



EDITORIAL

Dois mil e vinte foi um ano desafiador, que trouxe muitas situações atípicas. Foi um ano de reinvenções, de criar estratégias diferentes para ações que já eram tradicionais. Para quem soube aproveitar as oportunidades apresentadas, foi um momento de inovar. A Associação Brasil AVC (ABAVC) encarou a oportunidade e ao invés de simplesmente cancelar os eventos que estavam propostos no calendário estratégico, mudou a programação para se adaptar a uma nova realidade. Com o movimento #AVCNãoFiqueEmCasa, ganhou as mídias sociais, as ruas, os veículos de comunicação como rádios, TVs e portais que ajudaram levar a mensagem espontaneamente à população, ao afirmar e esclarecer a importância da rápida procura por atendimento, assim como a necessidade da prevenção. A resposta do público foi compatível com a atitude da ABAVC, prova disso foi a expressiva participação das pessoas no IV Fórum do AVC, realizado totalmente online, com muitas interações dos participantes. O evento digital contou com a participação de sete palestrantes, que mais uma vez levantaram questões fundamentais para manutenção e aprimoramento de políticas públicas que favoreçam o acesso ao tratamento, bem como todas as questões que envolvem o enfrentamento do Acidente Vascular Cerebral. Uma análise detalhada de tudo que foi debatido durante o Fórum de 2020 está retratada nas próximas páginas desta revista, importante meio de comunicação publicado pela ABAVC como fonte de informação para todos que buscam conhecimento. Então, aproveite a leitura para se atualizar com este conteúdo rico extraído dos especialistas. Até a próxima edição.

Jornalista responsável:

Liana Trevisan
003750-SC

Fotografias:

Rosania Nurnberg
Anderson Bortoloci

Layout e Diagramação:
Adeia Comunicação

Realização:



ÍNDICE



Henrique Diegoli - Neurologista



09

- Impactos da Covid-19 nos cuidados do AVC
- Medidas práticas e eficazes
- A Covid-19 como causa de AVC
- Avanço no estudo inédito

Rafaela Liberato - Enfermeira



13

- Impactos da Covid-19 na pesquisa clínica
- O que é e como acontece uma Pesquisa Clínica?

Cleide Hoffmann - Pedagoga



15

- Impactos da Covid-19 na reabilitação
- O trabalho do SER
- Como funciona o SER

Pedro Magalhães - Neurologista



19

- Mensurando valor em saúde na Linha de Cuidado ao AVC
- Tratamento
- Mensuração e otimização do valo ao paciente
- Representatividade

Juliana Safanelli - Enfermeira



23

- Impacto socioeconômico da FA
- A evolução no tratamento da Fibrilação Atrial

Liliani Azevedo - Enfermeira



25

- Anticoagulação pela EMAD: a experiência no acompanhamento de pacientes anticoagulados no Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD).
- Funcionamento do SAD
- Período de funcionamento
- Protocolos de orientações ao paciente anticoagulado
- Estratégias de atendimento durante a pandemia
- Alta da EMAD

Carla Moro - Neurologista



29

- Os 15 anos da Associação Brasil AVC
- Um marco
- O Fórum do AVC
- Futuro
- Material informativo
- O importante papel das associações

IMPACTOS DA COVID-19 NOS CUIDADOS DO AVC



Tivemos uma redução de 20% na oferta de leitos destinados ao AVC.

Henrique Diegoli - Neurologista.



HENRIQUE DIEGOLI



Assista à palestra na íntegra.



Henrique Diegoli é médico neurologista preceptor da residência de Neurologia no Hospital São José em Joinville/SC e médico do setor de Gestão Estratégica na Secretaria da Saúde de Joinville. Possui especialização em Economia da Saúde pela Universidade de York, na Inglaterra. Participou do Inquérito Epidemiológico de Covid-19 de Joinville na idealização e execução do projeto.

Quem poderia imaginar que o mundo viveria tamanha transformação em um período tão curto de tempo? Assim como chegou, a doença se alastrou. Mudou rotinas, vidas e impactou significativamente o sistema de saúde. Foi em dezembro de 2019, quando a China alertou a Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre casos de pneumonia sem diagnóstico estabelecido. Em 7 de janeiro de 2020 o Sars-CoV-2 foi identificado, depois foi denominado como Covid-19 e fez o primeiro óbito no dia 11 daquele mês, no mesmo país.

O primeiro caso foi confirmado no Brasil em 25 de fevereiro de 2020. E em 11 de março, a OMS declarou pandemia. Em Joinville/SC, a primeira confirmação aconteceu no dia 13 de março, quando o país chegou a 98 casos.

As restrições de convívio social foram rapidamente acionadas no município. Nos dias 17 e 18 de março, o Governo de Santa Catarina e o Governo do Município de Joinville decretaram a suspensão de serviços não essenciais, inclusive em ambulatórios médicos.

Parte das atividades nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) foi destinada aos atendimentos de Covid-19, o que gerou a redução de 30% dos serviços gerais ofertados à população.

Na Atenção Primária à Saúde, um terço das unidades foi designado como Unidades Sentinelas, para atendimentos exclusivos a casos gripais: coriza, tosse, mal-estar, febre ou dificuldade para respirar. Os outros dois terços permaneceram como unidades de referência para atenção geral.

As visitas domiciliares por agentes de saúde foram suspensas; grande parte das consultas de rotinas foi direcionada para a demanda espontânea pelas UBS; e foi criada uma equipe de web e telessaúde, para onde muitos profissionais que atuavam no cuidado ao AVC foram direcionados.



Leitos, recursos humanos e equipamentos foram redirecionados. Chegamos a ficar com cerca de 50% da capacidade do HMSJ destinada somente à Covid-19.

Henrique Diegoli - Neurologista.



O atendimento ambulatorial também foi suspenso temporariamente, sendo que parte da equipe multidisciplinar foi remanejada aos atendimentos de Covid-19.

Alterações na estrutura física da Linha de Cuidado ao AVC no Hospital Municipal São José (HMSJ) foram necessárias no período da pandemia, incluindo mudanças na Unidade de AVC Agudo, de Ataque Isquêmico Transitório (AIT), Unidade de AVC Integral e Reabilitação. “Tivemos uma redução de 20% na oferta de leitos destinados ao AVC”, ressalta o neurologista Henrique Diegoli. “As mudanças sociais e na oferta de serviços de saúde também trouxeram preocupações sobre os impactos na incidência e admissões de casos, e na qualidade dos serviços oferecidos para tratamento da doença”, explica o médico.

No início da pandemia no mundo também foram registrados afastamentos de profissionais da saúde, alguns por serem do grupo de risco, outros por contrair a doença. “Leitos, recursos humanos e equipamentos foram redirecionados. Chegamos a ficar com cerca de 50% da capacidade do HMSJ destinada somente à Covid-19”, destaca Diegoli.

Outra preocupação presente na literatura e observada em Joinville, segundo o médico foi a ocorrência de “Covid-19 Mimics”, as chamadas situações que mimetizam o AVC, ou “stroke mimics”. “Um exemplo, é quando temos um paciente com AVC com sintomas respiratórios é levado a uma unidade de Covid-19 ao invés de uma unidade de AVC. Ele deixa de ser atendido rapidamente por uma equipe especializada, podendo agravar o caso”, detalha o neurologista.

Inúmeras pessoas deixaram realizar a prevenção de diversas doenças. A saúde mental dos indivíduos - que muito contribui para a incidência de AVC -, ficou fragilizada, tendo em vista as consequências causadas pelas novas imposições do momento.

A diminuição do convívio social também impulsionou o aumento do etilismo; idosos ficaram mais isolados e passaram a ter maior dificuldade de reconhecer os sintomas de AVC, por não terem outras pessoas próximas que possam ajudar a identificar sinais causados pela doença; o impacto econômico na sociedade provocou redução da renda, perda de empregos, pessoas tiveram que cancelar planos de saúde e tiveram a capacidade de adquirir bens e serviços, até mesmo medicamentos, comprometidos.

MEDIDAS PRÁTICAS E EFICAZES

Em Joinville, foi necessário:

- Preservar a segurança dos profissionais de saúde;
- Estabelecer um protocolo para triagem da Covid-19;
- Preservar protocolos de fase aguda;
- Presevar reabilitação precoce pós-AVC;
- Realizar campanhas de educação comunitária, e treinamentos de profissionais de saúde para enfrentar a situação.

O Ligue Saúde, canal criado para ajudar a enfrentar a pandemia também passou a dar suporte na contrareferência, no acompanhamento de casos informados pelo Joinvasc, de AIT e AVC leve. Ele contribui para evitar a circulação por unidades de saúde, locais que possuem mais chances de contaminação. O objetivo é assegurar que casos de AVC sem sequelas graves sejam mantidos em acompanhamento, aplicar entrevista estruturada com orientações para melhorar a adesão a medidas de prevenção secundária, e realizar rastreamento de depressão e transtornos de ansiedade pós-AVC.

A COVID-19 COMO CAUSA DE AVC

A relação do risco da Covid-19 na incidência de AVC também é uma das preocupações dos profissionais de saúde. Esses impactos não vêm de agora. Em 2009, com a chegada da H1N1 houve um aumento na letalidade por AVC e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) em hospitais nos Estados Unidos, pela grande quantidade de recursos sendo destinados para esta doença e deixando pouco cobertas outras, como infarto e AVC.

O conteúdo aborda as consequências do isolamento social, sendo que houve uma diminuição de 36% nas admissões hospitalares pela doença no HMSJ.

Por receio de buscar atendimento, com medo da possibilidade do contato com o vírus da Covid-19, muitas pessoas negligenciaram sinais e sintomas leves de AVC, deixando de buscar tratamento. A pesquisa, que relaciona março de 2020 com o mesmo período de 2019, apontou que não houve diferença nas admissões por acidente vascular cerebral grave, mas sim em casos leves e moderados, que facilmente podem evoluir para grave.

