



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Ana Raquel Faria Oliveira

**A IMPORTÂNCIA DAS RESPOSTAS SOCIAIS
NA POPULAÇÃO IDOSA APÓS ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e
Paliativos orientada pelo Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo e
apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.**

Setembro de 2023

Resumo

Introdução: A importância crescente do apoio domiciliário em cuidados continuados observada na última década em Portugal é decorrente do aumento da população idosa com diversas patologias incapacitantes que os tornam cada vez mais dependentes. Este fato tem vindo a aumentar a necessidade de elaboração de normas de atuação. A patologia de AVC (Acidente Vascular Cerebral), implica uma mudança drástica na qualidade de vida destes indivíduos, conduzindo a alterações psicossociais, que passam por retrocessos no seu dia-a-dia de difícil adaptação. As intervenções e tratamentos de reabilitação na patologia do AVC, originam necessidade de executar mudanças, quer na vida dos indivíduos, quer na vida dos familiares. Estas estratégias deverão ter como objetivo auxiliar os doentes na adaptação ao novo estilo de vida, o mais saudável possível e na melhoria da qualidade de vida.

Objetivos: Compreender qual o procedimento a ter em atenção em caso de suspeita de AVC, avaliar quais os recursos disponíveis para a população idosa com idade superior a 65 anos vítima de AVC após a alta hospitalar e por último, refletir sobre a importância da família e do cuidador informal em todo o processo de luta/ adaptação e de reinserção.

Metodologia: A dissertação surge no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos e integra uma revisão narrativa da literatura com base em diversos artigos/estudos refletindo sobre a prática do Apoio Domiciliário numa população após AVC. No decorrer da pesquisa foram utilizadas as principais bases de dados eletrónicas: Pubmed , B-on, RCAAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal) e INE (Instituto Nacional de Estatística).

Resultados/Discussão: A Via Verde de AVC é um procedimento fundamental em caso de suspeita de AVC, que deve ser utilizado de forma imediata. Esta atuação é um processo assistencial e permite a interligação com diversas entidades e mecanismos. Caso não seja realizado o contacto com a VVAVC, mas a suspeita permaneça é importante deslocar-se ao hospital ou proceder a realização de exames médicos, uma vez que as primeiras horas após o início dos sintomas são fundamentais, pois quanto mais rápido se inicia o tratamento maior é a sua eficácia.

Após a alta-hospitalar existem alguns recursos disponíveis para a população idosa vítima de AVC. Os procedimentos seguintes vão depender da situação clínica do doente, ou seja, das alterações físicas e psicológicas que ocorreram no doente após o

episódio de AVC. Esta avaliação é importante, de forma a avaliar quais os recursos necessários para proporcionar a melhor assistência ao paciente. É importante a referência à RNNCCI, por ser uma entidade pública e que é constituída por diversas vertentes, tais como: Unidade de Internamento, as Unidades de Ambulatório, a Equipa Hospitalar e as Equipas Domiciliárias. Os recursos disponíveis fora das entidades públicas, são os seguintes: Centros de dia, ERPI, Apoio domiciliário, Centros de Convívio, etc.

Apesar da intervenção ter como base o doente é fundamental avaliar e intervir no ambiente familiar e junto do eventual cuidador informal, pelo importante impacto que o indivíduo após Acidente Vascular Cerebral tem na dinâmica familiar e pela importância fundamental da família na reabilitação do doente.

Conclusões: A oferta de cuidados de intervenção no indivíduo após Acidente Vascular Cerebral, em Portugal e na Europa, é insuficiente face a procura verificada, especialmente com o aumento crescente do envelhecimento da população idosa.

Palavras-Chaves: “Acidente Vascular Cerebral”; “Apoio Domiciliário”; “Cuidados Continuados”; “Cuidador Informal”; “Família”; “Reabilitação em AVC”.

Abstract

Introduction: The increased relevance of home support in long-term care witnessed in Portugal over the previous decade is related to a growth in the older population with various incapacitating illnesses that make them increasingly reliant. This has enhanced the requirement for practise standards to be developed. The pathology of stroke suggests a severe shift in these persons' quality of life, leading to psychosocial changes that produce setbacks in their day-to-day lives that are difficult to adapt to. Interventions and treatments for strokes necessitate adjustments in both the people' and their families' lifestyles. These measures should assist patients adjust to a new healthy lifestyle and improve their quality of life.

Objectives: To comprehend what measures that should be taken in the event of a suspected stroke, to evaluate the resources available to the elderly population over 65 who have experienced a stroke after being released from the hospital, and to consider the significance of the family and the informal carer in the entire process of struggle/adaptation and reintegration.

Methodology: This dissertation is part of the Master's programme in Continuing and Palliative Care and consists of a narrative assessment of the literature based on several articles/studies commenting on Home Support practise in a post-stroke population. The following electronic databases were used throughout the research: Pubmed, B-on, RCAAAP (Open Access Scientific Repositories of Portugal), and INE (National Institute of Statistics).

Results/Discussion: The Green Lane for Stroke is a critical procedure that should be used quickly in the event of a suspected stroke. This action is an assistance method that enables for interconnection with numerous groups and systems. If the VVAVC is not contacted but the suspicion persists, it is critical to go to the hospital or have medical tests performed, as the first few hours after the development of symptoms are critical, because the sooner treatment begins, the more effective it is.

There are a variety of resources accessible to senior stroke victims once they are discharged from the hospital. The following procedures will be determined by the patient's clinical status, i.e. the physical and psychological changes that have happened in the patient following the stroke event. This assessment is critical in determining what resources are required to offer the best treatment for the patient. It is critical to refer to the RNNCCI because it is a public organisation comprised of numerous features such as the Inpatient Unit, Outpatient Units, Hospital Team, and Home Teams. Day Centres,

ERPI, Home Support, Social Centres, and other assistance are accessible outside of public organisations.

Although the intervention is centred on the patient, it is critical to assess and intervene in the family environment as well as with any informal carers, given the significant impact that the individual after a stroke has on the family dynamic and the family's fundamental importance in the patient's rehabilitation.

Conclusions: The availability of post-stroke care in Portugal and Europe is insufficient to meet demand, especially given the ageing of the elderly population.

Keywords: "Cerebral Vascular Accident"; "Home Support"; "Continued Care"; "Informal Carer"; "Family"; "Stroke Rehabilitation".

Agradecimentos

A preparação da dissertação de Mestrado decorreu com muito empenho e dedicação durante os últimos meses, contudo considero que realizar este sonho só foi possível graças aqueles que me inspiraram e me encorajaram.

Quero agradecer em especial ao meu orientador, Prof. Dr. Manuel Teixeira Veríssimo, pelas correções e sugestões que me fez chegar, pelo incentivo à procura de novos conhecimentos e ainda, mais importante por sempre se mostrar disponível para me orientar em qualquer circunstância, contribuindo em grande parte para a valorização deste trabalho.

Uma palavra de agradecimento a todos os docentes e restantes profissionais do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra pelo carinho, atenção, dedicação, companheirismo e profissionalismo, que ao longo desta etapa académica me permitiram aumentar as minhas competências profissionais e pessoais.

Aos meus amigos e ao meu namorado que sempre me apoiaram nesta aventura. Em peculiar à minha amiga, Inês Costa, por ter sido um apoio nos momentos mais complicados e por me ter motivado ao longo deste ano.

De uma forma especial agradecer à minha família por todo o apoio e carinho, permitindo-me acreditar que era capaz de finalizar esta etapa. Em especial às minhas tias, Emília Faria e Anabela Faria, que sempre se mostraram disponíveis perante as minhas dúvidas ao longo destes dois anos. Em particular quero agradecer aos meus pais e à minha irmã, que sempre me deram força e animo para continuar, especialmente nos momentos mais difíceis, contribuindo para o êxito do meu percurso enquanto estudante, profissional, pessoa e mulher.

Por fim, queria dedicar o meu trabalho ao meu avô, sendo uma das minhas grandes inspirações e que mesmo na sua reta final de vida, e estando integrado numa unidade de cuidados continuados após acidente vascular cerebral, sempre acreditou em mim e me incentivou a nunca desistir dos meus sonhos. É por ele e por todas as famílias que sofrem devido a Acidentes Vasculares Cerebrais que me foquei neste tema, para demonstrar a necessidade de aprofundar as respostas sociais perante a presença desta patologia e, para que num futuro próximo me seja possível fazer a diferença.

Glossário de Abreviaturas / Siglas / Acrónimos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

AIVDS – Atividades Instrumentais de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

EAP - Equipas de Apoio Domiciliário

ECCP - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ERPI – Estruturas Residenciais para Idosos

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

OMS – Organização Mundial de Saúde

RCAAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Continuados e Paliativos

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SS – Segurança Social

UC – Unidades de Convalescença

UMDR – Unidades de médias duração e reabilitação

ULDM – Unidades de longa duração e manutenção

UCP - Unidades de Cuidados Paliativos

VVAVC – Via Verde do Acidente Vascular Cerebral

Índice

Resumo	I
Abstract	III
Agradecimentos	V
Glossário de Abreviaturas / Siglas / Acrónimos.....	VI
Índice.....	VII
Índice de Figuras	IX
Introdução.....	1
Metodologia e objetivos do estudo.....	3
Capítulo 1: Reflexões sobre a patologia do AVC	4
<i>i. Definição de AVC e diferentes tipologias.....</i>	4
<i>ii. Métodos de prevenção para o AVC.....</i>	5
<i>a. Portugal e a criação da linha verde do AVC.....</i>	6
<i>iii. Fatores Psicológicos e Alterações Físicas frequentes após o AVC</i>	9
Capítulo 2: Suporte Social	11
<i>iv. Estratégias Familiares Adaptativas Após Acidente Vascular Cerebral.....</i>	11
<i>v. Ser cuidador.....</i>	12
<i>b. Descanso do cuidador e a interligação à RNCCI</i>	14
<i>VI. Intervenção do Assistente Social no seio familiar</i>	15
Capítulo 3: Mecanismos de Apoio Social ao paciente dependente em Portugal	18
<i>VII. Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI).....</i>	18
<i>c. Diferentes modelos de resposta da RNCCI</i>	19
<i>d. Critérios de Adesão à RNCCI</i>	21
Capítulo 4: Respostas Sociais disponíveis em Portugal.....	22
a) Serviço de Apoio Domiciliário.....	23
□ <i>A evolução do apoio domiciliário enquanto respostas sociais.....</i>	23
b) Centro de Dia.....	25
c) Centro de Convívio	25
d) Centro de Férias e Lazer.....	25
e) Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas.....	25
f) Residências	25
g) Estruturas residenciais para Idosos - ERPI	25
Capítulo 5: Modelos de Apoio Implementados na Europa.....	27
Discussão de Resultados	29

<i>Conclusão</i>	31
<i>Revisão Bibliográfica</i>	33
<i>Anexos</i>	37
Anexo I – Autorização da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.....	37

Índice de Figuras

Figura 1 - Fluxograma da metodologia	3
Figura 2 -Processo Assistencial na Via Verde.....	7
Figura 3 - Número de caso detetados através da Via Verde do AVC por ano em Portugal	7
Figura 4 - Registos da VV AVC de acordo com a distribuição geográfica por género e regiões em Portugal no ano de 2021	8
Figura 5 - Distribuição dos registos da VV AVC por género e idade em Portugal no ano de 2021.....	9
Figura 6 - Registos VV AVC distribuídos por sintomatologia de apresentação no ano de 2021	10
Figura 7 - Avaliação das Prestações de Proteção Social em Portugal no ano de 2020	16
Figura 8 - Beneficiários dos Apoios Sociais fornecidos pela Segurança Social em Portugal face o tipo de prestação social em 2021	17
Figura 9 - Despesa corrente em saúde e PIB em Portugal nos anos de 2016 até 2020	22
<i>Figura 10 - Distribuição percentual das respostas sociais novas em Portugal Continental no ano de 2021.....</i>	<i>24</i>
Figura 11 - Necessidades da Sociedade face aos recursos disponíveis em termos de cuidados prolongados na União Europeia em 2019.....	27

Introdução

A presente dissertação constitui uma revisão narrativa da literatura que tem como principal objetivo a compreensão dos processos de mudança na população idosa vítima de AVC, aprofundar os procedimentos disponíveis para a população idosa em caso de suspeita de AVC e após alta-hospitalar. Com este trabalho, é possível avaliar o impacto e a necessidade dos serviços de Apoio Domiciliário nos Cuidados Continuados a indivíduos que sofreram de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e que apresentam alterações fisiológicas e psicológicas.

