

PLANO DE AÇÃO PARA O AVC NA EUROPA 2018-2030

PLANO DE AÇÃO PARA O AVC NA EUROPA

2018-2030

Stroke Alliance for Europe

Rue Washington 40

1050, Bruxelas, Bélgica

A SAFE está registada como uma
organização sem fins lucrativos

(Association sans but lucratif)

Número ASBL 0661.651.450

Email: mail@safestroke.com

Índice

PREFÁCIO	2
INTRODUÇÃO	3
OBJETIVOS GLOBAIS PARA 2030	4
PREVENÇÃO PRIMÁRIA	6
PREVENÇÃO PRIMÁRIA - OBJETIVOS PARA 2030	7
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE AVC	8
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE AVC - OBJETIVOS PARA 2030	9
ABORDAGEM DO AVC AGUDO	10
AVC AGUDO - OBJETIVOS PARA 2030	11
PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	12
PREVENÇÃO SECUNDÁRIA - OBJETIVOS PARA 2030	13
REABILITAÇÃO	14
REABILITAÇÃO - OBJETIVOS PARA 2030	15
AVALIAÇÃO DE RESULTADOS E MELHORIA DA QUALIDADE	16
AVALIAÇÃO E MELHORIA DA QUALIDADE - OBJETIVOS PARA 2030	17
A VIDA PÓS-AVC	18
A VIDA PÓS-AVC - OBJETIVOS PARA 2030	19
CONCLUSÃO	20

PREFÁCIO

Este ano, cerca de 610 000 pessoas na União Europeia (UE) sofrerão um acidente vascular cerebral (AVC) e, apesar de os números não serem exatos, pelo menos 170 000 pessoas em países fora da UE sofrerão um AVC. Isto corresponde a mais de um AVC por minuto. O AVC que sofrerem pode ser devastador, conduzindo à morte ou a incapacidade para o resto da vida, destruindo as suas vidas e as dos seus entes queridos. Os que



sobreviverem ao AVC irão juntar-se a milhões de sobreviventes de AVC por toda a Europa que vivem com os impactos na sua saúde, vida social e situação financeira.

Em 2017, a Stroke Alliance for Europe (SAFE) e a European Stroke Organisation (ESO) publicaram em conjunto uma análise exaustiva sobre o AVC e os cuidados no AVC na Europa. O Relatório sobre o Peso do AVC na Europa revelou disparidades alarmantes entre e dentro de países ao longo de toda a cadeia de cuidados no AVC, assim como uma negligência do apoio pós-AVC por todos os países.



O relatório mostrou que, entre 2015 e 2035, está previsto um aumento de 34% do número de AVC devido ao envelhecimento da população e que, em toda a Europa, o número de pessoas a viver com AVC deverá aumentar um milhão, atingindo 4 631 050 sobreviventes. O custo total dos cuidados de saúde e outros cuidados relacionados com o AVC na UE, cerca de 45 bilhões de euros em 2015, também está previsto aumentar.

Tendo isto em conta, em maio de 2017, após muitos anos de cooperação, a SAFE e a ESO concordaram formalmente em trabalhar em conjunto para lutar contra o AVC.

Este Plano de Ação para o AVC na Europa

é um projeto conjunto resultante dessa colaboração. O plano segue e baseia-se nas duas anteriores “Declarações de Helsingborg”, que proporcionaram uma plataforma vital para melhorar a abordagem do AVC por toda a Europa. A ESO e a SAFE têm a honra de ter o Professor Bo Norrving como coordenador do Plano de Ação para o AVC na Europa, que também esteve envolvido nas anteriores Declarações de Helsingborg.

Setenta especialistas, a trabalhar em grupos para a avaliação de todos os aspetos da cadeia de cuidados no AVC, criaram o Plano de Ação para o AVC na Europa. A sua tarefa foi estudar as evidências para a melhor prática clínica e, considerando o atual estado da prestação de cuidados no AVC, delinear os objetivos principais que todos os países e sistemas de saúde devem procurar cumprir até 2030.

O Plano de Ação para o AVC é particularmente importante para os sobreviventes de AVC e seus cuidadores, visto abordar os desafios que as pessoas enfrentam a viver a sua vida após sofrerem um AVC pela primeira vez.

O Plano é, por um lado, um quadro aspiracional e, por outro, um apelo à ação. A SAFE apela a todos os decisores políticos que o utilizem para impulsionar uma mudança nas políticas da saúde, orientar as prioridades da investigação, melhorar a abordagem local do AVC e os cuidados focados no doente, e abordar as necessidades por responder identificadas pelo Relatório sobre o Peso do AVC na Europa.

O peso do AVC afeta-nos a todos, mas especialmente aos milhões de sobreviventes de AVC e seus entes queridos, que vivem com as suas consequências todos os dias. Devemos todos procurar cumprir os objetivos delineados no Plano de Ação para o AVC na Europa para reduzir e minimizar os impactos deste peso.

Jon Barrick, SAFE President,
Bart van der Worp, ESO President
Valeria Caso, ESO Past President (2016-2018)



INTRODUÇÃO

O AVC continua a ser uma das principais causas de morte e incapacidade na Europa, e as previsões mostram que, se continuar a ser menosprezado, o peso do AVC não irá diminuir nem na próxima década nem depois. Um fator contributivo importante é o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que se prevê que até 2030 aumente 23% na Europa.

Felizmente, existem evidências convincentes de que o AVC é altamente prevenível, tratável e controlável, e existe um potencial para diminuir drasticamente o peso do AVC, incluindo uma redução substancial das suas consequências a longo prazo. Isto requer ações conjuntas dos Ministérios da Saúde e Serviços Sociais, outros órgãos governamentais, organizações científicas e de apoio ao AVC, profissionais de saúde, investigadores clínicos e pré-clínicos e indústria.

A evidência científica e o estado dos serviços atuais tinham sido analisados em duas reuniões de Consenso Pan-Europeu, onde foram estabelecidos os objetivos para o desenvolvimento dos cuidados no AVC para a década seguinte. Destas reuniões resultaram as Declarações de Helsingborg de 1995 e de 2006.

