

Helena Junqueira Reis

**O IDOSO PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E O CUIDADOR
FAMILIAR**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2011

Helena Junqueira Reis

**O IDOSO PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E O CUIDADOR
FAMILIAR**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Geriatria e Gerontologia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Geriatria e Gerontologia.

Orientador: Profa. Dra.
Marcella Guimaraes Assis
Tirado

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2011

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os idosos brasileiros e a todos os cuidadores familiares, que tem que adaptar suas vidas para enfrentar as dificuldades.

Agradecimentos

Agradeço à Marcella Guimaraes por me transmitir alguns de seus conhecimentos e me orientar, aos meus pais e irmã por serem sempre a meu refúgio e aos meus pacientes por me fazerem amar o que eu faço todos os dias.

Resumo

Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, em 1998, este número alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. No Brasil as projeções indicam um aumento acentuado da população muito idosa, ou seja, com 80 anos ou mais. O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das doenças do aparelho circulatório mais comum em idosos. A patologia pode ser definida como um déficit neurológico focal súbito, devido a uma lesão vascular. O AVE pode ter como consequência deformidades físicas que resultam num quadro de dependência do idoso, e a dependência funcional requer cuidados em longo prazo, em âmbito físico, social, emocional e financeiro. É de interesse deste estudo revisar artigos que abordam o relacionamento do paciente pós Acidente Vascular Encefálico com a família. Esta é uma revisão crítica de Literatura onde foram priorizados artigos entre 2005 e 2008 pesquisados nas bases de dados eletrônicas Scielo e Bireme utilizando os seguintes descritores: *acidente vascular encefálico, idoso, acidente cerebrovascular, família, relações familiares, reabilitação, perfil do impacto da doença*. Foram encontrados treze artigos e após a leitura dos resumos, três foram selecionados para este estudo. Os resultados desses estudos apontaram que a estrutura familiar é abalada diante da ocorrência de uma doença incapacitante, e que o cuidador informal passa por períodos de estresse e doenças físicas e mentais. Ressaltaram ainda a necessidade de adoção de estratégias onde todas as pessoas próximas ao idoso possam prestar ajuda e a importância do conhecimento a respeito da doença pelo cuidador familiar, recorrendo então a um profissional de saúde especializado. Os dados apontaram que algumas vezes a família se tornou mais unida para desempenhar o papel de cuidador. Um ponto comum entre todos os trabalhos é que quanto maior é a participação familiar na recuperação do idoso, melhor se dará esta recuperação.

Ainda assim, a prevenção é o melhor modo de cuidar do idoso. Cuidando da saúde podemos evitar o problema ou amenizá-lo. A família deve procurar medidas para diminuir os fatores de risco do AVE (principalmente diabetes, hipertensão e cardiopatias) com profissionais adequados.

Palavras-chave: Acidentes vasculares cerebrais, Idosos - Relações com a família, Reabilitação, Qualidade de vida.

Abstract

The growing population of elderly is a worldwide phenomenon. In 1950, there were about 204 million elderly people in the world and in 1998 this number reached 579 million, an increase of nearly 8 million people a year old. In Brazil, the projections indicate a marked increase in elderly population, ie 80 years or more. The stroke is a disease of the circulatory system more common in the elderly. The disease can be defined as a sudden focal neurological deficit due to a vascular injury. The stroke may result in deformities that result in a dependence of the elderly, and functional dependence requires long-term care in the physical, social, emotional and financial. It is of interest for this study to review articles that discuss the relationship of the patient after Stroke with the family. This is a critical review of literature which were prioritized items surveyed between 2005 and 2008 in electronic databases and Scielo Bireme using the following keywords: *stroke, elderly, family, family relationships, rehabilitation, the impact of the disease profile* . We found thirteen articles and after reading the abstracts, three were selected for this study. The results of these studies found that family structure is shaken before the occurrence of an incapacitating illness, and that the informal caregiver goes through periods of stress and physical and mental illnesses. They underscored the need to adopt strategies which all persons coming to provide aid to the elderly and the importance of knowledge about the disease by the family caregiver, then using a qualified healthcare professional. The data indicated that sometimes the family has become more united to play the role of caregiver. A common point among all the studies is that the greater family participation in the recovery of the elderly, this will give better recovery.

Prevention is the best way to care for the elderly. Caring for the health problem can prevent or ameliorate it. The family should seek measures to reduce stroke risk factors (especially diabetes, hypertension and heart disease) with appropriate professionals.

Keywords: stroke, elderly, family, family relationships, rehabilitation, quality of life.

Sumário

1 Introdução.....	7
2 Metodologia.....	9
3 Resultados.....	10
4 Discussão.....	18
5 Conclusão	21
REFERÊNCIAS	22

1 Introdução

Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, em 1998, este número alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1.900 milhões de pessoas. Os números mostram que, atualmente, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais e, para 2050, estima-se que a relação será de uma para cinco em todo o mundo, e de uma para três nos países desenvolvidos (IBGE, 2002).

No Brasil as projeções indicam um aumento acentuado da população muito idosa, ou seja, com 80 anos ou mais. Essa população correspondeu, em 2010, a aproximadamente 14% da população idosa. As projeções para 2040 apontam que os muito idosos serão um quarto da população idosa e cerca de 7% da população total (CAMARANO; MELLO, 2010).

A população idosa é mais exposta às doenças crônicas, das quais muitas resultam em limitações da capacidade funcional. Entre tais doenças, este trabalho destaca o Acidente Vascular Encefálico (AVE).

O AVE é uma das doenças do aparelho circulatório mais comum em idosos. A patologia pode ser definida como um déficit neurológico focal súbito, devido a uma lesão vascular. Esse termo evoluiu nas últimas décadas para incluir lesões causadas por distúrbios hemodinâmicos e de coagulação, mesmo que não existam alterações detectáveis nas artérias ou veias (ANDRÉ, 1999). Aproximadamente 80% dos acidentes vasculares encefálicos (AVE) são isquêmicos, ou seja, causados por um baixo fluxo sanguíneo cerebral e outros 20% são hemorrágicos, causados por hemorragias tanto intraparenquimatosas como subaracnóideas (NETO, 2002). O acidente vascular isquêmico consiste na oclusão de um vaso sanguíneo que interrompe o fluxo de sangue a uma região específica do cérebro, interferindo nas funções neurológicas dependentes daquela região afetada, produzindo uma sintomatologia ou déficits característicos (ASPESI; GOBATTO, 2001). Quando há acidente vascular hemorrágico, existe hemorragia (sangramento) local, com outros

fatores complicadores, tais como: aumento da pressão intracraniana, edema (inchaço) cerebral, entre outros, levando a sinais nem sempre focais (ASPESI; GOBATTO, 2001).

A prevalência de doença cerebrovascular aumenta proporcionalmente à idade, sendo potencializada pela maior incidência e prevalência de doenças como diabetes, hipertensão e cardiopatias. Cerca de 20% dos pacientes que sofrem AVE falecem dentro de um mês; aproximadamente 50% dos sobreviventes apresentam seqüelas permanentes e necessitam de assistência e supervisão e 30% apresentam déficits neurológicos, porém são capazes de viver com independência

O AVE pode ter como consequência deformidades físicas que resultam num quadro de dependência do idoso, e a dependência funcional requer cuidados em longo prazo, em âmbito físico, social, emocional e financeiro. A recuperação do paciente pode depender diretamente da habilidade familiar em dar apoio às suas deficiências. Isso acaba sobrecarregando o cuidador significativamente, uma vez que a presença de deformidades físicas cria uma crise não só para o indivíduo, mas também para sua família (MARQUES, 2006).

A forma como as famílias lidam com as deformidades ainda são pouco conhecidas, pois tem sido guardada em domicílio. O impacto do surgimento de uma doença incapacitante, como o AVE, na família ainda é assunto pouco explorado, como são desconhecidos os impactos socioeconômicos advindos desta ocorrência.

A partir do exposto é de interesse deste estudo revisar artigos que abordam o relacionamento do paciente pós Acidente Vascular Encefálico com a família.

2 Metodologia

Para essa revisão crítica de Literatura foram priorizados artigos entre 2005 e 2008 pesquisados nas bases de dados eletrônicas Scielo e Bireme. Como estratégia de busca, utilizou-se os seguintes termos: *acidente vascular encefálico, idoso, acidente cerebrovascular, família, relações familiares, reabilitação, perfil do impacto da doença*. Foram encontrados treze artigos e após a leitura dos resumos, três foram selecionados para este estudo.

3 Resultados

Os resultados serão apresentados no quadro 01 a seguir:

Autor/título	Objetivos	Amostra/ Metodologia	Resultados
<p>O idoso após acidente vascular cerebral: Alterações no relacionamento familiar.</p> <p><i>Sueli Marques; Rosalina Aparecida Partezani; Rodrigues Luciana Kusumota</i></p>	<p>Identificar os idosos atendidos, na Unidade de Emergência de um hospital governamental do município de Ribeirão Preto-SP, com diagnóstico médico de acidente vascular cerebral, e suas respectivas famílias, bem como identificar as alterações no relacionamento familiar, que ocorreram após o evento.</p>	<p>11 famílias, totalizando 34 participantes. A idade dos idosos variou de 62 a 84 anos, com média de 73,4 anos. Sexo: 7 (63,6%) eram do sexo masculino. A maioria (72,7%) era casada e 3 (27,3%), viúvos. Grau de escolaridade, 5 (45,4%) sabiam ler e escrever, 4 (36,4%) tinham primeiro grau incompleto, 1 (9,1%) cursou o segundo grau completo e 1 (9,1%) era analfabeto. Profissão /ocupação: a maioria era aposentada, sendo 5 (45,4%) com um salário mínimo por mês, 2 (18,2%) com um salário mínimo e meio por mês, 1 (9,1%) com quatro salários mínimos por mês, 1 (9,1%) com seis salários mínimos por mês e 2 (18,2%) não tinham renda própria. Diagnóstico médico: 10 (90,9%) sofreram AVC isquêmico e somente 1 (9,1%) sofreu AVC hemorrágico. Famílias: 1 (9,1%) era composta por sete membros, seguida</p>	<p>Os resultados revelaram alterações no relacionamento familiar que constituíram 13 subcategorias, 5 positivas (Colaboração dos membros da família para o cuidado do idoso; Melhora o relacionamento entre os membros da família; Apoio dos membros da família para decidir sobre o tratamento; Colaboração de vizinhos e amigos; Aumento do poder decisório da esposa) e 8 negativas (Piora do relacionamento do idoso com os membros da família; Aumento da agressividade do idoso com a esposa; Falta de colaboração dos membros da família para o cuidado do idoso; Alteração da composição do núcleo família; Cobranças devido à tomada de decisão sobre o tratamento; Cobrança dos filhos por mais</p>

de 3 (27,3%) com seis membros, 1 (9,1%), com cinco membros, 2 (18,2%), com quatro membros, 1 (9,1%), com três membros e 3 (27,3%), compostas por dois membros. Em média, as 11 famílias possuíam 4,3 membros em sua composição. Em relação à renda familiar, 5 (45,4%) famílias recebiam de um e meio a dois salários mínimos, 4 (36,4%), de dois a quatro salários mínimos, 2 (18,2%), de quatro a seis e somente 1 (9,1%) recebia nove salários mínimos por mês. Salário mínimo vigente no País: R\$ 240,00. Religião: em 8 (72,7%) famílias todos os membros do núcleo familiar eram católicos, em 1 (9,1%) o idoso era espírita, a esposa adventista e a filha e netos eram católicos, em 1 (9,1%) o idoso e a esposa eram católicos e os netos evangélicos e em 1 (9,1%) a idosa, o genro e duas netas eram católicos, a filha era espírita e uma das netas era budista.

Foi utilizada a Técnica de Incidentes Críticos, para a coleta de dados. Esta técnica engloba um conjunto de procedimentos para observações diretas do comportamento humano propiciando sua aplicação na solução

atenção do pai para a mãe com AVC; Casamento após o AVC; Afastamento de vizinhos e amigos. Das 11 famílias, a maioria recebeu ajuda para as atividades de cuidado, tanto suporte informal quanto formal. Os cuidadores foram as esposas, filhas e netos. Duas famílias tiveram apoio de uma equipe de visitas domiciliares de um hospital que as orientaram para as atividades de cuidado. A maior proximidade, devido às atividades de cuidar, propiciou a melhora do relacionamento entre os membros da família, incluindo-se o idoso.

de problemas práticos. A técnica consiste em solicitar aos atores de uma atividade relatos de situações vivenciadas que serão observados e analisados pelo pesquisador, considerando o objetivo preestabelecido. A coleta dos dados foi realizada no domicílio das famílias, e foram realizadas de duas a três visitas.

Autor/título	Objetivos	Amostra/ Metodologia	Resultados
<p>Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada.</p> <p><i>Sílvia Cristina Mangini Bocchi</i> <i>Margareth Angelo</i></p>	<p>Compreender a experiência de cuidadores familiares de pessoas com AVC, acerca das modalidades de cuidado adotadas por eles, durante o processo de reabilitação de uma pessoa com AVC no domicílio.</p>	<p>10 cuidadores familiares, nove do sexo feminino e um do masculino, com idades entre 36 e 69 anos e com um tempo como cuidador de três meses a cinco anos. O grau de parentesco se distribuiu entre seis cônjuges, duas filhas, uma sogra e uma madrasta, e a renda familiar mensal entre um e mais de 20 salários mínimos.</p> <p>Foram realizadas entrevistas nos domicílios e os cuidadores responderam confidencialmente a seguinte questão norteadora: – Como tem sido a sua experiência cuidando de uma pessoa com AVC?</p> <p>As gravações das entrevistas foram transcritas e analisadas, de acordo com as etapas do referencial metodológico da <i>Grounded Theory</i> e</p>	<p>Ao assumir o cuidado de uma pessoa com AVC, o cuidador familiar procura oferecer o melhor de suas possibilidades e crenças. Os resultados apontaram dois modos distintos de cuidar: 1) incentivando o doente a recuperar a sua autonomia; e 2) não estimulando a autonomia do doente. No primeiro modo de cuidar, o cuidador se integra ao processo de reabilitação e considera o sujeito participativo e ativo de sua recuperação. É uma categoria que congrega três</p>

tendo como referencial teórico o Interacionismo Simbólico.

subcategorias: a) estimulando o restabelecimento de movimentos - ações visando estimular a recuperação funcional do doente; b) reorientando o doente no tempo e no espaço - ações empregadas em experiência com pessoa com declínio de atividades intelectuais e perceptivas; c) oferecendo outros cuidados que possam ajudar na recuperação - ações que contribuirão para uma experiência de bem-estar físico e mental do doente, como por exemplo, fazendo e oferecendo alimentação de agrado, auxiliando o doente na higiene pessoal e eliminações; e promovendo distrações.

O segundo modo de cuidar é quando o cuidador familiar acredita que deve fazer tudo pelo doente, desconsiderando - o como sujeito ativo e participativo de sua recuperação. Esta categoria congrega duas subcategorias:

- a) superprotegendo o doente;
- b) sendo resistente em estimular o doente a andar.

A análise da entrevista demonstrou que modalidades de cuidado podem ser exercidas incentivando o paciente a readquirir sua autonomia ou não. A escolha por uma modalidade que não estimula a autonomia do doente também promove a reclusão do cuidador, distanciando-o do vir-a-ser livre de um papel que não lhe traz satisfações. As estratégias que superprotegem o paciente não promovem a autonomia, ao se estabelecer uma relação de dependência recíproca doente-cuidador familiar, tornando o primeiro cada vez mais dependente da família e, conseqüentemente, retardando o processo de reabilitação. O estudo evidenciou que o papel de cuidador gera sobrecarga com relação àqueles que

cuidam de pacientes que não apresentam um quadro promissor de recuperação da autonomia e, principalmente, desprovidos de suporte social efetivo. Os cuidadores familiares terão a saúde física e mental expostas podendo comprometer o processo de reabilitação/readaptação do paciente e até empreenderem ações extremas de submissão do doente a maus-tratos.

Autor/título	Objetivos	Amostra/ Metodologia	Resultados
<p>Desarrumou Tudo! O Impacto do Acidente Vascular Encefálico na Família.</p> <p><i>Eliana Sales Brito; Elaine Pedreira Rabinovich</i></p>	<p>Compreender as dificuldades de ordem estrutural, socioeconômica e emocional pelas quais as famílias dos pacientes pós AVE passam; a relação entre o grau de severidade de agravo, tempo de ocorrência da doença e o desenvolvimento de estratégias de proteção e cuidado ao familiar doente.</p>	<p>Dez casos de primeiro episódio de AVE fizeram parte deste estudo, sendo cinco mulheres, viúvas, e cinco homens, casados, com idade variando entre 63 e 89 anos (média de 78,3 anos), aposentados ou recebendo pensão, com tempo de ocorrência do evento entre 1 mês e 7 anos. Todos os pacientes tiveram como diagnóstico principal o AVE isquêmico, sendo que um deles, após a isquemia, cursou com extravasamento de sangue para o parênquima cerebral (AVE hemorrágico). Quanto ao diagnóstico secundário, oito pacientes eram hipertensos; sete, apresentaram</p>	<p>Os discursos dos cuidadores traduzem três momentos geradores de estresse: a ocorrência do evento, a hospitalização e a chegada do paciente em casa. O primeiro momento é um choque decorrente da natureza inesperada do AVE, representado um grande impacto emocional e angústia ante a possibilidade iminente da perda. A doença aparece como uma ameaça à</p>

cardiopatias; e quatro, diabetes. Um paciente apresentava também o diagnóstico de depressão e quatro pacientes tinham fatores de risco associados. O tempo médio de internação foi de 14,2 dias (3 a 30 dias), sendo que o período predominante está entre 11 e 20 dias. Dois pacientes necessitaram de internamento em Unidade de Terapia Intensiva e quatro, na Unidade Semi-intensiva. Com um mês de ocorrência do evento, dois dos pacientes permaneciam internados no momento da entrevista. Ao todo, foram entrevistadas 13 familiares, sendo 9 mulheres, na sua maioria filhas (7), e 4 homens, todos filhos. Duas das mulheres eram esposas, sendo uma delas deficiente física, usuária de cadeira de rodas. Os depoimentos dos informantes foram analisados a partir do emprego da técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DCS). Essa técnica captura a variedade das experiências vivenciadas, transformando em um só discurso a fala dos sujeitos pesquisados.

integridade da família, sendo considerada um caos que se instala e interfere no equilíbrio familiar. É um período marcado por entorpecimento e mobiliza os medos da perda, da dependência e do despreparo para o cuidado. No segundo momento – hospitalização - a rede social de apoio é composta da família nuclear, mas em algumas experiências, foi ampliada com a participação de amigos, genros e noras, sendo fundamental no enfrentamento da adversidade. A chegada em casa, terceiro momento, foi marcada pela insegurança e alteração da rotina. A família não mais está amparada na segurança tranquilizadora oferecida pela equipe de saúde. Responsável pela tomada de decisão sobre os cuidados a serem prestados ao paciente, a partir da alta, receia não ter

competência suficiente para fazê-lo e o paciente vir a piorar ou até mesmo a falecer.

4 Discussão

Em relação aos objetivos dos três estudos verificou-se que todos investigaram os cuidados da família com o idoso pós AVE e as mudanças ocorridas no ambiente familiar e na vida do cuidador. Cabe ressaltar que o primeiro artigo retratou as relações familiares, incluindo o idoso com AVE, o cuidador e os demais familiares. O segundo e o terceiro artigos apresentaram enfoques diferentes. O segundo artigo centralizou no relacionamento do idoso com o seu cuidador e o terceiro artigo teve como foco o próprio cuidador.

Quanto à metodologia, os estudos utilizaram a abordagem qualitativa. Entretanto, a diferença dos métodos de coleta e análise dos dados dificultou a comparação dos resultados.

Verificou-se uma heterogeneidade na amostra dos estudos incluídos nessa revisão. Em relação aos idosos, a média de idade variou de 73,4 anos (MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTO, 2006) a 78,3 anos (BRITO; RABINOVICH, 2008). Em relação ao sexo dos idosos, observamos uma prevalência feminina no estudo de Marques *et al*, 2006. Cabe destacar que os homens são acometidos 19% mais que as mulheres quando se trata do AVE (POLESE *et al*, 2008), e que esta condição de saúde ainda é uma das maiores causas de morbi-mortalidade no Brasil apesar do declínio das taxas de mortalidade (PEREIRA *et al*, 2009)

A escolaridade dos idosos é apresentada no estudo de Marques *et al*, 2006, onde 45,4% sabiam ler e escrever, 36,4% tinham primeiro grau incompleto, 9,1% cursou o segundo grau completo e 9,1% era analfabeto.

Em relação à renda dos idosos Marques *et al* citam que 45,4% recebiam um salário mínimo por mês, 18,2% um salário mínimo e meio por mês, 9,1% quatro salários mínimos por mês, 9,1% seis salários mínimos por mês e 18,2% não tinham renda própria. O segundo artigo, de Bocchi e Angelo (2005), e o terceiro artigo, de Brito e Rabinovich (2008), não fazem referência à renda dos idosos estudados.

Com relação aos familiares cuidadores, a amostra variou de 10 (BOCCHI *et al*, 2005) a 13 (BRITO; RABINOVICH, 2008) cuidadores. Quanto ao sexo dos cuidadores verifica-se a maioria sendo mulheres, filhas. O papel de cuidar encontra-se em transformação na sociedade brasileira embora seja originalmente uma função atribuída às mulheres (BRASIL, 2006).

Em relação aos resultados das pesquisas, apesar de enfoques diferentes, os estudos apontam para a necessidade do envolvimento familiar nos cuidados do idoso que sofreu AVE, e também para a necessidade de cuidado com os cuidadores, uma vez que o cuidado pode prejudicar sua própria saúde em favorecimento ao idoso.

Marques *et al* (2006) fizeram uma análise das conseqüências de um familiar com AVE para suas famílias, tal análise revelou alterações no relacionamento do ambiente familiar do idoso que sofreu um AVE. Essas alterações foram classificadas em positivas ou negativas. As famílias reportaram o envolvimento maior de seus membros no cuidado com o idoso, maior proximidade entre os irmãos e apoio ao cônjuge da pessoa com AVE. Diogo e Duarte (2006) também apontaram os benefícios ou resultados positivos da tarefa de cuidar como, por exemplo, a satisfação, habilidade para enfrentar novos desafios e melhora no relacionamento com o idoso. Em contrapartida, foi relatado também o aumento da cobrança perante as esposas dos pacientes com AVE, brigas entre os familiares para resolverem determinado tipo de situação e piora no relacionamento de pais com AVE e seus filhos. Cabe ressaltar que o ato de cuidar é complexo e envolve sentimentos contraditórios como raiva, medo, culpa, confusão, cansaço, nervosismo, irritação, choro e estresse (BRASIL, 2006).

Ainda focalizando a família do idoso convalescente de um AVE, Bocchi e Angelo (2005) relatam em seu resultado que torna imprescindível o acesso do cuidador familiar e do doente dependente às Políticas Públicas de Saúde, que promovam programas de avaliação e de intervenções implementadas, continuamente, por equipes de saúde. Segundo Diogo e Duarte (2006) a Política Nacional de Saúde do Idoso preconiza que os cuidados informais sejam prestados pela família, amigos próximos ou vizinhos. E para a realização desse cuidado, a um idoso dependente, os cuidadores deverão receber dos

profissionais de saúde as orientações necessárias. Distanciando-se da relação familiar como um todo, o referido artigo aborda o papel de cuidador, que gera sobrecarga com relação àqueles que cuidam de pacientes que não apresentam um quadro otimista de recuperação da autonomia e principalmente, sem suporte social efetivo. Provavelmente, estes terão a saúde física e mental expostas aos efeitos de assumir o papel de cuidador familiar, podendo comprometer o processo de reabilitação e readaptação do paciente e até empreenderem ações extremas de submissão do doente a maus-tratos.

Brito e Rabinovich (2008) também analisam a família do idoso como um todo, mostrando que o surgimento de uma doença súbita e incapacitante, como o AVE, desorganiza a família, exigindo desta a adoção imediata de estratégias de enfrentamento. Os relatos desse estudo revelam como sendo os momentos mais frágeis: a ocorrência do evento, a hospitalização e a chegada do paciente em domicílio. Nas famílias pesquisadas, a adaptação ao problema da deficiência foi diretamente proporcional à experiência acumulada no tempo, ao conhecimento sobre a patologia e à existência de uma rede de suporte efetiva. Segundo Diogo e Duarte (2006) o preparo do cuidador demanda dois pressupostos: o vínculo com os serviços de saúde e a clareza quanto à atividade de cuidar. Assim como os artigos anteriormente analisados, esse artigo revelou que a saúde do cuidador vai se deteriorando com a exposição continuada à sobrecarga física e emocional vinda do ato de cuidar, chegando à conclusão de que a família, principal agente de produção de cuidados e proteção aos seus integrantes, também precisa ser cuidada.

Apesar de usar metodologias diferentes de análise de seu estudo, todos os artigos apontam para a importância da família no processo do cuidado de um idoso que sofreu AVE. A inclusão de filhos, irmãos, primos, cônjuges e toda sorte de parentesco, é primordial para a manutenção da ordem familiar na ocorrência de uma doença incapacitante de um de seus membros. Isso ocorre devido à grande dependência que o idoso adquire e que causa estresse ao seu cuidador. No entanto, quanto mais cuidadores houver, menos carga de cuidado cairá sobre um membro da família e a situação delicada de lidar com um familiar debilitado será menos estressante a todos, incluindo o paciente.

5 Conclusão

Diante desses estudos, vimos como a estrutura familiar é abalada diante da ocorrência de uma doença incapacitante. Para que esse fato não sobrecarregue a vida de todos, devem-se adotar estratégias onde todas as pessoas próximas possam prestar ajuda. É importante ressaltar a importância do conhecimento a respeito da doença pelo cuidador familiar, recorrendo então a um profissional de saúde especializado.

O cuidador familiar deve usufruir da independência do doente, mesmo sendo em poucas atividades e não assumir todas as suas tarefas. Desse modo, ambos terão autonomia fazendo com que a relação não se torne ainda mais massacrante e de interdependência.

Os dados apontaram que algumas vezes a família se tornou mais unida para desempenhar o papel de cuidador. É importante essa reunião e colaboração de todos para uma melhor recuperação do doente e harmonia no ambiente domiciliar. Um ponto comum entre todos os trabalhos é que quanto maior é a participação familiar na recuperação do idoso, melhor se dará essa recuperação.

Ainda assim, a prevenção é o melhor modo de cuidar do idoso. Cuidando da saúde podemos evitar o problema ou amenizá-lo. A família deve procurar medidas para diminuir os fatores de risco do AVE (principalmente diabetes, hipertensão e cardiopatias) com profissionais adequados. É importante frisar que o governo também deve criar e divulgar medidas preventivas, o que diminui o tempo de internação e os custos hospitalares.

REFERÊNCIAS

1. MARQUES, Suely *et al.* O Idoso Após Acidente Vascular Cerebral: Alterações no Relacionamento Familiar. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2006 maio-junho; 14(3).
2. BOCCHI, Sílvia Cristina Mangini; ANGELO, Magareth. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Ciências e Saude Coletiva*, 10 (3). 729-738, 2005.
3. BRITO, Eliana Sales; RABINOVICH, Elaine Pedreira. Desarrumou tudo! O impacto do Acidente Vascular Encefálico na família. *Saúde Soc. São Paulo*, v.17, n.2, p.153-169, 2008.
4. PIRES, Sueli Luciano *et al.* Estudo das frequências dos principais fatores de risco para Acidente Vascular Cerebral Isquêmico em Idosos. *Arquivo Neuropsiquiatria* 2004;62(3-B):844-851
5. CHAVES, Márcia L. F. Acidente Vascular Encefálico: conceituação e fatores de risco. *Rev Bras Hipertens* vol 7(4): outubro/dezembro de 2000
6. POLESSES, Janaína Cunha *et al.* Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. *Revista Neurociências* 2008; 16/3. 175-178.
7. GONÇALVES, Lucia Hisako Takase *et al.* Perfil da família cuidadora de idoso doente/ fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 570-7
8. GUIMARÃES, Renato Maia; CUNHA, Ulisses Gabriel V. *Sinais e Sintomas em Geriatria*. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2004.
9. CAMARANO, A. A.;MELLO,J.L. Introdução. In: CAMARANO, A.A. (org.) *Cuidados de longa Duração para a População idosa*. Rio de Janeiro: Ipea, 2010. P.13-37.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. *Cadernos de Atenção Básica*, nº 19, Brasília, Distrito federal, 2006.
11. DIOGO, M.J.E.; DUARTE, Y.A.O. Cuidados em domicílio: conceitos e Prática. In: FREITAS, E.V. *et al.* *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006.p. 1122-1130.

12. PEREIRA, Ana Beatriz Calmon Nogueira da Gama *et al.* Prevalência de acidente vascular cerebral no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa de Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 25(9):1929-1936, set, 2009

13. ANDRÉ, Charles. Manual de AVC. 1a edição. Editora Revinter: Rio de Janeiro, 1999.