Com as alterações demográficas tem-se verificado um aumento da população a nível mundial, mais concretamente um aumento da população com idade superior a 65 anos designada por idosa. A situação demográfica atual é distinta de país para país, sendo nos países europeus que se concentra a maior prevalência da população idosa. Estes fatores são justificados devido à melhoria das condições de vida e ao progresso da medicina, originando uma baixa taxa de mortalidade infantil e um maior número de população com uma idade avançada (1). Desta forma, o envelhecimento é considerado um processo multidimensional influenciado pelas vivências fisiológicas, psicológicas, sociológicas e espirituais ao longo do passar dos anos (2).

O processo de envelhecimento implica, de forma natural, uma série de transformações no indivíduo, pelo que é inevitável o aparecimento de doenças, crónicas e incapacitantes, com o avanço da idade, o que não é mais do que um processo biológico, psicológico e social do desenvolvimento do ser humano (3). No entanto, este aumento traz também consequências, como o aumento dos gastos de saúde; prevalência das doenças crónicas não transmissíveis na população idosa; aumento dos encargos do Estado com a Previdência Social e ainda, alterações na estrutura e relações familiares (1).

A nova realidade não é fácil para o indivíduo, mas torna-se um obstáculo também para a família, pois, implica saber lidar com a parte emocional e estar capacitado para alterar regras, papéis, rotinas com vista a prestar todos os cuidados necessários para uma melhor qualidade de vida (4).

Desta forma, podemos referir que o processo de envelhecimento se acaba por transformar num tempo de fragilidades, que contém exigências do ponto de vista dos cuidados e do apoio social. O aumento da morbilidade, surge frequentemente associado ao prolongamento da vida, a sucessão de perdas (de diversos níveis) e a diminuição do

grau de autonomia. Estes fatores tornam estes indivíduos tendencialmente mais vulneráveis e mais dependentes da ajuda de terceiros (5).

Amaro F defende que: “viver mais anos só faz sentido se o aumento de longevidade for acompanhado de qualidade de vida” (1). É esta uma das premissas fundamentais dos cuidados continuados de saúde. Os cuidados continuados de saúde, referem-se a todos os cuidados prestados pela saúde na área da dependência, de forma articulada, independentemente do número de dias de prestação. Desta forma, é essencial compreender que os cuidados continuados são considerados um direito fundamental. A criação destes surgiu em consequência das necessidades da população já referidas. As equipas visam a ser multidisciplinares integrando especialistas de diferentes áreas (2).

Metodologia e objetivos do estudo

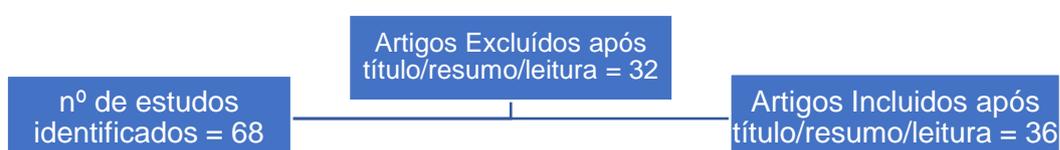
Esta dissertação integra uma revisão narrativa da literatura desenvolvida no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, aborda a “A importância das respostas sociais nos continuados na população idosa após-AVC” e foi estruturado em cinco capítulos. No primeiro é elaborada uma revisão bibliográfica sobre os principais sintomas e reflexões relacionadas com a patologia de AVC; no segundo capítulo é descrita a importância do suporte social em todo o processo do doente, no terceiro capítulo são mencionados os mecanismos existentes na comunidade portuguesa referindo a importância da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no quarto capítulo reflete-se sobre a oferta de respostas sociais e no último os modelos de apoio apresentados na Europa.

O trabalho apresentado tem como intuito responder às seguintes questões: “Quais os procedimentos a ter em atenção em caso de suspeita de AVC?”; “Quais os recursos disponíveis para a população idosa com patologia de AVC após alta hospitalar?”; “Qual o papel da família ou do cuidador informal?”.

A metodologia iniciou-se com a pesquisa das seguintes palavras-chaves “Cuidados Continuados”; “Família”; “Cuidador Informal”; “Apoio Domiciliário”; “Acidente Vascular Cerebral”; “Reabilitação em AVC” nas principais bases de dados eletrónicas: Pubmed, SciELO, B-on, RCAAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal). Foram também consideradas publicações nas seguintes organizações: Organização Mundial de Saúde (OMS), Direção-Geral de Saúde (DGS), Instituto Nacional de Estatística (INE), Segurança Social (SS) e INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica).

A pesquisa dos artigos consistia nos idiomas em português e inglês, durante o período de 2010 a 2021. Foram selecionados e analisados os 68 artigos / revisões bibliográficas com base nos objetivos do trabalho. Desses 68 artigos, foram incluídos 36 artigos (figura 1). Os 32 artigos foram excluídos, porque não se encontravam inseridos no período pretendido, apresentavam dados não relevantes para o estudo por não estar de acordo com os objetivos pretendidos e/ou por a população do estudo ser considerada insuficiente face às conclusões retiradas.

Figura 1 - Fluxograma da metodologia



i. Definição de AVC e diferentes tipologias

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) tem-se apresentado ao longo dos anos como uma patologia em vasta expansão. É reconhecida como a terceira principal causa de incapacidade a longo prazo e um problema de saúde mundial, por ser uma doença grave, com perda de independência e incapacidade crónica (4,6).

A patologia AVC é definida, como a morte de uma determinada parte do cérebro devido à falta de fluxo sanguíneo. Tal pode ocorrer devido ao bloqueio de um dos vasos cerebrais principais, por obstrução parcial ou completa de um vaso intracraniano ou por hemorragia (4,7). Esta patologia é classificada como uma das principais causas de invalidez e morbidade, acarretando custos económicos elevados para obtenção de tratamentos e cuidados após-AVC, sendo que os cuidados de saúde tendem sempre a aumentar (8,9). A morte por AVC é tendencialmente mais elevada no primeiro ano após o diagnóstico (9).

Esta patologia surge em geral de forma inesperada e súbita na grande maior parte dos indivíduos (7). Os sintomas inaugurais são os motores e/ou físicos, permitindo após o seu aparecimento a realização de um diagnóstico imediato de AVC. São conhecidos através de paralisias completas ou parciais/incompletas no lado do corpo contrário ao local da lesão que ocorreu no cérebro (4).

Existem dois tipos de AVC: isquémico ou hemorrágico depende da etiologia de base. O AVC isquémico é conhecido como um evento que ocorre quando uma artéria no cérebro é obstruída, impossibilitando o fornecimento de sangue arterial. Quando existe uma carência considerada de curta duração a disfunção poderá ser considerada reversível, no entanto quando ocorre além de um período de 24 horas, poderão originar lesões definitivas e irreversíveis no cérebro. O AVC hemorrágico consiste numa hemorragia cerebral que ocorre entre a camada interna e a camada intermediária dos tecidos que envolvem o cérebro. É importante referir que a hemorragia cerebral está relacionada essencialmente com a hipertensão arterial (4,10).

Após a ocorrência de um AVC, as opções de tratamento são limitadas, só estando disponíveis durante um curto período, geralmente é por isso que devem ser iniciados imediatamente após o início dos sintomas (11).

ii. Métodos de prevenção para o AVC

Existem fatores de risco que podem levar tendencialmente a um episódio de AVC, classificando como características biológicas ou comportamentais que os indivíduos adquirem. É possível identificar pessoas ou grupos risco a apresentar este tipo de patologia (12). Consideram-se entre os principais fatores de risco: a hipertensão, a diabetes, a hiperlipidemia, obesidade abdominal, o tabagismo, e também dieta inadequada, sedentarismo, alcoolismo, stress e depressão (11,12).

A importância de identificação de fatores de risco, permite criar estratégias e medidas de controlo ou ainda diminuição de novos eventos cerebrovasculares. Por vezes, é necessário criar mudanças no estilo de vida, implementando dietas mais saudáveis como por exemplo: a baixa ingestão de sal, uma ingestão limitada de gorduras saturadas e açúcares e praticar exercício físico de forma regular (11,12).

O tratamento da hipertensão arterial é benéfico permitindo a redução da pressão arterial média e uma redução do risco absoluto de AVC recorrente que é semelhante em doentes com ou sem antecedentes de hipertensão. A terapia farmacológica é também importante na hiperlipidemia, permitindo controlar os altos níveis de gordura na corrente sanguínea (11).

A diabetes é um dos mais importantes fatores de risco vascular para o AVC e um alvo alto de grande importância para medidas preventivas, os doentes com diabetes apresentam três vezes maior risco de eventos vasculares em comparação com os não diabéticos. Desta forma, é estritamente necessário um controlo precoce e intensivo de forma a permitir resultados favoráveis a longo prazo (11).

A terapia farmacológica por vezes não é suficiente, sendo necessário que o doente altere os seus hábitos comportamentais, como já foi referido anteriormente. Ao incluir no dia-a-dia uma dieta saudável e atividade física regular vai promover perda de peso em doentes com excesso de peso, tendo benefícios relevantes na pressão arterial e nos níveis de lípidos, assim como na recorrência do AVC (12).

É importante compreender que os fatores de risco comportamentais podem ser os mais difíceis de controlar, sendo por isso que a educação do paciente e uma abordagem multidisciplinar é de elevada importância (12).

a. Portugal e a criação da linha verde do AVC

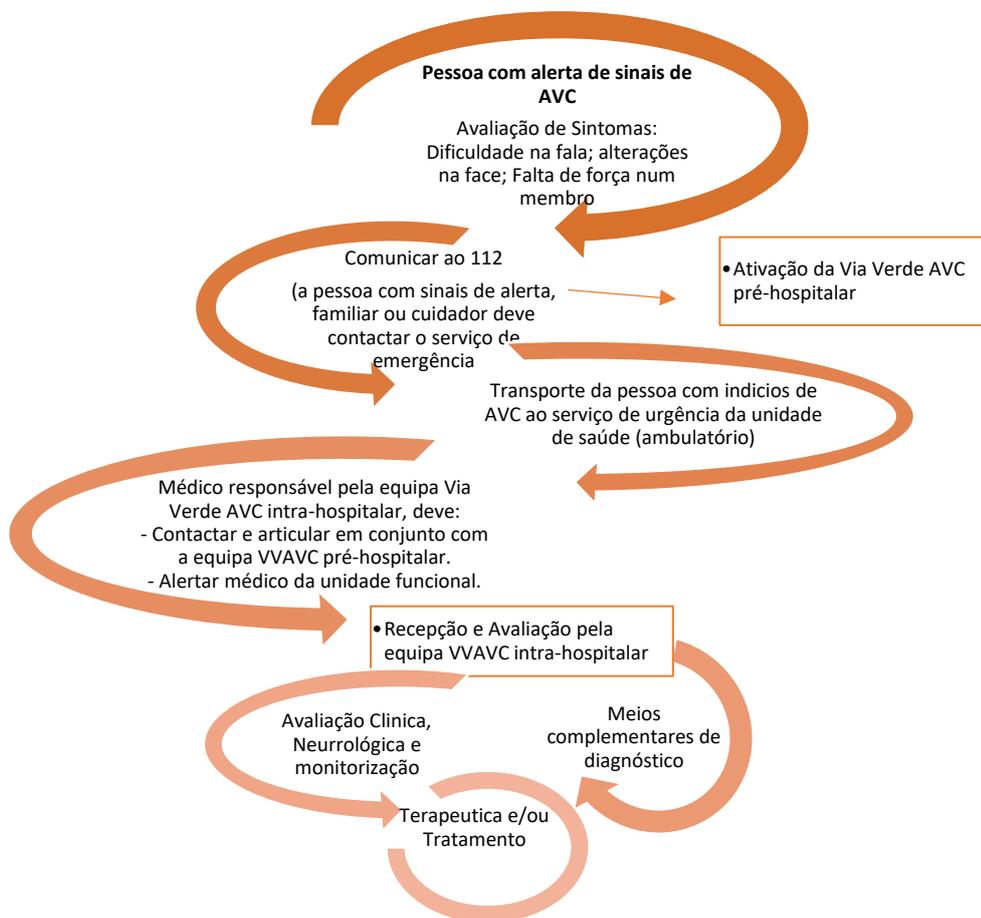
Atendendo a alta morbilidade e mortalidade associada ao AVC em Portugal os serviços portugueses viram-se obrigados a adaptar e melhorar os seus serviços, com o objetivo de diagnosticar e tratar atempadamente o AVC (11,13). Desta forma, surge a criação do programa via verde de AVC que permitiu criar estratégias contando com a participação da organização da emergência pré e intra-hospitalar e ainda a sensibilização face à população para os principais sinais/sintomas do AVC (11,13,14). Este programa consiste na elaboração de um diagnóstico específico num curto espaço de tempo, de forma a proporcionar ao doente um tratamento adequado (13).

