduzindo-se em um esgotamento de recursos. No caso dos pacientes acometidos pelo AVE, o problema de a rede social ser reduzida é que a falta de qualquer membro pode representar uma perda significativa do apoio e dos cuidados a sua saúde.

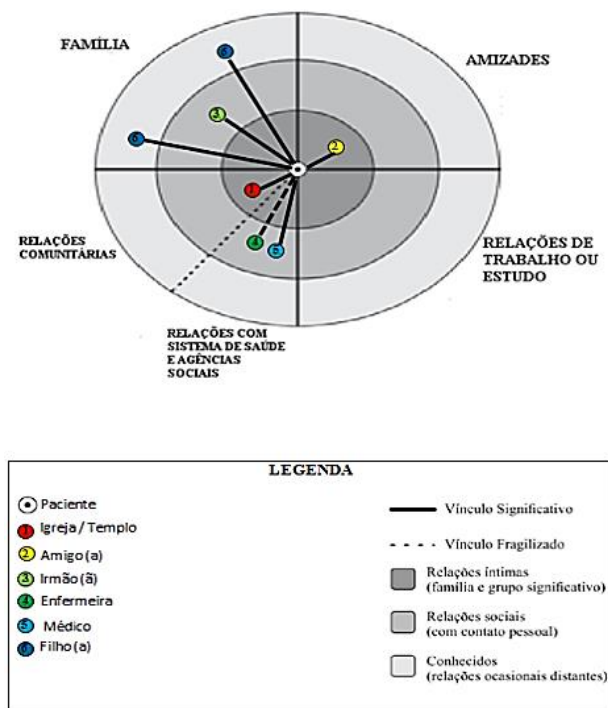
TABELA 6. Composição da rede social dos pacientes acometidos por AVE

Nome fictício	Relações Íntimas	Relações Sociais	Relações com conhecidos	Nº de pessoas na rede
Sr. Zé	1	5	0	6
Sr. Bié	4	2	0	6
Sr. Zico	3	6	0	9
Sr. Edi	3	6	1	10
Sr. Toin	4	3	0	7
Sr. Alemão	2	3	4	9
Sr. Manecote	1	5	2	8
Sra. Tita	2	3	2	7
Sra. Nenê	1	6	0	7
Sra. Cute	3	6	0	9
Sra. Zica	3	7	0	10
Sra. Flor	5	5	2	12
Sra. Doquinha	1	8	0	9

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

Observou-se que seis pacientes apresentaram uma rede social reduzida. No mapa de rede social da paciente Senhora *Tita*, representado na Figura 1, observou-se uma rede pequena com a presença de vínculos significativos com os filhos, irmãos, amigo, membros da igreja e o médico, e vínculo fragilizado com a enfermeira.

FIGURA 1. Mapa de rede social da Sra. *Tita*



As Diretrizes de Atenção à Reabilitação da pessoa com Acidente Vascular Cerebral (BRASIL, 2013) afirmam que pacientes após o AVE devem receber a garantia de acesso facilitado às Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que pode ser realizado pelo enfermeiro e o médico da ESF. É sabido que a Atenção na Rede Básica associa um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo e deve buscar não só a assistência, mas também a prevenção e a redução das taxas de internação e/ou reinternação por AVE. Verificou-se a presença significativa do médico com vínculo forte e um vínculo fragilizado com a enfermeira, o que é preocupante, visto que o enfermeiro é pessoa chave na garantia de acesso dos usuários a UBS.

A presença da igreja também chama a atenção no desenho do mapa, pois, em geral, quando aparece, ela tem vínculo forte e ocupa lugar no espaço destinado aos amigos e às relações comunitárias (BRASIL, 2013). Este espaço é essencial para ressignificar a história de vida dos pacientes. A igreja é um espaço de engajamento social que também contribui para a inserção dos pacientes na sociedade e que, de certa forma, oferece apoio espiritual e emocional.

Comumente a igreja é um membro referido em pesquisas que investigam mapas de redes sociais, sendo bastante referenciada pelas pessoas idosas. Em geral, esse movimento é explicado pela busca das pessoas por espaços alternativos para enfrentarem problemas relacionados à vida em sociedade, aos conflitos e à saúde, demonstrando a relevância depositada no papel da religião como complemento para os diferentes tipos de serviços e políticas públicas (BRASIL, 2013).

