



II
Fórum
DO AVC
2018





Editorial

É assustador pensar que uma em cada seis pessoas terá Acidente Vascular Cerebral (AVC); que esta é a doença que mais mata no Brasil; a que mais causa incapacidade no mundo. Apesar dos dados alarmantes, há uma escassez de políticas públicas que realmente tratem do assunto com o rigor necessário. Em Joinville, o tema vem ganhando ênfase por meio da Associação Brasil AVC, com apoio de outras instituições, órgãos públicos e privados, incentivo que concretizou a realização do II Fórum do AVC, em outubro de 2018. De relevância não somente para Joinville, mas para o Brasil todo, o evento contou 11 palestras, uma aula magna, espaço para discussão, e muita interação. Foi um dia de muito conteúdo, de debater problemas, mas, especialmente, de buscar soluções. Profissionais de diversos estados brasileiros estiveram na cidade para contar suas histórias, conhecer outras tantas e disseminar informações para prevenir, tratar e minimizar os danos causados pelo AVC. É sob a ótica desses profissionais, que estiveram no Fórum, que se aprofundam as páginas desta revista; um evento que além de reunir excelentes estudiosos, reforça a importância de se falar cada vez mais e abertamente sobre o assunto. Acompanhe nas páginas a seguir. Ótima leitura e até a próxima edição!

Jornalista responsável:

Liana Trevisan
003750-SC

Fotografias:

Rosania Nurnberg
Anderson Bortoloci

Layout e Diagramação:

Aideia Comunicação





08

Vivian Nagel S. Silva

Enfermeira

- JOINVASC ganha novo Banco de Dados.
- Saúde pública baseada em evidência científica.

10

Norberto Cabral

Neurologista

- A importância dos dados contínuos e prospectivos no combate ao AVC.
- Incidência.

12

Norberto Cabral

Neurologista

- Quando o coração treme: faça a diferença!
- AVC cardioembólico e seus horrorosos números em Joinville.
- Como reconhecer a fibrilação atrial?
- Os números de Joinville: incidência, mortalidade, recorrência e dependência: tese de mestrado do professor Claudio Amaral, publicada nos Arquivos de Neuropsiquiatria em 2017.
- Onde estamos em Joinville? Fatos!
- Onde queremos chegar?
- Médicos: sigam os guidelines.

16

Henrique Diegoli

Neurologista

- Homens entre 55 e 84 anos têm maior incidência de AVC em Joinville.
- Diferenças de gênero.
- Prevenção primária pode reduzir em até 90% os casos.

Carla Heloisa Cabral Moro

Neurologista

- Linha do cuidado está em fase de construção em Joinville.

18

Camila Antunes Bacin

Enfermeira

- LAB AVC muda a realidade de pessoas na Serra Catarinense.

24

Sandra Issida Gonçalves

Presidente (AMAVC)

- A vida após o AVC.
- AVC: quem paga essa conta?
- Informação que vale ouro.

26

Fabricio Oliveira Lima

Neurologista

- Ceará muda a realidade de pacientes com Rede de Atendimento de Emergência ao AVC.
- Orientação e conscientização.
- Mudanças simples agilizam atendimento.
- Aplicativo contribui com a notificação compulsória.

28

Pedro Magalhães

Neurologista

- O tempo que vale uma vida.
- Mas e você, sabe o que acontece quando o cérebro entra em isquemia?
- Relação custo x benefício no AVC ainda é um grande desafio.

32

Juliana Safanelli

Enfermeira

- Custo do AVC: estudo revela a importância da administração dos recursos da saúde.

36

Alexandre Luiz Longo e Octavio Marques P. Neto

Neurologistas

- AVC ainda é desafio de saúde pública.
- Os desafios atuais.

38

Depoimento de

Pacientes

- **Sandra** - Demora no atendimento deixa sequelas.
- **Ana** - Crianças também sofrem AVC.
- **Bento** - A importância da internação e investigação dos casos leves.

40



Vivian Nagel

JOINVASC ganha novo Banco de Dados

O estudo que busca identificar as causas relacionadas ao Acidente Vascular Cerebral (AVC), e que tornou Joinville/SC referência para toda América Latina em pesquisa e tratamento da doença, ganhou um novo Banco de Dados em 2018. As informações que até então eram coletadas manualmente e digitadas em um programa específico, passarão a ser colhidas com uso de tablets com acesso a uma plataforma de dados on-line.

Com isso, as informações serão ainda mais precisas, por serem alimentadas em tempo real por profissionais da saúde, evitando duplicação de dados no sistema, além de geração e envio de relatórios com agilidade.

O primeiro modelo do JOINVASC, como é conhecido, surgiu em 1995, fruto de um trabalho realizado pelos neurologistas Drs. Norberto Luiz Cabral e Alexandre Luiz Longo. Na época registraram-se todos os casos de AVC ocorridos na população de Joinville/SC por um período de dois anos.

Posteriormente, já em 2005, o estudo teve reinício em uma sala no Hospital Municipal São José (HMSJ), estendendo-se por apenas dois anos, em virtude da não liberação de enfermeiros para coleta de dados. No ano de 2009, após várias tentativas, retomou-se a coleta de dados com duas enfermeiras para cobertura de 100% dos hospitais da cidade.

Mantido pela Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com a Universidade da Região de Joinville (Univille), o estudo ganhou um Biobanco, em 2010. A

conquista proporcionou uma nova perspectiva ao projeto, comenta a enfermeira e doutora Vivian Nagel Schneider Silva: "Além da entrevista, passamos a colher amostras de sangue dos pacientes e de dois controles que são pessoas não consanguíneas, das quais são extraídos DNA e armazenados no laboratório da Univille". O objetivo é comparar um paciente que já teve a doença com alguém que nunca teve e nem possui histórico familiar da doença "e, com isso, identificar no futuro se há causas genéticas que justifiquem, por exemplo, o AVC em pacientes jovens sem comorbidades", ressalta.

Mais uma grande conquista veio em 2013, com a promulgação da Lei Municipal número 7448, a qual instituiu o Registro AVC de Joinville e permitiu a liberação de mais uma enfermeira para suprir a demanda. Assim como a garantia da permanência do banco de dados sem a necessidade de novas negociações a cada mudança de gestão, além de promover novas extensões ao estudo.

Hoje, com a inclusão de quase sete mil pacientes, moradores da cidade, independentemente de faixa etária, o JOINVASC atua com três braços: o epidemiológico, composto por três enfermeiras e uma agente administrativa (custeadas pela prefeitura); o genético, mantido pela Univille e com uma enfermeira responsável pela coleta de sangue; além do banco de imagens, pois a partir de 2017, após apresentação do projeto houve a cedência pelo Estado de uma enfermeira específica para captação de exames de imagem, logo, todo paciente passou a ter os exames como tomografia de crânio (TC), ressonância magnética (RMN), angioressonância magnética (Angio-RNM), baixadas no programa e armazenadas em nuvens, passando a fazer parte do banco de imagens.

“

Atuar na coleta de dados é um trabalho minucioso, do qual você tem que gostar muito. É preciso ter o perfil para alcançar os resultados esperados e isso é recompensador. Você percebe que esses resultados fornecerão dados para serem trabalhados lá na frente e mudar a realidade das pessoas, seja das que já foram acometidas pelo AVC ou na prevenção de novos casos.

”

Saúde pública baseada em evidência científica

Referência na epidemiologia do AVC, o JOINVASC tem seus dados citados em diversos estudos. Um projeto foi apresentado pelo neurologista e coordenador Dr. Norberto Luiz Cabral ao Ministério da Saúde e o modelo foi replicado por ele e Vivian em outros municípios geoeconomicamente heterogêneos como: Canoas/RS, Campo Grande/MS, Sertãozinho/SP e Sobral/CE. “Uma experiência incrível, porque para fazer o melhor atendimento é preciso ter os dados mais próximos da realidade de cada região. Observamos que em alguns locais a investigação era precária, porém quanto mais completa diminui as chances de um novo evento”, explica Vivian.

A mesma atividade será repetida daqui a cinco anos, como forma de avaliar o impacto obtido. “Atuar na coleta de dados é um trabalho minucioso, do qual você tem que gostar muito. É preciso ter o perfil para alcançar os resultados esperados e isso é recompensador. Você percebe que esses resultados fornecerão dados para serem trabalhados lá na frente e mudar a realidade das pessoas, seja das que já foram acometidas pelo AVC ou na prevenção de novos casos”, destaca ela.

Para Vivian, questionar e acompanhar os pacientes são questões de grande relevância.

“É a partir dos dados que fornecemos subsídios para tomar as melhores medidas de prevenção em saúde, assim como para criar políticas de saúde relacionadas à recuperação”.

Ainda segundo ela, o JOINVASC é a prova concreta de que Joinville e toda equipe envolvida com a causa estão no caminho certo. “Em minha tese de doutorado pude comprovar: os pacientes que não são investigados, ou seja, não se sabem as causas do AVC, representam os casos mais graves e os que mais morrem dentro de um período de cinco anos. Portanto, investigar e acompanhar são ações primordiais”, conclui.



Vivian Nagel é enfermeira pesquisadora do Registro de AVC de Joinville e doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

**Norberto Cabral**

A importância dos dados contínuos e prospectivos no combate ao AVC

Embásado na lei municipal número 7.448, de 12 de junho de 2013, o registro de AVC JOINVASC tem garantida a segurança jurídica e orçamentária para continuar ativo em Joinville/SC. Isso prevê a assistência, pesquisa e extensão, além de aproximar a equipe do programa à família e ao paciente, proporcionando um atendimento humano e completo. A atuação compreende a Intervenção, Dados Demográficos, Genômico e Estudo de Custo e Efetividade.

Uma das grandes vantagens de possuir uma Unidade de AVC e realizar a reperfusão na fase hiperaguda da doença significou uma queda nas mortes de 16% para 9% no Hospital Municipal São José (HMSJ), no período de 2005 a 2006.

Bem-sucedida em Joinville e recomendadas no mundo inteiro, unidades de AVC são bons exemplos e devem ser copiados, para que seja possível mudar a realidade dos pacientes, na visão do médico e pós-doutor em neurologia, Norberto Cabral. “Todas as cidades de Santa Catarina poderiam ter um banco de dados. Ele ajuda a obtermos incidência, prevenção primária, letalidade, qualidade hospitalar, recorrência e mortalidade. Isso é saúde pública baseada em evidência”, enfatiza.

Na unidade do HMSJ, o paciente interna, passa por investigação diagnóstica, tratamento e reabilitação, um modelo misto em que o paciente trata a fase aguda e se reabilita no hospital. “Enquanto muitos hospitais mantém o paciente por apenas seis dias internado, aqui ele permanece por 17 dias, para que haja tempo de reabilitar, porque na rede pública ele não terá a oportunidade de se reabilitar de forma adequada, já que não preconiza o trabalho de um reabilitador. Por isso, o nosso modelo tem este formato, para ser mais efetivo”, explica.

