

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Amanda Melo e Santos

**A EXPERIÊNCIA DA ENFERMIDADE DE PESSOAS IDOSAS QUE VIVENCIAM A
FASE CRÔNICA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

GOIÂNIA

2015

Amanda Melo e Santos

**A EXPERIÊNCIA DA ENFERMIDADE DE PESSOAS IDOSAS QUE VIVENCIAM A
FASE CRÔNICA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção a Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vanessa da Silva Carvalho Vila

GOIÂNIA

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Sistema de Biblioteca da PUC Goiás

S235e	Santos Amanda Melo e A experiência da enfermidade de pessoas idosas que vivenciam a fase crônica do acidente vascular cerebral [manuscrito] / Amanda Melo e Santos. – Goiânia, 2015. 86 f.: 30cm Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, Goiânia, 2015. “Orientadora: Profª Drª Vanessa da Silva Carvalho Vila”. 1. Acidente vascular cerebral. 2. Idoso – reabilitação. I. Vila, Vanessa da Silva Carvalho (orient.). II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III. Título. CDU: 616.831.009.11 (043)
-------	--

FOLHA DE APROVAÇÃO

Amanda Melo e Santos

A EXPERIÊNCIA DA ENFERMIDADE DE PESSOAS IDOSAS QUE VIVENCIAM A FASE CRÔNICA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção a Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção a Saúde.

Aprovada em 10 de agosto de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila
Presidente da banca - PUC Goiás

Prof.^a Dra. Lílian Varanda Pereira
Membro efetivo, Externo ao Programa FEN/UFG

Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe
Membro efetivo, Externo ao Programa - PUC Goiás

Prof.^a Dra. Maysa Ferreira Martins Ribeiro
Membro convidado, Interno ao Programa – PUC Goiás

Dissertação de mestrado vinculada ao projeto temático “O processo de reabilitação na perspectiva de idosos e familiares que vivenciaram o acidente vascular encefálico”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás, por aprovação no edital universal nº 005/2012.

FAPEG

**FUNDAÇÃO DE AMPARO
À PESQUISA
DO ESTADO DE GOIÁS**

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aos idosos que vivenciam a realidade de uma enfermidade crônica como o acidente vascular cerebral e têm dificuldades para ter acesso ao cuidado e acompanhamento de que necessitam no sistema de saúde brasileiro.

AGRADECIMENTOS

A Deus e à Nossa Senhora, que sempre estão à frente de todas as batalhas da minha vida.

Aos meus pais, que nunca mediram esforços para me manter acolhida, confiante e entusiasmada durante todos os momentos! Por custearem sempre meus estudos e aperfeiçoamentos profissionais, por acreditarem na minha capacidade e andarem junto comigo por todos os caminhos e escolhas realizadas.

À minha amiga, confidente, professora e orientadora Profa. Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila, por sua disponibilidade, carinho, paciência e comprometimento sempre. Desde a graduação, na iniciação científica, soube escolhê-la como exemplo de profissional e de vida.

Aos professores: Dra. Lillian Varanda Pereira, Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe, Prof^a Dra. Maysa Ferreira Martins Ribeiro, componentes da banca examinadora deste estudo, por sua atenção, cuidado, carinho e contribuições enriquecedoras.

À todos os professores do Mestrado em Atenção à Saúde, pelo incentivo à busca pelo aperfeiçoamento profissional, desde a elaboração do projeto até a finalização deste trabalho.

À equipe do Hospital de Acidentados Clínica Santa Isabel, na pessoa do Diretor Administrativo Dr. Válney Luiz da Rocha, pelo apoio institucional necessário para a realização deste estudo.

Às enfermeiras do Hospital de Acidentados, pelo profissionalismo, competência, compreensão e coberturas nos momentos em que não pude estar presente. Obrigada pela paciência!

Aos amigos da Pós-graduação, que estiveram presentes compartilhando o processo de crescimento e de reconstrução de um novo modo de olhar a realidade. Um agradecimento especial às colegas Kássia, Lillian e Jamile, que tornaram esse caminho mais feliz com nossos encontros, conversas e desabafos.

Às colegas Lahys e Larissa, pelo profissionalismo e paciência na realização das transcrições das entrevistas deste estudo.

À FAPPEG que subvencionou recursos para a concretização do presente trabalho.

Agradeço a todos os familiares e amigos que, mesmo não citados nominalmente, sabem da minha gratidão e carinho pela torcida sincera para que este trabalho fosse finalizado com responsabilidade, tranquilidade, paz e muito amor!

RESUMO

SANTOS, A. M. **A experiência da enfermidade de pessoas idosas que vivenciam a fase crônica do acidente vascular cerebral.** 2015. 86 f. Dissertação (Mestrado em Atenção a Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2015.

Entre as condições crônicas prevalentes na saúde do idoso, destaca-se o acidente vascular cerebral (AVC), reconhecido como uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos e uma importante causa de alterações na funcionalidade global. O AVC, além de acarretar perdas, disfunções e permanente alteração no cotidiano das pessoas idosas acometidas e de seus familiares, gera importantes demandas de cuidado de longo prazo, o que requer dos sistemas de saúde garantia da continuidade desse cuidado ao longo da recuperação e reabilitação. O objetivo desta pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso foi descrever a experiência de enfermidade de pessoas idosas que vivenciam a fase crônica do AVC. Participaram do estudo dezesseis pessoas: onze idosos e cinco familiares. Para a coleta de dados realizaram-se observações diretas e entrevistas semiestruturadas no domicílio. A partir da análise e interpretação dos dados, foram identificados núcleos temáticos relacionados a mudanças nas vidas das pessoas idosas após o AVC referentes a comprometimentos na independência funcional e nas relações sociais e a fragilidades para obtenção de acesso aos serviços de saúde. Os sentimentos mais identificados foram: medo (de morrer, de piorar, de ter um novo AVC, de necessitar de hospitalização), insegurança (para atividades da vida diária e quanto à manutenção da vida financeira), vergonha, desânimo, apatia e tristeza. Foram mencionadas dificuldades na manutenção de atividades sociais relacionadas à capacidade para trabalhar, passear e viajar. Tanto os idosos como seus familiares vivenciaram fragilidades assistenciais relacionadas à comunicação com os profissionais de saúde (falta de diálogo e de informações sobre a continuidade do tratamento) e ao acesso aos serviços para reabilitação e às consultas e exames, necessários para o acompanhamento após o AVC. Verificou-se que na fase crônica da enfermidade há quebra do vínculo de acolhimento por parte dos serviços de saúde, déficit da continuidade do cuidado devido à falta de comunicação entre os níveis de atenção à saúde e inexistência de monitoramento das famílias e das condições clínicas e de qualidade de vida do idoso. O modelo vigente de atenção à saúde requer mudanças profundas para garantir a universalidade e integralidade do cuidado aos idosos que vivenciaram o AVC e promover a adequada reabilitação e reinserção social e comunitária.

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral. Idoso. Reabilitação. Pesquisa qualitativa. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT

SANTOS, A. M. **The experience of illness for the elderly experiencing the chronic phase of stroke** 2015. 86 p. Dissertation (Master's in Health Care) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2015.

Stroke stands out among the chronic conditions that are prevalent in the elderly population, recognized as a major cause of death in developed and developing countries, and a major cause of changes in overall function. In addition to causing losses, dysfunction and permanent changes to the daily lives of the affected elderly and their families, stroke leads to a significant demand for long-term care, which requires continuity of care throughout recovery and rehabilitation from the health care system. The purpose of this qualitative research – a case study – was to describe the illness experience for the elderly experiencing the chronic phase of stroke. The sample consisted of sixteen people: eleven older adults and five family members. Direct observations and semi-structured interviews were performed for data collection at their homes. Themes related to changes in the lives of older adults after stroke were identified during data analysis and interpretation, including impairments in functional independence and social relationships, and weaknesses in obtaining access to health care services. The most frequent feelings were: fear (of dying, getting worse, having a new stroke, requiring hospitalization), insecurity (for activities of daily living and the maintenance of financial life), shame, depression, apathy and sadness. Difficulties maintaining social activities, related to their inability to work, walk and travel were mentioned. Both the elderly and their families experienced limitations with care related to communication with health care professionals (lack of dialogue and information on the continuity of care) and access to rehabilitation services, appointments and tests required after stroke. It was found that, in the chronic phase of the disease, there were disruptions in the welcoming connection with the health care services, deficit in the continuity of care due to lack of communication among the health care hierarchy, and lack of monitoring of the families and the clinical condition and quality of life of the elderly. The current model of health care requires substantial changes to ensure the universality and comprehensiveness of care for the elderly who have experienced stroke, in order to promote adequate rehabilitation, as well as social and community reintegration.

Key-words: Stroke. Aged. Rehabilitation. Qualitative research. Comprehensive Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

- Figura 1 – Tradução e adaptação do Quadro de *Guideline* para AVC 23
- Figura 2 – Fluxograma de seleção da amostra (Goiânia, Goiás, 2014-2015) 27
- Figura 3 – Diagrama interpretativo relacionado à experiência da pessoa idosa após o acidente vascular cerebral 33

Quadro

- Quadro 1 – Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes do estudo (2014-2015) 31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	15
3 REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1 Modelo de atenção às condições crônicas de saúde	16
3.2 A atenção à saúde do idoso após o acidente vascular cerebral.....	19
4 MÉTODO	25
4.1 Tipo de pesquisa	25
4.2 Local de pesquisa	25
4.3 Participantes.....	26
4.4 Coleta de dados	27
4.5 Análise dos dados	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1 Descrição do grupo social pesquisado	31
5.2 A experiência de vivenciar a fase crônica após o acidente vascular cerebral	32
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICES	66
APÊNDICE A - CHECKLIST TELEFÔNICO PARA INCLUSÃO	66
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I (IDOSO)	67
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I (CUIDADOR)	70
APÊNDICE D – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO	73
APÊNDICE E - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DO CUIDADOR FAMILIAR	77
APÊNDICE F - ROTEIRO PARA ENTREVISTA	78
ANEXOS	79

ANEXO A – APROVAÇÃO ÉTICA DO PROJETO.....	79
ANEXO B – AVALIAÇÃO DO ESTADO COGNITIVO	84

1 INTRODUÇÃO

Entre as condições crônicas prevalentes na saúde do idoso, destaca-se o acidente vascular cerebral (AVC), reconhecido como uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos e uma importante causa de incapacidade. O AVC, além de acarretar perdas, disfunções e permanente alteração no cotidiano das pessoas idosas acometidas e de seus familiares, gera importantes demandas de cuidado de longo prazo, o que requer dos sistemas de saúde garantia de continuidade desse cuidado ao longo da recuperação e reabilitação (BRASIL, 2013a; LINDSAY et al., 2014; MORAES, 2012).

O acidente vascular cerebral (AVC), um dos agravos crônicos relacionados à saúde do idoso, é definido como uma síndrome clínica de origem vascular, caracterizada pelo rápido desenvolvimento de sinais de perturbação focal ou global das funções cerebrais que dura mais de 24 horas e pode levar à morte (BRIAN-FRED; FITZSIMMONS, 2011). As evidências científicas apontam que ele é uma das principais causas de morte e incapacidades na faixa etária acima de 60 anos (BRIAN-FRED; FITZSIMMONS, 2011; GIACOMIN et al., 2008; LOTUFO; BENSEÑOR, 2009). É uma doença causadora de importante letalidade e mortalidade populacional, além de acarretar perdas, disfunções e permanente alteração no cotidiano das pessoas e de seus familiares (CAVALCANTE et al., 2011; DALVANDI et al., 2012; FREITAS; MENDES, 2007; GRIFFEN et al., 2009; PERLINI; FARO, 2005; RODRIGUES et al., 2013).

O AVC pode causar consequências irreversíveis, tais como hemiplegia, hemiparesia, disfunção visual, dificuldade na marcha, diminuição do equilíbrio e da orientação espacial do idoso. Esses aspectos poderão levá-lo à dependência de um cuidador e à necessidade de cuidados de longa duração (BOCCHI; ANGELO, 2005; BRASIL, 2013b). Além das consequências irreversíveis, têm-se também sintomas como ansiedade, dor crônica, cefaleia, vertigem e depressão (BRIAN-FRED; FITZMMONS, 2011). Os agravos e alterações após o AVC podem levar a um comprometimento significativo das atividades diárias, das relações interpessoais e da percepção de qualidade de vida (RAO; BERGEY; ROSENBERG, 2012).

Nesse contexto, o AVC representa mundialmente uma prioridade para a qual devem ser implementadas intervenções de cuidado à saúde que tenham como objetivos a prevenção, a promoção, o tratamento e a reabilitação de pessoas que

vivenciam esse agravo (LINDSAY et al., 2014; WORLD STROKE ORGANIZATION, 2014).

Vários modelos de protocolos foram propostos no mundo para atendimento a pessoas com AVC, como o *Manual de Rotinas para Atenção ao AVC* (BRASIL, 2013c), o *European Stroke Organization Guidelines*, os *Guidelines em AVC da American Heart Association*, o *Stroke and transiente ischaemic attacks*, de Singapura, o *Clinical Guidelines for Stroke Management*, na Austrália, o *New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Management*, na Nova Zelândia, e o *Stroke Management Annals of Indian*, na Índia. Além desses, na Inglaterra, Estados Unidos e Canadá existem vários protocolos relacionados ao tema, elaborados pelas organizações locais de AVC. No entanto, o atendimento varia consideravelmente de país para país e depende em grande medida da disponibilidade de recursos, incluindo os recursos humanos e o acesso a instalações de saúde, aos serviços de diagnóstico e de laboratório, a medicamentos e ao transporte. A disponibilidade desses recursos impacta significativamente na abrangência e na continuidade dos cuidados.

A gestão dos cuidados deve ocorrer desde a fase hiperaguda à reabilitação, prevenção de AVC recorrente, reintegração à comunidade e recuperação a longo prazo (LINDSAY et al., 2014). Nesse sentido, uma série de desafios ainda necessitam de ser enfrentados no Brasil para o cuidado à saúde do idoso com disfuncionalidades decorrentes do AVC; entre esses destacam-se: a escassez de estruturas de cuidados intermediários e a falta de suporte qualificado para atender o idoso e seus familiares, sobretudo na fase aguda e no momento da transferência do cuidado para o âmbito comunitário (atenção básica, secundária e cuidado domiciliar) (BRASIL, 2006a; MORAES, 2012; RODRIGUES et al., 2013).

Os idosos que sofreram AVC necessitam de estrutura e cuidados específicos, principalmente quando houver maior acometimento relacionado às incapacidades funcionais. A preparação, tanto do idoso como de seus familiares que farão os cuidados em domicílio, tem sido insuficiente. Portanto, é importante incorporar à prática clínica os cuidados voltados ao tratamento fora do contexto hospitalar, como o acompanhamento domiciliar, as visitas às comunidades rurais e o conhecimento dos serviços de saúde básica organizados dentro das comunidades maiores, bem como dos serviços mais abrangentes disponíveis nas cidades

(LINDSAY et al., 2014; MACHADO; JORGE; FREITAS, 2009; PETTENGILL; ANGELO, 2006; RODRIGUES et al., 2013).

Os idosos e seus familiares sentem falta de um acolhimento profissional após o acometimento da doença e suas sequelas. Mesmo que tenham condições financeiras para custear um tratamento da mais alta qualidade e cobertura, as pessoas envolvidas no processo de adoecimento sentem-se despreparadas para encarar a nova realidade (CAVALCANTE et al., 2011; MACHADO; JORGE; FREITAS, 2009; RODRIGUES et al., 2013).

Alguns estudos retratam dificuldades enfrentadas por pessoas que apresentam disfunção neurológica de longo prazo por consequência de um AVC. Ainda assim, muito há que ser discutido e promovido a fim de melhorar o suporte à família e garantir a intervenção domiciliar (BOCCHI, 2004; PERLINI; FARO, 2005; RODRIGUES et al., 2013).

Como enfermeira assistencial com experiência na prática clínica de cuidado hospitalar a idosos que sofreram AVC, esta pesquisadora pode testemunhar o quanto a realidade vivenciada por essas pessoas e seus familiares torna-se complexa a partir da ocorrência de um evento cerebral. As complicações associadas ao AVC demandam, em geral, a necessidade de cuidados que transcendem o contexto hospitalar. Isso transforma o cotidiano das pessoas e de suas famílias frente às dificuldades e desafios, principalmente após a alta hospitalar (CASTRO; CAMARGO JUNIOR, 2008; CAVALCANTE et al., 2011; RODRIGUES; ALENCAR; ROCHA, 2009).

Foram identificados estudos que descreveram a perspectiva de idosos e familiares nos contextos de transição de cuidado. Destacam-se as condições de dependência, de mudança de papéis na estrutura familiar e as modificações no cotidiano advindas da doença e suas disfuncionalidades (PERLINI, FARO, 2005; RODRIGUES et al., 2013). Em instituições públicas e privadas tem-se notado uma política de incentivo à alta precoce. No entanto, os pacientes e familiares nem sempre se encontram preparados e orientados para os cuidados e adaptações necessárias para o cuidado em domicílio (PERLINI, FARO, 2005).

Embora tenham sido identificados alguns estudos que descrevem a perspectiva cultural vivenciada por idosos e familiares após o AVC (CASTRO; CAMARGO JUNIOR, 2008; DALVANDI et al., 2012; RODRIGUES et al., 2013), os pesquisadores reforçam a necessidade de aprofundar a compreensão da realidade

social vivenciada por essas pessoas no contexto comunitário como uma possibilidade de evidenciar as demandas e lacunas assistenciais frente ao AVC no período de reabilitação, recuperação e reintegração comunitária.

Optamos por selecionar o grupo social do banco de dados da pesquisa “Situação de saúde da população idosa no município de Goiânia, Goiás” (NAKATANI et al., 2009), considerando a necessidade de aprofundar e descrever a experiência da enfermidade vivenciada por essas pessoas na fase crônica, após o AVC.

O estudo contribui para que profissionais de saúde e gestores municipais, estaduais e federais conheçam a perspectiva da pessoa idosa e de seus cuidadores familiares sobre o processo de reabilitação após o AVC e avaliem como está o acesso aos serviços de saúde. Aprofundam-se, também, as reflexões e a compreensão sobre as demandas de cuidados a essa população no município de Goiânia, considerando o elevado impacto que a enfermidade tem sobre a vida da pessoa acometida e o seu núcleo familiar.

Os resultados permitiram identificar avanços e lacunas assistenciais, gerenciais e políticas que demandam atenção da rede de saúde municipal e estadual para cumprir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 OBJETIVO

Descrever a experiência de enfermidade vivenciada por pessoas idosas que se encontram na fase crônica do acidente vascular cerebral.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Esta seção foi elaborada por meio da revisão narrativa das principais políticas públicas internacionais (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2003, 2013; INSTITUTE OF MEDICINE, 2012; LINDSAY et al., 2014; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2007; PUBLIC AGENCY HEALTH OF CANADA, 2010; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2010; WORLD STROKE ORGANIZATION, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, 2005, 2014), nacionais (BRASIL, 2006a, 2006b, 2010, 2011, 2012, 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2013e, 2014) e da literatura científica sobre a atenção à saúde de pessoas idosas que sobrevivem ao AVC e necessitam de cuidados na rede de atenção à saúde.