O Plano de Ação para o AVC na Europa segue o formato das anteriores Declarações de Helsingborg (orientação por um comité diretivo de especialistas). Outro fator importante desta versão é que também envolveu representantes e organizações de doentes de AVC em todos os passos do seu desenvolvimento. O processo permitiu uma análise daquilo que é possível cientificamente; do estado dos serviços de AVC atuais; das prioridades e objetivos para a investigação e desenvolvimento; e novas secções adicionais sobre a Prevenção Primária e a Vida Pós-AVC, assim como as Prioridades de Investigação e Desenvolvimento para a investigação translacional do AVC. As bases científicas estão apresentadas em detalhe no artigo publicado no *European Stroke Journal*.

O Plano de Ação para o AVC na Europa de 2018 a 2030 está alinhado com, e desenvolve, o Plano de Ação Global da OMS para as DNT de 2013-2020, o Plano de Ação Europeu da OMS para as DNT e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU de 2015-2030, fornecendo um roteiro claro que tem o potencial de mudar drasticamente, numa perspetiva europeia, um dos principais problemas de saúde pública atuais e do futuro - o AVC.

OBJETIVOS GLOBAIS PARA 2030

O Plano de Ação para o AVC na Europa estabelece objetivos para cada um dos domínios do Plano: prevenção primária, organização de cuidados no AVC, cuidados agudos no AVC, prevenção secundária, reabilitação, avaliação de resultados e vida pós-AVC.

Foram definidos quatro objetivos globais para 2030.

Temos apenas doze anos para:

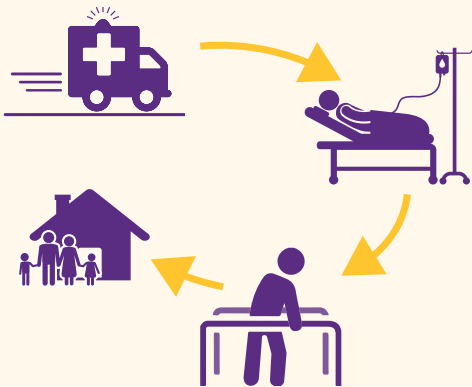


Reduzir em 10% o número absoluto de AVC na Europa.

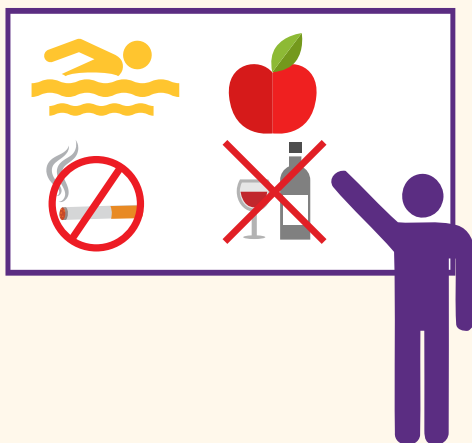
90%
ou mais



Tratar pelo menos 90% de todos os doentes que sofrerem um AVC na Europa numa unidade de AVC dedicada, como primeiro nível de cuidados.



Ter planos nacionais para o AVC que abranjam toda a cadeia de cuidados, desde a prevenção primária até à vida pós-AVC.



Implementar totalmente estratégias nacionais para intervenções multissetoriais de saúde pública para promover e facilitar um estilo de vida saudável e reduzir os fatores ambientais (incluindo a poluição atmosférica), socioeconómicos e educacionais que aumentam o risco de AVC.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

“Quando tive um AVC, nunca tinha ouvido falar sobre AVC. Quando recuperei, no hospital, os médicos disseram-me: “Sofreu um AVC.” “Um quê? Um AVC?” Não conhecia. Apesar de ser advogada, etc.”

Elisabeth Ortinez, Fundació Ictus, Catalunha, Espanha

O objetivo da Declaração de Helsingborg de 2006 era que todos os países procurassem reduzir os principais fatores de risco de AVC nas suas populações, principalmente a hipertensão e o tabagismo.

O AVC é uma doença altamente prevenível. Partilha fatores de risco com outras doenças cardiovasculares (DCV) e também com muitas outras doenças não infecciosas, ou não transmissíveis (DNT). O controlo dos fatores de risco do AVC requer intervenções ao nível individual e social, para abordar problemas relacionados com a saúde e com o estilo de vida. Por exemplo, deixar de fumar é uma intervenção individual, ao passo que tratar da poluição atmosférica é uma intervenção social. As políticas e ações ao nível social podem influenciar a capacidade de um indivíduo lidar com fatores de risco modificáveis.

Embora se deva incentivar o autocontrolo de fatores de risco, é muito difícil para os indivíduos manterem um baixo risco de AVC a longo prazo sem outras formas de apoio a nível social. Existem evidências sólidas de que devem ser implementadas intervenções de saúde pública focadas nos fatores de risco altamente prevalentes, incluindo convencer as pessoas a não fumarem e incentivar um estilo de vida saudável. Estas intervenções podem incluir alterações legislativas, campanhas mediáticas, rotulagem de alimentos e medidas educativas e de prevenção em escolas, em locais de trabalho e na comunidade.

Iniciativas como criar faixas para bicicletas, incentivar as pessoas a utilizarem as

escadas, servir comida saudável em locais públicos, proibir fumar, diminuir o teor de sal e açúcar nos alimentos processados e refrigerantes e campanhas de saúde pública e educação sobre saúde para aumentar a consciência dos fatores de risco do AVC modificáveis são intervenções de saúde pública sensatas que devem ser seguidas.

É vital que as iniciativas de prevenção primária sejam dirigidas a toda a população e não apenas a quem já tem um maior risco. Por isso, é importante implementar esforços em conjunto para aumentar a sensibilização para a tensão arterial alta (hipertensão) e para depois realizar rastreios e tratamentos. São necessários esforços adicionais para alcançar e trabalhar com pessoas de níveis socioeconómicos mais baixos, entre as quais os fatores de risco de AVC são mais prevalentes.

As intervenções médicas e a verificação da adesão aos tratamentos são cruciais, mas devem funcionar com intervenções sociais e individuais.

“Existe um paradoxo de que mesmo se soubermos quais são os “fatores de risco modificáveis responsáveis por 90% dos AVC, é difícil reduzir o número assustador de novos AVC a cada ano... Precisamos de um sistema sólido de medidas de prevenção em que indivíduos, médicos e decisores políticos trabalhem em conjunto arduamente e durante muito tempo para obter algum progresso.”

