

**“Acidente Vascular Cerebral em Portugal – Realidade e Desafios”**  
*Auditório Almeida Santos - 29.março.2023, 9.30 h*

**Intervenção inicial pelo Presidente da Direção da PT.AVC**

Senhores...

A PT.AVC – União de Sobreviventes, Familiares e Amigos (vulgarmente chamada “Portugal AVC”), é uma associação de âmbito nacional, protagonizada pelos próprios sobreviventes de AVC, englobando também familiares, cuidadores e profissionais de saúde, com associados em todos os distritos e Regiões Autónomas, e atividade realizada e em curso, do Minho ao Algarve e à Madeira.

Citando os nossos estatutos, a Portugal AVC “tem por objetivo contribuir para a resposta às necessidades sentidas pelos sobreviventes de AVC, seus familiares e cuidadores” bem como “a promoção de iniciativas que visem contribuir para a prevenção do AVC e suas consequências”.

Provocamos este momento de debate porque o AVC, sendo a 1ª causa de morte e a 1ª causa de incapacidade em Portugal, está muito longe de merecer a atenção política e mediática que devia ter. Nunca foi, e cada vez menos pode ser considerada como tal, uma doença de velhos, ou que só atinge pessoas com hábitos desregrados. É uma realidade, transversal a rigorosamente todas as idades, que atinge, embora continuem a faltar em Portugal dados estatísticos, mas sem medo de estar a errar por excesso, um número seguramente bem superior a cem mil pessoas. A que crescem cuidadores e familiares, que veem, frequentemente, a sua vida fortemente condicionada.

Basta extrapolarmos os últimos dados oficiais, fornecidos pela Direção-Geral da Saúde, referentes a 2016 e anos anteriores, que indicam a ocorrência de

aproximadamente 25 mil episódios de AVC por ano, com uma taxa de óbitos, no último ano destes dados oficiais, de 14,2%.

O período pandémico que vivemos, também não augura nada de bom em termos estatísticos, com o INE, em dados publicados em abril passado, a apontar que, dos óbitos ocorridos em 2020, 11.439 se deveram a AVC, a primeira causa de morte a nível nacional (mais que os 7.125 óbitos devidos à covid-19!).

Claro – e penso que estamos todos de acordo – tudo tem de começar na prevenção, ou melhor, na diminuição das hipóteses de acontecer, na modificação de estilos de vida, antes de mais. Tudo o que sejam campanhas, medidas legislativas, e outras iniciativas, são muito bem vindas. Mas não chegam: nem em número, em incisividade, nos aspetos que têm sido objeto das mesmas. É um facto que a consciencialização, paulatinamente, tem aumentado; as mudanças e um melhor controle sobre, pelo menos, os maiores fatores de risco, nem tanto...

Depois, infelizmente, temos o momento em que o AVC ocorre (estudos apontam que 1 em cada 4 pessoas, passará pela “experiência”). Também aqui, grande parte do sucesso está nos próprios cidadãos: quanto mais pessoas conhecerem corretamente os chamados “sinais de alerta” (os 3Fs sintetizam grande parte das situações: dificuldade em falar corretamente, desvio da face, falta de força num braço ou perna) e como atuar (ligar imediatamente o 112), aumentam muito as hipóteses de se conseguir salvar vidas e de minorar as sequelas.

O investimento que se possa fazer neste campo, tornar-se-á insignificante, em comparação com a poupança futura!

No tratamento do AVC quando ocorre, antes de mais, chamamos a atenção para as grandes disparidades ainda existentes. O Estado Português, e muito bem, subscreveu o Plano de Ação para o AVC na Europa, comprometendo-se a tratar pelo menos 90% de todas as pessoas que sofrerem AVC numa unidade dedicada.

Mas há regiões, como o Alentejo, por exemplo, em que muitas vezes é preciso percorrer mais de 100 quilómetros para ter acesso a uma unidade de AVC (nos distritos de Beja e Portalegre não há nenhuma). Ou Santarém, que tem tido muitas dificuldades em proceder a um efetivo funcionamento de uma unidade. Ou os Açores, que enfrentam limitações várias. E há outras regiões com um funcionamento limitado das unidades de AVC, até no horário, levando a que uma parte dos doentes tenham que ser levada a percorrer elevadas distâncias. Quando o pretendido é que todas as pessoas tenham acesso a uma unidade dedicada, no máximo, a 30 minutos de distância.

