SUBITAMENTE CUIDADOR DE UMA PESSOA QUE SOFREU UM AVC. O QUE PRECISO SABER?

caregIVR

GUIA

ESSATLA
Atlántica Health School

SGH

uhu.es
Universidad de Huelva
OBJETIVOS

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE

Cofinanciado pela União Europeia

HaDEA

CONTEÚDOS

01 **ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) - INFORMAÇÃO BÁSICA** 3
- CAUSAS DE AVC 3
- PROBLEMAS VIVENCIADOS POR PESSOAS QUE SOFRERAM UM AVC 4
- GLOSSÁRIO DE TERMOS PÓS-AVC 9

02 **AS PRIMEIRAS HORAS E DIAS APÓS O REGRESSO A CASA** 15
- COMO PRESTAR CUIDADO ESPECIALIZADO APÓS A PESSOA REGRESSAR A CASA? 15
- O QUE DEVE SER PREPARADO EM CASA, ANTES DO REGRESSO DA PESSOA? 16
- A PESSOA SOZINHA EM CASA 17
- PRIMEIROS SOCORROS EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E PRESTADOS PELO CUIDADOR 18
- INCAPACIDADES DA PESSOA 19
  - *Terapia da Fala* 19
  - *Sistema Urinário* 19

03 **APOIAR A PESSOA NA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS** 20

04 **MEMÓRIAS DA PESSOA** 34

05 **MEMÓRIAS DO CUIDADOR** 35

06 **APOIO FORMAL E JURÍDICO DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS EM PORTUGAL** 36
- SUBSÍDIOS E PRESTAÇÕES 36
- LICENÇA PARA ASSISTÊNCIA A FAMILIAR 37
- SERVIÇOS DE APOIO SOCIAL E DE SAÚDE 37
- CARTÃO DE CUIDADOR 38
- FORMAÇÃO, APOIO PSICOLÓGICO E DESCANSO DO CUIDADOR 38
- APOIO DE ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS (ONG) E ASSOCIAÇÕES 39

07 **REFERÊNCIAS** 40

01 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) - INFORMAÇÃO BÁSICA

CAUSAS DE AVC

A causa de um AVC é uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo nos vasos sanguíneos do cérebro, levando à privação de oxigénio e à morte do tecido nervoso. Existem dois tipos principais de AVC: isquémico (85% dos casos) e hemorrágico (15%). Nos acidentes vasculares cerebrais isquémicos, o fator principal são os processos que fecham o lúmen de uma artéria, como a ateriosclerose de grandes vasos, que estreita ou bloqueia completamente uma das artérias [1,2]. Outro fator significativo é a embolia, em que coágulos formados no coração (por exemplo, devido a fibrilhação auricular ou após um ataque cardíaco) viajam para os vasos sanguíneos do cérebro, causando 20-30% dos acidentes vasculares cerebrais isquémicos[3]. Outro mecanismo é a doença dos pequenos vasos, principalmente ligada à hipertensão arterial [4,5].

Um AVC hemorrágico resulta da ruptura de um vaso sanguíneo cerebral e do sangramento no tecido nervoso. A principal causa é a hipertensão arterial crónica, que danifica as paredes das pequenas artérias, especialmente nas estruturas profundas do cérebro [6,7]. Em pessoas idosas, a angiopatia amilóide também desempenha um papel importante, caracterizada pela deposição de proteína amilóide nas paredes dos vasos, aumentando o risco de sangramento nos lobos cerebrais [8,9].

Os fatores de risco para o AVC são divididos em fatores não modificáveis e modificáveis. Os não modificáveis incluem [10,11]:

- Idade maior de 55 anos
- Sexo Masculino
- Predisposição genética, tais como mutações que aumentam a coagulação sanguínea.

Entre os fatores modificáveis, o mais importante é a hipertensão arterial, que aumenta significativamente o risco de acidente vascular cerebral isquémico e hemorrágico [12,13]. A fibrilhação auricular, ao criar coágulos nas aurículas, aumenta cinco vezes o risco de acidente vascular cerebral [14]. A diabetes e a obesidade aceleram a ateriosclerose, enquanto o tabagismo danifica o revestimento dos vasos sanguíneos, levando à inflamação e à formação de coágulos [15,16]. A inatividade física e uma dieta rica em gorduras saturadas e açúcares simples pioram ainda mais o perfil lipídico, aumentando o risco de eventos vasculares [17,18].

PROBLEMAS VIVENCIADOS POR PESSOAS QUE SOFRERAM UM AVC

Os sintomas que ocorrem nos pacientes após um AVC levam a uma diminuição da sua capacidade de funcionar na vida diária, no trabalho, na família e socialmente. Isso acaba por resultar na exclusão e isolamento das pessoas, nas suas comunidades. Cuidados de enfermagem adequados são cruciais para o bem-estar e a qualidade de vida contínuos da pessoa. Abaixo estão alguns dos problemas mais importantes enfrentados pelos sobreviventes de AVC.

I ALTERAÇÕES NA FALA

- **Disartria -** causada por danos nos músculos e nervos responsáveis pela produção da fala, afetando a língua, os lábios, o palato, a faringe e a laringe. A fala fica arrastada, as pessoas têm dificuldade em articular palavras e também podem ter problemas respiratórios e de deglutição. A fala torna-se lenta e muitas vezes entrecortada. Portanto, a comunicação deve incluir escrita, exercícios para melhorar o aparelho fonador e o envolvimento da família [19].

- **Afasia Motora**– quandoa pessoa tem dificuldade em expressar palavras. Isso pode variar de perda parcial a total da capacidade de falar, às vezes a ponto de não conseguir produzir nenhum som. A pessoa deve ser incentivada a tentar comunicar-se e estimulado a usar a fala automatizada (por exemplo, contar em voz alta) [20,21].

- **Afasia Sensorial** – Envolve compreensão deficiente da fala, tanto da fala dos outros como da própria fala da pessoa doente. Nomear, repetir, ler e escrever também são afetados. A fala é fluente, mas sem sentido – muitas palavras são usadas incorretamente ou aparecem palavras novas sem sentido. O suporte emocional é crucial para ajudar a diminuir o fluxo de fala sem sentido [22].

- **Alexia –** perda da capacidade de reconhecer palavras escritas que o paciente conseguia ler anteriormente, também chamada de «cegueira verbal».

Os distúrbios da fala podem ocorrer simultaneamente. Dados mundiais sobre a sua frequência em pacientes com AVC variam de 20 a 40% para afasia na fase aguda do AVC, enquanto a disartria está presente em 30 a 60% das pessoas na mesma fase [23].

II DIFICULDADES NA ESCRITA

A Após um AVC, as pessoas podem perder a capacidade de escrever. Dependendo da extensão e localização do AVC, podem ocorrer problemas de ortografia, dificuldade em escrever palavras irregulares ou perda total da capacidade cognitiva de formar e combinar letras para formar palavras [24].

III DISTÚRBIOS DA DEGLUTIÇÃO E INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS

A deglutição envolve várias fases, começando pela fase oral, que é voluntária e inclui as fases pré-oral, preparatória e oral. As fases seguintes são a faríngea e a esofágica. A disfagia neurogénica afeta as fases oral e faríngea (disfagia superior), causada por distúrbios do sistema nervoso[25]. Problemas de deglutição podem levar a complicações perigosas, como pneumonia por aspiração, desidratação e desnutrição. A disfagia é acompanhada por depressão, ansiedade e isolamento social. Os sintomas básicos incluem:

- dificuldade em engolir alimentos (ou seja, deglutição ineficaz);
- sensação de "comida presa" na garganta;
- sufocamento e tosse ao engolir;
- salivação excessiva devido à incapacidade de engolir saliva;
- regurgitação de alimentos ou líquidos pelo nariz [25].

Uma das condições neurológicas associadas à disfagia é o acidente vascular cerebral (AVC). Vale salientar que mais da metade das pessoas internadas no hospital por AVC isquémico, têm dificuldade em engolir devido ao enfraquecimento dos músculos faríngeos e laríngeos[26], tornando o AVC a causa mais comum de disfagia neurogénica [27-30]. A disfagia está associada a inúmeras complicações graves, como desidratação, desnutrição e complicações de aspiração com potencial para infeções pulmonares potencialmente fatais, afetando significativamente a qualidade de vida da pessoa [25]. Este distúrbio está associado ao risco de aspiração, que pode levar à pneumonia. Isso requer a aspiração de secreções, do sistema respiratório e cuidados ao alimentar a pessoa. O diagnóstico precoce do problema indicado e o ajuste da nutrição da pessoa (por via intravenosa, oral, por gastrostomia percutânea ou sonda gástrica), bem como a manutenção do equilíbrio ácido-base correto, podem prevenir complicações broncopulmonares [31].