Jelena Misita, Responsável pela Sensibilização e Ativismo da SAFE

Os legisladores devem implementar e reforçar as estratégias nacionais para a prevenção primária e o controlo de fatores de risco. As intervenções de saúde pública multissetoriais devem promover e facilitar um estilo de vida saudável e garantir um acesso universal a programas de rastreio primário e de tratamento.

As principais diferenças entre países europeus relativamente à prevalência e controlo de fatores de risco devem ser

trabalhadas através do desenvolvimento de diretrizes europeias para o rastreio e tratamento de fatores de risco.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA - OBJETIVOS PARA 2030

Precisamos de testemunhar uma mudança drástica por toda a Europa para que toda a gente possa receber uma avaliação personalizada do seu risco de sofrer um AVC, além de qualquer tratamento necessário. Portanto, o objetivo é:

1 Alcançar o acesso universal a tratamentos preventivos primários através de uma previsão do risco melhorada e mais personalizada.

São necessárias novas estratégias nacionais e uma renovação da legislação para que os fatores de risco mais comuns sejam abordados. Isto deve incluir campanhas de saúde pública, assim como lidar com o impacto que a falta de educação, as carências e o ambiente têm no aumento do risco de AVC. Portanto, o objetivo é:

2 Implementar legislações e estratégias nacionais para intervenções de saúde pública multissetoriais que abordem os principais fatores de risco do AVC

(por exemplo, tabagismo, açúcar, sal, bebidas alcoólicas, poluição atmosférica), de modo a promover, educar sobre e incentivar um estilo de vida saudável e reduzir os fatores determinantes ambientais, socioeconómicos e educacionais.

Rastrear os fatores de risco do AVC e tratá-los deveria ser uma prioridade. Portanto, o objetivo é:

3 Disponibilizar programas baseados na evidência para o rastreio e tratamento dos fatores de risco do AVC em todos os países europeus.

Acontece demasiadas vezes a tensão arterial alta não ser detetada nem tratada. O objetivo para todos os países da Europa é:

4 Conseguir detetar e controlar a tensão arterial alta em 80% das pessoas com hipertensão.



© Združenje bolnikov s cerebrovaskularno boleznijo Slovenije

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE AVC

”*Existe um programa chamado Alta Precoce Apoiada (APA) que está de facto a conseguir tirar as pessoas das camas de hospital e levá-las para casa mais cedo. Estas pessoas recebem os tratamentos em casa nas primeiras 6-8 semanas e, em muitos países da Europa, foi comprovado que isto melhora os resultados e até chega a reduzir os custos totais para os serviços de saúde. Portanto, exigimos que o nosso Ministro das Finanças, um sobrevivente de AVC, [cumprisse o programa APA e] (...) ele cumpriu o programa de alta precoce apoiada e, seis semanas depois, estava a andar de bicicleta pelo Phoenix Park em Dublin; isto, seis semanas após não conseguir abrir a porta de sua casa. Esta situação foi uma comprovação para os responsáveis pela tomada dessas decisões, com um impacto que não seria possível de outra forma (...), isso comprovou o que esse programa realmente significa na vida de uma pessoa real.”*

Chris Macey,
Irish Heart Foundation

O objetivo da Declaração de Helsingborg de 2006 era que, na Europa, todos os doentes que sofressem um AVC tivessem acesso a um continuum de cuidados, desde unidades de AVC organizadas para a fase aguda até uma reabilitação e medidas de prevenção secundárias apropriadas.

Existe uma grande variação entre os países da Europa no modo como os serviços de AVC estão organizados. Contudo, o modo como os serviços de AVC são organizados é fundamental para a qualidade dos cuidados. É necessária informação mais fiável e exata sobre a estrutura e a organização dos cuidados no AVC. Isto deveria incluir registos para controlar os principais indicadores de desempenho e programas para certificar as unidades de AVC. As sociedades médicas

e organizações de apoio relacionadas com o AVC podem ter um papel vital, criando pressões para que os serviços de AVC sejam melhor organizados e permitindo o desenvolvimento prático e a auditoria das normas de qualidade necessárias.

Em termos de cuidados agudos e de emergência no AVC, uma boa organização inclui:

programas de sensibilização contínua para promover o reconhecimento de sintomas de AVC por parte da população;

formação sobre AVC para operadores, paramédicos e profissionais de emergência médica;

planeamento da localização dos centros de AVC e dos trajetos das ambulâncias para minimizar os tempos de viagem;

utilização de ferramentas validadas para o reconhecimento de sintomas de AVC, como o teste FAST;

admissões centralizadas;

existência de equipas especializadas em AVC e unidades de AVC certificadas/auditadas;

acesso 24 horas por dia a técnicas de imagem cerebral;

telemedicina para áreas remotas;

processos de melhoria de qualidade contínuos;

planeamento para que as altas precoces apoiadas proporcionem o mesmo nível de cuidados pós-agudos na comunidade que seria prestado no hospital.

Atualmente, em muitos países, ainda há falta de informação fiável e exata sobre a estrutura e a organização dos cuidados no AVC, assim como a implementação de normas de orientação para a abordagem do AVC.

Na Europa, menos de 10% dos doentes de AVC chegam ao hospital nos 60 minutos após o início dos sintomas e, em muitos países, este intervalo entre os sintomas e o hospital não diminuiu nos últimos anos.