3.1 Modelo de atenção às condições crônicas de saúde

Mundialmente, as populações estão envelhecendo e vivenciando condições crônicas que representam uma ameaça para o desenvolvimento econômico e social dos países, independentemente do *status* econômico das nações (INSTITUTE OF MEDICINE, 2012; MENDES, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). As condições crônicas de saúde são definidas como agravos de progressão lenta e de longa duração, com impossibilidade de resolução espontânea. Muitas vezes, em decorrência dessas condições, acontecerão limitações na funcionalidade global, na produtividade, no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas e de seus familiares (INSTITUTE OF MEDICINE, 2012).

Em 2012 as enfermidades crônicas foram as principais causas dos 38 milhões de óbitos e projeta-se que serão, em 2030, responsáveis por 52 milhões de mortes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Além disso, essas enfermidades constituem problemas que requerem gerenciamento do sistema de saúde, bem como modelos de cuidado que envolvam intervenções favorecedoras da continuidade do cuidado permanente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). As pessoas que convivem com uma ou mais doenças crônicas muitas vezes experimentam diminuição da qualidade de vida,

geralmente refletida por um longo período de declínio e incapacidade associado à doença (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2013).

Em decorrência desse processo, observa-se a necessidade da contínua reformulação dos sistemas com vistas a atender às necessidades das populações que estão envelhecendo e convivendo com uma ou mais condições crônicas. Essas condições não só serão a primeira causa de incapacidades em todo o mundo até o ano 2020, mas também se tornarão os problemas de saúde mais dispendiosos para os sistemas de saúde mundiais. Nesse sentido, representam uma ameaça a todos os países em termos de saúde e economia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2007).

A carga de cuidados relacionada às condições crônicas representa um dos maiores desafios mundiais para os sistemas de saúde pública (NUÑO et al., 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012). Os estudos científicos confirmam que a maioria dos sistemas ainda continua organizada em torno de um modelo de cuidados centrado no tratamento da fase aguda e episódica da doença, o que não atende às demandas, especialmente das pessoas que enfrentam condições crônicas, pois estas requerem cuidados de longa duração (NUÑO et al., 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Isso significa que os cuidados de saúde para essas pessoas não terminam nem começam na porta dos serviços de saúde. Os cuidados têm extensão além dos muros desses serviços e permeiam a vida do paciente e os ambientes de trabalho (NUÑO et al., 2012). Nesse sentido, para a produção de resultados positivos em saúde, é necessário que, além dos trabalhadores da área, os sistemas sejam organizados, integrados e ofereçam cuidado contínuo a quem dele necessitará por um longo período. Isso inclui acesso a intervenções para a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidado paliativo (BRASIL, 2013c; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Nos países em desenvolvimento, tais como o Brasil, essa problemática é ainda maior, pois gera altos custos para a sociedade e para o SUS, principalmente frente ao modelo vigente, que ainda se encontra fortemente centrado na doença e não incorpora os princípios da integralidade da atenção à saúde.

Em 2002, a OMS propôs um modelo para mudança dos sistemas de saúde, chamado de Modelo de Cuidados Inovadores para Condições Crônicas. Seus conceitos-chave são a integração e a coordenação entre os diferentes níveis de

atenção de saúde. Para tanto, o ambiente político deve ser bem coordenado com a organização comunitária e de saúde, de modo a contribuir para um encontro produtivo entre equipes de saúde, pacientes, famílias e parceiros da comunidade preparados, motivados e informados (NUÑO et al., 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003). Esse modelo possui seis princípios básicos: tomada de decisão com base em evidências científicas e enfoques na população, na prevenção, na qualidade, na integração e na flexibilidade, para que as pessoas se adaptem a situações instáveis, informações novas e eventos imprevistos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Os pontos centrais são: a produção de informações entre os serviços, a avaliação, o monitoramento e seguimento contínuo da saúde das populações, principalmente no nível primário da atenção à saúde, o autocuidado, o autogerenciamento e a otimização das terapias (BODENHEIMER; WAGNER; GRUMABCH, 2002; NOLTE; MCKEE, 2008).

Esse modelo requer que o cuidado aos pacientes seja proativo, ou seja, com ênfase na capacidade para o autogerenciamento da saúde, apoiado por sistemas integrados de informações clínicas e com um processo de tomada de decisão em saúde compartilhada com o paciente, as famílias e a comunidade (COLEMAN et al., 2009). Seis áreas precisam ser melhoradas para facilitar o cuidado às condições crônicas: os recursos da comunidade; os sistemas de saúde; o suporte de auto-gestão; o apoio à decisão; o modelo de referência e contrarreferência; e os sistemas de informação clínica. O modelo tem como componentes o suporte: ao autogerenciamento (aconselhamento, educação e informação); ao sistema de saúde (equipes multidisciplinares); à decisão (protocolos baseados em evidências, treinamento dos profissionais) e ao sistema de informação clínica (informações do portador) (COLEMAN et al., 2009; MENDES, 2011).

No Brasil, a relevância das condições crônicas como “necessidades em saúde” levou à publicação da Portaria nº 252, em 19 de fevereiro de 2013, que instituiu a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. O objetivo é promover a reorganização do cuidado e sua qualificação, ampliando as estratégias para tal e também para a promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e de suas complicações (BRASIL, 2014).

Pela legislação, o cuidado de pessoas com enfermidades crônicas deve acontecer de modo integral; no entanto, o modelo vigente em algumas regiões do Brasil ainda não incorporou essas diretrizes de modo universal. Com isso, as ações

em saúde não têm sido eficazes para o enfrentamento das demandas de cuidados decorrentes desses agravos (BRASIL, 2014; MALTA; MERHY, 2010; MENDES, 2012; NUÑO et al., 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Para o enfrentamento das condições crônicas e redução das iniquidades, além da organização do setor saúde para garantir acesso às ações de assistência, promoção, prevenção e vigilância, torna-se essencial articular ações intersetoriais. As políticas para o enfrentamento das condições crônicas devem ser harmonizadas e alinhadas na busca de ações integradas e cooperativas (COLEMAN et al., 2009; MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013; MALTA et al., 2014; MENDES, 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

3.2 A atenção à saúde do idoso após o acidente vascular cerebral

Historicamente, desde a promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988, a atenção à saúde do idoso tem sido evolutivamente foco das políticas públicas nacionais (BRASIL, 2006b).

Em 2006, a saúde do idoso ganhou um amplo destaque com a publicação do Pacto pela Vida (BRASIL, 2006b) e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006a). Esses documentos reafirmaram o envelhecimento como prioridade nas ações de atenção à saúde e a necessidade de promover a atenção integral, adequada, de qualidade e humanizada para a saúde e o bem-estar da população idosa. A PNSPI vincula o conceito de saúde do idoso à sua condição de autonomia e independência e descreve a necessidade de medidas coletivas e individuais em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006a, 2006b).

A PNSPI considera que “a saúde da pessoa idosa se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença orgânica” (BRASIL, 2006a, p.4). Portanto, reafirma a necessidade de que o SUS assegure aos idosos melhores condições de integração e adequação de acesso ao atendimento, nos diferentes níveis de atenção à saúde, voltadas principalmente para o cuidado integral. O objetivo é possibilitar uma vida saudável, com o melhor nível de independência funcional para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 2006a).

Mesmo com os esforços governamentais para a criação e consolidação dessas políticas, ainda existem muitos desafios a serem transpostos para que os idosos possam ter acesso à saúde, segurança e qualidade de vida. Essa realidade é observada até mesmo em países desenvolvidos. No Canadá, após ser realizada a avaliação dos progressos do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (MIPAA), foram levantados vários problemas relacionados ao aumento das demandas de cuidados nos serviços de saúde, a aposentadorias e pensões, ao aumento das taxas de pobreza entre os idosos e à acessibilidade (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2010).

O comitê consultivo do *Centers for Disease Control and Prevention* identificou cinco intervenções para promover a saúde e prevenir doenças em idosos: fornecer informações de alta qualidade e recursos para profissionais de saúde pública e para prestadores de cuidados; apoiar prestadores de cuidados e organizações de saúde nos esforços de prevenção; integrar serviços de prevenção em saúde pública com a rede de serviços de envelhecimento; identificar e implementar uma prevenção eficaz; e monitorar mudanças na saúde dos idosos. Essas funções exigem novos esforços para atender às necessidades especiais dessa população e para oferecer programas em comunidades em que os idosos trabalham, residem ou se reúnem (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2003).

Entre as condições crônicas prevalentes na saúde do idoso destaca-se o AVC, reconhecido como uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos e uma importante causa de incapacidade. Ocorrem mais de 17 milhões de AVC por ano e 6 milhões de vidas perdidas para a doença. A cada segundo alguém tem um AVC, independente de idade ou sexo (WORLD STROKE ORGANIZATION, 2014).

A realidade social desse agravo geralmente envolve pessoas consideradas idosas, ou seja, nos países em desenvolvimento como o Brasil, aquelas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2013a). Um paciente idoso com AVC custa para o SUS, em média, R\$ 6 mil reais, mas esse valor varia de acordo com a gravidade de cada caso. O paciente que recupera completamente o déficit neurológico terá necessidade de um período de internação curto (de 3 a 5 dias), a um custo de aproximadamente R\$ 640 reais. Porém, nos casos em que o paciente fica com

disfuncionalidades graves, o período de internação pode ser de mais de um mês e gerar um custo de R\$ 32 mil reais (ABRAMCZUK; VILLELA, 2009).

Estudos internacionais realizados em países como Reino Unido, Austrália, Estados Unidos e Canadá também mostraram preocupação quanto a esses custos de tratamento e reabilitação para o sistema de saúde. Para diminuí-los, foram propostos programas de alta precoce e intervenções em saúde para promover melhor continuidade do cuidado, com ênfase no acompanhamento multidisciplinar por meio de visitas domiciliares e ligações telefônicas (ANDERSON et al., 2000; BEECH et al., 1999; MAYO et al., 2000; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2010).

A saúde do idoso que sobrevive ao AVC é considerada um desafio para os cuidadores formais (profissionais de saúde) e informais (familiares). Com a finalidade de minimizar essa dificuldade e suprir as necessidades específicas dos idosos, políticas públicas mundiais apontam a necessidade de melhorias das condições técnicas e humanas para a promoção do atendimento integral em toda a rede de atenção à saúde (da atenção básica à de alta complexidade) e no domicílio (MAYO et al., 2000; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

O sistema de saúde atual, especificamente em países em desenvolvimento, possui carências no modelo de atenção à saúde para atender às necessidades de pessoas com doenças crônicas, e isso aumenta a complexidade associada à carga da doença (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012). Essa dificuldade é mundialmente reconhecida, pois até mesmo países desenvolvidos, com ampla infraestrutura de pesquisa e prestação de cuidados e com sistema de saúde e reabilitação altamente eficiente, demonstram preocupação com a falta de investimento e incentivos para a reabilitação ao paciente com AVC (TEASELL et al., 2009).

Nesse sentido, para atender às necessidades de melhorar a qualidade da atenção à saúde dessas pessoas no Brasil, entre elas os idosos, foi iniciada pelo Ministério da Saúde, em 2007, a Rede Nacional de Atendimento ao AVC (BRASIL, 2012; MARTINS et al., 2013; RADANOVIC, 2000). Essa rede tem como objetivo melhorar a qualidade do atendimento à pessoa acometida por essa enfermidade, diminuir o número de óbitos e de pacientes incapacitados e diminuir o custo em longo prazo com internações e tratamentos. O projeto prevê a criação de uma rede de assistência em todos os níveis de atenção: reconhecimento da população,

atendimento pré-hospitalar e hospitalar, e reabilitação e prevenção. Atualmente, o programa conta com 45 centros especializados, localizados no Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Espírito Santo, Distrito Federal, Bahia e Amazonas (BRASIL, 2012).

Em 2011, foi estabelecida a Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, e em 2012 foi instituída a Portaria MS/GM nº 665, de 12 de abril, que propôs uma redefinição de estratégias que dessem conta das necessidades específicas desse cuidado (BRASIL, 2012). A referida Linha objetiva proporcionar cuidado integrado, promovendo a transferência dos pacientes em toda a rede de atenção a saúde (MARTINS et al., 2013). No entanto, foca a instituição de protocolos de atendimento pré-hospitalar e a organização de fluxograma de atendimento voltado aos casos agudos de AVC, sem envolver intervenções que incluam a reabilitação e a reintegração comunitária (BRASIL, 2012, 2013a).

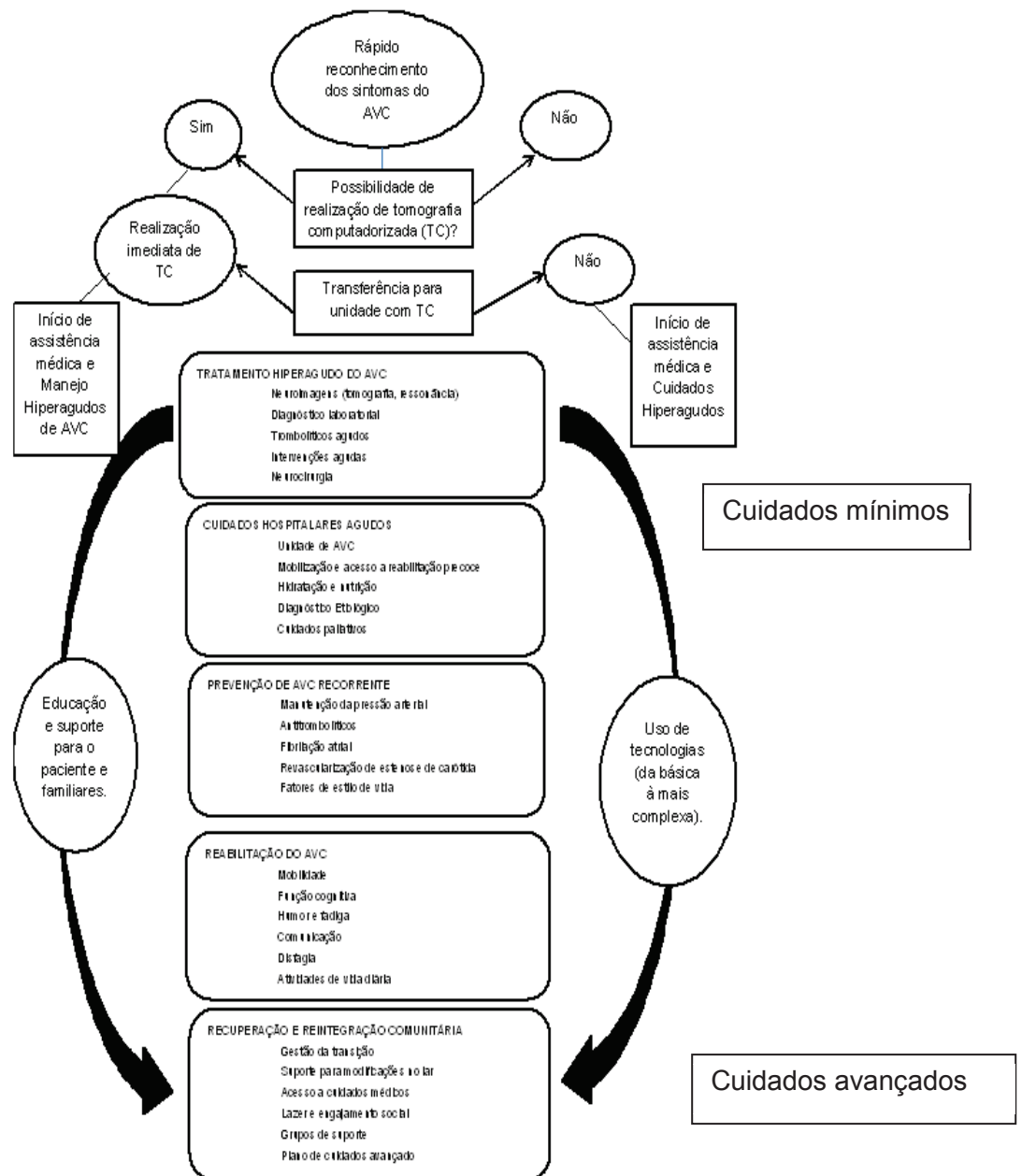
Em 2013, foram publicadas pelo Ministério da Saúde as Diretrizes para a Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral, que descrevem as orientações às equipes multiprofissionais de saúde, especificamente quanto aos cuidados em reabilitação, considerando as alterações físicas, auditivas, visuais, intelectuais e emocionais das pessoas que sofreram AVC (BRASIL, 2013a). Entretanto, poucos foram os estados brasileiros que integraram tais diretrizes em suas políticas assistenciais.

Em 2014, foi lançada “A Declaração dos Direitos dos Sobreviventes de AVC” no *World Stroke Congress*. Essa declaração foi elaborada por um grupo de sobreviventes e cuidadores, de países, culturas e línguas diferentes, que completaram questionários. Suas respostas demonstraram o que é considerado importante para a recuperação do AVC, basicamente: receber diagnóstico rápido e tratamento especializado, ser informado e preparado em relação ao AVC e ser apoiado na recuperação de forma psicológica, emocional, social e ocupacional (WORLD STROKE ORGANIZATION, 2014).

O protocolo de manejo do AVC foi construído a partir das recomendações das melhores práticas baseadas em evidências para cuidados às pessoas diagnosticadas com a doença. A figura 1 é uma tradução e adaptação dos cuidados indicados por esse protocolo. Ele sugere cuidado contínuo a partir do início dos sinais e sintomas de AVC e todo o caminho para a reabilitação e a reinserção à

comunidade. As dimensões gerais da gestão do AVC são: reconhecimento, avaliação, diagnóstico, intervenção, prevenção, educação e tecnologia de medição. Elas são aplicadas a partir da continuidade do reconhecimento da doença, alcançam os cuidados agudos e a prevenção de complicações e se estendem à reabilitação, prevenção de AVC recorrente, reintegração à comunidade e recuperação em longo prazo (LINDSAY et al., 2014) (Figura 1).

Figura 1 – Tradução e adaptação do Quadro de *Guideline* para AVC.



Fonte: Figura baseada em Lindsay et al. (2014, p.7).

Nem todas as recomendações são aplicáveis a todas as instituições de atendimento ao AVC; pode não haver capacidade para a implementação integral dessas diretrizes dentro de cada nível de cuidado. No entanto, todas as instituições devem se esforçar para desenvolver a capacidade de incluí-las no tratamento (LINDSAY et al., 2014).

Considerando o contexto da pesquisa em idosos na fase crônica, os cuidados a serem prestados são: prevenção de AVC recorrente, reabilitação, recuperação e reintegração comunitária. A prevenção de um novo episódio necessita de acompanhamento das condições crônicas da pessoa acometida pela doença. A reabilitação envolve atividades multiprofissionais que possam permitir melhor desenvolvimento relacionado às funções cognitivas e de mobilidade. Além disso, essa fase inclui monitoramento de sintomas depressivos, fadiga e outras alterações cognitivas para possíveis intervenções e aconselhamentos (LINDSAY et al., 2014).

Pessoas com AVC na comunidade devem ter acesso ao monitoramento contínuo e acompanhamento por profissionais de saúde, a fim de avaliar o andamento da recuperação, evitar a piora clínica e cognitiva, maximizar os resultados funcionais e psicossociais e melhorar a qualidade de vida (LINDSAY et al., 2014; WOOD; CONNELLY; MALY, 2010).

A reabilitação no contexto comunitário é um conjunto de ações progressivas e educativas desenvolvidas para o restabelecimento da função física e mental de cada indivíduo, visando à reintegração à sua vida familiar e social (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011).

