

Rede social dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico na atenção primária de saúde**Social network of patients affected by brain vascular accident in primary health care**

DOI:10.34117/bjdv6n9-446

Recebimento dos originais: 15/08/2020

Aceitação para publicação: 18/09/2020

Leonardo Nikolas Ribeiro

graduando em medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM; Instituição:
Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: Rua Major Gote, 808, Alto Caiçaras, Patos de Minas, MG. CEP: 38702064
Email: lnribeiro1@hotmail.com

Ana Cecília Alves Silva Marques

graduanda em medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM; Instituição:
Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: Rua Major Gote, 808, Alto Caiçaras, Patos de Minas, MG. CEP: 38702064
Email: anacecilia_alves@hotmail.com

Bruno Ladeia Mendes

graduando em medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM; Instituição:
Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: Rua Major Gote, 808, Alto Caiçaras, Patos de Minas, MG. CEP: 38702064
Email: bladeia43@gmail.com

Danty Ribeiro Nunes

graduando em medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM; Instituição:
Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: Rua Major Gote, 808, Alto Caiçaras, Patos de Minas, MG. CEP: 38702064
Email: dantynunes@yahoo.com.br

Larissa Caixeta Fernandes Sant'Ana

graduanda em medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM; Instituição:
Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: Rua Major Gote, 808, Alto Caiçaras, Patos de Minas, MG. CEP: 38702064
Email: laricaixeta@hotmail.com

Lucas Pinto Cavalcante

graduando em medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM; Instituição:
Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: Rua Major Gote, 808, Alto Caiçaras, Patos de Minas, MG. CEP: 38702064
Email: lucas.cavalcanti@yahoo.com.br

Victória Teixeira de Oliveira Silva

graduanda em medicina pelo Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM; Instituição:
Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Endereço: Rua Major Gote, 808, Alto Caiçaras, Patos de Minas, MG. CEP: 38702064
Email: victoria_oliveirasilva1@hotmail.com

Marilene Rivany Nunes

doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP-USP. Instituição: docente do curso de
medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM
Email: maryrivany@yahoo.com.br

RESUMO

O acidente vascular encefálico (AVE) é considerado uma das principais causas de morte no mundo e a 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 destes pacientes. 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 2016. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas, conforme Parecer nº 1.470.570/2016. Utilizou-se um questionário para caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico, a Medida de Independência Funcional e o Mapa de rede social. Fizeram parte deste estudo 13 pacientes, sendo sete homens e seis mulheres, com idades entre 57 e 79 anos, predominando ensino fundamental e viuvez. Todos os pacientes apresentam hipertensão arterial sistêmica e sequelas de hemiparesia. Pacientes apresentaram maior necessidade de assistência nas áreas de cuidados pessoais, controle esfincteriano, mobilidade e locomoção. Na análise dos mapas da rede social percebeu-se a presença de amizades, 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. Na prática da atenção primária deve-se utilizar do projeto terapêutico singular para abordagem destes pacientes.

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

ABSTRACT

Stroke is considered one of the main causes of death in the world and is the first cause of death in adults in Brazil, in addition to being the main cause of functional disability, since about 3/4 of individuals who survive stroke have permanent sequelae. This research aimed to assess the level of functional independence of patients affected by stroke and to identify the composition of the social network of these patients. This is a descriptive research with a qualitative and quantitative approach, developed at the Primary Health Care Unit José Cláudio Arpino, in Patos de Minas-MG, in 2016. The research was approved by the Research Ethics Committee of the University Center de Patos de Minas, according to Opinion No. 1,470,570 / 2016. A questionnaire was used to characterize the sociodemographic and clinical profile, the Functional Independence Measure and the Social Network Map. Thirteen patients took part in this study, seven men and six women, aged between 57 and 79 years, with primary education and widowhood predominating. All patients have systemic arterial hypertension and sequelae of hemiparesis. Patients had a greater need for assistance in the areas of personal care, sphincter control, mobility and locomotion. In the analysis of the social network maps, the presence of friendships, 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 by an interdisciplinary team. In the practice of primary care, the unique therapeutic project should be used to approach these patients.