Apenas uma minoria de países estabeleceu um sistema de certificação com critérios de qualidade bem definidos ou um sistema regularmente revisto para a avaliação comparativa da prestação de cuidados.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE AVC - OBJETIVOS PARA 2030

As organizações de apoio ao AVC e as sociedades médicas de AVC são essenciais para o desenvolvimento e implementação de planos nacionais para o AVC, pois oferecem experiência, conhecimentos especializados e perspectivas de doentes. Portanto, o objetivo é:

1 *Criar uma sociedade médica e uma organização de apoio ao AVC em todos os países, que deverão colaborar de perto com o órgão responsável para o desenvolvimento, implementação e revisão do plano nacional para o AVC.*

Existe extensa evidência sobre como devem ser as normas de orientação para os cuidados no AVC. Estas cadeias devem ajudar a guiar os serviços de AVC desde a prevenção e o cuidado agudo, passando pela reabilitação, até à vida pós-AVC. Além disso, a população precisa de estar envolvida, para compreender o que deve esperar desses serviços. Todos os países na Europa devem certificar-se de que estão a:

2 *Gerir os cuidados no AVC a nível nacional seguindo normas de orientação baseadas na evidência que abrangem toda a cadeia de cuidados. Estas normas são percebidas pela população e poderão ser adaptadas a determinadas circunstâncias regionais para garantir igual acesso aos cuidados no AVC independentemente das características, região e tempo de hospitalização do doente.*

A prestação de bons cuidados no AVC depende de profissionais altamente competentes e especializados em AVC. Em toda a Europa, é necessário garantir que são recrutados profissionais com boa formação, para que possa ser realizado um trabalho de equipa multidisciplinar eficaz em casos de AVC. Os países devem garantir que estão a:

3 *Gerir e prestar os cuidados no AVC com profissionais e equipas competentes e criar planos para um recrutamento e uma formação eficazes como parte de um plano nacional para o AVC.*

A prestação de cuidados numa unidade de AVC é crucial para reduzir o número de mortes e incapacidade resultantes do AVC. Contudo, isto apenas se aplica se essas unidades de AVC forem de qualidade elevada. Para definir e avaliar como deve ser uma boa unidade de AVC, todos os países europeus devem garantir que:

4 *Todas as unidades de AVC e outros serviços de AVC são submetidos a certificações regulares ou processos de auditoria equivalentes para a melhoria da qualidade.*



ABORDAGEM DO AVC AGUDO

“*Enquanto pessoa que sofreu um AVC, tenho o direito de receber os melhores:*

um diagnóstico rápido para poder ser tratado(a) rapidamente;

receber tratamento por parte de uma equipa especializada em todas as fases do meu percurso (no hospital e durante a reabilitação);

receber cuidados bem coordenados;

ter acesso a tratamento independentemente da minha situação financeira, género, cultura ou local de residência;

receber um tratamento adequado para mim enquanto indivíduo(a), tendo em conta a minha idade, género, cultura, objetivos e as minhas necessidades variáveis ao longo do tempo.”

Carta Global de Direitos no AVC,
World Stroke Organisation, 2014

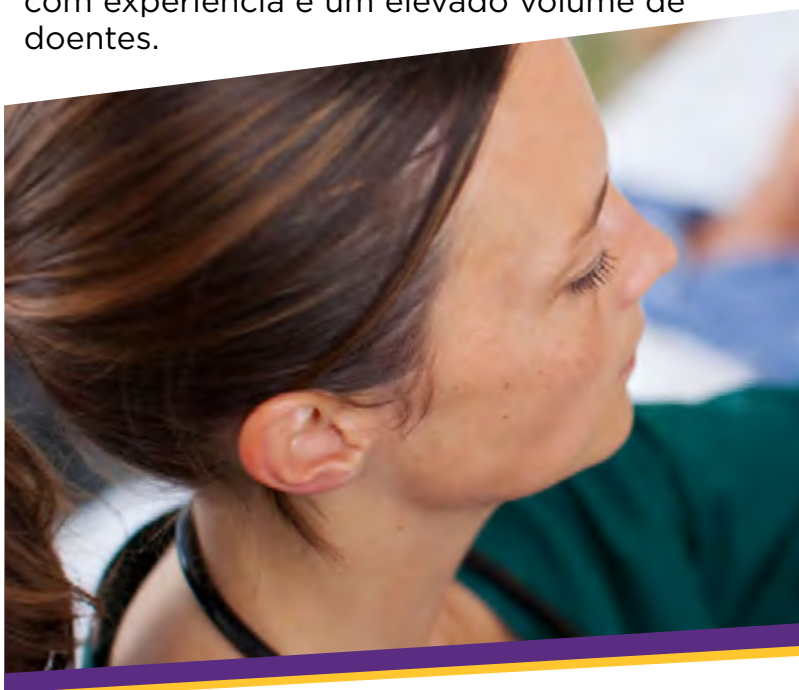
Os objetivos para a abordagem do AVC agudo na Declaração de Helsingborg de 2006 eram que: mais de 85% dos doentes com AVC sobrevivessem ao primeiro mês pós-AVC; mais de 70% dos sobreviventes fossem independentes nas suas atividades diárias ao fim de três meses após o início do AVC; todos os doentes com AVC agudo que fossem potencialmente elegíveis para tratamentos agudos específicos fossem transferidos para hospitais onde houvesse capacidade técnica e conhecimentos específicos para administrar esse tratamento.

“*Todas as pessoas com um AVC agudo têm o direito de ter igual acesso a cuidados no AVC otimizados e eficientes, diagnóstico e tratamento, independentemente do seu local de residência, idade, género, cultura e estado social e económico.”*

Professor Anita Arsovska,
Membro do Conselho da SAFE

As unidades de AVC, equipadas com uma equipa multidisciplinar especializada em AVC, são a intervenção mais eficaz para proporcionar melhores resultados. Além disso, algumas intervenções que têm mostrado melhorar os resultados, como a trombólise, apenas podem ser proporcionadas onde houver cuidados ao AVC bem organizados e unidades de AVC agudo de qualidade elevada. Isto também se aplica a procedimentos mais recentes, como a trombectomia (remoção de trombo).

Contudo, o acesso a unidades de AVC varia por toda a Europa e o tempo médio (mediano) para as pessoas receberem tratamento ainda é, de longe, demasiado longo; por exemplo, o tempo desde o início de sintomas até ao tratamento (OTT, do inglês “onset-to-treatment”) no caso de trombólise é de 140 minutos na Europa Ocidental e de 150 minutos na Europa de Leste. Registos europeus internacionais relataram um tempo mediano porta-agulha (DNT, do inglês “door-to-needle time”) (ou seja, o tempo que um doente de AVC demora a receber a trombólise desde que chega ao hospital) de 70 minutos, apesar de haver exemplos de tempos porta-agulha de apenas 20 minutos em centros com experiência e um elevado volume de doentes.



