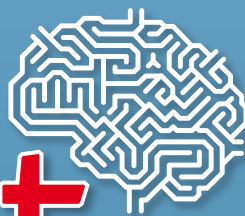


Stroke.pt

Revista informativa oficial da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

www.spavc.org



n.º 8

Quadrimestral
Maio de 2017 | Ano 3 | € 0,01



Dia nacional do DOENTE COM AVC

Aulas de exercício físico, caminhadas, rastreios, distribuição de panfletos informativos em unidades de saúde e pelas ruas são apenas alguns exemplos das ações que se multiplicaram pelo país por altura do Dia Nacional do Doente com AVC (31 de março), sob a chancela da SPAVC. A missão foi clara: sensibilizar o maior número possível de pessoas para os fatores de risco e os sinais de alerta desta que continua a ser a principal causa de morte e incapacidade em Portugal [Pág.18-22](#)

SCAN

4. Reportagem na Unidade Cerebrovascular do Centro Hospitalar de Lisboa Central/ Hospital de São José

KNOW-HOW

6. «Estilos de vida na prevenção do AVC» foi o tema da primeira sessão do 11.º Congresso Português do AVC
7. Privação do sono e distinção entre crises sintomáticas agudas e epilepsia pós-AVC
8. Impacto da diabetes no AVC isquémico agudo e doença dos pequenos vasos
9. Impacto do risco vascular na deterioração cognitiva
10. Stenting ou endarterectomia no tratamento da estenose carotídea?
11. Controvérsias no AVC agudo
12. HTA enquanto fator de risco para AVC e a importância da reabilitação
13. O Prof. Patrik Michel falou sobre antitrombóticos e trombectomia mecânica
14. Prof. José Ferro é o representante da European Stroke Organisation na World Stroke Organization
15. Unidade de AVC do Hospital de São Bernardo comemorou o 10.º aniversário
16. Lisbon Stroke Summit e 2.º Encontro Nacional Portugal AVC
17. XXI Jornadas Nacionais Patient Care homenagearam o Prof. Castro Lopes
18. Iniciativas do Dia Nacional do Doente com AVC em todo o país



«Existe uma verdadeira lacuna na relação entre os especialistas em MGF e os neurologistas»

O Dr. Rui Cernadas, especialista em Medicina Geral e Familiar (MGF) no Agrupamento de Centros de Saúde Espinho-Gaia, foi convidado para falar na Sessão de Abertura do 11.º Congresso Português do AVC, que teve lugar no Sheraton Porto Hotel, de 2 a 4 de fevereiro. Em entrevista à *Stroke.pt*, o médico sublinha a importância de promover relações mais próximas entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, bem como a necessidade de a MGF ter um papel mais interventivo no combate ao AVC.

Marisa Teixeira

Na sua intervenção, referiu que o poder para acabar com o AVC passa por cada um de nós. Em que sentido?

Escolhi o tema «Poder para acabar com o AVC» para a conferência que proferi na Sessão de Abertura até para me questionar a mim próprio. O que pode cada um de nós fazer para ganhar este combate? O AVC é o resultado de um conjunto de fatores de risco cuja atuação, em medidas diferentes, contribui para o mesmo resultado final. Se todas as pessoas tiverem a real noção de que as decisões tomadas em

relação aos hábitos e comportamentos de vida podem ter influência, será possível melhorar os *outcomes*. O ideal seria erradicar o AVC.

Em Portugal, o AVC é a principal causa de morte e incapacidade. O que se poderá fazer para alterar este cenário?

Quando tomamos consciência de que há muitos cidadãos que, apesar de terem médico de família, não vão às consultas, a capacidade de o especialista intervir é muito baixa. Aliás, a capacidade do próprio Serviço Nacional de

Ficha Técnica:



Propriedade:
Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral
Rua de Cervantes 388-398 | 4050-186 Porto
Tel.: (+351) 226 168 681/2 • Fax.: (+351) 226 168 683

Canais oficiais da SPAVC:
www.spavc.org • secretariado@spavc.org • www.facebook.com/soc.por.avc • www.twitter.com/spavc_pt • @spavc_pt
Sociedade Portuguesa do AVC

© SPAVC, 2016. Todos os direitos reservados
Os colaboradores médicos que intervieram na elaboração deste documento da SPAVC não auferiram qualquer honorário por este motivo.



estera das ideias
PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

Edição: Estera das Ideias, Lda.
Campo Grande, n.º 56, 8.º B • 1700 - 093 Lisboa
Tel.: (+351) 219 172 815 • geral@esferadasideias.pt
www.esferadasideias.pt • EsteraDasIdeiasLda

Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
Marketing e Publicidade: Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)
Coordenação editorial: Luís Garcia (lgarcia@esferadasideias.pt)
Redação: Marisa Teixeira, Rui Alexandre Coelho e Sandra Diogo
Fotografia: João Ferrão • Design/paginação: Susana Vale
Colaborações: Filipe Forinho, Jorge Correia Luís e Rui Santos Jorge

Depósito legal: 387242/15

Publicação isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 6 de junho, artigo 12.º, 1.ª alínea

Apoio:  Daiichi-Sankyo

Saúde [SNS] para interceder é limitada. Todavia, criou-se a ideia de que quem não for ao médico de família num determinado período temporal «perde» esse direito. Embora esta medida seja positiva – porque, pelo menos, leva os indivíduos a comparecerem numa consulta –, é preciso que estas oportunidades sejam entendidas pelos médicos, sobretudo pelos mais jovens, que têm de aproveitar para reunir o máximo de informação possível sobre o doente. Para tal, temos de ouvir as pessoas, perceber o que fazem, o que sentem e realizar uma avaliação adequada. Quando um doente não se queixa de nada, o médico não deve partir do pressuposto de que está tudo bem. Na maioria das doenças crónicas, as pessoas, muitas vezes, nem sabem que as têm. E mesmo aquelas que já estão diagnosticadas podem não saber exatamente o que isso significa em relação à sua necessidade de tratamento.

O médico de família deveria ter um papel mais interventivo?

Sim, muito mais interventivo, no sentido de obter conhecimentos em relação ao doente que tem à frente e de fazer todas as avaliações possíveis no contexto de uma consulta de MGF. Além disso, deve consciencializar o doente das consequências de aderir ou não às medidas que lhe são preconizadas e garantir que lhe transmite os grandes sinais de alerta para algumas situações.

Debate-se muito a falta de tempo dos médicos para consulta. Isto poderá ser um entrave a essa atitude mais interventiva?

Acredito que dez a 15 minutos sejam insuficientes para uma primeira consulta. No entanto, se o médico de família acompanha um doente ao longo de dez ou 20 anos, são muitos os minutos que já passou com ele. Imperdoável é que, ao fim de 50 consultas de dez minutos com o mesmo doente, o especialista ainda não saiba se este faz exercício físico ou se gosta de determinado alimento, entre outras informações, porque nunca lhe perguntou. Obviamente, o tempo de consulta é um constrangimento, principalmente em casos de patologia aguda, mas não tem muito significado numa doença crónica.

Como caracteriza a relação entre a MGF e a Neurologia, nomeadamente no que respeita ao AVC?

Considero que existe uma verdadeira lacuna na relação entre os especialistas em MGF e os neurologistas, pelo que este contacto tem de ser incentivado. Nada deveria impedir os médicos de uma determinada unidade de cuidados de saúde primários de conhecerem, por exemplo, os neurologistas que seguem a área das doenças

cerebrovasculares na mesma região. Há direções clínicas nos agrupamentos de centros de saúde e nos hospitais, mas é preciso que estas duas entidades comuniquem mais. Claro que não se pode fazer tudo de uma vez, mas seria importante definir prioridades. Por exemplo, agendar reuniões trimestrais entre médicos de MGF e neurologistas, para que se conheçam, sendo que o mesmo poderia aplicar-se a outras especialidades. Uma das situações mais frustrantes para um doente é perguntar ao médico de família que especialista recomenda e não obter uma resposta concreta. Assim, o doente sente que não merece suficientemente o interesse do médico, o que faz a diferença entre ter ou não confiança nele. É importante criar mais sinergias entre as várias especialidades.

O tratamento do AVC na fase aguda tem avançado bastante. Quanto à prevenção e à reabilitação ainda há muito por fazer?

No que respeita à prevenção, é preciso lembrar que, apesar de não existirem sistemas de via verde em todos os hospitais, há processos de telemedicina, o chamado *telestroke*, em que os médicos podem avaliar os doentes à distância. Nos EUA e no Canadá, por exemplo, este método já está difundido e existem unidades de AVC que comunicam com hospitais localizados a 600 ou 700 quilómetros desta forma e resulta perfeitamente. Se já é possível comunicarmos com os astronautas, por que não apostar neste procedimento? Na reabilitação do AVC há também muito a fazer. É preciso continuar a apostar na formação dos médicos, nomeadamente dos de MGF, que não têm qualquer preparação pré-graduada diferenciada em Medicina Física e de Reabilitação. É importante que estes profissionais estejam devidamente atualizados, com vista a garantir bons cuidados de reabilitação e sem grandes interrupções, para que as melhorias não se revertam e prejudiquem o doente.

Para prevenir o AVC, a sensibilização da sociedade civil é o caminho a seguir?

Sem dúvida que é muito importante investir no envolvimento da comunicação social para este combate ao AVC e que a informação seja transmitida várias vezes. Não se educa uma criança se esta for apenas uma vez por mês à escola. Portanto, é preciso que o papel dos médicos e do SNS seja estimulante para que os *media* façam mais divulgação nesta área e a mensagem chegue aos cidadãos. Além disso, é também necessária uma maior participação das câmaras municipais. Conheço muitos locais no país em que estas têm um papel importante na educação para a saúde e julgo que temos de criar mais pontes com as comunidades. ●

Síntese curricular de Rui Cernadas

- **1979:** conclusão da licenciatura pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
- **1981:** realização do Internato Geral da Policlínica no Hospital de São João;
- **Agosto de 1982:** conclusão do serviço médico à periferia em Alfândega da Fé e ingresso no Serviço Militar Obrigatório, que cumpriu até dezembro de 1983;
- **1983:** ingresso na carreira médica de Clínica Geral, tendo obtido os graus de generalista em novembro de 1992 e de consultor em outubro de 1995;
- **1984-1995:** chefe do Serviço de Cuidados Personalizados do Centro de Saúde de Arcozelo, em Vila Nova de Gaia;
- **1990-1992:** médico no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) do Porto;
- **Desde 1994:** membro da Rede de Médicos Sentinela da Direção-Geral da Saúde;
- **2008-2011:** membro do Conselho Nacional do Exercício Técnico da Medicina da Ordem dos Médicos;
- **Desde 2008:** membro da Comissão Científica do Congresso Português do AVC;
- **Desde 2009:** presidente do Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Espinho-Gaia e membro da Unidade Coordenadora Funcional da Mulher, Materna e Neonatal do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho;
- **2012-2016:** vice-presidente da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte.



Visões complementares no tratamento do AVC

A articulação entre os internistas e os neurologistas que integram a **Unidade Cerebrovascular do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José (CHLC/HSJ)** é a «imagem de marca» de uma equipa que realiza mais de 200 trombólises e outras tantas trombectomias por ano. Aqui, procura-se todos os dias contrariar o ditado, tratando os doentes depressa e bem.