No ano de 2007 a DGS definiu a via verde como *“uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações”*. A Via Verde do Acidente Vascular cerebral (VVAVC) oferece uma abordagem rápida, tendo tido início em 2008, a partir da campanha “Seja mais rápido que o AVC”, dando importância ao aparecimento imediato de três sinais/sintomas, como a falta de força no braço, boca de lado e dificuldade em falar (11,12,14).

Caso estes sintomas sejam verificados o doente deve contactar de imediato com Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM/112), ativando de imediato a Via Verde permitindo definir o processo assistencial a seguir desde o início dos sintomas que originaram a patologia do AVC, passando pela fase aguda e internamento hospitalar, preferencialmente numa Unidade de AVC, e continua com a reabilitação e medidas de prevenção, permitindo assim melhorar a assistência pré-hospitalar (11–15).

Considera-se que a via verde do AVC está dividida em três protocolos, sendo estes a fase Pré-Hospitalar que corresponde aos procedimentos a realizar desde o início dos sintomas até ao momento em que a pessoa com AVC dá entrada no hospital, a Intra-Hospitalar que ajusta aos procedimentos e cuidados realizados dentro do hospital e por último, a Inter-Hospitalar que é definida pelos comportamentos a ter em conta caso necessário, partindo da articulação entre diferentes hospitais para a transferência de doentes com AVC em fase aguda) (11,16) (figura 2).

Figura 2 -Processo Assistencial na Via Verde



Fonte: Adaptado da Norma nº 015/2017 - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto pela Direção Geral de Saúde (14)

Figura 3 - Número de caso detetados através da Via Verde do AVC por ano em Portugal

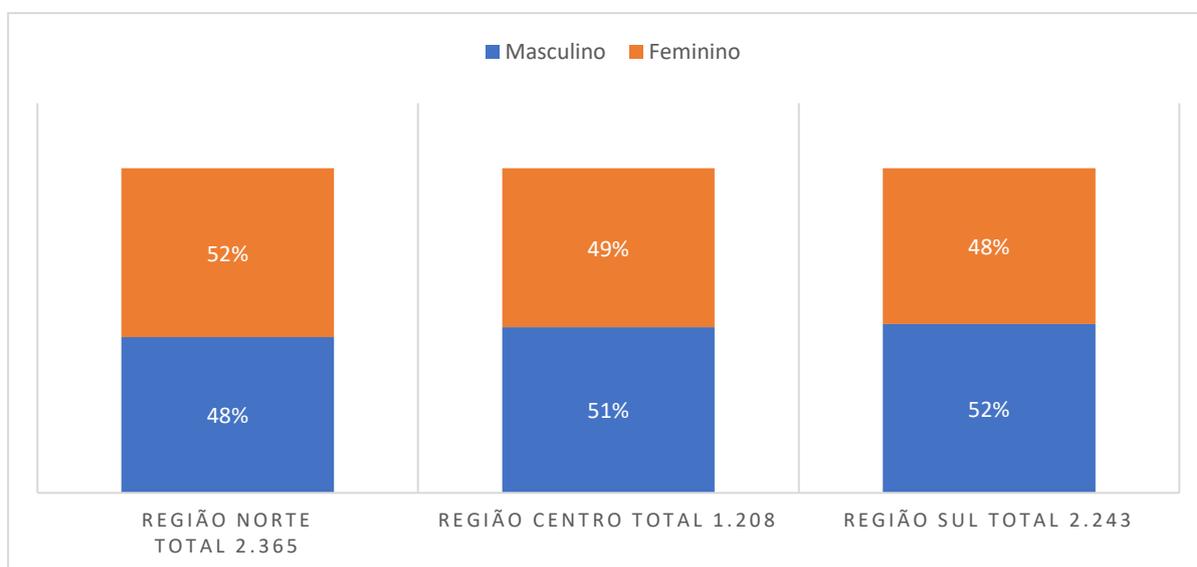


Fonte: INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica (16)

De acordo com os dados partilhados pelo INEM relativamente ao número de doentes atendidos através da VVAVC em 2014 até 2021 é possível verificar que no ano de 2014 para 2015 existiu um aumento de 194 casos, em relação ao ano de 2015 para

2016 existiu um aumento de 252 casos, no ano de 2017 para 2018 o aumento foi de 360, em 2018 para 2019 o número de casos subiu repentinamente com uma diferença de 919 casos, em 2019 para 2020 o aumento representou 524 novos casos e de 2020 para 2021 existiu novamente um aumento exponencial de 877 casos. Desta forma, apenas no ano de 2016 para 2017 é verificado uma descida do número de casos detetados pela VVAVC (figura 3)(16). Destaca-se que no ano de 2021 nos 5.816 casos registados é possível demonstrar-nos que em média por mês eram diagnosticados cerca de 485 casos, representando um total de 16 casos por dia (16).

Figura 4 - Registos da VVAVC de acordo com a distribuição geográfica por género e regiões em Portugal no ano de 2021

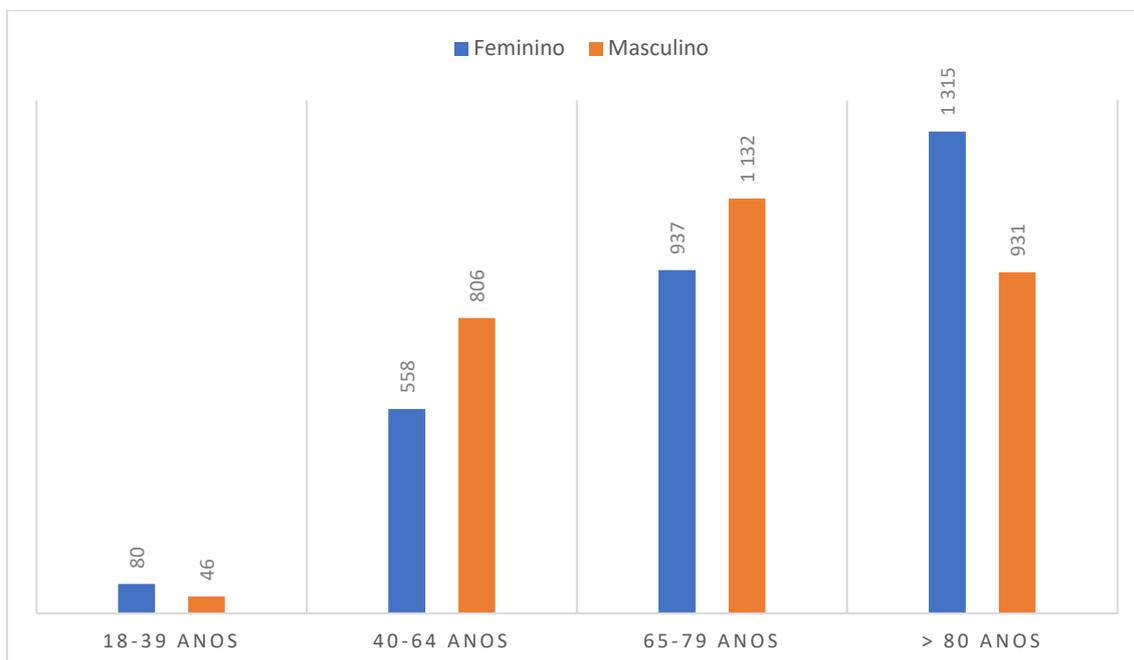


Fonte: INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica (16)

Na VVAVC verificou-se que em 2021, em termos de distribuição geográfica a região norte foi a que apresentou maior número de casos detetados (2 365), seguindo-se pela região sul com 2 243 casos e por último, a região centro com 1 208 casos (figura 4).

Considerando a figura 4, verifica-se que a região norte e a região sul encontram-se em desconcordância face às percentagens apresentadas por género, sendo o sexo masculino o mais afetado por esta patologia, enquanto na região norte o sexo feminino é o mais afetado por casos de AVC (figura 4).

Figura 5 - Distribuição dos registos da VV AVC por género e idade em Portugal no ano de 2021



Fonte: INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica (16)

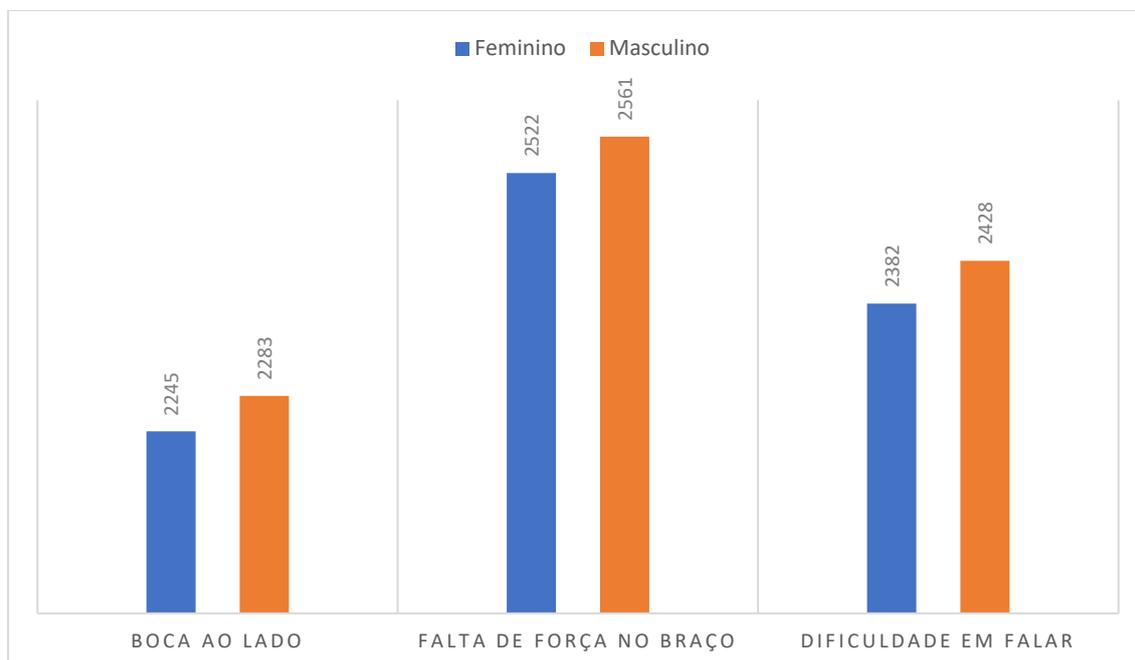
De acordo com os dados apresentados na figura 5 observa-se que nas idades entre os 18-39 anos e superiores aos 80 anos que se verifica um predomínio do sexo feminino. O sexo masculino predomina entre os 65-79 anos.

iii. Fatores Psicológicos e Alterações Físicas frequentes após o AVC

Das lesões gerais observadas nos pacientes após-AVC destacam-se os sinais de paralisia, confusão, desorientação e perda de memória. É importante salientar que todos estes sinais estão dependentes do tempo que o evento demorou a decorrer, da sua dimensão e do local onde ocorreu (7)

Pacientes com AVC, que afete o hemisfério cerebral esquerdo apresentam dificuldades na fala ao contrário de pacientes com danos no hemisfério direito do cérebro que tendem a apresentar problemas de compreensão. Outros problemas relacionados com o AVC caracterizam-se pela disfagia, incontinência urinária e/ou fecal, fraqueza muscular e perda da visão na direção do lado paralisado (7).