AVC AGUDO - OBJETIVOS PARA 2030

Sabemos que as unidades de AVC fazem toda a diferença e, ainda assim, em demasiados locais, estas não estão acessíveis. Portanto, todos os países devem ter como objetivo:

- 1** *Tratar pelo menos 90% de todos os doentes que sofrerem um AVC na Europa numa unidade de AVC como primeiro nível de cuidados.*

A restauração do fluxo sanguíneo no cérebro pode ser uma enorme vantagem para muitos doentes, reduzindo a incapacidade a longo prazo e acelerando a recuperação. Contudo, a trombólise e a trombectomia ainda não estão disponíveis universalmente em toda a Europa. Portanto, o objetivo para todos os países é:

- 2** *Garantir o acesso a tratamentos de recanalização a 95% dos doentes elegíveis em toda a Europa.*

Quanto mais rápido uma pessoa receber estes tratamentos de recanalização, melhor será o resultado. Assim sendo, reduzir o tempo que uma pessoa demora a receber o tratamento desde que entra no hospital é vital. O objetivo é:

- 3** *Diminuir os tempos medianos início de sintomas-agulha para menos de 120 minutos no caso de trombólise intravenosa e os tempos desde o início de sintomas até à reperusão para menos de 200 minutos no caso de tratamento endovascular.*

Os dois primeiros objetivos são essenciais para que a proporção de pessoas tratadas com fármacos destruidores de trombos, ou seja, por trombólise intravenosa (IVT), ou com extração mecânica de trombos, ou seja, tratamento endovascular (EVT), possa aumentar. Os países devem ter como objetivo:

- 4** *Alcançar taxas de Trombólise Intravenosa (IVT) acima de 15% e taxas de Tratamento Endovascular (EVT) acima de 5% em todos os países europeus.*

O objetivo final é reduzir a morte e a incapacidade causadas por AVC. Isto inclui AVC que não são causados por trombos, como casos de hemorragia interna no cérebro (hemorragia intracerebral) ou na superfície do cérebro (hemorragia subaracnoideia). Por toda a Europa deve-se procurar:

- 5** *Reduzir as taxas de mortalidade no primeiro mês para menos de 25% no caso de hemorragias intracerebrais e hemorragias subaracnoideias e aumentar a taxa de bons resultados funcionais para mais de 50%.*



© Can Stock Photo / racorn

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA



Na Declaração de Helsingborg de 2006, os objetivos para 2015 eram reduzir a mortalidade por AVC em até 20% e que todos os doentes com AIT (acidente isquémico transitório) ou AVC recebessem medidas de prevenção secundária adequadas.



As medidas de prevenção secundária têm o potencial de reduzir em 80% o número de sobreviventes de AVC que têm novos AVC. Isto significa reconhecer e tratar os AIT (mini-AVC) e confirmar que são iniciadas avaliações de risco e planos de tratamento adequados para pessoas com AIT ou que tenham sofrido um AVC, no hospital e durante o resto da sua vida na comunidade.

Cada AVC é diferente e as suas causas precisam de ser desvendadas para se poder planejar melhor os métodos de prevenção secundária. Isto é mais uma razão para a necessidade de uma disponibilização universal de imagiologia cerebral.

A identificação de fatores de risco baseia-se em dois alicerces principais:

-  Identificar e ajudar os doentes a lidarem com os fatores de risco de “estilo de vida” através de uma abordagem personalizada..
-  Os fatores de risco “médicos”, para os quais existem diretrizes.

Os fatores de risco como uma má dieta, consumo de álcool, tabagismo, toxicod dependência, obesidade, tensão

arterial e colesterol altos, fibrilhação auricular, diabetes mellitus e apneia do sono são modificáveis e devem ser estudados em todos os doentes por se influenciarem uns aos outros.

Os fatores não modificáveis, como a idade, o sexo, a raça ou etnia e a história familiar, também têm um impacto nos fatores de risco modificáveis. Os registos nacionais de AVC devem incluir estes fatores e as intervenções de prevenção secundária utilizadas.

Os doentes com AVC ou AIT muitas vezes têm uma doença arterial periférica, cardíaca ou renal coexistente, e isto requer investigação e tratamento. A depressão e a ansiedade podem ser prejudiciais para o estilo de vida e adesão a medidas, e são fatores de risco para AVC e demência.

A prestação de prevenção secundária é muito variável por toda a Europa, mas os dados são irregulares e muitas vezes desatualizados. Sabemos que mais de 60% dos doentes diagnosticados com um AVC têm tensão arterial elevada. Apesar de 80-90% destes doentes serem tratados, menos de 40% terão a tensão arterial adequadamente controlada. As razões para um mau controlo da tensão arterial incluem falta de monitorização, subtratamento e taxas de adesão baixas. Do mesmo modo, embora as taxas de prescrição de estatina no momento da alta por parte do hospital sejam elevadas, as taxas de adesão a longo prazo são baixas. Além disso, demasiados doentes com fibrilhação auricular ainda não recebem anticoagulação oral.



MAIS DE 60% DOS DOENTES DIAGNOSTICADOS COM UM AVC TÊM TENSÃO ARTERIAL ALTA

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA - OBJETIVOS PARA 2030

Não há desculpa para alguém que já tenha sofrido um AVC ou um AIT não receber tratamento, aconselhamento e apoio de prevenção secundária. Portanto, é essencial em todos os países:

1 Incluir a prevenção secundária nos planos nacionais para o AVC com acompanhamento nos cuidados de saúde primários e na comunidade.

A vasta maioria dos sobreviventes de AVC precisa de aconselhamento e apoio por especialistas e precisa de sentir que é capaz de receber cuidados de prevenção secundária adequados e oportunos. O objetivo deve ser:

2 Garantir que pelo menos 90% da população com AVC é observada por um especialista em AVC e tem acesso a cuidados de prevenção secundária (investigação e tratamento).

Para ser possível avaliar com precisão o risco de um sobrevivente de AVC sofrer um novo AVC, deve estar disponível uma série de ferramentas e testes diagnósticos. O objetivo é:

3 Garantir o acesso a modalidades de investigação cruciais: TAC (ou ressonância magnética), eco-Doppler carotídeo, ECG, ECG de 24 horas, ecocardiografia (transtorácica e transesofágica), análises sanguíneas (lípidos, glicose, HbA1c e outros)

Para reduzir o risco de sofrerem um novo AVC, todos os sobreviventes devem poder receber o tratamento adequado. O objetivo do Plano de Ação para o AVC na Europa é que todos os países na Europa:

4 Garantam o acesso a estratégias de prevenção chave: aconselhamento sobre o estilo de vida, anti-hipertensores, agentes redutores de lípidos, antiplaquetários, anticoagulantes, insulina e agentes hipoglicémicos orais, endarterectomia carotídea e encerramento do foramen ovale patente (FOP).