IV LESÕES POR PRESSÃO

Lesões por pressão são um problema que afeta particularmente as pessoas com distúrbios neurológicos. Elas constituem uma complicação grave em pessoas com AVC. A sua incidência é de 1,7-2,6% [32-33]. As lesões por pressão são definidas como danos limitados à pele e tecidos mais profundos, levando à necrose tecidular, perda e, por fim, necrose[34]. As lesões por pressão são uma complicação do fluxo sanguíneo prejudicado nos vasos sanguíneos, assumindo a forma de lesões superficiais ou feridas profundas difíceis de cicatrizar que se estendem aos tecidos moles mais profundos. Como resultado da imobilização prolongada, os tecidos são submetidos a forças mecânicas na forma de compressão, fricção e forças de cisalhamento, que perturbam a circulação local, levando à hipóxia e desnutrição dos tecidos e, por fim, à necrose [34]. As lesões por pressão limitam o funcionamento diário da pessoa e reduzem as opções de reabilitação, resultando numa redução significativa da qualidade de vida [35]. A presença de lesões por pressão complica a reabilitação e agrava o estado de saúde da pessoa. As lesões por pressão são acompanhadas por dor, necrose e infeção, o que contribui para complicações e atrasos na reabilitação, prolongando a hospitalização e aumentando os custos do tratamento.

V HEMIPARESIS

A parésia é uma das complicações do AVC [36]. Entre os sobreviventes, seis meses após o AVC, 48% apresentam hemiparésia persistente, 22% são incapazes de andar de forma independente e 24-53% necessitam de assistência total ou parcial nas atividades diárias [37]. A parésia representa fraqueza muscular unilateral ou bilateral[38] e ocorrendo com intensidade variável em cada pessoa, é mais ou menos duradoura. Isso torna o processo de tratamento da parésia pós-AVC diferente. Este problema, em concreto, resulta de focos isquémicos no cérebro que causam disfunção, causado distúrbios do movimento na forma de hemiplegia, com envolvimento igual de ambos os membros ou com uma clara predominância do membro superior ou inferior, bem como na forma de paresia. Embora não constitua paralisia, ou seja, perda completa do controlo muscular, a parésia pós-AVC pode resultar em incapacidade quase total de mover um membro [38]. A parésia pós-AVC ocorre mais frequentemente de forma cruzada, o que significa que danos no hemisfério direito do cérebro causam parésia do lado esquerdo do corpo e vice-versa. Se o lado dominante for afetado, os distúrbios da fala são muito comuns.

A hemiparésia é causada por danos nos neurónios motores do cérebro, medula espinhal, nervos periféricos ou músculos [38]. Os tipos de hemiparésia após um AVC incluem:

- Tetraparesia – causada por danos no tronco cerebral, afetando os quatro membros.
- Hemiparésia – afeta apenas um dos lados do corpo.
- Paresia espástica – aumento do tónus muscular e reflexos profundos exagerados, causados por danos no neurónio motor inferior. Felizmente, esta parésia desenvolve-se lentamente e geralmente responde bem à reabilitação.
- Miastenia – fadiga muscular; em pacientes com AVC, isso pode envolver os músculos faciais, levando à queda das pálpebras, alteração da expressão facial ou problemas de fala [38].

VI INFEÇÕES DO SISTEMA URINÁRIO

Na maioria das vezes, são causadas pela diminuição da imunidade e pela presença de um cateter urinário. A cateterização é necessária devido à função esfincteriana comprometida ou doenças coexistentes do sistema geniturinário, bem como à disfunção urinária causada pela posição de deitado, predispõem a infeções do trato urinário [39]. Vale ressaltar que a infeção é acompanhada por dor, frequentemente associada a uma sensação de urgência urinária. A presença de sintomas de dor desmotiva as pessoas a empreender esforços de reabilitação e pode exacerbar, ainda mais, a depressão comum entre aqueles que enfrentam uma perda repentina de mobilidade e independência. O período de início do treino de ficar em pé e de marcha é geralmente o momento em que a maioria das pessoas recupera o controlo da função esfincteriana, permitindo a rápida interrupção do uso do cateter [40].

VII DEPRESSÃO PÓS-AVC

O diagnóstico de depressão deve ser confirmado por um psiquiatra. Além do tratamento farmacológico, é utilizada a psicoterapia. Pode-se estimar, de forma aproximada, que a depressão pós-AVC se desenvolverá em aproximadamente 40% das pessoas, no período de 4 meses após o AVC [41]. O principal fator que contribui para o desenvolvimento da depressão é o facto das pessoas permanecerem sob a influência de stress crónico devido a sintomas persistentes de incapacidade, dependência de outras pessoas e medo pela própria vida e pela vida de seus entes queridos. A incidência da depressão varia dependendo do tempo decorrido desde o AVC. Nas primeiras 2 semanas após o AVC, a incidência varia de 6% a 41%; após 3 a 4 meses, é de 47% a 53%; após 1 ano, é de 21% a 47%; e após 5 anos, é de 35%. O contacto verbal limitado torna difícil ou mesmo impossível compreender as experiências da pessoa e, portanto, identificar os sintomas e características, necessárias para diagnosticar a depressão como uma síndrome psicopatológica [42].

Tendo em conta os problemas acima mencionados, os sobreviventes de AVC enfrentam desafios diários, incluindo:

- Ansiedade, preocupação e mau humor devido à redução da qualidade de vida.
- Risco de coágulos sanguíneos (trombose e embolia).
- Risco de contraturas.
- Dificuldade em se movimentar e realizar tarefas de autocuidado.
- Obstipação devido à imobilização prolongada e lentidão nos movimentos intestinais, além de problemas para urinar.
- Dificuldade para dormir [43].

GLOSSÁRIO DE TERMOS PÓS-AVC

I MOVIMENTO, SENSIBILIDADE E PERCEÇÃO ESPACIAL

- **Hemiparesia (Paresia unilateral)**

  O que é: Diminuição da força muscular de um dos lados do corpo.

  Como reconhecer: A pessoa tem dificuldade em segurar objetos, por exemplo um copo, devido à diminuição do tónus e da força muscular na mão e em todo o membro superior.

- **Hemiplegia (Paralisia unilateral)**

  O que é: Ausência total de mobilidade ativa de uma metade do corpo.

  Como reconhecer: A pessoa é incapaz de executar qualquer movimento intencional com o membro superior ou inferior afetado, que permanece completamente flácido ou imóvel.

- **Hemi-hipostesia (Diminuição unilateral da sensibilidade)**

  O que é: Diminuição da sensibilidade tátil, dolorosa e térmica de um dos lados do corpo.

  Como reconhecer: A pessoa não reage adequadamente a estímulos sensitivos (p. ex., picada, calor) aplicados na metade do corpo afetada e pode não controlar a preensão da mão devido à ausência de informação sensitiva.

- **Anosognosia**

  O que é: Ausência de consciência do próprio défice neurológico.

  Como reconhecer: A pessoa com hemiplegia afirma que os seus membros estão plenamente funcionais e tenta realizar com eles atividades manuais, revelando uma total ausência de crítica em relação ao seu estado de saúde real.

- **Hemineglig**ência (Negligência espacial unilateral)**

  O que é: Desatenção do sistema nervoso central relativamente ao espaço situado no lado oposto ao da lesão cerebral.

  Como reconhecer: A pessoa não repara em pessoas ou objetos situados à sua esquerda, come apenas do lado direito do prato ou barbeia apenas a metade direita do rosto.

- **Ataxia**

  O que é: Perturbação da coordenação motora com preservação da força muscular normal.

  Como reconhecer: A pessoa executa movimentos descoordenados, imprecisos e desajeitados, o que se manifesta por dificuldade em alcançar objetos com precisão ou por instabilidade da marcha.

- **Apraxia**

  O que é: Perda da capacidade de executar movimentos conhecidos e intencionais, na ausência de paresia.

  Como reconhecer: Quando se lhe pede que utilize um pente ou uma caneta,a pessoa não consegue planear e posicionar corretamente a mão e os dedos, utilizando o objeto de forma inadequada à sua finalidade.

- **Espasticidade**

  O que é: Aumento patológico do tónus muscular, dependente da velocidade de estiramento (alongamento dos músculos).

  Como reconhecer: Durante a extensão passiva do membro afetado sente-se uma forte resistência muscular; o membro superior adota frequentemente uma posição fixa em flexão do cotovelo e do punho.

- **Dismetria**

  O que é: Incapacidade de parar um movimento intencional no ponto-alvo pretendido.

  Como reconhecer: Na prova dedo-nariz ou ao tentar alcançar um copo, a pessoa para a mão antes do objeto ou bate nele bruscamente, ultrapassando o alvo.