O processo de reabilitação tem como objetivo permitir que a pessoa com deficiência alcance o melhor nível físico, mental e/ou social funcional possível, oferecendo condições para fazer escolhas e modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas que objetivam compensar a perda ou a limitação funcional e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais (BRASIL, 2013a). Envolve a descoberta da nova vida do indivíduo na sociedade, em que as dificuldades e os obstáculos se tornam maiores e frequentes (LESSMANN, et al., 2010).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de pesquisa

Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, interpretativo, segundo os pressupostos metodológicos da hermenêutica moderna (COSTA, 2004).

O estudo de caso é uma investigação empírica que pesquisa um fenômeno em profundidade, em seu contexto de vida real, de tal maneira que as fronteiras entre o fenômeno e esse contexto não estão claramente definidas (YIN, 2010). Esse tipo de investigação científica é apropriado para explorar particularidades e pode ser considerada uma estratégia robusta, caso o pesquisador promova cuidadosa atenção aos elementos de autenticidade na compreensão dos fenômenos estudados (ANTHONY; JACK, 2009).

A preocupação central é a compreensão do caso, que pode ser simples ou complexo, individual ou coletivo, desde que constitua uma representação singular da realidade, que é multidimensional e historicamente situada (STAKE, 2000; YIN, 2010).

4.2 Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada no domicílio de pessoas idosas residentes no município de Goiânia, no Estado de Goiás.

Em 2010 o Brasil contava com 20.590.599 idosos, o correspondente a 10,79% da população brasileira. No Centro-Oeste esse número era de 1.238.134; no Estado de Goiás, 561.625 e em Goiânia 124.682 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Em Goiânia, o AVC e as doenças isquêmicas do coração foram as principais causas de óbito em indivíduos adultos e idosos em uma série histórica de 1996 a 2010. Identificou-se, portanto, o aumento da proporção de óbitos por doenças cerebrovasculares, sobretudo na população acima de 80 anos (87,5%) (BRASIL, 2013e).

4.3 Participantes

Os participantes foram pessoas idosas que participaram da pesquisa “Situação de saúde da população idosa no município de Goiânia, Goiás”, desenvolvida pela Rede de Vigilância à Saúde do Idoso no Estado de Goiás (REVISI) (NAKATANI et al., 2009). Elas atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos, diagnóstico de AVC e residência no município em estudo.

Os critérios de exclusão foram: óbito, mudança de município e não estabelecimento de contato. Para os idosos com deficit de linguagem e/ou deficit cognitivo, avaliados pelo Mini-Mental (Teste cujos escores são: normal: ≥ 26 , comprometimento cognitivo: < 24 , limítrofe: entre 24 e 26) (ANEXO B), foram convidados familiares que atenderam ao critério idade superior a 18 anos, independente do sexo.

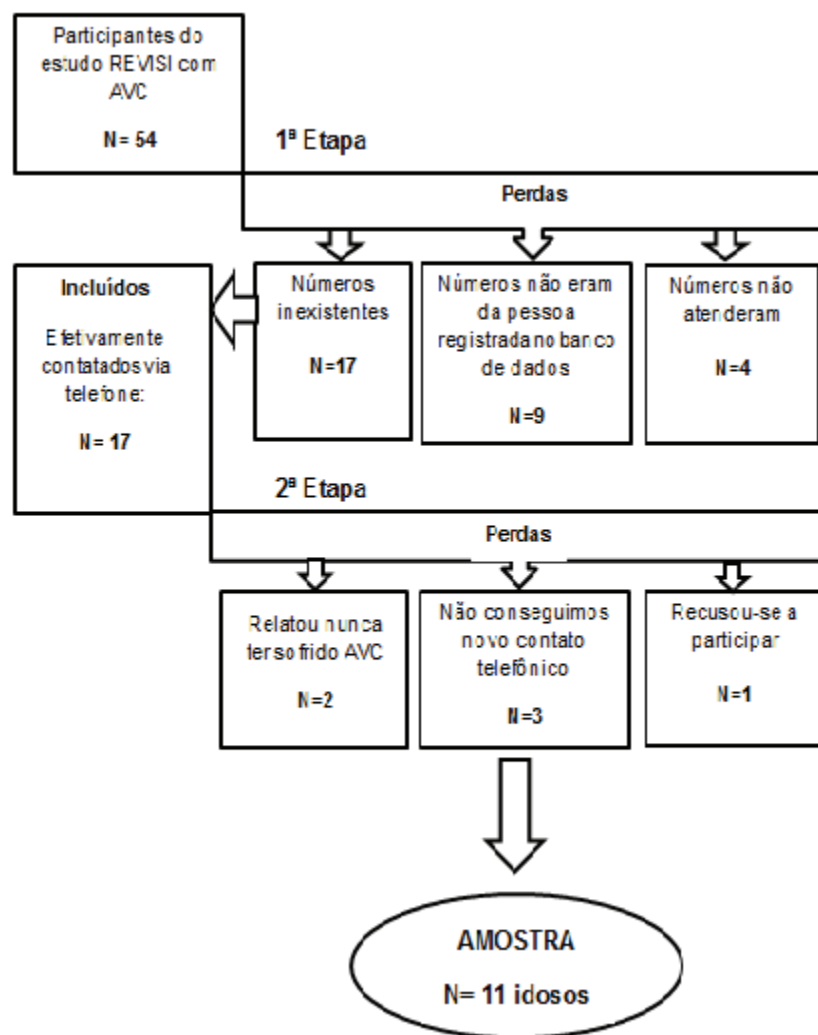
Na primeira etapa, verificou-se que 54 pessoas que participaram do projeto do grupo REVISI mencionaram ter sofrido AVC. A partir dessa informação, foi elaborado um banco de dados constando informações sobre a identificação e o endereço para que fosse realizado o contato inicial. Esse contato foi estabelecido por meio de ligações telefônicas para apresentar, de modo informal, os objetivos do estudo e verificar a possibilidade de participação do idoso.

Nessa etapa foram registrados: cinco óbitos, duas recusas à participação, dezessete números telefônicos inexistentes, nove números que não correspondiam ao da pessoa registrada no banco de dados (mudanças de telefone ou de residência) e quatro números não atenderam, mesmo após três tentativas em dias e horários diferentes.

Assim, foram efetivamente contatadas as famílias de 17 pessoas idosas. Nessa ocasião, a pesquisadora se apresentou, explicando o motivo do telefonema, e solicitou autorização, inicialmente verbal, para realizar a visita domiciliar. Após autorização, da pessoa idosa e/ou de seu cuidador familiar, o participante foi submetido a um rápido questionário por via telefônica (APÊNDICE A) para a organização das visitas domiciliares, de acordo com a disponibilidade de cada um em relação ao melhor dia e horário. Por meio dessa entrevista, seis pessoas foram excluídas, uma por se recusar a participar, duas por relatarem que nunca sofreram AVC e com três pessoas não foi possível novo contato telefônico (não atenderam).

A amostra de conveniência foi constituída, portanto, por 11 idosos e 5 familiares, somando-se 16 pessoas. Em duas situações as entrevistas foram conduzidas exclusivamente com os familiares. Nas entrevistas conduzidas com três idosos, houve a participação espontânea da família, que foi importante para a descrição de aspectos da vida cotidiana do idoso e para relembrar a experiência da enfermidade e do tratamento na época em que aconteceram.

Figura 2 – Fluxograma de seleção da amostra (Goiânia, Goiás, 2014-2015).



4.4 Coleta de dados

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás sob protocolo nº 553.601 (ANEXO A). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE). Foram utilizados como identificadores letras e números: letra “I” para idoso que sobreviveu ao AVC, por exemplo, I1) e letra “F” para a referência a familiares (Ex.: F1).

A coleta de dados ocorreu de abril de 2014 a fevereiro de 2015. Após obtido o consentimento verbal, foi agendada a primeira visita ao domicílio, para a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Após o consentimento formal, iniciou-se a primeira entrevista, na qual foram coletadas informações referentes a dados socioeconômicos, às condições de saúde do idoso, à história clínica do AVC e à trajetória da enfermidade. Realizaram-se também observações diretas e entrevistas semiestruturadas com as pessoas idosas e algumas vezes houve participação dos familiares que vivenciaram a experiência da enfermidade e dos cuidados em saúde após o AVC, no contexto comunitário.

Todas as entrevistas foram realizadas em local, data e horário previamente marcados, de acordo com a preferência dos participantes. Houve a preocupação de realizar as entrevistas sempre em um dos cômodos da casa que proporcionava maior tranquilidade e segurança aos participantes.

No domicílio, realizam-se observações diretas na tentativa de apreender a realidade social vivenciada pelos participantes, como aspectos relacionados às condições de vida (moradia, trabalho, higiene), relações sociais e outros fatores que faziam parte de seus contextos.

Os fenômenos observados não foram predeterminados, e sim observados e relatados da forma como aconteceram, com vistas a descrever e compreender o que ocorreu em cada situação (BENELLI; COSTA-ROSA, 2002). A observação proporciona ao pesquisador oportunidade de captar a realidade em uma perspectiva mais íntima do fenômeno estudado (YIN, 2010). Para isso, elaborou-se, para esta pesquisa, um roteiro de observação e um diário de campo, em que a pesquisadora relatou os detalhes constatados. As observações diretas limitaram-se ao contexto do local em que foram realizadas as entrevistas (sala, quarto, varanda, cozinha).

As entrevistas foram conduzidas por um roteiro semiestruturado com informações da pessoa que sobreviveu ao AVC e de seu cuidador familiar (APÊNDICES D e E). Ao todo, foram realizadas 21 entrevistas, pois para alguns participantes houve necessidade de duas visitas ou mais, para que fosse possível compreender o fenômeno em profundidade e obter a saturação teórica das informações no contexto individual e global das informações coletadas.

As entrevistas, realizadas pela pesquisadora, foram gravadas por meio do MP3 e posteriormente transcritas na íntegra para a análise dos dados. Cada uma foi identificada apenas numericamente, para o controle da pesquisadora, garantindo-se, com isso, o anonimato dos participantes. O tempo de duração variou de trinta minutos a uma hora e cinquenta minutos.

Para otimizar o tempo das transcrições, duas assistentes de pesquisa (bolsistas de iniciação científica e enfermeiras recém-graduadas) foram treinadas para auxiliar nessa tarefa. Todas as transcrições foram revisadas e complementadas pela pesquisadora, considerando que algumas expressões coloquiais e sons somente poderiam ser percebidos por ela, devido à sua participação no contexto da entrevista.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados qualitativos busca atingir a compreensão dos discursos de forma que os contextos sejam ampliados de forma sistemática, minuciosa e rigorosa. Deve ser desenvolvida para atingir os significados manifestos e latentes das falas dos participantes (MINAYO; DESLANDES, 2008). O verbo principal da análise qualitativa interpretativa é compreender. Isso significa colocar-se no lugar do outro, levar em conta a singularidade do indivíduo e contextualizar a experiência e a vivência de uma pessoa, ou seja, considerar seus aspectos biopsicossociais e culturais (MINAYO, 2012).

Portanto, essa é a fase mais complexa do estudo. Ela exige essa interpretação por meio da leitura, da organização e da busca de padrões comuns e divergentes, narrados pelos sujeitos participantes, observados durante o trabalho de campo e que devem ser contextualizados ao referencial teórico relacionado à temática do estudo.

A análise aconteceu durante todo o trabalho,, desde a seleção dos possíveis participantes até a redação do estudo dos casos, construída a partir da descrição dos dados, do diário de campo e da interpretação de seus significados dentro do contexto pesquisado.

Na análise dos dados resultantes de uma pesquisa do tipo estudo de caso não existem receitas ou fórmulas fixas. O processo depende do próprio pesquisador, com seu raciocínio para apresentação de evidências suficientes e interpretações

cuidadosas acerca das narrativas e observações. Cada investigador deve formular suas próprias estratégias analíticas conforme o conjunto diversificado de evidências (YIN, 2010).

A análise ocorreu de forma profunda e intensa. Após a transcrição das entrevistas e dos diários de campo, foi realizada a redução e organização desse material. Procurou-se, inicialmente, fazer uma leitura compreensiva do conjunto selecionado e de forma exaustiva, para apreender as particularidades das entrevistas (MINAYO; DESLANDES, 2008).

À medida do aprofundamento na leitura dos dados, procedeu-se à identificação das unidades de significados, formadas por fragmentos textuais representativos de significados para os participantes, da realidade social e da abstração da pesquisadora. Sequencialmente, as unidades semelhantes foram agrupadas em núcleos temáticos.

O núcleo temático comporta um significado, ou tipo de significado, e pode se referir aos contextos, atividades, relações entre pessoas, comportamentos, opiniões, entre outros aspectos. No processo dessa identificação, o pesquisador tem liberdade para alterar, reorganizar e construir suas interpretações (MILES; HUBERMAN; SALDAÑA, 2014; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Nesta pesquisa, a construção dos núcleos temáticos e temas decorreu da busca pelas atitudes e comportamentos frente a eventos previsíveis e não-previsíveis. A compreensão do delineamento do contexto foi realizada a partir da experiência vivenciada pelas pessoas idosas em relação à experiência da enfermidade e dos cuidados à saúde após o AVC.

Finalmente, procedeu-se à interpretação dos resultados, construída a partir da narrativa dos participantes, das percepções e reflexões da pesquisadora e da comparação dos dados com as evidências de outros estudos desenvolvidos com objetivos semelhantes ao deste. Aqui, a ferramenta principal foi a comparação e síntese, que permitiu destacar as semelhanças e diferenças e, assim, obter conclusões que foram contextualizadas e contrastadas com as de outros estudos (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007; MILES; HUBERMAN; SALDAÑA, 2014).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção estão apresentadas as características socioeconômicas e clínicas e os respectivos núcleos temáticos, identificados a partir dos significados atribuídos pelos idosos à experiência de vivenciarem a fase crônica do AVC.

5.1 Descrição do grupo social pesquisado

As características dos 11 idosos que sofreram AVC e dos 5 familiares estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes do estudo (2014-2015).

PARTICIPANTE	IDADE (anos)	SEXO	ESTADO CIVIL	SITUAÇÃO OCUPACIONAL	ESCOLARIDADE (em anos)	RENDA MENSAL FAMILIAR
Idosos						
I1	71	F	Divorciado	Aposentado	5 a 8	R\$2.000,00
I2	77	M	Casado	Aposentado	1 a 4	R\$720,00
I3	70	M	Casado	Aposentado	0	R\$720,00
I4	76	F	Viúvo	Aposentado	0	R\$1.500,00
I5	70	M	Casado	Aposentado	5 a 8 anos	R\$3.000,00
I6	78	F	Viúvo	Aposentado	0	R\$720,00
I7	82	M	Viúvo	Aposentado	1 a 4	R\$720,00
I8	81	F	Casado	Aposentado	5 a 8	R\$1.200,00
I9	97	F	Viúvo	Pensionista	1 a 4	R\$720,00
I10	69	M	Viúvo	Aposentado	1 a 4	R\$1.200,00
I11	70	F	Divorciado	Aposentado	5 a 8	R\$720,00
Familiares						
F2	75	F	Casado	Aposentado	5 a 8	R\$720,00
F3	68	F	Casado	Aposentado	Mais de 8	R\$720,00
F7	49	F	Casado	Trabalhando	Mais de 8	R\$1.200,00
F8	63	F	Casado	Aposentado	Mais de 8	R\$1.200,00
F9	52	F	Divorciado	Trabalhando	Mais de 8	R\$2.000,00

Entre os sobreviventes ao AVC, seis eram do sexo feminino, cinco viúvos e todos relataram ter filhos. Sete idosos tinham tempo de escolaridade correspondente a até quatro anos (no Brasil, equivale ao ensino fundamental incompleto). Um idoso relatou não possuir moradia própria, seis moravam com companheiro e/ou filhos e cinco moravam sozinhos. A renda mensal média consistia em R\$1.000,00. Todos relataram possuir renda por aposentadoria e seis pessoas recebiam um salário mínimo. Oito idosos se aposentaram por idade e dois após o AVC.

Os cinco familiares participantes eram do sexo feminino e tinham filhos. A média de idade era de 61 anos. Quanto ao grau de parentesco, três são filhas e duas cônjuges. A maioria era casada e residia próximo ao idoso.

Todos os participantes mencionaram ter crença religiosa. Constatou-se predomínio da religião católica.

Em relação ao tempo de ocorrência do AVC, os idosos relataram que foram acometidos pelo episódio há um período que variou entre 8 e 34 anos. A média foi de 15,1 anos. Todos os participantes relataram conviver com mais de duas condições crônicas e prevaleceram as relacionadas ao aparelho circulatório (hipertensão arterial e doença arterial coronariana) e as dislipidemias. Outras morbidades mencionadas foram: catarata, deficits de memória, deficits auditivos e doenças osteomusculares (osteoporose, gota, entre outras).

As características sociodemográficas e econômicas do grupo pesquisado são semelhantes às de outros estudos populacionais que caracterizam idosos brasileiros com baixo nível educacional, renda média baixa e aposentados (LOTUFO; BENSEÑOR, 2009; NEVES et al., 2013; PEREIRA et al., 2009; PERLINI, FARO, 2005; RODRIGUES et al., 2013).

O baixo nível de renda, a baixa escolaridade e a carência de serviços públicos e de saneamento básico são indicadores de precariedade das condições e da qualidade de vida da população idosa no Brasil (CALDAS, 2003). Este aspecto foi observado no estudo em termos do ambiente em que esses idosos viviam, principalmente quando moravam sozinhos. Observou-se, durante as visitas, que eles apresentavam com mais frequência condições de higiene inferiores às adequadas e desorganização em seus lares.

5.2 A experiência de vivenciar a fase crônica após o acidente vascular cerebral

Por meio da análise interpretativa foram identificados núcleos temáticos relacionados à experiência vivenciada por idosos na fase crônica após o AVC. Os núcleos temáticos expressaram as mudanças nas vidas e mostraram como essas pessoas enfrentaram a enfermidade no contexto social, familiar e comunitário. Observou-se que prevaleceram queixas e comprometimentos nos relatos dos participantes; no entanto, houve também aspectos positivos relacionados ao enfrentamento, como a autoeficácia, a participação social, a fé e o apoio social.

Os núcleos temáticos foram assim intitulados: **comprometimento da independência funcional, comprometimento das relações sociais e comprometimento do acesso aos serviços de saúde**, como mostra a Figura 3:

Figura 3 – Diagrama interpretativo relacionado à experiência da pessoa idosa após o acidente vascular cerebral



No núcleo temático **comprometimento da independência funcional**, identificou-se que a maioria dos idosos mencionou que vivencia mudanças nesse nível. Eles dependem dos familiares para o desempenho de atividades básicas e instrumentais da vida diária (principalmente os que têm maior grau de comprometimento da funcionalidade). Entre outros aspectos para os quais os idosos se percebem como dependentes, estão a capacidade de ir e vir (deficits para locomoção, dificuldade para dirigir), a dependência financeira (compra de medicamentos, pagamento de despesas da casa) e o fato de não poderem dormir sozinhos. Para a maioria, o AVC trouxe para suas vidas limitações na estrutura social e econômica, o que levou à necessidade de apoio parcial ou total de seus familiares.

[...] Eu fiquei três anos que não movia nada, fiquei vegetando, eu não falava [...] meu marido que cuidava de mim como cuidasse de uma criança (I1).

[...] Eu estava no osso, sem poder nem fazer comida para mim, não podia uai! [...] Eu venho para cá, quando caio doente, pra casa dessa filha! [...] Eu tô ruim, olha, com isso aqui, andando com esse andajar (andador)! [...] Limpar quintal eu não dou conta, parece que azanga tudo, eu fico tontinho, ruim! (I7). [...] Tive que ajudar no banho, a vestir roupa, fazer comida pra ele... só foi lá pra casa dele quando viu que ele tava bom mesmo, porque ele não gosta de sair da casa dele, sai de jeito nenhum (F7).

[...] Minha vida é custosa! Não faço nada! Porque eu pus fogo no fogão e rebentou a tampa, aquela cacaiada no meio da casa! Elas agora não deixam eu cozinhar mais não! De vez em quando eu faço um cafezinho

escondido, agora não presto mais! (I9) [...] Ela não dava conta de fazer nada. Dava comida na boca dela, não falava, não andava, não pegava nada. Tinha que dá banho nela, nós punha o colchão aqui na sala e ela ficava só olhando, chorava, tadinha, com vontade de andar, de falar, de se vestir... Ficou uns três meses dependente totalmente da gente. [...] Ela faz quase nada, não dá conta. Ela tem vontade de fazer, mas a gente não deixa. A única coisa que ela faz é picar verdura de vez em quanto, de vez em quanto lava as vasilhas sentada (F9).

[...] Tem que ter uma pessoa para ficar aqui (ajudante de casa), que faça minha comidinha, que vem para estender minha cama de manhã, pra lavar minha roupa, limpar minha casa, pra ficar conversando sempre comigo! [...] Minha nora que faz minha compra no supermercado, deposita o dinheiro de pagar o plano! [...] Meu filho vem, trás o carro aqui, eu entro no carro. Meus filhos todos têm carro, me levam para o hospital, consultório.[...] Eu fazia volta aqui dentro do meu lote, eu vinha eu voltava, e agora não, eu tô muito prisioneira, muito aqui dentro de casa! [...] Hoje não posso ir, nem com alguém me segurando, eu caminho uns 2 metros e não dô conta mais de dor na perna (I4).

[...] Eu andava de moto, [...], de bicicleta, e depois que eu dei esse derrame, eu nunca mais... eu montei nem numa moto. A muié fica com medo! (I3).

[...] Preocupamos deles dormirem sozinhos, porque já são três idosos, minha mãe, meu pai e meu irmão deficiente. [...] Tem uma sobrinha que dorme aqui, porque ela mora em Aparecida. Quando é no sábado que ela vai cedo para o serviço e de lá vai para casa dela [...] Na segunda, quarta e sexta tem essa cunhada. Se eu não vier, não tem problema que tem ela, agora na terça e na quinta sempre eu venho, e no domingo e no sábado minha irmã vem (F8).

[...] Ah mudou tudo, que descaroga tudo né. [...] desmonta tudo, a gente, desmonta, faço nada por isso. Tudo o que eu praticava não faço mais! [...] Algumas vezes eu ia na missa, agora com essa cadeira não dá para andar até a igreja, está difícil! Tô com deficiência, sabe, o derrame me destruiu! (I10).

[...] Eu acho que fiquei mais esquecida! [...] A minha filha, coitada, dorme no meu quarto comigo, com medo! Não deixa eu ficar sozinha de jeito nenhum! [...] Quanto às despesas, minha filha que paga o pato, porque (a aposentadoria) não dá pra pagar as despesas: medicamento, médico, eu tenho seis médicos, exames, remédios, aí não dá para nada. Aí ela (filha) ajuda!(I11).

[...] Meu filho que paga água, luz! [...] Quem faz tudo pra mim é meu filho! [...] Ele é que recebe pra mim, ele é que faz compra pra mim, ele que faz tudo! [...] Coitado dos meus filhos... São muito bons, mas eles são pobre, né? Luta pra ganhar o pão de cada dia, né? Então, quando eu fico sem remédio é que eu fico em cima dos meus filhos. [...] Esse (filho) que mora aqui, ele que me leva pros lugares, me leva e me busca porque eu num dou conta de ir de ônibus. Eu tenho medo de eu ir de ônibus e machucar e ficar pior, né? [...] Eu finjo que tenho saúde pra mim num atormentar meus filhos! [...] É tão difícil ficar assim esperando que uma pessoa aparece pra fazer uma coisa pra você! [...] Nem pra comer eu num presto, porque eu faço comida... Deixa eu te explicar: Eu fiz comida domingo, aí eu como até amanhã (quarta-feira). Quando for amanhã, eu faço outra, aí vou fazer domingo outra vez. Eu num tenho paciência... Eu vou ficar lá na cozinha fazendo as coisas, eu tenho que ficar sentada, levanto um pouquinho, eu volto e sento! [...] Minhas perna doem, minhas perna é cansada, sabe? É aquele cansaço assim, esquisito (I6).

Os comprometimentos funcionais identificados relacionaram-se tanto ao processo de envelhecimento como ao fato de conviverem com pelo menos duas condições crônicas, entre elas o AVC. Para essas pessoas existe a necessidade de suporte em sentido amplo, que englobe o retorno a uma vida independente; exige não só a capacidade de realizar atividades de vida diária (AVD) básicas, mas também de desenvolver atividades mais complexas (ou seja, atividades instrumentais de vida diária - AIVD), como fazer compras, preparar a refeição, utilizar o telefone, conduzir um carro e desempenhar a gestão financeira. Essas funções devem ser trabalhadas e avaliadas no retorno do idoso para a comunidade (DUNCAN et al., 2005; RAMOS, 2009).

Embora as políticas públicas reafirmem a necessidade de qualificar a atenção à saúde do idoso, pesquisas científicas apontam a existência de um alto grau de limitação dessas pessoas para as atividades de trabalho e lazer, bem como perda da qualidade de vida, o que acarreta impactos econômicos para as famílias, comunidades e para a sociedade em geral (CALDAS, 2003; MORALES et al., 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003). Essas dificuldades comumente ocorrem no decorrer do processo de envelhecimento; entretanto, as pessoas idosas que experimentam múltiplas condições crônicas e vivenciam um AVC possuem ainda mais limitações e disfuncionalidades (PEDREIRA; LOPES, 2010; PERLINI, FARO, 2005).

Os resultados apontam que a capacidade funcional é uma condição multifatorial. Está associada à interação de fatores demográficos, sociais, econômicos, epidemiológicos e comportamentais. A OMS definiu incapacidade funcional como a dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade (PARAHYBA; SIMÕES, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O problema da incapacidade tem relevância social e econômica, e as pessoas incapacitadas correspondem a 10% da população geral. Elas possuem dificuldades com relação à locomoção e transporte, entre outras. A incapacidade é avaliada em seis áreas: orientação, dependência física, mobilidade, trabalho, integração social e autossuficiência econômica. Essa avaliação é realizada por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), desenvolvida pela OMS

(MÂNGIA; MURAMOTO; LANCMAN, 2008; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A experiência de cuidar, em casa, de alguém acometido por AVC tem se tornado cada vez mais frequente no cotidiano das famílias. O grau de envolvimento do familiar nos cuidados ao idoso depende do nível de dependência. Quanto mais comprometida a autonomia do sobrevivente, maiores as demandas e a complexidade das atividades desenvolvidas pelo cuidador (PERLINI; FARO, 2005). A maioria dos idosos do estudo já apresentou disfuncionalidades mais graves na fase aguda do AVC e necessitou de atenção ampla para realização das atividades básicas para as mais complexas.

No protocolo de assistência para AVC preconiza-se que deve haver uma fase de recuperação e reintegração comunitária da pessoa acometida pela doença e educação e suporte aos familiares a partir da fase hiperaguda (LINDSAY et al., 2014).

Outro ponto referido por alguns participantes foi a dependência econômica dos idosos. O baixo benefício previdenciário (aposentadoria) não é suficiente para arcar com os custos do cuidado e da manutenção da casa; portanto, o idoso recorre à família para auxiliá-lo nas despesas mensais, e assim ocorre uma mudança de papel social (CALDAS, 2003; KARSCH, 2003; GIRARDON-PERLINI et al., 2007).

Alguns idosos mencionaram sentimentos relacionados ao medo (de morrer, de piorar, de ter um novo AVC, de necessitar de hospitalização) e à insegurança (para as atividades de vida diária, para manutenção da vida financeira), além de vergonha, desânimo, apatia, e tristeza. Esses sentimentos prevaleceram, principalmente, nos casos de idosos que convivem com disfuncionalidades motoras e/ou cognitivas.

[...] Depois disso aí (AVC) que eu vim embora, aí deu uma depressão em mim. Me deu, assim, uma vontade de chorar, sabe?! Eu acho que é depressão. [...] Num sei se eu ficava pensando: “será que eu vou morrer?”, aqueles negócios e tal! E eu peguei só a chorar! Trem esquisito! [...] Tem hora que eu passo vergonha com a dificuldade de escutar. Tem que ficar procurando pra pessoa repetir. Eu tenho aparelho, mas num aguento ele! (13).

[...] Meu médico fala pra mim: “ó, pode fazer tudo que você quiser, mas não é bom você facilitar, andar fora de hora assim, porque as vezes você pode ter esquecimento!” Tenho cuidado porque ela (doença) pode voltar, assim de repente! (11)

[...] Eu fiquei preocupada com medo de ficar pior! [...] Olha, pela minha idade! Tem hora que eu fico assim, com medo de dar, assim, memória ruim. [...] Quando eu vou comer eu sinto que meu olho fecha, na hora que eu tô mastigando. Eu fico até com vergonha de comer no meio de gente! (I8).

[...] Ah, eu pensei que eu ia morrer ou então ia ficar paraplégica na cadeira de rodas! Ah, não é uma experiência boa, não, eu tinha medo de repetir! (I11).

[...] É uma decepção porque se eu não me encontrasse desse jeito, eu tava tomando de conta da minha casa. [...] Fica uma vida limitada! [...] Ruim eu não poder movimentar com meus negócios, receber, de precisar depositar. Ultimamente eu não tô depositando, depois que eu me encontro desse jeito! [...] Como eu já caí varias vezes, o meu medo é tanto de eu cair, que para eu evitar de cair eu me limito! [...] Eu acho que o futuro já era! O futuro funcionava pra mim antes de acontecer esse problema comigo. Depois que aconteceu eu perdi negócio assim de futuro, eu não sonho mais não (I4).

[...] Vixe, sempre eu tô triste chorando! [...] Ruim a vida depois do derrame! Porque eu não tenho gosto de estar junto com o povo assim como era: alegre, trabalhava para um, trabalhava para outro, agora só empirrada dentro de casa! (I9).[...] Ela fica aí desse jeito aí, coitada, ela fica cansada, tem vontade de morrer, ela fica cansada de não pode fazer nada. Eu falo: “mas mãe, tem que dá graças a Deus, tá bom demais mãe! Agora vai descansar!” Ela não entende, ela quer fazer alguma coisa (F9).

[...] Agora acabou a vontade de ter vontade, desgraçou tudo!! Perdi a graça! Não tem nada que me motiva mais! [...] Com essa deficiência, sei não, eu tô vivendo na marra. [...] tudo, tudo é triste... o mundo pra mim é descrença e tristeza tudo! [...] Me desgraçou... o derrame me destruiu! [...] Eu não presto para nada mais! [...] Eu fiquei pacato... Não tenho sensação de nada, não gosto de fazer nada, até preguiça de tomar banho eu tenho [...] Limitações de tudo na vida, mudou tudo... Eu só quero morrer só! [...] Bebi chumbinho para ver ser morria. Não fez efeito, masquei assim até muito tempo... Queria morrer porque morrer, morreu, acaba um pouco do sofrimento! (I10).

[...] Ele não gosta de nada, ele não gosta de menino, ele não gosta dos netos! [...] Então não tem nada que o agrada, os filhos chega, vai conversar, ele não responde, fica ali calado. Tem hora que eu perco até a paciência, não conversa quase, ele não agrada os netos! Então não tem nada que o deixa assim (feliz) (F2).

[...] Foram muitas mudanças! A gente só de ficar doente assim, essas fraquezas na gente, essa cabeça ruim! Não tá boazona a cabeça, ficou ruim para fazer um bocado de coisa! Eu era bom pra jogar damas, mas perdi, porque a dama tem a matemática e eu perdi o jogo como é que faz (I7).

Observam-se, pelas falas acima, os sentimentos dos participantes relacionados ao fato de conviverem com as limitações físicas, a dependência e a falta de autonomia. Sentimentos de baixa autoestima e desvalorização pessoal, acompanhados de instabilidade emocional, podem fazer parte do cotidiano dos indivíduos com doenças crônicas, uma vez que a modificação na autoimagem, no comportamento do seu corpo e na restrita autonomia contribui para que a pessoa se

considere incapaz e diminuída diante dos outros com quem convive (GIRARDON-PERLINI et al., 2007; RABELO; NÉRI, 2006).

Dentro do protocolo mundial de cuidados ao AVC está o rastreamento de sintomas depressivos, visto que é uma patologia frequente nas pessoas acometidas por essa doença (HUANG et al., 2010; LINDSAY et al., 2014; NEVES, et al.; 2013; RABELO, NÉRI, 2006). O choro e a depressão também são encontrados em vários estudos que retratam o idoso com AVC. Em face das suas disfuncionalidades, ele pode achar que não tem mais nada a fazer nem projetos a cumprir.

Deficit cognitivo e de comunicação e mudanças de personalidade ou de comportamento são alterações possíveis de ocorrer após um AVC. Estudos referem que pode ser considerada comum a presença de sentimentos de raiva e tristeza. Comportamentos agressivos e de revolta também são manifestados por algumas pessoas acometidas pela doença (HUANG et al., 2010; GIRARDON-PERLINI et al., 2007).

Apesar de vivenciarem limitações decorrentes do AVC e do processo de envelhecimento, alguns idosos descreveram as readaptações para manutenção da sua vida cotidiana e relataram que, à medida do possível, mantêm suas atividades de vida diária (cuidar de si e da casa), sociais e comunitárias (ir à igreja, passear com amigos, ir à feira e visitar familiares). Esse aspecto foi mencionado com satisfação.

[...] Eu que faço comida direitinho, lavo roupa, quando me dá coragem, limpo tudo, limpo as vasilhadas da prateleira, lavo aquelas vasilhas tudo, arrumo tudo, então eu que cuido! [...] Às vezes eu pago a pessoa que faz aquelas faxina. [...] Eu sou muito vaidosa, gosto de passear, de ir para as festas da terceira idade, gosto de dançar, gosto desses trem! Eu tenho umas amigas (do prédio) que almoçam fora, eu vou com elas tem dia! [...] Todo final de semana elas (filhas) vão para a chácara, eu vou com elas pra lá! (I1).

[...] Vou na casa de um amigo conversar, contar caso e tal, tem os netos lá, fico brincando com eles, jogo damas! [...] Eu tenho uma irmã em Palmas, eu vou conversar mais ela e tal, fico por lá. Nós vamos em uma chacinha que eles têm, vou para Minaçu para casa do meu filho, tem muito conhecido lá, já morei lá (I7).

[...] Tá bão! Ainda tá jogando dominó, né? Ele num tá aleijado, de num comer com a mão dele, ele dá conta de andar (F3).

[...] Eu vou nas minhas amigas, às vezes eu vou levar revista, buscar revista [...] Eu sou evangélica, eu vou dia de domingo e na quarta-feira, eu faço campanha aqui três horas da tarde, das três às cinco na igreja. [...] No sábado e domingo a gente tem uma chacinha, eu vou para a chacinha! (I8).

[...] Ela é uma pessoa que gosta de bordar, ela gosta de ter amizade, ela gosta de fazer um crochê um bordado, então ela sai, anda. Então, o dia que eu não tô aqui, se ela precisar de alguma coisa, ela consegue se virar... (F8).

[...] A gente põe ela para pintar, para fazer quebra-cabeça [...] ela gosta de pintar. A minha sobrinha compra aquelas revistinha de desenho, ela pega os desenho e pinta tudinho, é o que distrai ela: o quebra-cabeça e os desenhos. [...] A gente põe para ler a Bíblia também, que ela enxerga bem, ela gosta de ler [...] Ela faz crochê, ela enfia a agulha fina, coisa que nós tudo usa óculos, ela não usa (F9).

[...] Eu não consigo ficar sem ir na missa domingo, eu gosto assim quando eu tô boa e tenho tempo, eu gosto de pelo menos umas três vezes na semana. [...] Tem dia que vou na casa das minhas irmãs, que ela moram no interior. Tem duas irmãs lá e tem uma em outra cidade aqui perto, aí eu faço visita para elas no final de semana! Ou então esse filho que mora em Anápolis, eu vou para lá, minhas saidinhas é assim! [...] Eu ando de ônibus, os filhos tudo trabalham, não têm tempo para me carregar, só quando eu tô doente mesmo (I11).

[...] Eu vou na feira e volto só, ando lá para distrair. [...] Vou na missa, algumas vezes! (I10).

[...] Eu gosto muito de ler, eu tenho uma biblioteca aqui em cima, vou na biblioteca, levo uns três livros de cada vez. Às vezes chego lá procurando livro e não acho nenhum que eu já não tenha lido. [...] Às vezes que eu saio é de ônibus ou a pé. Eu ando muito a pé, essas caminhadas fazem muito bem pra mim (I5).

[...] Eu levanto cedo, eu vou na cadeira até ali, dali pra lá, eu vou segurando naquele pau e segurando nas paredes, vou pra fora. Minha roupa eu lavei, tá lá no banheiro, foi eu que lavei! [...] Lavo minha roupa, lavo minhas vasilha! [...] Eu gosto de fazer meu serviço, eu gosto das minhas coisinhas tudo arrumadinha. Eu ando assim, minha filha... Eu vou pra cozinha, com minha cadeirinha, ponho ela lá perto do fogão, faço minha comida... Mas eu não guento ficar muito tempo em pé não, minhas pernas cansam! [...] Eu não gosto de passear não. Eu fico o dia todo aqui. Primeiro eu assisto à novena da Maria passa na frente, depois assisto à novena do Divino Pai Eterno, sentada ali naquela cadeira... (I6).

[...] Eu pego minha roupinha íntima, passo sabão, já tem o sabão... tem o sabonete... Tem tudo eu passo, não fico esperando minha filha ensaboar isso pra mim! (I4).

[...] Todo dia ele acorda e passa da cama para um sofá no quarto, aí eu levanto ligo a televisão, que ele olha a televisão o dia inteiro, [...] eu arrumo o café, aí dou o café e ele toma com a mão.[...] Consegue escovar os dentes sozinho direitinho. [...] Ele mesmo veste a camisa, mas eu que sempre ponho porque ele enrola (F2). [...] A gente tinha carro, eu até vendi o carro porque ele não podia dirigir mais, né? Então ficou aquela coisa assim que a gente achou ruim, porque a gente teve de ficar quieto mesmo em casa! [...] Eu acho assim, se ele voltasse a andar, a gente sairia, andaria mais, ele não dá conta de firmar as pernas! (F2)

Estudos mostram que alguns sobreviventes de AVC que tiveram oportunidades de visitar amigos, fazer viagens e ir ao cinema, com o apoio

emocional e espiritual da família, consideraram essas atividades importantes para se sentirem ativos em suas próprias vidas (DALVANDI et al., 2009).

A conquista de maior independência está fortemente relacionada com o suporte emocional dos familiares e amigos. Mesmo que bem intencionados, os familiares não podem proteger os idosos a ponto de fazer tudo para eles. É importante que o idoso tente, por conta própria, realizar algumas atividades para que se sinta no controle sobre acontecimentos de sua vida (WOOD; CONNELLY; MALY, 2010).

Para que ocorra redução dos índices de isolamento social, acredita-se que seja fundamental a melhoria da integração comunitária, que inclui experiências subjetivas e objetivas. As experiências subjetivas de integração à comunidade relacionam-se com a melhora da qualidade de vida por suscitarem o sentimento de estar integrado socialmente, familiarmente e de possuir mobilidade para viagens e para produtividade. O fato de poder dirigir tem uma influência considerável sobre essa integração (GRIFFEN et al., 2009).

Três participantes mencionaram que, apesar do AVC, não ficaram dependentes. No entanto, durante as visitas observou-se que, mesmo para essas pessoas, os familiares mencionaram a necessidade de cuidados contínuos e supervisão frente às limitações relacionadas com a capacidade para o autocuidado. Identificaram-se também, durante as observações, dificuldades de higiene das casas das pessoas que moravam sozinhas e desorganização quanto ao uso contínuo dos medicamentos.

[...] Acabou eu não fiquei com sequela de nada, para você ver eu tenho a memória até boa demais, até passado igual minhas filhas falam: “Parece que a senhora ficou até mais esperta do que a senhora era”! (I1).

[...] Minha saúde é ótima, tem hora que eu nem alembro que sou doente (I8).

[...] Pela idade dela, não gosta muito é de tomar remédio. Um dia desses ela passou mal! [...] Hoje ela falou que toma três remédios e só tá tomando um! Então a gente tem que ficar de olho! [...] Preocupamos deles dormirem sozinhos, porque já são três idosos: minha mãe, meu pai e meu irmão deficiente (F8).

[...] Aí também que eu descobri, até foi uma coisa boa, o tanto que eu era amada! Eu nem sabia que tinha essa importância toda para tanta gente. Depois que eu fiquei com o problema, pessoas que tinha anos que eu não via, veio me visitar, ligava, sabe, pessoa que eu pensava que nem lembrava mais de mim! [...] Os filhos preocupam, mas não é tanto como naquela época. Mesmo assim eles sai, liga aqui. Se eu não atendo, aí liga para todo

mundo pra me achar. O dia que eu saio sem esse celular, nossa, ficam bravos, ficam preocupados (I11).

No núcleo temático **comprometimento das relações sociais**, identificou-se que para a maioria dos idosos a vida ficou ruim após o AVC, em termos da manutenção de atividades sociais relacionadas à capacidade para trabalhar, de passear e viajar. Algumas cuidadoras familiares mencionaram o afastamento e a falta de apoio dos amigos e de pessoas da família, o que repercutiu tanto na vida delas quanto na do idoso. Em duas situações elas se referiram à sobrecarga do cuidado e ao conseqüente afastamento de suas atividades sociais. Foram descritas situações relacionadas ao isolamento social (dos familiares e amigos):

[...] Pra trabalhar, num ando muito bão também não! Tenho dificuldade de escutar! [...] Eu andava de moto, [...], de bicicleta, e depois que eu dei esse derrame, eu nunca mais montei numa moto! (I3). [...] Uai... Ficou mais difícil, né? Oê num pode andar sozinho... Mais difícil é... Ele num tem muita destreza mais no corpo (F3).

[...] Ruim a vida depois do derrame! Porque eu não tenho gosto de estar junto com o povo assim como era: alegre, trabalhava para um, trabalhava para outro, agora só empirraçada dentro de casa! [...] Eu andava mais ou menos, ia na casa dos meus filhos, agora não tem jeito! Para sair, eu dou trabalho, porque não ando direito sozinha! [...] De primeiro eu ia com minha filha na rua fazer compra, agora a perna não presta! (I9).

[...] Eu tinha carro, sabe, depois dessa cirurgia que eu fiz eu não pude dirigir mais, o médico proibiu! [...] Andar só e nem dirigir eu posso! [...] Ando de ônibus, mas é pouco, as filhas não deixam! [...] Todas duas (filhas) têm carro, elas que levam pra todo lugar (I5).

[...] É difícil, você adocece junto com eles, sua vida todinha é voltada para eles, você não pode sair! Igual, a minha a vida acabou! Só cuidando dela! Antigamente eu saía, passeava, viajava, não faço mais! Nem na casa dos meus filhos tem jeito de eu ir. Se é para eu ir, tenho que pedir umas meninas (irmãs) para ficar aqui com ela! Tem vez que elas não querem ficar, aí eu não saio. [...] E minhas irmãs olham ela só para mim trabalhar. Fora disso, elas não olham! É muito difícil ter na família uma pessoa doente! Ainda mais na idade deles, idosa assim, é muito mais difícil para cuidar! [...] É pesado, mas é minha obrigação! Eu tenho que cuidar, porque se eu não cuidar não vai ter quem vai cuidar! (F9).

[...] Antes de eu adoecer, na minha casa, eu tinha o quartinho com cinco máquinas de costura, vinham me trazer serviço, vinha buscar as encomendas. [...] Oh, mudou muito! As atividades que eu não tenho hoje! De eu levar, de eu trazer, de eu dizer isso, eu quero assim! [...] Mas mudou muita coisa, mudou mais de 100%, a mudança foi imensa. [...] O braço fica doendo, a perna, é tanta dor que me proíbe ficar ativa, proíbe! [...] Não é fácil não, essa é uma vida muito prisioneira [...] a liberdade fica um pouco limitada [...] (I4).

[...] Eu penso em ir na igreja, mas pra eu ir na igreja eu preciso de ter alguém que me leve, que a minha cadeira de rodas está aí na sala. A minha nora, tadinha, lavou aquela multidão de vasilha. Você acha que eu tenho

coração de chamar ela? [...] O dia que eu amanheço que eu vejo que não estou muito boa, eu fico no meu canto de cá, eles (filhos) ficam de lá. [...] Eu queria fazer minhas coisas, pra não ficar dependendo dos outros. Difícil demais ficar esperando pelos outros (I6).

[...] Tem vez que os filhos vêm, tem vez que não. [...] Ele num tem amigo nenhum, só os filhos mesmo. Que a família, de primeiro, vivia aqui em casa direto. Depois que o I2 adoeceu, sumiram tudo, que nunca mais apareceram! [...] Eu de primeiro andava muito, eu trabalhava... Parei de trabalhar, parei de andar! Então, aí você fica com aquela vida, assim, sem movimento! [...] Meu marido era companheiro! [...] Sinto falta de conversar, carinho, sexo! (F2).

No estudo observou-se que dois idosos referiram comprometimento na capacidade para trabalhar. Há muitas barreiras à reintegração profissional que devem ser resolvidas para que o paciente com AVC consiga voltar ao trabalho. Para que essa pessoa volte às atividades laborais, à escola ou assuma um emprego alternativo, é necessário um alto nível de motivação. Os estudos indicam que, para que ocorra um retorno bem sucedido, deve haver um grande apoio da família, da medicina do trabalho e dos empregadores (DUNCAN et al., 2005; COOLE et al., 2013).

A incapacidade, que agora faz parte do cotidiano, leva essas pessoas a se conformar a "ver as coisas por fazer" e não poder realizá-las; têm de esperar por alguém que as faça ou deixá-las sem fazer (GIRARDON-PERLINI et al., 2007).

Cuidar de uma pessoa idosa com disfuncionalidades decorrentes de um AVC não é uma tarefa fácil, principalmente quando existe sobrecarga desse cuidado em uma pessoa da família (KARSCH, 2003). Observaram-se dificuldades de cuidado e sobrecarga para algumas familiares do estudo; no caso, as cuidadoras dos idosos que apresentavam mais disfuncionalidades. Essa sobrecarga foi revelada em alguns discursos dessas mulheres. Elas cuidam praticamente sozinhas, sem apoio ou serviços que possam atender às suas necessidades, além da inexistência de uma política de proteção para o desempenho desse papel.

Ter um membro com uma doença incapacitante como o AVC afeta toda a dinâmica do sistema familiar. Novas demandas são geradas em razão da enfermidade e a família precisa se reorganizar e redefinir papéis para atender a essas necessidades e preservar seu equilíbrio (GIRARDON-PERLINI et al., 2007).

O isolamento social e a solidão na velhice estão ligados a um declínio de saúde, tanto física como mental. O isolamento social pode estar relacionado ao aumento da mortalidade por vários mecanismos, entre eles: o estresse fisiológico

relacionado ao isolamento, a depressão, fatores de risco que incluem diminuição ou mau uso da medicação, a diminuição da participação em atividades físicas saudáveis e a pouca participação em atividades de saúde (BODEN-ALBALA et al., 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Por isso, deve ser estimulada em todo idoso a participação em clubes de terceira idade, centros comunitários, associação de aposentados, centros-dia e organizações de voluntários (MORAES, 2012).

Um dos idosos que participou do estudo encontrava-se em situação de abandono pelos familiares, mesmo morando no lote da casa da filha. A casa dele quase não tinha móveis e aparelhos eletrodomésticos. Na sala havia apenas um sofá, uma televisão e umas três cadeiras de banho jogadas e sujas. O sofá e a cama apresentavam odor forte de urina e a casa estava imunda, com louças sujas em cima da pia da cozinha. Observou-se que apresentava deficits para o autocuidado relacionados à hemiplegia à direita e necessitava da cadeira de rodas para locomoção. Apresentava um quadro depressivo e mencionou tentativa de suicídio.

[...] A menina (filha) não conversa, ele (filho) já vem de tranco... conversa bem comigo não! Porque eles não se aproxima de mim, eu também largo para lá [...] A conversa nossa é só de contrariar, só me atravessar e me derrubar! Eu acho que ele (filho) tá querendo que eu morra para ele ajuntá as coisas! [...] Tem dois meses que ele (filho) diz que casou e não aparece essa mulher aqui [...] O meu filho e a menina (filha), quando dá na telha dela ela vem, arruma esses trem (louças, limpeza da casa), mais ou menos, meu filho troca a fralda uma vez por ano, mas eu não uso direto. E aqui é tudo mal arrumado assim, porque a menina às vezes vem arrumar! Ó o jeito que fica as panelas dela! [...] É de descrençar mesmo! [...] Quero morrer porque acaba um pouco... É verdade, tô esperando a hora. Olha, comi até chumbinho! [...] Eu não presto para nada mais! [...] Não viajo, não ando, até os trem tá acabando tudo, eu não tenho móvel nenhum mais! (I10).

Alterações no relacionamento familiar de idosos após o AVC foram identificadas no estudo de Marques, Rodrigues e Kusumota (2006). Entre as alterações negativas estão a piora no relacionamento do idoso com os membros da família, a agressividade do idoso, a falta de colaboração para o cuidado e o afastamento dos vizinhos e até de familiares (MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006; GIRARDON-PERLINI et al., 2007).

O relacionamento entre os membros da família e o idoso, assim como o sentimento de quem cuida, pode ser alterado após o acometimento do AVC, que traz múltiplas tarefas e responsabilidades aos familiares. Portanto, diante das necessidades do outro, das próprias dificuldades e de conflitos familiares prévios,

alguns membros da família podem se afastar (PERLINI; FARO, 2005; GIRARDON-PERLINI et al., 2007).

Em alguns casos de descaso e/ou falta de assistência familiar, decorrentes, entre outros fatores, das mudanças no tamanho e na conformação das famílias brasileiras, da maior participação da mulher (tradicional cuidadora) no mercado de trabalho e dos gastos gerados pela necessidade de reabilitação física e mental dos idosos, a institucionalização configura-se uma necessidade para algumas famílias (RAMOS, 2009).

O apoio social inadequado está associado não apenas a um aumento em mortalidade, morbidade e problemas psicológicos, mas também a uma diminuição na saúde e bem-estar em geral. O rompimento de laços pessoais, a solidão e as interações conflituosas são as maiores fontes de estresse (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Alguns estudos referem que após cinco anos de AVC os pacientes apresentam eventos de isolamento social, e a falta de apoio à sociabilidade favorece resultados relacionados à baixa adesão terapêutica, à depressão e ao estresse (HINOJOSA et al., 2011; TERRONI, et al., 2009).

Para o enfrentamento da experiência da enfermidade e das dificuldades cotidianas, os idosos mencionaram o apoio da família e a fé em Deus. A maioria relatou satisfação com o apoio recebido dos familiares e amigos no processo de adoecimento.

[...] E eu fiquei com os meus filhos. Meus filhos, graças a Deus, tá tudo muito bem! (11).

[...] Minha irmã ficou comigo quatro meses, depois meu filho arrumou uma mulher para ficar trabalhando aqui [...] Eu tenho duas noras que é duas filhas, viu, tenho um genro, graças a Deus. [...] Aqui eu recebo muita visita dos vizinhos que me conhece. [...] Eu tô satisfeita com meus filhos, meus netos, minhas noras, meus amigos, meu vizinhos. Tô satisfeita, meus amigos são ótimos! (14).

[...] A gente tem que ter uma maravilha é junto com Deus, num é aqui não. Aqui a gente vive porque Ele (Deus) ajuda a gente, né? [...] Eles (filhos) todos são bons, mas esse aí que mora aí no fundo... Nossa! É bom demais! É uma pessoa maravilhosa! [...] O que me deixa feliz é quando eu vejo meus filhos tudo reunido junto comigo, Nossa Senhora, que felicidade! Eu sou uma mãe louca por esses filhos, sou mesmo! Pelos filhos, pelos netos (16).

[...] Domingo passado tinha muita gente também aqui, veio minha filha com o marido e filhos. [...] Graças a Deus tenho minhas filhas! (19).

[...] Ah, apoio total da família! Maior apoio que eles deram! [...] Graças a Deus fui muito bem acompanhada, com os amigos e família! Então isso dá força pra gente lutar (I11).

[...] Eu venho para cá pra casa dessa filha, quando caio doente. Fico lá, fico aqui! [...] Vou na casa de um amigo conversar, contar caso e tal, tem os netos lá, fico brincando com eles, jogo damas! [...] Por isso eu vivo satisfeito, porque tenho amigo demais, então para isso eu tô satisfeito na minha vida. Graças a Deus eu sou mesmo muito querido! (I7).

A família é uma instituição de apoio capaz de modular o funcionamento do indivíduo, reduzindo ou exacerbando suas incapacidades (MORAES, 2012). O conhecimento do familiar acerca da enfermidade e dos cuidados necessários ao idoso para sua recuperação é primordial nesse processo, por permitir a redução da ansiedade, uma vez que a família executará ações junto ao familiar incapacitado, sem a presença dos profissionais de saúde formais. (RODRIGUES; ALENCAR; ROCHA, 2009).

Seria importante, também, que o idoso conseguisse ter um propósito de vida, visualizasse novos projetos e objetivos a fim de superar crises e perdas vivenciadas pelo AVC. A interação social e a participação em atividades de grupo por meio da prática de atividades físicas beneficiam os aspectos emocionais do paciente no pós-AVC, por favorecerem a melhora da autoconfiança e da autonomia (COSTA; DUARTE, 2002; TERRONI et al., 2009).

Alguns participantes referiram que a fé em Deus foi fundamental para sua recuperação. Eles mencionaram que a motivação para rezar está relacionada às preocupações com a morte, à coragem para cuidar e à esperança de melhorar.

[...] Eu acho que é Deus! Eu sempre falo: “Senhor, me dê muitos anos de vida e vida com saúde!” Isso é minha oração, porque eu tenho que cuidar dele (filho)! [...] Mas graças a Deus eu tô indo, levando (I8).

[...] Eu agradeço a Deus, que Deus me dá força e coragem pra mim cuidar deles (esposo e filha deficiente), né? Todos dois precisam demais de mim (F3).

[...] Graças a Deus eu tô aqui, mas espero também essa mudança, a hora que Deus quiser, só peço a Deus que o senhor Jesus me dá uma boa hora de mudança! (I4).

[...] A gente tem que ter uma maravilha é junto com Deus, num é aqui não. Aqui a gente vive porque ele ajuda a gente, né? Eu tenho segurança de Deus! Porque eu moro aqui, eu durmo aqui somente com amor de Deus e Nossa Senhora, eu tenho medo de quem está vivo! Eu me sinto bastante segura perto dos meus filhos! (I6).

[...] Deus! Mas tem dia que eu baqueio, tem dia que eu peço arrego, tem dia que eu não dô conta! (F9).

[...] Mas depois Deus ajudou que foi voltando! Aos poucos foi voltando... (I7)

[...] Deus e coragem só! Não sei como é que eu tô vivendo! Não tem com quem desabafar!! [...] Quem me ajuda sou eu e Deus só! (I10)

[...] Ah a fé! Muita fé que tem que ter, senão aguenta não, só muita fé mesmo graças a Deus! [...] Tem que se entregar pra Deus mesmo e lutar para melhorar! (I11).

A religiosidade e a espiritualidade sempre estiveram presentes e são consideradas até mesmo aliadas das pessoas que sofrem e/ou estão doentes (FLECK, 2003). A religião e a fé são fonte de conforto, força, segurança, coragem e bem-estar, conforme pôde-se observar nas falas acima.

No núcleo temático **fragilidades para o acesso aos serviços de saúde**, identificou-se que os idosos e familiares vivenciaram fragilidades assistenciais ao longo da experiência da enfermidade relacionadas à dificuldade de relacionamento e comunicação com profissionais de saúde e à dificuldade de acesso aos serviços para reabilitação e consultas. Essa perspectiva foi descrita por idosos que utilizaram tanto a rede pública, como a rede privada de saúde.

Tantos os idosos quanto os cuidadores familiares descreveram problemas de comunicação com os profissionais de saúde relacionados à falta de diálogo e de informações relacionadas à continuidade do tratamento. Além disso, não tiveram acesso às informações necessárias para o autocuidado e preparo dos familiares para o cuidado domiciliar.

[...] O profissional ideal seria aquele que realmente olhasse, descobrisse o porquê dos problemas e falasse: “olha vocês vão fazer isso para melhorar!” Não tem nada disso, sabe, não falam nada! [...] Para te falar a verdade, eles não orientam! Não fazem nada de orientações! Eles só falam exames, deu tudo bem e pronto e passa a receita! Geralmente todos eles passam antibióticos e mais nada! (F2).

[...] Sofremos demais humilhação de médicos! ! [...] Eles perdiam a paciência [...] porque às vezes passávamos do limite de perguntar (I1).

[...] Quando eu saí lá do hospital não falaram nada. Eu cuido dele assim, aquilo que eu tô vendo que tá precisando, sabe?. Mas não tenho orientação nenhuma de como eu devo agir (F2).

[...] Não (recebeu treinamento para cuidar). Ainda não! Mas, a gente de cabeça, a gente vai, né? Treinando o jeito que tem que ser! (F3).

[...] Não. Nunca recebi treinamento nenhum pra cuidar dele! (F7).

[...] Eu não sei se tenho pressão alta, eles que tiram quando vou no médico. Eu mesmo não preocupo com a pressão não. [...] Colesterol alto também não sei se tenho! [...] Tireóide eu tomo o remédio, decerto eu tenho, que o médico passou (I8).

[...] Eu gostaria de saber por que que dá derrame na gente! Gostaria mesmo! Não, ninguém explicou pra mim não! (I6).

Em um país como o Brasil, em que existe um baixo nível de seguridade social, principalmente para os idosos, convive-se com uma grande demanda por serviços formais e informais de apoio ao cotidiano do idoso e um risco de isolamento social dos mais carentes (RAMOS, 2009).

Como identificado no estudo, no processo de cuidar do idoso que apresenta deficits para o autocuidado, a família vai apreendendo com ele, vai se organizando e novas formas de cuidar vão surgindo, formas que nem sempre são as mais eficazes e corretas (RODRIGUES et al., 2013). Isso acontece, pois o modelo de atenção à saúde não incorporou as intervenções recomendadas para a continuidade do cuidado frente ao AVC, principalmente as relacionadas à reabilitação e à reintegração comunitária.

A família é considerada a maior fonte de suporte psicológico para que o idoso se mantenha em condições favoráveis de saúde. Além disso, o cuidado informal é realizado por membros da família, com uso ou não de aparato tecnológico. Portanto, a equipe de saúde teriam de fornecer o apoio em todos os âmbitos e identificar quem são os cuidadores familiares, para elaborar um plano de cuidados condizente com a realidade social vivenciada por cada família (MONTEFUSCO; BACHION; NAKATANI, 2008; PERLINI; FARO, 2005).

Outros estudos também relataram que os cuidadores familiares permanecem na escuridão do desconhecido e na angústia de cuidar de alguém de quem não sabe as reais perspectivas da própria vida e de recuperação (RODRIGUES; ALENCAR; ROCHA, 2009, RODRIGUES et al., 2013).

No estudo de Machado, Jorge e Freitas (2009) as dificuldades demonstradas pelos cuidadores refletiram grande deficit no tocante à orientação às famílias no momento em que o paciente recebe alta hospitalar. Souza et al. (2009) sugerem em seu estudo ações que poderiam garantir maior efetividade do acompanhamento às pessoas acometidas por AVC, tais como: curso básico de higiene e saúde para os cuidadores de idosos; organização de grupos de idosos nas comunidades objetivando a promoção da saúde e ações preventivas; e

sensibilização dos profissionais da área da saúde para a importância das orientações sobre os principais cuidados a serem realizados pelo paciente e pelos cuidadores.

Tanto nos protocolos de atenção às condições crônicas, quanto no protocolo específico de AVC, destaca-se que uma das ações do sistema de saúde é fornecer treinamento para o portador da doença e para seus familiares, uma vez que o gerenciamento das condições crônicas requer mudanças no estilo de vida e no comportamento diário (LINDSAY et al., 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003). Infelizmente, os sistemas ainda tratam os pacientes e suas famílias como recebedores passivos do tratamento e ignoram que a efetividade deste depende da atenção à saúde reorientada em torno dessas pessoas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Uma participante (familiar) relatou ter recebido orientação sobre os cuidados, após a alta hospitalar, e também treinamento para exercê-los. Atualmente, a idosa recebe atendimento domiciliar multiprofissional e possui plano de saúde suplementar:

[...] Fomos bem orientadas na alta, ele orientou bem mesmo. Ele era médico que acompanhava o convênio lá dentro, aí orientou para ir lá e procurar [...] Eu tive treinamento para cuidar da minha mãe. Era do convênio... explicava para gente como é que tratava a pessoa, como alimentava, dava banho, como vestir, como arrumava comida dele tudo na hora certinha os remédios. Aprendi muita coisa que eu não sabia! [...] Foi só os fisioterapeuta vim que ela voltou a andar. O dia que ela andou, deu o passo, ela pulou de alegria! [...] Se não fosse isso, ela não tinha conseguido voltar a andar não! [...] Porque a gente não tem tempo, tem que ser eles mesmos (profissionais de reabilitação)! [...] Ela tem fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogo pelo convênio. A fonoaudióloga vem duas vezes, o fisioterapeuta vem duas vezes por semana, só a psicóloga que vem uma vez. [...] Vem uma enfermeira e a nutricionista, elas olham a pressão, se trocou os remédios dela e explica o jeito da comida que tem que dá para ela (F9).

Alguns descreveram problemas relacionados à estrutura organizacional dos serviços de saúde. Há dificuldades, principalmente, para a marcação de consultas e exames necessários para o acompanhamento após o AVC.

[...] Vai e fica lá quase o dia todo pra atenderem a gente. É regular, né?! O que a gente tem é esse aí, né?! (I3)

[...] Tem o Cais lá embaixo, mas a gente quase não leva lá porque quando leva ela lá, demora demais atender! [...] Tá difícil, Nossa Senhora, sempre a nossa irmã conseguia. Ela consultou hoje, mas tá difícil! Eu tenho problema de diabetes e de vez em quando tenho que fazer o exame, mas liguei para

poder marcar, mas não consegui. Eu tava passando mal e no Cais não consegue porque não tem médico! (F9).

[...] Através do SUS não é fácil! Fiquei um tempo no SUS e achei uma médica que era muito boa, tinha um interesse danado... [...] Mas depois veio esses governos com essa mudança de marcar por telefone, nunca mais consegui marcar com essa médica. A agenda dela estava sempre cheia. Lá é difícil demais de conseguir, filas enormes! Depois eu voltei a ter plano sendo dependente da minha filha! [...] Mas é uma dificuldade danada, mesmo com esses planos de saúde! Agora mesmo eu passei um dia que eu esqueci a consulta, a secretária me falou: “você não veio em dezembro, só tem vaga agora em fevereiro”. Vejo muito desinteresse nos médicos tudo! (I5).

[...] Aqui do postinho eu não espero nada não! Tem lugar aí, que eu escutei pelo rádio, que no Cais aqui também que não tem médico! (I6).

[...] Nós fomos no hospital, de noite até cinco horas da manhã. Não atenderam, aí viemos embora. No outro dia, nós formos lá dez da manhã, aí foi atender à tarde, aí fez raio-x, tudo detectou o derrame, mandou para casa! [...] Agravou mais porque demorou o atendimento no hospital (I10).

[...] Quando eu vou marcar uma consulta é só daqui três meses, passou a virar um porcaria! Virou uma porcaria, viu? Que agora a gente vai marcar uma consulta, ocê num acha vaga pelo convênio! E aí, então a gente vai adiando, num vai consultar! [...] Mas eu vou tentando... levei no médico, ele pediu exame demais da conta! (F2).

[...] Quando eu tive o derrame na ressonância, viu que tinha alguma coisa no lado esquerdo também! Foi difícil para o convênio liberar a cirurgia, foi uns seis meses de luta. O médico dava o pedido, eles não liberavam! Depois liberavam com outros tipos de materiais! [...] Com seis meses que eles conseguiram liberar o que o médico pedia! [...] É complicado conseguir pelo convênio, porque um dia eu passei mal com uma dor entre a costela e o quadril, nós fomos em três hospitais e não conseguimos ser atendidos pelo convênio! Não tinha médico, outros não tinha jeito e não foi atendido! No Cais também não, aí vim para casa! [...] Nós fomos lá no Cais ontem, mas lá não tinha raio-x. Eles mandou para o pronto-socorro de ortopedista! (I11).

A organização da atenção e da gestão do SUS ainda se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção. O modelo de atenção à saúde não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das doenças crônicas. Assim, mostra-se inadequado para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

O sistema de saúde, público ou privado, não está preparado para atender nem a demanda de idosos, que cresce a cada dia, nem a de seus familiares. Por sua vez, o sistema previdenciário, público ou privado, não prevê formas de

financiamento para estabelecer de redes de apoio às necessidades de assistência aos idosos dependentes, com ou sem família (CALDAS, 2003).

Caso não ocorram mudanças, os sistemas de saúde continuarão evoluindo de forma ineficiente, ao mesmo tempo que a prevalência de condições crônicas seguirá aumentando. Países de renda alta e baixa gastam bilhões de dólares em internamentos hospitalares desnecessários, tecnologias caras e uma gama de informações clínicas inúteis. As despesas com a saúde continuam aumentando sem, contudo, proporcionar melhoras na situação das populações. Enquanto o modelo de tratamento agudo dominar os sistemas, os resultados da saúde que, de outra forma, poderiam ser mais favoráveis, serão debilitados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Entre os idosos que abandonaram a fisioterapia ou que não conseguiram continuar a reabilitação, observou-se que as críticas foram relacionadas à demora para perceber o resultado, ao descrédito a alguns profissionais e à dificuldade de transporte até o centro de reabilitação.

[...] Consegui vaga no centro de reabilitação, mas dava trabalho para meu filho me levar! Ele trabalha o dia todo, tinha que ser duas vezes, dois dias ou três por semana, era difícil para ele levar e buscar. Aí resolvi não ir, desmanchei, cabeí pronto! [...] Oh, se eu tivesse ido pro centro de reabilitação, eu aprendia muita coisa e eu realmente aprendia. Eu aqui fechada não aprendo nada! [...] Oh, melhorou um pouco (com a fisioterapia), melhorou, mas era para eu tá melhor! E realmente é verdade, agora pelo o que eu era, eu estranho, porque eu era muito ativa (I4).

[...] Nossa, quando você começa o tratamento você quer ver resultado! [...] a gente chegava lá e via que mudava pouca coisa, ficava preocupada! (F7).

[...] Não fiz fisioterapia, eu só tomei os remédios [...] Eu queria ser mais ativa, sabe, ser desenvolvida, não esperar tudo pelos outros, isso que eu queria! (I8).

[...] Tem gente que fala: “Ah, precisava de fazer fisioterapia, né?”. O meu menino arrumou o fisioterapeuta pra vir e um fonoaudiólogo por causa da voz. O fonoaudiólogo nunca apareceu e o fisioterapeuta apareceu uma semana, mas aí tava um horário muito ruim... Aí ele falou assim: “Então, esse horário tá ruim pra senhora, eu vou mandar uma colega minha”. Aí marcou pra ela vir e não veio! Eu falei: “ai, então deixa!” Porque cada dia vem e não vem e aí também não fez mais! [...] Era um exercício que eu mesmo falei: “Esse exercício a gente faz com você, só”, que era só erguer as pernas, mais nada, né? Não fazia outra coisa [...] E eu não sei se isso realmente melhoraria (F2).

[...] Entortou tudo depois que eu deixei de pegar a fisioterapia, mas isso também não ia resolver nada não. [...] Eu acho que não, porque aqui eu tenho uma vizinha que tem uns três anos que tá indo lá (fazer fisioterapia) e tá do mesmo jeito! [...] Isso é só para o governo fazer nome dele, esse centro de reabilitação pra mim é só propaganda! [...] Frequentei uns cinco

anos o centro de reabilitação e não adiantou nada! [...] Ela (fisioterapeuta) mandava eu lá, ela largava eu lá na cama e vinha às vezes. Na hora assim que precisava, ela largava a gente e ia passear! [...] Eu acho que não adiantou nada para mim isso lá! [...] Eu até desisti de três sessões, eu larguei por causa dela (fisioterapeuta), a última que me atendeu, ficou com a cara ruim, má vontade! [...] Eu parei também porque era problema de condução, aí eu larguei de mão! (I10).

O acesso contínuo à reabilitação foi mencionado em sete casos, em que os idosos puderam participar de atividades intra-hospitalares, domiciliares e/ou em centros especializados. Desses sete, três conseguiram reabilitação pelo SUS, e os outros por meio de convênio suplementar de saúde.

[...] Eu ia no hospital e fazia, quando eu ficava internada, eu fazia fisioterapia. Foi um hospital que eu morei lá, fazia fisioterapia lá direto! [...] Fiz fisioterapia depois que eu saí do hospital, mas aí eu consegui pelo convênio (I1).

[...] Depois que ele já tinha melhorado um pouquinho do derrame, um mês, um mês e pouco. Aí nós foi lá no SUS, aí eles passou ele lá pro centro de reabilitação. No centro de reabilitação ele tá até hoje. Seis anos vai fazer. Lá tem muito médico bão. Professora de terapia, psicóloga, psiquiatra, tudo isso ele teve lá. [...] Fez treinamento, leiturrinha, terapia da fala... Mas foi um ano, uma vez por semana. Tudo ajuda a cura! Cê tá do jeito que cê tá foi lá, né? [...] Todo dia eles marcava uma coisa! Lá era assim, só aqueles mesmo que têm mais precisão mesmo de fazer que vão pra lá (F3)

[...] Eu tenho duas fisioterapeutas, eu tenho um rapaz muito delicado, muito educado, e tem uma moça. Oh, eu faço umas atividades, eu faço quando a moça vem, a moça vem duas vezes por semana, o rapaz que vem pelo meu plano, vem duas vezes por mês. [...] Eles é, oh, umas bênçãos, ele são ótimos. As enfermeiras vêm ver como eu tô alimentando, se eu faço xixi normal (I4).

[...] Fez fisioterapia pelo SUS no Novo horizonte. A gente foi. Aí ele fez as dez sessões. Foi com a fisioterapia, pode ser que com os remédios também, que ele voltou os movimentos (F7).

[...] Ela tem fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogo pelo convênio. A fonoaudióloga vem duas vezes, o fisioterapeuta vem duas vezes por semana, só a psicóloga que vem uma vez. [...] Vem uma enfermeira e a nutricionista. Elas vêm, olham a pressão, se trocou os remédios dela, conversa, explica! Eles vêm para explicar o jeito da comida que tem que dá para ela! [...] Foi só os fisioterapeuta vim que ela voltou a andar. O dia que ela andou, deu o passo, ela pulou de alegria! [...] Se não fosse isso, ela não tinha conseguido voltar a andar não! [...] Porque a gente não tem tempo, tem que ser eles mesmos (profissionais de reabilitação) (F9).

Estudos baseados nas melhores evidências indicam que os melhores resultados clínicos são alcançados quando os pacientes com AVC são tratados em um ambiente que fornece serviços coordenados e multidisciplinares com

profissionais qualificados e intervenções de reabilitação precoces (DUNCAN et al., 2005).

Outros países em desenvolvimento também relatam insuficiência de centros de reabilitação devido à escassez de orçamentos adequados para implementação e desenvolvimento de novas estruturas. A construção de serviços multiprofissionais de reabilitação poderia contribuir para melhorar a vida dos sobreviventes de AVC e das suas famílias, pois os profissionais dessas instituições poderiam orientá-los a lidar com as diversas disfuncionalidades físicas, motoras e cognitivas apresentadas. Faltam estruturas que maximizem a reintegração e manutenção dos papéis familiares na comunidade (DALVANDI et al., 2009, 2012; MENDES, 2011).

As condições crônicas demandam intervenções integrais baseadas em redes de atenção à saúde que tenham como principais objetivos estabilizar os sintomas, prevenir a incapacidade funcional e promover condições para reinserção social (DALVANDI et al., 2012; MORAES, 2012; WORLD STROKE ORGANIZATION, 2014).

Para uma integralidade do cuidado, deveria haver uma rede de práticas articuladas, em que cada serviço seria um componente fundamental do processo, como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Eis o desafio: “conectar” essas redes assistenciais de forma mais adequada à rede de serviços de saúde. Neste estudo não foram encontradas evidências, por exemplo, de acompanhamento e participação dos idosos em unidades da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Todas as “estações” da rede de serviços são essenciais para a linha de cuidado ao sobrevivente de AVC ou de qualquer doença crônica. O ideal seria que esse paciente fosse acolhido e vinculado a uma equipe. Além disso, deve ser incentivado a participar de grupos que lhe façam sentido (MALTA; MERHY, 2010; MENDES, 2012). Dessa forma, os três problemas apontados pelo estudo estariam resolvidos e o idoso que passou pela experiência do AVC poderia experimentar uma vida mais digna e com melhor qualidade.

Na realização da pesquisa houve algumas limitações, principalmente na fase de coleta de dados, pois o estudo em que captamos o banco de dados de idosos foi finalizado em 2009, o que causou dificuldade de comunicação com possíveis participantes. Outra limitação foi a dificuldade em chegar nas casas dos idosos, nos

diversos bairros da cidade, mesmo com as facilidades tecnológicas atuais de localização.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada por pessoas idosas na fase crônica após o AVC refletiu uma realidade social marcada por rupturas na vida cotidiana e fragilidades assistenciais para atenção à saúde no contexto brasileiro investigado. Os resultados deste estudo demonstraram que essas pessoas apresentam comprometimentos funcionais e nas relações sociais e convivem com fragilidades de acesso aos serviços de saúde.

Considerando o cenário observado no presente estudo, observou-se que são necessárias mudanças profundas no modelo de atenção à saúde para atender de modo integral esses idosos que vivenciaram o AVC e estão inseridos no contexto comunitário.

Essas pessoas estão há mais de 15 anos lidando com o AVC e suas disfuncionalidades e necessitam de mudanças expressivas na atenção à saúde, a fim de receberem cuidados específicos para a reintegração comunitária e prevenção secundária de um novo episódio da doença.

As fragilidades assistenciais são condizentes com o perfil de sistemas de saúde de países em desenvolvimento, nos quais frente aos deficits organizacionais e econômicos são implementados cuidados mínimos, que não garantem de modo equitativo a segurança e a eficácia do tratamento. Pôde-se verificar que existem lacunas assistenciais que podem trazer repercussões sociais, econômicas e mentais para essas pessoas e suas famílias.

Os protocolos criados para a assistência ao AVC são completos e bem elaborados. No entanto, a congruência entre a teoria e a prática é distante na nossa realidade social, principalmente quando se trata da fase de recuperação e reintegração social do idoso. Está clara nos resultados do estudo a necessidade de trabalhar o nível de informação e de conhecimento sobre o tratamento da doença, para que o paciente e a família possam melhor enfrentá-la.

Os comprometimentos funcionais e de relações sociais poderiam ser minimizados caso houvesse uma abordagem efetiva da equipe de saúde que realizasse um monitoramento das condições crônicas do idoso e prestasse informações, formação e educação aos familiares, bem como apoio emocional a ambos (idoso e familiar cuidador).

A partir da experiência da enfermidade dos idosos, foi possível observar que na fase crônica do AVC existe quebra do vínculo de acolhimento por parte dos serviços de saúde, deficit da continuidade do cuidado devido à falta de comunicação entre os níveis de atenção à saúde e inexistência de monitoramento das famílias e das condições clínicas e de qualidade de vida do idoso.

Espera-se, que os dados desse estudo contribuam para que seja construído um modelo de atenção mais integralizado, com acolhimento e referência a esses idosos que tanto necessitam de um acompanhamento mais próximo por parte de uma equipe multiprofissional para sua reinserção e reintegração comunitária.

REFERÊNCIAS

- ABRAMCZUK, B.; VILLELA, E. A luta contra o AVC no Brasil. **ComCiência**, Campinas, n.109, 2009. Disponível em: <http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 out. 2015.
- ANDERSON, C. et al. Home or hospital for stroke Rehabilitation? Results of a randomized controlled trial: II: cost minimization analysis at 6 months. **Stroke**, Dallas, v. 31, n. 5, p. 1032-1037, 2000.
- ANTHONY, S.; JACK, S. Qualitative case study methodology in nursing research: a integrative review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2009.
- BEECH, R. et al. Economic consequences of early inpatient discharge to community-based rehabilitation for stroke in an inner-London teaching hospital. **Stroke**, Dallas, v. 30, n. 4, p. 729-735, 1999.
- BENELLI, S. J.; COSTA-ROSA, A. A produção da subjetividade no contexto institucional de um seminário católico. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 37-58, ago. 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2002000200003>>. Acesso em: 28 out. 2015.
- BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v.12, n.1, p.115-121, jan.fev. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000100016>>. Acesso em: 20/08/2014.
- BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n.1, p. 115-121, jan-feb 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000100016>. Acesso em: 28 out. 2015.
- BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.3, p. 729-38, set. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300029>>. Acesso em: 28 out. 2015.
- BODEN-ALBALA, B. et al. Social isolation and outcomes post stroke. **Neurology**, v. 64, n. 11, p. 1888-1892, 2005.
- BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H.; GRUMACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness. **JAMA**, v. 288, n. 14, p. 1775-1779, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 35, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013f. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 28 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informações e Informática do Sistema Único de Saúde, DATASUS. **Indicadores e dados básicos 2012**, set. 2013d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2012/matriz.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) o Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 out. 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 28 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 28 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 abr. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html>. Acesso em: 28 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2012**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2013e.

BRIAN-FRED, M.; FITZSIMMONS, M. D. **Doença cerebrovascular**. In: _____. **Neurologia**: current diagnóstico e tratamento. Revinter, 2011. p. 100-127.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 733-781, jun. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300009>>. Acesso em: 28 out. 2015.

CASTRO, E. A. B.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Por uma etnografia de cuidados de saúde após a alta hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, supl. 2, p. 2075-2088, dez. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900012>>. Acesso em: 28 out. 2015.

CAVALCANTE, T. F. et al. Nursinginterventions for strokepatients: anintegrativeliteraturereview. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.45, n. 6, p.1495-1500, dez. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600031>>. Acesso em: 28 out. 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Public health and aging: trends in aging - United States and worldwide. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, Atlanta, v. 52, n. 6, p.101-106, fev. 2003. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5206a2.htm>>. Acesso em: 28 out. 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **The state of aging and health in america 2013**. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2013.

COLEMAN, K. et al. Evidence on the chronic care model in the new millennium. **Health Affairs**, v. 28, n. 1, p. 75-85, fev. 2009.

COOLE, C. et al. Returning to work after stroke: perspectives of employer stakeholders, a qualitative study. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 23, n. 3, p. 406-418, set. 2013.

COSTA, A. M.; DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida de pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 47-54, jan. 2002.

COSTA, F. A.; SILVA, D. L. A.; ROCHA, V. M. Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1083-1088, out. 2011.

COSTA, M.C.S. **Antropologia e hermenêutica**: contribuições para um sempre novo debate. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DO BRASIL DE PESQUISA QUALITATIVA, 1., 2004, Taubaté. Anais da Conferência internacional do Brasil de pesquisa qualitativa. Taubaté: Unitau, 2004. p. 975-975.

DALVANDI, A. et al. Post stroke life in Iranian people: used and recommended strategies. **Iranian Rehabilitation Journal**, v. 7, n. 9, p. 17-24, 2009. Disponível em: http://irj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=45&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&mb=1. Acesso em: 28 out. 2015.

DALVANDI, A. et al. Rehabilitation experts' experience of community rehabilitation services for stroke survivors in Iran. **Topics in stroke rehabilitation**, v.19, n. 5, p. 395-404, out. 2012.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. An overview of research designs relevant to nursing: part 2: qualitative research designs. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 684-688, ago. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000400025>. Acesso em: 28 out. 2015.

DUNCAN, P. W. et al. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a clinical practice guideline. **Stroke**, Dallas, v. 36, n. 9, p.e100-e143, set. 2005.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 446-455, ago. 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000400009>. Acesso em: 28 out. 2015.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Chronic health conditions in adults: conceptual analysis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n. 4, p. 590-597, ago. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000400011>. Acesso em: 28 out. 2015.

GIACOMIN, K. C.; PEIXOTO, S. V.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p. 1260-1270, jun. 2008. ISSN 1678-4464. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600007>. Acesso em: 04 nov. 2015.

GIRARDON-PERLINI, N. M. O. et al. Lidando com perdas: percepção de pessoas incapacitadas por AVC. **REME - Revista Mineira da Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 11, n. 2, p.149-154, jun. 2007. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/328>. Acesso em: 28 out. 2015.

GRIFFEN, J. A. et al. Driving status and community integration after stroke. **Topics in Stroke Rehabilitation**, Chicago, v. 16, n. 3, p. 212-221, jun. 2009.

HINOJOSA R. et al. Social isolation poststroke: relationship between race/ ethnicity, depression, and functional Independence. **Topics in Stroke Rehabilitation**, Chicago, v. 18, n. 1, p. 79-86, fev. 2011.

HUANG, C. Y. et al. Mediating roles of social support on poststroke depression and quality of life in patients with ischemic stroke. **Journal of Clinical Nursing**, Boston, v. 19, n. 19-20, p. 2752-2762, out. 2010.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Living well with chronic illness**: a call for public health action. Washington: Committee on living well with chronic disease, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 28 out. 2015.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 861-866, jun. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300019>>. Acesso em: 28 out. 2015.

LESSMANN, J. C. et al. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.1, p. 198-202, fev. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100030>>. Acesso em: 28 out. 2015.

LINDSAY, P. et al. World Stroke Organization global stroke services guidelines and action plan. **International Journal of Stroke**, Oxford, v. 9, supl. A100, p. 4-13, out. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/ijis.12371>>. Acesso em: 28 out. 2015.

LOTUFO, P. A.; BENSEÑOR, I. M. Stroke mortality in Brazil: one example of delayed epidemiological cardiovascular transition. **International Journal of Stroke**, Oxford, v. 4, n. 1, p.40-41, fev. 2009.

MACHADO, A. L. G.; JORGE M. S. B.; FREITAS, C. H. A. A vivência do cuidador familiar de vítima de Acidente Vascular Encefálico: uma abordagem interacionista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 246-251, abr. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000200012>>. Acesso em: 28 out. 2015.

MALTA, D. C. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 2011-2022, mar. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300035>. Acesso em: 10 abr. 2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, set. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>>. Acesso em: 28 out. 2015.

MALTA, D. C.; SILVA JÚNIOR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, mar. 2013.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>>. Acesso em: 28 out. 2015.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T.; LANCMAN, S. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 121-130, ago. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i2p121-130>>. Acesso em: 28 out. 2015.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L. Cerebrovascular accident in the aged: changes in family relations. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 364-371, jun. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000300009>>. Acesso em: 28 out. 2015.

MARTINS, J. A.; BARSAGLINI, R. A. Aspectos da identidade na experiência da deficiência física: um olhar socioantropológico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 109-121, mar. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000043>>. Acesso em: 28 out. 2015.

MARTINS, S. C. et al. Past, present and future of stroke in middle-income countries the Brazilian experience. **International Journal of Stroke**, Oxford, v. 8, supl. A100, p. 106-111, out. 2013

MAYO, N. E. et al. There's no place like home: an evaluation of early supported discharge for stroke. **Stroke**, Dallas, v.31, n. 5, p. 1016-1023, mai. 2000.

MENDES, E. V. (Org.). **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M.; SALDAÑA, J. **Qualitative data Analyses: a methods sourcebook**. 3ª ed. Los Angeles: SAGE Publications Inc, 2014.

MINAYO M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>>. Acesso em: 28 out. 2015.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MONTEFUSCO, S. R. A.; BACHION, M. M.; NAKATANI, A. Y. K. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o modelo Calgary e a taxonomia da NANDA. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 72-80, mar. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100008>>. Acesso em: 28 out. 2015.

MORAES, E. N. (Org.). **Atenção à saúde do Idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORALES, A. P. et al. Qualidade de vida pós-AVC. **ComCiência**, Campinas, n.109, 2009. Disponível em:

<http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500004&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 28 out. 2015.

NAKATANI, A. Y. K. et al. **Situação de saúde da população idosa do município de Goiânia, Goiás**. Goiânia: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás, 2009.

NEVES, R. T. et al. Envelhecimento e doenças cardiovasculares: depressão e qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-98, jul. 2013.

NOLTE, E., MCKEE, M. Integration and chronic care: a review. In: E. NOLTE, M. MCKEE (Eds.). **Caring for people with chronic conditions: a health system perspective**. Maidenhead: Open University Press/World Health Organization, 2008.

NUÑO, R. et al. Integrated care for chronic conditions: the contribution of the ICC Framework. **Health Policy**, Amsterdam, v. 105, n. 1, p. 55-64, abr. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A incapacidade: prevenção e reabilitação no contexto do direito de gozar o mais alto padrão possível de saúde física e mental e outros direitos relacionados**. Washington, D.C.: 47º Conselho Diretor, 58º sessão do comitê regional, 2006. Disponível em:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/365/CD47.r1-p.pdf?sequence=4>. Acesso em: 28 out. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde/ World Health Organization; tradução Suzana Gontijo**. – Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2005. Disponível em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 04 nov. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Inovações para o envelhecimento saudável: comunicação e cuidados. **Boletim da Organização Mundial da Saúde**. Coleção de artigos: volume 90, 2012.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas**. Washington, D.C.: Organização Panamericana de Saúde, 2007. 46 p.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 967-974,

out. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400018>>. Acesso em: 28 out. 2015.

PEDREIRA, L. C.; LOPES, R. L. M. Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu Acidente Vascular Cerebral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.5, p. 837-840, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500023>>. Acesso em: 28 out. 2015.

PEREIRA, A. B. C. N. G. et al. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1929-1936, set. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900007>>. Acesso em: 28 out. 2015.

PERLINI, N. M. O. G.; FARO, A. C. M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.39, p.154-163, jun. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200005>>. Acesso em: 28 out. 2015.

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO M. Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 280-285, jun. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000200018>>. Acesso em: 28 out. 2015.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. **The chief public health officer's report on the state of public health in Canada: growing older – adding life to years**, 2010. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/pdf/cpho_report_2010_e.pdf>. Acesso em: 07 mai.2015.

RABELO, D. F.; NÉRI, A. L. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 11, n. 2, p. 169-177, ago. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200006>>. Acesso em: 28 out. 2015.

RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 99-106, mar. 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2000000100015>. Acesso em: 30 out. 2013.

RAMOS, L. R. Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo**, n.47, p. 40-41, abr. 2009. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200010&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 28 out. 2015.

RAO, V.; BERGEY A.; ROSENBERG P. Sertralina para tratamento da ansiedade pós-AVC. **The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 2, p. 11, 2012.

RODRIGUES, L. S.; ALENCAR, A. M. P. G.; ROCHA, E. G. Paciente com acidente vascular encefálico e a rede de apoio familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 271-277, abr. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000200016>>. Acesso em: 28 out. 2015.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Transition of care for the elderly after cerebrovascular accidents – from hospital to the home. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. especial, p. 216-224, fev. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700027>>. Acesso em: 28 out. 2015.

SOUZA, C. B. et al. O cuidado domiciliar de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n. (1), p. 41-45, mar. 2009.

STAKE, R. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Org.). **The handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000. p. 435-454.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TEASELL, R. et al. Stroke rehabilitation in Canada: a work in progress. **Topics in Stroke Rehabilitation**, v. 16, n. 1, p. 11-19, fev. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1310/tsr1601-11>>. Acesso em: 28 out. 2015.

TERRONI, L. M. N. et al. Depressão pós-AVC: aspectos psicológicos, neuropsicológicos, eixo HHA, correlato neuroanatômico e tratamento. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 36, supl. 3, p. 100-108, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832009000900006>>. Acesso em: 28 out. 2015.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Multiple Chronic Conditions. **A strategic framework: optimum health and quality of life for individuals with multiple chronic conditions**. Washington, DC: U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2010.

WOOD, J.; CONNELLY, D. M.; MALY, M. R. 'Getting back to real living': A qualitative study of the process of community reintegration after stroke. **Clinical Rehabilitation**, Oxford, v. 24, n. 11, p. 1045-1056, nov. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health**. Geneva: ICF [WHO/EIP/GPE/CAS/01.3], 2002.

WORLD STROKE ORGANIZATION. **Declaração global dos direitos dos sobreviventes de AVC**. Istanbul: World Stroke Organization, 014. Disponível em: <http://www.aavc.com.br/?nid=6853#!texto002/c1e6>. Acesso em: 17 mai.2015.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - *CHECKLIST* TELEFÔNICO PARA INCLUSÃO

A pesquisadora realizará a ligação telefônica para cada possível participante e explicará o motivo do contato. Informará que, como membro da Rede de Vigilância à Saúde do Idoso no Estado de Goiás, obteve acesso às informações relacionadas ao nome e telefone a partir da participação no projeto de pesquisa “Situação de saúde da população idosa no município de Goiânia, Goiás (Termo de anuência - ANEXO B). Explicará os objetivos da pesquisa e, a seguir, fará o levantamento das informações descritas abaixo para obtenção do consentimento verbal à participação no estudo.

1. Nome do participante: _____

2. Data do contato: ____/____/____
3. Idade: _____
4. Contato telefônico:
 - () efetivo
 - () não efetivo. Por quê? () número inexistente () número incorreto
5. Contato telefônico efetivado com: () a pessoa que sobreviveu ao AVC () com o familiar
6. Situação atual do participante:
 - () reside em Goiânia
 - () mudou-se de cidade
 - () óbito.
7. Concordou em participar do estudo: () sim () não
8. Com quem mora: sozinho () com companheiro (a) () com filhos e familiares ()
Outros () _____
9. Agendar a data da primeira visita: ____/____/____
10. Confirmar endereço e pontos de referência: _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I (IDOSO)

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa intitulada “**Estudo etnográfico sobre o processo de reabilitação de idosos que sobreviveram ao acidente vascular**”. Nesta pesquisa pretendemos descrever como ficou a sua vida e de seus familiares após o derrame, de modo a compreender as ações necessárias para a readaptação e promoção da saúde e qualidade de vida durante o período de sua recuperação. O motivo que nos leva a estudar esta problemática é a necessidade de identificar as principais dificuldades vivenciadas por pessoas que, após o derrame, necessitam de cuidados efetivos para voltar a sua rotina diária.

A entrevista será realizada por mim, _____, RG: _____ e aluna regularmente matriculada no curso _____, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), que está sob responsabilidade da pesquisadora e professora Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila, da PUC Goiás.

Suas informações serão importantes e poderão contribuir para que possamos identificar como tem sido o acompanhamento de pessoas que vivenciaram o acidente vascular cerebral no município de Goiânia. Os benefícios que o(a) senhor(a) e todos as pessoas que sobreviveram ao AVC e seus familiares receberão como resultado desta pesquisa poderão ser visualizados por melhorias da qualidade do cuidado à saúde. Ao final da pesquisa você poderá participar de uma atividade educativa que o ajudará a conhecer um pouco mais sobre sua doença e esclarecer suas dúvidas e necessidades de cuidados.

Sua participação será voluntária e não remunerada. Precisurei realizar uma entrevista com você para obter informações relacionadas à sua idade, situação de trabalho, renda mensal, entre outros. Além disso, solicitarei algumas informações sobre sua condição de saúde e a história de vida vivenciada por você após o AVC. A entrevista poderá durar em torno de 40 minutos e as suas respostas poderão ser gravadas ou não, dependendo de sua vontade. O material gravado e as transcrições ficarão arquivados e sob a responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos. Seu nome será mantido em sigilo e identificado apenas por números para garantir o caráter confidencial das suas informações.

Sua participação não implicará a você nenhum gasto, uma vez que todos os gastos serão da pesquisadora. Entretanto, caso isso aconteça, você será devidamente ressarcido. Se você se sentir prejudicado pela pesquisa, poderá solicitar indenização nos termos da lei e o que for decidido pela justiça será acatado pela pesquisadora.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pela pesquisadora, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Além disso, poderá retirar o seu consentimento mesmo após o início do estudo sem sofrer prejuízos no seu seguimento na instituição de saúde.

Você é livre para aceitar ou recusar sua participação sem sofrer nenhum prejuízo em seu atendimento. Você é livre para não responder ou interromper suas respostas durante a entrevista, caso não se sinta à vontade para discutir sobre alguma questão. Além disso, poderá retirar o seu consentimento mesmo após o início do estudo sem sofrer prejuízos no seu seguimento na instituição de saúde.

Apesar de acreditarmos na improvável possibilidade de desconfortos, riscos ou prejuízos advindos de sua participação no estudo, enfatizamos que caso considere que a entrevista lhe provocou algum transtorno emocional, poderá procurar o Centro de Estudos, Pesquisa e Prática Psicológica (CEPSI) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, onde o atendimento está garantido.

Em caso de dúvida, você poderá entrar em contato com a coordenadora geral desta pesquisa a Prof.^a Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila, do Departamento de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e Gastronomia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, pelos telefones: (62)3946-1261 e (62)8132-8200 e com o Comitê de Ética e Pesquisa da PUC Goiás, fone: (62) 3946-1512 (inclusive ligações a cobrar).

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre o desenvolvimento da pesquisa, caso aceite participar, assine ao final dele, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável.

Vanessa da Silva Carvalho Vila

Pesquisadora Responsável

COREN-GO: 80511

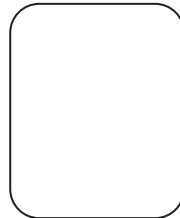
CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG
 nº _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Estudo etnográfico sobre o processo de reabilitação de idosos que sobreviveram ao acidente vascular”. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela entrevistadora, _____, sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento, assistência e tratamento. Eu recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo e assino. Eu autorizo a liberação de dados desta pesquisa, desde que não identifiquem a minha pessoa.

Goiânia, ___/___/_____.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante _____



Assinatura dactiloscópica

Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para o participante acima nomeado.

Assinatura do investigador _____

Goiânia, ___/___/_____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I (CUIDADOR)

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar, como voluntário (a), de uma pesquisa intitulada “**O processo de reabilitação na perspectiva de idosos e familiares que vivenciaram o acidente vascular cerebral**”. Nesta pesquisa pretendemos descrever como ficou a sua vida e os desafios que você enfrentou para cuidar do idoso que sobreviveu ao derrame, de modo a compreender as ações necessárias para a readaptação e promoção da saúde e qualidade de vida durante o período de sua recuperação. O motivo que nos leva a estudar essa problemática é a necessidade de identificar as principais dificuldades vivenciadas por cuidadores de idosos que necessitam de cuidados efetivos para voltar a sua rotina diária após o derrame.

A entrevista será realizada por mim,
_____, RG: _____ e
aluna regularmente matriculada no curso _____,
da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), que está sob responsabilidade da pesquisadora e professora Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila, da PUC Goiás.

Suas informações serão importantes e poderão contribuir para que possamos identificar como tem sido o acompanhamento dos cuidadores de pessoas idosas que vivenciaram o acidente vascular cerebral no município de Goiânia. Os benefícios que o(a) senhor(a) e todos os cuidadores familiares de pessoas idosas receberão como resultado desta pesquisa poderão ser visualizados por melhorias da qualidade do cuidado à saúde ao idoso. Ao final da pesquisa você poderá participar de uma atividade educativa que o ajudará a conhecer um pouco mais sobre sua doença e esclarecer suas dúvidas e necessidades de cuidados.

Sua participação será voluntária e não remunerada. Preciso realizar uma entrevista com você obter informações relacionadas à sua idade, situação de trabalho, renda mensal, entre outros. Além disso, solicitarei algumas informações sobre sua condição de saúde e a história de vida vivenciada por você após o AVC. A entrevista poderá durar em torno de 40 minutos e as suas respostas poderão ser gravadas ou não, dependendo de sua vontade. O material gravado e as transcrições ficarão arquivados e sob a responsabilidade das pesquisadoras por um período de cinco anos. Seu nome será mantido em sigilo e identificado apenas por números para garantir o caráter confidencial das suas informações.

Sua participação não implicará a você nenhum gasto, uma vez que todos os gastos serão da pesquisadora. Entretanto, caso isso aconteça, você será devidamente ressarcido.

Se você se sentir prejudicado pela pesquisa, poderá solicitar indenização nos termos da lei e o que for decidido pela justiça será acatado pela pesquisadora.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora, que tratará a sua identificação com padrões profissionais de sigilo. Além disso, poderá retirar o seu consentimento mesmo após o início do estudo sem sofrer prejuízos no seu seguimento na instituição de saúde.

Você é livre para aceitar ou recusar sua participação sem sofrer nenhum prejuízo em seu atendimento. Você é livre para não responder ou interromper suas respostas durante a entrevista, caso não se sinta à vontade para discutir sobre alguma questão. Apesar de acreditarmos na improvável possibilidade de desconfortos, riscos ou prejuízos advindos de sua participação no estudo, enfatizamos que caso considere que a entrevista lhe provocou algum transtorno emocional, poderá procurar o Centro de Estudos, Pesquisa e Prática Psicológica (CEPSI) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, onde o atendimento está garantido.

Em caso de dúvida, você poderá entrar em contato com a coordenadora geral desta pesquisa a Prof.^a Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila, do Departamento de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e Gastronomia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás pelos telefones: (62)3946-1261 e (62)8132-8200 e com o Comitê de Ética e Pesquisa da PUC Goiás fone: (62) 3946-1512 (inclusive ligações a cobrar).

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre o desenvolvimento da pesquisa, caso aceite participar, assine ao final dele , que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável.

Vanessa da Silva Carvalho Vila

Pesquisadora Responsável

COREN-GO: 80511

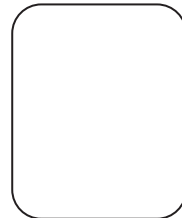
CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG
 nº _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Estudo etnográfico sobre o processo de reabilitação de idosos que sobreviveram ao acidente vascular”. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela entrevistadora, _____, sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento, assistência e tratamento. Eu recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo e assino. Eu autorizo a liberação de dados desta pesquisa, desde que não identifiquem a minha pessoa.

Goiânia, ___/___/_____.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante _____



Assinatura dactiloscópica

Eu expliquei a natureza e o propósito do estudo para a participante acima nomeado.

Assinatura _____ do
 investigador _____

Goiânia, ___/___/_____

APÊNDICE D – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO

Entrevista nº: _____ Data: ____/____/____ Início: _____ Término: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome completo: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos

Região do município em que mora: (1) Norte (5) Noroeste
 (2) Sul (6) Sudoeste
 (3) Leste (7) Região central
 (4) Oeste

Quem responderá as informações: (1) o próprio (2) o familiar (3) o paciente com ajuda do familiar

PERFIL SOCIAL DO IDOSO

Sexo: (1) masculino (2) feminino

Grau de escolaridade: (1) nenhum ano de estudo (2) de 1 a 4 anos (3) de 5 a 8 anos
 (4) de 9 a 11 anos (5) > 11 anos

Situação conjugal: (1) com companheiro (2) sem companheiro

Tem fonte de renda: (0) não tem (1) tem

Fonte de renda: () aposentadoria () pensão () aluguel () trabalho próprio (4) outros: _____

Valor da renda mensal: _____

Se aposentado (a), qual o motivo? (1) Tempo de serviço (2) idade (3) Problema de saúde

Atividade atual: _____

De acordo com sua situação econômica atual, de que forma o senhor(a) avalia suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc)? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima

Tem filhos? (1) Sim. Quantos filhos vivos? ____ (2) Não

Moradia própria? (1) Não (2) Sim

Com quem mora: (1) sozinho (2) companheiro (a) (3) filhos (4) companheiro (a) e filhos (5) outros_____

Meio de transporte utilizado para locomoção: (1) ônibus (2) carro (3) outros.
Qual?_____

ACESSO AO SERVIÇOS DE SAÚDE

Nos últimos meses o (a) senhor (a) teve algum problema de saúde que o fez procurar algum serviço de saúde? (1) Não (2) Sim. Qual motivo?_____

Qual serviço de saúde foi procurado? (1) Posto de Saúde (2) Ambulatório do hospital (3) Ambulatório da faculdade (4) Consultório por convênio ou plano de saúde (5) Consultório particular (6) Pronto-socorro do SUS (7) Pronto-socorro particular/convênio (8) Outro_____

Conseguiu resolver o problema? (1) Sim (2) Não

De zero (0) a dez (10), como o (a) senhor (a) avalia sua satisfação com o atendimento recebido? _____

Existe posto de saúde próximo a sua casa? (1) Sim (2) Não

Já procurou atendimento lá? (1) Sim (2) Não

Esteve internado nos últimos doze meses? (1) Sim. Nº de vezes:_____(2) Não

Atendimento na internação: (1) público (2) particular (2) plano de saúde

Tempo da última internação: ____ dias. Qual o motivo da internação?

O paciente está acamado? (1) Sim. Qual o motivo?_____ (2) Não

O(A) senhor(a) necessitou de receber atendimento na sua casa por algum profissional nos últimos três meses? (1) Sim (2) Não

Recebeu visita domiciliar de algum profissional nos últimos três meses?

(1) Sim (2) Não.

Caso sim:

De quais profissionais **o (a) senhor (a)** já recebeu visita no domicílio?_____

Eles atuavam em que local? (1) Posto de saúde de abrangência UBS (2) Posto de saúde de abrangência ESF (3) convênio (Unimed, Ipasgo, etc)
Como o (a) senhor (a) avalia o atendimento recebido em sua casa nos últimos três meses? _____

Condições de Saúde

17. Em geral, como você diria que é sua saúde? () Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima

18. Em comparação com outras pessoas da sua idade, você considera sua saúde: () melhor () igual () pior

19. Vou ler o nome de algumas doenças. Quais delas o médico disse que **o (a) senhor (a)** tem?

- () Diabetes () Baixo peso (Desnutrição) () Problemas de memória
 () Derrame cerebral – AVC () Doenças (Caduco)
 () Hipertensão osteomusculares () Câncer
 () Infarto do miocárdio () Colesterol Elevado () Problemas na tireóide
 () Excesso de Peso () Depressão () Catarata
 (Obesidade) () Osteoporose () Outros
 () Asma, bronquite, outros _____

20. Quantas vezes **o (a) senhor (a)** foi internado? () Nenhuma () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

21. Quais remédios **o (a) senhor (a)** toma regularmente?

nº	Medicamento	Categoria	nº	Medicamento	Categoria
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

Categorias: 1 – Sedativos/Ansiolíticos; 2 – Antidepressivos; 3 – Anticonvulsivantes; 4 – Drogas cardiovasculares; 5 – Antiinflamatórios; 6 – Diuréticos; 7 – Antibióticos; 8 – Hipoglicemiantes orais; 9 – Redutores de colesterol; 10 – Insulina; 11 – Outros

22. Você acha que faz menos atividades físicas do que fazia há um ano? () Sim () Não () Não sabe

23. Pedir ao idoso que caminhe uma distância de 3,0 metros, demarcados com fita adesiva, e anotar:

() não consegue caminhar () caminha em linha reta () caminha com desvio

() utiliza dispositivo de auxílio à marcha _____ Tempo: _____ segundos

24. Como é sua visão?

() Sem deficit () Deficit corrigido com órtese () Deficit não corrigido com ou sem órtese () Cegueira

25. Com que frequência seus problemas de visão dificultam realizar as coisas que quer fazer?

() Sempre/Frequentemente () Ocasionalmente/Raramente () Nunca

26. Como é sua audição?

() Sem deficit () Deficit corrigido com órtese () Deficit não corrigido com ou sem órtese () Surdez

27. Com que frequência seus problemas de audição dificultam realizar as coisas que quer fazer?

() Sempre/Frequentemente () Ocasionalmente/Raramente () Nunca

APÊNDICE E - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DO CUIDADOR FAMILIAR

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR
<p>Nome completo: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Telefone: _____</p> <p>Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos</p> <p>Região do município em que mora: (1) Norte (5) Noroeste (2) Sul (6) Sudoeste (3) Leste (7) Região central (4) Oeste</p> <p>Sexo: (1) masculino (2) feminino</p> <p>Situação conjugal: (1) com companheiro (2) sem companheiro</p> <p>Grau de escolaridade: (1) nenhum ano de estudo (2) 8 anos ou menos (3) mais de 8 anos</p> <p>Grau de parentesco :(1)filho(a) (2) companheiro(a) (3) outro_____</p> <p>Tempo de cuidado diário: (1)menos de 5 horas diárias (2) de 5 a 10 horas diárias (3) de 11 a 15 horas diárias (4) mais de 15 horas diárias.</p> <p>Tempo de cuidado: (1)menos de um ano (2)de uma a cinco anos (3) mais que cinco anos</p>
Condições de Saúde
<p>Em geral, como você diria que é sua saúde? () Ótima () Boa () Regular () Ruim () Péssima</p> <p>Em comparação com outras pessoas da sua idade, você considera sua saúde: () melhor () igual () pior</p>

APÊNDICE F - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Como foi para você descobrir que você (ou seu familiar) foi diagnosticado com AVC?
2. Quais são suas dificuldades após o acidente vascular cerebral sofrido pelo (a) senhor (a) ou por seu ente querido?
3. Como é o acesso aos serviços de saúde após o AVC?
4. O que mudou na sua vida após o AVC?

Questões norteadoras da entrevista
Questões para a pessoa que sobreviveu ao AVC e ao familiar <ol style="list-style-type: none">1. Conte-me o que aconteceu com vocês após o acidente vascular cerebral.2. Como vocês se sentiram em relação a esta experiência?3. O que ajuda vocês a enfrentarem este processo?

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO ÉTICA DO PROJETO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O processo de reabilitação na perspectiva de idosos e familiares que vivenciaram o acidente vascular encefálico

Pesquisador: Vanessa da Silva Carvalho Vila

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22498014.4.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goias

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE GOIAS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 553.601

Data da Relatoria: 12/02/2014

Apresentação do Projeto:

Este projeto integrado aprovado pelo edital universal nº005/2012 da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) será desenvolvido por pesquisadores do Grupo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida da PUC Goiás e da Rede de Vigilância a Saúde do Idoso

no Estado de Goiás (REVISI). O propósito do estudo será aprofundar e descrever a realidade social vivenciada por idosos com AVC que residem no município de Goiânia. Trata-se de um estudo etnográfico sequencial ao estudo “Situação de saúde da população idosa do município de Goiânia,

Goiás” (aprovado no protocolo CEP 050/2009), que trouxe importantes informações epidemiológicas incluindo a identificação de um grupo de 63 idosos que sobreviveram ao AVC. Esse estudo etnográfico será fundamentado na hermenêutica dialética e antropologia interpretativa que terá o objetivo de descrever a realidade social vivenciada por pessoas idosas e seus cuidadores familiares sobre o processo de reabilitação após o acidente vascular cerebral para compreender o significado da experiência da enfermidade, do acesso à rede de atenção à saúde e as repercussões físicas, emocionais, sociais e econômicas na qualidade de vida dessas pessoas. O grupo social pesquisado será composto por idosos que sobreviveram ao acidente vascular cerebral e os cuidadores familiares que participam do cuidado no contexto domiciliar. Os dados serão coletados por meio de observações diretas e entrevistas semi-estruturadas. A análise de dados:

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br

<mailto:cep@pucgoias.edu.br> PE DE



Continuação do Parecer: 553.601

será conduzida considerando as etapas de redução e organização dos dados, construção das unidades de significados, identificação dos núcleos temáticos e interpretação dos resultados, construídos a partir da narrativa dos participantes, do referencial teórico, das percepções e reflexões dos pesquisadores. A compreensão da realidade social vivenciada por essas pessoas poderá subsidiar o estabelecimento de programas de reabilitação centrados nas necessidades dos idosos que sobreviveram ao acidente vascular cerebral e seus familiares, contribuindo para a melhoria do cuidado domiciliar dessas pessoas de modo a favorecer a qualidade de vida e a saúde dessas pessoas. Além disso poderão ser identificados os indicadores das demandas assistenciais para qualificar o atendimento ao idoso no processo de transição do cuidado hospitalar para o cuidado domiciliar e comunitário. Isto poderá melhorar a qualidade da atenção à saúde, as condições de acesso aos serviços de saúde, a capacidade de promover um ambiente familiar saudável que atenda as necessidades de cuidados

A coleta de dados acontecerá em duas etapas. Na primeira etapa, após extrair do banco de dados do projeto "Situação de saúde da população idosa no município de Goiânia", Goiás, as informações relacionadas a identificação (nome, sexo, idade) e endereço dos 63 idosos que declararam terem vivenciado o acidente vascular cerebral serão realizadas ligações telefônicas para avaliar a possibilidade de inclusão no estudo, apresentar de modo informal, os objetivos do estudo e obter o consentimento para realizar a primeira visita ao domicílio do idoso. Para isso o pesquisador utilizará um formulário estruturado para validar os critérios de inclusão .

A primeira visita ao domicílio terá como objetivos a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) , a realização das observações diretas e entrevistas semi-estruturadas com os idosos e seus cuidadores que vivenciam o processo de reabilitação após um episódio de acidente vascular cerebral, no contexto comunitário. No domicílio, o pesquisador fará observações diretas que serão registradas em um diário de campo e no roteiro de observação . As questões norteadoras das entrevistas serão: Conte-me o que aconteceu com você(s) após o acidente vascular cerebral? Como você se sentiu em relação a essa experiência? O que mudou na sua vida após o AVC? Qual o apoio que você(s) tem recebido do Sistema Único de Saúde? O que ajuda vocês a enfrentarem esse processo? O que vocês gostariam de saber sobre o processo de reabilitação? Como ficou sua qualidade de vida após o AVC?

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.089	CEP: 74.805-010
Bairro: Setor Universitário	
UF: GO	Município: GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512	Fax: (62)3946-1070
	E-mail: cep@puagoias.edu.br



Continuação do Parecer: 553.601

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a realidade social vivenciada por pessoas idosas e seus familiares no processo de reabilitação do acidente vascular cerebral para compreender o significado da experiência da enfermidade, do acesso à rede de atenção à saúde e as repercussões físicas, emocionais, sociais e econômicas na qualidade de vida dessas pessoas.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil socioeconômico e as condições de saúde de pessoas idosas que sobreviveram ao acidente vascular cerebral e cuidadores familiares. Interpretar os significados da experiência da enfermidade vivenciada por pessoas idosas e cuidadores familiares no processo de reabilitação do AVC. Descrever o itinerário terapêutico vivenciado por pessoas idosas e cuidadores familiares na rede de atenção à saúde do contexto hospitalar ao comunitário. Identificar as repercussões físicas, emocionais, sociais e econômicas do AVC na vida de pessoas idosas e seus cuidadores familiares; Identificar as estratégias de enfrentamento da pessoa idosa e de seus cuidadores familiares para a reabilitação após o AVC no contexto comunitário. Identificar o conhecimento e as necessidades de aprendizagem de pessoas idosas que sobreviveram ao AVC e seus cuidadores familiares para o processo de reabilitação. Compreender o significado de qualidade de vida na perspectiva de pessoas idosas que sobreviveram ao AVC e cuidadores familiares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Entre os possíveis riscos inclui-se a possibilidade de reações emocionais, como o choro, a inibição, a vergonha e o receio no momento da entrevista.

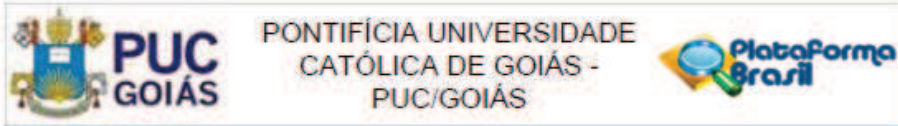
Na ocorrência desse fato, caso seja identificada alguma alteração emocional, a entrevista será interrompida e os participantes poderão ser

encaminhados, caso sintam essa necessidade, para atendimento psicológico no Centro de Estudos, Pesquisa e Prática Psicológica (CEPSI) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Benefícios:

Os participantes serão informados que entre os benefícios esperados com os resultados, inclui-se a compreensão da trajetória vivenciada por eles para identificar as lacunas assistenciais e as potencialidade para melhorar a qualidade do cuidado nos diferentes espaços de atenção à saúde. Além disso, todos os participantes serão informados sobre os resultados do estudo Situação de saúde da população idosa no município de Goiânia, Goiás e serão convidados a participar (caso

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.089
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: oep@puccgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 553.601

queiram) de um workshop que abordará as estratégias para o autogerenciamento da saúde após o acidente vascular cerebral na Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante pois poderá contribuir para a promoção de estratégias de transformação na realidade local de atendimento à saúde dos idosos portadores de sequelas de AVC, por meio da: qualificação do atendimento ao idoso vítima de AVC no sistema de saúde e no contexto de atendimento domiciliário; da formação de profissionais na perspectiva de formação interprofissional; do preparo de cuidadores formais e informais; da articulação das redes de suportes sociais existentes na comunidade, de modo a viabilizar a reinserção do idoso na comunidade o maior tempo possível por meio de adequado atendimento domiciliário da população. Espera-se que estes resultados tenham impacto para a redefinição de estratégias para o cumprimento das diretrizes operacionais do Pacto pela Vida e da Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa no estado de Goiás.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto para pesquisa com seres humanos

TCLE com linguagem e conteúdo adequados

Ofício de encaminhamento do projeto ao comitê de ética

Roteiro para entrevista semi estruturada

Questionário abordando dados sociodemográficos e condições de saúde do idoso.

Declaração de sigilo sobre os dados da pesquisa.

Equipe executora com curriculum lattes

Carta de anuência para acesso a informação científica da rede Goiana de Vigilância à Saúde do idoso

Recomendações:

Recomendo aprovação

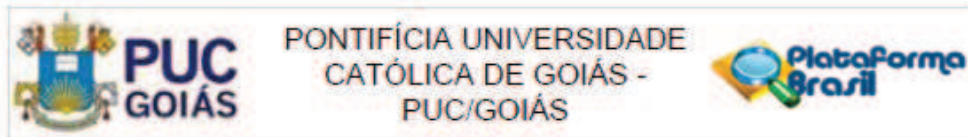
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3046-1512 Fax: (62)3046-1070 E-mail: oep@puccgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 553.601

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

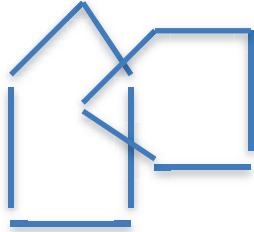
A aprovação deste, conferida pelo CEP, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. É exigido a entrega do relatório final após conclusão da pesquisa.

GOIANIA, 12 de Março de 2014

Assinador por:
NELSON JORGE DA SILVA JR.
 (Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.088
 Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010
 UF: GO Município: GOIANIA
 Telefone: (62)3946-1512 Fax: (62)3946-1070 E-mail: cep@puogoiás.edu.br

ANEXO B – AVALIAÇÃO DO ESTADO COGNITIVO

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL				
		Resposta	Pontos	Paciente
Orientação temporal	Ano		1	
	Mês		1	
	Dia do mês		1	
	Dia da semana		1	
	Hora aproximada		1	
Orientação espacial	Estado		1	
	Cidade		1	
	Setor/Bairro		1	
	Local genérico (residência,hospital...)		1	
	Local específico (apartamento, consultório)		1	
Memória imediata	Nomear 3 objetos e pedir para o paciente repetir		1 para cada objeto	
Atenção e cálculo	Subtrair 7 de 100 por 5 vezes sucessivas	100-7=	1	
		93-7=	1	
		86-7=	1	
		79-7=	1	
		72-7=	1	
Memória de evocação	Repetir os 3 objetos pedidos acima		1 para cada objeto	
Linguagem	Nomear 2 objetos		1 para cada objeto	
	Repetir: "nem aqui nem lá"		1	
	Seguir o comando de 3 estágios: "pegue o papel na mesa com a mão direita, dobre-o ao meio uma vez e coloque de volta na mesa"		1 para cada estágio	
	Leia e execute a ordem: "Feche os olhos"		1	
	Escrever uma frase		1	
	Copiar o desenho			1
		TOTAL	30	

Pontua-se as respostas certas.

Escores:

- ≥ 26 pontos: Função cognitiva normal
- < 24 pontos: Comprometimento cognitivo
- Entre 24 e 26 pontos: Função cognitiva limítrofe