Ter dados de prevalência é importante para planejar as ações em saúde. Segundo o Dr. Norberto, uma cidade com meio milhão de habitantes tem 120 pessoas novas, vítimas de AVC dependentes ao ano, que voltam para a rede pública para prevenção secundária.

Incidência

O AVC mata mais de 7 milhões de pessoas por ano no mundo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo que a média de idade para o primeiro evento é 65 anos. “Teve o derrame, uma proporção vai a óbito, isso se chama letalidade. O paciente que não morreu volta para casa e faz prevenção do segundo, terceiro eventos. Geralmente, os pacientes morrem de Infarto no Miocárdio (IAM) e, posteriormente, demência vascular”, explica. Portanto, a mortalidade depende da incidência e letalidade.

A incidência no Brasil entre 1990 e 2005, segundo Feigin e Cols, caiu, embora, no mundo todo, especialmente em países de baixa renda tenha aumentado. “Observa-se que quando o poder econômico da população aumenta, há um acesso maior à informação e, consequentemente, à prevenção, reduzindo as taxas de AVC”, comenta o Dr.

Ao mesmo tempo, entre 2005 e 2014, houve um aumento de 66% na incidência de AVC em pessoas mais jovens. O perfil, segundo Dr. Norberto tem mudado devido aos maus hábitos alimentares e de estilo de vida, que automaticamente impactam nos riscos cardiovesselares.

A investigação de AVC isquêmico é um desafio mundial, destaca Dr. Norberto. Porém, no Hospital São José, esses dados são avaliados com frequência. “Se não há um diagnóstico causal, o paciente fará recorrência, porque as causas não foram investigadas”, detalha. Sendo assim, “analisamos 82 pacientes com reperfusão somente endovenosa, e comparamos com 31 pacientes com reperfusão endovenosa associada à trombectomia”, relata. “Dos pacientes que fizeram reperfusão endovenosa,

O AVC mata mais de 7 milhões de pessoas por ano no mundo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo que a média de idade para o primeiro evento é 65 anos.



Norberto Cabral é MD, MsC, Ph.D, Pós-Ph.D pela Universidade de Edimburgo (UK), Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente Universidade de Joinville/SC (Univille).

37% estavam independentes nos três meses do procedimento. Já no procedimento combinado, 55% estavam independentes no mesmo período. Comprovamos que temos resultados comparáveis aos ensaios clínicos que atestam e estabeleceram um novo paradigma de tratamento ao AVC no final de 2014”, argumenta.

Ainda segundo estudos realizados em Joinville, detectou-se que 1/4 dos AVCs são cardioembólicos, os que chegam a custar quatro vezes mais do que um AVC simples. “AVC e fibrilação atrial (FA) aumentam com a idade e Joinville está ficando mais velha. Para se ter uma ideia, em 20 anos o número de idosos dobrou, enquanto a população em geral aumentou 50%”, analisa Dr. Norberto.

“É evidente que temos cada vez mais AVCs cardioembólicos. Na curva de sobrevida, citada na tese da enfermeira Viviam Nagel, dos 91 AVCs Isquêmicos causados por embolia cardíaca, 60% morrem em cinco anos, dos vivos, 20% estavam independentes. Então, é um AVC que vai aumentar, que sequela e que mata muito”, alerta.

Para Dr. Norberto, os avanços até aqui já foram significativos, porém é preciso continuar. Algumas práticas devem fazer parte da rotina de todo o profissional de saúde, como palpar o pulso do paciente, para que se ao sinal de arritmia seja feito o eletrocardiograma, por exemplo. “Palpe o pulso, você pode salvar vidas; lute para aumentar a Estratégia da Saúde da Família, ela é mais eficiente para evitar a mortalidade - a exemplo do que conseguimos provar aqui em Joinville - ; tenha como meta a letalidade abaixo de 15% para AVC isquêmico, esse é um parâmetro mínimo de qualidade de assistência; construa seu banco de dados, de base hospitalar ou de base populacional, porque quem tem números tem argumento, informação é poder; e, para finalizar, lute por reabilitação pública de qualidade”, conclui.



Quando o coração treme: faça a diferença!

Por: Norberto Cabral

Médico, MsC, Ph.D, Pós-Ph.D Universidade de Edimburgo (UK), Programa de Pós Graduação em Saúde e Meio Ambiente Universidade de Joinville (Univille).

No ano de 2016, Joinville teve 834 casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Desses, 85% foram isquêmicos e 13% hemorrágicos. A partir destes dados, podemos extrapolar que o Brasil registre 210 mil novos casos ao ano a um custo hospitalar de 1.2 bilhões, o que representa em torno 3% do orçamento total da saúde ao ano. Este é apenas o custo direto, pois para cada AVC, 2/3 são custos diretos e 1/3 são custos indiretos ou sociais.

Um estudo realizado pela enfermeira Juliana Safanelli e colaboradores, mostrou que em 2016, o Hospital Municipal São José (HMSJ) gastou R\$ 4.6 milhões para tratar 834 pacientes com AVC. O custo médio de um AVC isquêmico foi de R\$ 11.288,00. Para o subtipo isquêmico por embolia cardíaca este custo foi de R\$ 40.942,90. Entretanto, a tendência é que esses valores aumentem, pois como a taxa de mortalidade tem caído nos últimos 30 anos, os custos indiretos serão ainda maiores pois a sobrevida aumentará, às custas da queda da taxa de óbitos.

A causa mais comum das embolias do coração a um vaso cerebral é a fibrilação atrial (FA), a mais comum das arritmias cardíacas, presente em até 6% das pessoas com mais de 65 anos de idade. Assim, percebam que a carga de doença do AVC embólico é muito, muito preocupante à saúde pública mundial, pois AVC, FA e a expectativa de vida estão todos em uma ascensão por conta da pressão demográfica. A cidade de Joinville, por exemplo, teve um aumento de 50 % nos últimos 20 anos, enquanto que a população de pessoas com mais de 80 anos teve um acréscimo de 100%.

2016
Joinville

834 casos de **AVC**
Custo R\$ 4.6 milhões

A partir destes dados, podemos extrapolar que o Brasil registre **210 mil novos casos ao ano** a um custo hospitalar de **1.2 bilhões**, o que representa em torno **3% do orçamento total da saúde ao ano**, apenas o custo direto.*



* Para cada AVC

2/3 são custos diretos
1/3 são custos indiretos ou sociais.

AVC cardioembólico e seus horrorosos números em Joinville

Segundo pesquisas da enfermeira e doutora Vivian Nagel Schneider Silva, publicada no International Journal of Stroke (2018):

AVC EM JOINVILLE

- 334 AVCs Isquêmicos em 2010;
- Estratificados em 5 subtipos;
- 5 anos de seguimento;
- 91 eram cardioembólicos;
- Após 5 anos, 60 % dos cardioembólicos morreram;
- Dos sobreviventes, 20% estavam dependentes da família.

Como reconhecer a fibrilação atrial?

Se você ouve um coração fora do ritmo, fora do tic-tac regular, faça um eletrocardiograma. Cheque o pulso!

Os números de Joinville: incidência, mortalidade, recorrência e dependência: tese de mestrado do professor Claudio Amaral, publicada nos Arquivos de Neuropsiquiatria em 2017



O problema é que tem, sim, tratamento público e gratuito. No HMSJ há um Ambulatório de Anticoagulação disponível, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Mesmo assim, há falhas na prevenção primária e secundária de tal maneira que:

Perdemos a oportunidade de tratamento em 2/3 de todos os pacientes com AVC isquêmico cardioembólico.!!

Estima-se que os casos novos de AVC isquêmico, causados por Fibrilação Atrial, custaram em 2017, ao SUS entre R\$ 24 a R\$ 32 milhões, considerando o valor médio de reembolso do SUS por internação de R\$ 1.279,62. FA é um elefante em franco crescimento, precisamos olhar o todo e não só as partes do elefante do problema!

Perdemos a oportunidade de tratamento em 2/3 de todos os pacientes com AVC isquêmico cardioembólico.!!

ONDE ESTAMOS EM JOINVILLE? FATOS!

1

O AVC é três vezes mais frequente nos bairros das zonas Sul e Leste;

2

O custo de AVC CE por FA é 3 vezes maior que um AVC não CE;

3

Não identificamos FA em 50% de todos os AVCs CE: 2/3 das pessoas com AVC e FA não estavam anticoaguladas; 1/3 estavam em uso inadequado de varfarina / NOAC; AVC I CE mata 60% em 5 anos. Dos vivos, 20 % ficam sequelados e não voltam ao trabalho;

4

O uso de anticoagulantes em pacientes com FA previne AVC em mais de 65 % dos casos.

Onde queremos chegar?

Todo agente de saúde deve checar o pulso em visita domiciliar;

Todo paciente com pulso não regular deve fazer um ECG;

Todo paciente acima de 65 anos poderia ter seu CHADS VASC em algoritmo computacional dentro do prontuário eletrônico no final da anamnese da enfermagem, no acolhimento/consulta;

Todo equipe PSF poderia usar o aplicativo (e sugerir aos pacientes) chamado riscômetro de AVC;

Cada novo AVC é marcador, é um evento sentinela, da qualidade da prevenção primária e secundária;

A enfermeira de cada posto onde ocorreu um novo AVC deve ir à visita médica hospitalar durante a fase aguda;

O registro de AVC de Joinville informa a SMS os casos de AVC I CE por FA e seu bairro / unidade de saúde;

Reducir em 50% a quantidade de AVC I CE por FA previamente sabida em 5 anos.

Médicos: sigam os guidelines

Não inicie com prevenção de AVC em pessoas com < 65 anos com FA sem fatores de risco CV (CHA2DS2-VASc escore 0 para homem e 1 para mulher).

Não ofereça somente AAS como monoterapia para prevenção de AVC em pessoas com fibrilação atrial não valvar com CHADVasc maior que 2 pontos

A anticoagulação pode ser feita com vWarfarina, apixabana, dagibatran ou rivoroxabana. Considere anticoagulação em homem com CHAD2 VASC de 1. Veja o risco de sangramento pelo HASBLED. Prescreva anticoagulante oral se CHAD2 VASC \geq 2. Discuta as opções de tratamento com o paciente e a família baseado nos achados clínicos e nas preferências.



**Henrique Diegoli**

Homens entre 55 e 84 anos têm maior incidência de AVC em Joinville

Na busca por reduzir a incidência de Acidente Vascular Cerebral (AVC), as pesquisas epidemiológicas são as principais fontes de informação. Um estudo realizado em Joinville/SC, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2017 aponta que homens entre 55 e 84 anos possuem maior incidência da doença. A proporção aumenta ainda mais para casos de alcoolismo, tabagismo e sobrepeso.