Figura 6 - Registos VV AVC distribuídos por sintomatologia de apresentação no ano de 2021



Fonte: INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica (16)

De acordo com o que se encontra representado na figura 6 é possível verificar que a sintomatologia com maior referência é a “falta de força no braço” quer no sexo masculino, quer no sexo feminino. De seguida, a “dificuldade em falar” e por último a “boca de lado” (16).

Para além dos fatores físicos também existem consequências psicológicas, sendo as mais comuns a ansiedade, depressão, falta de motivação ou interesse, alterações de comportamento e/ou personalidade, isolamento, raiva, frustração, negação provocando limitações ao indivíduo no funcionamento da sua vida social, qualidade de vida, independência e autonomia (4).

O estudo efetuado em 2002 por Mayo et al. que incluiu a participação de 434 inquiridos, por inquérito telefónico, realça o impacto negativo do AVC em vários aspetos de vida de um paciente. Após a análise de resultados do inquérito, verificou-se que a participação de pacientes de AVC em atividades básicas como comer, vestir-se e movimentar-se é menos frequentemente restringida (39%) do que a participação em tarefas domésticas como por exemplo, ir às compras e limpar a casa (54%). Contudo, a restrição em atividades comunitárias associadas a papéis sociais é a que apresenta a maior incidência (65%) (17). Podemos concluir que apesar do estudo de Mayo et al. ser considerado um estudo antigo, continua a mostrar a realidade dos dias de hoje (16).

iv. Estratégias Familiares Adaptativas Após Acidente Vascular Cerebral

Um episódio de AVC traz consequências que em geral não são reversíveis, tendo a família e o idoso de aprender a lidar com as eventuais limitações ao longo da sua vida. Neste momento a família deve questionar-se, se quer assegurar o apoio e tem efetivamente poder para o fazer, sobretudo disponibilidade temporal e financeira (4,5).

É importante a família aprender a lidar com a parte emocional e estar capacitada para alterar regras, papéis e rotinas com vista a prestar todos os cuidados necessários para garantir uma boa qualidade de vida ao paciente (4).

A alteração destas regras, papéis e rotinas tem um grande impacto nas famílias. As tendências recentes no domínio dos valores e dos comportamentos demográficos explica a crescente incapacidade das famílias darem resposta efetiva a estas situações. Na realidade, a diminuição do número de casamentos e o crescimento das uniões livres, o aumento das taxas de divórcio e de reconstituição familiar, a diminuição da fecundidade e da natalidade, a diminuição do tempo disponível para os cuidados, decorrente da atividade laboral com excesso de cargas horárias e da valorização da carreira profissional por parte dos adultos de ambos os sexos, a redefinição dos papéis de género, associada a uma vivência menos tradicional da conjugalidade e a uma recusa das mulheres em restringirem a sua esfera de ação e de realização ao espaço doméstico, são exemplos de fatores que provocam alterações profundas na estrutura das famílias e que têm implicações na disponibilidade destas, para prover os cuidados de que os seus elementos dependentes necessitam (2,5). Outros fatores que tornam este processo de mudança complicado é por exemplo: dificuldades económico-financeiras e as reduzidas estruturas de providência estatal existentes de apoio à família e à pessoa com dependência (4,18).

A família está presente desde o nascimento e contribui para o desenvolvimento e socialização de todos os indivíduos, é por isso que em alturas de maior dificuldade tem um papel fundamental, na medida em que ajudam a pessoa a sentir-se acarinhada, amada levando a um bem-estar, vivendo mais e com melhor saúde (4,19). Desta forma, podemos afirmar que a capacidade para lidar com as consequências que esta patologia traz consigo, depende do suporte social que cada individuo adquire, sendo que os cuidados familiares desempenham um papel importante, uma vez que assumem a responsabilidade de cuidar do seu familiar (2,20).

v. Ser cuidador

Considera-se cuidadora, alguém que presta cuidados em prevenção, proteção e recuperação da saúde. Existem duas formas de ser cuidador: informal ou formal. Estes estatutos surgem pelo aumento crescente de pessoas com patologias prolongadas e potencialmente fatais, obrigando à criação de novos mecanismos de cuidados de saúde e a uma procura de cuidados informais, refletindo nestes últimos um papel fulcral (4,18,21).

Apesar de ambos terem as mesmas funções, ou seja, melhorar a qualidade vida ao indivíduo que cuidam, acabam por se distinguir. O cuidador formal está relacionado com a profissão e define-se por um profissional que adquire conhecimentos específicos recebendo remuneração em troca dos seus serviços, enquanto que o cuidador informal tem um papel fundamental na reabilitação do doente, partindo do suposto que são considerados alguém próximo ao indivíduo como um membro da família que assume a responsabilidade de cuidar, dedicando grande parte do seu quotidiano a rotinas de cuidado com a pessoa doente, com pouco ou quase nenhum conhecimento técnico, mas em respostas às necessidades que as condições de vida lhe impõem (4,21).

O estatuto de cuidador informal criado em Portugal no final de 2019 é definido como cidadãos que prestem cuidados permanentes ou regulares a outros (familiares) que se encontram numa situação de dependência (pessoa cuidada) e que pretendam que lhes seja atribuído um subsídio ou o direito à conciliação com a vida profissional. Este estatuto veio permitir um alívio da família perante a situação de dependência de um familiar, uma vez que permite a criação de uma dinâmica de valorização pessoal do cuidador e a redução da sobrecarga na família (4). Segundo o autor Chan et al. (2010), é possível verificar-se que a falta de apoio emocional e de assistência dos familiares, assim como a falta de reconhecimento do seu papel enquanto cuidador pode dificultar o processo de transição (19).

Segundo o estudo de Martins e outros realizados na União Europeia cerca de 70% ou 80% dos cuidados prestados a idosos dependentes são assegurados por familiares. São os familiares diretos do sexo feminino, maioritariamente os cônjuges (17%) que apoiam o familiar dependente, numa menor percentagem de casos esta tarefa é realizada pelos filhos (5%) e cerca de 4,4% por outros parentes (4,5).

É imprescindível que a família, o cuidador e o idoso dependente sejam acompanhados de forma sistemática por uma equipa multidisciplinar, existindo uma avaliação aprofundada e específica, das suas dificuldades, estados de saúde e necessidades de informação, concedendo ao cuidador principal recursos necessários para uma perceção

mais construtiva do seu papel. Assim, o cuidador irá ter uma orientação mais plausível de como proceder nas situações mais difíceis, sendo este apoio imprescindível quando se trata de casais idosos em que o menos dependente assume os cuidados do outro (4,18,19).

As visitas periódicas da equipa multidisciplinar além do outro papel primordial na garantia da qualidade de vida à pessoa dependente, deve consistir na avaliação do estado de saúde do cuidador e o modo como este se sente nesse papel, de acordo com a carga física e psicológica que é depositada em si. Por outro lado, os cuidadores e a família, são membros essenciais no apoio aos profissionais de saúde na avaliação das necessidades do doente com o passar do tempo (4,17).

Podemos concluir que a solidariedade familiar e a solidariedade públicas não se substituem, mas se complementam (5).

Deve existir um apoio especializado e qualificado ao cuidador e ao doente, especialmente quando se trata de casais idosos em que o menos lesado assume os cuidados do outro (4,21). Neste sentido, o cuidador deve receber orientação de como proceder em determinadas situações, como por exemplo quais os procedimentos no caso das visitas sazonais por parte de profissionais - quer médicas, de enfermagem, de fisioterapia e outras áreas de relevo - para supervisão e capacitação. É fundamental reunir informações sobre o diagnóstico ou condição clínica das pessoas de quem cuidam, bem como a evolução da doença, sintomas, prognóstico, informações sobre quais os medicamentos e qual a sua função, assim como os tratamentos que estão presentes, exercícios de reabilitação que podem ser realizados no dia-a-dia e uso de equipamentos (nebulizadores, cadeiras de banho, ventiladores, entre outros) considerados benéficos e por último, as necessidades nutricionais das pessoas de quem cuidam permitindo melhores condições de vida. Podemos concluir que é essencial transmitir as informações necessárias para o desempenho do novo papel, bem como a aprendizagem e aquisição de competências aos cuidadores (4,18,19).

São diversos os motivos que levam os cuidadores informais a assumir esse papel, como a obrigação de cuidar por normas sociais, por laços de afeto, por compromisso, por pena ou altruísmo. De acordo com a política e ideologicamente, o domicílio é considerado o local de preferência para o cuidado, e os cuidadores informais são considerados prioritários na atenção básica (18).

As estatísticas revelam que os sobreviventes de AVC que se encontram no domicílio com os seus cônjuges tem maior taxa de recuperação quando comparado ao apoio social e familiar (22).

O cuidador assume um papel de grande responsabilidade com eventuais consequências na sua saúde física e mental. São frequentes sintomas como frustração, stress, cansaço, depressão e isolamento, consequência de uma sobrecarga na sua vida que não acontecia anteriormente (4,18). É essencial realçar que cuidadores com mais de oitenta anos não têm tanta energia como uma pessoa mais nova, por isso estes sintomas podem-se manifestar de forma mais precoce (4).

Estas situações podem interferir no processo de reabilitação/readaptação do indivíduo. Por um lado, o trabalho do cuidador permite incentivar o paciente a recuperar a sua autonomia, por outro, pode limitar essa autonomia como por exemplo, não promovendo a execução de pequenas tarefas. É importante refletir e perceber que para além do idoso dependente o cuidador deve ser alvo de intervenção (4).

b. Descanso do cuidador e a interligação à RNCCI

O cuidador tem direitos dos quais muitas vezes não tem conhecimento. Desta forma, é essencial que os cuidadores estejam familiarizados com todos os serviços disponíveis para o paciente que os pode beneficiar, como instalações residenciais, serviços específicos e atividades diurnas para idosos, permitindo evitar o isolamento social e ainda garantir descanso na “atividade de cuidador” (18,19,23).

Para assegurar um bom nível de saúde do cuidador é essencial que este tenha tempo para ele próprio, contudo frequentemente a insuficiência de recursos disponível é considerado de forma geral um fator limitativo (19).

As Unidade de Longa Duração e Manutenção que estão inseridas no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) permitem internamento temporário da pessoa dependente por um período máximo de 90 dias. Este facto permite libertar temporariamente os cuidadores desta atividade reduzindo a sobrecarga e possibilitando a melhoria da qualidade de vida do cuidador (4,24,25).

É essencial que os cuidadores reflitam sobre eles próprios no seu papel do cuidador (quais as necessidades e possíveis soluções), admitir a eventual necessidade de suporte emocional e identificar novas estratégias para gerir o stress, ansiedade, medos e solidão, de forma a reduzir esses sentimentos (18,19).

Os cuidadores referem que a atenção demonstrada pelos profissionais de saúde permite criar um clima de confiança. Sentem-se compreendidos e sentem empatia por parte dos profissionais, que ao conhecê-los ajudam a arranjar estratégias para que estes consigam diminuir as suas limitações (18,21).