© Fundacja Udaru Mózgu

REABILITAÇÃO

“A evidência em toda a Europa é que os serviços de reabilitação são inadequados, sendo muitas vezes demasiado escassos e demasiado tardios, ou as equipas não são capazes de prestar todos os tratamentos adequados, e os sistemas de revisão são fracos, não sendo a reabilitação contínua prestada eficazmente. Se houver um planeamento adequado, isto não tem de ser assim.”

Monique Lindhout, Hersenletsel.
nl (Netherlands)

Na Declaração de Helsingborg de 2006, o objetivo para 2015 era que todos os doentes com AVC na Europa tivessem acesso a um continuum de cuidados, desde a abordagem aguda até uma reabilitação adequada, prestadas em unidades de AVC dedicadas.

Os cuidados agudos no AVC, os cuidados de enfermagem especializados e a reabilitação por especialistas são todos aspetos essenciais de uma unidade de AVC completa, e o tratamento nestas instalações mostrou reduzir a mortalidade e a incapacidade.

A reabilitação inclui terapia ocupacional, fisioterapia e terapia da fala, com a intervenção de psicólogos e assistentes sociais sempre que necessário. Deve envolver uma abordagem multidisciplinar de médicos especializados em AVC numa equipa de AVC abrangente, assim como um plano organizado na alta hospitalar com documentação que responsabilize para as necessidades de reabilitação continuadas na comunidade.

Contudo, o relatório sobre o Peso do AVC da SAFE revelou em 2017 que o acesso à reabilitação varia tremendamente entre os países da Europa.



Uma boa prática de reabilitação deve incluir:

Informação para os doentes e seus cuidadores sobre o AVC e a reabilitação, assim como o planeamento da alta e do acompanhamento, que por si só melhorará o conhecimento e a satisfação do doente e reduzirá a depressão.

Alta precoce apoiada, maioritariamente para pessoas com sintomas de AVC ligeiros a moderados, em que os serviços são prestados em casa por uma equipa de reabilitação móvel, integrada na cadeia de cuidados do tratamento do AVC.

Intervenções contínuas e potencialmente de intensidade crescente (por exemplo, para doentes com afasia isto pode significar treinos de alta intensidade durante um período prolongado).

Treino de Atividades de Vida Diária (AVD), que pode ser benéfico até um ano após o AVC.

Formação para melhorar a preparação e condição físicas do sobrevivente de AVC, preferencialmente utilizando espaços verdes.

Apesar de a evidência dos benefícios de intervenções de reabilitação após um ano ser escassa, é importante reconhecer que as melhorias podem ser verificadas muito tempo após o AVC e que as necessidades dos doentes irão variar com o tempo. Portanto, nunca é demasiado tarde para a reabilitação.

O acesso à reabilitação varia muito inter e intra-países europeus. Estas diferenças provavelmente refletem diferenças internacionais na organização dos serviços de AVC, abordagens estratégicas ao AVC e recursos disponíveis. Ainda há falta de unidades de AVC compreensivas em muitos países e a reabilitação lenta documentada em estudos de unidades de AVC quase não existe.. Os doentes com AVC moderado a grave beneficiam ainda mais dos cuidados da unidade de AVC.

Caso isto não seja possível, a unidade de reabilitação do AVC proporciona uma alternativa baseada na evidência para continuar o tratamento com o doente internado.

Há uma necessidade de aumentar o número e a capacidade das unidades de AVC completas para garantir que todos os doentes têm igual acesso. Além disso, há falta de profissionais de enfermagem e de reabilitação especializados em AVC e com conhecimentos sobre a reabilitação. A reabilitação numa unidade de AVC completa deve estar sempre disponível.

Há falta de serviços de Alta Precoce Apoiada em todos os países europeus, e em algumas áreas isto não é oferecido como parte da orientação do AVC. Do mesmo modo, os programas de treino de preparação física não são comuns na Europa, mas estão agora a ser desenvolvidos em Itália e no Reino Unido.

REABILITAÇÃO - OBJETIVOS PARA 2030

Receber tratamento com a intensidade correta assim que possível após um AVC faz uma diferença enorme na recuperação. Portanto, todos os países devem ter como objetivo:

- 1 Garantir que pelo menos 90% da população tem acesso a reabilitação precoce na unidade de AVC.**



Portugal AVC

Para cerca de um quinto das pessoas que sofrem um AVC, receber apoio de reabilitação em casa com a mesma intensidade que no hospital significa que podem receber a alta mais cedo. Portanto, o objetivo deve ser:

- 2 Proporcionar altas precoces apoiadas a pelo menos 20% dos sobreviventes de AVC em todos os países.**

Além dos tratamentos por especialistas em AVC, o apoio para o estilo de vida também é importante. O objetivo é:

- 3 Oferecer programas de preparação física a todos os sobreviventes de AVC que vivam na comunidade.**

Os sobreviventes de AVC muitas vezes dizem que se sentem abandonados quando saem do hospital. Os cuidados na comunidade devem ser planeados e documentados. Assim que têm alta, os doentes (e os prestadores de cuidados sociais e de saúde na comunidade) devem saber que tipo de apoio precisam. Portanto, este objetivo deve ser uma prática normal:

- 4 Providenciar um plano documentado para a reabilitação na comunidade e apoio ao autocuidado para todos os doentes que ainda tenham dificuldades no momento da alta do hospital.**

A recuperação de um AVC pode ser um processo muito longo, sendo que muitos sobreviventes de AVC descrevem melhorias na sua mobilidade ou comunicação meses ou até anos após o AVC. Contudo, muitas vezes os doentes não têm a oportunidade de verificar esse processo, reavaliar a reabilitação e rever a prevenção secundária. Por estas razões, é vital que os países procurem:

- 5 Garantir que todos os doentes de AVC e cuidadores recebem uma reavaliação da reabilitação e outras necessidades 3-6 meses após o AVC e anualmente a partir daí.**

AVALIAÇÃO DE RESULTADOS E MELHORIA DA QUALIDADE

”O Norwegian Institute of Public Health publicou em 2018 valores relacionados com uma diminuição da morte pós-AVC na Noruega, em que a percentagem da redução da mortalidade pós-AVC no hospital é de cerca de 30%. Para a saúde pública, isto significa que registos de saúde como os do AVC são importantes. A possibilidade de comparar valores entre países europeus deve ser uma vantagem muito grande para quem trabalha com o AVC diariamente. Para as pessoas afetadas pelo AVC, mostra que, se for tratado num hospital com uma unidade de AVC, as suas hipóteses de sobrevivência são superiores. Mas como já disse muitas vezes, uma vida salva também tem de ser vivida.”