Os profissionais também enfatizaram que o atendimento de um paciente leve chega a reduzir em 80% a chance de evoluir para um quadro grave.

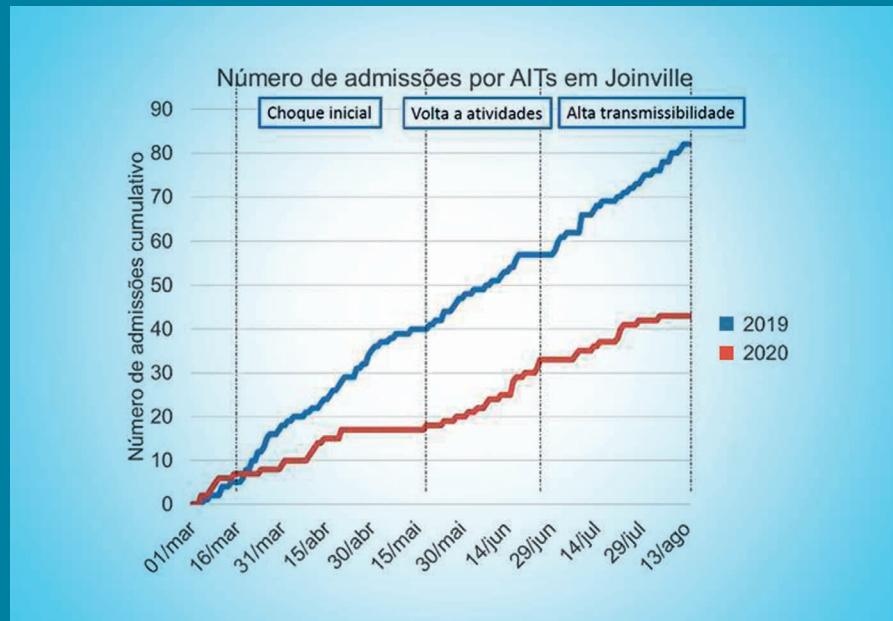
AVANÇO NO ESTUDO INÉDITO

Após a publicação do artigo, o inquérito epidemiológico que tem como base estudos de soroprevalência em amostras representativas na população de Joinville prosseguiu, com visualização de novos dados.

Verificou-se através do Inquérito Epidemiológico de Covid-19 que até junho, menos de 2% da população havia sido acometida pela Covid-19 na cidade, aumentando rapidamente para 13% em agosto. Já o AVC, na comparação de 2020 com 2019, a incidência é próxima até meados de março, depois a curva começa a se afastar e 2020 fica abaixo da curva de 2019. “Essa diferença foi puxada especialmente pela curva de AIT e AVC menor”, observa o neurologista. “Na segunda quinzena de março caiu em 80% a incidência de AITs, depois normalizou. Em abril e junho, tivemos incidências menores do que o normal, com recuperação em julho. E na medida em que os casos de Covid-19 foram aumentando, houve uma nova redução, que coincidiu com as medidas de distanciamento social, redução da oferta de transporte público e demais restrições”, analisa o médico.

De acordo com Diegoli, é possível dividir em três momentos:

- Choque inicial: entre 17 de março e 15 de maio - Redução significativa na busca por cuidados e na volta das atividades.
- Volta às atividades: 15 de maio e final de junho – Aumento na procura de atendimentos por AVC, na medida em que a cidade reabriu a economia.
- Alta transmissibilidade da Covid-19: 14 a 29 de julho – Nova diminuição nos casos de AVC, mediante novas medidas de restrição e aumento na taxa de transmissibilidade da Covid-19.



Para o médico, a preocupação do vírus Sars-CoV-2 estar ligada ao aumento do risco de AVC, tem uma razão fisiológica. Quando o vírus liga-se ao receptor da enzima ACE2 há uma mudança na regulação do ciclo renina angiotensina. “De um lado há o ciclo da Angiotensina, que quando ativado leva à vasconscrição, fibrose, hipertensão, inflamação e excitação simpática; de outro, o ciclo, da angiotensina I-9 e angiotensina I-7, que quando ativado, promove o oposto: vasodilatação, a inibição sintética, levando a um estado de maior risco vascular”, esclarece.

Na cidade de Nova York, por exemplo, após o pico da pandemia, observou-se que 57% dos pacientes (maioria jovens) com Oclusão de Grande Vaso possuíam diagnóstico de Covid-19. Por outro lado, regiões que não tiveram um avanço rápido de casos de Covid-19, também não tiveram aumento na incidência de AVC.

Na Espanha, em Barcelona, cidade que até meados de 2020 estava com 7% da população acometida por Covid-19, dos 2050 pacientes positivados para a doença, somente 1% tinha AVCI e 0,4% tinha AVCH; dos que estavam com AVCI, 60% tinham outra etiologia (desses, dois casos por hypoxemia associada a uma estenose extracraniana), e 40% Covid-19 grave.

No caso de AVC grave, Joinville não teve uma mudança significativa. Em julho, seis dos 64 pacientes admitidos com a doença tinham diagnóstico positivo para Covid-19, totalizando 9,1%.

Com isso, o médico conclui que a Covid-19 não aumentou muito significativamente a incidência de AVC. “Na verdade, a maioria dos sistemas de saúde, assim como o nosso no Brasil, mostrou diminuição no número de AVCs”, complementa.

*Além de Henrique Diegoli, o artigo possui como coautores, o professor e pesquisador da Univille, Paulo França, os médicos da Unidade de AVC do Hospital Municipal São José, Carla Moro, Pedro Magalhães e Alexandre Longo, a professora da UFRGS, presidente da Rede Brasil AVC e vice-presidente da World Stroke Organization, Sheila Martins, e as enfermeiras do Registro de AVC de Joinville (Joinvasc), Juliana Safanelli, Vivian Nagel, Rafaela Liberato e Vanessa Venancio.

IMPACTOS DA COVID-19 NA PESQUISA CLÍNICA



Seja pela dificuldade de locomoção, apreensão e medo de se exporem ao risco do contágio da Covid-19, muitas pessoas deixaram de buscar os atendimentos.

Rafaela Bitencourt Liberato - Enfermeira.



RAFaela LIBERATO



Assista à palestra na íntegra.



Rafaela Bitencourt Liberato é graduada em Enfermagem pela Associação Luterana Bom Jesus/lelusc. Mestre em Medicina Interna pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Atua como enfermeira na Neurológica e no Registro de AVC de Joinville (Joinvasc).

Decisivas para a descoberta de novos medicamentos, alimentos, produtos médicos e cosméticos, as pesquisas clínicas sofreram grande impacto desde o início da pandemia da Covid-19. O evento inédito na história levou muitos estudos que envolvem testes em seres humanos, doentes ou saudáveis, serem temporariamente suspensos, causando danos que ainda levarão um tempo para serem mensurados.

No Centro de Pesquisas da Neurológica – Clínica Neurológica e Neurocirúrgica de Joinville / SC, as dificuldades começaram a ser sentidas já no mês de março, quando o Governo de Santa Catarina decretou situação de emergência e somente os serviços essenciais puderam funcionar.

Entre as limitações, houve a suspensão dos transportes viários e aéreos que influenciou na chegada de medicamentos, kits, equipamentos, documentos, e no envio de amostras aos laboratórios centrais. Assim como a interrupção do transporte público e redução significativa do transporte de aplicativos, que contribuíram para a diminuição das visitas dos pacientes ao centro de pesquisa. “Seja pela dificuldade de locomoção, apreensão e medo de se exporem ao risco do contágio da Covid-19, muitas pessoas deixaram de buscar os atendimentos. Especialmente porque, a maioria dos pacientes que participam dos estudos são do grupo de risco”, pontua a enfermeira Rafaela B. Liberato.

Como a situação atípica causou muitos desvios de protocolos devido as visitas fora da janela, amostras laboratoriais não puderam ser obtidas, e as coletas de dados como sinais vitais, foram interrompidas.

O Centro de Pesquisa da Neurológica sentiu a necessidade de elaborar um Plano de Contigência Emergencial para atuar no momento.

O Centro de Pesquisa da Neurológica, que trabalha com pesquisas em âmbito hospitalar e ambulatorial - a exemplo em pesquisas que envolvem pacientes acometidos por AVC, com o início dos sintomas em até 24h - sentiu a necessidade de elaborar um Plano de Contigência Emergencial para atuar no momento e adotou diversas medidas como:

- Definiu novos critérios de avaliação para que os pacientes passassem a realizar em casa a checagem dos sinais vitais, antes feita no centro;
- As visitas passaram a ser realizadas por ligações telefônicas;
- A equipe precisou se adaptar, utilizando telemedicina e teletrabalho;
- Reuniões, visitas de iniciação, monitoria e treinamentos foram todos via web;
- Inícios de novos estudos foram protelados;
- Alterações dos formulários de pesquisas clínicas e CRFs, incluindo o evento Covid-19 suspeito ou confirmado e informações de visita por telefone.

No momento, a retomada das randomizações está acontecendo em ritmo lento; a restrição de acompanhantes também foi necessária, para evitar aglomerações e o risco de contágio da Covid-19; foi solicitado pelo time do estudo a aprovação para compra de equipamentos como esfigmomanômetros, que poderão ser fornecidos aos pacientes para aferirem a pressão em domicílio; e a elaboração de material informativo.

Todas essas ações, segundo Rafaela, foram essenciais para passar por este momento de grande impacto, que exigiu pronta resposta, comunicação eficiente à distância, assim como flexibilidade e resiliência por parte de todos os centros de pesquisas. “Com a pandemia, aprendemos que alguns procedimentos podem ser realizados fora do centro; comunicação efetiva em ambientes virtuais de fato acontece; com empenho e articulação dos gestores, é possível agilizar a realização de exames, reduzir o tempo de internação, ampliar o número de leitos hospitalares e de retaguarda”, complementa.