- **Propriocepção (Perturbação da sensibilidade profunda)**

  O que é: Perda da capacidade de determinar a posição dos próprios membros no espaço sem controlo visual.

  Como reconhecer: De olhos fechados, a pessoa não consegue dizer se o examinador fletiu ou estendeu um dedo da sua mão ou todo o membro inferior.

- **Afasia motora (de Broca)**

  O que é: Perturbação da expressão verbal com compreensão preservada.

  Como reconhecer: A pessoa compreende as instruções, mas tem enorme dificuldade em articular as palavras, fala lentamente, de forma telegráfica, ou utiliza apenas sílabas isoladas.

- **Afasia sensorial (de Wernicke)**

  O que é: Perturbação da compreensão da linguagem com fluência do discurso preservada.

  Como reconhecer: A pessoa fala fluentemente e muito, mas o seu discurso é desprovido de sentido lógico (jargão afásico) e ele próprio não compreende as perguntas feitas pelo examinador.

- **Disartria**

  O que é: Perturbação da articulação resultante de disfunção do aparelho motor da fala.

  Como reconhecer: A pessoa formula frases linguisticamente corretas, mas pronuncia as palavras de forma arrastada, lenta e pouco nítida, devido à paresia dos músculos da língua e do palato.

- **Disfagia**

  O que é: Perturbação da deglutição de alimentos sólidos e líquidos.

  Como reconhecer: Durante a prova de deglutição de água, a pessoa engasga-se, tosse ou apresenta refluxo de líquido pelo nariz, o que indica disfunção dos músculos da faringe.

- **Hemianopsia (Perda de metade do campo visual)**

  O que é: Perda de visão nas metades homónimas dos campos visuais de ambos os olhos.

  Como reconhecer: No exame perimétrico ou no exame por confrontação, a pessoa não regista objetos que surgem na parte lateral do campo visual do olho esquerdo e do olho direito, o que resulta, entre outras coisas, em embater nas ombreiras das portas.

- **Amaurosis fugax (Cegueira transitória)**

  O que é: Perda súbita e transitória da visão num dos olhos.

  Como reconhecer: A pessoa refere um episódio de escurecimento total da imagem num olho (efeito de cortina a descer), que regride espontaneamente ao fim de alguns minutos.

- **Agnosia visual**

  O que é: Incapacidade de reconhecer objetos através da visão, na ausência de cegueira.

  Como reconhecer: A pessoa olha para uma chave pousada à sua frente e não consegue nomeá-la, mas identifica corretamente o objeto logo que o recebe na mão e o explora pelo tato.

- **Prosopagnosia**

  O que é: Perda da capacidade de reconhecer rostos familiares.

  Como reconhecer: A pessoa não reconhece os traços faciais dos familiares nem o seu próprio reflexo no espelho, identificando as pessoas próximas apenas depois de ouvir a sua voz.

- **Diplopia (Visão dupla)**

  O que é: Visão de duas imagens de um único objeto.

  Como reconhecer: A pessoa refere sobreposição ou desdobramento da imagem, o que se confirma pela assimetria do alinhamento dos globos oculares e desaparece quando se tapa um dos olhos.

- **Disfonia**

  O que é: Perturbação da produção da voz na laringe.

  Como reconhecer: A voz da pessoa torna-se baça, áspera, fraca ou persistentemente rouca, em consequência da paresia das pregas vocais.

- **Nistagmo**

  O que é: Movimentos rítmicos e involuntários dos globos oculares.

  Como reconhecer: Quando se pede à pessoa que siga o dedo com o olhar, observa-se uma oscilação dos globos oculares no plano horizontal, vertical ou rotatório.

- **Prosopagnosia**

  O que é: Perda da capacidade de reconhecer rostos familiares.

  Como reconhecer: O paciente não consegue reconhecer os traços faciais de familiares ou o próprio reflexo no espelho, identificando pessoas queridas apenas ao ouvir suas vozes.

III EMOÇÕES, PENSAMENTO E SÍNDROMES ESPECIAIS

- **Labilidade emocional (Incontinência afetiva)**

  O que é: Perda do controlo sobre a expressão emocional.

  Como reconhecer: A pessoa reage com choro ou riso forçados a estímulos neutros, sem que essa reação reflita o seu estado emocional real.

- **Demência vascular**

  O que é: Deterioração das funções cognitivas em consequência de lesões isquémicas cerebrais.

  Como reconhecer: Os testes neuropsicológicos revelam défices relevantes da memória recente, perturbações da atenção e lentificação dos processos de pensamento, que dificultam o funcionamento quotidiano.

- **Perturbações das funções executivas**

  O que é: Comprometimento da capacidade de planear e de agir de forma intencional.

  Como reconhecer: A pessoa tem dificuldade em realizar tarefas com várias etapas, como preparar uma refeição seguindo instruções, por não conseguir ordenar as ações numa sequência lógica.

- **Síndrome de encarceramento (Locked-in syndrome)**

  O que é: Estado de paralisia total do corpo com preservação plena da consciência.

  Como reconhecer: A pessoa não executa quaisquer movimentos dos membros nem dos músculos da face e não fala; a única forma de contacto lógico e de resposta a perguntas é o pestanejar intencional ou o movimento vertical dos olhos.

- **Hemibalismo**

  O que é: Movimentos involuntários, bruscos e de arremesso dos membros, de grande amplitude.

  Como reconhecer: Observam-se na pessoa, movimentos súbitos e descoordenados de balanço de todo o membro superior ou inferior de um dos lados do corpo, semelhantes ao gesto de atirar.

- **Disfagia neurogénica com aspiração silenciosa**

  O que é: Passagem de alimentos para as vias respiratórias sem reflexo de tosse.

  Como reconhecer: A pessoa aspira conteúdo líquido para a árvore brônquica sem engasgamento visível, o que é detetado no estudo videofluoroscópico da deglutição ou através de uma deterioração súbita dos parâmetros respiratórios.

- **Apatia pós-AVC**

  O que é: Diminuição persistente da motivação e da atividade própria.

  Como reconhecer: A pessoa passa o tempo inativo, não inicia contacto nem quaisquer ações intencionais, apresentando embotamento afetivo independente de síndrome depressiva.

- **Perseverações**

  O que é: Repetição persistente de uma resposta verbal ou motora anteriormente desencadeada.

  Como reconhecer: A pessoa responde corretamente à primeira pergunta, mas a cada pergunta seguinte, totalmente diferente, continua a dar a mesma primeira resposta, sem conseguir mudar de assunto.

- **Astereognosia**

  O que é: Incapacidade de identificar um objeto apenas pelo tato.

  Como reconhecer: De olhos fechados, a pessoa explora com a mão uma moeda colocada na palma, consegue descrever a sua forma, mas não consegue dizer que objeto é.

- **Acatisia pós-AVC**

  O que é: Sensação subjetiva de necessidade compulsiva de estar constantemente em movimento.

  Como reconhecer: A pessoa manifesta intensa inquietação motora, muda continuamente de posição, mexe os membros inferiores quando sentado ou caminha constantemente devido a tensão interna.

02 As primeiras horas e dias após o regresso a casa

COMO PRESTAR CUIDADO ESPECIALIZADO APÓS A PESSOA REGRESSAR A CASA?

O hospital providenciará transporte seguro para a pessoa?

Sim, o hospital pode providenciar transporte médico para a pessoa, se esta tiver dificuldade em se deslocar.

É possível entrar em contacto com um profissional de sa saúde, 24 horas por dia, 7 dias por semana, se surgir alguma situação que preocupe família e o doente e que não possa esperar pela consulta de acompanhamento agendada?

Nessa situação, deve recorrer ao serviço de urgência mais próximo, contactando, sempre, primeiro o 808 24 24 24 (SNS24)
Se o cuidador sentir que algo alarmante está a acontecer com a pessoa, deve ligar imediatamente para o 112.

O cuidador/pessoa doente deve informar os Cuidados de Saúde Primários (CSP) que a pessoa teve um AVC?

Sim, é necessário informar os CSP sobre a situação da pessoa e fornecer uma cópia da alta hospitalar.

Quem, no sistema de saúde, tem uma função semelhante à de um coordenador de cuidados à pessoa após um AVC?

O enfermeiro e o médico de família

O hospital marca consultas de acompanhamento para a pessoa ou o cuidador deve marcá-las no serviço apropriado?

Sim, o hospital marca as primeiras consultas de acompanhamento e todas as consultas devem ser registadas.

O transporte da pessoa para as consultas de acompanhamento é organizado pela instituição onde a consulta é realizada ou deve ser providenciado pelo médico de família?

Se a família não puder transportar a pessoa por conta própria, deve solicitar transporte médico através do médico de família.