Luís Garcia

A antiguidade do Hospital de São José transparece na beleza arcaica dos azulejos que revestem algumas das paredes daquele que começou por ser o convento e colégio jesuíta de Santo Antão o Novo, construído em 1579. Mas as características que fazem deste edifício um local de grande interesse para os amantes da História também o tornam cada vez menos adequado para funcionar como um hospital moderno.

Esta dificuldade faz-se sentir na Unidade Cerebrovascular (UCV). As instalações são exíguas: além da sala de internamento, em *open space*, com uma dimensão razoável, há uma pequena receção; um diminuto gabinete partilhado pela coordenadora da UCV e pela enfermeira-chefe; uma sala de trabalho dos médicos que ocupa, literalmente, um vão de escada; e uma outra apertada divisão que serve variadas funções, desde sala de reuniões a sala de refeições. Sem rodeios, a coordenadora da UCV, Dr.^a Ana Paiva Nunes, admite que as instalações atuais representam um constrangimento e um desafio adicional para a equipa, mas também deixa claro que



ELEMENTOS PRESENTES NO MOMENTO DA FOTOGRAFIA DE EQUIPA (da esq. para a dta.):
À frente: Maria João Duarte (enfermeira-chefe), Júlia Machado (assistente operacional), Dr.^a Ana Paiva Nunes (coordenadora da Unidade Cerebrovascular), Enf.^a Elisabete Antunes, Dr.^a Marisa Mariano (internista) e Dr.^a Cristina Sousa (neurologista). **Atrás:** Susana Ferreira (técnica responsável pela cardiopneumologia), Enf.^a Sandra Asper, Enf.^a Catarina Souto, Sandra Lopes (assistente técnica), Dr. Mário Alcatrão (internista), Dr. Alberto Fior (internista), Dr. Bruno Maia (neurologista), Enf.^o Cândido Mendes e Rita Sá (técnica de cardiopneumologia)

tal não prejudica a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes.

A «imagem de marca» da UCV é, sem dúvida, a colaboração entre diferentes especialidades médicas e também com a enfermagem. Fundada a 27 de outubro de 2003, esta Unidade teve como primeiros coordenadores dois neurologistas: o Dr. Machado Cândido, que a fundou, e o Dr. João Alcântara, que lhe sucedeu. Seguiu-se, desde agosto de 2015, a Dr.^a Ana

Paiva Nunes, uma internista que já integrava a equipa desde 2008. Além da coordenadora, a equipa atual é constituída por dois neurologistas (Drs. Bruno Maia e Cristina Sousa), quatro internistas (Drs. Alberto Fior, Marisa Mariano, Patrícia Ferreira e Sofia Galego) a tempo total e mais um especialista em Medicina Interna (Dr. Mário Alcatrão) a tempo parcial.

Para Ana Paiva Nunes, o trabalho conjunto de internistas e neurologistas na área do AVC

Como funciona a Via Verde do AVC no Hospital de São José?

- 1** O doente encaminhado através da Via Verde do AVC passa primeiro pela triagem para aferir apenas se não existe risco de vida. Caso esteja estável, a equipa de emergência pré-hospitalar leva-o para a sala de TAC, acompanhado por um enfermeiro do Serviço de Urgência. Na sala de TAC, é recebido por um médico e um enfermeiro da Unidade Cerebrovascular.
- 2** É feita a monitorização, a colheita de informação clínica complementar, a avaliação do quadro neurológico e a preparação para a realização de TAC e do eventual tratamento. Após a TAC, na ausência de contraindicação e se o doente estiver na janela de tempo adequada, é iniciada trombólise de imediato. Posteriormente, é efetuada a angioTC e, caso haja indicação para a realização de angiografia cerebral para remover o coágulo, existem duas opções: o doente segue diretamente para a sala de angiografia, se o Centro Hospitalar de Lisboa Central estiver de prevenção; ou, no caso de ser outro o centro de prevenção, o doente é encaminhado para a UCV e é ativado o transporte de emergência inter-hospitalar.
- 3** Após o tratamento, o doente é internado na Unidade Cerebrovascular, onde é continuamente monitorizado e lhe são prestados cuidados agudos e de reabilitação precoce.

faz todo o sentido, uma vez que os doentes com AVC precisam de ambas as especialidades para serem tratados corretamente e no seu todo. «Não é só o cérebro que está doente num doente com AVC, é todo o doente, todo o organismo. As complicações do AVC são médicas e neurológicas, portanto o doente precisa de internistas e de neurologistas para ser bem tratado», refere. Na opinião da coordenadora da UCV, a cooperação entre membros das duas especialidades permite aos internistas ultrapassarem as carências ao nível da sua formação neurológica e aos neurologistas adquirirem uma série de competências de natureza mais interventiva, o que promove uma partilha de raciocínio que enriquece muito a prática clínica e o cuidado ao doente.

Cristina Sousa, que integra a UCV desde 2009, sentiu na pele esse desenvolvimento de competências. «Frequentemente, o neurologista intervém na abordagem do AVC instalado numa fase posterior ao tempo de “janela terapêutica”, atuando essencialmente na avaliação etiológica e na prevenção secundária. Na UCV, efetuamos o tratamento em fase hiperaguda e podemos fazer algo no imediato para o tratamento mais holístico e a reabilitação do doente, o que é muito aliciante», diz. Segundo esta especialista, o contributo multidisciplinar de neurologistas e internistas resulta numa «visão mais abrangente» que distingue a atuação da equipa.

Opinião semelhante sustenta Marisa Mariano, que trabalha na UCV desde junho de 2015. «O AVC tem sintomatologia neurológica, mas, com frequência, o doente apresenta várias patologias do domínio da Medicina Interna. Tipicamente, o neurologista conseguirá fazer um exame neurológico mais apurado e o internista tem uma visão global do doente que é muito útil», afirma esta especialista, que, ao longo destes quase dois anos, tem sentido uma evolução significativa na sua formação e na sua

abordagem aos doentes. «Vinha com uma visão de internista, segundo a qual, maioritariamente, o doente com AVC é uma pessoa acamada e sem grande potencial. Aqui, encontrei uma conceção completamente diferente e percebi que o facto de lhes podermos oferecer um tratamento na fase aguda faz com que muitos doentes não cheguem a ficar acamados, como os encontrava nas enfermarias de Medicina», admite.

Providenciar os melhores cuidados

A multidisciplinaridade também se estende à articulação permanente com a Neurorradiologia de Intervenção, liderada pelo Dr. João Reis, e à plena integração de médicos, técnicos e enfermeiros. «Desde o início, esta equipa funciona como se fosse uma grande família», frisa a enfermeira-chefe Maria João Duarte, para quem o facto de todos os 20 enfermeiros da UCV terem formação específica na área do AVC – atualizada todos os anos – é um dos aspetos decisivos para a prestação dos melhores cuidados. A atualização constante da equipa também é estimulada pela presença permanente de internos de especialidades como Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Neurocirurgia, Neurologia ou Neurorradiologia de Intervenção.

Em termos de equipamentos, a UCV tem oito camas com monitorização contínua, além de uma maca que funciona como cama extra. Mesmo que o número de internamentos supere a quantidade de camas disponíveis, «nenhum doente com AVC deixa de ser tratado», garante Ana Paiva Nunes. Ao nível da resposta médica, a UCV dispõe de duas consultas programadas: a de doenças cerebrovasculares, com frequência diária, e a de doença carotídea, que segue todos os doentes a quem são colocados *stents* extra ou intracranianos e decorre às terças e quintas-feiras. Em abril deste ano, arrancou a nova consulta de AIT (acidente isquémico transitório) de caráter emergente. Segundo Ana Paiva Nunes,

Números de 2016

8 médicos (**5** internistas e **2** neurologistas)

20 enfermeiros

4 técnicos

1 200 doentes atendidos através da Via Verde do AVC

8 camas

588 internamentos

3,4 dias de internamento, em média

231 trombóses

230 trombectomias

esta consulta permitirá evitar internamentos desnecessários, uma vez que alguns doentes com AIT podem ser estudados nesta consulta e tratados de imediato.

Todas as segundas e quintas-feiras e um fim de semana por mês, a Unidade Cerebrovascular do CHLC/HSJ assegura a Urgência Metropolitana de Lisboa. «No entanto, nos outros dias úteis, até às 15h30, fazemos as nossas próprias trombectomias; só enviamos os doentes para o centro que está de prevenção fora do nosso horário normal de trabalho», sublinha Ana Paiva Nunes. Para a coordenadora, providenciar os melhores cuidados a todos os doentes, sejam provenientes da Via Verde, de outro hospital ou de outro serviço do CHLC/HSJ, é «um ponto de honra». E conclui: «Na nossa Unidade, não se rejeitam doentes. Pelo contrário, há uma picardia saudável entre pares para ver quem consegue um melhor tempo porta-agulha, por exemplo. Somos uma equipa com formações e funções diversas, mas com um objetivo comum: tratar o máximo de doentes da melhor forma possível.»



A técnica Susana Ferreira realiza um ecoDoppler dos vasos do pescoço numa doente internada



Na sala de angiografia, a equipa de Neurorradiologia de Intervenção colabora de forma estreita e rotineira com a Unidade Cerebrovascular



Prevenir o AVC sem esperar pelo «prolongamento»

A sessão «Estilos de vida na vanguarda da prevenção do AVC» abriu o 11.º Congresso Português do AVC, no dia 2 de fevereiro, com mensagens fundamentais de incentivo à autorresponsabilização do cidadão, antes de este se tornar doente. Não basta dizer que «mais vale prevenir do que remediar»: é preciso agir em tempo útil.

Rui Alexandre Coelho

Copresidente da sessão, a par da Dr.ª Sandra Alves, nutricionista, o Prof. José Manuel Calheiros observa que «os profissionais de saúde são treinados sobretudo para tratar pessoas em estado de doença». «Centramos as nossas intervenções nas fases finais da vida e esquecemos a importância da prevenção e do controlo dos fatores de risco», reflete o professor catedrático de Epidemiologia e de Medicina Preventiva na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, na Covilhã.

Na sua opinião, é importante «tratar a doença, sim, mas também compreender as fases iniciais da mesma, com vista a conseguir uma sociedade mais saudável». Para tal, defende, seria preciso seguir o exemplo de países que identificaram os fatores de risco, atuaram sobre eles, quer a nível individual quer coletivo, tendo conseguido reduzir a incidência das doenças vasculares, o que, para já, não acontece



Prof. José Carlos Ribeiro, Prof.ª Isabel Monteiro, Dr.ª Sandra Alves e Prof. José Calheiros

em Portugal. «No nosso país, a palavra “ação” assemelha-se ao prolongamento no futebol, quando se tenta, em poucos minutos, recuperar do desastre dos 90 anteriores. Convinha que também se jogasse antes do prolongamento.»

Nutrição, atividade física e tabagismo formaram a tríade de tópicos da sessão. A primeira oradora, Prof.ª Isabel Monteiro, nutricionista na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados do ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) Porto Ocidental, lembra que «numerosas revisões e meta-análises demonstraram o papel relevante da nutrição e dos padrões alimentares na prevenção do AVC». Esta especialista destaca «o papel que a nutrição desempenhou, nos últimos anos, na plasticidade neuronal e

nas modificações epigenéticas, além de modular o risco vascular e influenciar a função cerebral via microbioma intestinal». Estes resultados salientam o papel relevante da nutrição/alimentação tanto na prevenção primária e secundária do AVC, como na reabilitação pós-AVC.