No período, foram incluídos no programa municipal de combate ao AVC, o JOINVASC, 4.928 casos de AVC Isquêmico, 949 com Ataque Isquêmico Transitório (AIT) e 466 AVCs Hemorrágicos.

A média de idade detectada para ambos, no primeiro AVC foi de 66 anos. “De 18 a 45 anos, a incidência bruta de AVC foi semelhante entre homens e mulheres, porém a partir dos 55 anos notificamos um número muito maior de homens chegando com AVC aos hospitais e pronto atendimentos”, detalha Dr. Henrique Diegoli.

Diferenças de gênero

Na literatura, ainda há uma grande divergência de informações sobre as diferenças de gênero para o AVC. O médico comenta que foi necessário comparar o estudo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). “Em Joinville há uma proporção semelhante entre homens e mulheres até os 55 anos. Acima, predominam mulheres, porque os homens evoluem para óbito, principalmente em virtude de doenças cardiovasculares como o próprio AVC”.

O estudo mostrou que dos 55 aos 64 anos há uma incidência quase duas vezes maior de AVC em homens, com aumento até os 84 anos de idade. “Temos pelo menos dez homens etilistas para cada mulher, e no AVC esse é um fator que aumenta o risco; no etilismo social, há quase três homens para cada mulher; no tabagismo também há quase dois homens para cada mulher”, relata.

Também foram avaliados outros fatores de risco como IMC e colesterol, sendo notificados 19% mais sobrepeso entre os homens, porém os níveis de colesterol eram mais descontrolado em mulheres.

Dr. Henrique pontua que alguns estudos epidemiológicos internacionais também apontam índices mais elevados de AVC em homens, entretanto, como existem mais mulheres idosas do que homens é comum se pensar que o AVC afeta mais as mulheres. “É preciso ter muita cautela com relação à interpretação, pois dependendo da análise é fácil se confundir”, destaca.

Prevenção primária pode reduzir em até 90% os casos

A Academia Brasileira de Neurologia (ABN) estima que até 90% dos casos podem ser evitados na prevenção primária. Para iniciá-la, é necessário conhecer os fatores de risco do paciente de ter um AVC nos próximos dez anos. Segundo as diretrizes brasileiras de prevenção cardiovascular, o risco fica entre 5 e 10% em mulheres e 5 e 20% em homens, acima destes níveis sendo risco alto.

A hipertensão tem um nível de evidência alto e que deve ser controlado. “Na população em geral, não se deve manter acima de 140 por 90. E em pacientes de alto risco, abaixo de 130 por 80. A redução bem-sucedida da pressão é mais importante do que a medicação adotada”, enfatiza Dr. Henrique.

Quanto à dislipidemia, o alvo terapêutico em pessoas com alto risco é LDL (colesterol ruim) abaixo de 130, no risco intermediário abaixo de 100 e no alto risco pode ser necessário manter abaixo de 50. “É válido lembrar que pacientes que já tiveram um AVC se enquadram dentro do alto risco”, explica.

Na alimentação, as principais recomendações são reduzir a ingestão de sódio e aumentar a de potássio para reduzir a pressão; apostar na dieta estilo DASH, com ênfase em frutas, vegetais, laticínios com pouca gordura e pouca ingestão de gordura saturada; assim como na dieta mediterrânea, suplementada com nozes. “Para termos uma ideia, cada porção de vegetais diminui em 6% o risco de AVC ao dia. E cada porção de refrigerante, aumenta em 13% a chance de ter a doença”.

Recomenda-se reduzir o peso em pacientes com IMC maior do que 25 (sobrepeso ou acima) para diminuir a pressão arterial e a incidência de AVC. Adultos saudáveis também devem realizar atividade aeróbica moderada a intensa por 40 minutos ao dia, 3 ou 4 dias por semana. “Mudanças dos fatores de risco comportamentais e de tratamentos podem prevenir a doença. Por isso, a prevenção primária deve ser enfatizada sempre, em ambos os sexos”, conclui Dr. Henrique.

Até
90%

dos casos de AVC podem ser evitados na prevenção primária, aponta o estudo *INTERSTROKE*, publicado em 2017 na revista Lancet:



Henrique Diegoli é médico neurologista preceptor da residência de Neurologia no Hospital São José em Joinville/SC, e da residência de Clínica Médica no Hospital e Maternidade São José em Jaraguá do Sul/SC.



Carla Heloisa Cabral Moro

“

A Linha do Cuidado garante o fluxo com funcionamento harmônico entre os diversos serviços e assegura o acesso ao usuário com objetividade, atendimento com início e fim.

”

Linha do cuidado está em fase de construção em Joinville

Preocupada em proporcionar acesso aos serviços de saúde, a Associação Brasil AVC (ABAVC) procurou o Conselho Municipal de Saúde em junho de 2018, para expor as o status atual, os avanços obtidos bem como as necessidades e as dificuldades enfrentadas no atendimento ao Acidente Vascular Cerebral no município. Naquele momento, nascia a esperança de criar a Linha do Cuidado ao AVC, com a formação de um Grupo de Trabalho específico para manter a assistência aos indivíduos sob risco ou acometidos pela doença, com ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação. Desde então, os trabalhos não param. Saiba como tudo tem acontecido, na entrevista com a Dra. Carla Moro.

ABAVC - O que são Linhas do Cuidado (LC) em AVC?

Dra. Carla - Estratégias de estabelecimento de percursos assistenciais, ou seja, o itinerário que o usuário faz dentro de uma rede organizada de saúde.

ABAVC - O que a Linha do Cuidado (LC) define?

Dra. Carla - As ações e serviços a serem desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede; os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário.

ABAVC - Para quais áreas a LC é um instrumento de trabalho?

Dra. Carla - Na Gestão, orientando os gestores no planejamento, programação e avaliação do serviço oferecido; e na Assistência, com roteiro para orientar o profissional de saúde sobre os procedimentos, por meio da construção de protocolos assistenciais baseados na melhor evidência científica e dos respectivos pontos de atenção envolvidos no processo assistencial.

ABAVC - Quais as premissas da LC?

Dra. Carla - A identificação da Atenção Primária à Saúde (APS), como elemento estrutural do sistema; Estratificação de Risco; Equipes multiprofissionais com atuação interdisciplinar; Garantia de referência/contrareferência qualificada entre os diferentes setores. Ela garante o fluxo com funcionamento harmônico entre os diversos serviços e assegura o acesso ao usuário com objetividade, atendimento com início e fim.

ABAVC - Como tem sido estruturada a LC em Joinville?

Dra. Carla - Instituímos um Grupo de Trabalho para mapear a rede os serviços de saúde que precisam ser envolvidas, discutindo cada passo da linha entre os gestores, realizando as pactuações e definindo os fluxos do cuidado. Além de trabalhar para desobstruir entraves burocráticos e garantir que os fluxos do cuidado integral à saúde sejam ininterruptos.

ABAVC - Como será possível manter o funcionamento da LC?

Dra. Carla - Os gestores precisam garantir que os caminhos de acesso aos serviços permaneçam desobstruídos. A LC deve ser vista como um processo de médio e longo prazo, na medida em que envolve mudanças estruturais, de comportamento e atitude dos profissionais envolvidos.

ABAVC - Quais núcleos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde estão envolvidos na construção da LC, sob a coordenação do Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde (NARAS) em Joinville?

Dra. Carla - São vários, como a Atenção Primária; Pré-hospitalar / SAMU; UPAs; Hospital São José (HSJ - Centro de referência III); Hospital Bethesda (Retaguarda/ Longa permanência); Equipe Interdisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD); Serviço Especializado de Reabilitação (SER); Serviço de Reintegração Social; Regulação (Gerências e Centrais); Rede de Atendimento Ambulatorial (AVC Univille, AVC HSJ, Anticoagulação, Neurointervenção); e Assistência Farmacêutica e Laboratório.

ABAVC - Com que frequência o Grupo de Trabalho (GT) se reúne?

Dra. Carla - Quinzenalmente, com pauta estabelecida para garantir a participação de representantes de cada ponto de atenção, para que as ações e a oferta de serviços necessários sejam amplamente discutidas e pactuadas para garantir o percurso assistencial.

ABAVC - Quais são as prioridades do GT?

Dra. Carla - Contrareferência à Atenção Primária à Saúde, acesso a programa de reabilitação prioritário, e Retaguarda à Unidade de AVC do HSJ.

ABAVC - O que é Contrareferência à Atenção Primária à Saúde?

Dra. Carla - É o encaminhamento para o seguimento deste paciente, de extrema importância para dar continuidade e garantia a prevenção secundária instituída na Unidade de AVC. O trabalho de educação realizado durante a internação aborda informações sobre a doença, fatores de risco, conduta frente a novo evento, bem como aderência à prevenção secundária medicamentosa e ou de mudança de hábitos de vida. Porém o paciente necessita de monitoramento em fase inicial, ou seja, existe a necessidade de implantação de busca ativa deste paciente para que se garanta o controle dos fatores de risco e acesso à medicação para que a recorrência seja evitada. Informações e orientações sobre a importância de acesso e assiduidade à reabilitação também passam a ser fundamentais, para o resgate da autonomia, retorno ao trabalho e reinserção à vida digna na comunidade.

ABAVC - O que é a Ficha de Contrareferência para a APS?

Dra. Carla - Um instrumento para busca ativa aos pacientes que não comparecem à consulta previamente agendada na Atenção Primária à Saúde. Um guia para a equipe de atenção primária dar continuidade à prevenção secundária, sendo monitorada a aderência ao tratamento, reabilitação e desfechos vasculares.



Carla Heloisa Cabral Moro é neurologista pelo Hospital de Clínica da Universidade Federal do Paraná; fellow em Neurovascular pela Universidade de Heidelberg, Alemanha; neurosonologista pela Universidade de São Paulo; supervisora do Programa de Residência Médica em Neurologia e fellow em Neurovascular do Hospital São José de Joinville/SC. Atua na Clínica Neurológica de Joinville, e é presidente do Conselho Curador e Fiscal da Associação Brasil AVC.



ABAVC - Como deverá acontecer a continuidade da reabilitação após a alta da Unidade de AVC?

Dra. Carla - Necessitamos ofertar um programa prioritário de reabilitação, para garantir que ela aconteça imediatamente após a alta hospitalar, já com data agendada para o início. O acesso tem que ser imediato e ininterrupto, pois sabemos que nos primeiros 30 dias após o AVC ela deva ser intensiva, diária, e manter-se no mínimo nos primeiros 6 meses promovendo, maiores ganhos na independência. Vale salientar que reabilitação, muitas vezes não se limita à reabilitação física com fisioterapia, é necessário oferta de acesso á terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia idealmente com atendimento multidisciplinar para acompanhamento das questões referentes à linguagem, deglutição segura, cognição e independência para as atividades da vida diária, na busca devolver ao indivíduo acometido a sua condição pregressa ou mais próximo da mesma com retorno à atividade laboral, resgate dos papéis domésticos e qualidade de vida.

ABAVC - Como garantir o acesso amplo e imediato aos pacientes egressos da Unidade de AVC do HSJ?

Dra. Carla - A discussão deste ponto no GT iniciou junto ao Serviço Especializado de Reabilitação (SER), que propôs critérios para prioridade no atendimento. Também estão em andamento discussões com a Associação de Deficientes Físicos de Joinville (ADEJ) e a Associação Catarinense de Ensino (ACE), para pactuação com estes serviços a fim de determinar as competências de cada serviço em relação à capacidade de estrutura física instalada e de recursos humanos.

ABAVC - Quais critérios de inclusão e exclusão para o SER?

Dra. Carla - Como indicadores prognósticos os Critérios de Inclusão são: o paciente deve ser egresso da U AVC do Hospital Municipal São José de Joinville, menos de 2 meses da lesão mais recente idade \leq 65 anos, índice de Barthel modificado < 80 ou disfagia ou afasia com cuidador responsável, com condição de transporte e assiduidade. Já como Critérios de Exclusão destacam-se: comorbidade clinicamente descompensada Escala de Rankim modificada de 4 ou 5, e outras deficiências prévias como: déficit visual significativo, demência.

ABAVC - E os indicadores prognósticos?

Dra. Carla - Aumento da pontuação no mRankim, aumento da pontuação no mBarthel, independência na realização de atividades da vida diária, liberação do cuidador, retorno às atividades laborais, redução com custos medicação, fraldas, sondas. O fluxo para este encaminhamento está em fase de ajustes, sendo o objetivo principal garantir o acesso imediato e de qualidade após a alta hospitalar.

ABAVC - Qual é a prioridade nos leitos para retaguarda no Hospital Bethesda?

Dra. Carla - Este é um ponto em discussão, pois é necessária a disponibilização dos leitos da UAVC do HSJ, para os pacientes de fase aguda e subaguda imediata, sendo que quando existe necessidade de prolongar a internação, mas não necessariamente em hospital de nível terciário o caminho é o leito de retaguarda. Este período de internação na retaguarda é muito importante para o restabelecimento do paciente, bem como período de educação e treinamento do familiar/cuidador para o cuidado pós-alta.

ABAVC - Quais os critérios para internação em leito de retaguarda?

Dra. Carla - Definimos no GT os critérios para este leitos: paciente clinicamente estável, investigação etiológica realizada, prevenção secundária instituída. Assim, deverá ser encaminhado para ajuste de anticoagulação, completar antibióticoterapia, prolongar a reabilitação intensiva (diária) e para a realização de gastrostomia endoscópica.

ABAVC - Quais outros temas estão sendo discutidos?

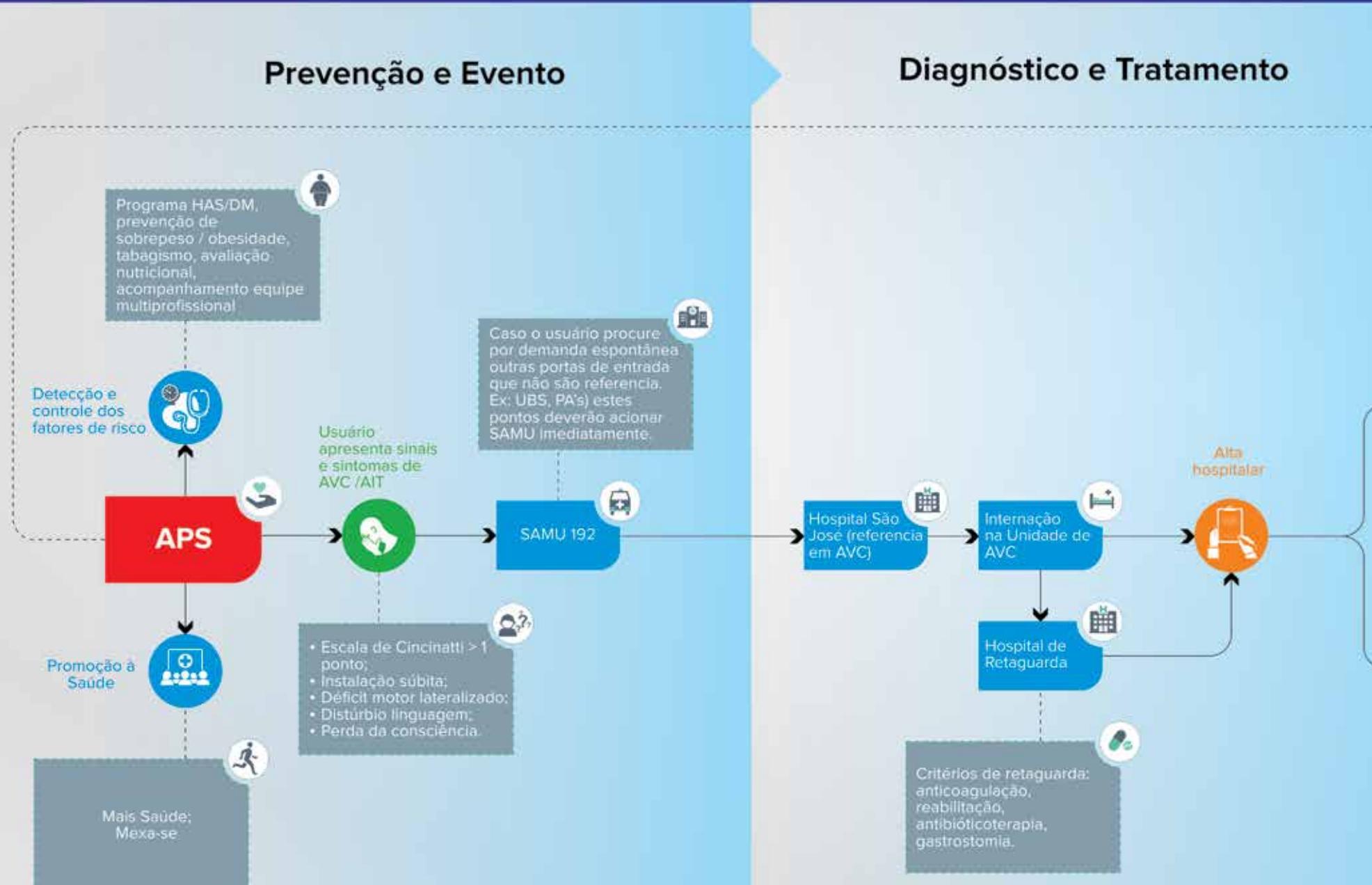
Dra. Carla - O papel das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), pois elas não devem de modo algum ser referenciadas para o atendimento inicial ao AVC. A população deve ser sempre orientada que na suspeita de AVC o contato seja feito com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e se o paciente chegou à uma UPA a equipe esteja treinada para reconhecer o AVC e o SAMU deve ser acionado. Estamos discutindo também a implantação da Notificação Compulsória, bem como acesso aos novos anticoagulantes, pois estes medicamentos são custos efetivos e não podemos deixar de disponibilizar nos casos indicados.

ABAVC - Qual a previsão para início da operação da LC em Joinville?

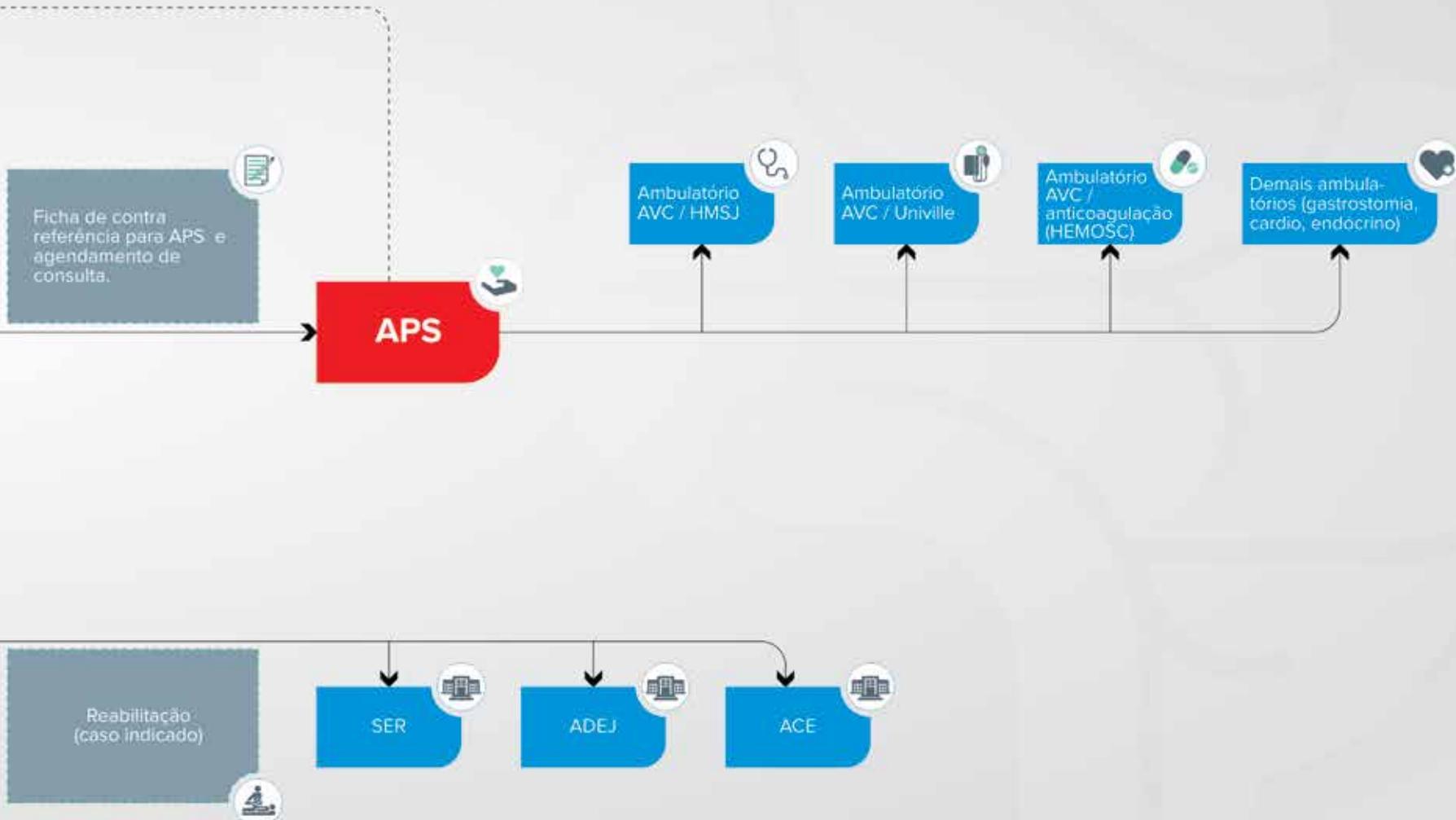
Dra. Carla - Ainda estamos aguardando alguns ajustes para a melhor pontuação dos serviços para que o fluxo assistencial seja garantido ao usuário ininterruptamente. O objetivo é que a Linha do Cuidado esteja totalmente implantada a partir de junho de 2019.



FLUXOGRAMA: Linha do cuidado está em fase de construção em Joinville



Prevenção Secundária / Reabilitação





Camila Antunes Bacin

LAB AVC muda a realidade de pessoas na Serra Catarinense

A cidade que possui as mais belas paisagens do frio de Santa Catarina tem se tornando conhecida também pela criação da Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC). Implantada em dezembro de 2017, em Lages, na Serra catarinense, a iniciativa conquistou recentemente um reconhecimento internacional.

O caminho trilhado até o momento exigiu persistência e empenho dos profissionais envolvidos. Muitos estudos subsidiaram a iniciativa, que teve início em 2013. "Buscamos evidências para propor aos gestores públicos a melhor medida preventiva para o AVC. Conhecendo o JOINVASC tivemos a certeza de que seria possível criar algo semelhante", lembra a enfermeira Camila Bacin.

Segundo ela, Lages tinha na época, a maior taxa de mortalidade por AVC do Estado. Sobreponha inclusive os índices nacionais, com 136 casos de óbitos pela doença a cada 100 mil habitantes.

Camila buscou apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), e conseguiu subsidiar o Laboratório de Inovação para o Enfrentamento do AVC – LAB AVC. O projeto financiou uma bolsa de estudos para que o enfermeiro André Faria participasse do projeto

Centro Especializado de Reabilitação-CERII

Lá, conseguimos dar assistência aos pacientes, apoio aos familiares e cuidadores.

especificamente no desenvolvimento do Sistema de Apoio a Linha de Cuidado ao AVC-SISAVC, permitindo o compartilhamento de informações no momento da alta da pessoa com AVC.

O LAB AVC, além do sistema e das capacitações na Linha de Cuidado ao AVC viabilizou clínica de fisioterapia para idosos em reabilitação pós-AVC dentro do Asilo Vicentino.

“

Ao JOINVASC, parabéns pela medicina neurológia que aplica. Foi com vocês que aprendemos a aplicar o que temos hoje”, complementa a enfermeira.

”

Outro ponto forte da linha de cuidado na rede de atenção se refere ao Centro Especializado de Reabilitação-CERII. “Lá, conseguimos dar assistência aos pacientes, apoio aos familiares e cuidadores”.

Também foi desenvolvido um banco de dados informatizado, que já conta com o cadastro de 500 pacientes. Assim que ingressam no Hospital Nossa Senhora dos Prazeres eles são inseridos no SISAVC. O trabalho é feito pela equipe do programa. “Todos os estabelecimentos de saúde também estão cadastrados no sistema, em que geramos relatórios do plano terapêutico, avaliação neurológica, com histórico e acompanhamento completo”, explica Camila.

O fortalecimento do Lab AVC se deu no momento em que familiares e pessoas com AVC participaram da proposta, inclusive nas campanhas de prevenção junto a sociedade. Outra ação foi junto às equipes ampliando e compartilhando histórias sobre o cuidado. “A equipe que cuidou longitudinalmente da pessoa com AVC e seus familiares, condecorou-os em uma cerimônia pública com a medalha, onde estava escrito: ‘AVC, Eu me Importo’. Por sua vez, a pessoa com AVC e seus familiares, sem que a equipe soubesse entregou outra medalha à equipe, deste vez com a seguinte frase: ‘Obrigado por se Importarem’. ‘A Gratidão atrai novas graças’! Essa atitude, valorizou equipe e familiares”, ressalta Camila.

O LAB AVC conta ainda com um trabalho de orientação preventivo realizado com campanhas em escolas, na comunidade, empresas, emissoras de rádios e TV.



Camila Antunes Baccin é doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, (UFSC). Especialista em emergência e terapia Intensiva na A Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Pesquisadora do LAPETEC GIATE-UFSC. E coordenadora do Lab-AVC.

O projeto é tão expressivo no meio em que atua que recebeu em 2018 um reconhecimento da Organização Pan Americana de Saúde e Ministério da Saúde – OPAS/MS no Seminário Internacional de Educação e Saúde que ocorreu no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Com a certificação, o LAB AVC será disponibilizado no Laboratório de Inovações em Educação na Saúde para ser compartilhado com países da América Latina e outros Estados do Brasil. “Temos uma experiência exitosa e que agora serve de modelo. O trabalho continua e só temos que agradecer Joinville por ser nossa referência em qualidade de assistência no Estado”, enfatiza Camila. “Ao JOINVASC, parabéns pela medicina neurológia que aplica. Foi com vocês que aprendemos a aplicar o que temos hoje”, complementa a enfermeira.

A própria meta, que deve se concretizar em breve é a publicação do Primeiro Estudo Epidemiológico dos Fatores de Risco, pesquisa que está em fase de conclusão.





Sandra Issida Gonçalves

A vida após o AVC

No auge da carreira profissional, o gerente de Tecnologia da Informação de uma multinacional, Renato Mariz Gonçalves entrou para uma estatística que jamais imaginou. Após uma viagem de trabalho aos Estados Unidos e Canadá, em março de 2011, sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) no tronco cerebral, responsável por todo movimento do corpo. A falta de diagnóstico rápido e preciso causou sequelas permanentes: ele não anda, não fala e não come. Apenas o sistema cognitivo e os olhos foram preservados.

Renato é uma das 17 milhões de pessoas que sofrem AVC no mundo todos os anos; e uma das 26 milhões de pessoas que perderam a possibilidade de retornar ao mercado de trabalho, gerar renda e produtividade.

De acordo com a esposa do paciente, Sandra W. Gonçalves, a principal dificuldade na época foi a falta de diagnóstico. “Vários médicos o atenderam e nenhum foi a fundo para descobrir o que realmente estava acontecendo.

Parecia que ninguém o ouvia. Estava com a pressão alta, dor de cabeça que iniciava na nuca e terminava na testa. Perdeu forças nas pernas, teve vômitos intensos e mesmo assim descartaram o AVC”, lembra.

“

Foi um choque no início, parecia surreal, uma novela com outros personagens. O Renato nunca tinha ficado doente antes. Ele era uma fortaleza, sempre fez check-up anual. Mas aceitamos com gratidão, pois ele não morreu.

”

AVC: quem paga essa conta?

Hoje, aos 52 anos, Renato recebe tratamento hospitalar em casa, devido zelo da família. "Fazemos o possível para dar dignidade e oportunidade dele direcionar a vida da forma mais adequada", destaca Sandra.

Os custos acarretados por esta condição tão devastadora na vida da família ainda são pouco desconhecidos pela sociedade, na visão da esposa. "Ninguém fala abertamente e, por isto, queríamos alertar a população de que, se acontecer, esta conta pode vir para você!".

O custo do homecare de Renato fica em torno de R\$ 25.000,00 ao mês. O valor cobre despesas de pessoal 24h, equipe multiprofissional, medicamentos, insumos e dieta. Custos com higiene pessoal, alimentação da equipe, despesas da casa e outros ficam por conta da família.

Equalizar as receitas com as despesas é um desafio que muitas outras pessoas passam hoje. Por isso, Sandra acredita na missão de propagar informação a fim de despertar interesse pelo assunto AVC na sociedade. Este fato também levou Sandra e Renato a fundarem a Associação Mineira do AVC (AMAVC), entidade presidida por ela. "Estamos tentando entrar nesse universo aos poucos. Nas palestras, redes sociais e visitas domiciliares tentamos inspirar pelo exemplo da nossa história. As pessoas acreditam que ter o AVC é o fim da linha e não é! Mostramos que vale a pena lutar e ter fé, que existem pessoas em situação pior e mesmo assim não desistiram", relata.

O tempo do paciente é dedicado às terapias multiprofissionais e à superação. Renato escreveu um livro "A leveza que a vida tem e o AVC", utilizando um computador com mouse óptico, contando sua história de superação. "Foi um choque no início, parecia surreal, uma novela com outros personagens. O Renato nunca tinha ficado doente antes. Ele era uma fortaleza, sempre fez checkup anual. Mas aceitamos com gratidão, pois ele não morreu".

Informação que vale ouro

Para Sandra, se houvesse informação e acesso aos hospitais com tratamento correto na época, certamente Renato e tantas outras pessoas não teriam sequelas, muitos ainda estariam vivos. "Acredito que estamos diminuindo distâncias entre médicos, profissionais da reabilitação, gestores e sociedade com os pacientes de AVC. O cérebro ainda é um órgão do corpo humano muito desconhecido e tenho certeza de que logo avançaremos para que não haja mais sequelas irreversíveis", complementa.



Sandra Issida Gonçalves é formada em Marketing pela ESPM, Escola Superior de Propaganda e Marketing - São Paulo/SP. Consultora em Marketing para pequenas e médias empresas - Campinas/SP. Sócia proprietária da loja No Frontiers Esporte e Lazer - Lagoa Santa/MG. Participou da diretoria da Associação Comercial e Industrial de Lagoa Santa, do Conselho da Mulher, do Conselho Comunitário de Segurança Pública e outros, como voluntária. Fundou a AMAVC - Associação Mineira do AVC em 2012 e está como presidente em seu terceiro mandato. Participa do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais com uma cadeira para Entidades e da diretoria do FOPAD - Fórum de entidades de MG.



Ceará muda a realidade de pacientes com Rede de Atendimento de Emergência ao AVC



Fábricio Oliveira Lima

O Acidente Vascular Cerebral ainda permanece como a doença que mais mata no Estado do Ceará. Porém, essa realidade vem mudando. Em 2005 foi criada a primeira Unidade de AVC no Hospital Geral Doutor Waldemar Alcântara. Sua criação foi fundamental para oferecer cuidados subagudos aos pacientes, além de prestar um grande serviço de reabilitação e orientação sobre os fatores de risco para a população.

O desenvolvimento de um plano de ação integral e integrada para o AVC, idealizado pelo médico neurologista João José Carvalho mudou a realidade do reconhecimento e tratamento do AVC no Estado do Ceará.

Primeiro, foi preciso conhecer a realidade da população com um trabalho de georeferenciamento iniciado em 2006. Notou-se que 92% das mortes ocorriam em 19 hospitais da cidade de Fortaleza, locais escolhidos para a realização de um estudo de base hospitalar que revelou informações importantes servindo de base para diversas ações de saúde pública. O estudo mostrou que 40% dos AVCs eram recorrentes, “a taxa de investigação era pequena, e as terapias de reperfusão somente eram realizada em 1.8% dos pacientes. Havia um grande caminho a ser percorrido”, conta Dr. Fábricio Oliveira Lima.

O progresso no trabalho culminou em 2009 na criação da segunda unidade de AVC do Estado, no Hospital Geral de Fortaleza. Ela possui 20 leitos, dois deles exclusivos para trombólise. Presta atendimento para AVC agudo e subagudo com reabilitação precoce e chega a atender de 800 a 900 pacientes ao ano.

“

Houve uma evolução na chegada dos pacientes em tempo hábil à primeira instituição. De 2009 a 2010, 33% dos pacientes chegavam dentro das primeiras duas ou três horas. Depois, aos poucos, aumentamos para 72% em 2014. Isso demonstrou um potencial de oferecer tratamentos que mudam a história natural da doença cerebrovascular isquêmica.

”

Orientação e conscientização

Para que os pacientes tivessem mais formas de acesso ao hospital, em 2014 o programa de cuidado foi implementado de maneira mais organizada, com campanhas educativas, maior conscientização das equipes de emergência e SAMU, bem como maior disponibilidade de leitos. “Houve uma evolução na chegada dos pacientes em tempo hábil à primeira instituição. De 2009 a 2010, 33% dos pacientes chegavam dentro das primeiras duas ou três horas. Depois, aos poucos, aumentamos para 72% em 2014. Isso demonstrou um potencial de oferecer tratamentos que mudam a história natural da doença cerebrovascular isquêmica”, relata.

O surgimento de uma unidade para atender toda região metropolitana do Estado



Fabrício Oliveira Lima é especialista em neurologia e clínica médica. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de Harvard e doutor em Neurociências pela UNICAMP. É chefe da Unidade de AVC do Hospital Geral de Fortaleza e professor do programa de pós-graduação em Ciências médicas da Universidade de Fortaleza.

resultou em um acréscimo na frequência de trombólise endovenosa de 1.5% em 2010 para 8,5% em 2014.

O médico explica que quando os pacientes procuram o hospital por meio de um veículo próprio a taxa de trombólise fica em 6,6%; quando chega com o SAMU ela vai a 13,5%. Porém, apesar de muitos avanços, somente 7,2% das pessoas são transportadas pelo SAMU, um sistema pouco utilizado por razões que vão desde a infraestrutura reduzida até a falta de esclarecimento da população. “Quando o paciente vai primeiro ao Pronto Atendimento para depois ser encaminhada ao hospital referência de AVC, a chance dele ser trombolizado diminui em 30%. Ainda precisamos quebrar esses entrepostos, para que as pessoas procurem diretamente o hospital de referência”, destaca.

Mudanças simples agilizam atendimento

Em Fortaleza, até 2016, o paciente chegava à emergência e era encaminhado ao acolhimento; reconhecidos os sinais de AVC, ele era transferido à tomografia e transportado à unidade de AVC, para ser trombolizado. O tempo de porta-agulha ficava em torno de 50 minutos. Porém, isso precisava mudar e a partir de 2017, o protocolo de atendimento passou por alterações graças a um time de profissionais dedicados e bem treinados.

Hoje, já na emergência, o paciente passa pela pré-notificação, toda a equipe (incluindo a radiologia) se prepara para receber o paciente e a trombólise passou a ser feita na mesa da tomografia; junto com isso são realizados os exames mais avançados para seleção de pacientes com possibilidade de trombectomia.

“Com mudanças simples, o tempo de porta-agulha passou de 55 para 27 minutos”, enfatiza Dr. Fabrício.

Melhorar a realidade do AVC no Estado continua sendo uma prioridade. Uma terceira unidade de atendimento foi criada em Quixeramobim, em 2018, com dez leitos, e em um futuro próximo a cidade de Sobral no Norte do estado também será contemplada.

“A meta é que 95% dos cearenses estejam a menos de duas horas de um centro capaz de oferecer tratamento de fase aguda para o AVC isquêmico” explica o Dr. Fabrício.



Aplicativo
contribui com
a notificação
compulsória

Tornar o Acidente Vascular Cerebral (AVC) uma doença de Notificação Compulsória no Estado do Ceará foi um grande avanço obtido em 2014, pelo Programa de Atenção Integral e Integrada ao Acidente Vascular Cerebral idealizado pelo médico neurologista Dr. João José Carvalho. O trabalho funciona em três eixos: Epidemiológico, no estudo da mortalidade; o Assistencial, para atendimento de forma organizada, controle de fatores de risco e atendimento precoce; e o Educativo, com ênfase na prevenção primária e reconhecimento adequado dos sintomas de AVC.

Com base nos eixos epidemiológico e assistencial é possível perceber que o AVC é tão negligenciado que em 2009 foi lançada uma portaria que estabeleceu a doença cérebro vascular como de notificação compulsória no Estado do Ceará. Ela foi normatizada em 2014 por um comitê estadual de combate ao AVC.

Para facilitar essa notificação foi criado um aplicativo acessível à população. Com ele é possível, por exemplo, aprender a identificar os sinais do AVC e ligar de forma urgente para o SAMU. Mesmo intuitivo, o aplicativo, que teve alta adesão no início, passou a ter baixa utilização ao longo do tempo no Ceará, sendo que serão necessárias campanhas de incentivo para o uso.

De acordo com o médico neurologista, Dr. Fabrício Oliveira Lima, existe um planejamento de novos estudos para reavaliar se houve melhora no reconhecimento do AVC de 2014 até o momento. Com esses dados será possível analisar a redução do custo da doença na população, fazer a busca ativa de pacientes que ficam a mercê do sistema público de saúde e que sofrem com retardo de notificação, terapia não otimizada, piora no controle dos fatores de risco e aumento da mortalidade.

“Apesar de sermos um Estado com baixo poder aquisitivo, temos estratégias que podem ser replicadas e servir de exemplo para outras regiões. Todo trabalho feito até aqui representa um grande avanço, mas ainda é preciso avançar e evoluir”, conclui Dr. Fabrício.





Dr. Pedro Magalhães

O tempo que vale uma vida

As doenças cardiovasculares foram responsáveis por 27% dos óbitos em Santa Catarina em 2015, segundo a Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Dive/SC), matando mais do que qualquer outra doença. O destaque é de aumento significativo de Acidentes Cardiovasculares (AVCs) em jovens, sendo que no município de Joinville, mais de 10% dos casos acometeram pessoas abaixo dos 45 anos.

O dado é preocupante, afirma o médico neurologista Dr. Pedro Magalhães. “Precisamos urgentemente de melhores políticas de prevenção cardiovascular, inclusive para os jovens”.

O paciente com suspeita de AVC precisa ter atendimento o mais rápido possível, por isso, detectar os sinais da doença é muito importante. “O AVC pode causar danos irreversíveis. Quanto antes o paciente chegar ao hospital de referência, maior a chance de se recuperar e menor a quantidade de neurônios que serão perdidos”.

Para que tais perdas sejam minimizadas, um trabalho constante de capacitação é realizado com equipes que atuam no sistema de saúde, em especial na Unidade de AVC, localizada no Hospital Municipal São José (HMSJ). “Cada etapa é determinante para o resultado final. Se uma delas não funciona, não existe resultado satisfatório”, comenta.

“É preciso que o paciente ou terceiros identifiquem os sinais e sintomas do AVC, que o serviço de atendimento (ambulância) pré hospitalar aja rápido levando o paciente para um hospital capacitado para o tratamento e que o hospital esteja preparado para receber esse paciente”, pontua.

A rapidez no atendimento é fundamental para a sobrevivência e reabilitação do paciente. “Dois milhões de neurônios são perdidos por minuto em um AVC grave”, revela Dr. Pedro.

Sinais e Sintomas do AVC

Os sintomas descritos, não ocorrem somente nos AVCs, mas são um alerta!

- | | |
|---|--|
|  Alteração do movimento e/ou da sensibilidade em uma parte do corpo. |  Alteração da visão, como visão dupla e/ou dificuldade para enxergar. |
|  Dificuldade para falar e/ou entender. |  Tontura, alteração no equilíbrio (andar como bêbado). |
|  Dor de cabeça intensa e súbita. |  Náusea/vômito, dificuldade para engolir e/ou perda da consciência (desmaio). |

Mas e você, sabe o que acontece quando o cérebro entra em isquemia?

Um coágulo entope a artéria que leva sangue para o cérebro. Neste exato momento o cérebro entra em sofrimento e os neurônios começam a morrer. Como a perda neuronal é progressiva, quanto mais rápido for instituído o tratamento, maior será a quantidade de neurônios salvos, aumentando a chance de recuperação do paciente. Este tempo entre os sintomas até o tratamento chama-se “janela terapêutica” e ela é extremamente curta, cerca de 4,5 a 6 horas, na maioria dos indivíduos. “Por isso nós insistimos de o tempo é fundamental para que se possa tratar o paciente, restabelecendo a circulação de sangue no cérebro e permitindo a recuperação com o mínimo de sequelas. Tempo perdido é cérebro perdido”, justifica Dr. Pedro.

Dr. Pedro aponta que o atendimento especializado em Unidade de AVC aumenta a chance de boa recuperação em 14%; que medicamentos que dissolvem o coágulo (trombolíticos) aumentam as chances de um bom resultado em até 30%; e que o tratamento da extração mecânica do coágulo (trombectomia) é extremamente efetivo, proporcionando o aumento das chances de independência do paciente em até 50%.

Como tempo vale uma vida, o médico aconselha alertar toda família sobre os principais sinais do AVC. “Boca torta, perda de força em um dos lados do corpo, dificuldade de entender ou falar alguma coisa. Diante de qualquer um desses sintomas a pessoa tem que ser levada imediatamente para avaliação em um hospital de referência. O procedimento ideal é ligar para o SAMU (192), que acionará o resgate com ambulância e encaminhará o paciente imediatamente para o serviço de referência em AVC. O tratamento começará já na ambulância e a equipe no hospital estará pronta para receber o paciente e agir com rapidez”.

O sucesso no atendimento é uma somatória de serviços que reúne uma rede de atendimento altamente qualificada. Em Joinville, dentro desta grande coordenação de equipes, também há o apoio da Polícia Militar para o resgate aéreo de pacientes em localidades na qual o transporte terrestre seja demorado. Como grandes desafios, temos a necessidade de manter funcionando esta complexa rede, além de organizar hospitais de retaguarda, instituir prevenção secundária (evitando-se um novo AVC) e acesso a uma reabilitação neurológica adequada.

“Tempo perdido é cérebro perdido”



Pedro Magalhães é neurologista pelo Hospital Municipal São José (HMSJ), Joinville/SC - Neurorradiologia Diagnóstica e Terapêutica SCMPA, Porto Alegre/RS. Research fellow no Hospital Ronald Reagan da UCLA, Los Angeles – EUA; preceptor do Programa de Residência Médica em Neurologia e fellow em Neurovascular do HMSJ. É membro da Academia Brasileira de Neurologia e da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares e especialista em Neurorradiologia.

A professional man with dark hair and a beard, wearing a dark suit, white shirt, and patterned tie, is speaking into a handheld microphone. He is gesturing with his hands as he speaks. The background is a blurred indoor setting, possibly a conference room or lecture hall.

Relação
custo x benefício
no AVC ainda é um
grande desafio

A partir do momento em que os países desenvolvidos começaram a cuidar melhor da prevenção primária diminuiu-se a incidência de Acidente Vascular Cerebral (AVC), segundo estudo de Feigin, em 2016. Enquanto isso, no mundo inteiro, em países não desenvolvidos as taxas continuam aumentando, de fato que 10% das mortes no mundo estão relacionadas à doença.

Estima-se que das 6.45 milhões de mortes relacionadas ao AVC globalmente, 75% acontecem nos países em desenvolvimento. Tão grave quanto às mortes, é o impacto na qualidade de vida do paciente que sofre um AVC. Das 112.9 milhões de DALYs (Disability Adjusted Life Years), ou seja, anos de vida perdidos ajustados por incapacidade relacionados ao AVC globalmente, 81% são registradas nos países em desenvolvimento. “Essa realidade mostra que países com menos recursos são os que têm mais pacientes sequelados gerando um maior custo nos cuidados pós AVC”, explica o neurologista Dr. Pedro Magalhães.

Os orçamentos em saúde estão cada vez mais limitados, na mesma proporção em que o AVC se tornou uma epidemia generalizada. Quem tem acesso à saúde suplementar possui maior chance de evitar a doença, porém, 70% dos pacientes estão na rede pública, onde as estratégias de prevenção primária (controle de fatores de risco para a doença) são marcadamente ineficazes. “A desigualdade é a marca registrada do sistema de saúde brasileiro”, enfatiza o médico.

Os gastos são o principal desafio. A melhor saída, segundo o doutor é implementar terapias comprovadamente eficazes e custo-efetivas. Como o atendimento especializado em unidade de AVC, que aumenta a chance de boa recuperação em 14%; medicamentos que dissolvem o coágulo (trombolíticos) e aumentam as chances de um bom resultado em até 30%; e o tratamento da extração mecânica do coágulo (trombectomia), por ser extremamente efetivo e proporcionar o aumento das chances de independência do paciente em até 50%.

A análise de custo-efetividade tem impacto crítico na sustentabilidade das políticas de saúde, com efeitos diretos na organização dos sistemas de cuidado. É ela quem deve, ou devoria guiar, as políticas de saúde para garantia de um atendimento de qualidade, sobretudo no que diz respeito à abordagem de fase aguda. “Tratar o AVC é comprovadamente custo-efetivo, portanto, por mais escassos que sejam os recursos financeiros, as abordagens que comprovadamente aumentam as chances do paciente e ainda economizam dinheiro deveriam ser priorizadas, enfatiza Dr. Pedro. “A unidade de AVC, por exemplo, é altamente eficaz do ponto de vista clínico, populacional e financeiro, gerando real impacto no sistema de saúde”.

Dr. Pedro destaca ainda que o custo no AVC no curto prazo inclui desde o transporte,

“

Tratar o AVC é comprovadamente custo-efetivo, portanto, por mais escassos que sejam os recursos financeiros, as abordagens que comprovadamente aumentam as chances do paciente e ainda economizam dinheiro deveriam ser priorizadas, enfatiza Dr. Pedro.

”

imagem, tratamento rtPA, trombectomia, outras medicações e materiais, eventos adversos e custos profissionais e hospitalares. Já em longo prazo Internações recorrentes por AVC incluem internações por complicações clínicas, cuidados domiciliares, reabilitação, perda produtiva do próprio paciente e até mesmo de familiares, além de custos previdenciários e cuidados informais.

A relação custo-benefício na saúde pode ser quantificada pela QALY “Quality Adjusted Life Year” que traduz a equação dos anos de vida ajustados a qualidade. 1 QALY é igual a 1 Ano de saúde perfeita. “Ou seja, quanto você pagaria a mais para ganhar + QALY?”, questiona o médico. A maioria dos países utiliza o limiar de 20 mil dólares por ano, ou seja, este valor para livrar o indivíduo de um ano da doença.

Um estudo pioneiro que acompanhou prospectivamente o custo do tratamento do AVC em Joinville pelo SUS, realizado em 2017, demonstrou pela primeira vez em países em desenvolvimento que a trombectomia é economicamente viável no ambiente de saúde pública. “Estamos comprovando em Joinville o que está sendo discutido atualmente nos países desenvolvidos. Para se ter uma ideia do quanto importante é o manejo racional do sistema de saúde, atualmente estudos demonstram que o gestor que investe no melhor tratamento para o AVC tem 98% de chances de economizar recursos no longo prazo. Então, precisamos cada vez de mais de dados de custo e efetividade para convencer os gestores de que investir nos tratamentos comprovadamente eficazes transforma e viabiliza o sistema”, conclui Dr. Pedro.

**Juliana Safanelli**

Custo do AVC: estudo revela a importância da administração dos recursos da saúde

A sustentabilidade futura do sistema de saúde no Brasil é um tema que preocupa muitos profissionais da área. A enfermeira Juliana Safanelli é um exemplo claro disso. Para levar o assunto a conhecimento público, elaborou o Estudo do Custo Hospitalar do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Hospital Municipal São José (HMSJ), como dissertação do mestrado em Saúde e Meio Ambiente que cursou na Universidade da Região de Joinville (UWniville).

Referência no atendimento do AVC nas regiões Norte e Nordeste de Santa Catarina, o HMSJ compreende uma demanda de aproximadamente um milhão de pessoas. “Estima-se que, localmente, dois terços destas pessoas sejam usuárias do SUS”, enfatiza Juliana.

No país, segundo o Ministério da Saúde, aproximadamente 150 milhões de pessoas dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), em que os recursos são escassos e subfinanciam os custos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o AVC é considerado uma doença dispendiosa principalmente, por possuir índices elevados de

mortes prematuras, incapacidade contínua em grande parte dos sobreviventes, pelos prejuízos gerados ao paciente e seus cuidadores e reflexos nos serviços de saúde. “Embora os avanços tecnológicos nas técnicas de reperfusão, somadas ao aumento das unidades de AVC nos hospitais tenham permitido uma investigação mais refinada e um tratamento mais efetivo para o AVC, apenas 1% da população nacional tem acesso a estes serviços”, ressalta Juliana.

No país, segundo o Ministério da Saúde, aproximadamente 150 milhões de pessoas dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), em que os recursos são escassos e subfinanciam os custos.

O AVC não é apenas uma importante condição clínica e de saúde pública, mas sua assistência envolve vários aspectos econômicos, com custos que englobam um amplo arco. Para o paciente, se estende do tratamento hiperagudo à reabilitação tardia, e na esfera econômico-social se estende da perda súbita da capacidade de trabalhar até a aposentadoria precoce. “Em todo o mundo, o AVC é um enorme desafio para o desenvolvimento econômico global, tanto do ponto de vista estatal como privado, e os estudos de economia em saúde podem auxiliar significativamente a sustentabilidade destes serviços”, reforça.

Mundialmente percebe-se uma preocupação com os gastos em saúde e o progressivo envelhecimento populacional, que somado ao crescente aumento na prevalência da hipertensão e do diabetes contribuem para o aumento da carga de morbidade do AVC. “Todos os países precisam planejar políticas públicas baseadas em evidências sólidas para efetivo combate dessa epidemia”, estima Juliana.

Os resultados de sua pesquisa mostraram que a Unidade de AVC é custo-efetiva e que esses resultados serão úteis para outros estudos de economia em saúde no Brasil. E concluíram que existe a necessidade de estudos que avaliem custo efetividade das novas técnicas de tratamento na fase aguda do AVC.

Uma proposta de pesquisa que está sendo implementada em parceria com o JOINVASC é avaliar o custo da Linha do Cuidado do AVC, desde seu atendimento na atenção básica, hospitalar, reabilitação e o custo “social” indireto que o paciente terá no seu domicílio .

Sendo assim, a enfermeira conclui que os custos ao atendimento público do AVC irão aumentar nos próximos anos no Brasil. Isso se deve a pressão demográfica, causada pelo aumento da expectativa de vida; a pressão epidemiológica causada pelo o aumento da prevalência do AVC, as quais por sua vez, aumentarão a massa de pessoas a serem reabilitadas; e por fim, a pressão da evolução tecnológica. “Por tudo isso, é importante que os gestores repensem a forma de administrar os finitos recursos públicos em saúde”, finaliza.



Juliana Safanelli é enfermeira do Registro de AVC de Joinville/SC, o JOINVASC. Mestre no curso de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente na Univille.



Alexandre Luiz Longo

AVC ainda é desafio de saúde pública

A pesquisa clínica é considerada a forma mais precisa para especificar a evolução terapêutica nos quadros de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Um trabalho que tem se difundido gradativamente ao longo dos anos, na medida em que a popularidade sobre a doença aumenta. No Brasil, ganhou força a partir de 1996, com a formação da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV), que representa médicos neurologistas e profissionais de saúde interessados na educação, prevenção, tratamento e reabilitação de pacientes.

Essenciais pra avançar no combate a doença, os estudos subsidiam práticas diárias no atendimento. É o que pode ser visto na primeira Unidade de AVC do Brasil exclusiva para o atendimento de pacientes, em funcionamento desde 1997, no Hospital Municipal São José em Joinville/SC.

Outra grande aliada do país, criada em 2014, é a Rede Nacional de Pesquisa em AVC, que se dedica a reduzir o impacto da doença cerebrovascular na população brasileira através da investigação científica. A rede é formada por pesquisadores de instituições brasileiras para desenvolver projetos multicêntricos epidemiológicos, pré-clínicos e clínicos, com elevado potencial de impacto social, sob o objetivo comum de contribuir para o combate à doença cerebrovascular na população brasileira através da investigação científica aplicada a realidade nacional.

Os benefícios não ficam somente no presente, os estudos fornecem embasamento para discutir e planejar ações futuras. Como mostra a World Health Statistics, que em 2004 apontava a mortalidade por doenças cerebrovasculares no mundo em 9.7% e identifica que chegará em 2030 a 12.1%. Além das mortes, o estudo aponta que doença é responsável por infartos silenciosos, internações múltiplas, comorbidades, infecções de repetição, prejuízo laboral, demência vascular, incapacidade e dependência funcional.