O QUE DEVE SER PREPARADO EM CASA ANTES DA PESSOA REGRESSAR?

Que equipamento básico devemos providenciar antes de levar o paciente para casa?

Tudo depende do estado de saúde da pessoa. Se esta estiver acamada, deve ser fornecida uma cama com colchão que previna lesões por pressão, cunhas, almofadas para ajudar a manter a posição da pessoa (por exemplo, deitado de lado), fraldas para adultos, protetores de colchão, cremes e toalhetes.
Para pessoas que se podem movimentar: canadianas/andarilhos, fraldas para adultos, copos de plástico rígido.

É possível alugar este equipamento? Há alguma taxa para esse aluguer? Está disponível para todos?

É possível alugar equipamento médico, mas normalmente mediante o pagamento de uma taxa, exceto para pessoas com certificado de deficiência, que podem receber apoio financeiro. Por vezes, Instituições de Solidariedade Social/Juntas de Freguesia e outras instituições similares, têm este esquipamento para disponiblizar.

Por quanto tempo é possível alugar esse equipamento?

Os períodos de aluguer variam – de alguns dias a vários meses.

Há uma longa espera para obter este equipamento?

É difícil determinar. Pode ser 2-3 dias mas também pode ser mais tempo.

Equipamentos que não são básicos, mas ajudam no cuidado da pessoa e na recuperação de funções corporais perdidas, estão disponíveis para aluguer gratuito? Onde procurar essas opções?

É de esperar que o equipamento de apoio à recuperação tenha de ser alugado mediante o pagamento de uma taxa ou adquirido.

Qual é o elemento mais importante que não se deve negligenciar no início, depois de voltar para casa?

Deve-se tentar dar tempo à pessoa para realizar atividades básicas de forma independente, por exemplo, durante as refeições, permitir que ele coma sozinho, mesmo que isso signifique fazer "confusão em casa" ou demorar mais tempo. Se possível, não alimente a pessoa, se esta puder tentar comer sozinha.
Deve-se tentar realizar com a pessoa os exercícios de terapia da fala, reabilitação e fisioterapia que os especialistas recomendam fazer em casa.

A pessoa após um AVC compreende o que lhe dizemos?

Sim, a pessoa compreende. Mas o cuidador deve ser paciente e calmo – muitas vezes, é necessário repetir algo várias vezes para que a pessoa compreenda. É importante usar frases curtas e simples ao dirigir-se à pessoa. Além disso, é essencial respeitar o seu espaço e silêncio, pois cada pessoa tem o seu próprio ritmo para lidar com a situação.

A PESSOA SOZINHA EM CASA

Uma pessoa acamada pode ser deixada sozinha em casa? Por quanto tempo? Existe risco de asfixia ou outras situações repentinas que possam colocar a vida em risco? O risco é o mesmo que para uma pessoa saudável?

Deve-se evitar deixar uma pessoa acamada sem supervisão. Existe um risco significativo de eventos com risco de vida, e o risco de asfixia é muito maior do que para uma pessoa saudável.

Que comportamentos estranhos podem ser observados após um AVC?

Podem esquecer-se de coisas, ter dificuldade em reter novas informações ou repetir-se frequentemente. A comunicação pode tornar-se difícil devido a dificuldades na fala e na compreensão. Além disso, muitas pessoas têm dificuldade em concentrar-se ou manter a atenção. Também pode surgir um comportamento impulsivo, levando a decisões ou ações precipitadas sem considerar as consequências. Em casos mais graves, a pessoa pode apresentar agressividade verbal ou física, ou envolver-se em comportamentos social ou sexualmente inadequados, todos refletindo o impacto neurológico do AVC, e não uma conduta intencional.

Pode ocorrer outro AVC após o primeiro?

Sim, existe a possibilidade de um segundo AVC.

Quais são os sinais de alerta de um AVC?

- *Fraqueza ou dormência repentina: geralmente num dos lados do corpo, envolvendo o rosto, os braços ou as pernas.*
- *Problemas de fala: fala arrastada, dificuldade em compreender ou expressar palavras.*
- *Distúrbios da visão: visão dupla, cegueira de um olho ou outras alterações no campo visual.*
- *Tonturas: que podem ser acompanhadas por perda de equilíbrio.*
- *Perda de equilíbrio: dificuldade em manter o equilíbrio, movimentos descoordenados.*
- *Dor de cabeça súbita e intensa: especialmente com hemorragia subaracnóidea.*
- *Outros sintomas: náuseas, vómitos, confusão, alterações comportamentais.*

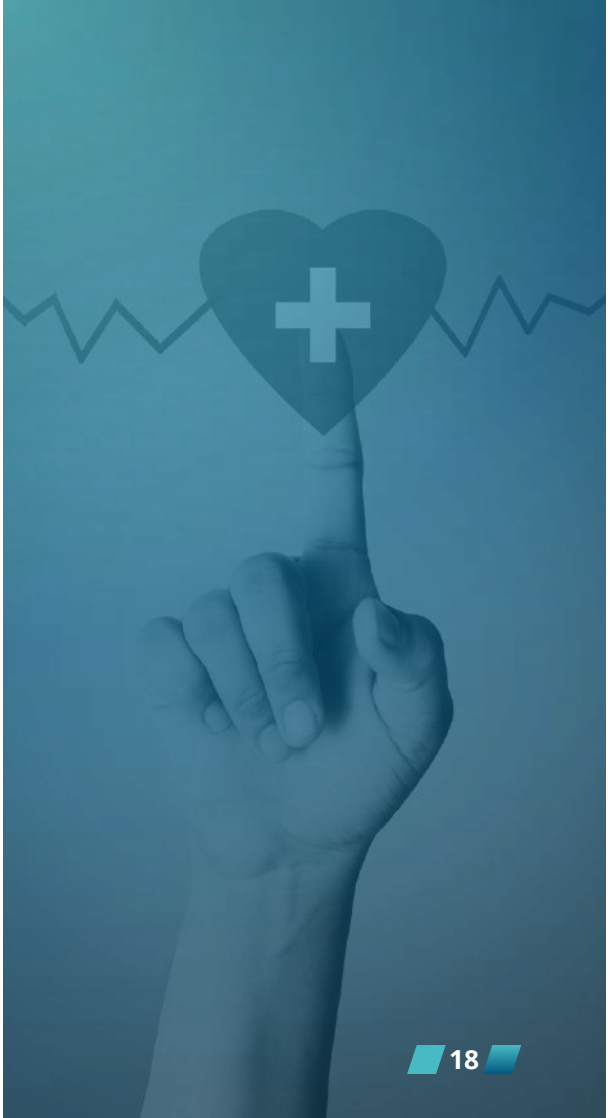
Sintomas de um "mini-AVC" (AIT)

Semelhantes aos sintomas de um AVC, mas geralmente breves (muitas vezes desaparecem em 24 horas).

Podem incluir distúrbios da visão, problemas de fala, fraqueza nos membros ou perda de equilíbrio.

O que fazer numa situação dessas?

No caso de um segundo AVC, é indispensável chamar uma ambulância imediatamente e garantir a admissão da pessoa no hospital.



TERAPIA DA FALA

A pessoa recuperará a fala? (Afasia)

Isso dependerá de vários fatores: a gravidade da lesão cerebral, a área afetada e o tempo decorrido desde o AVC. A reabilitação através da terapia da fala, juntamente com outras formas de terapia, pode ajudar a pessoa a recuperar ou melhorar as suas habilidades de comunicação.

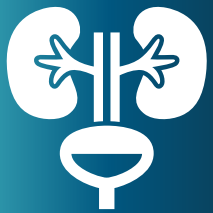
Como fazer exercício com um paciente pós-AVC?

De acordo com as recomendações dos especialistas, sendo importante recordar que, durante os exercícios em casa, não se deve ficar frustrado – é essencial manter a calma e a paciência - . Dessa forma, a pessoa, que também pode se sentir desanimada e frustrada, estará mais disposta a participar nos exercícios e seguir as instruções.

Como falar com uma pessoa que sofre de afasia após um AVC?

Evite interromper ou corrigir constantemente a pessoa. Complemente a linguagem verbal com gestos, expressões faciais e recursos visuais. Seja paciente e compreensivo — é muito importante demonstrar apoio e incentivo - .

SISTEMA URINÁRIO



A pessoa tem um cateter urinário (algália) colocado no hospital. O cuidador deve trocá-lo em casa? Com que frequência? O apoio de enfermagem pode existir?

Não, o cuidador não deve trocar o cateter sozinho. Esses procedimentos devem ser realizados pelo enfermeiro dos cuidados de saúde primários.

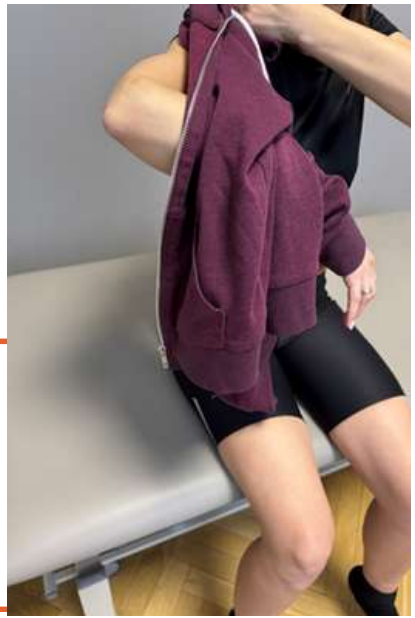
03

VESTIR UMA CAMISOLA OU CAMISETA INTERIOR

Apoiar a pessoa na realização das atividades diárias

Ao vestir uma peça de roupa na parte superior do corpo, comece sempre pelo membro afetado. A manga deve ser puxada até ao ombro antes de passar para o outro braço.

O erro mais comum: colocar a manga apenas parcialmente e tentar puxar a peça de roupa por cima das costas e do outro braço. Este movimento pode fazer com que o membro se levante de forma descontrolada e assim, causar uma lesão no ombro.



VESTIR AS CALÇAS

As roupas para a parte inferior do corpo também devem começar pela perna enfraquecida (afetada).

Um erro é começar a vestir as calças com a perna saudável primeiro.

Ao puxar as calças para cima da anca, é útil alternar o levantamento da pélvis – esquerda, direita – o que facilita a colocação da peça de roupa.

A pessoa pode precisar de ajuda ao puxar as calças sobre o lado enfraquecido (afetado).

VESTIR AS CALÇAS EM PÉ

Se a pessoa tiver um bom equilíbrio em pé, poderá vestir as calças sozinha. É aconselhável fazer isso perto de uma parede, pois isso proporciona estabilidade e segurança adicionais.

CALÇAR AS MEIAS

Coloque uma meia na perna enfraquecida (afetada):

1.
Coloque a perna enfraquecida sobre o joelho da perna saudável.

2.
Use os dedos para alargar a abertura da meia e calce-a nos dedos dos pés.

3.
Em seguida, puxe-a sobre o meio do pé e todo o pé.

Esta técnica reduz o risco de lesões e torna mais fácil e preciso calçar as meias.

LEVANTANDO-SE DA SANITA

Ao levantar-se da sanita de forma independente, a pessoa deve usar a mão saudável para se apoiar numa pega fixada à parede ou num suporte rebatível, dependendo do lado afetado pela fraqueza.

Uma boa preparação da casa de banho (pegas estáveis) aumenta a segurança e a independência da pessoa.

USANDO O DUCHE

Para tomar banho com segurança, recomenda-se usar uma cadeira de banho especial.

Se a pessoa tiver um bom controlo da postura, pode tomar banho em pé, segurando-se nas barras instaladas nas paredes.

Importante: o chão do chuveiro deve ser antiderrapante.

COMER À MESA

Durante as refeições, o braço enfraquecido deve ser apoiado na mesa com todo o antebraço.

O erro mais comum: apoiar o braço no colo ou no tronco – isso pode causar dor, edema ou contraturas.

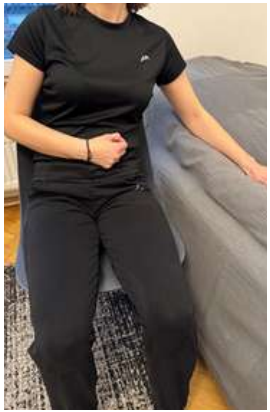
Evite alimentar a pessoa na posição deitada, pois isso pode causar asfixia e outras complicações.

COMER EM POSIÇÃO DEITADA (SE A SITUAÇÃO ASSIM O EXIGIR, POR EXEMPLO, SE A PESSOA AINDA NÃO CONSEGUIR SENTAR-SE)

Mesmo numa posição semi-reclinada, o braço enfraquecido deve ser apoiado – idealmente - numa almofada ou numa mesa de cabeceira.
A cabeça e o tronco devem estar elevados.
Os alimentos devem ter uma consistência adequada para minimizar o risco de asfixia.

Não é recomendável comer em posição totalmente deitada.

TRANSFERÊNCIAS INDEPENDENTES



Para transferir com segurança (p/ex:, da cadeira de rodas para a cama):
1.
Posicione o lado saudável o mais próximo possível da cama.

Evite transferir pelo lado enfraquecido – isso representa um risco de perder o equilíbrio e cair.

2.
Avoid transferring through the weakened side – it poses a risk of losing balance and falling..

3.
Passe para a posição em pé

4.
Puxe-se com a mão para a cama e sente-se com o mais para trás possível.

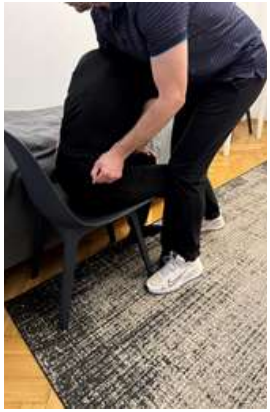
TRANSFERÊNCIAS COM AJUDA

O cuidador deve controlar o posicionamento da perna enfraquecida, na região do joelho.

A pessoa, ao levantar-se, apoia-se com o braço enfraquecido na cama, e o cuidador ajuda-a a levantar-se da cadeira/cadeira de rodas, controlando a posição dos membros inferiores.

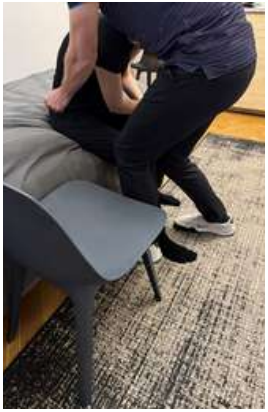
Durante todo o processo, o cuidador monitoriza a segurança da pessoa e a posição correta do corpo.

TRANSFERÊNCIA DE UM PACIENTE TOTALMENTE DEPENDENTE



A transferência de uma pessoa totalmente dependente deve ser feita em pé, na frente dela, segurando a anca de ambos os lados. O cuidador estabiliza a perna enfraquecida da pessoa com as próprias pernas.

Durante a transferência, é importante que o cuidador controle o movimento de levantar a anca da pessoa, seguranda com as mãos, e certifique-se de que o levantamento seja feito inclinando-se para trás, para que o cuidador não suporte o peso da pessoa com os braços e force as costas.



Depois de levantar a anca acima da borda da cama, o cuidador gira junto com a pessoa, em direção à cama, controlando constantemente o corpo desta e garantindo a segurança.

É importante que a mão que segura a anca, do lado saudável da pessoa, esteja sob o membro superior – isso estabiliza o corpo do paciente e garante a segurança.

Um erro é segurar a anca da pessoa acima da articulação do ombro – isso pode causar quedas quando a pessoa se inclina para a frente.

DESCER AS ESCADAS COM O CORRIMÃO DO LADO SAUDÁVEL

Ao descer as escadas de frente, deve começar por baixar primeiro a perna enfraquecida para o degrau inferior. Todo o movimento de descida deve ser controlado pela perna saudável.

Descer com a perna saudável primeiro é muito arriscado e pode causar quedas devido ao mau controlo do peso do corpo sobre essa perna.

Ao descer, o cuidador deve controlar o movimento da perna enfraquecida pela anca, para que a pessoa possa colocá-la com segurança no degrau abaixo.

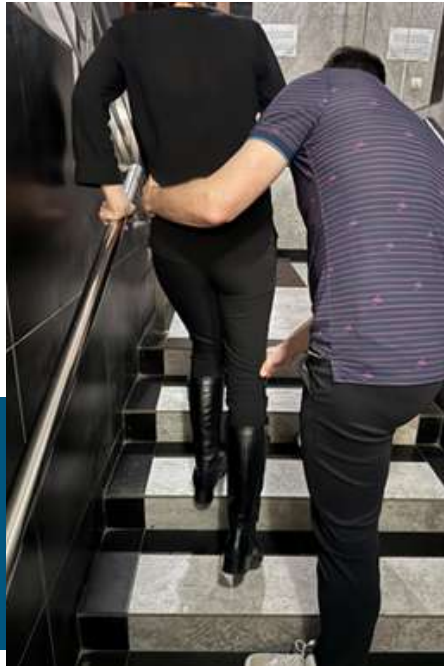
Se a perna tender a virar para dentro ou houver tensão, o cuidador também pode controlá-la pela coxa.

Cada passo (especialmente no início) deve ser dado lentamente, um de cada vez. O cuidador deve ficar um degrau abaixo para reagir rapidamente, se necessário.