A que acresce o problema, que se continua a verificar, com a demora injustificada no transporte entre hospitais, particularmente relevante no AVC. Porque, literalmente, cada minuto conta para o prognóstico final. Mas em que critérios económicos irracionais ou de “distribuição de serviço”, demasiadas vezes comprometem o futuro de pessoas, vindo a gerar custos de dezenas ou centenas de milhares de euros ao longo da vida, para o próprio Estado, para todos nós.

Mesmo que tivéssemos já superado este aspeto, a meta dos 90% continua ainda muito longe. Porque, mesmo em hospitais com unidade de AVC em pleno funcionamento, constata-se que uma grande parte dos doentes com AVC ainda é internada em enfermaria geral, não beneficiando, portanto, da intervenção terapêutica mais eficaz.

Como dizia em entrevista a Dr<sup>a</sup> Ana Paiva Nunes, Coordenadora da Unidade de Cérebro-Vasculares do Hospital de S. José, é certo que, nos últimos anos, nos vamos organizando satisfatoriamente para permitir o acesso a uma intervenção muito eficaz, mas destinada apenas a algumas pessoas – a trombectomia. Porém, esquecemo-nos do básico, que deveria existir para todos os doentes – o internamento em unidade de AVC, o acesso à trombólise e à reabilitação.

De facto, assegurar a reabilitação, coordenada e multidisciplinar, que pode abranger fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, enfermagem de reabilitação, psicologia, nutricionistas, eventualmente outros profissionais, começando logo após o AVC, com qualidade e eficácia, e sem tempos pré-estabelecidos, é absolutamente fundamental. Só que isto não se verifica, para a grande maioria dos sobreviventes.

No acesso à reabilitação, há, em Portugal, disparidades gritantes, conforme a unidade hospitalar em que se é atendido, a localização geográfica, a capacidade económica, os seguros ou subsistemas de saúde, o acesso à informação dos sobreviventes e famílias, e outras desigualdades.

Se preciso fosse, um Relatório da Entidade Reguladora da Saúde que veio a público muito recentemente (em dezembro de 2022), embora não se cingindo apenas ao AVC, afirma claramente: “a disponibilidade de serviços de Medicina Física e Reabilitação, relativamente à população residente, apresenta um grau de desigualdade regional superior ao da distribuição da generalidade dos cuidados de saúde, confirmando assim situações de escassez de oferta neste setor em algumas regiões”.

Por isso mesmo, quando, há pouco mais de um ano, foi recomendado ao Governo, através da Resolução da Assembleia da República nº 339/2021, aprovada por unanimidade, que, cito, “Recomenda ao Governo que defina e implemente uma estratégia de acesso à reabilitação para sobreviventes de acidente vascular cerebral”, acendeu-se uma luz de esperança de que esta situação podia, finalmente, começar a ser resolvida. Mas, passados já cerca de 15 meses, vimos perguntar: o que é que está a ser feito nesta área? Que medidas foram já tomadas? Esperando que não caia no esquecimento, mais uma vez...

Repare-se que, também aqui, não estamos a pedir para “ser despejado um saco de dinheiro”. É preciso que se perceba claramente que a reabilitação, além de ser um direito – como tão bem lembrava repetidamente o saudoso Prof. Castro Lopes,

fundador da Sociedade Portuguesa do AVC -, não é um custo, mas um claro investimento com retorno. Há suporte científico e segurança para afirmar que muitos cuidados de reabilitação são custo-efetivos na melhoria dos resultados funcionais. Veja-se, por exemplo, o relatório “O peso do AVC na Europa”, produzido pela SAFE em 2017.