SAIBA MAIS

O QUE É E COMO ACONTECE UMA PESQUISA CLÍNICA?

Um estudo, ensaio ou pesquisa clínica envolve seres humanos, doentes ou saudáveis, nos quais são testados, por exemplo, novos medicamentos, alimentos, produtos médicos e cosméticos.

Antes que o processo seja iniciado, é realizada a fase pré-clínica, ainda quando a molécula está sendo avaliada através de experimentos com animais. Quando a segurança e eficácia da amostra são aprovadas, é dada a sequência ao estudo em quatro etapas:

Fase I

Indivíduo saudável (20 a 100 pacientes): avalia-se principalmente a segurança e dose ideal do produto;

Fase II

Indivíduo doente (100 a 300 participantes): estuda-se a eficácia e mais dados de segurança;

Fase III

Indivíduo doente. Estudo multicêntrico (5 a 10 mil participantes): existe para confirmar os dados de segurança e eficácia obtidos na fase dois; identificar as reações adversas e relação custo benefícios no curto e longo prazo. Avalia a superioridade e obtém informações para elaboração do rótulo e da bula de medicamentos. Registro e aprovação para uso comercial.

Fase IV

Medicamento já está inserido no mercado - Obtém detalhes adicionais (com milhares de participantes) sobre a segurança e eficácia do produto e eventos adversos não identificados previamente e fatores de riscos relacionados, realizada por meio do departamento de farmacovigilância.



IMPACTOS DA COVID-19 NA REABILITAÇÃO

“ ”

Todos estão empenhados de uma forma fantástica aqui no SER, e precisamos aproveitar isso para atender nossos pacientes da melhor maneira possível.

Cleide Hoffmann - Coordenadora do SER.

“ ”

CLEIDE HOFFMANN



Assista à palestra na íntegra.



Cleide Hoffmann formada em Pedagogia pela Univille, com especialização em Psicopedagogia pela Faculdade Bagozzi, e mestre em Educação pela Univille. Atuou por 11 anos como psicopedagoga e supervisora de reabilitação na Associação de Assistência à Criança Deficiente - AACD Santa Catarina/ARCD Joinville. Atualmente, é coordenadora do Serviço Especializado em Reabilitação (SER), e conselheira do Serviço Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Referência no tratamento de reabilitação ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) em Joinville, o Serviço Especializado em Reabilitação (SER) sentiu uma diminuição brusca na procura por atendimentos durante a pandemia de Covid-19.

Assim como nos demais serviços voltados ao tratamento da doença, a maior queda foi registrada nos meses de março e abril de 2020, com redução em torno de 30%.

O SER precisou suspender os atendimentos presenciais de 19 de março a 24 de abril de 2020. Porém, conseguiu implantar o teleatendimento para pacientes de terapias semanais, a fim de minimizar os agravos. Também incorporou as teleconsultas aos pacientes encaminhados para a triagem inicial, evitando que os casos se agravassem.

O serviço passou por uma redução temporária no quadro de profissionais. Duas fisioterapeutas foram cedidas ao Hospital Municipal São José (HMSJ) por mais de três semanas, para atendimentos relacionados à Covid-19; precisou facilitar férias e licenças, e adotou o teletrabalho.

Por duas semanas a estrutura física do SER foi utilizada para a campanha de vacinação contra a gripe. Porém, mesmo quando houve a liberação para retomada dos atendimentos presenciais em 50%, no mês de abril, a procura não normalizou. A baixa adesão, segundo a coordenadora do serviço, Cleide Hoffmann levou em conta fatores como a suspensão do transporte público municipal, em especial o transporte eficiente (aquele que busca a pessoa com deficiência em domicílio), o qual era utilizado pelos pacientes, para a chegada até o SER.



Reorganizamos todo o fluxo de trabalho e isso demandou bastante da equipe, mas trouxe um reflexo muito positivo, principalmente para os pacientes com lesões recentes, os casos agudos e que contemplam AVCs, nossa maior demanda hoje.

Cleide Hoffmann - Coordenadora do SER.



Em prol da saúde e bem-estar de pacientes e profissionais, os cuidados de biossegurança foram intensificados no SER; houve uma reorganização dos espaços internos (sala, recepção e horários); e avaliação semanal das demandas e alterações de agendas em que “realizávamos avaliações pontuais, caso a caso, para podermos atender aos pacientes no menor tempo possível”, explica Cleide. “Isso demandou bastante da equipe, mas trouxe um reflexo muito positivo, principalmente para os pacientes com lesões recentes, os casos agudos e que contemplam AVCs, nossa maior demanda hoje”, destaca.

Com a retomada dos atendimentos com 50% da capacidade do SER (limitação que continuou por seis meses), a qual aconteceu em 27 de abril, os pacientes de triagens iniciais e vindos direto para avaliação interdisciplinar foram priorizados, por se entender que ainda não estavam recebendo nenhum tipo de reabilitação; houve uma otimização de horários, para evitar que os pacientes precisassem ir ao SER diversas vezes; foram realizadas reavaliações interdisciplinares dos casos suspensos (terapias semanais); e manutenção de teleatendimento aos casos e especialidades possíveis.

Um mutirão de triagens com orientações e encaminhamentos aos pacientes foi promovido em setembro, assim como o ingresso de estagiários da área de fisioterapia, para auxiliar nas demandas não tão prioritárias, permitindo a equipe multidisciplinar dar vazão ao trabalho interdisciplinar.

A retomada dos atendimentos em 100% aconteceu em outubro, com todos os cuidados necessários. Cleide ressalta que desde então, o índice de absenteísmo está menor, devido ao retorno do transporte público e demais atividades cotidianas. “Se considerarmos que ficamos por um período muito longo com nossa capacidade reduzida, logicamente temos uma demanda reprimida e, por mais que tenhamos feito muitos esforços para conseguir atender aos pacientes, muitos devem ter ficado sem atendimento”, ressalta.

Por isso, nos meses de novembro e dezembro a equipe do SER realizará um mutirão de avaliações interdisciplinares, para poder fazer uma triagem inicial e dar vazão a um grande percentual de pacientes que estão aguardando. “Também temos uma perspectiva positiva com a chegada de novos profissionais de fonoaudiologia e terapia ocupacional, que com certeza irão ajudar. Todos estão empenhados de uma forma fantástica aqui no SER, e precisamos aproveitar isso para atender nossos pacientes da melhor maneira possível”, comenta.

TRABALHO DO SER

Com atendimento 100% gratuito à comunidade, o SER é um serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, que fica localizado na Avenida Alwino Hansen, 1.118 no bairro Adhemar Garcia. Em funcionamento desde janeiro de 2018, tem como função fazer a habilitação e reabilitação física de pacientes com algum problema neurológico relacionado às deficiências físicas, assim como a avaliação e encaminhamento de pacientes que apresentem necessidade de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM). Atende todas as idades, desde bebês até idosos.

Toda a operação está baseada no Decreto 5296 de 2004, a qual determina que o paciente precisa ter um comprometimento da função física para ser atendido, a exemplo de: AVC, lesão medular, amputações, trauma crânioencefálico (TCE), paralisia cerebral, mielomeningocele, artrogripose, doenças neuromusculares, dentre outras doenças recentes com alguma incapacidade física.

Possui uma equipe multidisciplinar composta por com médica fisiatra, que atende 30 horas, pediatra, fonoaudióloga, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, nutricionista, agentes administrativos e uma coordenação.

COMO FUNCIONA O SER

O paciente é encaminhado por profissional da saúde, via sistema eletrônico de informação. Em seguida, há a verificação de elegibilidade para o SER. Se apresentar perfil para o **Programa de reabilitação**, ele passa pelas etapas:

- Avaliação interdisciplinar;
- Consultas médicas;
- Terapias individuais ou em grupos;
- Orientações dos diferentes setores (há alguns que não precisam de terapia semanal, e outros sim, com acompanhamento periódico e orientação familiar/paciente);
- Monitoramento do serviço social;
- Eventos de inclusão;
- Quando necessário, recebe encaminhamento para algumas clínicas e serviços conveniados, já que alguns pacientes podem ficar no apoio de reabilitação por não precisarem de terapia.

Se for elegível para Apoio para Reabilitação (paciente que não precisa de terapia individual, somente em grupo):

- Consultas médicas;
- Terapias em grupo;
- Orientações nos setores;
- Eventos de inclusão;
- Encaminhamento para aval de clínicas e serviços conveniados.



Dados do SER, coletados entre outubro de 2019 e setembro de 2020 mostram que 84% dos pacientes atendidos no período são adultos, os outros 16% crianças. De todos os diagnósticos, 43% estão acometidos por AVC, e 57% são outras patologias.

Cleide Hoffmann - Coordenadora do SER.



Programa de OPM:

Consultas de fisiatra;

Orientações FT, TO, ou ambos;

Orientações do serviço social;

Quando a OPM for complexa, o paciente é encaminhado para atendimento pelo Estado de Santa Catarina;

Se a OPM for simples, ele será tratado pelo município.

Em todos esses casos:

O objetivo é prestar o atendimento de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa;

É realizada a alta do usuário e o caso é encaminhado (referenciado ou contrarreferenciado) à sua Unidade Básica de Saúde de referência;

Essa arquitetura se dá, porque o objetivo do SER não é fazer atendimentos de manutenção do quadro clínico do usuário, mas sim, reabilitação. “O intuito é dar ao paciente uma resposta sobre o tratamento no menor tempo possível”, pontua. “Uma pessoa com uma semana de lesão ganha uma resposta mais rápida do que outra com dois anos de lesão. Temos esse cuidado, pois estudos mostram que quanto antes o paciente for atendido, melhor será a resposta do tratamento, como é o caso do AVC”, detalha Cleide.