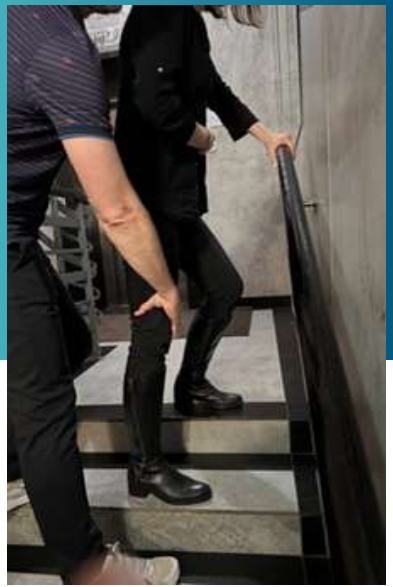
SUBINDO AS ESCADAS COM O CORRIMÃO DO LADO SAUDÁVEL

Subir escadas deve começar com a perna saudável. Se a pessoa se sentir insegura ou estiver a aprender esta atividade, o cuidador deve ficar um degrau abaixo, atrás e diagonalmente ao lado. As mãos do cuidador devem apoiar a anca e joelhos da pessoa, para evitar que o joelho ceda sob o peso total do corpo.

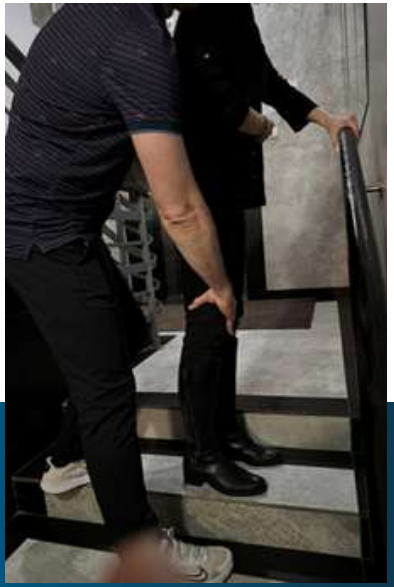
O cuidador controla o joelho da pessoa enquanto ela sobe com a perna saudável e apoia-a pela anca para evitar que ela se incline para trás. A tarefa da pessoa, é subir com a perna saudável e levantar a perna enfraquecida para alcançá-la.



DESCER AS ESCADAS DE LADO QUANDO O CORRIMÃO ESTÁ DO LADO ENFRAQUECIDO (AFETADO)



A descida lateral deve começar com a perna enfraquecida. Se a pessoa se sentir insegura ou estiver a aprender, o cuidador deve ficar um degrau abaixo, atrás e diagonalmente ao lado. As mãos do cuidador devem apoiar a anca e o joelho da pessoa, para evitar que o joelho ceda sob o peso total do corpo.



O cuidador controla o joelho da pessoa e estabiliza a anca para garantir a segurança. A tarefa da pessoa é descer com a perna saudável e trazer a perna enfraquecida para baixo para encontrá-la.

04 Memórias da pessoa

Um AVC é um momento em que o tempo pára. De repente, tem de se reaprender coisas que antes eram óbvias, como comer ou falar. De repente, tudo é diferente, não só o corpo, mas também a mente. Lembro-me de como me esquecia constantemente das palavras. Isso era o mais frustrante. Conseguia ver as coisas na minha mente, sabia o que queria dizer, mas as palavras simplesmente não saíam.

Sim, é um momento em que tudo muda. Perde-se o controlo do corpo. Precisamos dos outros – não há escolha. Mas, mesmo assim, continuamos a ser uma pessoa. Temos os nossos próprios momentos de vergonha e as nossas próprias necessidades. Há momentos em que só queria fazer algo tolo, sozinho. Mesmo que fosse lento e desajeitado – queria fazê-lo sozinho. Não sentia que o meu cuidador estava a ser «excessivamente cuidadoso», mas sei que isso teria sido difícil para mim. Todos nós queremos sentir que ainda há algo que podemos fazer sozinhos. Isso é importante.

Houve momentos de colapso. Eu não acreditava que as coisas poderiam melhorar. Foi então que precisei de apoio. Não de um médico, embora eles sejam importantes. Eu precisava da minha família. A presença deles era o mais importante para mim. Porque o sistema, bem, nem sempre fornece tudo. As informações sobre a minha saúde eram muito complicadas. O médico nem sempre tinha tempo. Mas o cuidador? Ele tinha tempo. Ele tinha paciência.

Cada um de nós, após um AVC, pode ter sintomas diferentes, limitações diferentes. Mas uma coisa é comum: a rebelião. Essa rebelião não tem a ver com ser mau para o cuidador. É a nossa maneira de lutar contra o que nos aconteceu. Às vezes é raiva, às vezes é tristeza – mas é sempre uma maneira de tentar lidar com a nova realidade.

E mais uma coisa: a pessoa continua a ser uma pessoa. Continua a precisar de algo que dê sentido à sua vida. Mesmo que seja uma pequena atividade que lhe permita «descontrair» e esquecer tudo por um momento. Porque nesta luta pela recuperação, o mais importante é não se perder. Apoiem-nos, mas deixem-nos ser nós mesmos.

05 Memórias do cuidador

Antes de sentir que cuidar do meu marido se tinha tornado a minha rotina diária, demorei cerca de um mês. A parte mais difícil foi compreender o que ele realmente estava a tentar dizer-me. No início, eu simplesmente não conseguia perceber o que ele precisava – era um grande stress e um grande desafio.

Lembro-me de como estava assustada com a forma como a nossa vida iria mudar. Conversar com outra pessoa que tinha passado por algo semelhante ajudou-me muito. Senti que não estava sozinha – isso foi importante. Felizmente, a minha filha é enfermeira e ensinou-me a cuidar adequadamente do meu marido, a cuidar da pele dele e a prevenir coágulos sanguíneos. Sem ela, teria sido muito mais difícil.

Não vou esconder – esta situação afetou muito a minha saúde. Não era por ter de o levantar, fisicamente, mas por nunca ter tempo para mim. Sim, o meu humor piorou e tive de procurar apoio psicológico para não afundar ainda mais na tristeza. Felizmente, não tive de deixar o meu emprego – já estou reformada –, mas continuava sem ter tempo só para mim.

Com o tempo, o meu marido aprendeu a falar melhor e eu aprendi a ouvir melhor. No início, muitas vezes tinha de adivinhar o que o estava a magoar ou a incomodar. Mas, após um mês, as coisas ficaram mais fáceis – aprendemos a compreender-nos novamente.

Juntos, descobrimos outra coisa – algo que nos ajuda a ambos. Cuidamos do nosso neto juntos. Ele dá-nos energia. Graças a ele, o meu marido não se sente como uma criança que precisa de cuidados – o nosso neto é a criança nesta relação. O meu marido ainda se sente necessário e sabe que tem um papel importante. Para mim, isso é o mais precioso – vê-lo como meu parceiro, não como meu paciente.

06 Apoio formal e jurídico de instituições públicas em Portugal

Em Portugal, os cuidadores informais, geralmente familiares que prestam cuidados de forma continuada a pessoas com dependência, contam com alguns mecanismos de apoio legal, social e financeiro, ainda que frequentemente considerados insuficientes face à complexidade das necessidades. A legislação tem vindo a evoluir, especialmente com a aprovação do Estatuto do Cuidador Informal, mas persistem desafios na sua aplicação prática.

SUBSÍDIOS E PRESTAÇÕES

1. Estatuto do Cuidador Informal (ECI) que foi aprovado pela Lei n.º 100/2019, o ECI reconhece o papel do cuidador informal, distingue dois tipos (principal e não principal) e prevê uma prestação de apoio financeira, bem como medidas de descanso, formação, apoio psicológico e jurídico. Para aceder a este estatuto, o cuidador deve: Ser maior de idade. Prestar cuidados de forma regular e não remunerada a uma pessoa dependente. Estar identificado como cuidador num acordo assinado com o beneficiário dos cuidados. Ter a situação validada pela Segurança Social.

2. Prestação de Apoio ao Cuidador Informal (PAC), destinada aos cuidadores informais principais que acompanham pessoas com dependência severa. É cumulativa com algumas pensões ou rendimentos baixos. Critérios principais: Residência em Portugal. Situação económica avaliada em função dos rendimentos do agregado familiar. Reconhecimento como cuidador informal principal e do grau de dependência do beneficiário.

Nota: Esta prestação está limitada a candidaturas em municípios-piloto, o que restringe fortemente o seu alcance nacional.