Grethe Lunde, sobrevivente de AVC e membro do Conselho da SAFE

2006: O objetivo da avaliação dos resultados pós-AVC e da avaliação de qualidade é que todos os países procurem estabelecer um sistema para a recolha rotineira de dados necessários para avaliar a qualidade da abordagem do AVC, incluindo questões de segurança do doente.

A melhoria sistemática da qualidade dos cuidados ao AVC só pode ser alcançada se forem recolhidos rotineiramente dados e diretrizes para o AVC, de modo a que os serviços possam ser auditados. Devem ser recolhidos dados sobre a estrutura dos serviços de AVC (instalações, equipa, etc.); os processos dos cuidados (tempos porta-agulha, intensidade da reabilitação prestada, tempo até chegar a uma unidade de AVC, etc.) e resultados (mortalidade, incapacidade física, cognitiva e psicológica, frequência de complicações como pneumonia, etc.).

É essencial implementar normas claras e avaliar a qualidade dos serviços de AVC se o objetivo é melhorar a qualidade. Esta informação ajuda médicos individuais a gerir e modificar a sua prática e permite aos serviços de AVC em hospitais e na comunidade compreender e melhorar o seu desempenho. Os financiadores da área da Saúde precisam de garantias de que o seu dinheiro está a ser bem gasto e os planeadores de cuidados de saúde a nível nacional e internacional precisam de utilizar normas e avaliar dados para impulsionar as melhorias.

A organização dos serviços de AVC varia consideravelmente pela Europa, e isto influencia o modo como a cadeia de cuidados de AVC é determinada. Por essa razão, é importante que as diretrizes para o AVC sejam adaptadas a condições locais, com base em dados locais.



AVALIAÇÃO E MELHORIA DA QUALIDADE - OBJETIVOS PARA 2030

Se, por toda a Europa, tivéssemos um conjunto de normas de qualidade em comum, medidas da mesma forma e baseadas em diretrizes comparáveis, a possibilidade de os serviços de saúde nacionais e profissionais de saúde especializados em AVC compararem e melhorarem a sua prática melhoraria imenso. Portanto, precisamos de testemunhar:

Definição de um Quadro Europeu Comum de Referência para a Qualidade dos Cuidados no AVC que inclua:

o desenvolvimento ou atualização de diretrizes europeias para a gestão dos cuidados agudos no AVC, a reabilitação a mais longo prazo e a prevenção;

a definição de uma base de dados comum que inclua medidas essenciais para a qualidade dos cuidados no AVC para permitir comparações internacionais precisas, tanto dos cuidados hospitalares como na comunidade (incluindo estrutura, processo, resultados e experiência do doente).



Existem imensos exemplos por toda a Europa da diferença positiva que faz ter uma pessoa responsável pela melhoria da prestação dos cuidados para doenças específicas.

Por isso, todos os países na Europa devem nomear um indivíduo específico que fique responsável pela melhoria da qualidade no AVC em cada país ou região.

Estabelecer normas e avaliar os serviços de AVC com base nessas normas é essencial.

Além disso, garantir que esta informação pode ser utilizada por profissionais de saúde de AVC e pelo público pode promover melhores cuidados. O objetivo deve ser estabelecer sistemas a nível nacional e regional para a avaliação e acreditação de serviços clínicos de AVC, proporcionando apoio pelos pares para a melhoria da qualidade e tornando regularmente os dados das auditorias disponíveis para o público em geral.

“Incluir os conhecimentos de doentes e cuidadores é sempre importante e ajuda a tornar o Plano de Ação para o AVC na Europa credível. Em muitos países, as organizações de apoio ao AVC são agora incluídas no desenvolvimento de diretrizes e, falando em relação ao meu país, é com alegria que digo que isto é agora rotina e obrigatório no National Board of Health and Welfare e ao nível dos registos de qualidade.”

Prof. Bo Norrving, professor de Neurologia na Lund University, Suécia

Compreender sistematicamente a experiência dos sobreviventes de AVC também pode impulsionar melhores cuidados centrados no doente. Existe agora uma série de resultados relatados pelo doente que devem ser utilizados. Portanto, o objetivo é:

Recolher resultados relatados pelo doente e resultados a mais longo prazo (por exemplo, seis meses e um ano), abrangendo os cuidados no hospital e na comunidade.



A VIDA PÓS-AVC

”Sair do hospital e começar com a reabilitação básica não vai trazer a sua vida de volta ou ajudá-lo a integrar-se totalmente, exceto se isto for complementado com um apoio total e coordenado - da sua família, do estado, dos médicos e de outros especialistas em AVC e da organização de apoio ao AVC no seu país. Há ainda demasiados problemas para um sobrevivente de AVC resolver, como as relações interpessoais, o trabalho ou desemprego, a autoconfiança, a situação económica, a gestão da dor, o transporte, a afasia, os distúrbios cognitivos, etc. e os sobreviventes de AVC não conseguem lidar com tudo isto sozinhos.”

Diana Wong Ramos, sobrevivente de AVC, Portugal AVC

A investigação sobre o AVC, as medidas de qualidade, as diretrizes e os planos de ação têm-se focado muito na abordagem médica do AVC. Contudo, reconhece-se agora que é necessário prestar uma atenção urgente à vida pós-AVC. Embora haja poucos estudos de investigação sobre a vida pós-AVC que abranjam toda a vida, é claro que para os sobreviventes de AVC e as suas famílias este é um dos aspetos mais importantes da prestação de cuidados e apoio ao AVC. Afinal, as pessoas vivem muitos anos com as consequências, incluindo: problemas de comunicação, psicológicos e outros problemas de saúde; dificuldades financeiras e nas relações interpessoais; e obstáculos que enfrentam enquanto pessoas com incapacidade.