Um exemplo. Há pouco mais de uma semana, o Diretor Executivo do SNS, Dr. Fernando Araújo, anunciou que, ter mais psicólogos e mais nutricionistas no SNS permitirá poupar dinheiro, e deu o exemplo da potencial poupança com a redução do consumo de medicamentos que uma intervenção preventiva e atempada implicará, ao evitar que as pessoas fiquem doentes. Perfeitamente de acordo, excelente exemplo que se pode aplicar também à prevenção secundária dos sobreviventes de AVC, no conjunto dos cuidados de reabilitação. É exatamente nesse sentido que gostaríamos que se dessem mais passos.

A sensibilização da importância da reabilitação é fundamental e urgente. Em particular do AVC, um evento de saúde de instalação súbita, em que o tempo e a qualidade assumem um papel fulcral na máxima recuperação possível. Até porque a reabilitação e as fases posteriores do circuito de cuidados e tratamento do AVC, têm sido relativamente negligenciados pelo sistema de saúde.

Veja-se o que aconteceu com a pandemia. Antes de mais, em hospitais: na fase crítica, os serviços de Medicina Física e Reabilitação foram dos primeiros a ter que ceder, e alguns não mais recuperaram sequer, o espaço físico. Os cuidados de reabilitação sofreram muito, com suspensões, adiamentos e cancelamentos, no Serviço Nacional de Saúde e não só. Em muitas situações, com danos irreversíveis para a vida das pessoas. Agora, frequentemente saem a público dados sobre a recuperação e a produção de consultas e cirurgias. Mas, e os cuidados de reabilitação? Segundo um Estudo publicado pela GFK e pelo Movimento Saúde em Dia, a diferença no número de

atos praticados em Medicina Física e Reabilitação, no espaço de um ano, foi superior a 15 milhões! A reabilitação não pode ser o “parente pobre” do sistema de saúde!

Já era tendência antes da pandemia, mas outro efeito da COVID-19, foi a normalização das altas muito precoces, com, ao que parece, única preocupação de libertar camas. Com todo o respeito que nos merecem as unidades de saúde e outras, para onde são rapidamente transferidos os sobreviventes de AVC, não lhes cabe substituir os serviços de Medicina Física e Reabilitação. Nem é essa a estratégia definida (no papel...), concretamente pela norma da DGS nº 054/2011, nem pelas melhores guidelines internacionais.

É urgente dar um salto de qualidade na reabilitação a que os sobreviventes de AVC têm acesso. Que passa pelo reforço dos quadros das equipas de reabilitação. É óbvio que assim se pode permitir manter os cuidados de reabilitação, melhorá-los, com significativos ganhos de eficácia e eficiência. E pelo aumento das camas de internamento em Medicina Física e Reabilitação. Permitindo, pelo menos, duas hipóteses alternativas ou complementares, a aplicar em bom número de doentes, a decidir caso a caso:

- uma, mais camas disponíveis no próprio hospital, possibilitando mais e melhor reabilitação, especialmente em casos mais graves e/ou de carência, e libertando camas inclusive de outros serviços, como medicina interna e neurologia;

- outra, através da constituição e/ou reforço das equipas de reabilitação ao domicílio.

Mesmo nos Centros de Reabilitação, altamente especializados e dotados de meios não repetíveis noutras unidades de saúde, e que podem prestar um ótimo contributo na reabilitação (embora, infelizmente, sejam poucos, face ao universo total, os sobreviventes que a eles têm acesso), os critérios não podem ser, unicamente e como aparente, dominados pelo economicismo de curto prazo. Interessam os

resultados financeiros e estatísticos, é claro, mas deviam ser indissociáveis dos clínicos, terapêuticos e de reabilitação: não só o “quantos passaram”, mas também o “como saíram?”, “como decorreu a (re)integração social e, eventualmente, laboral?”, e outros de idêntica importância.

Aliás, que controlo há em relação à qualidade, adequação e eficácia dos cuidados de reabilitação prestados em todas as estruturas – públicas, sociais, privadas, incluindo convencionadas com o SNS? É necessário que se distinga positivamente, por exemplo, a fisioterapia de cariz especificamente neurológico - indispensável em tantas situações pós-AVC, e que exige tempos, competência e atenção permanente -, de cuidados prestados, por sistema, em simultâneo a um número alargado de pessoas, mesmo na maioria das clínicas e outras unidades de saúde; ou que a importância da terapia da fala, absolutamente necessária para mais de 30% dos sobreviventes, seja reconhecida, dignificada e prevista em conformidade nas convenções e situações análogas, incluindo de remuneração; e bem mais exemplos poderiam ser dados.

É sabido que sobreviver com sequelas, pode ter grandes implicações para a vida, a família e a sociedade em geral. Aponta-se que dois terços das pessoas vivem com alguma incapacidade física, quase dois em cada cinco apresentam depressão, e cerca de 30% desenvolve compromisso cognitivo. Além disso, somos muito mais propensos do que pessoas que não sofreram AVC, a viver com outra doença. Com o objetivo de otimizar a funcionalidade e autonomia, a reabilitação pode constituir um serviço poderoso que salva vidas, reintegra pessoas e minimiza custos para as famílias e sociedade. Quando tem qualidade e eficácia, claro!

Porque também ao longo da vida, quando até já não são de esperar objetivamente melhorias muito significativas, o sobrevivente de AVC pode precisar da continuidade da reabilitação. Evitando, tão comuns, regressões e agravamentos, contribuindo para a melhoria ou manutenção da qualidade de vida possível, e evitando

também o surgimento de acrescidos problemas de saúde, com maiores encargos sociais e económicos, para as famílias e para o Estado e a sociedade.

A reabilitação é indissociável da atenção pela vida pós-AVC, também prevista como um dos pilares do Plano de Ação para o AVC na Europa, que o Estado Português subscreveu, repito.

Vida pós-AVC que tem de começar pela prevenção secundária, muito importante como a primária. Há poucos dias, o Prof. Vítor Tedim Cruz, Presidente da Sociedade Portuguesa de AVC, referia em entrevista: “É crucial prevenir o AVC antes de acontecer, mas é também importante saber prevenir a repetição. Em Portugal, cerca de um terço dos AVC são repetições”. É grave, claro. Todos sabemos que os sobreviventes de AVC, em geral, têm o risco aumentado. Por isso mesmo, é essencial que as consultas de seguimento, aconteçam também na fase crónica, no máximo, com periodicidade anual. Em que podem e devem ser seguidos, não só os motivos que estiveram na base do primeiro episódio, como os principais fatores de risco, se avalie periodicamente a reabilitação, e aconselhe sobre o estilo de vida e o exercício físico. É fundamental, mas, presentemente, não acontece em boa medida!

A criação de uma consulta do sobrevivente de AVC nos cuidados de saúde primários, periódica, a exemplo do que já acontece – e bem! – para outras patologias, mesmo que apenas para utentes referenciados, parece-nos um passo muito importante a dar. É certo que o AVC pode ter diferentes causas, algumas já abrangidas pelas tais patologias, mas é um evento demasiado complexo, que pode exigir acompanhamento permanente, antes de mais para evitar que se volte a repetir.

Há já muito tempo que vimos apelando a um muito maior diálogo entre todos os profissionais envolvidos nos cuidados aos sobreviventes de AVC, dentro e fora dos hospitais. Pois bem, este é um momento privilegiado para implementar novas rotinas, até porque, como já foi anunciado pela Direção Executiva do SNS, a criação de mais



unidades locais de saúde (ULS) — que juntam cuidados de saúde primários e hospitais — e, cito, “serão mais 12 a juntar às 8 que já existem. O objetivo – continuo a citar - é pôr os profissionais dos centros de saúde e dos hospitais a discutir os problemas dos utentes, e com foco na prevenção, porque esta é a única possibilidade de garantir a sustentabilidade do SNS. É uma reforma que por vezes parece invisível, mas que vai dar frutos mais tarde.” Fim de citação.

Portanto, mais uma vez, voltamos a falar em “poupar dinheiro”!

Claro que não está tudo dito, em relação ao estado atual da prevenção e cuidado dos doentes sobreviventes. Mas esperemos que este desafio, este contributo, seja só o início. Do debate, das tomadas de decisão por quem de direito, do levá-las à prática, que permita melhorar significativamente a situação em Portugal. Porque o AVC continua a ser a 1ª causa de morte e a 1ª causa de incapacidade.

*António Conceição*