Dentro do Programa de Reabilitação, Apoio de Reabilitação e OPM as condutas são definidas por uma equipe multidisciplinar, que avalia e reavalia caso a caso em reuniões periódicas, podendo modificar as tratativas de atendimento de acordo com a evolução do paciente.

Dados do SER, coletados entre outubro de 2019 e setembro de 2020 mostram que 84% dos pacientes atendidos no período são adultos, os outros 16% crianças. De todos os diagnósticos, 43% estão acometidos por AVC, e 57% são outras patologias. “É uma taxa alta. Há 14 anos (quando a AACD operava no local), a situação era inversa. Atendíamos 70% crianças e 30% adultos, depois passou para 60% crianças e 40% adultos e agora a gente intercala”, exemplifica.

Segundo Cleide, isso acontece porque os serviços preventivos oferecidos pelo serviço ajudam minimizar deficiências em crianças, bem como problemas gestacionais e de hora de parto. “Em contrapartida, temos uma população que está com uma expectativa de vida maior, envelhecendo mais e com isso aumentando as chances de ter um AVC e complicações. Contudo, nosso público de adultos tem aumentado e precisamos ampliar o número de profissionais”, conclui.



MENSURANDO VALOR EM SAÚDE NA LINHA DE CUIDADO AO AVC

“ ”

Temos que buscar a qualquer custo o melhor desfecho para nossos pacientes, porque isso vai mudar a história dele e de sua família.

Pedro Magalhães - Neurologista.

“ ”

PEDRO MAGALHÃES



Assista à palestra
na íntegra.


Pedro Magalhães é neurologista pelo Programa de Residência Médica em Neurologia do Hospital Municipal São José de Joinville (HMSJ); neurorradiologista Diagnóstico e Terapêutico pela Santa Casa de Porto Alegre/RS; research Wfellow em Neurorradiologia Intervencionista no Ronald Reagan Hospital – UCLA – Los Angeles; Neurologista e Neurorradiologista da Neurológica de Joinville; Neurologista e Neurorradiologista do Hospital Municipal São José, Centro Hospitalar Unimed e Hospital Dona Helena; Preceptor do Programa de Residência Médica em Neurologia do HMSJ; membro da Sociedade Brasileira de Neurorradiologia (SBNR); membro da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares.

O que realmente importa na vida de um paciente após um Acidente Vascular Cerebral (AVC)? A resposta para esta pergunta pode variar de acordo com a gravidade com que a doença afeta uma pessoa, mas é consenso que voltar a ter uma vida normal e independente é um desejo comum. “É esse desfecho que temos que buscar a qualquer custo para nossos pacientes, porque isso vai mudar a história dele e de sua família”, relata o neurologista Pedro Magalhães.

Percepções como essa são captadas por profissionais da saúde que conseguem olhar para o paciente com uma empatia que transcende o conhecimento técnico e científico, criando o comprometimento com a pessoa e não somente contra a doença. “A perspectiva do paciente é totalmente diferente da nossa, ele não quer saber qual artéria estava fechada no cérebro, mas sim, quando irá voltar a escovar os dentes sozinho”, detalha Dr. Pedro. “Por isso, convidado a todos a saírem dessa visão míope da assistência e olharem para a cadeia de eventos do sistema de saúde como um todo, para entender o caminho que o paciente está percorrendo na dura jornada contra a doença”, aponta.

Segundo o neurologista, existe uma baixa percepção da população sobre o real impacto do AVC na sociedade. Em Joinville/SC, por exemplo, muitos desconhecem que a maioria dos AVCs poderia ser evitada e que, quando a doença ocorre, existem tratamentos extremamente efetivos. Entretanto, o que mais chama atenção é a falta de percepção sobre o custo “oculto” do AVC, que está relacionado ao grande número de indivíduos que ficam incapacitados fisicamente ou mentalmente. Na maioria das situações, os indivíduos acometidos pelo AVC não contam com adequada reabilitação pós-AVC, que deveria englobar estratégias de cuidados domiciliares, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e assistência social, frustrando as chances de melhora na qualidade de vida. “Os sistemas de saúde muitas vezes esquecem esses pacientes transferindo toda a responsabilidade dos cuidados e de reabilitação para a família ou para o próprio indivíduo. O impacto negativo disso na vida do núcleo familiar é imensurável”, ressalta Dr. Pedro.



Não vejo uma justificativa plausível para não existirem mais U AVCs no Brasil. Elas deveriam ser prioridade para os gestores em saúde, isto é o mínimo para o tratamento de qualquer paciente com um evento cerebrovascular.

Pedro Magalhães - Neurologista.



Na América Latina, a população está envelhecendo, fenômeno conhecido como transição epidemiológica, determinando maior participação de idosos na pirâmide populacional. Este fato, aliado a falta de controle dos fatores de risco, cria um cenário preocupante, pois a incidência absoluta do AVC tende a aumentar significativamente nos próximos anos, incrementando também a incapacidade pós-AVC.

70% dos acometidos não voltam a trabalhar, independentemente da gravidade do evento;

50% têm algum tipo de hemiparesia;

46% apresentam déficit cognitivo pós-AVC;

19% apresentam afasia (dificuldade de comunicação);

35% ficam com sintomas de depressão, doença que é extremamente mal diagnosticada e manejada, avalia o neurologista.

"Precisamos focar nos pequenos detalhes, ampliando nossa visão de cuidado em saúde, para perceber as reais necessidades do paciente, isto é fundamental, sobretudo após um AVC. Agindo assim, temos a oportunidade de oferecer tratamentos e acompanhamentos específicos que trarão impacto positivo na qualidade de vida dos acometidos, suas famílias e comunidade", alerta Dr. Pedro Magalhães.

TRATAMENTO

O AVC tem tratamento. E para o neurologista, Joinville é uma cidade privilegiada, por ser uma das poucas no Brasil que oferece uma linha de cuidado para manejar a doença.

O maior hospital do município (Hospital Municipal São José [HMSJ]) é uma instituição pública municipal que atua por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Aproximadamente 80% dos pacientes internados com AVC em Joinville são atendidos no HMSJ, enquanto 5% são internados em outros hospitais também pelo SUS e os 15% restantes em hospitais privados. Cerca de 30% dos pacientes com AVC internados no HMSJ são procedentes de outras cidades da macrorregião Nordeste de Santa Catarina. O hospital mantém uma unidade de ataque isquêmico transitório (AIT) (4 leitos), uma unidade de AVC agudo (5 leitos) e uma unidade de AVC integral (21 leitos) e realiza rotineiramente tratamentos de reperfusão de fase aguda tais como, trombolíticos intravenosos e trombectomia mecânica. No ambiente pré-hospitalar, o SAMU avalia pacientes com suspeita de AIT ou sintomas de AVC e os transporta principalmente para o HMSJ, notificando o hospital sobre a transferência e o estado do paciente.

A Unidade de AVC (U AVC) integral do Hospital Municipal São José, primeira unidade deste tipo no Brasil, está de acordo com as melhores recomendações científicas, ou seja, possui altíssimo nível de evidência científica no tratamento dos acometidos. As U AVCs são a base dos cuidados hospitalares e deveriam ser uma prioridade do sistema de saúde, entretanto, infelizmente ainda são raras no Brasil. "Todo paciente tratado dentro de uma U AVC tem mais chances de sobreviver, voltar para casa, e de ter uma vida independente pós-AVC", esclarece. Além de eficazes clinicamente, as U AVCs também são comprovadamente custo-efetivas: o dinheiro aplicado em uma estrutura dessas é traduzido em melhorias nos desfechos de saúde dos pacientes, economizando recursos monetários para o sistema em que ele está inserido. "Não vejo uma justificativa plausível para não existirem mais U AVCs no Brasil. Elas deveriam ser prioridade para os gestores em saúde, isto é o mínimo para o tratamento de qualquer paciente com um evento cerebrovascular", expõe.

Outro tratamento comprovado é a trombólise endovenosa (injeção de medicamento que dissolve o coágulo que está bloqueando o fluxo de sangue, permitindo a reperfusão cerebral). O procedimento ajuda a minimizar os custos diretos, reduz o tempo de internação e de reabilitação, e diminui os custos indiretos. É comprovadamente custo-efetivo, com significativo impacto socioeconômico, pois com este tratamento os pacientes têm mais chances de voltarem a ter independência funcional. Comprovadamente, o custo inicial será compensado pelo ganho de qualidade de vida do paciente e pela economia de recursos nos anos subsequentes, já que esse paciente não ficará dependente do sistema de saúde.

Por último, a trombectomia mecânica é o tratamento de eleição para os AVCs mais graves, impactando de maneira decisiva na chance de sobrevivência e de recuperação do indivíduo, minimizando os custos diretos e indiretos, com economia de recursos para o sistema de saúde e de seguridade social. Mesmo assim, há uma baixíssima implementação da trombectomia na América Latina. Estima-se que menos de 0,1 a 0,2% dos pacientes candidatos ao tratamento recebam esta terapia no sistema de saúde público Brasileiro.

As evidências clínicas e econômicas existem, e são irrefutáveis, mas não estão de acordo com o que é fornecido ao paciente no dia a dia. “Está na hora de realizar uma revisão sobre o que podemos e devemos oferecer ao paciente. Unidades de AVC, trombólise endovenosa e trombectomia mecânica possuem altíssima eficácia na diminuição da morbimortalidade e são comprovadamente custo-efetivas, porém elas somente trarão impacto se estiverem disponíveis. “Tratar um paciente faz toda diferença entre uma vida normal e uma vida com sequelas. É isso que devemos priorizar ao manejear um paciente com AVC, e isso só será possível se absorvemos nas nossas rotinas os conceitos fundamentais de valor em saúde”.

O que é valor em saúde?

Saúde baseada em valor é a (re)organização do sistema de saúde para que o paciente seja o centro da atenção.

O que realmente importa ao paciente?