Cerca de um terço dos sobreviventes de AVC tem alguma incapacidade, uma disfunção cognitiva pós-AVC e uma má saúde mental. Os inquéritos mostram que a comunicação, as relações sociais, a solidão, a incontinência, a fadiga e as necessidades económicas ficam particularmente aquém do necessário, faltando a integração social.

Há uma grande necessidade de planeamento de cuidados pessoais após a conclusão da reabilitação, assim como de apoio coordenado.

O desenvolvimento e a utilização de Resultados Relatados pelo Doente (PROM) são urgentemente necessários para abordar a escassez de dados e proporcionar evidência para uma melhor prestação de cuidados.

Atualmente, há pouca evidência de apoio holístico e coordenado. Não existe um plano para os sobreviventes e, ainda mais importante, não existe um modelo daquilo que devem ser os melhores cuidados após a alta por parte dos serviços especializados. O grande e crescente número de sobreviventes de AVC com necessidades a longo prazo deve ser abordado; temos de desenvolver normas de cuidados mínimas e avaliá-las.



A VIDA PÓS-AVC - OBJETIVOS PARA 2030

Os problemas que os sobreviventes de AVC enfrentam a longo prazo têm sido historicamente ignorados em geral. Todos os países da Europa precisam de levar mais a sério a vida pós-AVC através de um foco neste assunto por parte do governo para que os planos do AVC incluam o apoio a longo prazo e possam ser estabelecidas normas mínimas. Os países europeus devem:

1 Nomear indivíduos ou equipas a nível governamental responsáveis por apoiar a vida pós-AVC e garantir que os planos nacionais para o AVC abrangem as necessidades a longo prazo por responder dos sobreviventes e das suas famílias. Devem ser estabelecidas normas mínimas para aquilo que qualquer sobrevivente de AVC deve receber, independentemente de onde vive.

As vozes dos sobreviventes de AVC enquanto indivíduos e, indispensavelmente, através das suas organizações de apoio, são necessárias para melhorar a prestação de cuidados na vida pós-AVC. Portanto, o objetivo por toda a Europa deve ser:

2 Formalizar o envolvimento de sobreviventes de AVC e cuidadores, assim como das suas associações, na identificação de problemas e soluções para permitir o desenvolvimento das melhores práticas para o doente e seu apoio.

Os planos para o AVC não devem terminar quando as intervenções médicas terminam. Devem discriminar como serão satisfeitas as necessidades de apoio a longo prazo. O objetivo é:

3 Estabelecer, através de planos nacionais de cuidados no AVC, o apoio que será prestado aos sobreviventes de AVC, independentemente do seu local de residência e estatuto socioeconómico.

As organizações de apoio ao AVC fornecem um enorme apoio aos sobreviventes de AVC individuais e suas famílias. Encorajar o seu crescimento poderia fazer uma diferença tremenda para a população com AVC. O objetivo deve ser:

4 Apoiar a gestão pelo próprio e o apoio de pares para sobreviventes de AVC e suas famílias, através do suporte de organizações de apoio ao AVC.

Além disso, sempre que as organizações de apoio ao AVC ou outros tenham dificuldades em proporcionar serviços pessoalmente, a gestão pelo próprio pode ser melhorada através das novas tecnologias. Queremos ver os países a:

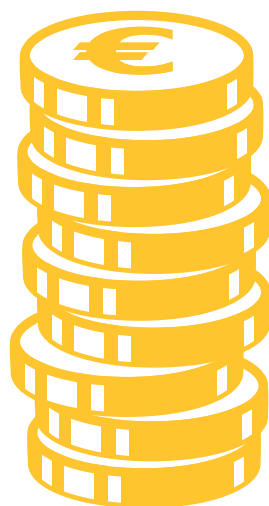
5 Apoiar a implementação de sistemas digitais de assistência e informação de autoajuda para o AVC.





34%

MAIS AVC



€45bil.

**CUSTO TOTAL
DO AVC**



CONCLUSÃO

Até 2035 haverá um aumento de 45% do número de mortes por AVC e um aumento de cerca de um quarto do número de sobreviventes de AVC a viver com os efeitos duradouros do AVC. Estima-se que, entre 2015 e 2035, haverá um aumento geral de 34% do número total de AVC na União Europeia, de 613 148 em 2015 para 819 771 em 2035.

A boa notícia é que o AVC é muitas vezes uma doença prevenível, tratável e ultrapassável.

Desde a sua criação em 2004, a SAFE promove, educa e incentiva a investigação sobre o AVC. O nosso objetivo é fazer progressos na prevenção do AVC e melhorar a qualidade de vida dos sobreviventes de AVC, suas famílias e cuidadores. Fazendo isto, tanto a nível europeu como apoiando membros a nível nacional para o fazer, mostrámos que há uma necessidade de uma maior colaboração entre todas as partes relevantes para lutar com sucesso contra o AVC.

A SAFE está empenhada em desenvolver e promover parcerias com outras organizações europeias e cooperar com os legisladores de saúde a nível nacional e da UE. No final de contas, são os políticos e outros decisores importantes que podem garantir que a crise do AVC é abordada.

Com a catástrofe pendente de um aumento previsto de 34% do número de AVC na Europa, a SAFE e a ESO consideram que tirar o pé do pedal não é uma opção. Agora, mais do que nunca, temos todos de trabalhar em conjunto para fazer as melhorias necessárias em toda a cadeia de cuidados de AVC e abordar as vastas disparidades e desigualdades dentro de países detetadas pelo Relatório sobre o Peso do AVC na Europa de 2017.

SAFE

A Stroke Alliance for Europe (SAFE) é uma organização sem fins lucrativos criada em 2004. É a voz dos sobreviventes de AVC na Europa, representando entidades associativas de mais de 30 países europeus.

O objetivo da SAFE é reduzir o número de AVC na Europa, defendendo uma melhor prevenção, o acesso a tratamentos adequados, aos cuidados pós-AVC e a reabilitação.

Para mais informações sobre a SAFE, visite

www.safestroke.eu

SAFE ASBL 0661.651.450

Este relatório foi possível graças a bolsas de educação das seguintes organizações:

