

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DE  
USUÁRIOS E CUIDADORES**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO  
- Modalidade Artigo Publicável -**

**Fernanda Vianna Schmitt**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2014**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em  
Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DE  
USUÁRIOS E CUIDADORES**

Elaborado por

**Fernanda Vianna Schmitt**

Orientado por

**Ms Jucelaine Arend Birrer**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde,  
ênfase Crônico-Degenerativo**

**Comissão Examinadora:**

**Ms. Jucelaine Arend  
Birrer (HUSM)-Presidente**

**Mda. Miriam Perrando  
(HUSM)**

**Dr<sup>a</sup> Nildete Terezinha de  
Oliveira (HUSM)**

Santa Maria, 10 de março de 2014.

# ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DE USUÁRIOS E CUIDADORES

## STROKE: SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF USERS AND THEIR CAREGIVERS

**Fernanda Vianna Schmitt<sup>1</sup>, Jucelaine Arend Birrer<sup>2</sup>, Ana Paula Flores Colpo<sup>3</sup>,  
Andréia Claro Tavares<sup>4</sup>, Camila Pinno<sup>5</sup>, Aline Amaral dos Santos<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>. Fisioterapeuta, autora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM. Endereço: Rua Silva Jardim, 1496 – 101. Santa Maria, RS. E-mail: [fernandavschmitt@gmail.com](mailto:fernandavschmitt@gmail.com). Telefone: (55) 96816430.

<sup>2</sup>. Enfermeira, orientadora; Mestre em Administração pela Universidade Federal de Santa Maria; Tutora de Campo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde

<sup>3</sup>. Terapeuta Ocupacional, co-autora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM

<sup>4</sup>. Serviço Social, co-autora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM

<sup>5</sup>. Enfermeira, co-autora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM.

<sup>6</sup>. Cirurgiã Dentista, co-autora; Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM

### RESUMO

**Objetivo:** O objetivo desse estudo foi conhecer o perfil sócio demográfico dos usuários acometidos por AVE internados em um hospital universitário do interior do estado do Rio Grande do Sul e seus cuidadores. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo no qual foram entrevistados através de um instrumento sociodemográfico, usuários que estiveram internados em um hospital da região central do estado no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012 e seus cuidadores. **Resultados:** Participaram do estudo 8 usuários e 7 cuidadores, totalizando 15 sujeitos. Quanto ao gênero quatro (50%) dos usuários eram do sexo masculino e quatro (50%) do sexo feminino, já entre os cuidadores cinco (51,4%) do sexo feminino e dois (21,6%) do sexo masculino. Observou-se que todos os usuários e a maioria dos cuidadores apresentavam baixa escolaridade e diversos fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT. Apesar disso, apenas quatro (50%) usuários frequentavam Unidades de Saúde. Entre os cuidadores seis (85,7%) possuíam vínculo familiar e 6 (85,7%) relataram ter sua rotina modificada após o adoecimento do familiar, deixando de realizar atividades habituais. **Conclusão:** O AVE modifica a vida do indivíduo e daqueles que estão a sua volta, portanto não pode ser visto isoladamente como uma doença. Sendo assim, não se deve esquecer a figura do cuidador, que muitas vezes acaba adoecendo neste processo. As medidas utilizadas atualmente para o combate da doença parecem não alcançar a eficácia desejada, sendo necessária a implantação de ferramentas e tecnologias já existentes e, no caso da patologia já instalada é necessário pensar em alternativas que amparem o usuário e sua família desde o momento da internação, não havendo desresponsabilização pelos casos no momento da alta, desenvolvendo assim, uma relação de confiança entre usuários, familiares e equipes de saúde.

**Palavras-Chave:** acidente vascular encefálico; cuidadores; fatores de risco; perfil de saúde.

## **ABSTRACT**

**Objectives:** The goal of this study was identify the sociodemographic profile of users affected by stroke and their carers in a university hospital in the state of Rio Grande do Sul. **Methodology:** This is a qualitative, descriptive study in which were interviewed by a sociodemographic instrument, users who have been admitted in a hospital in the central region of state between January of 2011 and December of 2012, a total of 15 subjects. **Results:** By gender, four (50%) of users were male and four (50%) were female, among the caregivers, five (51,4%) were females and two (21,6%) were males. It was observed that all users and most of caregivers had lower education and various risk factors for the development of non-communicable diseases. Although this, only four (50%) users were attending health units. Among the caregivers, six (85,7%) had a family bond and 6 (85,7%) reported having their family routine modified after the illness, failing to perform their usual activities. **Conclusion:** The stroke changes the lives of the user and those who are around they, so it cannot be seen in only as a disease. Thus, one should not forget the figure of the caregiver, which often ends u getting sick in the process. The measures currently used to combat the disease do not seem to achieve the desired efficiency, being necessary the deployment of existing tools and technologies and, in case of the pathology already installed you must consider alternatives that protect the user and their family from the moment of hospitalization, with no disclaimers cases by the time of discharge, thus developing a relation of trust among users, family and health care teams.

**Keywords:** Stroke. Caregivers, Risk factors, Health profile.

## INTRODUÇÃO

O perfil de morbidade e mortalidade da população brasileira passa por um processo de transição, expressas pelo declínio progressivo de doenças infecciosas e parasitárias com ascensão as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o que caracteriza uma transição epidemiológica preocupante no cenário mundial (CASADO, VIANNA e THULER, 2009).

Conforme Mendes (2010), o Brasil vive uma transição demográfica acelerada, na qual a população, apesar de baixas taxas de fecundidade, tende a continuar crescendo nas próximas décadas, em relação a resultados dos padrões de fecundidade anteriores. Segundo o autor, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960 passaram para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens. Essas situações apresentam-se como um desafio atual e requerem uma adaptação dos serviços de saúde frente à expressiva e crescente demanda das DCNT.

Dentre elas, destacam-se as doenças cerebrovasculares e a hipertensão arterial (HA), com uma prevalência estimada de 35% na população acima de 40 anos. A instalação da HA ocorre cada vez mais precocemente, e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. Isso representa, em números absolutos, um total de 17 milhões de portadores da doença no país (RIBEIRO, COSTA e RIBEIRO, 2012). Essas doenças compreendem o acidente vascular encefálico (AVE), a doença arterial coronariana, a doença arterial periférica, as doenças renais e a insuficiência cardíaca congestiva.

Segundo Abramczuk e Villela (2009) o AVE está entre as doenças com maior taxa de mortalidade do mundo. É a maior causa de incapacitação da população na

faixa etária superior a 50 anos, sendo responsável por 10% do total de óbitos, 32,6% das mortes com causas vasculares e 40% das aposentadorias precoces no Brasil. O país está entre os dez primeiros com maiores índices de mortalidade por AVE.

Dentre as inúmeras sequelas decorrentes deste destaca-se a incapacidade funcional associada a diversas disfunções, tais como, comprometimentos sensoriais, motores, cognitivos e perceptuais (MAZZOLA et al., 2007). O grau de incapacidade também é variável, podendo gerar dependência parcial ou total, necessitando o envolvimento de cuidadores, em sua maioria pessoas da família. Para os últimos, trata-se de um processo complexo, com mudanças de hábitos e adaptação dos estilos diários de sobrecarga física, emocional, financeira podendo levá-los ao adoecimento (FREITAS, MENEGHEL e SELLI, 2011).

Frente a essas situações as equipes de saúde necessitam buscar estratégias educativas na assistência domiciliar, em que o cuidado transcenda o estado de saúde do indivíduo, focando também a saúde do cuidador, sua percepção e estratégias de cuidar, as necessidades e dificuldades, o conhecimento das experiências do cuidado (VIEIRA et al., 2011).

Sendo assim, o objetivo desse estudo foi conhecer o perfil sócio demográfico dos usuários acometidos por AVE internados em um hospital universitário do interior do estado do Rio Grande do Sul e seus cuidadores.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo é parte do projeto matricial intitulado: “*O Caminho Percorrido na Rede de Atenção à Saúde em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul: a realidade dos usuários acometidos por acidente vascular encefálico*”, como requisito para conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde de uma universidade pública. Integram este projeto cinco núcleos profissionais: Fisioterapia, Enfermagem, Serviço Social, Odontologia e Terapia Ocupacional.

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo. A pesquisa foi realizada em um hospital universitário da região central do estado do Rio Grande do Sul/Brasil; o período de coleta de dados foi de outubro a dezembro de 2013. Foram realizadas consulta ao Setor de Estatística da instituição hospitalar, a fim de identificar o número de usuários internados na unidade de clínica médica acometidos por AVE no período de janeiro de 2011 a dezembro 2012.

Após o levantamento, os dados foram alocados em uma planilha do Programa *Microsoft Office Excel 2007*, para que fosse observado o bairro com maior concentração de sujeitos acometidos por AVE no período estudado.