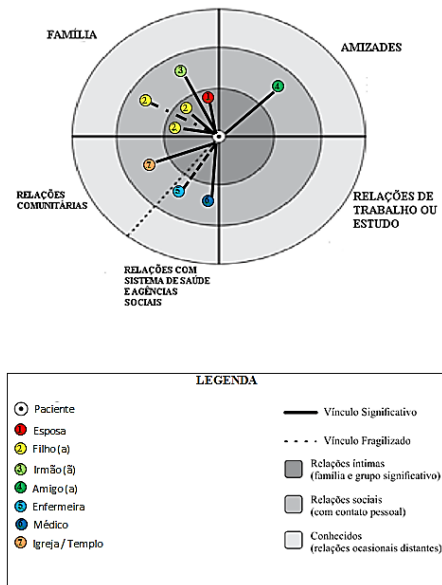
Na análise dos mapas de rede social de pacientes, pôde-se observar que existem alguns componentes das redes sociais que atuam de maneira mais significativa, funcionando como fatores protetores em relação ao enfrentamento das repercussões do AVE, como os membros da família, o médico, amigos e membros da igreja.

As Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral (BRASIL, 2013) afirmam que pacientes após o AVE deve receber um cuidado qualificado, e para tanto, algumas medidas bem estabelecidas precisam ser consideradas, como a integração das ações da reabilitação pelos equipamentos das relações comunitárias, como a igrejas, associações, áreas de esporte e lazer.

Observou-se que seis pacientes apresentaram uma rede social média. No mapa de rede social do Senhor *Zico* (Figura 2), observou-se uma rede média com a presença de vínculos significativos esposa, filhos, irmãos, membros da igreja, médico e vínculos fragilizados com um filho e a enfermeira.

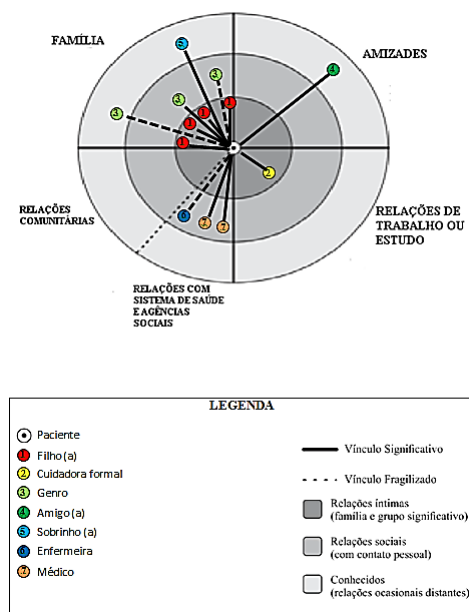
Para Sluzki (2010), redes de tamanho médio, entre oito e dez pessoas, são consideradas eficientes no sentido de uma maior distribuição da sobrecarga do apoio oferecido. É sabido que a rede social é capaz de fornecer apoio material ou emocional propiciando qualidade de vida e bem-estar social.

FIGURA 2. Mapa de rede social do Sr. Zico



Apenas uma paciente apresentou rede social grande com a presença de 12 membros. No mapa de rede social da paciente Senhora *Flor* (Figura 3), observou-se a presença de vínculos significativos com filhos, genro, amigo, médico e a cuidadora informal e vínculos fragilizados com a enfermeira e sobrinho. A rede social grande indica a possibilidade de essa rede não ser efetiva, já que os membros podem ter a suposição de que alguém já esteja “cuidando do problema” (SLUZKI, 2010). Nessa perspectiva, as redes muito numerosas podem conduzir a um maior descompromisso; os membros que a ela pertencem podem pressupor que outros já estão assumindo o cuidado e o apoio devido e, no final, nenhum acaba por atuar de forma efetiva.

FIGURA 3. Mapa de rede social da Sra. Flor



O papel do cuidador é de extrema importância no processo de recuperação do paciente acometido por AVE. Sendo ele formal ou informal, as ações destinadas ao paciente devem possuir um caráter prático e funcional, possibilitando assim uma reabilitação eficaz do paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Os cuidadores formais passam por uma capacitação que tem bases filosóficas calcadas em preservar ao máximo o autocuidado dos pacientes e participar interinamente nos cuidados, dos quais estes são dependentes daqueles. Já os cuidadores informais são, geralmente, familiares dos pacientes que não possuem formação adequada para auxiliar da melhor forma possível o paciente na sua recuperação (CONCEIÇÃO, 2010).

Dessa forma, ambos os cuidadores dependem da orientação do médico e da ESF, todavia, o cuidador informal expressa uma dependência maior do auxílio dos membros da ESF, principalmente no que se refere ao conhecimento básico do cuidado do paciente com sequelas do AVE (CONCEIÇÃO, 2010).

Na relação médico-paciente, existem expectativas claramente definidas. De um lado, os pacientes buscam a ajuda dos médicos; reciprocamente, os médicos tendem a se comportar de maneira altruísta e devem dispor de conhecimentos especializados que permitam atingir o objetivo comum de ambos: a cura. O papel do médico caracteriza-se, antes de tudo, pela necessidade de ter preocupação com o bem-estar do paciente (VIANNA *et al.*, 2010). A doença provoca a sensação de isolamento em pacientes que buscam apoio e compreensão em outras pessoas. Assim, no processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da prática médica. A empatia, entendida como a troca de sensibilidade entre profissional e paciente, é essencial nesse encontro. Os pacientes esperam que o médico seja amistoso, cordial, gentil, carinhoso e solidário no seu sofrimento, oferecendo-lhes o apoio emocional (VIANNA *et al.*, 2010).

A adesão ao tratamento é o fator mais importante para o controle efetivo de muitas patologias, principalmente as crônicas e seus agravos. É muito difícil identificar a falta de adesão, assim como quantificá-la, sendo que pode variar de zero a 100% em pacientes que usam tanto as medicações prescritas, quanto outras por conta própria. Encontra-se ainda porcentagem maior quando a falta de adesão tem relação direta com o estilo de vida, como dieta, atividade física, tabagismo e etilismo (LUSTOSA *et al.*, 2011).

Dessa forma, para estabelecer uma adesão de tratamento de qualidade, é importante a criação de um vínculo forte do paciente, principalmente os acometidos pelo AVE, com o médico e sua ESF e os membros do NASF, o que irá propiciar uma recuperação e uma reabilitação do paciente após o AVE. Conconato (2015) assevera que uma rede social, com a presença de membros da família, amigos, profissionais de saúde, comunidade e igreja, contribui de forma significativa para a recuperação e reabilitação dos pacientes acometidos pelo AVE.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante os resultados obtidos, 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. Na prática da APS deve-se utilizar do

PTS para abordagem de pacientes que apresentam situações de vulnerabilidades e de risco como estes. Assim, recomenda-se a capacitação dos membros da ESF e do NASF para os propósitos do PTS e mesmo a sensibilização destes profissionais para o cuidado integral.

Diante do exposto e da constatação de que existem poucas investigações que se debruçam sobre o tema, na área médica, especialmente no que tange ao mapeamento da rede social dos pacientes acometidos pelo AVE, enfatiza-se a necessidade de novas pesquisas sobre a função dos membros da rede social na reabilitação de pacientes acometidos pelo AVE.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Rafaela Baggi Prieto; PIRES, Eugênia Lucélia de Seixas Rodrigues. Avaliação da funcionalidade e qualidade de vida em pacientes com acidente vascular encefálico (AVE). *Unilus Ensino e Pesquisa*, 12(27): 108, 2015.

ANDRADE; Luciene Miranda. The problematic aspects of the family caregiver of people who suffered strokes. *Rev. Esc. Enferm. USP [online]*, 43(1): 37-43, 2010

BARRA, Sérgio *et al.* Predição do risco de evento cerebrovascular após um enfarte agudo do miocárdio. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 30(7-8): 655-663, 2011.

BERTOLUCCI, Paulo *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatria*, 52(1): 1-7, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CONCEIÇÃO, Luiz Fabiano Soriano da. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(1): 81-89, 2010.

FALLER, Jossiana Wilke *et al.* Sobrecarga e mudanças no cotidiano de cuidadores familiares de paciente com doença crônica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(1): 181-189, 2012.

LUSTOSA, Maria Alice; ALCAIRES, Juliana; COSTA, Josie Camargo da. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. *Revista da SBPH*, 14(2): 27-49, 2011.

MIRANDA, Fernanda Alves Carvalho de; COELHO, Elza Berger Salema; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. *Projeto terapêutico singular*. 60 p. Centro de Ciências da Saúde, Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal

de Santa Catarina, 2012.

O'DONNELL, Martin J. *et al.* Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *The Lancet*, 376 (9735): 112-123, 2010.

OLIVEIRA, Barbara Campos; GARANHANI, Mara Lúcia; GARANHANI, Márcia Regina. Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico—necessidades, sentimentos e orientações recebidas. *Acta Paul Enferm*, 24(1): 43-9, 2011.

VIANNA, Lucy Gomes; VIANNA, Cecília; BEZERRA, Armando José China. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. *Rev Bras Educ Med*, 34(1): 150-159, 2010.

RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva *et al.* Perfil de Usuários Acometidos por Acidente Vascular Cerebral Adscritos à Estratégia Saúde da Família em uma Capital do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 16 (2013):35-44.

RIBERTO Marcelo, *et. al.* Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*, 11(2):72-6, 2014.

SCHÄFERA, Priscila Santos; MENEGOTTO, Lisiane Oliveira; TISSER, Luciana. Acidente vascular cerebral: as repercussões psíquicas a partir de um relato de caso. *Ciências & Cognição*, 15(2): 202-215, 2010.

SILVA, Renata Carmel de Araujo; MONTEIRO, Geyciele Lima; SANTOS, Ariane Gomes dos. O enfermeiro na educação de cuidadores de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral. *Revista de Atenção à Saúde*, 13(45): 114-120, 2015.

SLUZKI, C. E. Redes pessoais, sociais e saúde: implicações conceituais e clínicas de seu impacto recíproco. *Famílias, Sistemas & Saúde*, 28(1): 1-18, 2010.