- Poucas variações nos procedimentos e condutas;
- Decisões baseadas em evidências;
- Continuidade de atenção ao longo da linha de cuidado;
- Dados de qualidade transparentes;
- Inclusão da voz do paciente na definição dos desfechos clínicos.

MENSURAÇÃO E OTIMIZAÇÃO DO VALOR AO PACIENTE

REPRESENTATIVIDADE

Segundo o médico, é na Linha do Cuidado que está a grande oportunidade para mudar a vida dos pacientes de AVC. Essa grande rede de atendimento envolve profissionais capacitados, aptos a enxergar como os pacientes gostariam de ser tratados e quais são as melhores alternativas para cada indivíduo.

Por isso, o Joinvasc e a Associação Brasil AVC (ABAVC) estão cada vez mais focados em mensurar os desfechos que importam para o paciente, nos custos para implementar estes desfechos e no impacto econômico das condutas em toda a linha assistencial da doença cerebrovascular.

Para melhorar a assistência ao AVC é preciso um trabalho contínuo, baseado em dados, criando informações valiosas para a tomada de decisão e melhoria incansável da assistência em saúde, acredita Dr. Pedro. A Alemanha, por exemplo, levou 25 anos para estruturar um modelo de atendimento que possui hoje 327 U AVCs, todas interligadas. Lá, 78% dos pacientes internam em U AVCs, 12% vão para UTI, 18% recebem rtPA e 8% trombectomia mecânica. “Isso é uma inspiração para todos nós que lutamos para implementar uma linha de cuidado que funcione de maneira resiliente, independentemente de questões políticas ou interesses fora da saúde ou fora do desfecho clínico almejado pelo paciente”.

O neurologista destaca que por meio do trabalho realizado pelas equipes do Hospital São José, do registro Joinvasc, da Secretaria da Saúde de Joinville, e da Associação Brasil AVC, é possível demonstrar os efeitos positivos da organização do atendimento ao AVC na vida do indivíduo.

As equipes do registro Joinvasc e HMSJ têm tido a oportunidade de participar da definição, junto ao Ministério da Saúde, dos critérios sobre as políticas públicas relacionadas as U AVCs no Brasil, bem como sobre os critérios de credenciamento dos centros de AVC que farão trombectomia pelo SUS no país. “É um trabalho bastante honroso e que está sendo reconhecido na cidade. Demonstra que focar no paciente, entregando o melhor desfecho, ajuda a população e traz ganho de abrangência, com um impacto muito maior do que nós imaginávamos. Hoje estamos ajudando, de maneira decisiva, a moldar a política de saúde pública no Brasil”.

Baseado na experiência de Joinville, a equipe do Joinvasc vem trabalhando junto a World Stroke Organization (WSO), na criação de um programa de Certificação para Centros de AVC da América Latina. “Temos uma grande oportunidade de levar o modelo de organização assistencial, que é a Linha do Cuidado ao AVC, para outros países, ajudando na implementação de políticas de saúde altamente benéficas para os pacientes com doenças cerebrovasculares”.

O futuro do AVC, na visão do médico, será uma transformação continua da Linha de Cuidado, focada em valor para o paciente. “Ela deverá ser continuamente repensada e questionada, para que se faça a coisa certa. Além de mensurar indicadores assistenciais e de qualidade, devemos focar na otimização da prevenção primária, detecção precoce da FA, anticoagulação efetiva, e manter o tratamento de fase aguda sempre disponível, acessível a todos que necessitem de terapias de reperfusão”, conclui.

IMPACTO SOCIOECONÔMICO DA FA



Monitorar a população idosa é importante, considerando que existe uma relação entre idade e FA.

Juliana Safanelli – Enfermeira.



JULIANA SAFANELLI



Assista à palestra na íntegra.



Juliana Safanelli é enfermeira e pesquisadora do Registro de AVC de Joinville/SC, o Joinvasc. Mestre em Saúde e Meio Ambiente pela Univille.

A Fibrilação Atrial (FA) representa a principal causa para o Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCi), entretanto na maioria das vezes, é assintomática. Porém, com um simples gesto é possível identificar a FA precocemente, checando o pulso radial.

Aproximadamente 20% dos pacientes com FA recebem o diagnóstico somente após terem sofrido um AVC. Essa doença afeta em média de 1 a 2% da população mundial e assim como o AVC, a incidência aumenta com a idade. A evolução da população idosa no Brasil aumentou de 4% em 1940 para 14% em 2020 e “monitorar essa população é importante, considerando que existe uma relação entre idade e FA”, analisa a enfermeira Juliana Safanelli.

A prevenção pode reduzir em 90% os casos de AVC, “quando prevenimos o AVC, automaticamente protegemos o coração”, destaca Juliana. “Uma pessoa que tem um coração mais saudável, colesterol bem controlado, pratica atividades físicas regulares e não fuma, possui uma qualidade de vida melhor e tem mais chances de evitar doenças cardiovasculares e FA no avançar da idade”, comenta.

O potencial de prevenção de AVC isquêmico cardioembólico (AVCI-CE) é parcialmente atingido pela dificuldade da detecção de FA assintomática e por impedimentos técnicos, logísticos e de acesso a medicamentos como os novos anticoagulantes. “Estudos mostram que os novos anticoagulantes podem diminuir os desafios que os pacientes encontram ao longo do caminho para evitar AVCs causados por FA”, explica Juliana.

Estava previsto para 2020 o início do Projeto FASUS, iniciativa que realiza o rastreio da FA assintomática em idosos acima de 60 em Joinville/SC. Porém, com a chegada da pandemia de Covid-19, ele está suspenso temporariamente.



Se eu posso prevenir o AVC fazendo o rastreio da fibrilação atrial e ofertando uma medicação eficaz, o risco desse paciente é mínimo. Precisamos pensar em medidas efetivas no longo prazo.



Juliana Safanelli – Enfermeira.

A EVOLUÇÃO NO TRATAMENTO DA FIBRILAÇÃO ATRIAL

O tratamento para FA evoluiu rapidamente na última década. Até 2008 apenas os antagonistas da vitamina K eram aprovados para prevenção do AVC em pacientes com FA, sendo que a Varfarina era o mais utilizado dentre os AVK.

Juliana enfatiza que nos últimos 15 anos houve uma evolução no tratamento da FA, mostrando que há uma oferta maior de novos anticoagulantes no mercado, contudo, o único anticoagulante disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) continua sendo a Varfarina.

Em uma consulta pública realizada no Brasil, em julho de 2020, a incorporação da Dabigatrana no SUS, para prevenção de AVC em pacientes com idade superior a 60 anos e com FA não valvar, assim como a implementação da Idarucizumabe, para reversão do efeito do anticoagulante Dabigatrana, foram negativadas.

Um dos fatores avaliados para a inclusão dos novos anticoagulantes é o impacto orçamentário. “Segundo os gestores, a avaliação dos impactos orçamentários demonstra que os custos unitários da Dabigatrana são 20 vezes maiores do que os custos da Varfarina”, destaca Juliana.

Por que não temos mais opções de anticoagulantes no SUS?

“Porque faltam estudos de custo ‘real’ no seguimento dos pacientes com FA em toda sua cadeia de atendimento, em que as despesas com TAP/RNI, custo da varfarina, de reinternações por complicações, valor de uma consulta com especialistas deveriam ser consideradas; além dos custos indiretos para o paciente como o transporte”, evidencia a enfermeira.

Impacto da FA relacionado à adesão dos pacientes pós-AVC

Estudos apontam que pacientes com baixa escolaridade têm um pior resultado funcional após um AVC, uma baixa adesão e pouco engajamento no tratamento proposto para prevenção secundária. “Desta forma, aumenta o risco de um AVC ou recorrência, principalmente no grupo de pacientes em uso de anticoagulante”, informa.

Nesses grupos de pacientes, o monitoramento profissional e a orientação de qualidade são fundamentais para mudar o desfecho e evitar recorrências. “Ao ser liberado do hospital, o paciente precisa estar muito bem orientado. Não basta apenas levar para casa várias guias e não saber ao certo para que servem. O que será deste paciente?”, menciona Juliana.

Tratar precocemente a FA reduz o risco de um AVC e o impacto no orçamento da família

Após um AVC, em torno de 40% a 60% dos pacientes não retornam ao trabalho; em algumas famílias alguém deixa de trabalhar para torna-se o cuidador; em outras, enfrenta-se a necessidade de pagar um cuidador. Nesses três contextos ocorre um impacto no orçamento familiar.

Fatores como reinternações por complicações, despesas com reabilitação e, principalmente, a dificuldade de acesso à saúde podem levar a despesas e piora na qualidade de vida desses pacientes e familiares.

Prevenir é a melhor alternativa

Rastrear e tratar corretamente a FA evita o AVC e permite que pessoas se mantenham produtivas e tenham renda, que as famílias continuem trabalhando, e que menos pessoas fiquem incapacitadas ou que tenham depressão. Possibilita a melhora na qualidade de vida e que os custos hospitalares e serviços de reabilitação sejam reduzidos. “Se eu posso prevenir o AVC fazendo o rastreio da fibrilação atrial e ofertando uma medicação eficaz, o risco desse paciente é mínimo. Precisamos pensar em medidas efetivas no longo prazo”, finaliza Juliana.



ANTICOAGULAÇÃO PELA EMAD: A EXPERIÊNCIA NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES ANTICOAGULADOS NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR (SAD)

ARTIGO

POR:

LILIANI AZEVEDO



Assista à palestra
na íntegra.



Liliani Azevedo é graduada em Enfermagem pela Universidade de Passo Fundo/RS (UPF), enfermeira no Hospital Municipal São José (HMSJ) em Joinville, integra a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD). Atua no projeto de Complexidade do Cuidado na Atenção Domiciliar (CCAD), com capacitações junto à equipe de projetos do Hospital Alemão Oswaldo Cruz em parceria com a Coordenação Geral de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, objetivando aumentar a complexidade dos atendimentos. Coordenadora intra-hospitalar da Comissão Hospitalar de Transplantes (CHT). Atuou como enfermeira por 17 anos na área de transplante renal HMSJ.