Keywords: Stroke, Primary attention, Social network, Family and community medicine.

1 INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é considerado uma das principais causas de morte no mundo e 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 vivem com sequelas (O'DONNELL *et al.*, 2010; SCHÄFERA *et al.*, 2010).

Andrade (2010) e Silva *et al.*, (2015) evidenciam que a deterioração cognitiva, motora e sensorial, a depressão, os distúrbios de linguagem e visuais, são algumas das sequelas do AVE. Os autores destacam que estas provocam, limitações nas atividades de vida diária e na independência funcional que compromete significativamente a qualidade de vida (QV). Assim, O'Donnell *et al.*, (2010) afirmam que no espaço de tempo entre a recuperação e a reabilitação estes pacientes carecem de apoio dos familiares e dos profissionais de saúde. Portanto, nota-se que os membros da rede social são essenciais na vida destes pacientes.

A rede social concerne aos vínculos sociais advindos das relações humanas, os quais têm impacto profundo na vida de uma pessoa. O que inclui os vínculos interpessoais da pessoa com a família, amigos, comunidade, colegas de trabalho e de estudo, entre outras (SLUZKI, 2010). A rede favorece o desenvolvimento de práticas relacionadas com a saúde, relacionadas a QV e o bem-estar, fundamentais aos pacientes acometidos pelo AVE.

Assim, entende-se que a presença de uma rede social, com vínculos fortes, desencadeia a restauração funcional, a reabilitação, a recuperação, a reestruturação familiar e social dos pacientes acometidos pelo AVE, oferecendo-lhes sobretudo uma melhora na QV.

Tendo em vista a incidência do AVE, a importância da incapacidade física, mental e social, assim como, o comprometimento na QV. Faz-se claro a relevância dessa pesquisa. Esta pesquisa objetivou avaliar o nível de independência funcional dos pacientes acometidos pelo AVE e identificar a composição da rede social destes pacientes

2 METODOLOGIA

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

A amostra foi composta por 13 pacientes acometidos por AVE, acompanhados pela Equipe de Saúde da Família (ESF), nesta UAPS, com idades superiores a 55 anos.

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.

Para a coleta de dados foi realizada discussão com os responsáveis pela UAPS José Cláudio Arpino, para identificar os pacientes acometidos por AVE. Em seguida foi realizada visita domiciliar e convite ao paciente para participar da pesquisa. Em caso de aceite foi agendado o dia e horário para coleta de dados de acordo com disponibilidade e vontade do paciente.

Em primeiro momento foi aplicado a avaliação do estado cognitivo, utilizando o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), para averiguar se os pacientes acometidos pelo AVE eram aptos a responder os demais instrumentos. Todos os pacientes apresentaram escores acima da referida nota de corte do MEEM, ajustada a escolaridade (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. Estes dados foram submetidos a análise pela estatística descritiva e organizados sob a forma de números absolutos em tabelas.

Fez-se uso do instrumento Medida de Independência Funcional (MIF) para identificar o nível de independência e o nível de assistência necessitada pelo paciente, de acordo com os parâmetros preconizados pelo instrumento (RIBERTO *et al.*, 2004).

Ainda foi construído o Mapa de rede social, para elucidar a composição da rede social dos pacientes acometidos pelo AVE. Os dados obtidos pela construção dos mapas foram analisados de acordo com os parâmetros definidos por Sluzki (2010).

Por fim foi realizada uma interlocução entre os dados obtidos e entre o pressuposto pela pesquisa e a literatura, objetivando interpretar o significado, recursos e lacunas existentes na rede social, apontados pelos pacientes acometidos pelo AVE.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

DESCRIÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PARTICIPANTES

Fizeram parte deste estudo 13 pacientes acometidos pelo AVE. Os pacientes foram descritos com nomes fictícios de sua preferência objetivando o anonimato e sigilo de informações.

Ao analisar os dados do questionário sociodemográfico nota-se a presença de 7 pacientes do sexo masculino e 6 do sexo feminino, com idades entre 57 anos a 79 anos, prevalecendo escolaridade à nível de ensino fundamental e viúves, conforme Tabela 1.

Tabela 1: 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.

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.

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

Conforme Ribeiro *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 paciente analisados, conforme Tabela 2.

Ribeiro *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, no que cerca ao enfrentamento de sequelas.

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

Nome fictício	História progressa	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 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 13 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 *et al.*, (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 *et al.*, 2015).

Diante de situações graves e complexas como a reverberação do AVE na vida dos pacientes, faz-se necessário o acompanhamento contínuo desses pelos membros da ESF e os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da família (NASF). Estes 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 *et al.*, 2012).

Perante análise dos dados obtidos pela execução da Medida de Independência Funcional (MIF), foi caracterizado os níveis de independência e assistência necessitada pelos pacientes nas áreas de cuidados pessoais, controle esfincteriano, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social.

Notou-se que os pacientes acometidos pelo AVE, pertencentes ao sexo feminino, evidenciaram maior grau de dependência de assistência na área de cuidados pessoais e os pacientes pertencentes ao sexo masculino, necessitaram de uma maior assistência na área de controle esfincteriano. Na área de locomoção observou-se que 11 pacientes apresentam um 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 esfincteriano	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.

De acordo com os dados obtidos sobre cuidados pessoais, controle esfincteriano, mobilidade e locomoção, foi evidenciado que há uma grande variação da dependência e necessidade de assistência entre os pacientes, sendo evidente que cada paciente possui uma singularidade quanto a

sua limitação. É claro que quando um paciente possui uma maior restrição em uma área, geralmente reverbera-se nas outras, causando maior dependência de cuidados.

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. 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 observou-se que os pacientes não apresentaram limitações importantes nestas áreas quando comparados com as limitações sofridas em outras áreas.

De acordo com Brasil (2013) o AVE, pode gerar sequelas que acarretam prejuízos à linguagem oral e escrita, tais como a afasia e a disartria. Esses eventos podem causar uma barreira de comunicação que muitas vezes levam o paciente ao isolamento. Os pacientes que participaram deste estudo possuíam pequenas sequelas nestas áreas, o que não provocou as repercussões citadas acima.

DESCRIÇÃO DA REDE SOCIAL DOS PACIENTES ACOMETIDOS PELO AVE

Foi elaborado o Mapa de Rede Social dos 13 pacientes acometidos pelo AVE. Após a construção dos mapas analisou-se as características da estrutura da rede conforme estabelecido por Sluzki (2010).

Na composição da rede social foi analisada a 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 destes pacientes. Já as relações no contexto escolar como eram previstas não houve referências.

Tabela 5: 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 de familiares tem importância enorme, visto que, todos os 13 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, pois estes são elementos primordiais na recuperação, reabilitação e reinserção na sociedade do paciente (FALLER *et al.*, 2012)

Evidenciou-se que os membros da ESF foram referenciados por 12 pacientes, o que é demasiado importante, visto que, é muito citada pela mídia a revolta da população perante o papel dos profissionais de saúde dentro do cuidado com a população. Apontamentos como falta de comoção, descaso e falta de preparo são muito comuns. No entanto, para os participantes deste estudo 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, classificando como reduzida, mediana ou ampliada. Redes com uma a sete pessoas são consideradas reduzidas, aquelas com oito a 10 pessoas são consideradas medianas e com mais de 11 pessoas são consideradas ampliadas.

Ao avaliar os mapas de rede social notou-se que seis pacientes apresentaram uma rede pequena, seis apresentaram uma rede média e um paciente apresentou uma rede grande, conforme Tabela 4.

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.

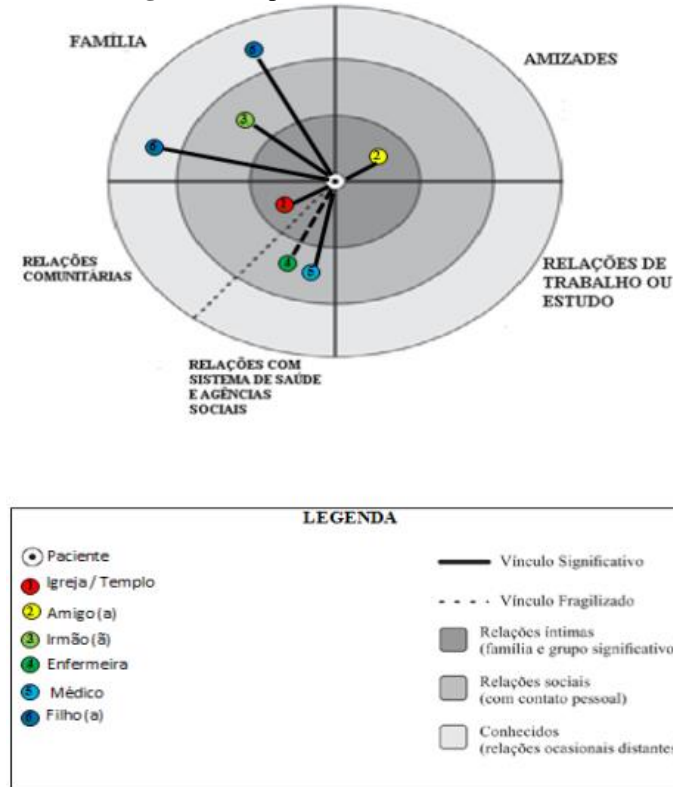
Tabela 4: Rede social dos pacientes acometidos por AVE

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.

Notou-se que seis pacientes evidenciaram uma rede social reduzida. O mapa de rede social da paciente *Tita*, representado na Figura 1, representa uma rede pequena com a presença de vínculos significativos com irmãos, filhos, amigo, médico e membros da igreja e vínculo fragilizado com a enfermeira.

Figura 1: Mapa de rede social da Sra. Tita



As Diretrizes de Atenção à Reabilitação da pessoa com AVE (BRASIL, 2013) afirma que pacientes após o AVE deve receber acesso facilitado às ESF, o que pode ser realizado qualquer membro da ESF. É notável que a Atenção Primária associa 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.

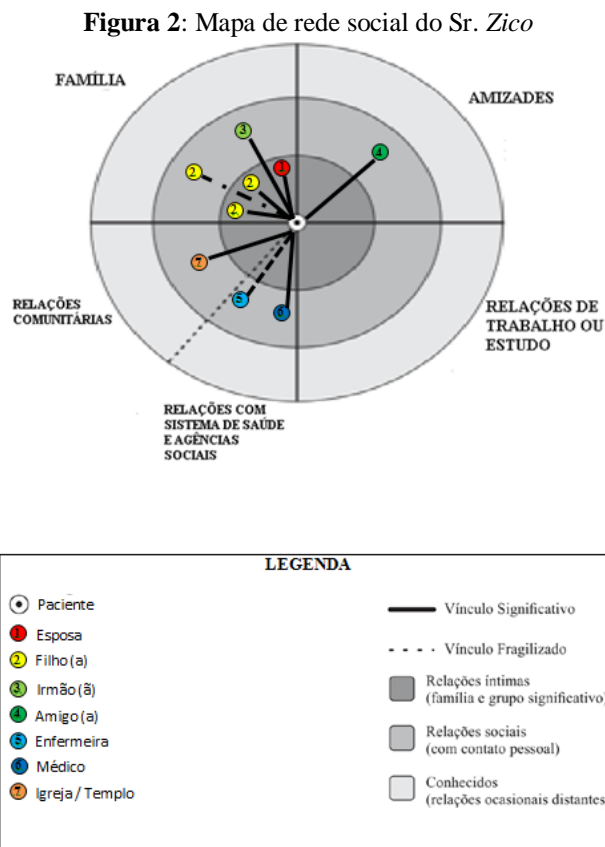
A presença da igreja também chama a atenção, pois, quando aparece, possui vínculo forte e ocupa lugar importante destinado aos amigos e as relações comunitárias (BRASIL, 2013). Este espaço é essencial para ressignificação da vida do paciente. A igreja exerce papel de engajamento social, o que também 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 a vida em sociedade, aos conflitos familiares e a saúde, demonstrando a relevância depositada no papel da religião como complemento para os diferentes tipos de serviços e políticas públicas (BRASIL, 2013).

Ao analisar os mapas de rede social observou-se que existem alguns fatores das redes sociais que desempenham fatores protetores 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, deve-se considerar algumas medidas bem estabelecidas como a integração das ações de reabilitação pelas relações comunitárias como associações, igrejas, áreas de esporte e lazer.

Notou-se que seis pacientes evidenciara 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.

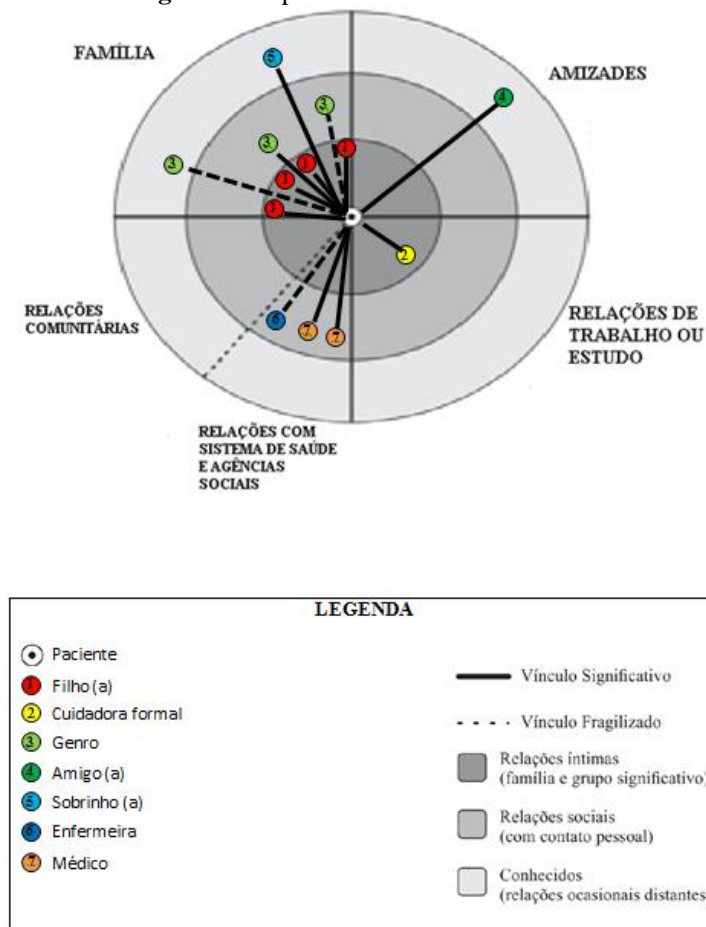


Para Sluzki (2010) redes sociais de tamanho médio, entre oito e 10 pessoas, são consideradas adequadas no sentido de uma distribuição eficaz da sobrecarga do apoio dispendido pelo paciente. É notado que a rede social é capaz de suprir apoio material e emocional garantindo qualidade de vida e bem estar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

Apenas uma das pacientes evidenciou uma rede social grande com a presença de 12 membros. No mapa de rede social da paciente *Flor*, Figura 3, nota-se a existência de vínculos fortes com filhos, amigo, genro, médico e a cuidadora informal e vínculos fragilizados com a enfermeira e genros.

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 e, resultando, em falta de efetividade do cuidado.

Figura 3: Mapa de rede social da Sra. Flor



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 (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

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 em 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, amigoso, 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, tal 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.

Cononato (2015) assevera 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

Diante do evidenciado e da averiguação de que existem escassas investigações que se debruçam sobre este tema, especialmente no que tange ao mapeamento da rede social destes pacientes, reverbera-se a necessidade de novas pesquisas sobre o papel da rede social na reabilitação de pacientes acometidos pelo AVE.

Fizeram parte deste estudo 13 pacientes, vítimas de AVE, sendo 7 homens e 6 mulheres, com idades entre 57 e 79 anos, grande parte apenas com ensino fundamental, em estado de viuvez.

Evidenciou-se que todos os pacientes são portadores de HAS, cinco tem DM e seis sofreram IAM prévio. Notou-se que todos os pacientes apresentaram hemiparesia de membros. 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 as áreas de comunicação e de conhecimento social.

Ressaltando a composição da rede social dos pacientes é possível concluir que todos os pacientes mencionaram familiares, 12 pacientes mencionaram da ESF, 11 mencionaram amigos, seis mencionaram alguém no quadrante comunidade e dois mencionaram alguém no quadrante trabalho ou estudo. Também foi apontado que seis pacientes apresentaram uma rede pequena, seis pacientes apresentaram uma rede de tamanho médio e um paciente evidenciou uma rede grande.

Contudo denota-se que os pacientes vítimas de AVE, vivenciam situações graves e complexas, o que depreende a necessidade de uma assistência integral por uma equipe interdisciplinar. Na prática da atenção primária deve-se utilizar do projeto terapêutico singular para abordagem de pacientes que apresentam situações de vulnerabilidades e de risco como estes.

Assim, ressalta-se a importância da capacitação dos membros da ESF e do NASF para os propósitos do PTS e mesmo a sensibilização destes profissionais para o cuidado integral.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ; PRIETO R. B.; PIRES E. L. DE S. R. "Avaliação da funcionalidade e qualidade de vida em pacientes com acidente vascular encefálico." *UNILUS Ensino e Pesquisa* 12.27 (2015): 108.
- ANDRADE; MIRANDA L. The problematic aspects of the family caregiver of people who suffered strokes. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2010, vol.43, n.1, pp. 37-43. ISSN 1980-220X.
- BARRA, S.; PROVIDÊNCIA, R.; GOMES, P. L.; SILVA, J.; SECA, L.; NASCIMENTO, J.; LEITÃO-MARQUES, A. M. (2011). Predição do risco de evento cerebrovascular após um enfarte agudo do miocárdio. *Revista Portuguesa de Cardiologia*,30(7), 655-663
- BERTOLUCCI, P. H. F., MATHIAS, S. C., BRUCKI, S. M. D., CARRILHO, P. E. M., OKAMOTO, I. H., & NITRINI, R. (1994). Proposta de padronização do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): estudo piloto cooperativo (FMUSP/EPM).*Arq Neuropsiquiatr*, 52(1), 225-240.

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, L. F. S. D. (2010). Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado.

FALLER, J. W., DA SILVA BARRETO, M., GANASSIN, G. S., & MARCON, S. S. (2012). **Sobrecarga e mudanças no cotidiano de cuidadores familiares de paciente com doença crônica**-doi: 10.4025/ciencucuidsaude. v11i1. 18876. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(1), 181-189.

LUSTOSA, M. A.; ALCAIRES, J.; COSTA, J. C. D. (2011). Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. *Revista da SBPH*, 14(2), 27-49.

MIRANDA *et al.* (2012). **Projeto terapêutico singular** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 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; 376(9735):112-23.

OLIVEIRA, B. C.; GARANHANI, M. L.; GARANHANI, M. R. (2011). Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico–necessidades, sentimentos e orientações recebidas. *Acta Paul Enferm*, 24(1), 43-9.

VIANNA, L. G.; VIANNA, C.; BEZERRA, A. J. C. (2010). Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. *Rev Bras Educ Med*, 34(1), 150-9.

RIBEIRO, K. S. Q. S.; NEVES, R. da F.; BRITO, G. E. G.; de MORAIS, J. D.; LUCENA, E. M. de F.; de MEDEIROS, J. M.; MENDES, L. M. (2013). 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, 35-44.

RIBERTO M.; MIYAZAKI M. H.; JUCÁ S. S. H.; SAKAMOTO H.; PINTO P. P. N.; BATTISTELLA L. R. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*. 2004;11(2):72-6.

SCHÄFERA, P. S.; MENEGOTTO, L. O.; TISSER, L. Acidente vascular cerebral: as repercussões psíquicas a partir de um relato de caso. Universidade Feevale, novo hamburgo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciências & Cognição* 2010; vol 15 (2): 202-215.

Brazilian Journal of Development

SILVA, RENATA C. A.; MONTEIRO, G. L.; SANTOS, A. G. 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. 2015, p. 114-120.

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