Foram incluídos no estudo usuários residentes no município de Referência do hospital e/ou seus cuidadores ambos procedentes do bairro em que foi encontrada maior prevalência de AVE. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionários sóciodemográfico de perguntas abertas e fechadas criado pelos autores. As entrevistas foram realizadas após contato telefônico e agendamento prévio. Após, os dados resultantes do questionários foram alocados em uma planilha

do Programa *Microsoft Office Excel 2007*, para assim, realizar a análise dos dados observado-se a frequência de respostas para cada item questionado.

Este estudo teve autorização deferida pelo Comitê de Ética da Instituição, com o numero do CAAE 22047313.8.0000.5346.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o presente estudo, foram entrevistados oito (8) usuários que sofreram AVE, moradores no bairro de maior prevalência. Os dados sócio-demográficos, serão apresentados no Quadro 1.

Quanto ao gênero dos entrevistados 4 (50%) eram do sexo feminino e 4 (50%) do sexo masculino. A média de idade entre os sujeitos foi de  $\pm 60$  anos estando abaixo da maioria dos estudos encontrados na literatura. Um estudo realizado por Feigin (2014) demonstrou aumento de 25% no número de casos de AVE entre pessoas com idades entre 20 e 64 anos entre 1990 e 2010. Segundo o autor fatores como a rotina de trabalho imposta nos dias atuais, fazendo com que os indivíduos tenham menos tempo para cuidar da sua saúde e praticar atividades físicas, acrescidos ao fácil acesso a produtos industrializados com baixa qualidade nutricional parece ser a resposta para que doenças como o AVE atinjam a população cada vez mais cedo.

Importante observar a baixa escolaridade dos sujeitos, visto que todos os entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto. A baixa escolaridade dos sujeitos acometidos por AVE também foi apontada por diversos estudos, nos quais a maioria dos usuários não ultrapassou o ensino fundamental (MAINERI 2007; FURUKAWA 2011; RANGEL 2014), estando associada a maiores índices de mortalidade, visto que, a instrumentalização possibilita melhores condições de vida e, conseqüentemente um impacto positivo na redução da mortalidade precoce. A instrumentalização pode ser um determinante para melhor entendimento das mensagens de promoção da saúde, com melhor resposta às campanhas educativas (ISHITANI, 2006).

Para Fernandes et al. (2012), a baixa escolaridade influencia diretamente no grau de dependência funcional dos usuários acometidos por AVE. O autor encontrou em seu estudo uma associação inversa entre a educação e a funcionalidade dos sujeitos. Sendo a baixa escolaridade um determinante, que dificulta a inserção dos sujeitos nas políticas de promoção à saúde, podendo levar estes sujeitos a apresentar uma maior prevalência aos fatores de risco para desenvolver determinadas doenças.

No Quadro 2 a explanação dos fatores de risco e comorbidade apresentadas pelos entrevistados.

Os fatores de risco encontrados com maior frequência neste estudo conforme o quadro 2, foram HAS, dislipdemia, obesidade, tabagismo, sedentarismo e etilismo. Esses achados parecem corroborar com a literatura (CHAVES, 2000; PIRES 2004), a qual aponta a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipdemias, sedentarismo, tabagismo, etilismo, entre outros, como fatores de risco comuns a diversas DCNT, dentre elas o AVE.

A HAS foi encontrada em sete (7) usuários, isso corresponde a 87,5% dos participantes deste estudo. Resultado similar segundo Pires (2004) foi encontrado em uma pesquisa retrospectiva, onde foram incluídos 262 pacientes da Liga de Aterosclerose da Clínica Neurológica da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, de 1990 a 2002, no qual, 87,7% dos usuários possuíam esta patologia. A HAS tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta e forte relação com o AVE e o IAM (BRASIL, 2012).

Frente a isso se ressalta a importância da adoção de medidas preventivas como manutenção do peso ideal, prática regular de atividade física, redução da ingestão de sal, evitar a ingestão de bebidas alcoólicas, seguir dieta saudável que

deve conter baixo teor de gordura, principalmente saturadas, baixo teor de colesterol, elevado teor de potássio e fibras e baixo teor de sódio (GOMES 2004; ALESSI, 2013).

Para alcançar estas metas o papel da Atenção Básica na articulação de ações que envolvam educação em saúde é fundamental. É oportuno mencionar que a educação identificada como a concepção ampliada de saúde, tem afinidade com a estirpe transformadora e se conduz entrelaçada com a promoção de saúde. Ambas englobam os determinantes que afetam a saúde e são construídos socialmente, significando um processo que inclui a participação da população no seu cotidiano e não somente dos sujeitos que tem possibilidade de adoecer (SCHALL, STRUCHINER, 1999). Inclui ainda, em seu referencial, subsídios pedagógicos que possibilitam a participação ativa da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações articuladas às necessidades que demandam da realidade em que vivem, trabalham e se relacionam.