O investimento em pesquisa científica sobre AVC é essencial pra avançar no combate a doença, ressalta o Dr. Alexandre Longo. “Eu como médico melhorei muito minha prática clínica com base em análise dados”, revela. “O AVC é uma doença muito complexa e requer uma linha de cuidado adequada para o atendimento. Percebo que já evoluímos bastante, a exemplo da realidade de Fortaleza/CE e Joinville/SC, que são excelência”, pontua.

Mas reforça: “há muito ainda o que conquistar em termos de pesquisa, prevenção e políticas públicas para o combate da doença. Temos cidades brasileiras com um milhão de habitantes em que não há se quer o acesso a terapias de trombólise”, complementa.

“

O investimento em pesquisa científica sobre AVC é essencial pra avançar no combate a doença, ressalta o Dr. Alexandre Longo.

”

De acordo com o DR. Octávio M. Pontes Neto, as principais causas de AVC são:

- Aterosclerose intracraniana;
- Aterosclerose intracraniana;
- Placa no arco aórtico;
- Êmbolo cardíaco;
- Doença das artérias penetrantes;
- Hipofluxo por estenose carotídea;
- Fibrilação Atrial;
- Doença valvular;
- Trombo no ventrículo esquerdo.

Os desafios atuais

Onde queremos chegar?

- Estima-se 400.000 casos por ano: 1 caso a cada 90 segundos;
- Mais de 100.000 óbitos por ano: 1 óbito a cada 5 minutos;
- Estudos sugerem que somente 70% dos pacientes internados pelo SUS com AVC fazem tomografia de crânio;



Alexandre Luiz Longo é neurologista pelo Hospital de Clínica da Universidade Federal do Paraná; coordenador da Neurologia do Hospital São José de Joinville/SC. Atua na Clínica Neurológica de Joinville como coordenador dos serviços de Distúrbios do Movimento, Bloqueio Neuromuscular e Doenças Desmielinizantes.

- Menos de 30% dos casos fazem investigação etiológica mínima;
- Pouco mais de 1% dos pacientes com AVC isquêmico recebem trombolítico EV;
- Somente 60 centros de AVC são credenciados pelo SUS no país;
- Tratamento endovascular não é reembolsado pelo SUS;
- Novos anticoagulantes orais (NOACs) não estão disponíveis no SUS;
- Muitos medicamentos utilizados não são testados em estudos clínicos.

AVC no América Latina:

- Grande desconhecimento sobre AVC na população;
- Poucos países possuem uma política nacional de AVC;
- Há lotação dos hospitais públicos e privados;
- Existe carência de neurologistas vasculares e outros profissionais com formação específica;
- Telemedicina ainda insípiente;
- Reabilitação é fragmentada e de difícil acesso;
- Sofre com a carência de investimento em pesquisa científica em AVC.



Octávio Marques Pontes Neto



Octávio Marques Pontes Neto é neurologista, docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; chefe do Serviço de Neurologia Vascular e Emergências Neurológicas do Hospital das Clínicas da FMRP-USP; vice-presidente da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares; e coordenador da Rede Nacional de Pesquisa em AVC.

Depoimento de Pacientes



Sandra Schulz

Demora no atendimento deixa sequelas

Em uma manhã de setembro, de 2013, Sandra Schulze acordava para mais um dia de trabalho como faturista em uma empresa em Joinville. Ao contrário do habitual, ao tentar levantar e ficar de pé, caiu em frente a cama e não conseguiu mais me mexer. “Senti meu braço esquerdo frio e paralisado e por ali no chão fiquei”.

Por sorte, os colegas do trabalho estranharam a falta de Sandra e a procuraram em casa, onde morava sozinha. Ao chegarem, começaram a chamar e a bater nas janelas do apartamento. Ela conseguiu escutar e gritar o número do telefone do irmão. Após horas do episódio e sem atendimento, foi levada pelo SAMU ao Hospital e ficou na UTI por três dias.

Ainda surpresa com o que havia lhe acontecido, precisou enfrentar o fato de que ficaria com sequelas. “No começo não foi fácil me ver naquela situação. Não conseguia ficar sentada na cama, porque caia. No banho, as enfermeiras tinham que me ajudar. Por sorte estava em um hospital que tinha uma equipe de fonoaudiólogas e fisioterapeutas que já começaram a trabalhar comigo na reabilitação dos movimentos”, comenta.

Após 15 dias, Sandra teve alta do hospital e voltou a morar com a mãe. “Quando tive que enfrentar minha nova realidade, com limitações nos movimentos, tomei a decisão de não lamentar as sequelas do AVC, mas sim levantar a cabeça e reagir para que eu pudesse voltar o quanto antes a minha vida dentro das minhas limitações”.

Após dois anos do AVC, com muita fisioterapia, Sandra voltou a morar sozinha e a dirigir. “Procuro sempre alimentar minha fé, porque sem Deus eu não estaria aqui. Devemos acreditar em nós mesmos. Quando colocamos metas e nos comprometemos, mesmo com nossas limitações, conseguimos realizar”, enfatiza.

Sandra faz fisioterapia e terapia ocupacional. Também faz exercícios específicos para o braço esquerdo, com a fisioterapia, duas vezes ao mês. “Sou imensamente grata a quem me fez caminhar nos primeiros dias no hospital. Penso que devemos fazer o que está em nosso alcance para melhorar nossa qualidade de vida, porque após um WAVC a vida continua mesmo com limitações”, conta. “Eu entrei no grupo de Dança Sênior ‘Chuva de prata’, uma atividade atraente e saudável e de inclusão social, mas que também ajuda coordenação motora e na agilidade de um raciocínio. A dança mudou a minha vida, nem lembro das minhas limitações, não tenho depressão, sou mais alegre e cada vez fico mais apaixonada pela atividade. Acredito que somos capazes e podemos, mesmo após um AVC, melhorar nossa qualidade de vida, afinal, continuamos pessoas normais, apenas com algumas limitações”.



Ana Cristina Woehl Kubiack

Crianças também sofrem AVC

Tudo aconteceu no fim da tarde de 02 de agosto de 2006. Ana Cristina Woehl Kubiack recebeu uma ligação do jardim de infância e soube que algo estranho havia acontecido com o filho, Eduardo Woehl Kubiak, de dois anos de idade. A escola relatou que após o sono do almoço o menino acordou com um grito muito forte, estava todo urinado e sem coordenação motora. Ana o levou imediatamente ao pediatra, onde tentaram colocá-lo no chão para verificar se andaria, mas ele não andou.

O médico encaminhou Eduardo para a realização de uma tomografia, consultou com outro pediatra que estava de plantão e os encaminhou a Joinville. No dia seguinte, com a consulta agendada, foi diagnosticado com AVC isquêmico. Ficou internado por nove dias no Hospital Dona Helena, para realização de vários exames.

Até aquele momento, a família não sabia se a criança voltaria a falar, andar ou se ficaria com sequelas. Em 05 de agosto de 2006 ainda sem andar, ele começou a mostrar uma melhora aos movimentos frente a estímulos. O pai mencionou que quando colocava uma bola na frente do menino ele começava a movimentar-se. Foi como se ele tivesse voltado a ser um bebê: não andava, não falava, não comia sozinho e havia voltado a usar fraldas.

A recuperação foi acontecendo aos poucos, na medida em que manteve a continuidade do tratamento com fonoaudióloga, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. A mãe acredita que tudo foi um ensinamento, ela afirma ver a vida de uma maneira diferente e exalta a importância da saúde.

Para o pai, o diagnóstico foi um choque, pois desconhecia a incidência de AVC em criança, pensava que a doença acometesse apenas em idosos. E enfatizou a importância da divulgação das informações, a fim de evitar um pior prognóstico, já que na própria escola houve uma demora para informar a mãe.

Hoje, Eduardo tem 14 anos e frequenta a escola normalmente. “Na época cogitou-se a hipótese de que meu filho teria dificuldades na escola, porque o AVC aconteceu próximo de uma área cerebral relacionada à leitura. No entanto, a única dificuldade que permaneceu foi a redução da força do braço e pé direitos”, destaca a mãe. “Ele era destro, mas adaptou-se a utilizar o lado esquerdo, o que não impede de ter uma vida normal. Ele continua com a fisioterapia, porém com menos frequência. Faz natação e inglês”, conclui.



Bento Lorencetti

A importância da internação e investigação dos casos leves

Bento Lorencetti é um exemplo claro da importância da internação e investigação dos casos leves. Em junho de 2018 ele foi internado em Joinville após sofrer um leve AVC.

Enquanto estava no processo de investigação, na Unidade de AVC Menor, recebeu uma ligação da filha. Ao final da conversa, sua esposa Irla percebeu que algo diferente havia acontecido com Bento. “A boca e o olho ficaram puxados para o lado. Notei que a situação era grave e imediatamente chamei a enfermeira. Trata-se de um novo AVC”, comenta Irla.

Os médicos detectaram que Bento sofre um novo evento, com afasia e hemiplegia D e precisou ser submetido à trombectomia. O rápido atendimento ajudou na boa recuperação do paciente, que hoje leva uma vida independente e segue com rigor a prevenção secundária e hábitos saudáveis de vida.

Agradecimento

A Associação Brasil AVC agradece imensamente o apoio e patrocínio recebido na Campanha de Combate ao AVC 2018. Uma importante ação que atingiu os objetivos iniciais, com a concretização de todas as atividades programadas. Estamos muito felizes porque juntos, mais uma vez, atingirmos as metas.

Todo o conteúdo abordado neste material impresso também será disponibilizado nas mídias sociais e site da ABAVC, para que mais pessoas tenham acesso às informações.

O Fórum contou com a participação de 300 pessoas. Colaboraram conosco neste grande evento, voluntários, acadêmicos, profissionais da saúde, pacientes e familiares, todos engajados para disseminar informações sobre o AVC.

Sem dúvida, a sua parceria foi fundamental para o sucesso desta Campanha.

Comissão Organizadora

Diretoria da Associação Brasil AVC

Presidente

Ana Paula de Oliveira Pires
Coordenadora de Pesquisa Clínica.

Vice-Presidente

Mary Larangeira Albrecht
Fisioterapeuta

1º Tesoureiro

Daniele Cristina Vieira dos Santos
Enfermeira

2º Tesoureiro

Harguet Rudiger Kroeger
Secretária Administrativa

1º Secretário

Gleise Farias
Secretária Administrativa

2º Secretário

Luciane Beatriz Moreira
Analista Administrativa



www.abavc.org.br



PATROCÍNIO DIAMANTE:



PATROCÍNIO PLATINA:



PATROCÍNIO OURO:



REALIZAÇÃO