Quanto a recomendações para a redução do risco de AVC, a nutricionista destaca a «diminuição da ingestão de sódio, por contraponto ao aumento da ingestão de potássio, e a adoção de um padrão alimentar mediterrânico, ou tipo DASH [*Dietary Approaches to Stop Hypertension*], colocando ênfase em frutas e hortícolas, produtos lácteos com baixo teor de gordura e em frutos gordos».

Exercício físico?

O Prof. José Carlos Ribeiro, docente no Centro de Investigação em Actividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL) da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto (FADEUP), versou sobre o tema «Prescrição da atividade física». No seu entender, «um estilo de vida sedentário desencadeia patologias hipocinéticas, particularmente as doenças cardio e cerebrovasculares». Para a melhoria da saúde, é crucial a recomendação de «30 minutos de atividade física, moderada a vigorosa, pelo menos cinco dias por semana». O especialista considera ainda que «é mais importante fazer um pouco de atividade física diariamente, ao longo da semana, do que fazer grandes quantidades de uma só vez». Num plano ideal, o docente no CIAFEL-FADEUP prescreveria, adicionalmente, oito a dez exercícios de resistência muscular, efetuando 12 a 15 repetições, pelo menos duas vezes por semana. Para manter ou perder peso «podem ser necessários 60 a 90 minutos de atividade física por dia», acrescenta.

Tabaco?

Uma das bandeiras da Organização Mundial da Saúde é a cessação tabágica. José Manuel Calheiros, que abordou o tema nesta sessão, defende que o ideal «é que nem sequer se comece a fumar», de modo a criar as bases para «uma sociedade livre de fumo». «Poder-me-ão dizer que somos fundamentalistas. Contudo, o objetivo é que as pessoas tenham uma vida saudável e não passem o fim da vida agarradas a uma garrafa de oxigénio, ou que não tenham complicações substanciais como enfarte do miocárdio, AVC, doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes e as suas complicações e outras que podem e devem ser prevenidas», argumenta. No caso de o indivíduo já ser fumador, é sempre possível «pedir ajuda». De acordo com o orador e copresidente da sessão, «muitas pessoas conseguem deixar de fumar, com benefícios associados enormes a nível vascular, respiratório e dos fatores de coagulação», os quais começam logo no dia em que se abandona o cigarro.

Malefícios da privação de sono

A privação de sono é um fator de risco para AVC – em si mesma e de forma cumulativa. Em si mesma nos adultos que dormem menos de seis horas por dia; de forma cumulativa porque a privação de sono aumenta os outros fatores de risco, como a hipertensão arterial, a diabetes ou a obesidade. É uma espécie de círculo vicioso.

Dorme-se pouco em Portugal e uma das recomendações que se deve fazer à nossa população, genericamente, é a de que se durma bem. Quase 38% dos portugueses dormem menos de seis horas, o que já é considerado o mínimo, ou seja, menos do que as sete horas recomendadas. A privação de sono é um fator epidemiológico e um importante aspeto da saúde pública que tem de ser corrigido. É fácil fazê-lo: basta que as pessoas durmam um pouco mais, através de pequenos ajustes no dia a dia, para recolherem importantes benefícios ao nível qualidade de vida, do bem-estar e da saúde.

Infelizmente, embora esteja por trás de todas as outras funções, controlando-as, o sono não é, frequentemente, tido como fundamental. O comportamento, a memória, a aprendizagem, o metabolismo, o crescimento, o humor, a estabilidade energética – tudo isto é controlado pelo sono, que tem uma função nuclear em todos os sistemas.

Na perspetiva dos profissionais de saúde, devemos perguntar aos doentes quantas horas dormem durante a semana e ao fim de semana. Outras perguntas que devemos colocar são: se ressonam, que hábitos de alimentação têm, que exercício fazem... Tudo isto tem implicações sobre o sono, assim como o número de horas laborais – obviamente que um volume excessivo de trabalho reduz o sono. 🧠

NOTA: A sessão contou também com as intervenções da Dr.ª Rita Peralta, neurologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM), sobre apneia de sono e AVC, e da Prof.ª Ana Catarina Fonseca, igualmente neurologista no CHLN/HSM, sobre as alterações do sono como consequência do AVC agudo.



Prof.ª Teresa Paiva

Neurologista e diretora do Centro de Electroencefalografia e Neurofisiologia Clínica, em Lisboa | Preletora da palestra «Privação de sono e AVC», inserida na sessão «Sono como causa e consequência do AVC»

Distinguir as crises sintomáticas agudas da epilepsia pós-AVC

Recentemente, foram divulgadas as novas *guidelines* da European Stroke Organisation sobre gestão de crises convulsivas sintomáticas e epilepsia pós-AVC. Este tema assume particular relevo dado que a ocorrência de crises convulsivas após um AVC pode determinar pior prognóstico funcional e aumento da mortalidade.

É importante salientar a importância de distinguir entre crises sintomáticas agudas e epilepsia pós-AVC. Se o episódio surge nos primeiros sete dias após o AVC, considera-se

«Quando já houve uma crise epilética não provocada, isto é, mais de sete dias após o AVC, é importante prevenir recorrências, pelo risco de haver mais episódios»

crise sintomática aguda. Estas ocorrem em 3 a 6% dos doentes, podendo ser mais frequentes nos AVC hemorrágicos (10-16%) do que nos isquémicos (2-4%). Estes doentes têm um baixo risco de sofrer de epilepsia prolongada.

Porém, se o episódio ocorre mais de sete dias depois do AVC, trata-se de uma crise epilética não provocada e que se associa a um risco mais elevado de repetição. Há diferenças significativas entre os dois cenários, que devem ser tidas em conta na decisão de prescrever ou não fármacos antiepiléticos.

Outra distinção importante a fazer é entre a profilaxia primária e a secundária. A primeira tem como objetivo prevenir um episódio convulsivo, ao passo que a profilaxia secundária visa evitar a recorrência da crise convulsiva. Não há indicação para profilaxia primária, uma vez que o risco de crise epilética depois de um AVC é baixo (5 a 10%). No entanto, quando já houve uma crise epilética não provocada, isto é, mais de sete dias após o AVC, é importante prevenir recorrências, pelo risco de haver mais



Prof. Martin Holtkamp

Diretor médico no Epilepsy Center Berlin-Brandenburg, na Alemanha | Orador da conferência «Gestão das crises e da epilepsia no AVC»

episódios. Neste caso, serão necessários fármacos antiepiléticos adequados ao perfil do doente. 🧠



Prof. Jaap Kappelle

Diretor do Departamento de Doenças Cerebrovasculares do University Medical Centre of Utrecht, na Holanda | Preletor da conferência «Diabetes, hiperglicemia e AVC isquémico agudo»

Impacto da diabetes no AVC isquémico agudo

O aumento da glicemia é muito comum em doentes que sofreram um AVC isquémico agudo. A hiperglicemia afeta aproximadamente um terço destes doentes e está associada a um risco de morte três vezes maior no primeiro mês após o AVC e a um pior prognóstico comparativamente com doentes que têm valores normais de glicemia. Esta condição afeta os doentes com diabetes, mas também surge em doentes sem história prévia de diabetes.

Os doentes com diabetes apresentam cerca do dobro do risco de AVC isquémico em comparação com a restante população. O tratamento multifatorial dos fatores de risco desempenha um papel fundamental na prevenção do AVC nestes doentes.

A hiperglicemia na fase aguda do AVC isquémico associa-se a mau prognóstico funcional, possivelmente por levar a agravamento das lesões de reperfusão. Continua a não ser claro se a terapêutica para diminuir a glicemia no

«Os doentes com diabetes apresentam cerca do dobro do risco de AVC isquémico em comparação com a restante população»

contexto agudo de AVC pode melhorar o prognóstico clínico. Atingir a normoglicemia pode ser difícil e existe ainda o risco de provocar hipoglicemia, que poderá ter um efeito deletério para o tecido cerebral.

Mesmo sabendo de antemão que os doentes com hiperglicemia poderão ter pior prognóstico, aqueles que sofreram um AVC deverão ser tratados da mesma forma do que aqueles que apresentam níveis glicémicos normais, com trombólise endovenosa ou trombectomia mecânica, conforme esteja indicado. ●



Prof. Leonardo Pantoni

Neurologista no Hospital Universitário de Florença | Preletor da conferência «Como abordar a doença dos pequenos vasos»

Doença dos pequenos vasos

A doença dos pequenos vasos (DPV) é a afeção cerebral mais comum e uma causa fundamental de AVC e demência. Quando são agudas, as manifestações clínicas da DPV traduzem-se em AVC isquémico ou hemorrágico. Quando são crónicas, os doentes veem-se confrontados com problemas cognitivos, da marcha, de humor e de urgência urinária. A DPV é ainda uma das causas mais relevantes de incapacidade no idoso, na medida em que, nas fases mais avançadas, o doente perde a sua independência.

A abordagem geral à DPV cerebral deve seguir quatro tópicos. O primeiro, embora básico, é essencial: é mesmo uma DPV? Neste ponto, deve ser feito o diagnóstico diferencial com outras doenças neurológicas não vasculares que possam ter uma apresentação clínica ou de neuroimagem semelhante.

O segundo tópico diz respeito à avaliação da causa da DPV. Embora a doença hipertensiva ou a angiopatia amiloide constituam as

principais causas, é preciso averiguar se existem outras, uma vez que existem tratamentos distintos consoante as causas.

O terceiro tópico consiste em identificar os sintomas relacionados com a DPV e em diferenciá-los da verdadeira patologia do envelhecimento normal. O último ponto refere-se à determinação das melhores atitudes para a prevenção e o tratamento, que têm merecido pouca atenção ao longo dos anos, mas começam a surgir cada vez mais dados nestas áreas e a comunidade científica internacional está a trabalhar no sentido de estabelecer *guidelines* neste campo.

Há dois grandes subtipos de DPV. O mais prevalente, de longe, está relacionado com a hipertensão arterial. O segundo subtipo, com características próprias, é a angiopatia amiloide cerebral, que tem perfil degenerativo e, por enquanto, não se sabe muito sobre a sua etiologia. Cada vez se conhecem mais formas genéticas desta patologia, embora continuem a ser consideradas raras. ●

Interrelação entre a componente vascular e a cognitiva

Os caminhos comuns da demência e dos problemas vasculares e o contributo da genética para o tratamento da doença dos pequenos vasos foram os temas em debate na última sessão do primeiro dia do Congresso Português do AVC. A presidência coube à Prof.^a Ana Verdelho, neurologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, e ao Prof. Manuel Correia, diretor do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António.

Rui Alexandre Coelho



Prof.^a Joanna Wardlaw

A diretora do The Brain Research Imaging Centre da Universidade de Edimburgo, na Escócia, Prof.^a Joanna Wardlaw, debreçou-se sobre as causas vasculares da deterioração cognitiva. «Muitas destas alterações têm como causa um AVC, embora a relação entre ambas as entidades seja complexa», admite. A oradora recorda que, embora, no passado, a doença de Alzheimer e os problemas vasculares costumassem ser tratados separadamente, «já se percebeu que são muito mais sobreponíveis do que se pensava». Por isso, frisa, «o declínio cognitivo resultante do envelhecimento representa um fator de risco para AVC» e, inversamente, este é um fator de risco de demência.