LICENÇA PARA
ASSISTÊNCIA A FAMILIAR

Ao abrigo do Código do Trabalho, os cuidadores têm direito a: Faltas justificadas para assistência a familiares (até 15 dias/ano). Licença para assistência a filho ou dependente com deficiência ou doença crónica (prolongada no tempo, dependendo do caso). Possibilidade de requerer o regime de trabalho a tempo parcial ou horário flexível, em função das necessidades de cuidado.

SERVIÇOS DE APOIO
SOCIAL E DE SAÚDE

1. Cuidados domiciliários: Prestados por entidades públicas (centros de saúde, unidades de cuidados na comunidade, equipas de cuidados continuados) ou privadas. Incluem apoio de enfermagem, fisioterapia, higiene pessoal e administração de medicação.

2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): Criada pelo DL n.º 101/2006, é uma resposta do SNS para pessoas em situação de dependência temporária ou permanente. Os cuidadores familiares podem beneficiar do apoio das equipas domiciliárias ou do internamento temporário do familiar.

3. Serviços municipais e de IPSS: Muitos municípios e instituições de solidariedade prestam: Apoio domiciliário (SAD), Reabilitação comunitária, Refeições ao domicílio, Transporte adaptado, Apoio técnico (ajudas técnicas, camas articuladas, cadeiras de rodas).

CARTÃO DE CUIDADOR

O Cartão do Cuidador Informal reconhece o estatuto e os direitos de quem cuida de pessoas em situação de dependência, com deficiência ou incapacidades, independentemente da idade.

Este cartão facilita o acesso a um conjunto de direitos e apoios, nomeadamente: Atribuição de profissionais de referência na Saúde e Segurança Social; Elaboração de um plano de intervenção específico; Acesso a grupos de autoajuda; Formação e informação sobre os direitos e práticas de cuidado; Apoio psicossocial; Descanso do cuidador; Formação para a prática de cuidar.

FORMAÇÃO, APOIO PSICOLÓGICO E DESCANSO DO CUIDADOR

Apesar de previstos no ECI, estes apoios:

- Raramente são disponibilizados na prática,
- Dependem da implementação por municípios e IPSS,
- São frequentemente inexistentes em zonas rurais.

Há programas pontuais financiados pelo PRR (Plano de Recuperação e Resiliência) e por fundos europeus que preveem:

- Formação em cuidados básicos de saúde e bem-estar,
- Sessões de apoio emocional e grupos de entreajuda,
- Programas de “Descanso do Cuidador” (substituição temporária do cuidador).

APOIO DE ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS (ONG) E ASSOCIAÇÕES

As ONG e as associações de doentes têm um papel relevante no apoio aos cuidadores: Associação Nacional de Cuidadores Informais (ANCI), Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais, entre outras do mesmo âmbito: apoio legal, técnico e formação.

Portugal AVC, Associação AVC, Associação Portuguesa de AVC, Associação Nacional de AVC, Associação Cuidar Maior, Cuidar de Quem Cuida, entre outras: organizam programas de apoio domiciliário, apoio psicológico e fornecimento de equipamentos.

Grupos informais em redes sociais são muitas vezes a principal fonte de apoio emocional e partilha de experiências para muitos cuidadores.

CONCLUSÃO

Embora Portugal tenha dado passos importantes com o reconhecimento legal do cuidador informal, o apoio real ainda está aquém das necessidades. A cobertura é desigual, os apoios financeiros são limitados e o acesso depende da região. Há uma necessidade urgente de nacionalizar o apoio previsto no Estatuto, garantir financiamento estável e ampliar os serviços de descanso, saúde mental e formação ao cuidador.

07 REFERÊNCIAS

1. Majumder D. Ischemic Stroke: Pathophysiology and Evolving Treatment Approaches. Neurosci Insights. 2024;19:26331055241292600. doi: 10.1177/26331055241292600. PMID: 39444789; PMCID: PMC11497522. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11497522/

2. Sinha RK, Singh A, Kishor A, Richa S, Kumar R, Kumar A. Evaluation of Oral Hygiene Status in Patients with Hemorrhagic and Ischemic Stroke. J Pharm Bioallied Sci. 2021;13(Suppl 1):S233-S236. doi: 10.4103/jpbs.JPBS_698_20. Epub 2021 Jun 5. PMID: 34447083; PMCID: PMC8375821. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8375821/

3. D'Anna L, Abu-Rumeileh S, Merlino G, Ornello R, Foschi M, Diana F, Barba L, Mastrangelo V, Romoli M, Lobotesis K, Bax F, Kuris F, Valente M, Otto M, Korompoki E, Sacco S, Gigli GL, Nguyen TN, Banerjee S. Safety and Outcomes of Mechanical Thrombectomy in Acute Ischemic Stroke Attributable to Cardiological Diseases: A Scoping Review. J Am Heart Assoc. 2024;13(17):e034783. doi: 10.1161/JAHA.124.034783. Epub 2024 Jun 14. PMID: 38874062; PMCID: PMC11646491. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11646491/

4. Gomez GT, Shi L, Fohner AE, Chen J, Yang Y, Fornage M, Duggan MR, Peng Z, Daya GN, Tin A, Schlosser P, Longstreth WT, Kalani R, Sharma M, Psaty BM, Nevado-Holgado AJ, Buckley NJ, Gottesman RF, Lutsey PL, Jack CR, Sullivan KJ, Mosley T, Hughes TM, Coresh J, Walker KA. Plasma proteome-wide analysis of cerebral small vessel disease identifies novel biomarkers and disease pathways. medRxiv [Preprint]. 2024 Oct 8:2024.10.07.24314972. doi: 10.1101/2024.10.07.24314972. PMID: 39417098; PMCID: PMC11483013. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39417098/

5. Miyagi T, Ishida A, Shinzato T, Ohya Y. Arterial Stiffness Is Associated With Small Vessel Disease Irrespective of Blood Pressure in Stroke-Free Individuals. Stroke. 2023;54(11):2814-2821. doi: 10.1161/STROKEAHA.123.042512. Epub 2023 Oct 17. PMID: 37846566. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37846566/

6. Wei W, Ma D, Li L, Zhang L. Cognitive impairment in cerebral small vessel disease induced by hypertension. Neural Regen Res. 2024;19(7):1454-1462. doi: 10.4103/1673-5374.385841. Epub 2023 Sep 22. PMID: 38051887; PMCID: PMC10883517. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10883517/

7. Webb AJS, Werring DJ. New Insights Into Cerebrovascular Pathophysiology and Hypertension. Stroke. 2022;53(4):1054-1064. doi: 10.1161/STROKEAHA.121.035850. Epub 2022 Mar 8. PMID: 35255709; PMCID: PMC7615037. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7615037/

8. Charidimou A, Nicoll JA, McCarron MO. Thrombolysis-related intracerebral hemorrhage and cerebral amyloid angiopathy: accumulating evidence. Front Neurol. 2015;6:99. doi: 10.3389/fneur.2015.00099. PMID: 26005432; PMCID: PMC4424854. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4424854/

9. Kumar-Singh S. Cerebral amyloid angiopathy: pathogenetic mechanisms and link to dense amyloid plaques. Genes Brain Behav. 2008;7 Suppl 1:67-82. doi: 10.1111/j.1601-183X.2007.00380.x. PMID: 18184371. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18184371/

10. Johansson A, Drake I, Engström G, Acosta S. Modifiable and Non-Modifiable Risk Factors for Atherothrombotic Ischemic Stroke among Subjects in the Malmö Diet and Cancer Study. Nutrients. 2021 Jun 6;13(6):1952. doi: 10.3390/nu13061952. PMID: 34204127; PMCID: PMC8229981. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8229981/

11. Kumar A, Shams EA, Yadav S. Gender Differences in Risk Factors of Ischemic Stroke Patients in a Tertiary Care Centre in North India. J Evolution Med Dent Sci. 2020;9(23):1718-1722. DOI:10.14260/jemds/2020/358. https://www.semanticscholar.org/paper/Gender-Differences-in-Risk-Factors-of-Ischemic-in-a-Kumar-Shams/44cca389b86a20386812425c3dfd32d01021071f

12. Seram RD, Gadkari C, Pundkar A. Risk factors and predictors among adult patients of ischemic and hemorrhagic stroke: A systematic review. Multidisciplinary Reviews. 2022;5(1):2022222. DOI:10.31893/multirev.2025222. https://www.semanticscholar.org/paper/Risk-factors-and-predictors-among-adult-patients-of-Seram-Gadkari/dd890d9c0435cc3a4f4b191188cfc722ffdfe21a

13. Wu Y, Chen X, Hu S, Zheng H, Chen Y, Liu J, Xu Y, Chen X, Zhu L, Yan W. The impact of potentially modifiable risk factors for stroke in a middle-income area of China: A case-control study. Front Public Health. 2022;10:815579. doi: 10.3389/fpubh.2022.815579. PMID: 36062135; PMCID: PMC9437343. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9437343/