Em relação aos hábitos nocivos à saúde sete (7) sujeitos (87,5%) eram sedentários, seis (6) tabagistas o que corresponde a 75% e um (1) etilista (12,5%). Para Rezende (2011), grande parte dos programas que tem por objetivo a modificação do estilo de vida está voltada aos adultos. A modificação de hábitos inadequados, ainda que benéfica nessa faixa etária possibilita resultados modestos. Para o autor, além do prejuízo já adquirido, crianças que seguem expostas a comportamentos de risco têm maior possibilidade de os adquirirem e se tornarem adultos potencialmente doentes.

Apesar dos sete sujeitos relatarem conhecer a UBS mais próxima à sua residência, e possuírem diversos fatores passíveis de intervenção da atenção primária, apenas quatro (4) frequentavam ou faziam algum tipo de

acompanhamento, correspondendo a 50% dos usuários. Conforme o estudo realizado por Baptista, Marcon e Souza (2008), as equipes de saúde de atenção básica ainda organizam-se sem planejamento local, monitoramento e avaliação. O estudo ainda sugere insuficiência da assistência em seus aspectos quantitativos e qualitativos. Fatores como estes podem explicar a baixa participação dos usuários nas UBS.

Segundo Mendes (2010), a Atenção Básica deve trabalhar de maneira articulada e organizando a rede de atenção dentro de uma linha de cuidado (LC) pactuada entre todos os níveis envolvidos. A proposta de LC, segundo Ceccin e Ferla (2006), está atrelada à gestão e atenção em saúde, tendo como referência o conceito de integralidade na sua tradução em práticas cuidadoras.

Esta prática procura elaborar uma proposta efetiva na organização da gestão intersetorial e de práticas assistenciais que possuam uma concepção de saúde centrada não apenas no tratamento das doenças, mas também na inclusão de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras e de afirmação de vida.

No que diz respeito à prática assistencial aos usuários de AVE vivenciada no município do estudo demonstra que as linhas de cuidado parecem ser inexistentes, sem a devida responsabilização pelo usuário nos diversos pontos da rede. Muitas vezes os usuários não estão vinculados a UBS no momento da internação hospitalar, ou a frequentam apenas para renovar receitas médicas e adquirir os medicamentos de que necessitam.

O cuidado integrado prioriza o encadeamento de ações e aponta a necessidade de integração dos gestores, agregando tecnologias orientadas e preparadas para a abordagem dos processos de adoecimento em longo prazo e de

causalidade complexa, na qual se articulam diferentes fatores individuais, coletivos, sociopolíticos, culturais, históricos e econômicos (MALTA; MERHY, 2010).

A melhor maneira de estabelecer vínculos efetivos com os usuários é reconhecê-los como sujeitos singulares, estimulados a participar ativamente dos processos de saúde. Para isto é necessário utilizar-se do acolhimento. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Isto é, reconhecer o outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida. Isto implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010).

O AVE é uma doença incapacitante, que pode gerar dependência funcional, alterando a rotina do sujeito em todos os aspectos cotidianos, gerando inclusive afastamentos temporários ou permanentes do ambiente de trabalho (ANDRÉ, 2006). Observou-se que seis (75%) entre os entrevistados estavam aposentados por invalidez. Esse resultado corrobora, com o estudo realizado por FALCÃO, et al (2004) para avaliar as implicações do AVE para adultos em idade produtiva, no qual, observou-se que o adoecimento trouxe modificações com redução da condição dos trabalhadores. Antes do AVE, 83% dos homens e 54% das mulheres trabalhavam. Já, após o episódio, apenas 25% dos homens e 4,5% das mulheres mantiveram essa condição. Sendo assim, a principal fonte de renda passou a aposentadoria e benefício previdenciário. O autor atribui a impossibilidade de retornar ao trabalho principalmente a baixa escolaridade, que faz com que os sujeitos executem trabalhos com pouco envolvimento intelectual e predominantemente braçais e com pouca possibilidade de adaptação das funções exercidas antes do episódio.

Quanto aos cuidadores, participaram do estudo sete (7), pois 1 usuário acometido por AVE relatou que não necessitou de auxílio de cuidadores, conforme os dados apresentados no Quadro 3.

A média de idade dos cuidadores entrevistados foi de  $\pm$  44 anos. Quanto ao gênero cinco (71,4%) eram do sexo feminino e dois (28,6%) do sexo masculino, evidenciando o papel da mulher como cuidadora. Resultados similares também encontrados por Loureiro et al. (2013), o qual também observou que a maioria dos cuidadores em seu estudo eram do sexo feminino (96,2%). Conforme Gonçalves et al (2006), o cuidado é exercido geralmente por mulheres, estas são principalmente esposas, filhas e netas. Tal fato pode ser explicado pela tradição de, no passado recente, as mulheres não desempenharem funções fora de casa, justificando sua maior disponibilidade para o cuidado da família.

Segundo o autor, geralmente, as cuidadoras residem com o idoso, são casadas e, por isso, somam às suas atividades do cuidar as atividades domésticas próprias de mãe, esposa e avó, gerando um acúmulo de trabalho em casa e uma sobrecarga nos diversos domínios da vida, como o social, físico, emocional, espiritual, enfim, contribuindo para o autodescuido da própria saúde.

Por isso percebe-se a importância em detectar precocemente fatores de risco para o desenvolvimento de doenças, situações de estresse, desamparo e sobrecarga física e emocional, alguns destes encontrados no presente estudo conforme o quadro 4.

Entre os cuidadores pesquisados quatro (57,1%) já possuíam algum problema de saúde ou fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT. No estudo realizado por Marques et al. (2011), parte das cuidadoras relatou algum tipo de comprometimento da sua saúde, como dores na coluna, enxaqueca, hipertensão,

depressão, dentre outras. Entretanto, a maioria dificilmente procurava ajuda médica para si, por não ter com quem deixar o familiar doente.

Compreende-se que os cuidadores por terem a sua atenção voltada ao usuário passam a ter tempo limitado para o seu autocuidado. O alto grau de envolvimento com os cuidados do doente e o déficit no autocuidado demonstra que ser cuidador implica, muitas vezes, em deixar de lado a sua vida para assumir a do outro, prestando menos atenção para suas necessidades pessoais e, dessa forma, os problemas de saúde afloram-se (SANTOS e TAVARES, 2012).

Sendo assim pode-se inferir que o déficit no autocuidado dos cuidadores refletirá diretamente nos usuários, pois se o primeiro não é dotado de boa saúde física, provavelmente não poderá oferecer um cuidado de qualidade.

Em relação à identidade dos cuidadores, seis (85,7%) possuíam algum grau de parentesco com os usuários, sendo que três (42,8%) eram filhos, dois (28,6%) esposas, uma (14,3%) irmã e um (14,3%) era esposo da neta. O estudo realizado por Loureiro et al, (2013) para avaliar a sobrecarga de cuidadores de idosos também constatou que a maioria destes eram parentes, sendo 50% filhos, 26,9% cônjuges e apenas 13,5% não possuíam parentesco com os usuários.

Em relação à mudança na dinâmica das atividades habituais do cuidador seis (85,7%) disseram ter alterado sua rotina, deixando de desenvolver atividades como lazer, trabalho, cuidados com a família e compromissos. Dois (28,6%) relataram deixar de “fazer tudo”. Segundo Brito e Rabinovich (2008), com a ocorrência do AVE, as atenções da família são monopolizadas pelo indivíduo acometido. A tarefa de cuidar de um adulto dependente requer do cuidador uma grande disponibilidade física, emocional e socioeconômica, podendo ser extremamente desgastante. Na escala de prioridades, a saúde do cuidador fica em segundo plano e, desta forma, a

sobrecarga física de cuidados, aliada ao estresse emocional, pode torná-lo tão doente e dependente como aquele de quem cuida.

Loureiro et al. (2013) corrobora enfatizando que são necessárias intervenções das equipes de saúde, que de maneira interdisciplinar devem melhorar a capacidade funcional dos sujeitos, orientar e supervisionar as ações referentes ao cuidado dispensado pelo cuidador familiar. Ainda, o autor ressalta que o objetivo dessas intervenções não deve ser apenas instrumentalizar os membros familiares como cuidadores, mas como pessoas que também precisam de cuidados.

Para Cezar e Santos (2005), programas de alta hospitalar fundamentados na educação em saúde dos cuidadores podem oferecer subsídio à situação, na qual, ao se depararem com o agravo de saúde do familiar, muitas vezes, permanecem desassistidos. Dessa forma, tais programas acabam construindo uma rede informal de apoio na própria família ou na comunidade a que pertencem.

Assim, percebe-se a importância de preparar os possíveis cuidadores desde o momento da internação, o mais precocemente possível. Ações promovidas através de grupos de educação em saúde, com a participação de cuidadores e usuários, podem ser um excelente instrumento de preparação dos sujeitos abordados, proporcionando mais segurança e amparo para a alta hospitalar.

Os espaços de educação devem ser também espaços de discussão, planejamento conjunto e compartilhamento de experiências. Sendo importante ressaltar que nesses ambientes os usuários e cuidadores não fazem o papel de meros expectadores e sim contribuem ativamente com suas dúvidas, experiências, angústias e expectativas.



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O acidente vascular encefálico não pode ser visto apenas como uma patologia, visto que o adoecimento dos usuários acometidos modifica além da vida dos sujeitos, as dinâmicas familiares e relações com a sociedade, afastando, por muitas vezes, pessoas em idade produtiva do campo de trabalho. O combate do AVE, bem como as demais DCNT depende da implementação e adaptação de políticas de prevenção e promoção da saúde já existentes em nosso país. Para o sucesso destas, ainda deve-se lidar com as dificuldades impostas pelo modelo biomédico hegemônico centrado apenas na patologia, ainda imperativo nos dias atuais.

A busca da singularidade do sujeito pode ser vivenciada pelas tecnologias leves que parecem ser o melhor caminho para criação de um vínculo entre usuários e trabalhadores, transforma-os em sujeitos ativos no processo de construção da saúde e atores principais no processo de recuperação/reabilitação.

As experiências vivenciadas no decorrer dos dois anos como residente de um programa de residência multiprofissional possibilitou ter a visão do hospital como um

lugar para construção de vínculos entre usuários, cuidadores e equipe de saúde, a qual necessita de aporte para proporcionar a sensação de amparo neste cenário, utilizando-se de tecnologias da clínica ampliada (CA), como o acolhimento e a construção de projetos terapêuticos singulares (PTS).

O planejamento para a transferência hospitalar e nível de atenção representa tanto para a equipe como para o usuário e cuidador um momento delicado, de insegurança e medos. É de responsabilidade da equipe multiprofissional zelar pela integridade deste processo, composta do conhecimento das diversas áreas envolvidas. Embora isso pareça fácil do ponto de vista teórico, na prática vivenciada como residente, percebe-se a execução de um modelo fragmentado, centrado na recuperação de uma parte do corpo humano, com ações isoladas e com rígida divisão de funções.

Verificou-se que a mudança de comportamento frente a este modelo ultrapassado começa pela formação e capacitação dos profissionais envolvidos, principalmente a academia, local onde se constrói o arcabouço inicial de um olhar diferenciado e inovador. Do ponto de vista multiprofissional cabe aqui eleger como prioridade a reflexão da mudança na formação dos profissionais de saúde, priorizando articulações ensino-serviço, considerando o processo de formação, onde se busca docentes mais comprometidos com a formação e profissionais do serviço menos rotineiros e mais empreendedores.

Desta forma, entende-se que o aprender a conhecer, a fazer, a viver juntos e a ser (DELORS, et al.,1998) constituem um conjunto de saberes indispensáveis ao desenvolvimento de habilidades e competências inadiáveis para que a integralidade das ações, a interdisciplinaridade do conhecimento e o trabalho em equipe sejam sustentáculos da formação profissional e das práticas de atenção e de gestão do

sistema de saúde, como anuncia documentos oficiais provenientes do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde.

## LISTA DE QUADROS:

Quadro 1: Dados sócio demográficos de usuários acometido por AVE

| Usuário | Idade | Sexo | Estado civil | Filhos | Escolaridade           | Ocupação   |
|---------|-------|------|--------------|--------|------------------------|------------|
| U1      | 57    | F    | Casado       | 4      | Fundamental incompleto | Do lar     |
| U2      | 75    | M    | Casado       | 2      | Fundamental incompleto | Aposentado |
| U3      | 66    | M    | Casado       | 4      | Fundamental incompleto | Aposentado |
| U4      | 44    | F    | Casado       | 4      | Fundamental incompleto | Aposentado |
| U5      | 58    | M    | Casado       | 3      | Fundamental incompleto | Do lar     |
| U6      | 54    | M    | Separado     | 4      | Fundamental incompleto | Aposentado |
| U7      | 64    | F    | Casado       | 5      | Fundamental incompleto | Aposentado |
| U8      | 59    | F    | Separado     | 1      | Fundamental incompleto | Aposentado |

Quadro 2: Fatores de risco e comorbidades de usuários acometido por AVE

| Usuário | Comorbidades | Hábitos de risco | Tratamento Prévio |
|---------|--------------|------------------|-------------------|
|---------|--------------|------------------|-------------------|

|    |                                 |                                   |                      |
|----|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| U1 | DM, HAS, Dislipdemia, Obesidade | Não apresenta                     | Não era aderente     |
| U2 | HAS, Dislipdemia                | Tabagismo, Etilismo, Sedentarismo | Sim                  |
| U3 | HAS, Dislipdemia                | Tabagismo, Sedentarismo           | Sim                  |
| U4 | HAS, Obesidade                  | Tabagismo, Sedentarismo           | Sim                  |
| U5 | HAS                             | Tabagismo, Sedentarismo           | Não fazia tratamento |
| U6 | HAS                             | Tabagismo, Sedentarismo           | Não era aderente     |
| U7 | Não possui                      | Sedentarismo                      | Não fazia tratamento |
| U8 | HAS                             | Tabagismo, Sedentarismo           | Sim                  |

Quadro 3: Dados sócio demográficos dos cuidadores

| Cuidador | Idade | Sexo | Estado civil | Filhos | Parentesco com o usuário | Escolaridade            | Ocupação               |
|----------|-------|------|--------------|--------|--------------------------|-------------------------|------------------------|
| C1       | 35    | F    | Casado       | 2      | Filha                    | Fundamental incompleto  | Do lar                 |
| C2       | 54    | M    | Casado       | 0      | Filho                    | Fundamental incompleto  | Aposentado             |
| C3       | 63    | F    | Casado       | 4      | Não possui               | Fundamental incompleto  | Do lar/<br>Agricultora |
| C4       | 40    | F    | Casado       | 1      | Irmã                     | Fundamental incompleto  | Do lar/<br>Costureira  |
| C5       | 52    | F    | Separado     | 1      | Esposa                   | Ensino Médio Incompleto | Aposentado             |
| C6       | 41    | F    | Casado       | 2      | Filha                    | Fundamental incompleto  | Do lar                 |
| C7       | 21    | M    | Casado       | 0      | Esposo da neta           | Ensino Médio Completo   | Pintor                 |

Quadro 4: Fatores de risco ao adoecimento de cuidadores de usuários com AVE

| Cuidador | Comorbidades | Recebe ajuda para cuidar | Deixou de realizar atividades habituais | Quais                       | Desenvolve atividade (s) de lazer |
|----------|--------------|--------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------------|
| C1       | Não          | Sim                      | Sim                                     | Atividades domésticas e com | Sim                               |

|    |                              |     |     |                      |     |
|----|------------------------------|-----|-----|----------------------|-----|
|    |                              |     |     | a família            |     |
| C2 | Não                          | Sim | Sim | Lazer e compromissos | Sim |
| C3 | DM, HAS, Problemas cardíacos | Sim | Sim | Não respondeu        | Sim |
| C4 | Dislipdemia, HAS, Depressão  | Não | Sim | Deixou de fazer tudo | Não |
| C5 | HAS                          | Não | Sim | Não respondeu        | Sim |
| C6 | Dislipdemia, HAS             | Sim | Não | Trabalho             | Não |
| C7 | Não                          | Sim | Sim | Deixou de fazer tudo | Não |

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramczuk, Beatriz; Villela, Edlaine. A luta contra o AVC no Brasil. ComCiência, 2009; 109.

Alessi Alexandre, Bonfim Alexandre Vidal, Brandão Andrea A., Feitosa Audes, Amodeo Celso, Alves Claudia Rodrigues et al . I posicionamento brasileiro em hipertensão arterial e diabetes mellitus. Arq. Bras. Cardiol. 2013 June; 100( 6 ): 491-501.

André, C. Manual de AVC. São Paulo: Revinter; 2006.

Baptista Eliane Katsume Kikumoto, Marcon Sonia Silva, Souza Regina Kazue Tanno de. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008 Jan; 24( 1 ): 225-229.

Brito Eliana Sales, Rabinovich Elaine Pedreira. A família também adoce!: mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família. Interface (Botucatu) 2008 Dec; 12( 27 ): 783-794.

Brito Eliana Sales, Rabinovich Elaine Pedreira. Desarrumou tudo!O impacto do acidente vascular encefálico na família. Saude soc. 2008 June; 17( 2 ): 153-169.

Casado, L.; Vianna, L. M.; Thuller, L. C. S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Cancerologia. 2009; 55(4): 379-388.

Cesar Alessandra Mendonça, Santos Beatriz Regina Lara dos. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. *Rev. bras. enferm.* 2005 Dec; 58( 6 ): 647-652.

Chaves MLF. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco *Rev Bras Hipertens.* 2000 Out; 7(4).

Delors, J. et al. Educação: Um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO. Da comissão Internacional sobre educação para o séc.XXI. São Paulo: Cortez; 1998.

Falcão Ilka Veras, Carvalho Eduardo Maia Freese de, Barreto Kátia Magdala Lima, Lessa Fabio José Delgado, Leite Valéria Moura Moreira. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2004 Mar; 4( 1 ): 95-101.

Feigim, Valery L. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* . 2014 Jan; 9913 (383): 245-255.

Fernandes Tiótrefis G., Goulart Alessandra C., Santos-Junior Waldyr R., Alencar Airlane P., Benseñor Isabela M., Lotufo Paulo A. Educational levels and the functional dependence of ischemic stroke survivors. *Cad. Saúde Pública.* 2012 Aug; 28( 8 ): 1581-1590.

Freitas Ivani Bueno de Almeida, Meneghel Stela Nazareth, Selli Lucilda. A construção do cuidado pela equipe de saúde e o cuidador em um programa de atenção domiciliar ao acamado em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva.* 2011 Jan; 16( 1 ): 301-310.

Furukawa Tatiane Sano, Mathias Thais Aidar de Freitas, Marcon Sonia Silva. Mortalidade por doenças cerebrovasculares por residência e local de ocorrência do óbito: Paraná, Brasil, 2007. *Cad. Saúde Pública.* 2011 Feb; 27( 2 ): 327-334.

Gonçalves Lucia Hisako Takase, Alvarez Angela Maria, Sena Edite Lago da Silva, Santana Luzia Wilma da Silva, Vicente Fernanda Regina. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto contexto - enferm.* 2006 Dec; 15( 4 ): 570-577

Ishitani Lenice Harumi, Franco Glaura da Conceição, Perpétuo Ignez Helena Oliva, França Elisabeth. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2006 Aug; 40( 4 ): 684-691.

Loureiro Lara de Sa Neves, Fernandes Maria das Gracias Melo, Marques Sueli, Nobrega Maria Miriam Lima da, Rodrigues Rosalina A. Partezani. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. *Rev. esc. enferm. USP.* 2013 Oct; 47( 5 ): 1129-1136.

Maineri Nicole de Liz, Xavier Flávio Merino de Freitas, Berleze Maria Cristina Cachapuz, Moriguchi Emílio Hideyuki. Fatores de risco para doença cerebrovascular e função cognitiva em idosos. *Arq. Bras. Cardiol.* 2007 Sep; 89( 3 ): 158-162.

Marques Ana Karina Monte Cunha, Landim Fátima Luna Pinheiro, Collares Patrícia Moreira, Mesquita Rafael Barreto de. Apoio social na experiência do familiar cuidador. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16( Supl 1 ): 945-955.

Mazzola D, Polese JC, Schuster RC, Oliveira SG. Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da Universidade de Passo Fundo. *Rev Bras Prom Saúde.* 2007;20(1):22-7.

Mendes Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010 Aug; 15( 5 ): 2297-2305

Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência &Saúde Coletiva.* 2010; 15(5): 2297-2305.

Ministério da Saúde (BR). Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Ministério da Saúde (BR). Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Proposta de Educação Permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para os Municípios com população acima de 100 mil habitantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Mion Jr. Decio, Machado Carlos Alberto, Gomes Marco Antonio Mota, Nobre Fernando, Kohlmann Jr. Osvaldo, Amodeo Celso et al . IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol.* 2004 Mar; 82( Suppl 4 ): 1-1.

Pires Sueli Luciano, Gagliardi Rubens José, Gorzoni Milton Luiz. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2004 Sep; 62( 3b ): 844-851.

Santos Nilce Maria de Freitas, Tavares Darlene Mara dos Santos. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. *Rev. esc. enferm. USP.* 2012 Aug; 46( 4 ): 960-966.

Rangel Edja Solange Souza, Belasco Angélica Gonçalves Silva, Diccini Solange. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta paul. Enferm.* 2013; 26( 2 ): 205-212.

Rezende, Carla Isabela. Fatores associados a baixa adesão aos programas de estímulo a prática de exercícios físicos. 26 p. Trabalho de conclusão de curso – Universidade Federal de Minas Gerais: Minas gerais; 2011.

Ribeiro Amanda Gomes, Cotta Rosângela Minardi Mitre, Ribeiro Sônia Machado Rocha. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012 Jan; 17( 1 ): 7-17.

Vieira Chrystiany Plácido de Brito, Fialho Ana Virgínia de Melo, Freitas Consuelo Helena Aires de, Jorge Maria Salete Bessa. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. Rev. bras. enferm. 2011 June; 64( 3 ): 570-579.