No ano de 2015, o município de Joinville foi credenciado pelo Ministério da Saúde para receber o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e a consequente formação das equipes: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD's), também denominado como Programa Melhor em Casa.

Cabe salientar que o programa é regulamentado pela Portaria Reguladora nº 825, de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde.

O programa mostrou resultados positivos (comprovados). Resultados esses que reduziram em muito os custos hospitalares.

Muito além dos custos, considera-se principalmente a parte emocional e afetiva do paciente, este que é sempre cuidado/tratado com segurança e qualidade, próximo aos seus familiares, no conforto do seu lar. Como diz o programa: Melhor em Casa.

Após o credenciamento do SAD, pelo Ministério da Saúde, em março de 2017 criou-se a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), lotadas dentro do Hospital São José de Joinville.

A EMAD é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, assistente social e técnicos de enfermagem. A EMAP, por sua vez, é composta por profissionais de psicologia, fonoaudiologia, nutrição e terapia ocupacional.

Considerando valores atuais, os custos de um paciente vinculado ao programa versus internação hospitalar, equivalem somente a 30% (trinta por cento). Além da significativa questão econômica, o cuidado do paciente no domicílio, diminui vários riscos de exposição em ambiente hospitalar, principalmente em época de pandemia.

Além das demais considerações, a EMAD mostra-se de suma importância para o Núcleo Interno de Regulação de Leitos (NIR) do HMSJ, promovendo a desospitalização de vários pacientes e, por conseguinte, a liberação de leitos.

FUNCIONAMENTO DO SAD

O médico assistente hospitalar solicita à EMAD via documentação interna (Sisreg), a avaliação do paciente. A equipe, nas pessoas das enfermeiras e/ou médicas, avalia o paciente à beira de leito. Após essa criteriosa avaliação de elegibilidade, se for possível, o paciente recebe alta hospitalar.

A avaliação de elegibilidade, de acordo com a Portaria Reguladora nº 825, considera o grau de complexidade do tratamento, que é definido pelas modalidades AD1, AD2 ou AD3, sendo:

AD1: pacientes com menor grau de complexidade, que tiveram o tratamento hospitalar encerrado e passarão a ser acompanhados pela Unidade Básica de Saúde (UBS).

AD2: pacientes com médio grau de complexidade, que têm a possibilidade de alta hospitalar, mas ainda exigem acompanhamento frequente e que não pode ser realizado pela UBS. São pacientes com plano de anticoagulação, reabilitação pós-AVC (até adesão no Serviço de Reabilitação (SER)), término de antibioticoterapia endovenosa (uma ou duas vezes dia).

AD3: pacientes com alto grau de complexidade, como cuidados paliativos (conforto e manejo da dor, até o óbito em domicílio), pacientes que fazem uso de aparelhos de oxigênio, ventilação mecânica ou demais equipamentos.

De acordo com a avaliação de elegibilidade, nem todo paciente é elegível ao programa, seja pela modalidade AD1, instabilidade clínica, necessidade de procedimentos de urgência ou um cuidador e/ou responsável pelo paciente.

São seguidos critérios de elegibilidade como, obrigatoriedade de um cuidador titular, uma pessoa (da família ou não) que assuma a responsabilidade nos cuidados domiciliares do paciente. Precisamos ter alguém a quem nos reportarmos, para sabermos se o tratamento está sendo seguido de forma segura.

PERÍODO DE FUNCIONAMENTO

A equipe atende diariamente das 6h30 às 22h. Nossa maior preocupação é estarmos com as portas abertas, salientando os pacientes que perderam segmento de anticoagulação, evitando assim um novo evento de AVC.

Conforme a Portaria Reguladora nº 825, a EMAD tem um prazo médio de 24 a 48 horas para avaliar o paciente e desospitalizar os pacientes, caso estejam de acordo com os critérios de elegibilidade. Considerando que se este paciente não for avaliado, continuará utilizando um leito dentro do hospital, nossa média de tempo entre o parecer até a liberação é de duas a quatro horas. Justamente porque sabemos a importância de um leito vago dentro da unidade.

Para ingresso no programa, o paciente assina um termo de consentimento, autorizando a EMAD realizar o atendimento domiciliar.

Caso a equipe perceba que não há adesão ao tratamento, ela sinaliza junto ao Núcleo Interno de Regulação de Leitos (NIR) e avalia a transferência desse paciente para leito de retaguarda ou de longa permanência, sem a necessidade de retornar ao ambiente hospitalar.

No caso de pacientes que não se dispõe a cumprir o tratamento, colocando em risco o término do seu tratamento, eles serão notificados e receberão alta administrativa, sendo documentada em prontuário.

PROTOCOLOS DE ORIENTAÇÕES AO PACIENTE ANTICOAGULADO

Inicialmente percebíamos que os pacientes não compreendiam a importância do uso do anticoagulante, doses das medicações e alimentação correta. Diante disso, criamos uma cartilha informativa, denominada como: Cuidados Com o Paciente Anticoagulado no Domicílio. Cartilha essa, criada com uma linguagem simples, onde constam perguntas recorrentes, para sanar as principais dúvidas relacionadas ao tratamento (especialmente sobre o risco do sangramento cerebral) e tempo de permanência no programa.

Por meio do Registro Epidemiológico de AVC de Joinville, Joinvasc, percebemos que os pacientes bem orientados aderem mais ao correto tratamento. Ratificando essa adesão, sempre que questionados pelo Joinvasc, no monitoramento em domicílio, os indivíduos sabiam exatamente a dose da medicação que estavam usando, o tempo em que estavam vinculados ao programa, e qual era a preocupação da equipe que estava indo às casas deles.

ESTRATÉGIAS DE ATENDIMENTO DURANTE A PANDEMIA

Entre os meses de janeiro a setembro de 2020, foram registradas 442 internações/ingressos ao programa. Desse número, 104 pacientes internaram para anticoagulação.

Com a Pandemia de Covid-19, houve um aumento ainda maior no número de desospitalizações vinculadas ao programa com plano de anticoagulação, visto que a maioria dos pacientes são idosos/grupo de risco.

Com a adoção de medidas restritivas, especialmente com a suspensão do transporte público urbano, fez-se necessário destinar uma equipe técnica exclusiva para as coletas de Tempo de Protrombina RNI-TAP no domicílio.

Nas visitas domiciliares tivemos uma visão global do paciente, pois além da coleta, conseguimos verificar se o mesmo estava tomando a medicação adequada, se apresentavam alguma intercorrência ou sofrido outras patologias durante esse período.

Seguimos critérios de confiabilidade nas coletas, com controle rígido da temperatura para confiabilidade nos resultados; agilidade no tempo (2h) para cada coleta chegar ao laboratório; e uma parceria foi firmada com o laboratório para que os resultados dos exames sejam disponibilizados em poucas horas, a fim de realizar a correção da dose do anticoagulante rapidamente, quando necessário.

O retorno ao paciente, sobre resultado dos exames e nova receita, é realizado via aplicativo de mensagem, após a análise médica do resultado do exame.

Esse resultado e a orientação sobre a nova dosagem da medicação (quando necessário) são compartilhados com o paciente no mesmo dia. Neste momento, é observado o entendimento do paciente e/ou de seu cuidador, com a certificação de que houve a adesão e um comprometimento de ambos com tratamento.

ALTA DA EMAD

A alta segura do paciente acontece quando o RNI estiver no alvo por duas ou três semanas seguidas. Porém, antes da alta, a equipe realiza agendamento da consulta com um hematologista, no ambulatório do HMSJ, para fazer manutenção do acompanhamento, até que o paciente seja chamado pelo Hemosc. Para tanto, concomitantemente ao agendamento no ambulatório, faz-se o pedido, via Sisreg Ambulatorial, para acompanhamento no Hemosc de Joinville. Após o agendamento, entregam-se os encaminhamentos, as evoluções médicas, resumo de alta e demais orientações.



OS 15 ANOS DA ASSOCIAÇÃO BRASIL AVC



Fundada em 14 de fevereiro de 2005, em Joinville, Santa Catarina, a Associação Brasil AVC –ABAVC é fruto de um sonho embasado em muito trabalho real. Na união de esforços de profissionais que lutam para mudar realidades e tornar a vida de pacientes e familiares melhor; se engajam pela conquista de políticas públicas em saúde; criam soluções para levar informação às pessoas e orientar sobre os sinais e sintomas, conduta frente a um evento, alertar sobre os fatores de risco, contribuir com a prevenção primária e evitar a doença.

CARLA MORO



Assista à palestra na íntegra.



Carla Heloísa Cabral Moro é neurologista, formada pela Universidade Federal do Paraná. Coordenadora das Unidades de AVC Integral, Agudo, AIT e AVC Menor do Hospital Municipal São José de Joinville/SC. É presidente do Conselho Fiscal e Consultivo da Associação Brasil AVC. Atua na Clínica Neurológica de Joinville como coordenadora do Centro de Pesquisa.



ABAVC conquista o prêmio da World Stroke Organization Campanha de combate ao AVC.

Quem contou sobre a trajetória da ABAVC, no IV Fórum do AVC 2020, foi a neurologista Carla Heloísa Cabral Moro. Uma das fundadoras e atual presidente do Conselho Fiscal e Consultivo da Associação, Carla detalha por meio de uma linha cronológica algumas das conquistas destes 15 anos, que na verdade começaram um pouco antes:

2000

Iniciadas ações de educação à população.

2005

Oficializada a fundação da Associação Brasil AVC.

2007

Destaque para a realização do VI Congresso Brasileiro de Doenças Cerebrovasculares, em Joinville.

2009

Estruturado o site abavc.org.br . Fomento do uso para educação, alerta e conscientização.

2010

Advertências e informações sobre a doença via campanhas em busdoor (perdurou por alguns anos).

Primeira Caminhada do AVC, participações em entrevistas a veículos de comunicação locais; treinamentos com a equipe multiprofissional no Hospital Municipal São José (HMSJ), e transmissão de orientações aos funcionários dos hospitais.

2011

Junto a associações brasileiras, ABAVC conquista o prêmio da World Stroke Organization de Melhor Campanha Mundial de combate ao AVC.

2012

Em parceria com a World Stroke Organization, realiza a campanha AVC Eu me Importo.



Acesse o QR Code e assista o vídeo de 15 anos da ABAVC.

UM MARCO

2012 – Neste ano foram lançadas as Portarias N° 664 e No 665, de 12 de abril de 2012, documentos que aprovavam o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo e dispõem sobre os critérios e habilitação dos estabelecimentos hospitalares, como Centro de Atendimento ao AVC, e aprovam a Linha do Cuidado em AVC. “Apesar de já termos uma Unidade de AVC desde 1997, e fazermos parte de um estudo relevante sobre as evidências relacionadas às Unidades de AVC, não éramos credenciados ainda pelo Ministério da Saúde. Simplesmente por uma questão burocrática”, observa Carla.

FOI ENTÃO QUE EM:

2012

ABAVC buscou junto a Câmara de Vereadores de Joinville o credenciamento da U AVC do HMSJ. “Usamos a palavra livre para mostrar o quanto já tínhamos perdido de dinheiro, uma vez que o repasse de recursos que receberíamos seria de R\$ 350 extra por dia, para cada leito, sendo que na época contávamos com 21 leitos”, contabiliza a neurologista.

Realização do Simpósio Catarinense de Reabilitação Neurológica Pós-AVC. “Trabalhamos sempre com atuação voltada para reabilitação, pela grande carência de informações sobre o assunto no Brasil”, comenta Carla.

2013

Campanha de Combate ao AVC com importante parceria da Associação dos Deficientes Físicos de Joinville (ADEJ).

2014

Com apoio da enfermeira e pesquisadora, Juliana Safanelli e do projeto Palhaçoterapia da Univille, ABAVC realiza a campanha Evite um AVC. Check seu Pulso.

2015

Engajamento de empresas como a Interfibra, projeto Palhaçoterapia da Univille e pacientes, alunos de Nutrição do lelusc e HMSJ, foi promovida a campanha AVC Eu me importo. Realização da Caminhada de Combate ao AVC.

Promoção do IV Congresso Catarinense de Neurologia e o Simpósio sobre Equipe Interdisciplinar na Unidade de AVC.

2016

2016 - Outdoors destacam que AVC é uma emergência médica, e que chamar o SAMU é essencial.

2016 - Primeira Exposição Interativa: AVC – A Vida Continua, projeto piloto no HMSJ, com os integrantes do Programa de Residência Multiprofissional (PRMulti), sob a liderança do psicólogo residente, Hudelson dos Passos. Exposição foi montada no HMSJ, onde colaboradores, residentes, pacientes e familiares tiveram a oportunidades de receber informações relevantes sobre a doença. Aprendenderam sobre sinais e sintomas, como proceder frente a um evento, fatores de risco e prevenção, além de ter a experiência de vivenciar algumas das principais sequelas, a exemplo do déficit motor, dificuldades de linguagem e visuais.

2017

ABAVC reúne fundadores e novos associados para apresentação de propostas e nova chapa de direção, com reestruturação e redação de novo estatuto.

Inicia-se a tríade: Fórum do AVC, Exposição Interativa - AVC A Vida Continua, e Corrida e Caminhada do AVC.



Exposição Interativa: AVC – A Vida Continua

O FÓRUM DO AVC



Primeiro Fórum do AVC ocorreu em 2017, com o objetivo reunir gestores e profissionais de saúde para discutir sobre a implantação de modelo integrado dos atendimentos ao AVC, resultados já atingidos e barreiras enfrentadas, com o intuito de continuar no planejamento conjunto das ações futuras.

2017

Logo após a realização de cada Fórum, a ABAVC trabalha na produção de um caderno que contém matérias jornalísticas, com depoimentos sobre cada palestra realizada no evento. O conteúdo fica disponível gratuitamente para acesso e informação no site: <https://abavc.org.br/>

Exposição Interativa do AVC foi aprimorada e conduzida pela neurologista Carla Heloísa Cabral Moro e pela residente do PRM, enfermeira Haline Giuliane Reckziegel. Ganhou o formato de painéis e foi realizada no Shopping Mueller Joinville, HMSC e na Câmara de Vereadores.

Mais de 1.200 pessoas, de 25 cidades, participam da 2ª Corrida e Caminhada do AVC, que também conta com serviços de orientações com profissionais da saúde.

ABAVC conquista cadeira no Conselho Municipal da Saúde de Joinville, nominata 2017-2019, com importante representação da secretária Luciane Beatriz Moreira de Camargo, que também levou a Associação à Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, representando SC.

2018

Exposição Interativa do AVC é promovida em Joinville: nos dois câmpus da Univille, Câmara de Vereadores, HMSJ e Shopping Mueller. Percorre outras cidades catarinenses como Jaraguá do Sul, Lages, Florianópolis e Criciúma, além de chegar ao Piauí, em Teresina.

Participação do neurologista Pedro Magalhães em reunião do Conselho Municipal da Saúde de Joinville fomenta a criação da Linha do Cuidado.

2019

Exposição Interativa chega a quatro escolas estaduais de ensino médio de Joinville. Com a participação de alunos do curso de Medicina da Univille, professores foram capacitados e estudantes tiveram aulas com base na exposição, além de participarem de pré e pós-testes sobre o assunto. Famílias e comunidade também tiveram acesso ao evento.

Secretária da ABAVC, Luciane Beatriz Moreira de Camargo, é eleita presidente Conselho Municipal da Saúde de Joinville, nominata 2019-2021. “Isso com certeza abriu muitas portas para a Linha do Cuidado do AVC”, destaca Carla.

Participação da ABAVC no Curso de Atualização em Neurociências.

Associação realiza consultoria com o mestre em Administração, José Alberto Tozzi, fundamental para nortear os objetivos da ABAVC como entidade sem fins lucrativos.

Neurologista Pedro Magalhães palestra para a Associação sobre Valor em Saúde e Valor no AVC.

2020

ABAVC integra a reorganização do Registro Epidemiológico de Joinville, o Joinvasc. Junto com o HMSJ, SMS e a Univille, faz parte do comitê gestor para atuação e conseguiu fomentar o upgrade no Bando de Dados, promovendo seu financiamento, com e adequação do espaço físico de trabalho das enfermeiras e pesquisadoras. Também trouxe, junto com a PUC Paraná, o Projeto Quer AVC, um aplicativo que auxiliará no seguimento dos pacientes por meio do Joinvasc.

Associação realiza um webinar sobre Reabilitação Pós-AVC, Novos Conceitos e Estratégias. “Estamos planejando que este seja o primeiro de uma série de webinars que ainda realizaremos para falar sobre o tema”, adianta a médica.

Campanha #AVCNãoFiqueEmCasa alerta as pessoas que mesmo com a Covid-19 é importante e seguro buscar atendimento quando houver suspeita de AVC.

Realização do IV Fórum do AVC totalmente online.

Exposição Interativa Digital do AVC. No novo formato (devido à pandemia) 56 educadores, de 37 escolas, de 16 cidades de SC foram capacitados para guiar os estudantes pela exposição. Alunos que assistiram os 13 vídeos pequenos vídeos aprenderam o que é o AVC, sinais e sintomas, como agir frente a um evento, até o retorno do indivíduo à comunidade. Participaram de testes e pós-testes para medir aprendizado. “Apesar de termos alcançado resultados expressivos na primeira etapa, somente uma pequena parcela de alunos acessaram o conteúdo proposto. Percebendo essa dificuldade, criaremos novas estratégias para sensibilizar melhor os professores e em 2021 alcançar melhor adesão”, analisa a neurologista.

Para incentivar hábitos saudáveis de vida e reforçar a prevenção, a ABAVC busca a parceria de três restaurantes de Joinville, que criam em seus cardápios pratos alusivos à campanha do AVC. As receitas são baseadas na Dieta Mediterrânea, considerada Patrimônio Imaterial da Humanidade, comprovadamente benéfica para prevenção de doenças crônicas, como o AVC. Intenção é tornar esses pratos fixos nos cardápios dos restaurantes e em 2021 contar com o envolvimento de mais estabelecimentos.

FUTURO

2001

Levar a exposição interativa aos demais Estados brasileiros, iniciando com os que têm associações de apoio ao AVC.

Formar parceria com a Liga Acadêmica de AVC da Univille e criar um tele AVC, para o qual as pessoas poderão ligar e conversar com os alunos de Medicina para sanar dúvidas sobre a doença.

Dar continuidade à série de webinars sobre reabilitação de AVC.

“Temos um sonho de iniciar uma atividade de reabilitação, começar pequeno, com atendimento de assistente social, psicólogo para no futuro termos um centro de reabilitação. O paciente é nossa maior motivação”

MATERIAL INFORMATIVO

Cumprindo com seu papel social de informar a sociedade sobre os fatores que envolvem o AVC, a Associação já criou diversos materiais para pesquisa e embasamento. Os conteúdos estão disponíveis nas redes sociais e site da **Associação Brasil AVC**, acesse o QR Code abaixo.

- **Guia do Paciente – A Vida Continua**, com orientação ao paciente e cuidadores, informações sobre a doença, fatores de risco, prevenção e cuidados.
- **Guia – Educação Multidisciplinar ao Cuidado e Reabilitação Pós-AVC**, material para cuidadores e profissionais de reabilitação no pós-AVC, nas versões português e espanhol. Complementado por:
 - 60 vídeos explicativos feitos com médicos e pacientes sobre questões práticas. Além de:
 - Curso Online de Cuidados e Reabilitação, por meio de 13 aulas que serão disponibilizadas para quem tiver interesse, por meio do site <https://abavc.org.br/>, que serão compostas com material de avaliação e emissão de certificado. Parceria com Heróis Contra o AVC da Medtronic.

Também em parceria com o Heróis Contra o AVC, a ABAVC está desenvolvendo 19 folderes informativos com perguntas e respostas sobre a doença.

Conheça os materiais educacionais da ABAVC.



O IMPORTANTE PAPEL DAS ASSOCIAÇÕES

A médica ressalta que associações como a ABAVC são instituições não governamentais que globalmente buscam melhores desfechos na prevenção, tratamento e cuidado pós-AVC. Elas variam em tamanho, atividade e perfil de associados. Podem ser somente de sobreviventes de AVC, acadêmicos, profissionais da saúde, interessados em AVC ou mistas. “Apesar das diferenças, estas associações estão unidas em um objetivo comum: reduzir o impacto do AVC no indivíduo acometido, familiares e sociedade”, detalha Carla.

Para auxiliar no suporte às associações, a Organização Mundial de AVC, por meio do suporte da World Stroke Organization disponibiliza um toolkit para a organização e apoio a sobreviventes de AVC. O material está traduzido para sete idiomas. “Há muito conteúdo de qualidade disponível, tanto para profissionais como para pacientes, cuidadores e familiares. Quanto mais conseguirmos aproveitar essas informações, melhor saberemos enfrentar e superar as questões que envolvem o AVC”, complementa Carla.

Objetivos das associações de AVC

- Garantir o envolvimento das pessoas afetadas pelo AVC e fortalecer a voz do paciente; Aumentar a conscientização sobre o AVC local e nacionalmente, incluindo fatores de risco, sinais e sintomas e a importância do atendimento em caráter emergência;
- Fomentar a organização de serviços e atividades de apoio de longo prazo para indivíduos acometidos por AVC; atuar na defesa dos direitos dos indivíduos acometidos por AVC;
- Trabalhar na defesa das condições de trabalho dos profissionais de saúde e de ensino aos acadêmicos.
- Investir e participar de pesquisas sobre tratamento e cuidados com o AVC.

Representatividade

- Orientam os gestores sobre o que é fundamental no cuidado ao AVC;
- Fornecem suporte de longo prazo para indivíduos acometidos por AVC, que muitas vezes está fora do escopo de atuação do poder público;
- Advogam em nome dos indivíduos acometidos por AVC;
- Promovem melhor comunicação entre profissionais de saúde e indivíduos acometidos por AVC.

As associações ativas no Brasil hoje são:

- Associação Brasil AVC – Joinville/SC
- Associação Mineira do AVC (AMA AVC) – Lagoa Santa/MG
- Ação AVC – Maceió/AL
- Associação Acidente Vascular Cerebral de Cuiabá (AAVCC) – Cuiabá/MT
- Associação Reabilitar - Teresina/PI
- Associação dos AVCistas do Estado de São Paulo (AAVC Paulista) - São Paulo/SP
- Instituto Mover – Goiânia/GO

MODERADORES



Alexandre Longo - Neurologista

Neurológica
Hospital Municipal São José

- Neurologista pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - UFFPR.
- Coordenador do Serviço de Neurologia do Hospital Municipal São José (HMSJ).
- Coordenador do Registro Epidemiológico de AVC de Joinville (JOINVASC).
- Preceptor do Programa de Residência Médica em Neurologia do Hospital Municipal São José (HMSJ).
- Neurologista da Neurológica de Joinville.
- Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia.

O médico neurologista, Alexandre Luiz Longo, um dos grandes incentivadores da pesquisa, prevenção e do aberto diálogo sobre a doença, participa ativamente todos os anos da Campanha de Combate ao AVC. Em 2020, foi um dos mediadores do Fórum do AVC e contribuiu com importantes posicionamentos sobre os diversos assuntos abordados, ao complementar as palestras dos colegas, responder questionamentos e interagir com os demais especialistas e o público desta edição.

Assista na íntegra ao Fórum
do AVC 2020.



Carla Moro - Neurologista

Neurológica
Presidente do Conselho Fiscal da ABAVC
Hospital Municipal São José

- Neurologista, formada pela Universidade Federal do Paraná.
- Coordenadora das Unidades de AVC Integral, Agudo, AIT e AVC Menor do Hospital Municipal São José.
- É presidente do Conselho Fiscal e Consultivo da Associação Brasil AVC.
- Atua na Clínica Neurológica de Joinville como coordenadora do Centro de Pesquisa.

CONVIDADOS



Henrique Diegoli - Neurologista

Secretaria Municipal
de Saúde | Joinville

- Graduado em Medicina pela Universidade do Vale do Itajaí - Univille.
- Médico neurologista formado no Hospital Municipal São José.
- Especialização em Economia da Saúde em andamento na University of York (York, Reino Unido).



Pedro Magalhães - Neurologista

Neurológica
Hospital Municipal São José

- Neurologista pelo Programa de Residência Médica em Neurologia do HMSJ-Joinville;
- Neurorradiologia Diagnóstica e Terapêutica pela Santa Casa de Porto Alegre IRS;
- Research fellow em Neurorradiologia Intervencionista no Ronald Reagan Hospital – UCLA – Los Angeles;
- Neurologista e Neurorradiologista da Neurológica de Joinville;
- Neurologista e Neurorradiologista do Hospital Municipal São José, Centro Hospitalar UNIMED e Hospital Dona Helena;
- Preceptor do Programa de Residência Médica em Neurologia do Hospital Municipal São José (HMSJ);
- Membro da Sociedade Brasileira de Neurorradiologia - SBNR;
- Membro da Sociedade Brasileira de Doenças Cérebro Vasculares.



Rafaela B Liberato - Enfermeira

Neurológica | Centro de Pesquisa
Registro de AVC de Joinville (Joinvasc)

- Graduação em Enfermagem pela Associação Luterana Bom Jesus / IELUSC.
- Mestre em Medicina Interna pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).
- Atua como enfermeira na Neurológica e no Registro de AVC de Joinville (Joinvasc).



Juliana Safanell - Enfermeira

Secretaria Municipal de
Saúde de Joinville (Joinvasc)

- Enfermeira e pesquisadora do Registro de AVC de Joinville/SC, o Joinvasc.
- Mestre em Saúde e Meio Ambiente pela Univille.



Cleide Hoffmann - Pedagoga

Secretaria Municipal de Saúde de Joinville
Serviço Especializado em Reabilitação (SER)

- Formação em Pedagogia -Univille.
- Especialização em Psicopedagogia - Faculdades Bagozzi.
- Mestrado em Educação – Univille.
- Atuou por 11 anos como psicopedagoga e supervisora de reabilitação na AACD SC/ ARCD Joinville.
- Atualmente é coordenadora do Serviço Especializado em Reabilitação (SER).
- Conselheira do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência.



Liliane Azevedo - Enfermeira

Secretaria Municipal de
Saúde de Joinville | EMAD

- Graduada Enfermeira pela Universidade de Passo Fundo/RS (UPF).
- Enfermeira no Hospital Municipal São José (HMSJ) em Joinville e desde 2017 integra a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD).
- Atua desde 2017 no projeto de Complexidade do Cuidado na Atenção Domiciliar (CCAD), com capacitações junto a equipe de projetos do Hospital Alemão Oswaldo Cruz em parceria com a Coordenação Geral de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, objetivando aumentar a complexidade dos atendimentos.
- Coordenadora intra-hospitalar CHT (Comissão Hospitalar de Transplantes) desde ano de 2020.
- No HMSJ/ Joinville de transplante renal, atuou como Enfermeira por 17 anos, até 2017.

AVC É EMERGÊNCIA
MÉDICA.

#AVC
NAO
FIQUE EM
CASA

AGRADECIMENTO

Mais uma ação, fruto do engajamento de apoiadores, parceiros, patrocinadores e voluntários é findada com sucesso. A Associação Brasil AVC – ABAVC agradece todo empenho dedicado à Campanha de Combate ao AVC 2020, que mais do que nunca exigiu criatividade e perseverança na busca de soluções inovadoras para fazer este evento acontecer.

Com certeza, essa campanha será lembrada por todos de maneira muito especial. E para ampliar ainda mais o alcance do conteúdo abordado no nosso Fórum online, as informações referentes às palestras poderão circular através deste material impresso, assim como mídias sociais e site da ABAVC.

O Fórum, em formato webinar possibilitou a participação de pessoas do Brasil todo, levando conhecimento para acadêmicos, profissionais da saúde, pacientes e familiares, bem como para a população em geral. E ainda ficará disponível para quem desejar rever os melhores momentos. A Associação só tem a agradecer por sempre poder contar com profissionais/pessoas maravilhosas que fazem parte desta história, desta luta no combate ao AVC, que estão sempre dispostos a contribuir positivamente.

Comissão Organizadora

Diretoria da Associação Brasil AVC

Presidente

Ana Paula de Oliveira Pires
Coordenadora de Pesquisa Clínica.

Vice-Presidente

Mary Larangeira Albrecht
Fisioterapeuta

Tesoureiro

Gleise Farias
Secretária Administrativa

Secretário

Luciane Beatriz Moreira
Analista Administrativa

Conselho Fiscal | Consultivo

Presidente

Carla Heloisa Cabral Moro
Médica Neurologista.

- Pedro Silva Correa de Magalhães
Médico Neurologista.
- Simone Muller
Técnica de Enfermagem.



PATROCÍNIO DIAMANTE:

Medtronic



Se é Bayer, é bom

PATROCÍNIO PLATINA:

Allergan



PATROCÍNIO OURO:



REALIZAÇÃO



/abavcoficial



/c/associaçãobrasilavc



/abrasilavc



www.abavc.org.br