14. Melidoro P, Sultan ARA, Qureshi A, Yacoub MH, Elkhodary KL, Lip GYH, Montarello N, Lahoti N, Rajani R, Klis M, Williams SE, Aslanidi O, De Vecchi A. Enhancing stroke risk stratification in atrial fibrillation through non-Newtonian blood modelling and Gaussian process emulation. J Physiol. 2024 Dec 17. doi: 10.1113/JP287283. Epub ahead of print. PMID: 39689233. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39689233/

15. Ishida M, Sakai C, Kobayashi Y, Ishida T. Cigarette Smoking and Atherosclerotic Cardiovascular Disease. J Atheroscler Thromb. 2024;31(3):189-200. doi: 10.5551/jat.RV22015. Epub 2024 Jan 14. PMID: 38220184; PMCID: PMC10918046. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10918046/

16. Kaur K, Allahbadia G, Singh M. The Role of Diabetes Mellitus (Both T1D and T2D) in the Atherosclerosis Development-A Systematic Review with Part of Inflammation along with Altered Glucose and Lipid Metabolism for Forming Therapeutic Approaches. J Adv Res Diabetes Obes. 2020;2(1):1-13. https://www.semanticscholar.org/paper/The-Role-of-Diabetes-Mellitus-(Both-T1D-and-T2D)-in-Kaur-Allahbadia/6ff2ff07fe8c498b076f42c25b84b46f344f1088

17. Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Costanzo S, Gialluisi A, Persichillo M, Cerletti C, Donati MB, de Gaetano G, Iacoviello L. Mediterranean diet and mortality in the elderly: a prospective cohort study and a meta-analysis. Br J Nutr. 2018;120(8):841-854. doi: 10.1017/S0007114518002179. Epub 2018 Aug 30. PMID: 30157978. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30157978/

18. Migliaccio S, Brasacchio C, Pivari F, Salzano C, Barrea L, Muscogiuri G, Savastano S, Colao A; Obesity Programs of nutrition, Education, Research and Assessment (OPERA) Group. What is the best diet for cardiovascular wellness? A comparison of different nutritional models. Int J Obes Suppl. 2020;10(1):50-61. doi: 10.1038/s41367-020-0018-0. Epub 2020 Jul 20. PMID: 32714512; PMCID: PMC7371887. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32714512/

19. https://udarowcy.com.pl/2019/10/29/zaburzenia-mowy-w-dysartrii/;

20. https://nursing.com.pl/artykul/pielegnowanie-pacjenta-z-udarem-niedokrwiennym-mozgu-leczonego-trombolitycznie-612c84149e0a060fc147fec3

21. https://strefalogopedy.pl/terapie/afazja-motoryczna-afazja-ruchowa-przyczyny-objawy-postepowanie-terapeutyczne-2291.html

22. https://www.adamed.expert/pacjent/choroby-i-objawy/uklad-nerwowy/afazja

23. Mickiewicz J, Rutkiewicz-Hanczewska M, Kaźmierski R, Zaburzenia mowy i języka u pacjentów po przebytym udarze mózgu. Studium epidemiologiczne, Prace Językoznawcze, t. 24, Art. nr 2, 2022, doi: 10.31648/pj.7739.

24. https://medicalprogress.pl/choroby/agrafia-id444/redakcja-medical-progress-id256

25. Budrewicz S, Słotwiński K, Madetko N, Koszewicz M, Zaburzenia połykania w chorobach układu nerwowego — diagnostyka i leczenie, Polski Przegląd Neurologiczny, 2018; 14 (1)

26. Piskorz J., Wójcik G, Iłzecka J, Kozak-Putowska D, Wczesna rehabilitacja pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, Nr 4.

27. Walshe M, Oropharyngeal dysphagia in neurodegenerative disease. J Gastroenterol Hepatol Res. 2014; 3(10), s. 1265–1271.

28. Bakheit AM, Management of neurogenic dysphagia. Postgrad Med J., 2001; 77(913), s. 694–699

29. Kłęk S, Błażejewska-Hyżorek B, Czernuszenko A et al. Leczenie żywieniowe w neurologii — stanowisko interdyscypilnarnej grupy ekspertów. Część 1. Zasady ustalania wskazań do leczenia żywieniowego. Pol Przegl Neurol. 2017; 13(3), s. 106–119

30. Singh S, Hamdy S, Dysphagia in stroke patients. Postgrad Med J. 2006; 82(968), s. 383–391

31. Warlow C, Sudlow C, Dennis M, Wardlaw J, Sanercock P, Stroke. Lancet. 2003; 362(9391): 1211–1224

32. Socha M, Kozioł-Montewka M, Pańczuk A, Znaczenie fizjoterapii w prewencji i leczeniu odleżyn u pacjentów po udarze mózgu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2017, Tom 23, Nr 3.

33. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Suethanapornkul S, Manimmanakorn N, Archongka Y, Long-term morbidities in stroke survivors: a prospective multicenter study of Thai stroke rehabilitation regist. BMC Geriatrics 2013, 13.

34. Szewczyk MT, Sopata M, Jawień A i in. Zalecenia profilaktyki i leczenia odleżyn. Leczenie Ran, 2010, 7(3–4), s. 79–106.

35. Mikołajewska E, Miejsce fizjoterapii w zapobieganiu i leczeniu ran odleżynowych, „Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja", 2010, 3, s. 54–56

36. Mazur R, Świerkocka-Miastkowska M, Udar mózgu — pierwsze objawy, „Choroby Serca i Naczyń", 2005, tom 2, nr 2, s. 84–87.

37. Członkowska A, Niewada M, Ryglewicz D, Sarzyńska-Długosz I, Kobayashi A, Ocena zabezpieczenia chorych z udarem mózgu w zakresie dostępności pododdziałów udarowych w Polsce, „Neurol. Neurochir. Pol.", 2004, 38, 5, s. 353–360.

38. Kras D, Leczenie niedowładów po udarze. Jak wygląda rehabilitacja?, https://fundacjamocpomocy.pl/leczenie-niedowladow-po-udarze-jak-wyglada-rehabilitacja/ (dostęp: 17.03.2025)

39. Smolińska A, Książkiewicz B, Pielęgnowanie chorych z udarem mózgu, Choroby Serca i Naczyń 2007;4(1):6-9.

40. Socha M, Kozioł-Montewka M, Pańczuk A. Zakażenie dróg moczowych u chorych po udarze mózgu - współzależność z procesem rehabilitacji, zapobieganie. Med Og Nauk Zdr. 2017;23(4):221-4. https://doi.org/10.26444/monz/76936

41. Świerkocka-Miastkowska M, Biesek D, Opieka domowa nad chorym po udarze mózgu, Choroby Serca i Naczyń 2007, tom 4, nr 3, 127–129

42. Ryglewicz D, Depresja poudarowa, Polski Przegląd Neurologiczny, Tom 1, Nr 1 (2005)

43. Wójcik R, Adam A, Natora J, Sulisz I. Problemy pielęgnacyjne pacjenta po niedokrwiennym udarze mózgu w środowisku domowym, Geriatria 2021/2.

44. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/100-2019-124500714
45. https://www.seg-social.pt/subsidio-de-apoio-ao-cuidador-informal-principal
46. https://portal.act.gov.pt/AnexosPDF/Legislação%20nacional/Código%20do%20trabalho.pdf
47. https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-69895072
48. https://www.seg-social.pt/noticias/-/asset_publisher/kBZtOMZgstp3/content/cartao-do-cuidador-informal-ja-esta-na-app-gov-pt
49. https://www.ama.gov.pt/bg/web/agencia-para-a-modernizacao-administrativa/noticias2016/-/asset_publisher/JmTXTfCdm5fe/content/id/336245
50. https://transparencia.gov.pt/pt/fundos-europeus/prr/beneficiarios-projetos/projeto/02/C03-i06.03/2022.P1227/
51. https://movimentocuidadoresinformais.pt/wp-content/uploads/2024/11/Manual-RACCI_digital-1.pdf
52. https://angel.pt/descanso-do-cuidador/
53. https://ancuidadoresinformais.pt/
54. https://movimentocuidadoresinformais.pt/
55. https://www.portugalavc.pt/
56. https://www.associacaoavc.pt/
57. https://www.associacaoportuguesadeavc.com/sobre-nos-1
58. https://www.anavc.pt/contactos/index.html
59. https://cuidarmaior.pt/
60. https://cuidardequemcuida.com/

caregIVR

ESSATLA
Atlántica Health School

SGH

uhu.es
Universidad de Huelva
OBJETIVOS

UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Cofinanciado pela
União Europeia

HaDEA