Apesar do desgaste emocional e físico que os cuidadores estão sujeitos, segundo autores nacionais (19) e internacionais (26) um dos aspetos positivos mais importantes é o tempo que as famílias passam juntas e a qualidade desses momentos.

VI. *Intervenção do Assistente Social no seio familiar*

Apesar da família assumir um papel fundamental no apoio à pessoa dependente, há necessidade de recorrer a Instituições e Serviços de Apoio Social que suplementam as necessidades do paciente e da família (4,18).

Nos casos de AVC a reabilitação e/ou intervenção deve ser realizada por uma equipa de profissionais de diversas áreas, envolvendo familiares e amigos, prevalecendo a ideia de que uma intervenção inadequada pode levar a falhas na recuperação física e cognitiva (4).

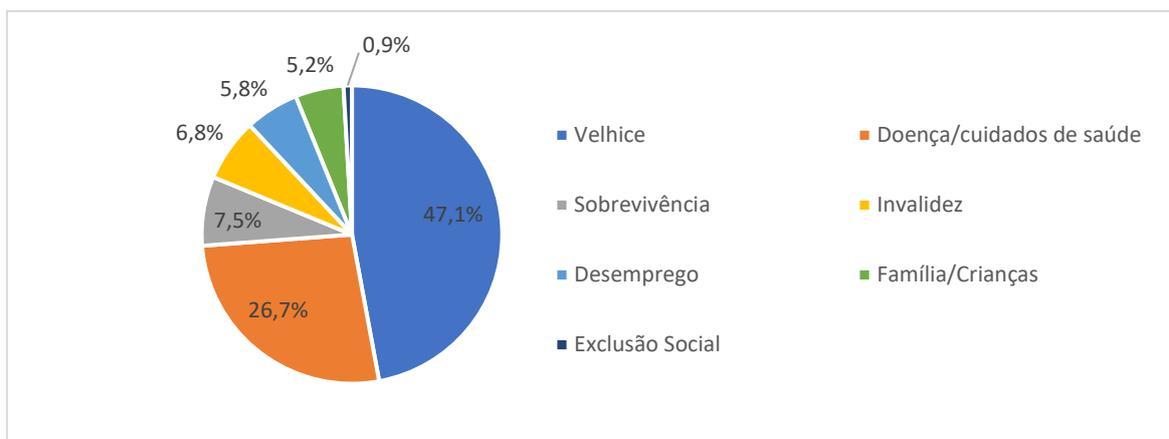
É importante que os indivíduos para além do apoio familiar sintam que tem o apoio por parte de outras entidades como por exemplo a integração num centro de reabilitação. Também devem ter conhecimento de apoios que podem beneficiar na segurança social ou no centro de emprego, caso não lhe seja permitido voltar à sua atividade profissional devido às limitações após AVC. Este processo de reinserção na sociedade após AVC, permite facilitar a interação social, menos dificuldades percetuais e espaciais, e contribui para promover a autoconfiança, o suporte familiar e da sociedade (4).

O papel do Assistente Social é importante quer numa fase previa à alta hospitalar, quer depois da alta hospitalar. Cabe ao Assistente social elaborar um relatório de identificação e reconhecimento das necessidades do indivíduo, através de uma avaliação das suas capacidades, e dos recursos individuais e familiares existentes, de forma a permitir que o doente tenha uma boa qualidade de prestação de cuidados (4).

O apoio que o Assistente Social pode proporcionar à família permite ajudar na satisfação das necessidades fundamentais, como a alimentação, a higiene pessoal, o processo de participação, liberdade e direitos de integração social do indivíduo na comunidade. O profissional deve fornecer propostas à família e ao doente para ajudar a satisfazer estas necessidades, como por exemplo informações sobre o Serviço de Apoio Domiciliário ou Centro de dia, tendo sempre em consideração o grau de dependência a que o indivíduo se encontra(4,19,23). A informação deve ser transmitida de forma clara e num ambiente calmo(4,19). Estes apoios permitem garantir menos sobrecarga de responsabilidade ao cuidador e à família (4). Estes serviços são considerados pelos cuidadores informais como fundamentais sobretudo no apoio à alimentação e à segurança do idoso (18).

Outro aspeto a considerar é a possibilidade de os cuidadores poderem requerer apoios monetários ou outros, de forma a ajudar as famílias nas suas despesas. São exemplo a aquisição de produtos de apoio, atestado de incapacidade multiusos, apoio na saúde (transporte para tratamentos e isenção do pagamento das taxas moderadoras), benefícios fiscais e sociais, subsídios e pensões (pensão de invalidez, complemento por dependência, prestação social para a inclusão, subsídio por assistência a 3º pessoa), contudo diversos autores consideram estes apoios com frequência insuficientes (19,27).

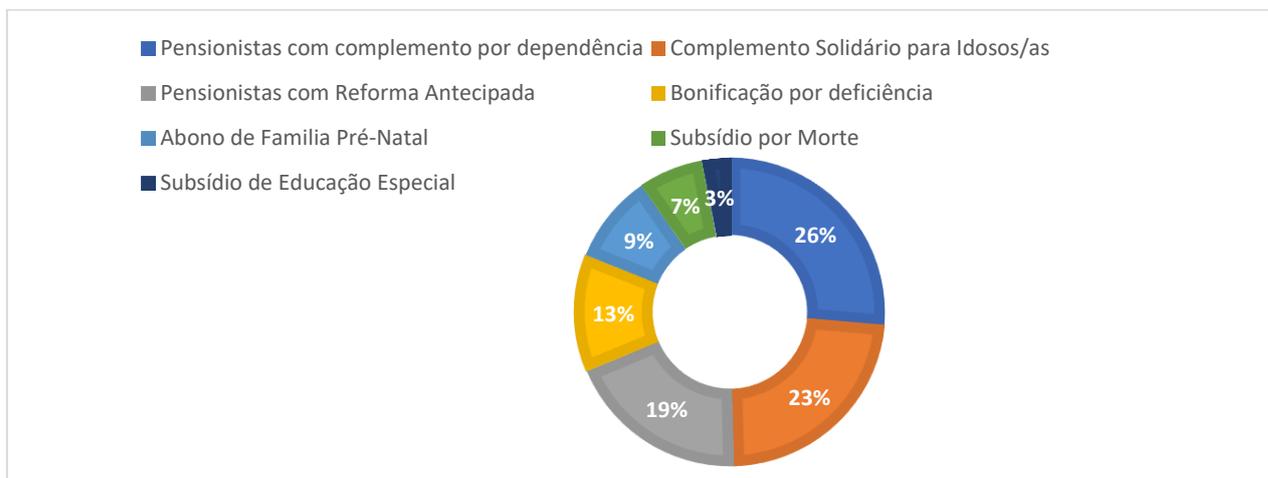
Figura 7 - Avaliação das Prestações de Proteção Social em Portugal no ano de 2020



Fonte: INE, I.P., Sistema Europeu de Estatísticas Integradas de Proteção Social (SEEPROS) (28)

De acordo com a avaliação realizada no ano de 2020, face às prestações de proteção social, verifica-se que a prestação com uma taxa mais elevada é a pensão de velhice (47,1%), seguindo a pensão de doença (26,7%). Após as duas pensões referidas anteriormente as restantes pensões indicadas na figura 6 como a pensão de sobrevivência e de invalidez apresentam taxas menos significativas (figura 7).

Figura 8 - Beneficiários dos Apoios Sociais fornecidos pela Segurança Social em Portugal face o tipo de prestação social em 2021



Fonte: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social - Instituto de Informática, I.P. (28)

De acordo com os dados do INE podemos observar que as prestações sociais com maior relevância em 2021 são relacionadas com a população envelhecida (figura 8). A prestação social que apresenta maior relevância é pensionista com complemento por dependência (26%), seguindo-se do complemento solidário para idosos (23%), existindo apenas uma diferença de 3% entre ambos (figura 8).

Por último existe ainda o apoio da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que insere as Equipas de Cuidados Continuados Integrados Domiciliárias (ECCI) (27).

Segundo Carvalho, a maior parte dos cuidados prestados a doentes após AVC, em Portugal, são prestados no âmbito familiar uma vez que a política pública é caracterizada como deficitária, comparativamente a outros Países Europeus. Na realidade as famílias nacionais, devido à falta de recursos, acabam por beneficiar do apoio das redes de vizinhança e da solidariedade da comunidade (4).

O aumento da instabilidade nas famílias e do número de agregados familiares “não tradicionais” – divórcios, separações, famílias monoparentais – são fatores prejudiciais, uma vez que condicionam a estrutura basal familiar. Por estas razões as políticas sociais devem ser redefinidas com o objetivo de reforçar as famílias e proteger as pessoas em maior risco. Idealmente a família deve encontrar-se financeiramente estável e assegurar a disponibilidade de pelo menos um dos membros da família para assistir às necessidades do idoso (4).

VII. Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI)

Em Portugal, em 2006 foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), uma parceria entre os Ministério do Trabalho, Solidariedade, a Segurança Social e do Ministério da Saúde. Esta rede visa criar um modelo específico com base na prestação de cuidados de saúde e de apoio social, de forma continuada e integrada, para indivíduos que se encontrem dependentes, como consequência de um episódio de doença aguda ou por agravamento de doença crónica (2,4). Devido ao aumento notório do envelhecimento e uma vez que com a idade as incapacidades físicas e cognitivas aumentam significativamente, tem sido crescente o aumento do número de camas hospitalares a nível nacional (4,27). Todos estes fatores levam à necessidade de modernização e adequação dos serviços face às necessidades de saúde emergentes, originando um maior custo nos cuidados de saúde (2,4).

A intervenção nesta rede é realizada por equipas multidisciplinares, que integram especialistas na área da medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, psicologia e serviço social, com o objetivo de assegurar uma melhor qualidade dos serviços prestados ao doente e à família (2,27), de forma a promover a sua autonomia e funcionalidade, com vista à sua integração sociofamiliar (27).

Uma das principais missões da RNCCI prende-se com a prestação de cuidados diversificados orientados a pacientes que se encontram internados em serviços hospitalares após terem recebido alta clínica, de modo a promover reabilitação e autonomia dos doentes e da família (2,4).

Para o funcionamento eficaz desta rede é necessário que exista um conjunto de fatores, como: 1) *multidisciplinaridade*: o trabalho em equipa possibilita uma visão global e multidisciplinar das diferentes necessidades que apresenta o doente, 2) *interdisciplinaridade*: tendo como base um plano individual de intervenção estabelecido pela equipa, garantindo o desenvolvimento de cuidados ajustados com metas e objetivos definidos, 3) *complementaridade*: vai permitir garantir processos de cuidados completos e de continuidade por exemplo, o doente pode ser transferido para outra tipologia, caso a equipa considere ser o processo mais adequada à sua situação clínica (4). Todos estes aspetos tornam o trabalho em equipa essencial, pois permite garantir melhor resultados aos pacientes.

Os principais objetivos da RNCCI são a melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados quer de saúde quer de apoio social. São inúmeras as áreas de intervenção possíveis nomeadamente no domicílio, de modo a garantir os cuidados necessários ao paciente; e auxílio aos familiares e cuidadores informais. Outras áreas de intervenção é na articulação e estruturação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação de acordo com as necessidades das pessoas em situações de dependência (4).

A RNCCI tem com objetivo final reduzir a procura dos serviços hospitalares e sobretudo melhorar as condições de vida e bem-estar das pessoas dependentes, permitindo manutenção no domicílio sempre que possível (4).

c. Diferentes modelos de resposta da RNCCI

A RNCCI integra 4 diferentes modelos de resposta; Unidade de Internamento, as Unidades de Ambulatório, a Equipa Hospitalar e as Equipas Domiciliárias (4,24).

As Unidades de Internamento integram quatro tipologias: a Unidade de Convalescença (UC - internamento até 30 dias), as Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR - internamento com duração entre 30 e 90 dias), Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDm - internamento com duração superior a 90 dias) e as Equipas de Cuidados Paliativos (2,4,24,27).

Em qualquer uma das Unidades de Internamento cada paciente é observado e avaliado por uma equipa multidisciplinar que elabora um plano terapêutico, consoante o diagnóstico e um plano de acompanhamento individualizado de cada doente (4).

As UC (Unidades de Convalescença) são destinadas a pessoas que estiveram internadas num hospital e por se apresentam em fase de recuperação, é necessário garantir estabilização clínica e funcional. Estas unidades são para internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos (2,4,24).

As Unidade de Média Duração e Reabilitação servem para pessoas que temporariamente perderam a sua autonomia e independência, mas que passíveis de recuperação após um plano de os cuidados de saúde, apoio social e reabilitação, contudo não podem ser prestados no domicílio. Estas unidades contrariamente às anteriores são para internamentos entre os 30 e os 90 dias (2,4,24).

As Unidade de Longa Duração e Manutenção são dirigidas a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade,

que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio ou na instituição / estabelecimento onde residem. Esta unidade proporciona apoio social e cuidados de saúde de manutenção que previnam e adiem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida. Os internamentos nesta unidade ocorrem por períodos mais longos, correspondendo geralmente a mais de 90 dias seguidos (2,4,24).

As Equipas de Cuidados Paliativos destinam-se a doentes com doenças complexas, com foco na doença grave e/ou avançada, incurável e progressiva considerando-se em muitos casos, em fase terminal e que requerem cuidados pormenorizados e direcionados para uma orientação de um plano terapêutico paliativo. Ao contrário de todas as anteriores estas não têm um limite de tempo de internamento (2,4,24).

As Unidades de Ambulatório incluem as unidades de dia e de promoção da autonomia, estas promovem a autonomia de pessoas em situação de dependência, cujas condições quer clínicas quer sociofamiliares lhes permitem a possibilidade de permanecer no domicílio (2,24).

A Equipa Hospitalar é constituída por duas equipas: as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e as equipas de gestão de altas. As primeiras estão localizadas nos hospitais, ou seja, tratam os doentes em fase aguda da doença tendo como finalidade prestar assistência técnica específica nos diferentes serviços do hospital (2,24).

As equipas de gestão de altas, são equipas hospitalares multidisciplinares, que são dirigidas para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços, para os utentes que requerem suporte de continuidade dos tratamentos da sua doença, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório (24).

As Equipas Domiciliárias dividem-se em duas equipas: equipas comunitárias de cuidados continuados integrados e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos. As primeiras são da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), direcionando a sua intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social cuja situação não requer internamento. Para além dos cuidados de saúde primários desempenha um papel importante de intervenção na Rede Social, ou seja, no apoio social domiciliário. As segundas, são constituídas por profissionais de saúde com formação específica em cuidados paliativos que asseguram um acompanhamento específico e diferenciado em

cuidados paliativos quer no contexto de domicílio quer nas unidades de internamento de Reabilitação e de Manutenção (2,24).

d. Critérios de Adesão à RNCCI

O primeiro passo para dar início ao pedido de adesão à RNCCI é compreender qual a situação institucional do doente, ou seja, se está internado num hospital público do Serviço Nacional de Saúde (SNS), se está no domicílio, num hospital privado ou outras instituições ou entidades, como por exemplo numa ERPI (Estruturas Residenciais para Idosos) (29,30).

Em caso de internamento hospitalar é necessário intervir no serviço ou na Equipa de Gestão de Altas (EGA) desse hospital. São os profissionais de saúde e de apoio social do serviço do hospital que referenciam os doentes para o ingresso na RNCCI (29,30).

A equipa deve analisar a situação do doente e caso verifique que tem as condições necessárias para ser encaminhado para a RNCCI, envia uma proposta de admissão à Equipa Coordenadora Local da área de residência do doente/família (29,30).

Para proceder à proposta de admissão a entidade promotora e de gestão deve preencher o formulário de candidatura correspondente para pedido de adesão à RNCCI e enviar à Administração Regional e Saúde, I.P. (ARS). O formulário pode ser encontrado na página da Internet da Administração Regional de Saúde, I.P. (ARS), do Instituto de Segurança Social, I.P. (ISS) e da Coordenação Nacional da RNCCI) podendo ser entregue pessoalmente, enviado por CTT em carta registada ou enviado por correio eletrónico (24).

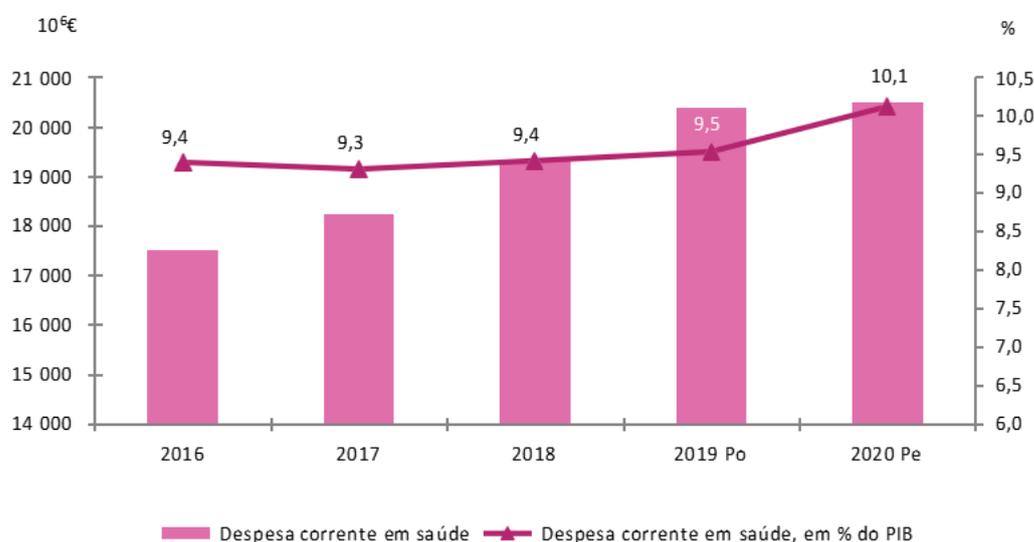
Em caso de o doente se encontrar no domicílio, num hospital privado ou ainda, em outras instituições ou entidade para recorrer a RNCCI é necessário contactar um elemento da equipa (médico, enfermeiro e/ou assistente social) da Unidade de Saúde da área onde reside que avaliará a situação, com base nos critérios estabelecidos pela RNCCI, e de seguida enviará uma proposta de admissão à Equipa Coordenadora Local da mesma área (29,30).

Capítulo 4: Respostas Sociais disponíveis em Portugal

Após a alta hospitalar podemos considerar a conceptualização da política de cuidados que implica uma responsabilidade partilhada, articulando os cuidados formais (organizações lucrativas, não lucrativas e públicas) e informais (cuidadores familiares, vizinhos, amigos e voluntários que podem ser pagos ou não) (4).

Os resultados apresentados pelo INE entre 2016 e 2020 revelam que a grande maioria da despesa corrente em Portugal é destinada à saúde, tendo um impacto crescente devido ao aumento da população idosa (figura 9) (31).

Figura 9 - Despesa corrente em saúde e PIB em Portugal nos anos de 2016 até 2020



Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde (31)

As respostas sociais que existem estão integradas no Instituto da Segurança Social, I.P. com objetivo de permitir a autonomia e a participação das pessoas idosas. No entanto, grande parte delas são desenvolvidas por Instituições Privadas com fins lucrativos ou por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) ou equiparadas, como Santas Casas da Misericórdia, Centros Sociais e Paroquiais, Cooperativas, Casas do Povo, entre outras. Na realidade as respostas sociais existentes em Portugal são exercidas por equipas de serviço de apoio domiciliário, centros de dia, centros de convívio, centros de férias e lazer, acolhimento familiar para pessoas idosas, residências e por último, as ERPI (Estruturas residenciais para idosos) (4,9,23).

a) Serviço de Apoio Domiciliário

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é um serviço criado com o intuito de prestar cuidados a pessoas ou famílias que se encontram no seu domicílio em situação de dependência física e ou psíquica, tendo dificuldade em assegurar as atividades básicas de vida diária (AVD's) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD's), por um período temporário e que não disponham de apoio familiar ou em que esta tenha dificuldades em prestar esses cuidados necessários (4,32).

Este serviço permite uma melhoria da qualidade de vida do doente, pois possibilita a permanência do doente no seu meio domiciliar e ajuda a familiar a conciliar o seu agregado familiar de acordo com a vida profissional de cada um, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais. Para além disso, esta resposta social permite promover estratégias de desenvolvimento da autonomia, prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes (mediante contratualização); facilita o acesso a serviços da comunidade e reforça as competências e capacidades das famílias e dos cuidadores (4,32).

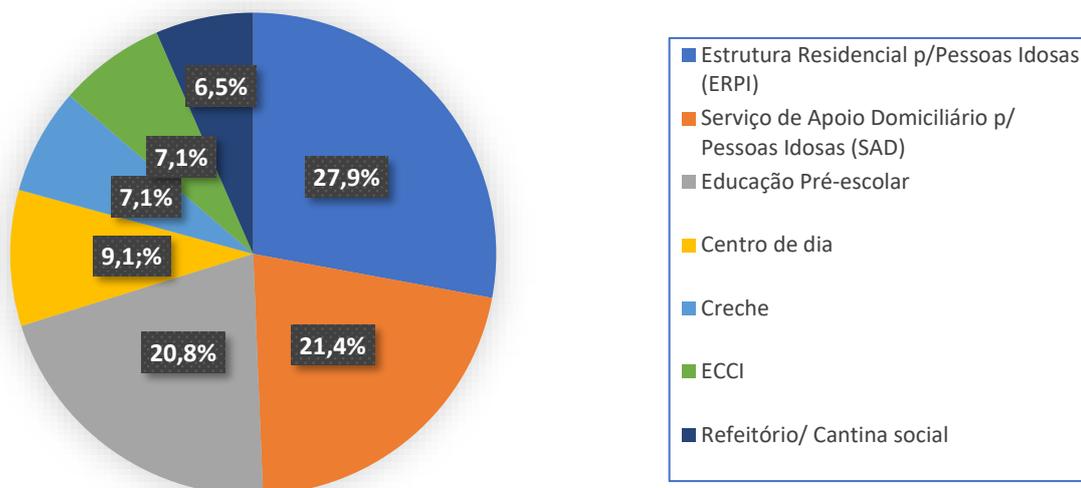
Os cuidados e serviços prestados pelo SAD estão relacionados com os cuidados de higiene e conforto pessoal, higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados. Inclui também o fornecimento de refeições e apoio na sua realização, tendo em conta as dietas estabelecidas com prescrição médica; tratamento da roupa para uso do utente e atividades de animação e socialização. Desta forma o serviço de SAD deve ser, tendencialmente, disponibilizados todos os dias da semana, garantindo, também, sempre que necessário o apoio aos sábados, domingos e feriados (32).

- ***A evolução do apoio domiciliário enquanto respostas sociais***

Nos últimos anos foi necessário a criação de novos mecanismos de cuidados de saúde devido ao envelhecimento da população e aos orçamentos públicos limitados, obrigando a um aumento de mudanças nos cuidados domiciliários. A recuperação funcional dos sobreviventes de AVC é essencial e é possível com a reabilitação domiciliária (9,22).

De acordo com a figura 10 é possível verificar que no ano de 2021 foram apresentadas novas respostas que abrangem uma grande variedade de tipologias e população-alvo. É importante referir que todas estas respostas que entraram em funcionamento (58,4 %) são dirigidas a Pessoas Idosas (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia) (23).

Figura 10 - Distribuição percentual das respostas sociais novas em Portugal Continental no ano de 2021



Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social (23)

No doente de AVC o apoio da família é fundamental assim como a reabilitação domiciliária, permitindo ao doente estar mais próximo daqueles com quem partilha uma ligação de proximidade. Estes dois fatores são considerados benéficos contribuindo para a redução da mortalidade e para a melhoria das atividades de vida diária do doente (4,19,22).

O serviço de cuidados domiciliários em pacientes com AVC, deve integrar um programa de reabilitação ao domicílio com o objetivo de assegurar os cuidados no domicílio, reduzir as readmissões hospitalares e melhorar a qualidade de vida destes doentes (22).

Há vários fatores que condicionam a resposta de reabilitação no domicílio como: a idade; o tipo de AVC; a gravidade das lesões e a história prévia do AVC - influenciando na recuperação. Segundo Ismail NR, Abdul Hamid A, Hamid NA. a probabilidade de recuperação é maior em pessoas com menos de 65 anos, em sobreviventes casados, dos sobreviventes com AVC isquémico que apresentam significativamente melhorias do que os sobreviventes com AVC hemorrágico e por isso, aqueles sem historial de AVC anterior também apresentam melhorias face aos sem historial. (22) É importante realçar que o número de visitas domiciliárias de reabilitação também influencia, pois, o maior número de visitas proporciona melhorias significativas face aqueles que têm menos visitas (22).

b) Centro de Dia

Esta resposta social foi criada com o intuito de receber pessoas com mais 65 anos permitindo satisfazer um conjunto de necessidades do dia-a-dia, como por exemplo cuidados de higiene, saúde, alimentação, convívio e atividades de ocupação. Tal como no Apoio domiciliário, permite retardar ou evitar o internamento efetivo em instituições (4). É considerada uma das respostas com mais representatividade dirigida às pessoas idosas. (23)

O Centro de Dia ajuda ainda a prevenir situações de dependência e autonomia ao indivíduo, para além disso permite aumentar as relações pessoais e entre gerações assim como promover mecanismos de desenvolvimento que estimulam a autoestima, a autonomia, a funcionalidade e a independência (4).

c) Centro de Convívio

O Centro de Convívio define-se por um local onde são realizadas atividades físicas e mentais que envolvem as pessoas idosas da comunidade e lhes permite desenvolver-se e avaliar as suas capacidades (4).

d) Centro de Férias e Lazer

O Centro de Férias e Lazer é um espaço que permite às pessoas idosas e às suas famílias passar algum tempo lúdico e quebrar a rotina (4).

e) Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas

Trata-se de um alojamento temporário ou permanente de pessoas idosas em casas de famílias que estão aptas a lhes proporcionar um ambiente estável e seguro, uma vez que os pacientes não têm competências para viverem sozinhos (4).

f) Residências

São apartamentos de alojamento temporário ou permanente e com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas com autonomia, de modo a garantir uma vida idêntica a que anteriormente adquiriam, num ambiente calmo e humanizado. Esta residência em caso de alojamento temporário permite ainda, proporcionar algum descanso aos cuidadores (4).

g) Estruturas residenciais para Idosos - ERPI

A ERPI (Estrutura Residencial para Idosos) é uma tipologia de alojamento comum temporário ou permanente, com o objetivo de satisfazer todas as necessidades aos idosos, proporcionando-lhes serviços permanentes e adequados à sua condição,

contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e por último, potenciar a integração social (4).

A taxa de utilização média das ERPI, em 2021, apresentava uma das taxas mais elevadas a nível das respostas sociais, com cerca de 90,4 % dos lugares existentes ocupados (23).

Deste modo, podemos verificar que existem em Portugal um leque diversificado de respostas sociais, sobretudo no âmbito das respostas ERPI e SAD (23). Contudo nem sempre é fácil a integração do idoso nestes apoios, pois cada tipo de resposta obedece a critérios de integração específicos e à existência de vagas, sendo por vezes difícil conciliar a vontade do idoso, com a sua capacidade física/psíquica, as necessidades da família, os rendimentos existentes e as vagas disponíveis (4,23).

No entanto uma das grandes consequências verificadas é que apesar de existir um aumento da taxa de cobertura face às respostas sociais, o aumento acelerado da população com 65 ou mais anos, é um fator de abrandamento no crescimento da taxa de cobertura destas respostas, daí a sua capacidade continuar a ser insuficiente (23).

De um modo geral, os apoios estatais são cada vez mais reduzidos, sendo incutida à família uma responsabilidade acrescida no desempenho do “cuidar”. Os familiares mesmo que interessados e colaborantes, nem sempre têm disponibilidade para apoiar/cuidar como pretendem devido a motivos laborais, incapacidade física, etc. (4).

No entanto, apesar de todas as dificuldades que a família possa enfrentar, são eles que numa primeira fase apoiam e cuidam, muitas vezes sem condições/conhecimentos para tal processo. É essencial referir que “cada caso é um caso”, devendo ser analisado individualmente de forma a atender as necessidades do idoso e do cuidador (4).

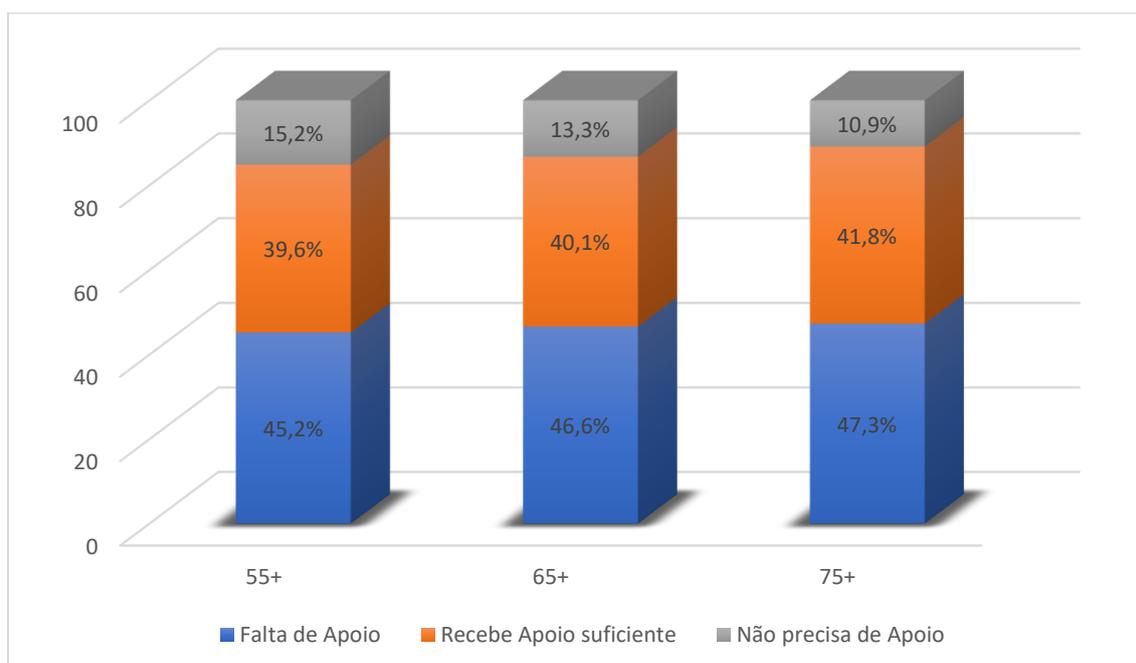
Capítulo 5: Modelos de Apoio Implementados na Europa

O envelhecimento da população europeia originou uma mudança de comportamentos estimulando as pessoas idosas a viverem o mais tempo possível de forma independente. Isto levou, a uma mudança dos cuidados institucionais para os domiciliários e dos formais para os informais. Também o facto de em muitos países os cuidados de longa duração serem escassos e os orçamentos públicos limitados originou a esta mudança (9).

Os países veem-se cada vez mais com necessidade de incrementar os cuidados domiciliários, de forma a ser possível aumentar as ofertas à sociedade e garantindo ajuda de uma equipa multidisciplinar, ao doente e à sua família (9,33).

De acordo com o estudo do Eurostat de 2019, com base na União Europeia, indivíduos com mais de cinquenta e cinco anos é notório verificar que aumenta o número de pessoas que necessita de apoio. Como seria de esperar a partir dos sessenta e cinco anos, aumenta a necessidade de apoio e nestes casos apenas 13,2% não precisam de apoio, 40,1% recebe apoio suficiente e 46,6% apresenta falta de apoio. Nos indivíduos com mais de setenta e cinco para cima, a taxa de pessoas que não necessita de apoio volta a diminuir para 10,9% em que 41,8% recebe apoio suficiente e 47,3% apresentam falta de apoios (33).

Figura 11 - Necessidades da Sociedade face aos recursos disponíveis em termos de cuidados prolongados na União Europeia em 2019



Fonte: Eurostat-2019 (34)

Na figura 11 observa-se que no ano de 2019 era já notório a necessidade do aumento de apoios nos cuidados continuados na União Europeia, uma vez que indivíduos com mais de 55 anos apresentam uma taxa 45,2% de falta de apoio, com mais de 65 anos essa taxa aumenta 1,4% e com 75 anos ou mais a taxa representante da falta de apoio volta novamente a subir cerca de 0,7%. À medida que a idade aumenta a percentagem de apoio suficiente tem tendência a aumentar, verifica-se cerca de 90% de pessoas com 75 anos ou mais precisariam de ajuda (34).

A Estratégia Europeia de Prestação de Cuidados incentiva os estados-membros a investir mais em cuidados continuados, a criar empregos e a melhorar a qualidade e acessibilidade a esses cuidados. Uma parte significativa dos cuidados é realizada de forma informal não remunerada sobretudo por mulheres. Estima-se que até 2027, deverão ser investidos cerca de 6,7 mil milhões de euros em cuidados de saúde e cuidados de longa duração através do Fundo Social Europeu Plus (FSE+) (35).

Com a melhoria dos cuidados de saúde ao longo dos anos, o maior número de indivíduos sobrevive à doença de AVC, contudo têm de lidar com sequelas físicas, psicológicas, sociais e funcionais. A grande maior parte dos doentes após AVC regressa rapidamente ao seu ambiente familiar e apesar das sequelas não recebem quaisquer serviços de reabilitação (17).

Ao longo do tempo tem se verificado que muitos países, incluem o tratamento de reabilitação, com o objetivo de melhorar as condições de saúde dos doentes e o seu estado funcional, no entanto os sobreviventes de AVC acabam por ficar limitados nas suas condições físicas (36).

Discussão de Resultados

Na pesquisa do tema “A importância do Apoio domiciliário em Cuidados Continuados na população envelhecida após-AVC” foram analisados 68 artigos, mas apenas 36 artigos/revisões bibliográficas foram selecionados por serem compatíveis com os critérios/objetivos pretendidos. A grande dificuldade no período em estudo deste tema foi a inexistência de estudos nacionais, no período de estudo, relativamente a dados estatísticos por internamento dentro da RNCCI, relacionados com a tipologia de AVC e com o número de doentes que foram intervencionados pelas Equipas Domiciliárias da RNCCI.

O tema do trabalho permitiu abordar e relacionar questões essenciais, como a importância do diagnóstico precoce em caso de suspeita de AVC, os recursos disponíveis para esta população-alvo e também a importância da família/cuidador ao longo deste processo de adaptação a nova realidade.

A análise dos artigos permite constatar que a probabilidade, após um ano de doentes com AVC, do doente se encontrar sob cuidados institucionais ou de morrer é elevada, uma vez que as limitações que estes originam são frequentemente graves (9).

Perante esta situação, é importante a análise da situação clínica e social de um doente após AVC por uma equipa multidisciplinar de forma a elaborar um relatório, tendo consciência que as políticas destinadas a estimular a prestação de cuidados informais e de cuidados domiciliários nem sempre podem ser as mais adequadas para o indivíduo. Desta forma, é necessário ter a capacidade de avaliar quais os recursos que podem ser considerados mais eficazes, de acordo com as sequelas do doente (9).

Os sobreviventes de AVC com mais de 65 anos apresentam mais limitações na competência física, sendo o seu processo de reabilitação mais complicado, não impedindo a recuperação total e a independência relacionada com as atividades da vida diária, contudo a existência deste processo de reabilitação permite melhorar significativamente a qualidade de vida do estado de saúde do doente imediatamente após o AVC (22).

Para Portugal poder dar resposta a necessidade dos doentes com AVC é necessário apostar na prevenção primária dos fatores de risco desta patologia e aumentar a implementação de mais unidade de reabilitação de AVC e equipas de apoio domiciliário no Serviço Nacional de Saúde. Também seria importante promover a criação de mais

unidades de AVC em zonas rurais, pois as maiores estruturas de apoio para esta patologia encontram-se atualmente nas grandes cidades, Lisboa e Porto (6).

É de conhecimento geral que a maior parte dos cuidados são prestados no âmbito familiar, considerando-se que a política pública nacional é manifestamente insuficiente comparativamente a outros Países Europeus, problema agravado pelo aumento da população idosa nos últimos anos (4).

É relevante a importância da equipa multidisciplinar, em especial da Assistente Social garantindo um cuidado humanizado, disponibilidade e da comunicação nestas situações permitindo em termos de proteção social garantir uma boa terapêutica e não originando falta de conhecimento das opções disponíveis para os doentes/família (35).

Considerarei importante referir o estudo de Mayo et al. de 2002, apesar de não se encontrar no período de estudo, entre 2010-2021, reflete a realidade dos dias de hoje relativamente com as dificuldades percebidas pelos doentes de AVC nas AVD's e AIVD's.

Conclusão

Ao longo da elaboração deste trabalho, foi-me possível aprofundar conhecimentos e desenvolver competências, que permitirão, enquanto futura Assistente Social e mestre em Cuidados Continuados e Paliativos, prestar melhor acompanhamento em situação de particular exigência e complexidade, com o objetivo de melhorar as condições de vida da população pós AVC, prevenção e sua reinserção social.

Considero que a Via Verde do AVC é um fenómeno/instrumento essencial por permitir dar rápida resposta a um maior número de pessoas, detetar e tratar de forma mais precoce casos relacionados com esta patologia. A ativação da VVAVC permite o encaminhamento para outras entidades/serviços de forma mais rápida e eficaz.

Ao avaliarmos os recursos disponíveis para a população idosa vítima de AVC é necessário ter em causa que devemos olhar para o doente de uma forma holística, respeitando a sua autonomia, dignidade e compreendendo quais as suas necessidades (físicas, psicológicas, espirituais, emocionais ou económicas), medos, expectativas e desejos.

De um modo geral, os recursos disponíveis relacionados com o apoio domiciliário em cuidados continuados após AVC são: a RNCCI que insere diversas unidades, os Serviços de Apoio Domiciliário dentro da RNCCI e no setor privado, as ERPI's os Serviços de Apoio Domiciliário.

O apoio domiciliário ainda é visto de forma geral como uma ajuda na realização de AVD's e AIVD's, especialmente nas instituições privadas. Desta forma, considero que é necessário aumentar o número de equipas multidisciplinares especializadas no apoio domiciliário, que garantam a realização eficaz nos cuidados continuados no domicílio a um maior número de doentes.

A família/cuidador representa um papel fundamental na vida de um doente de AVC e sofrem mudanças acentuadas na vida quotidiana do doente após o episódio de AVC. A família/cuidador é um facilitador no processo de reabilitação, uma vez que o aspeto emocional dos doentes de AVC é um marco importante na recuperação no domicílio.

É de extrema importância e um ponto positivo para avanços nos cuidados de longa duração o interesse demonstrado pela União Europeia na aposta nestes serviços com a criação da Estratégia Europeia de Prestação de Cuidados que foi adotada pela comissão a 7 de setembro de 2022. Apesar de não estar enquadrada no período de

estudo, a ideia proposta, reflete a preocupação da EU com a necessidade de garantir melhores serviços de saúde para a obtenção de melhores qualidades de vida.

Apesar desta preocupação por parte da União Europeia a oferta dos cuidados continua a ser insuficiente face ao aumento crescente da população idosa. Desta forma, considero que seria pertinente e interessante criar projetos em Portugal em parceria com a União Europeia que se focassem no apoio domiciliário em cuidados continuados subdividindo em diversas equipas multidisciplinares de acordo com cada tipologia de doença. Desta forma, seria possível um aumento crescente na resposta social e garantindo maior número de postos de emprego para população jovem recém-licenciada.

Revisão Bibliográfica

1. Amaro F. Envelhecer no mundo contemporâneo: oportunidades e Envelhecimento como questão demográfica. 2015;201–11.
2. Oliveira LG. Contributos do Serviço Social no Acolhimento, Acompanhamento e Preparação da Alta de Doentes Internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados. 2016.
3. Raquel S, Pereira D. UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS II Ciclo de Estudos em Serviço Social. UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA; 2015.
4. Ramalho VCC. Cuidados no domicílio em doente com AVC após alta da UCCI. ago/dez. 2010;v. 9, n. 2, pages 251–63.
5. Luisa Gaspar Pimentel, Cristina Pinto Albuquerque. Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações. Agosto/Dezembro. 2010;251–63.
6. Melo TP, Ferro JM. Stroke Units and Stroke Services in Portugal. Cerebrovascular Diseases [Internet]. 2003;15(Suppl. 1):21–2. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/68205>
7. Priscilla Santos Schäfera; Lisiane de Oliveira-Menegotto; Luciana Tisser. Acidente Vascular Cerebral : as repercussões psíquicas a partir de um relato de caso [Internet]. Vol. 15, Ciencias & Cognição. 2010. p. 202–15. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v15n2/v15n2a18.pdf>
8. Rajsic S, Gothe H, Borba HH, Sroczynski G, Vujicic J, Toell T, et al. Economic burden of stroke: a systematic review on post-stroke care. The European Journal of Health Economics [Internet]. 2019 Feb 16;20(1):107–34. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10198-018-0984-0>
9. van der Burg DA, Diepstraten M, Wouterse B. Long-term care use after a stroke or femoral fracture and the role of family caregivers. BMC Geriatr [Internet]. 2020 Dec 22;20(1):150. Available from: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-020-01526-7>
10. Johnson CO, Nguyen M, Roth GA, Nichols E, Alam T, Abate D, et al. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurol. 2019;18(5):439–58.

11. Esenwa C, Gutierrez J. Secondary stroke prevention: Challenges and solutions. *Vasc Health Risk Manag*. 2015 Aug 7;11:437–50.
12. Morais Barreira IM, Doutora P, Delmina M, Martins S, Especialista E, Pires Da NA, et al. *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Serviço de Urgência*. 2018.
13. Moutinho M, Magalhães R, Correia M, Silva MC. Avaliação da Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Norte de Portugal: Caracterização e Prognóstico dos Utilizadores A Community-Based Study of Stroke Code Users in Northern Portugal [Internet]. 2013. Available from: www.actamedicaportuguesa.com
14. DGS (Direção Geral da Saúde). norma-via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto (1). 2017 Jul 13 [cited 2023 May 23]; Available from: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/07/13/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/>
15. Henrique P, Lavinha P. A importância do pré-hospitalar em Portugal: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral. *Curso de Mestrado em Gestão da Saúde*. 2019.
16. INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica. Relatório de Atividade do CODU - Atualização 2021 - Despacho n.º 14041/2012, de 29 de outubro [Internet]. [cited 2023 Sep 6]. Available from: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-de-Atividade-do-CODU-2021.pdf>
17. Vincent C, Deaudelin I, Robichaud L, Rousseau J, Viscogliosi C, Talbot LR, et al. Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: Perceptions of four populations. *BMC Geriatr* [Internet]. 2007 Dec 13;7(1):20. Available from: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-7-20>
18. Silva AL, Teixeira HJ, Teixeira MJC, Freitas S. The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2013 Dec;27(4):792–803. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12019>
19. Melo RM da C, Rua MDS, Santos CSV de B. Family caregiver's needs in caring for the dependent person: an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referencia*. 2014;4(2):143–51.
20. Lopes IM. A intervenção do Serviço Social nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados em tempo de Pandemia Estudo realizado nas ULDM da Comunidade Intermunicipal do Oeste The intervention of Social Work in the Continued Care Units during pandemic Study focuses. p. 87–106.

21. Predebon ML, Dal Pizzol FLF, Dos Santos NO, Bierhals CCBK, Rosset I, Paskulin LMG. The capacity of informal caregivers in the rehabilitation of older people after a stroke. Invest Educ Enferm [Internet]. 2021 Jun 12;39(2). Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/346560>
22. Ismail NR, Abdul Hamid A, Hamid NA. Domiciliary Care Service: Factors Influencing Improvement in Activities of Daily Living Among Stroke Survivors. Home Health Care Manag Pract [Internet]. 2020 Feb 20;32(1):45–52. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1084822319876569>
23. GEP, MTSSS. CARTA SOCIAL-REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS 2021 [Internet]. Edição 2021. Lisboa: 2023; Available from: www.cartasocial.pt;
24. Feliciano S, Alberto Matias Ana Girão Cristina Oliveira Helena Gomes Inês Guerreiro Irene Gustavo Joaquim Abreu Nogueira Maria João Girão Maria Marça Miguel Fausto Vítor Marques U, Gomes Sofia Borges Pereira Sofia Cunha A, Feliciano Sofia Campos S. Manual do Prestador-Recomendações para a Melhoria Contínua FICHA TÉCNICA [Internet]. Available from: <http://www.umcci.min-saude.pt>
25. eportugal. <https://eportugal.gov.pt/guias/cuidador-informal/descanso-do-cuidador>. Descanso do cuidador.
26. Meleis A. TRANSITIONS THEORY MIDDLE-RANGE AND SITUATION-SPECIFIC THEORIES IN NURSING RESEARCH AND PRACTICE.
27. Direitos e Apoios sociais para pessoas com Incapacidade [Internet]. Associação Nacional AVC. Available from: http://www.anavc.pt/sobre_avc/direitos_apoios.html
28. INE - Instituto Nacional de Estatística. As pessoas: 2021 [Internet]. Lisboa; 2023 [cited 2023 Sep 5]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=9443187&PUBLICACOESmodo=2
29. eportugal. <https://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>. Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (CRNCCI).
30. Segurança Social. <https://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>. Apoios Sociais e Programas - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

31. INE - Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde: 2020. Lisboa; 2022.
32. Diário da República. Diário da República, 1.ª série — N.º 21 [Internet]. 2013 [cited 2023 Sep 7]. Available from: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2013/01/02100/0060500608.pdf>
33. Fanny Gauret & euronews. Faltam pessoas no setor dos cuidados continuados na Europa [Internet]. 23AD [cited 2023 Aug 28]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_TADLH__custom_4942048/default/table?lang=en&page=time:2019
34. Eurostat - Gabinete de Estatísticas da União Europeia. Need for help with personal care or household activities by sex, age and level of difficulty experienced in those activities [Internet]. 2021 [cited 2023 Sep 6]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_TADLH__custom_4942048/default/table?lang=en&page=time:2019
35. Diretor Geral da Justiça e dos Consumidores & Diretor Geral do Emprego AS e I. Estratégia Europeia de Prestação de cuidados [Internet]. [cited 2023 Aug 28]. Available from: https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/13298-Estrategia-europeia-de-prestacao-de-cuidados_pt
36. Silva S, Gouveia M. Program “via verde do AVC”: Analysis of the impact on stroke mortality. *Revista Portuguesa de Saude Publica*. 2012 Jul;30(2):172–9.

Anexos

Anexo I – Autorização da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.



Comissão Ética - FMUC 30/11/2022

para mim, mtverissimo, Gabinete, Pos ▾



Exma. Senhora

Dra. Ana Raquel Faria Oliveira,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, com o título **“A importância do apoio domiciliário em cuidados continuados na população idosa após acidente vascular cerebral”**, foi analisado na reunião da Comissão de Ética de 22 de novembro, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

“Correções recebidas e aceites. A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emite parecer favorável à sua realização”.

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro