

Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues¹

Sueli Marques²

Luciana Kusumota²

Emanuella Barros dos Santos³

Jack Roberto da Silva Fhon⁴

Suzele Cristina Coelho Fabrício-Wehbe⁵

Objetivo: examinar a transição do cuidado em famílias que cuidam de idosos que sofreram o primeiro episódio de acidente vascular cerebral. Metodologia: foi utilizado o estudo de caso etnográfico instrumental. A amostra foi constituída por 20 sujeitos, sendo 10 cuidadores e 10 idosos, com 65 anos ou mais, de ambos os sexos, com diagnóstico de primeiro episódio de acidente vascular cerebral, capazes de se comunicarem, demandando cuidado de um cuidador principal na família. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, observações, documentos existentes e notas de campo. Foram utilizadas técnicas de análises qualitativa para codificar, classificar os dados e formular categorias significativas, o que gerou tipologias de cuidado. Resultados e Discussão: a ideia central foi a transição do cuidado e mostrou o contexto em três tipologias: o processo de cuidar do idoso dependente, estratégias para o processo de cuidar e impacto e aceitação das limitações. Conclusão: os dados indicaram que o cuidado com o idoso, após o acidente vascular cerebral, é um desafio para a família. Os dados possibilitaram elaborar uma proposta de modelo para a organização do trabalho, visando a integralidade do cuidado nos serviços de saúde, formando uma rede de cuidado, o que constitui avanço para a área da enfermagem.

Descritores: Idoso; Acidente Vascular Cerebral; Família; Cuidadores; Enfermagem Geriátrica.

¹ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

² PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

³ Mestranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

⁴ MSc, Professor, Universidad Privada Norbert Wiener, Peru.

⁵ PhD, Professor, Centro Universitário Barão de Mauá, Brasil.

Endereço para correspondência:

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro Monte Alegre
CEP: 14040902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: rosalina@eerp.usp.br

Transition of care for the elderly after cerebrovascular accidents – from hospital to the home

Objective: to examine the transition of care in families caring for elderly persons who suffered the first episode of a cerebrovascular accident. Methodology: an instrumental ethnographic case study was used. The sample comprised 20 subjects: 10 caregivers and 10 elderly persons aged 65 or over, of both sexes, with diagnoses of first episode of cerebrovascular accident, capable of communicating, and requiring care from a main carer in their family. The data was collected through interviews, observation, existing documentation and field notes. Qualitative analysis techniques were used to codify and classify the data and to formulate significant categories, which generated typologies of care. Results and Discussion: The central idea was the Transition of Care and showed the context in three typologies: The care process for the dependent elderly person, Strategies for the care process and Impact and acceptance of the limitations. Conclusion: The data indicates that caring for an elderly person after a cerebrovascular accident is a challenge for the family. The data permitted it possible to elaborate a proposal for a model for the organization of the work, with a view to holistic care delivery in the health services, forming a care network, which constitutes an advance for the area of nursing.

Descriptors: Aged; Stroke; Family; Caregivers; Geriatric Nursing.

Transición del cuidado del adulto mayor despues del accidente cerebral vascular del hospital para casa

Objetivo: examinar la transición del cuidado en familias que cuidan de adultos mayores que sufrieron el primer episodio de accidente cerebral vascular. Metodología: Fue utilizado el estudio de caso etnográfico instrumental. La muestra fue constituida de 20 sujetos, siendo 10 cuidadores y 10 adultos con 65 años y más, de ambos sexos, con diagnóstico de primer episodio de accidente cerebral vascular, capaces de comunicarse, demandando cuidado de un cuidador principal en la familia. Los datos fueron colectados por medio de entrevistas, observaciones, documentos existentes y notas de campo. Fueron utilizadas las técnicas de análisis cualitativo para codificar, clasificar los datos y formular categorías significativas, lo que generó tipologías de cuidado. Resultados y Discusión: La idea central fue la transición del cuidado y mostró el contexto en tres tipologías: El proceso de cuidar del adulto mayor dependiente, Estrategias para el proceso de cuidar e Impacto y aceptación de las limitaciones. Conclusión: Los datos nos indicaron que el cuidado para el adulto mayor, después del accidente cerebral vascular es un desafío para la familia. Los datos posibilitaron elaborar una propuesta de modelo para la organización del trabajo, visando la integralidad del cuidado en los servicios de salud, formando una red de cuidado, lo que representa un avance para el área de enfermería.

Descriptorios: Anciano; Accidente Cerebrovascular; Família; Cuidadores; Enfermería Geriátrica.

Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) é responsável por, aproximadamente, 5,5 milhões de mortes anuais, no mundo⁽¹⁻²⁾. Cerca de 16 milhões de pessoas sofreram um episódio de AVC, pela primeira vez, no ano 2005, com prevalência estimada de 62 milhões de sobreviventes⁽²⁻³⁾.

No Brasil, no período de 2008 a 2011, ocorreram 424.859 internações de idosos, com 60 anos de idade ou mais, por AVC, com taxa de mortalidade de 18,32. No Estado de São Paulo ocorreram 69.722 internações e taxa de mortalidade de 18,57. No município de Ribeirão Preto, SP, identificou-se que, no mesmo período, foram

internados 1.645 idosos (820 mulheres e 817 homens), com média de permanência de internação de 7,1 dias e taxa de mortalidade de 16,41⁽⁴⁾. Esses dados reafirmam a gravidade do problema nessa faixa etária e a necessidade de especial atenção ao tema, pois se trata de doença cerebrovascular mais prevalente na população idosa. Sua incidência aumenta exponencialmente com o avançar da idade e é considerada uma das grandes causas de incapacidade nessa população⁽⁵⁻⁷⁾.

A incapacidade funcional pode gerar dificuldades para o idoso desempenhar suas atividades cotidianas,

as quais podem ser passageiras ou permanentes, de acordo com a região acometida, o nível da lesão e a capacidade individual de recuperação, após o AVC. Essas dificuldades podem gerar diminuição da qualidade de vida com impacto no cotidiano do idoso e de sua família⁽⁸⁾. Os graus de incapacidade do paciente determinam os níveis de dependência por assistência e, conseqüentemente, desafio ao cuidador familiar⁽⁸⁻⁹⁾, uma vez que o idoso necessitará de cuidado prolongado. Após a alta hospitalar, o idoso pode apresentar uma série de limitações, onde se incluem mudanças comportamentais e de papéis a serem desenvolvidos na família, na sociedade e do próprio *self*.

No retorno para casa, a perspectiva do cuidado difere do hospital, e é nesse momento que ocorre a transição da *passagem do curar* para o *processo de cuidar em casa*. Autores reportam que a transição é a passagem de uma fase da vida para outra, diante de condições diversas ou de *status*, num contexto social particular⁽¹⁰⁾. É nesse momento de transição, da saúde do idoso para a recuperação da doença e do autocuidado, que a família, enquanto instituição social, lida com as mudanças, tanto nas habilidades funcionais quanto na imagem corporal do sobrevivente de AVC⁽¹¹⁾. O que se observa, nessa transição, é que o processo de cuidar do idoso depende da cultura da sociedade e da própria família. Cada família concebe esse cuidado que foi construído ao longo da história com seus conhecimentos, hábitos, costumes, linguagens, crenças, ambiente familiar e a rede de relações construídas com o idoso.

A interpretação de uma cultura da qual fazemos parte deve ser depreendida⁽¹²⁾. O homem, por natureza, tem potencial para o cuidar de si e do outro dentro de seu universo cultural⁽¹³⁾. Esse cuidar sempre existiu e é um desafio da sociedade para o cuidado de um membro familiar. Mesmo dispendo-se de tecnologias mais leves, permanecem as dificuldades da família para lidar com a condição de dependência de uma doença. Essas dificuldades afetam toda a dinâmica familiar.

Uma das estratégias para responder aos desafios para a atenção à saúde da população com AVC é a de conhecer, junto ao idoso e à família, a descrição, em profundidade, desse processo de cuidar, para implementação de um plano de cuidado. Ademais, torna-se necessário referenciar esse idoso para que a equipe de atenção básica atue junto com a família nesse processo.

Vale destacar a escassez da literatura sobre o tema, o que justifica a necessidade de desenvolver pesquisas para aprofundamento dessa temática e, também, para subsidiar o enfermeiro sobre as exigências para o cuidado ao idoso após o AVC e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de um plano de cuidado integrado com a família.

Frente a essas considerações, este estudo teve como objetivo examinar a transição do cuidado com o idoso, junto às famílias que cuidam de idosos que sofreram o primeiro episódio de acidente vascular cerebral, sob a perspectiva da cultura construída pela família.

Método

Utilizou-se o estudo de caso etnográfico instrumental, uma vez que o objetivo foi examinar a transição do cuidado de famílias que tratam de 10 idosos que sofreram o primeiro episódio de acidente vascular cerebral, atendidos na unidade de emergência (UE) de um hospital de Ribeirão Preto, SP. O estudo de caso descreve a experiência contemporânea e os eventos históricos e são usados para narrar, representar e testar situações que emergem da vida das pessoas, e que devem ser consideradas na perspectiva do método etnográfico⁽¹⁴⁾. O interesse era o de conhecer e de interpretar como se deu o processo de cuidar do idoso que sofreu AVC, após a alta hospitalar.

A entrada no campo da pesquisa iniciou-se com a identificação dos idosos que sofreram AVC; assim, a coleta ocorreu no primeiro semestre de 2011, por meio de análises dos documentos, entrevistas semiestruturadas e observações. Para tanto, foi mantido contato prévio por telefone com o idoso/família, para agendamento da visita na casa, respeitando a disponibilidade dos mesmos, explicando o objetivo da pesquisa e a necessidade da anuência dos mesmos para participarem, uma vez que o pesquisador deve apreender as situações do cotidiano.

As entrevistas seguiram: identificação dos idosos e cuidadores, avaliação do estado cognitivo (Miniexame do Estado Mental) e da independência funcional (Medida da Independência Funcional) e a seguinte questão norteadora: *como o(a) sr.(a) cuida do sr.(a) após o derrame cerebral?* As entrevistas foram gravadas e usadas para obter descrições sólidas sobre o cuidado, como se deu o AVC, a transição do hospital para casa e, também, para descrever o conhecimento dos sujeitos sobre atividades, eventos e outras situações observadas durante a visita.

As entrevistas foram transcritas em um processador de texto para codificação de dados e análise temática indutiva⁽¹⁵⁾; utilizou-se o Programa Alceste (Análise Léxica por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto), para a busca dos temas, refinamento e produção final das principais categorias emanadas dos dados extraídos do estudo.

Esse processo de transição levou a autoria deste estudo à proposta de um modelo de atenção que retrata a natureza e o significado dos eventos de saúde e de cuidado para as famílias de idosos com AVC.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Processo nº1952/2010. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelo idoso e pelo cuidador familiar.

Análise dos dados

Caracterização do idoso

Participaram do estudo 10 idosos, sendo 50% de cada gênero, com idade entre 67 e 89 anos, média de 77,5 anos; 100% das mulheres eram viúvas e 30% dos homens casados. A maioria das mulheres vivia com os filhos, já os homens, com não familiares. A renda variou de 1 a 3 salários-mínimos e a maioria era analfabeta. A média do número de filhos foi de 3,6. Quanto ao tipo de AVC, 10% era do tipo hemorrágico e 90% isquêmico, com média de internação de 11,9 dias.

A média do Miniexame do Estado Mental foi de 20,1 pontos, o que demonstra que os idosos tinham condições de responder as questões. No que tange à Medida da Independência Funcional (MIF), a MIF Total variou entre os homens de 26 a 125 e nas mulheres de 43 a 102; a MIF Motora nos homens de 13 a 91 e nas mulheres de 22 a 69, enquanto que na MIF Cognitiva, nos homens, variou de 13 a 34 e nas mulheres de 18 a 34. Na avaliação observada, verificou-se que os idosos encontravam-se desde o nível de independência a dependência.

Todos os idosos que sofreram AVC possuíam cuidadores, 100% do sexo feminino, sendo que 70% eram casadas e filhas, com idade entre 34 e 82 anos.

A dinâmica da transição do cuidado com o idoso

Os dados foram obtidos do *corpus*, correspondente às 20 entrevistas ou Unidades de Contexto Iniciais (UCI), submetidas à análise com auxílio do *software* Alceste 2010 e verificou-se que foram retidas 190 UCIs, das 298 presentes no *corpus*, com participação de 62,09% das UCIs. A análise aponta três grandes tipologias de cuidado: a primeira é definida pela formação das classes 1, 4 e 6 e suas respectivas UCIs: *classe 1 – dependência do idoso e do cuidador para o cuidar*, formada por 26 UCIs (13,68%); *classe 4 – ajuda de outros para o cuidar*, com 24 UCIs (12,63%), e a *classe 6 – o papel de cuidador* - formada por 18 UCIs (9,47%), formando a Tipologia 1: o processo de cuidar do idoso dependente. A segunda, associada ao primeiro e pela classe 2 - *aspectos psicossociais do cuidar e mudanças na rotina da casa*, com 29 UCIs (15,26%) e pela classe 3 - *estratégias utilizadas pelo cuidador para o cuidar*, definida por 26 UCIs (13,68%), caracterizada pela Tipologia 2: estratégias para o processo de cuidar.

A terceira, formada pelos dois primeiros eixos associados à classe 5 - *Impacto e aceitação das limitações*, com 67 UCIs (3,26%), sendo a *Tipologia 3: impacto e aceitação das limitações*.

Tipologia 1: o processo de cuidar do idoso dependente

A observação e o diálogo com os cuidadores sobre o cuidado com o idoso mostrou que o sistema de saúde transfere a responsabilidade para a família sem, entretanto, fazer a transição para esse cuidado em conjunto. O hospital é uma estação na perspectiva da integralidade do cuidado⁽¹⁶⁾, porém, como pensar a continuidade do processo de cuidado, na casa do idoso, após o AVC? Como a família organiza esse cuidado? Quais são as necessidades de cada idoso? Por que a família necessita de ajuda? Essas questões são fundamentais para que esse cuidar *oculto* da família seja compartilhado com a equipe de saúde.

A ocorrência do AVC pode significar para o idoso que sua integridade física foi afetada, e a hospitalização inclui ambiente e rotinas diferentes, relações diversas, entre outros. Dessa forma, é um momento difícil para o idoso, principalmente no que se refere à dependência física e psicossocial. É nesse momento que a equipe de saúde detém o controle sobre o corpo do idoso, diante da limitação para as atividades da vida diária, principalmente da mobilidade. É nesse contexto que a figura do enfermeiro clínico deve ser a de conhecer a cultura do cuidado da família, para que, nesse processo de transição, a experiência com essa possa promover interação, objetivando a ocorrência desse processo de cuidar com idosos, numa condição mais vulnerável.

A vivência da dependência permite ao idoso um *desvelar* da realidade que estava experienciando, ou seja, a necessidade de cuidado após o AVC. O primeiro tema que surgiu foi a dependência diante das dificuldades dos idosos para se autocuidarem e, também, dos próprios cuidadores para esse cuidado, conforme relato ... *ela era uma pessoa extremamente ativa, muito trabalhadora, até três meses atrás lavava roupa, cozinhava e agora está desse jeito... sem condições de se mexer, andar...* (Cuidadora 2).

Outro tema destacado é a dependência do cuidador para a aprendizagem do cuidado, conforme relatado: ... *não consegui fazer direito..., nós demos o banho nela, assim mesmo, trocamos... só que achamos que judiamos dela, machucamos o braço dela, eu acho. O meu cunhado estava aqui ele tirou e colocou ela na cama. Você... pôr fralda em um bebê é uma coisa, pôr em um adulto é outra. As outras atividades do cuidado são mais fáceis, como fazer a comida dele, preparar as coisas para ele, isso aí pra mim é- fácil, isso aí e tranquilo* (Cuidadora 3).

O homem, por natureza, tem potencial para cuidar

de si e do outro dentro de seu universo cultural. Esse cuidar sempre existiu, porém, é um desafio para a família cuidar de uma pessoa com dependência imposta por uma doença, com tecnologias, das mais leves até as mais complexas, o que acaba afetando a dinâmica familiar⁽¹³⁾.

Na fase em que o idoso está hospitalizado o cuidado é prestado pela equipe de enfermagem, entretanto, no momento do retorno para casa é que ocorre a transição do cuidado, isto é, a família é quem assume a responsabilidade do cuidado, diante da dinâmica que passa do *curar da doença para o cuidar do idoso*, num contexto mais global, visando a recuperação. Esse cuidar, *oculto*, emaranhado de tarefas fáceis e/ou complexas, produziu certo temor nos membros familiares diante da falta de conhecimento; assim, a família necessitava de atenção cuidadosa por parte da equipe de saúde, no momento da alta, além de pensar na possibilidade da aproximação da morte do ente querido. Dessa forma, a compreensão do cotidiano na casa dos idosos, do funcionamento familiar, para interpretação e análise do contexto, deve ter como base um referencial que possibilite essa tarefa.

Segundo os relatos, as famílias apresentaram dificuldades para desenvolver os cuidados para os idosos, na sua maioria com sequelas, até mesmo no âmbito psicossocial. Assim, notou-se que as famílias precisavam manejar não somente situações relacionadas às limitações funcionais, porém, no decorrer do tempo de cuidado, alguns idosos manifestaram maior ou menor dependência e os modos de cuidar foram se organizando, pois os cuidadores procuraram estratégias próprias para o desenvolvimento desse cuidado. As próprias famílias foram apreendendo as formas de cuidado e como cada membro deveria ter seu papel definido ao longo da trajetória desse processo. Apesar de haver política de saúde que determina o sistema de referência e contrarreferência, a rede de atenção à saúde, cujo centro é a Atenção Básica, ainda apresenta fragilidades para o cuidar do idoso que sofreu AVC e necessita ser cuidado pela família, em casa.

A literatura mostra que a ocorrência do AVC afeta a vida dos outros membros da família e que esse processo pode ser considerado caótico, resultando em mudanças no relacionamento familiar, síndrome de Burnout nos cuidadores ao lidarem com essa situação, até atingir uma nova fase de reorganização⁽¹⁷⁾.

As falas evidenciaram, também, mudanças nas relações familiares após o AVC de uma idosa - a cuidadora apresentou expressão de tristeza, olhos avermelhados e algumas lágrimas quando se referiu ao afastamento e/ou ausência dos irmãos no seu cotidiano. A falta de apoio e a presença dos familiares mostrou-se como algo que a

incomodava mais que a própria doença da mãe, conforme relatado pela Cuidadora 2: *... eu tenho meus irmãos mas... a relação com a mãe e com a gente depois da doença piorou... ninguém quer saber de ajudar no momento de necessidade e de dificuldade de dinheiro e até mesmo de carinho.* Além disso, a dependência do idoso causa certo temor na família *... quando ela estava internada minhas tias iam lá... aqui em casa não ... eu tenho que cuidar só... o peso e o fardo são grandes...* (Cuidadora 4).

Observa-se que a rede informal de atenção à saúde, família, amigos e vizinhos, organiza-se em função das necessidades de atenção ao membro familiar, porém, sem conhecimento do processo de enfrentamento das situações de cuidado. Nesse sentido, a formação de redes de cuidado deve ser sistematizada pela Atenção Básica.

No processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o trabalho do enfermeiro na atenção básica envolve a administração, a organização do serviço de saúde e de enfermagem, mas ações clínicas aos usuários do sistema ainda necessitam ser discutidas e implementadas, havendo necessidade de espaços formais do trabalho do enfermeiro para o desenvolvimento dessas ações⁽¹⁸⁾.

Tipologia 2: estratégias para o processo de cuidar

Um dos aspectos observados, neste estudo, é que os contextos sociofamiliares são diversos e as histórias de relacionamento e de cuidado foram se reconstruindo ao longo da sua formação. Assim, deve ser considerado não somente o cuidar, após AVC, mas o contexto onde se inserem as famílias. No processo do cuidado com o idoso que apresenta dificuldades de se autocuidar, a família vai apreendendo com ele, se organizando e novas formas de cuidar vão surgindo, como foi relatado: *... eu acho que essa experiência é difícil... a gente adulta sabe se cuidar, mas na doença a família precisa aprender... é uma obrigação e é um teste para nós. A gente vai aprendendo a cuidar, como a família vai ensinando* (Cuidadora 5).

Um estudo com sobreviventes de AVC mostrou que, no período de transição do hospital para casa, destacaram-se: mudanças no senso do *self* e experiências corporais, mudanças no relacionamento com outros e na integração comunitária⁽¹⁷⁾, o que corrobora achados da presente pesquisa em que o relacionamento do idoso, após AVC, com o cuidador reaproxima a família, em algumas fases da transição; outras causam situações de conflitos, como o relato: *... o impacto é esse! É uma dor muito grande... as mudanças nas relações familiares em relação aos filhos com ela e em relação aos netos com ela, depois do derrame... O derrame teve impacto nas relações entre a família, por causa das necessidades dela, de dor, de ficar deitada, de cuidar da diabetes.*

Assim, o derrame aproximou mais a gente... eu só via minha mãe de vez em quando, agora não, a gente fica junto o tempo todo... por causa da doença e da necessidade de cuidado... (Cuidador 1).

No período de transição pode ocorrer uma fase de mudanças no relacionamento familiar, muitas vezes seguida de reorganização do sistema familiar para responder sobre esse cuidado⁽¹⁹⁾. A literatura descreve poucas experiências de como a família maneja o cuidado com idoso após AVC⁽⁵⁾; porém, a experiência do cuidado de um membro familiar, na casa, vai-se construindo ao longo do tempo, o que se observa no relato da Cuidadora 7: *... mudou a vida de todo mundo depois do derrame, assim, por não andar, por não falar, por tudo, porque muda tudo, a mudança ela já vem, ela já vem junto com o derrame, ela já vem... com a dependência...*

A transição é um processo que ocorre ao longo do tempo, isto é, envolve a interrupção de uma dada situação na vida da pessoa enquanto que a segunda fase envolve as mudanças que ocorrem em decorrência dessa transição⁽²⁰⁾. Especificamente neste estudo, os idosos que sofreram AVC estavam sujeitos a uma série de interrupções que implicam na implementação de novas estratégias para reorganização do cuidado, diante das perdas funcionais e emocionais, além de como esse cuidado foi apreendido.

As experiências dos cuidadores, para cuidar de pacientes com AVC, na fase de transição do hospital para casa, revelam a necessidade de treinamentos importantes para que deem conta desse processo. As estratégias podem ser divididas em: aspectos que envolvem a sociedade, o sistema de cuidado e a pessoa envolvida nesse processo⁽²¹⁾.

Os aspectos da sociedade envolvem a alocação de recursos financeiros para essa transição de cuidados, principalmente de problemas de saúde emergentes como o AVC. No Brasil, essa discussão ainda necessita de debates efetivos para sua implementação; no sistema de cuidado o trabalho da equipe interdisciplinar, incluindo o enfermeiro, deve ser implementado, supervisionado e avaliado, porém, esse trabalho ainda é fragmentado, não há continuidade desse cuidado, envolvendo a família. No caso específico desses idosos, o que se observou nas falas dos cuidadores e dos próprios idosos foi a dificuldade até mesmo no primeiro atendimento nas unidades de saúde. Houve uma situação em que o idoso *... foi atendido e não recebeu tratamento adequado, sendo que no segundo momento outro profissional o atendeu e fez o encaminhamento necessário... diante do que ele apresentou...* (Cuidadora 8).

A última estratégia é a individual, em que a família presta o cuidado e experiencia várias situações, muitas vezes, utilizando o bom senso e sua prática, como a Cuidadora 7 menciona: *... a dificuldade para cuidar... as*

dúvidas que tenho e como lidar com isso, a gente vai achando o jeito sozinha para isso... É muito difícil sem ajuda... mas, ver a recuperação dela... com certeza... a decisão de cuidar dela eu acho que não foi decidido. Eu falei, sou eu que vou cuidar dela e acabou! Sabe, porque... é todo mundo trabalha e não podia abrir mão do trabalho. Eu resolvi jogar tudo pra cima e... vou, e eu que cuido e pronto...

A abordagem educativa ainda é incipiente para as famílias e os pacientes que sofrem AVC, bem como o manejo desse cuidado. Há, portanto, necessidade de implantar modelos educativos para os pacientes e suas famílias proverem o cuidado, no período de transição do hospital para casa⁽²¹⁾, num contexto real de cada família, com sua cultura, crenças e relações com o idoso, nesse período de cuidado prolongado.

Diante de dados epidemiológicos, referentes às doenças crônicas, no Brasil, faz-se necessário concretizar a política de referência e contrarreferência, diante das dificuldades desse processo de cuidar, a família se desorganiza e os conflitos surgem diante das dificuldades para responder sobre esse processo.

Tipologia 3: impacto e aceitação das limitações

Cuidar de um familiar é parte da cultura brasileira, porém, o que se observa é um novo contexto familiar que está se formando. As funções sociais da família estão em processo de mudança, considerando os aspectos sociodemográficos do país. Além disso, as políticas de inserção da mulher no mercado de trabalho, acaba prejudicando esse processo para o cuidar, pois a maioria dos cuidadores é de mulheres e algumas delas tiveram que *... acabei abandonando meu emprego, pois não tem quem cuida da minha mãe...* (Cuidadora 9).

Os serviços de saúde para o idoso, na atenção domiciliar, ainda são ineficientes, fato esse confirmado no presente estudo com idosos. Assim, a própria família sem preparo *tenta* se reorganizar para dar conta desse processo, como relata a Cuidadora 2: *... o impacto na família como um todo, pelo fato dele ter tido o derrame, todos ficaram apavorados, todo mundo aqui é aquele negócio, me chama... Estamos casados há muitos anos... isso significa que quando a gente vive muito tempo com uma pessoa... a dor da pessoa é sua... Mudou a vida de todo mundo depois do derrame, assim... por não andar, por não falar, por tudo, porque muda tudo, a mudança ela já vem, ela já vem junto com o derrame, ela já vem...* O impacto diante das limitações do idoso pode repercutir nas relações familiares: *... isso teve impacto na família como um todo... foi um susto! Foi um susto porque ele estava superbem, aparentemente ele estava superbem. Ele não se queixou de nada e de repente ele caiu no banheiro, foi aquele susto... essa situação teve impacto nas relações familiares, por causa das limitações dele* (Cuidadora 10). Porém, o que se

observou é que, nas famílias estruturadas e de boas relações, o processo é dinâmico ... *mais eu acho que a gente vai acalmando, eu estou sentindo isso também, eu mesma estou mais tranquila! Mas eu ainda acho que é aquela insegurança que dá na gente porque é tudo muito novo, sabe? Porém, eu já me sinto, assim como minhas irmãs que a gente está se reestruturando... é com a passagem do tempo...* (Cuidadora 9).

A alta hospitalar deveria ser considerada um momento privilegiado para produzir a continuidade do tratamento e do cuidado, estabelecendo, assim, o sistema de contrarreferência, construindo, dessa forma, a linha de cuidado, com a participação da família nessa rede⁽¹⁶⁾. Após a alta hospitalar, o sistema de atenção básica, proposta pelo SUS, ainda não tem funcionamento efetivo, porém, a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede⁽¹⁶⁾ que deve ser tecida na prática, envolvendo a família.

As doenças crônicas, principalmente o AVC, são permeadas por problemas sociais, econômicos, políticos e culturais e estão inseridas na agenda das políticas públicas federais e estaduais. Entretanto, o que se verifica é que a família está à margem dessa *rede de cuidado*, desenvolvendo as ações de acordo com suas experiências, elaborando estratégias do *certo e errado*, além de discussões em família e de experiências de outros. Os modos de cuidar diferem de acordo com as necessidades dos idosos, do ambiente e estrutura familiar, e do conhecimento de cada família, entretanto, essa vem utilizando algumas estratégias como paciência, amor, união, desejo de compartilhar e aprendizagem do cotidiano.

A prática clínica do enfermeiro na atenção ao usuário do sistema de saúde, que teve alta hospitalar para casa, urge viabilizar proposta de conformação de redes de cuidado, para compreender os valores, crenças e as práticas de cuidado com o idoso pelo cuidador familiar; assim, diante das tipologias do cuidado apresentadas nesta pesquisa, urge que a atenção básica amplie esse processo de cuidar.

Diante das dificuldades das famílias para o cuidar do idoso em casa e da resignificação da prática do enfermeiro, propõe-se um Modelo de Cuidado ao Idoso após AVC. A proposta é a de sistematizar a assistência ao idoso, a partir da alta hospitalar, com modelo de avaliação para identificar as necessidades e prover cuidado integrado, de acordo com o contexto da cada família, evitando, assim, complicações e reinternações hospitalares. Esse plano deve ser elaborado pela equipe, enquanto o idoso estiver internado, preparando-se para a alta hospitalar, discutido com a família e encaminhado à Unidade Básica de Saúde, para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro na

equipe de Estratégia de Saúde da Família (Figura 1) e envolve as seguintes etapas:



Figura 1 - Proposta de Modelo de Cuidado ao Idoso após AVC, 2011

1. *atenção institucional* - a fase da transição que compreende o surgimento da dependência do idoso, a atenção hospitalar e a alta para a casa, sempre trabalhando com o autocuidado, momento esse da elaboração de um plano de cuidado com o idoso na casa;

2. *atenção domiciliar* - a partir do contato do cuidador familiar, com a UBS, caberá à equipe de ESF realizar a visita de avaliação do idoso, das condições da casa e do conhecimento da família para sistematizar o cuidado, assim como encaminhá-lo para outras redes de apoio, caso necessário. Assim, é fundamental o conhecimento da clínica para avaliações, acompanhamento dos cuidados, supervisão e, ainda, a educação dos idosos e da família;

3. *atenção informal* - relaciona-se à ação da própria família e de outros que cuidam do idoso. Nessa fase, a ESF deve utilizar recursos da comunidade, bem como conhecer o contexto de cada família, para esse processo de cuidar. A rede de cuidado deve ser ampliada, com a participação de outros elementos;

4. *autocuidado* - a estratégia do autocuidado deve ser incentivada a partir da internação hospitalar. É nesse momento que o enfermeiro deve sistematizar o cuidado individual e propor estratégias de autocuidado. No retorno para casa, a atividade de cuidado e a ação educativa são estratégias a serem utilizadas e avaliadas, para que a dependência seja minimizada até atingir a dependência parcial e independência diante das condições de cada um.

A integralidade exige que o trabalho da equipe de atenção básica reconheça as necessidades do idoso e as práticas de cuidado da família, além dos recursos disponíveis para essa atenção, dentro do contexto cultural com suas crenças e valores, que foram construídos socialmente, tanto do processo de envelhecimento quanto de uma doença que produz incapacidades. Vale destacar, ainda, a importância da integralidade do cuidado, isto é, a variedade de serviços e seu alcance⁽²²⁾, além disso, o suporte para educação à família para prover esse cuidado na casa deve se constituir em uma prática necessária. No caso específico do idoso após AVC, a hospitalização é um atendimento de urgência, mas os cuidados após alta são mais prolongados, as necessidades dos idosos divergem diante de cada situação, as famílias apresentam contextos e relações distintas e a continuidade e a integralidade ficam prejudicadas, pela ausência da descontinuidade do cuidado.

De acordo com os dados epidemiológicos do AVC, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, há necessidade urgente de se estudar evidências para a prestação do cuidado, solitário e isolado do contexto social do sistema de saúde. Assim, conhecer como se dá esse processo de cuidar, em uma pesquisa tipo estudo de caso, isto é, o "que ela interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação; portanto, a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o dito num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis"⁽¹²⁾.

Diante dessa colocação a aplicação de propostas de cuidado e a implementação de pesquisas, mostrando evidências, colaboram para a organização do trabalho em saúde e a integralidade do cuidado em redes; além disso, a prática clínica do enfermeiro vem crescendo em razão das exigências legais do exercício profissional da categoria.

Considerações finais

O idoso que sofreu AVC passa por estágios desde o tratamento em nível hospitalar até o cuidado em casa. A transição desse cuidado é um momento que apresenta dificuldades para a família lidar com novas situações, desde as atividades do cotidiano até aquelas de cuidado de maior complexidade. As famílias, ao longa da vida, construíram tipologias de cuidado sob a perspectiva da cultura, construída por elas mesmas. Assim, cabe aos profissionais conhecer essas tipologias e propor modelos de atenção ao idoso, com base num referencial de cuidado em que a cultura do cuidado seja inserida nesse processo.

Referências

1. World Health Organization. World Health Report 2004: Changing History. Geneva, (CH): World Health Organization; 2004.
2. Mukherjee D, Patil CG. Epidemiology and the Global Burden of Stroke. *World Neurosurg.* 2011;76(6 Suppl):S85-90.
3. Strong K, Mathers C, Bonita R. Preventing stroke: saving lives around the world. *Lancet Neurol.* 2007;6(2):182-7.
4. Ministério da Saúde (BR). Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS [internet]. [acesso 15 jul 2012]. Disponível em: www.datasus.gov.br.
5. Rittman M, Faircloth C, Boylstein C, Gubrium JF, Williams C, Van Puymbroeck M, et al. The experience of time in the transition from hospital to home following stroke. *J Rehabil Res Dev.* 2004;41(3A):259-68.
6. Mackay J, Mensah G. The atlas of heart disease and stroke. World Health Organization; 2004. [acesso 01 ago 2011]. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/.
7. Curioni C, Cunha CB, Veras RP, André C. The decline in mortality from circulatory diseases in Brazil. *Pan Am J Public Health.* 2009;25(1):9-15.
8. Pedreira LC, Lopes RLM, 2010. Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu Acidente Vascular Cerebral. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(25):837-40.
9. Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2004;12(1):115-21.
10. Chick N, Meleis AI. Transitions: a nursing concern. Chinn IP. *Nursing research methodology.* Boulder (CO): Aspen Publication; 1986. p. 237-57.
11. Farzan DT. Reintegration for stroke survivors. Home and community considerations. *Nurs Clin North Am.* 1991;26(4):1037-48.
12. Geert C. A interpretação da cultura. Rio de Janeiro: LTC- Livros Técnicos e Científicos, 1989. 323 p.
13. Leininger M. Teoria de enfermagem transcultural. In: George J. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.* Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993. p. 285-99.
14. Appleton, J.V. Critiquing approaches to case study design for a constructivist inquiry. *Qual Res J.* 2002;2(2):80-97.
15. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101.
16. Cecílio LCO, Merhy EE. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e*

práticas de saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): UERJ, IMS: Abrasco; 2003. p.197-210.

17. Rittman M, Boylstein C, Hinojosa R, Hinojosa MS, Haun J Transition Experiences of Stroke Survivors Following Discharge Home. *Top Stroke Rehabil.* 2007;14(2):21-31.

18. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(1):123-30.

19. Bull MJ. Managing the transition from hospital to home. *Qual Health Res.* 1992;2(1):27-41.

20. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: a central concept in nursing. *Image J Nurs Ash.* 1994;26(2):119-27.

21. Cameron JI, Tsoi C, Marsella A. Optimizing stroke Systems of care by enhancing transitions across care environments. *Stroke.* 2008;39(9):2637-43.

22. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco, Ministério da Saúde; 2002. 710 p.

Recebido: 8.8.2012

Aceito: 6.11.2012

Como citar este artigo:

Rodrigues RAP, Marques S, Kusumota L, Santos EB, Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: / /];21(Spec):[09 telas]. Disponível em: _____

dia

ano

mês abreviado com ponto

URL