Na perspetiva de Joanna Wardlaw, importa igualmente ter em conta que a doença vascular afeta todo o cérebro. «Embora haja estudos sugestivos de que ter lesões em certas partes do cérebro aumenta o risco de danos cognitivos, esses trabalhos pecam pelo seu alcance limitado e pela sua seletividade, ou seja, podem não ter aplicação no doente comum. O que se vê com recurso à imagem é só um marcador do estado atual do cérebro. Se investigarmos as áreas entre as lesões,

percebemos que, quanto maior o número de lesões, mais anómalas serão aquelas partes do cérebro que parecem normais.»

O cérebro é como um computador de conexões labirínticas. No entanto, através de estudos de imagem, já é possível identificar nessas ligações alguns problemas associados à cognição. «A forma como pessoas muito jovens respondem aos testes de inteligência, como as provas escolares, está relacionada com o risco de AVC e de doença vascular cerebral [DVC] numa idade mais avançada», exemplifica Joanna Wardlaw, concluindo que «a ligação entre a cognição e a DVC existe em qualquer fase da vida».

Impacto genético na doença dos pequenos vasos

A segunda palestra da sessão coube ao Prof. Rainer Malik, investigador no Instituto para a Investigação do AVC e da Demência na Universidade Ludwig-Maximilians, em Munique, na Alemanha. No «ponto de mira» deste orador esteve o papel dos fatores genéticos na doença dos pequenos vasos. «Resultando de distúrbios mendelianos, nomeadamente relacionados com arteriopatía cerebral autosómica recessiva com enfartes subcorticais e leucoencefalopatia (CARASIL) e com o colagénio 4A1 e 4A2 (COL4A1/A2), os achados genéticos traduzem-se em mecanismos que desencadeiam episódios esporádicos, como o



Prof. Rainer Malik

AVC dos pequenos vasos.» Rainer Malik afirma que, «além da hipertensão arterial, a matriz extracelular tem um papel importante nos distúrbios relacionados com a CARASIL e com o COL4A1/A2». E conclui: «O espessamento da membrana basal é um fenótipo que traduz diretamente o achado genético na fisiopatologia. Este aspeto também se verifica na doença dos pequenos vasos esporádica que origina AVC – neste caso, com o gene FOXF2, no qual os pericitos e a destruição da barreira hematoencefálica desempenham um papel importante.»

Visão holística da relação entre AVC e cognição

Joanna Wardlaw defende que, em estudos futuros, seria útil «não olhar só para as pessoas quando têm 60, 70 ou 80 anos, mas também considerar que tipo de educação receberam quando eram jovens e quais as marcas de doença vascular que lhes surgem nos estudos de imagem, desde então». No fundo, importa ter «uma visão mais holística» destas relações entre cognição e AVC, ao invés de apenas estudar as lesões cerebrais. «Precisamos de ter consultas às quais o doente possa recorrer por ter problemas cognitivos. Por sua vez, esses centros deverão considerar o estado vascular do doente e perceber se tem hipertensão arterial, diabetes ou dislipidemia», explica.



Stenting versus endarterectomia na estenose carotídea

O arranque do segundo dia do 11.º Congresso Português do AVC, 3 de fevereiro, contrapôs as vantagens e limitações de duas estratégias terapêuticas na abordagem da estenose carotídea: a colocação de *stents* e a endarterectomia.

Rui Alexandre Coelho



Prof. Armando Mansilha

O Prof. Armando Mansilha, coordenador da Unidade de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital CUF Porto, defendeu a «atitude cirúrgica», garantindo que, enquanto cirurgião, tem uma perspetiva invasiva mínima para todos os territórios. A exceção, ressalva, é precisamente «o território carotídeo, onde a endarterectomia continua a ser considerada a técnica de primeira opção, de acordo com os principais estudos e com as recomendações das sociedades científicas internacionais».

Ainda assim, este preletor faz questão de referir que, muito mais importante do que falar da técnica, é pensar na patologia. «Devemos ser completamente rigorosos quando intervimos na estenose carotídea em doentes sintomáticos, mas, particularmente, em doentes assintomáticos. A técnica tem de ser colocada ao serviço da patologia e da indicação para tratar», frisa o primeiro orador desta sessão copresidida pela Prof.ª Elsa Azevedo, neurologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, e pelo Dr. João Xavier, neurorradiologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António.

«Devemos partilhar todas estas capacidades e oferecer aos doentes diferentes opções terapêuticas para que sejamos rigorosos dentro daquilo que deve ser o conceito de *best medical treatment*. Todos

beneficiariamos deste enquadramento», acrescenta Armando Mansilha, em alusão às vantagens do trabalho desenvolvido por equipas multidisciplinares, como aquela que coordena e que «tem resultados conhecidos e publicados de mortalidade e de morbilidade neurológica e cardíaca associadas à endarterectomia carotídea inferiores a 1%».

Atitude neurorradiológica

A abordagem neurorradiológica foi defendida pelo Dr. João Reis, neurorradiologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José (CHLC/HSJ), onde o *stenting* é o procedimento *standard* na estenose carotídea, com mais de 1 000 doentes tratados com esta técnica desde o início dos anos 2000. Esta longa experiência com *stents* é, para o especialista, um dos pontos essenciais para optar por esta abordagem menos invasiva.

João Reis defende que a maioria dos estudos sobre a vantagem da endarterectomia *versus* o *stenting* «estão deturpados, uma vez que são da autoria de cardiologistas com pouco conhecimento sobre o território cerebral». De resto, o preletor justifica «as assimetrias nas decisões» sobre a terapêutica da estenose carotídea com alguma «falta de seriedade» nos campos da investigação e da publicação. «Como posso ter um pensamento fidedigno sobre um trabalho quando os autores não são



Dr. João Reis

neurorradiologistas de intervenção e não têm o entendimento e o treino, nem seguem um determinado procedimento ou uma sequência de risco – uma *checklist* obrigatória para minimizar os efeitos?», indaga.

Na opinião deste neurorradiologista, interessa mais discutir o tipo de placa subjacente à estenose carotídea do que a estenose em si mesma. «A estenose está ultrapassada, é um conceito que foi utilizado quando ainda se sabia pouco sobre a placa. O procedimento atual passa por entender a placa e depois estratificar os doentes», defende João Reis. 🧠

Um argumento...

...a favor da endarterectomia

«Uma meta-análise dos quatro estudos randomizados mais significativos em termos de incidência de AVC e mortalidade – EVA 3S, SPACE, ICSS e CREST – mostra uma redução muito significativa do risco associada à endarterectomia carotídea *versus* o *stenting*.» PROF. ARMANDO MANSILHA

...a favor do *stenting*

«Não é possível comparar intervenções terapêuticas distintas que são aplicadas em situações clínicas diferentes. O mais importante é que os centros tenham os melhores meios de diagnóstico e que haja o bom senso clínico de selecionar os doentes caso a caso. Fazem-se demasiadas cirurgias carotídeas, nomeadamente em doentes que têm a placa controlada com terapêutica farmacológica.» DR. JOÃO REIS

Em busca de consensos na terapêutica do AVC agudo

Alguns aspetos controversos no tratamento do AVC agudo estiveram em discussão no dia 3 de fevereiro, numa sessão presidida pelo Prof. José Ferro, diretor do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, e pelo Prof. Miguel Castelo Branco, internista e intensivista no Centro Hospitalar Cova da Beira/Hospital Pêro da Covilhã. Segue-se um balanço das quatro intervenções que compuseram esta mesa.

Drip and ship ou mother ship

«*Drip and ship* significa que o doente é encaminhado diretamente para o hospital mais próximo do local onde teve o AVC, de modo a que lhe possa ser administrada trombólise endovenosa rapidamente. Nas obstruções dos pequenos vasos, este tratamento é eficaz. No entanto, aproximadamente 40% dos doentes vão ter obstruções nas grandes artérias cerebrais. Nestes casos, é necessário proceder a uma trombectomia. Essa resposta tem de ser dada num centro onde se pratique este procedimento, mas a transferência do doente implica um atraso médio de duas horas no início da trombectomia. Pelo contrário, *mothership* significa que o doente é transferido diretamente para um centro com capacidade para fazer trombectomias. Este modelo tem como vantagem permitir que o procedimento seja iniciado mais cedo, mas como desvantagem o facto de a trombólise endovenosa ser administrada mais tarde, dado que a distância entre o local onde ocorreu o AVC e o hospital é maior. Qual destas opções é a melhor, ainda não sabemos.» **Dr. Antoni Davalos**, diretor do Departamento de Neurociências no Hospital Germans Trias i Pujol, em Barcelona



Dosagem de alteplase

«O ensaio ENCHANTED (*Enhanced Control of Hypertension and Thrombolysis Stroke Study*) comparou as doses baixa e *standard* de alteplase. Este estudo teve um âmbito mundial, com muitos doentes da Ásia, e foi orientado, em grande parte, pela sugestão de que a dose ideal de alteplase, ou rtPA, pode ser mais baixa em doentes asiáticos, uma vez que estes correm maior risco de hemorragia. No entanto, não ficou demonstrada a não inferioridade da dose baixa relativamente à dose *standard*, embora as diferenças entre ambos os regimes tenham sido pequenas. Este estudo baseou-se numa abordagem dicotómica dos dados: bom resultado *versus* mau resultado. Porém, se analisarmos os dados com uma escala de classificação, a dose baixa mostra não inferioridade relativamente à *standard*. Resta, por isso, uma dúvida: como interpretar este estudo, já que não atingiu o seu objetivo estatístico primário? Precisamos de outro ensaio que teste esta hipótese.» **Dr. Philip Bath**, diretor do Departamento de Neurociência Clínica do Hospital Universitário de Nottingham, no Reino Unido



Sedação sempre que possível

«Uma das grandes lições dos estudos aleatorizados é que a velocidade e a eficiência na administração do tratamento são essenciais para a recuperação funcional do doente. A recanalização é condição necessária, mas não suficiente, para atingir esse desiderato. Isto é, se o tecido cerebral em risco já tiver progredido para enfarte irreversível, a reperfusão não só será inútil como nefasta, aumentando o risco de transformação hemorrágica. Sendo assim, na abordagem do tratamento endovascular devem ser eliminadas as ações supérfluas com vista ao objetivo final da recuperação funcional do doente. A evidência atual demonstra que mais de 80% dos doentes sujeitos a trombectomia podem ser tratados de forma eficaz e segura sob sedação consciente, com elevadas taxas de recuperação funcional. Neste contexto, a sedação consciente é o método anestésico preferencial, devendo ser reservada a anestesia geral para as situações em que, de todo, aquela não seja possível.» **Dr. Manuel Ribeiro**, neurroradiologista de intervenção no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho



Ultrapassar a dissecação na trombectomia

«Temos atualmente meios para ultrapassar uma dissecação – o que interessa é retirar o trombo e preservar o cérebro. A abordagem da carótida deverá ser secundária. Acima de tudo, pretende-se, sempre que possível, ultrapassar o obstáculo, de modo a permitir que, por efeito colateral, o cérebro tenha reperfusão e, no fim, tratar a eventual doença que esteve na base do AVC (neste caso, a dissecação). A controvérsia que abordei consiste no facto de demonstrar ser possível repermeabilizar uma dissecação de modo acessível. Em muitos centros, apenas se tem uma atitude expectante. A nossa experiência tem demonstrado ser possível ultrapassar esta alteração de parede sem prejuízo neurológico. Em suma: sempre que se verifique a oclusão de um grande vaso por dissecação, devemos tentar ultrapassá-la para minimizar o tempo de falta de vascularização cerebral (tempo é cérebro).» **Dr. João Reis**, neurroradiologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José





Dr.ª Marta Carvalho

Neurologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto | Presidente da sessão «Hipertensão arterial: fator de risco *major* para AVC», juntamente com o Dr. Miguel Rodrigues, neurologista no Hospital Garcia de Orta, em Almada

Nesta sessão, três preletores falaram sobre pontos de interligação diferentes entre o AVC e a hipertensão arterial (HTA). Na primeira intervenção, o Dr. Jorge Poço, coordena-

HTA como fator de risco da doença vascular cerebral

nador da Unidade de AVC da Unidade Local de Saúde do Nordeste, falou sobre o papel da terapêutica anti-hipertensora na prevenção primária e secundária do AVC. Antes de mais, há que salientar que a HTA tem de estar controlada e tratada, independentemente da classe terapêutica usada. O tratamento deve incluir as intervenções sobre o estilo de vida e a avaliação do doente no seu todo, dado que a existência de comorbilidades poderá precipitar as escolhas e as adaptações terapêuticas. Entre os fatores de risco para a doença vascular cerebral que são suscetíveis de intervenção, a HTA é o mais importante, pois o risco de AVC aumenta progressivamente com o incremento da pressão arterial, independentemente de outros fatores.

A Dr.ª Luísa Rebocho, internista e responsável pela Unidade de AVC do Hospital do Espírito Santo de Évora, fez uma revisão dos conhecimentos atuais sobre a gestão da HTA no AVC agudo. Centrou-se, sobretudo, nas controvérsias sobre os valores de referência

no tratamento da HTA nos AVC isquémicos e hemorrágicos, tal como na rapidez com que se deve atingir esses valores em ambas as populações. Ensaios clínicos sugerem o tratamento da HTA em função da etiologia do AVC, mas, em meta-análises publicadas, persiste a controvérsia quanto à existência de efeitos benéficos no tratamento ativo e na redução precoce e rápida da pressão arterial, nomeadamente no AVC isquémico.

Na terceira parte, o Prof. Vítor Tedim Cruz, diretor do Serviço de Neurologia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos/Hospital Pedro Hispano, abordou a importância da HTA como fator de risco para a deterioração cognitiva de etiologia vascular. O controlo da pressão arterial é, frequentemente, subvalorizado enquanto fator de risco potencialmente modificável de demência. Fala-se hoje muito sobre formas de prevenir a doença de Alzheimer, mas um aspeto tão elementar como o tratamento da HTA pode ser muito importante. ●



Prof. Pedro Cantista

Especialista em Medicina Física e de Reabilitação (MFR) no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA) | Presidente da sessão «Reabilitação», juntamente com o Prof. Castro Lopes, presidente da SPAVC

Esta sessão versou sobre a temática da reabilitação como parte assistencial ao doente com AVC. Essa orientação foi comentada pelo Dr. António Pinto Camelo, responsável pela Unidade de Reabilitação de Lesões Encefálicas

O incontornável direito à reabilitação

do CHP/HSA, que abordou a necessidade de que essa assistência seja precoce. Além disso, elucidou os princípios teóricos e científicos que se refletem na *praxis* clínica sobre a capacidade que a reabilitação tem de melhorar a saúde e, sobretudo, a funcionalidade destes doentes, com base no conhecimento da neuroplasticidade. O Dr. António Pinto Camelo mostrou também que essa melhoria pode ocorrer passado muito tempo após o AVC, ao contrário do que se pensava anteriormente (considerava-se que, passados seis meses, essa janela de oportunidade estava encerrada). Na sua intervenção, ficou bem claro que o direito à reabilitação pós-AVC durante toda a vida é incontornável.

Esta sessão contou com as intervenções de outros dois ilustres especialistas em MFR, oriundos de dois dos principais hospitais especializados na reabilitação. Do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, que é o mais antigo de todos, tivemos o Dr. Jorge Jacinto, diretor do Serviço de Reabilitação de Adultos 3, que mostrou toda a experiência que conseguiu reunir com a sua equipa através da diferenciação dos mé-

dicos e de outros profissionais de reabilitação. Do Centro de Reabilitação do Norte tivemos o Dr. Ruben Almeida, diretor clínico desta unidade, que já tem desenvolvido trabalho de muita valia para outras áreas geográficas do país, apesar de contar apenas três anos de funcionamento. O Dr. Ruben Almeida mostrou o papel que os elementos de um centro de reabilitação têm na parte assistencial, na formação, na investigação e na interação social.

Progrediu-se bastante em imensos aspetos ao longo das últimas três décadas. Porém, ainda há assimetrias grandes, a começar pela acessibilidade aos cuidados. Há zonas do país onde essa acessibilidade é insuficiente por dificuldades de transporte, por falta de unidades de proximidade e de profissionais nessas áreas. Acresce uma assimetria na distribuição de equipamentos e nos critérios de referência, permanecendo também barreiras económicas e políticas. Ainda assim, o essencial, na minha ótica, é que haja uma política de verdade, para esclarecer as pessoas sobre as dificuldades reais. ●

Papel dos antitrombóticos e da trombectomia mecânica

Com um olho no presente e outro no futuro, o **Prof. Patrik Michel, diretor da Unidade Cerebrovascular do Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, em Lausanne, na Suíça**, foi o preletor de duas conferências no dia 3 de fevereiro, intituladas «Antiplaquetários e anticoagulantes após o AVC: recomendações atuais, desenvolvimentos futuros» e «Trombectomia no AVC agudo: ainda há espaço para melhorar». A propósito do uso de fármacos antitrombóticos na prevenção secundária do AVC, Patrik Michel refere que as pessoas que sofreram um AVC se distinguem de outros doentes vasculares na medida em que mostram maior sensibilidade à hemorragia. «Como têm uma janela de risco e benefício diferente neste tipo de tratamento, urge ter um cuidado minucioso para não lhes dar demasiados antitrombóticos, de modo a evitar hemorragias», frisa.

Segundo o orador, «a prevenção antiagregante depois do AVC não cardioembólico e depois do acidente isquémico transitório é feita com aspirina, com clopidogrel ou com a combinação Aspirina® + dipiridamol». Nos doentes com alto risco de recorrência precoce de AVC, «deve-se considerar a associação de Aspirina® com clopidogrel durante algumas semanas».

Por sua vez, os anticoagulantes estão habitualmente contraindicados na fase aguda do AVC.

«O momento para reiniciar a anticoagulação, devido a um evento cardíaco *major*, dependerá da sua dimensão e do risco de recorrência de AVC», refere Patrik Michel. E acrescenta: «Doentes com fibrilhação auricular sem válvulas mecânicas e estenose mitral são preferencialmente tratados com anticoagulantes orais devido ao seu perfil de segurança mais favorável.»

Patrik Michel proferiu também uma palestra sobre terapêutica endovascular através de trombectomia mecânica em doentes com AVC agudo. «Fizemos bastantes progressos com este novo tratamento e já temos um conhecimento seguro de quais os doentes que podem ou não beneficiar dele», defende este orador. Contudo, «ainda há espaço para melhorar» ao nível de variáveis, sendo o tempo a mais importante. Nesse âmbito, «interessa organizar os sistemas de saúde de maneira a que os doentes sejam rapidamente encaminhados para centros especializados. Para tal, é preciso acelerar todo o processo de decisões radiológicas e de logística, como os trajetos das ambulâncias», detalha Patrik Michel.

A margem de progressão neste campo estende-se ainda às técnicas e aos dispositivos, cujos aperfeiçoamentos poderão tornar a trombectomia mecânica «ainda mais efetiva e segura», explica o especialista, que salienta ainda a importância de selecionar melhor os



doentes. «Há doentes que, apesar de chegarem cedo ao hospital, podem não beneficiar deste tratamento porque grande parte do cérebro já está morto. Por outro lado, há doentes tratados tardiamente, ou seja, 8, 10 ou 12 horas depois de acordarem com um AVC, com técnicas modernas de neuroimagem. Trata-se de uma melhoria importante, na qual temos de trabalhar.» **Rui Alexandre Coelho**

Bolsa e prémios atribuídos no Congresso

■ 1.º Prémio Comunicação Oral

«Telemedicina na era da abordagem endovascular no tratamento do AVC isquémico: a experiência de 15 meses de articulação em rede numa região de Portugal» – **Dr. Ricardo Varela (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) et al.**

■ 2.º Prémio Comunicação Oral

«Tratamento endovascular do AVC isquémico da circulação anterior com 6-24 horas de sintomas ou hora de instalação desconhecida» – **Dr.ª Telma Santos (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho) et al.**

■ Menção Honrosa Comunicação Oral

«Células progenitoras endoteliais na neoangiogénese do acidente vascular cerebral isquémico agudo» – **Dr. João Sargento Freitas (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) et al.**

■ 1.º Prémio Cartaz

«Síndrome do ombro do hemiplégico – a importância de tratar os músculos do ombro com toxina botulínica» – **Dr.ª Maria Pais Carvalho (Centro Hospitalar Tondela-Viseu/Hospital de São Teotónio) et al.**

■ 2.º Prémio Cartaz

«Impacto da utilização do teste GUSS para rastreio de disfagia na frequência de infeção respiratória em doentes com AVC isquémico» – **Dr.ª Margarida Lopes (Hospital de Braga) et al.**

■ Menção Honrosa Cartaz

«Programa de intervenção na redução da sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas idosas após um acidente vascular cerebral» – **Enf.ª Odete Araújo (Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho)**

■ Prémios SPAVC 2017

■ «Recuperação da afasia e da cognição» – **Dr. José Fonseca (Laboratório de Estudos de Linguagem da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa) et al.**

■ «Programa de capacitação para cuidadores informais: implicações na funcionalidade das pessoas idosas sobreviventes de acidente vascular cerebral» – **Enf.ª Odete Araújo (Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho)**

■ Bolsa de Investigação em Doença Vascular Cerebral 2016

«Influência das alterações meteorológicas e ambientais na distribuição circadiária, circaseptana e circanual da hemorragia intracerebral no Algarve» – **Dr. Hipólito Nzwalo (Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve) et al.**



«Portugal terá um papel importante no apoio aos países lusófonos mais necessitados na área do AVC»

O Prof. José Ferro, diretor do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM), foi o preletor da conferência «Momento ESO», no dia 4 de fevereiro. Em entrevista, o também representante da European Stroke Organisation (ESO) na World Stroke Organization (WSO), avança alguma informação sobre as suas funções e o papel que Portugal pode desempenhar na cooperação internacional.

Rui Alexandre Coelho

Que papel desempenha enquanto representante da ESO na WSO?

AWSO tem membros individuais eleitos pelos seus associados, por continente, e membros coletivos, entre os quais a ESO. Dentro da WSO, a ESO contribui para uma missão global, ligada à prevenção e à cadeia de cuidados para todos os doentes com AVC. Portanto, colabora no plano estratégico da WSO para reduzir os fatores de risco e o número de AVC nos países em desenvolvimento, bem como para melhorar o acesso aos tratamentos nesses países. A implementação desta organização requer o estabelecimento de sistemas de recolha de informação e o tratamento de dados localmente. O plano inclui também a disponibilização de apoio educativo e muita formação. Há

ainda outro aspeto crucial, que é a definição dos níveis de cuidados consoante os recursos disponíveis em cada local. O plano define três níveis de recursos: mínimos, simples e completos.

Como poderá Portugal contribuir para esse plano estratégico?

Tendo em conta que o português é uma das línguas mais faladas em África – o continente que mais precisa de ajuda –, Portugal terá um papel bastante importante no apoio aos países lusófonos mais necessitados. Será interessante, por exemplo, convidar neurologistas ou outros médicos que trabalham na área do AVC nesses países para fazerem formação *online*.

A colaboração nacional poderá passar por outras formas de intercâmbio?

Vários hospitais portugueses têm protocolos



com hospitais destes países. Por outro lado, a ESO também colabora num esforço conjunto com a European Academy of Neurology, a American Academy of Neurology e a International Parkinson and Movement Disorder Society: periodicamente, há uma missão que se desloca a cidades da África subsariana, sendo pagos alojamento e viagem a cerca de 60 neurologistas africanos para frequentarem ações de formação. O AVC é um dos temas frequentemente abordados.

Opinião



Dr. Miguel Rodrigues

Coordenador do Curso de AVC e da Unidade de AVC do Hospital Garcia de Orta, em Almada

A fase aguda do AVC tem implicações significativas na incapacidade futura e na reintegração na vida ativa. A evolução dos conhecimentos nesta área é grande e foi intenção dos coordenadores do curso dotar os formandos

Cuidados na fase aguda do AVC

de informação que lhes permita orientar os doentes na fase aguda do AVC, para que tenham acesso aos tratamentos mais adequados.

Inicialmente, o Prof. Castro Lopes, presidente da SPAVC, focou-se no papel desta Sociedade e na necessidade de usar a nomenclatura certa, distinguindo a doença vascular cerebral de outras doenças vasculares. A Dr.ª Sofia Calado, neurologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, falou sobre as principais apresentações clínicas do AVC na fase aguda. A abordagem geral do AVC nesta fase foi feita pelo Dr. Fernando Silva, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que salientou os cuidados que, nas unidades de AVC, permitem melhorar a morbilidade e a mortalidade. Por sua vez, o Dr. João Pinho, neurologista no Hospital de Braga, versou sobre os itinerários clínicos que visam melhorar os tempos no atendimento, no diagnóstico e no tratamento do AVC na fase aguda, com ênfase na trombólise endovenosa.

De seguida, o Dr. Manuel Ribeiro, neurorradiologista no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, abordou o tratamento do AVC agudo por trombectomia mecânica, assim como os aspetos que condicionam o sucesso desta modalidade. A última intervenção esteve a cargo da Dr.ª Liliana Pereira, neurologista no Hospital Garcia de Orta, em Almada, que comentou o impacto dos exames complementares de diagnóstico na fase inicial da doença vascular cerebral ao longo do percurso do doente na sua admissão hospitalar.

Participaram nesta iniciativa 61 formandos, maioritariamente internos de Neurologia e de Medicina Interna. Os restantes eram alunos ou médicos de outras especialidades, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica. Cumpriu-se assim o objetivo do curso, que foi promover o desenvolvimento dos cuidados no AVC em fase aguda, numa perspetiva multidisciplinar, uma das missões que a SPAVC mais valoriza.

SPAVC não desiste de sensibilizar a população



António Conceição (presidente Associação da Portugal AVC), Sandra Alves (nutricionista), Castro Lopes (presidente da SPAVC), Diana Wong Ramos (diretora da Portugal AVC), Diogo Afonso (docente na Profitecla) e Célia Lopes (dietista)

Não fugindo à tradição, o 11.º Congresso Português do AVC encerrou com a Sessão de Informação à População, que o Prof. Castro Lopes, presidente da SPAVC, exalta frequentemente, pelo facto de ser algo inédito em encontros científicos, tanto em Portugal como no estrangeiro. A sessão deste ano arrancou com uma palestra deste neurologista sobre os sinais de alerta, as medidas a adotar em caso de suspeita e a correta nomenclatura na área do AVC (2). Os participantes tiveram ainda a oportunidade de ouvir testemunhos de sobreviventes deste evento cerebrovascular e mensagens de alerta para a importância de adotar um estilo de vida saudável, tal como conhecer melhor a recente Associação Portugal AVC (3). Passando da teoria à prática, seguiu-se uma aula de exercício físico, liderada por Ana Cosme, docente nesta área (1), que colocou assistência e oradores em movimento. 🍷

Dez anos de «amor à camisola»



A Unidade de AVC do CHS/HSB, coordenada pelo Dr. Rui Guerreiro (primeiro da esquerda), festejou uma década de funcionamento num encontro marcado por um ambiente descontraído, sem perder de vista as últimas recomendações sobre o AVC agudo

Foi com um sentimento de orgulho pelo trabalho desenvolvido, mas também com uma reunião científica que a Unidade de AVC (UAVC) do Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo (CHS/HSB) celebrou dez anos de funcionamento, precisamente ao décimo dia de 2017. Segundo o diretor do Serviço de Neurologia do CHS/HSB, Dr. Rui Matos, esta componente científica constituiu «uma oportunidade de dar formação ao corpo clínico da UAVC, atualizando as últimas recomendações sobre a abordagem do AVC agudo». Acerca da primeira década de existência da Unidade, Rui Matos salienta o «amor à camisola dos colabora-

dores, que conseguem fazer muito com pouco», e as profundas mudanças na abordagem do AVC, ao longo destes anos, que exigiram uma adaptação contínua por parte da equipa.

As mudanças, em particular na terapêutica endovascular do AVC, foram inclusive um dos temas em destaque na reunião, nomeadamente na intervenção do Dr. Miguel Rodrigues, coordenador da Unidade de AVC do Hospital Garcia de Orta, em Almada. Em jeito de balanço, o Dr. Rui Guerreiro, coordenador da UAVC do CHS/HSB, refere que «a trombectomia é o tema quente da atualidade nesta área e está a ser cada vez mais executada». Apesar de não

dispor de Neurorradiologia de Intervenção, a UAVC do CHS/HSB recebe os doentes através da Via Verde e seleciona-os para trombólise endovenosa (realizada na própria UAVC) e/ou trombectomia mecânica (num hospital com Neurorradiologia), de acordo com a norma de referência da Urgência Metropolitana de Lisboa. «O nosso grande desafio é melhorar essa articulação», assume Rui Guerreiro.

Outro tema em foco foi a reabilitação no AVC agudo, na preleção do Dr. Hélder Guerreiro, especialista em Medicina Física e de Reabilitação no CHS/HSB. Este orador lembrou a importância de todas as fases da reabilitação, desde o tratamento escolhido no período de internamento, passando pelo agendamento da alta hospitalar e pelo programa de reabilitação pós-alta. «Esse é o chamado período de ouro, em que a recuperação dos doentes costuma ser muito significativa», afiança.

Também oradora no encontro, a coordenadora de Enfermagem da UAVC do CHS/HSB, Marisa Biscaia, partilhou as vantagens da abordagem integrada do AVC que norteia a sua equipa: «Num só espaço, temos um conjunto de cuidados que decorrem de forma sistematizada e organizada. A nossa prioridade é sempre reduzir as complicações, melhorar o *outcome* dos doentes e trazer algum benefício ao hospital em termos de redução de custos.»

🍷 Rui Alexandre Coelho



Debate de controvérsias na Lisbon Stroke Summit

A primeira edição da Lisbon Stroke Summit, que teve lugar em Lisboa, nos dias 7 e 8 de abril, contou com cerca de 320 congressistas e um painel de 53 oradores, incluindo 14 estrangeiros, oriundos de países como os EUA, o Canadá, a Suíça e a Alemanha. A Dr.^a Sofia Galego, *co-chairman* desta iniciativa e internista na Unidade Cerebrovascular do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José (CHLC/HSJ), revela que «as expectativas foram amplamente ultrapassadas, com a criação de um ambiente contemporâneo e informal, marcado pelo *networking*, no qual os participantes puderam trocar experiências, com vista a encarar da melhor forma os desafios no tratamento dos doentes com AVC».

Esta opinião é partilhada pela Dr.^a Ana Paiva Nunes, membro da comissão científica da Lisbon Stroke Summit e coordenadora da Unidade Cerebrovascular do CHLC/HSJ.



SESSÃO DE ABERTURA: Dr.^a Ana Paiva Nunes (membro da comissão científica), Prof. Castro Lopes (presidente da SPAVC), Dr. Miguel Guimarães (bastonário da Ordem dos Médicos) e Prof. Fernando Regateiro (coordenador nacional da Reforma do Serviço Nacional de Saúde). No púlpito: Dr.^a Sofia Galego (*co-chairman* da Lisbon Stroke Summit)

«Tentámos organizar uma reunião diferente do habitual em Portugal, mais focada na terapêutica de fase aguda, com debates de prós e contras e a apresentação de casos clínicos controversos sobre temas que nos suscitam mais dúvidas na abordagem quotidiana». Já o Prof. Castro Lopes, presidente da SPAVC, deixa «os mais rasgados elogios à organização, pelo programa científico excepcional, com preletores de elevada qualidade nacional e internacional, demonstrando que o combate ao AVC tem futuro».

O Prof. Louis Caplan, neurologista no Beth Israel Deaconess Medical Center e docente na Harvard Medical School, nos EUA, foi um dos oradores deste evento, com a palestra «*On cutting edge. Stroke: where we stand*». Entre as ideias transmitidas, o especialista considerou que «a criação de unidades de AVC, com profissionais de saúde especializados no tratamento destes doentes representou um grande avanço, mas, para se caminhar com sucesso para o futuro, há que entender o passado».

● **Marisa Teixeira**

Save the date

A 2.ª edição da Lisbon Stroke Summit está agendada para 6 e 7 de abril de 2018, também em Lisboa



ALGUNS INTERVENIENTES: Diana Wong Ramos e Anabela Jerónimo Resende (diretoras da Portugal AVC), Isabel Nery (sobrevivente de AVC, escritora e jornalista), António Conceição (presidente da Portugal AVC), Dr.^a Ana Sofia Antunes (secretária de Estado da Inclusão de Pessoas com Deficiência) e Dr.^a Ana Alves (vice-presidente da Portugal AVC)

A principal missão da Portugal AVC, criada no ano passado, é apoiar os sobreviventes desta patologia, bem como os seus cuidadores, familiares e amigos, fomentando a partilha de

Dar voz aos sobreviventes

experiências e a criação de grupos de ajuda mútua, dando-lhes voz na sociedade. Nesse sentido, decorreu no dia 11 de março, no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, o 2.º Encontro Nacional Portugal AVC, que, de acordo com António Conceição, presidente desta associação, teve um «balanço muito positivo». «A nossa entidade, com protagonismo dos próprios sobreviventes de AVC, prova o “Yes, we can!” Mas, ao mesmo tempo, queremos ser ouvidos e fazer entender as especificidades desta patologia», salienta.

Segundo a Prof.^a Elsa Azevedo, vice-presidente da SPAVC e da Portugal AVC, estas reuniões têm como propósito «mostrar às pessoas que a vida continua mesmo que ocorra um AVC e apresentar uma perspetiva positiva de que muito se consegue melhorar». Segundo a responsável, «a SPAVC considerou, desde logo, esta iniciativa de extrema relevância», pelo que pretende continuar a apoiá-la cientificamente.

«Temos de agarrar esta segunda oportunidade e adaptar as nossas rotinas à condição física com que ficamos depois do AVC, que pode refletir-se em termos de mobilidade ou cognição», avança Diana Wong Ramos, diretora da Portugal AVC e sobrevivente desta patologia, que partilhou a sua história. «Os grupos de ajuda mútua são fundamentais, porque nos sentimos iguais aos demais, falamos sobre as nossas preocupações e frustrações e, consequentemente, vamo-nos sentindo menos sozinhos», acrescenta.

O Dr. Jorge Jacinto, diretor do Serviço de Reabilitação de Adultos do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, também orador neste encontro, recorda que «o AVC é uma doença diferente em cada pessoa». E acrescenta: «Temos de tratar cada caso como único, pois todos os doentes têm um passado, um presente e um futuro específicos. As expectativas também são distintas e há que avaliar cada situação para ajudarmos o melhor possível na reabilitação do indivíduo.» ●

AVC nas Jornadas Nacionais Patient Care

As XXI Jornadas Nacionais Patient Care, especialmente dedicadas aos profissionais de Medicina Geral e Familiar (MGF), que decorreram a 16 e 17 de fevereiro passado, arrancaram com a sessão «O AVC como centro da doença vascular cerebral». Além de moderar esta sessão, o Prof. Castro Lopes presidiu estas Jornadas, nas quais foi homenageado pelo seu percurso no combate ao AVC.

Marisa Teixeira

A primeira apresentação da sessão dedicada ao AVC esteve a cargo da Prof.^a Patrícia Canhão, neurologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, que abordou vários aspetos relacionados com a doença vascular cerebral. «Contrariamente ao AVC, que surge subitamente, a maior parte da doença vascular cerebral resulta de processos contínuos que vão afetando os vasos da circulação cerebral», explicou a também vice-presidente da SPAVC. E acrescentou: «O AVC é tido como a manifestação primordial da doença vascular cerebral, súbita e com consequências devastadoras, pelo que é importante reconhecê-lo, pois é possível tratá-lo. Mas importa também reconhecer toda a dimensão da doença vascular cerebral, pois só assim se pode alargar o espectro do seu diagnóstico e da sua prevenção.»



INTERVENIENTES NA SESSÃO «O AVC COMO CENTRO DA DOENÇA VASCULAR CEREBRAL»:
Prof.^a Patrícia Canhão, Prof. Castro Lopes, Prof.^a Elsa Azevedo e Dr. Fernando Pita

A prevenção primordial desta patologia foi comentada pelo Dr. Fernando Pita, coordenador da Unidade Funcional de Neurologia do Hospital de Cascais, que realçou «a importância de uma abordagem com a prevenção e a educação para a saúde como foco principal», que poderá fazer a diferença na diminuição da incidência e da prevalência da primeira causa de morte em Portugal. As alterações dos estilos de vida são, de acordo com o orador, essenciais, especialmente no que respeita à dieta, à prática de atividade física, ao tabagismo, à obesidade e ao consumo excessivo de sal.

Já a Prof.^a Elsa Azevedo, neurologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, destacou a identificação do doente com AVC agudo, visto considerar «essencial que não só todos os pro-

fissionais de saúde, mas também os doentes e familiares conheçam bem os sinais de alerta, designados como os 3 F (instalação súbita de perturbação da Fala e/ou desvio da Face e/ou falta de Força num braço)».

A também vice-presidente da SPAVC abordou os vários tratamentos disponíveis, referindo ser essencial que, depois de acionar o 112, o doente chegue a tempo de ser candidato a trombólise ou trombectomia mecânica. Além disso, frisou a importância do acompanhamento numa Unidade de AVC, por uma equipa especializada. «Devemos ter presente que podem advir diversas complicações e ter atenção a elas, por exemplo, com a realização do teste de disfagia antes de iniciar alimentação oral ou não deixando que os doentes sejam algaliados sem necessitarem.»

Homenagem ao Prof. Castro Lopes

A organização das Jornadas Nacionais Patient Care escolhe todos os anos «uma figura da Medicina para uma homenagem pública, pelo seu papel académico, pela sua intervenção na educação para a saúde, pela carreira clínica hospitalar, pela ligação forte à Ordem dos Médicos ou porque desenvolveu uma atividade relevante para o país», explica o Dr. Rui Cernadas, secretário-geral das Jornadas. De acordo com este especialista em MGF, «a relevância do Prof. Castro Lopes encaixa-se em todos estes tópicos, portanto, fazia todo o sentido enaltecê-lo a ele e, de certa forma, à própria SPAVC, pelo combate que tem travado contra o AVC».

Uma apreciação partilhada pelo Dr. José Canas da Silva, reumatologista e também secretário-geral das Jornadas Nacionais Patient Care, que, na sua intervenção na Sessão de Abertura e Homenagem Nacional ao Prof. Castro Lopes, o caracterizou como «um exemplo de nobreza de caráter, com vida e obra dedicadas ao bem da comunidade e ao serviço de uma causa». À *Stroke.pt*, Castro Lopes resumiu esta homenagem em duas palavras: «obrigado e esperança». Na sua opinião, «a falta de sensibilização da população é o grande obstáculo para a obtenção de melhores resultados e os médicos de MGF são os que têm o primeiro contacto com os doentes». «Nós, neurologistas, gostaríamos de não ter doentes de AVC para tratar e isso pode ser evitado pela MGF, atuando na prevenção primária», rematou.



Dr. Rui Cernadas (secretário-geral das Jornadas), Dr. Nuno Venade (vogal do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo), Prof. Castro Lopes (presidente da SPAVC), Dr. Manuel Delgado (secretário de Estado da Saúde) e Dr. José Canas da Silva (secretário-geral das Jornadas) – da esq. para a dta.



A missão de sensibilizar Portugal para o AVC

Sob a chancela da SPAVC, foram várias as iniciativas que levaram a mensagem de sensibilização a milhares de portugueses por altura do Dia Nacional do Doente com AVC (31 de março). Aulas de exercício físico, rastreios, distribuição de panfletos informativos em unidades de saúde e pelas ruas são apenas alguns exemplos das ações que se multiplicaram um pouco por todo o país. A missão estava bem definida: sensibilizar o maior número possível de pessoas para os fatores de risco desta que continua a ser a principal causa de morte e incapacidade em Portugal.

Marisa Teixeira e Rui Alexandre Coelho

LISBOA

O ALERTA SAIU À RUA



Fazendo jus ao aforismo «Se a montanha não vai a Maomé, vai Maomé à montanha», este ano, **alguns profissionais da Unidade Cerebrovascular (UCV) do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José (CHLC/HSJ) abandonaram o «conforto» das instalações hospitalares na manhã do dia 31 de março e abraçaram a missão de informar e sensibilizar a população para o AVC e seus fatores de risco pelas ruas de Lisboa.**

«Começámos a distribuição de panfletos informativos acompanhada das nossas mensagens de alerta nas salas de espera do HSJ e, depois, fizemos o mesmo pelas ruas, numa caminhada entre o hospital e o Terreiro do Paço», relata a Dr.^a Ana Paiva Nunes, coordenadora da UCV do CHLC/HSJ.

Todavia, a responsável comenta: «Ao contrário do que aconteceu no hospital, onde a receção foi fácil e o diálogo bidirecional; na rua, foi com bastante receio que as pessoas aceitaram conversar connosco, apesar de irmos em grupo e fardados a rigor com as *t-shirts* da SPAVC. Mas a experiência valeu por aqueles que tiveram disponibilidade para nos ouvir e por termos encontrado muitas crianças que se encontravam numa visita de estudo. Tínhamos panfletos pensados especificamente para elas, com desenhos para colorir e palavras cruzadas alusivas à doença vascular cerebral. Ao contrário da maioria dos adultos, as crianças

mostraram imensa curiosidade e colocaram-nos perguntas inteligentes e incisivas, pelo que o resultado foi muito relevante.» Também por isso, a UCV do CHLC/HSJ já decidiu que, em 2018, as suas atividades serão sobretudo dirigidas aos mais novos. «As crianças são esper-tíssimas, muito curiosas, aprendem depressa e ensinam os familiares. Além disso, são o nosso futuro, pelo que, para o ano, estaremos com elas!», adianta Ana Paiva Nunes.

No Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM), como o sol brilhava em todo o seu esplendor, o jardim foi o «palco principal» das ações que assinalaram o Dia Nacional do Doente com AVC. Mas a divulgação dos sinais de alerta desta patologia espalhou-se um pouco por todo hospital, especialmente pelas diversas salas de espera, com a colaboração de internos de Neurologia e alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. **Por hora do almoço, profissionais de saúde e utentes reuniram-se à volta da rulote da Travel & Flavours para assistir e degustar os resultados do workshop de culinária do chef Fábio Bernardino.** Com o salmão e o atum assumiram o papel de «reis da mesa», foram confeccionados pratos saudáveis, saborosos e práticos de elaborar.

Além da distribuição de panfletos e da apresentação do vídeo sobre AVC lançado nesta data pela SPAVC, ao longo do dia muitas mais ações foram levadas a cabo. «Entre as 10h00 e

as 17h00, os utentes tiveram a oportunidade de fazer uma avaliação personalizada da pressão arterial, do peso, do índice de massa corporal e da composição corporal por bioimpedância, bem como receber aconselhamento alimentar por parte de dietistas e apoio para cessação tabágica», refere a Prof.^a Patrícia Canhão, neurologista no CHLN/HSM e vice-presidente da SPAVC.

Uma vez que «o combate ao sedentarismo foi uma das questões em destaque», **mais ao final da tarde, decorreu também uma aula de exercício físico** composta por «vários movimentos aeróbicos simples e que a maioria das pessoas consegue executar», descreve Patrícia Canhão.



LOURES

PASSAR A PALAVRA PREVENÇÃO



Porque andar à frente dos problemas é sempre a melhor forma de os evitar, a Unidade de AVC do Hospital Beatriz Ângelo (HBA), em Loures, multiplicou esforços para alertar a população para os fatores de risco do AVC. Internista no HBA, a Dr.ª Paula Peixinho liderou uma equipa formada por médicos (Drs. Teresa Mesquita, Árcia Chipepo, Nuno Ferreira e Ana Miranda), enfermeiros, alunos de Enfermagem e Medicina e dietistas, que promoveram **rastreios dos fatores de risco, sensibilização para a importância de controlar esses fatores e partilha de informações sobre a Via Verde do AVC.**

«Alertámos para a necessidade de as pessoas irem de imediato para o hospital caso haja alteração da fala, da face ou da força, em vez de ficarem à espera do que se vai passar», resume Paula Peixinho. Além dessa informação sobre os três F, as quase duas centenas de utentes abordados no HBA levaram para casa a responsabilidade de passar a palavra. «Pedimos-lhes que partilhassem a informação com o seu núcleo familiar e de amigos», diz a internista.

COMBATE VOLUNTÁRIO AO AVC

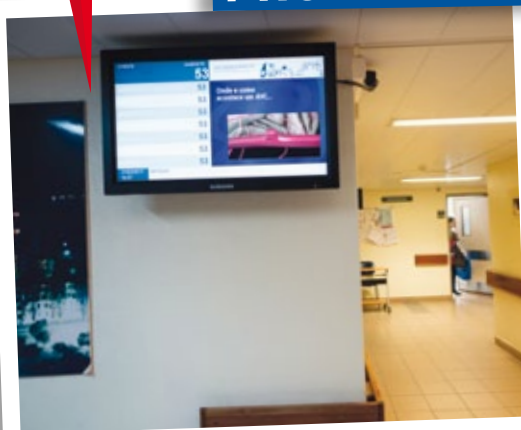
Na semana que culminou com o Dia Nacional do Doente com AVC, o Hospital de Vila Franca de Xira (HVFX) desenvolveu várias ações de sensibilização. No dia 27 de março, foram organizadas duas sessões formativas. Na parte da manhã, decorreu a sessão destinada aos profissionais de saúde do hospital, que fez o ponto da situação do projeto multidisciplinar do percurso clínico do doente com AVC, iniciado há dois anos e com resultados que entusiasma – «redução da mortalidade intra-hospitalar em mais de 50%», estima o Dr. Alexandre Amaral e Silva, neurologista no HVFX. Esta sessão divulgou a atividade das equipas de enfermagem e fisioterapia, abordou o papel da neuroimagem na fase aguda do AVC e discutiu três casos clínicos.

A sessão da tarde dirigiu-se aos profissionais do pré-hospitalar, contando com **a presença das corporações de bombeiros que servem a área de influência do HVFX, sendo que um dos seus elementos falou sobre a intervenção destes profissionais na orientação pré-hospitalar dos doentes.** Ao longo da semana, cartazes alusivos aos sinais de alarme do AVC e às principais medidas de prevenção e controlo dos fatores de risco foram exibidos em espaços comuns do hospital. A 31 de março, realizou-se uma **ação de rastreio aos visitantes dos doentes internados na enfermaria de AVC, conduzida pelos profissionais da Unidade de Neurologia e do Serviço de Medicina do HVFX.**

VILA FRANCA
DE XIRA

SETÚBAL

PROFISSIONAIS DE SAÚDE DERAM O EXEMPLO



O Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo (CHS/HSB) apostou num rastreio dos fatores de risco vascular com um intuito de diagnóstico, mas também pedagógico, uma vez que foi dirigido aos profissionais desta unidade hospitalar. Realizada na manhã do dia 31 de março, na sala de sessões do CHS/HSB, esta ação contou com a «participação de enfermeiros, auxiliares e neurologistas, desde os mais jovens até ao diretor do Serviço de Neurologia», Dr. Rui Matos, conta o próprio. Ao todo, cerca de 200 pessoas realizaram rastreios. «Quem esteve presente na iniciativa mostrou-se bastante satisfeito. Além do rastreio aos fatores de risco vascular, estas iniciativas também ajudam a unir as equipas», afiança o responsável. Outra atividade de sensibilização para aquela que continua a ser a principal causa de morte e incapacidade em Portugal – pelo menos três portugueses são vítimas de AVC por hora, um deles resultando em morte – foi a **projeção de um vídeo educativo em vários pontos estratégicos e de acesso aos utentes, como a sala de espera da Consulta de AVC.**



MACEDO DE
CAVALEIROS

UMA PRAÇA ESCLARECIDA E ATIVA



Os profissionais que abordam o AVC na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) envolveram-se, mais uma vez, numa campanha de sensibilização à população que teve lugar na Praça 1.º de Maio, junto à Câmara Municipal. Entre as 09h00 e as 16h00 do dia 31 de março, **cerca de 20 profissionais** (médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes operacionais) **realizaram rastreios a todos os que quiseram avaliar fatores de risco como pressão arterial, glicemia, colesterol, índice de massa corporal, etc.**, ao mesmo tempo que deram conselhos e efetuaram registos individuais a cerca de 260 pessoas. **A campanha culminou com uma sessão de exercício físico, na qual participaram muitas pessoas de idade mais avançada**, mas cuja *performance* impressionou o Dr. Jorge Poço, responsável pela área de AVC na ULSNE: «Que bem se mexiam!» Na ótica deste internista, «é importante continuar a insistir na prevenção, porque, uma vez realizadas todos os anos, estas campanhas trarão os seus benefícios».

MOVIMENTO PELA VIDA

A equipa da Unidade de AVC (UAVC) da Unidade Local de Saúde do Alto Minho/Hospital de Santa Luzia (ULSAM/HSL), em Viana do Castelo, desenvolveu atividades com o intuito de inserir o doente com AVC na comunidade, mas também de informar a população e divulgar formas de prevenir e detetar a ocorrência deste evento. **A primeira ação, com o lema «Movimentar para reabilitar», teve lugar na UAVC, no dia 31 de março, e consistiu numa aula de ginástica adaptada aos doentes internados**, com a colaboração de uma fisioterapeuta, a equipa de enfermagem, a equipa médica e familiares dos doentes. À tarde, sob o lema «Movimentar para prevenir», o objetivo principal foi alertar para importância dos estilos de vida saudáveis. Nesse sentido, realizou-se uma aula de dança no átrio do hospital, novamente com a participação de profissionais e doentes da UAVC. Além disso, foram distribuídos folhetos alusivos aos sinais de alarme do AVC e fruta, como incentivo a uma dieta saudável.

No dia 1 de abril, desta feita na Estação Viana Shopping, decorreu uma ação de rastreio de hipertensão arterial, diabetes e obesidade destinada à população e realizada por uma equipa de médicos, enfermeiros e nutricionistas. Informar sobre a doença, dinamizar ações preventivas e sensibilizar foram os objetivos prosseguidos e, segundo a coordenadora da UAVC, Dr.ª Carmélia Rodrigues, «inteiramente cumpridos, verificando-se uma grande adesão a esta iniciativa».

VIANA DO CASTELO



PONTE DE LIMA

OTIMIZAR A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



Sob o mote «Reconhecer, atuar e reabilitar», diversas palestras informativas pontuaram a ação da Unidade Local de Saúde do Alto Minho/Hospital do Conde Bertiandos (ULSAM/HCB), realizada no dia 30 de março, no auditório Rio Lima, contando com 130 inscrições – «um sucesso que superou as expectativas», como frisa a Dr.ª Helena Vilaça, interna no Serviço de Medicina Interna do ULSAM/HCB e membro da organização. Em termos formativos, **as palestras focaram o papel de cada um dos intervenientes na cadeia de sobrevivência do doente com AVC, ou seja, na articulação entre o extra e o intra-hospitalar.**

Além de versarem sobre a necessidade de otimizar os cuidados de saúde na Unidade de AVC da ULSAM/HCB, que foi criada há 20 anos, as palestras também se dirigiram a outros profissionais das múltiplas áreas que intervêm na abordagem do AVC – que representa um custo económico estimado de 5 800 euros/ano por vítima. É o caso dos recursos humanos dos centros de saúde. «Os profissionais dos cuidados de saúde primários devem reconhecer os sinais do AVC e obedecer a um conjunto de procedimentos, ativando a cadeia de sobrevivência, porque aqui o tempo é fundamental – tempo é cérebro», defende Helena Vilaça.

MENSAGENS PARA GUARDAR (N)A MEMÓRIA

PENAFIEL

O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS) promoveu uma campanha de sensibilização com várias iniciativas. No canal televisivo interno, foi transmitido um vídeo explicativo sobre os sintomas e como atuar perante um AVC. Além disso, **foram afixados cartazes concebidos pelo Serviço de Medicina Interna alusivos ao projeto «Guarda (n)a sua Memória»**, que tem por objetivo aumentar o número de doentes submetidos à terapêutica de reperfusão. Previamente ao Dia Nacional do Doente com AVC, foi também aplicado um inquérito em todos os centros de saúde abrangidos pelo CHTS, concluindo-se que, no geral, os utentes reconhecem os sinais e sintomas do AVC. Mas, quando questionados sobre o que fazer perante a suspeita deste evento, só 68,7% responderam ligar para o 112. Tendo em conta estes dados, avançou-se para a segunda fase do projeto, que consiste em sensibilizar a população para os sinais de alerta e as formas de atuar perante a suspeita de AVC, sendo que **a distribuição de t-shirts alusivas ao Dia Nacional do Doente com AVC na consulta de Medicina Interna foi outra das ações do dia 31 de março.**



AVEIRO

SABER AGIR ANTES E APÓS UM AVC



A Unidade de AVC do Centro Hospitalar do Baixo Vouga/Hospital Infante D. Pedro organizou uma **sessão informativa dirigida a todos os possíveis intervenientes nas fases pré e pós-hospitalar do AVC**, como bombeiros, médicos ou enfermeiros dos cuidados de saúde primários, cuidadores, familiares e amigos dos doentes. A primeira oradora foi a Dr.ª Dulcília Sá, coordenadora desta Unidade de AVC, que apresentou o tema «Via Verde do AVC: a importância da abordagem pré-hospitalar». Seguiu-se a intervenção das enfermeiras Conceição Neves e Catarina Garret sobre o papel do cuidador no pós-AVC. Por fim, alguns doentes e familiares deram o seu testemunho no âmbito do tema «Saber agir e saber viver após um AVC».

QUESTIONAR PARA ACONSELHAR

FIGUEIRA DA FOZ

O Dr. José Grilo Gonçalves, neurologista e diretor clínico do Hospital Distrital da Figueira da Foz, explica que «foi desenvolvida uma ação junto dos doentes e acompanhantes que se encontravam na área de Consultas Externas, no Serviço de Urgência e no Hospital de Dia, que consistiu, essencialmente, na aplicação de um breve questionário». O objetivo foi averiguar os fatores de risco das pessoas abordadas, através de perguntas simples. «Enquanto os utentes iam respondendo, aproveitávamos, obviamente, para dar alguns conselhos, mediante o que nos diziam, particularmente quanto à adoção de hábitos mais saudáveis e à prevenção dos fatores de risco do AVC», descreve Grilo Gonçalves. O responsável refere que **os utentes «aderiram muito bem» às perguntas e conselhos, até porque a equipa estava fardada a rigor e também distribuiu panfletos informativos sobre a Escala de Cincinatti, bem como magnetes referentes à mesma para colocar em frigoríficos, por exemplo.**



COIMBRA

CAMINHADA DE SENSIBILIZAÇÃO



À semelhança do ano passado, a aposta da Unidade de AVC do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) voltou a incidir sobre uma caminhada de consciencialização. Partindo do Hospital Universitário, o percurso dos profissionais incluiu inúmeros locais da cidade, como Penedo da Saudade, Jardim Botânico da Universidade de Coimbra, alta e a baixa da cidade, escadaria do quebra-costas, Mercado Municipal e Praça da República. «Divulgar os sinais de alerta do AVC e as medidas de prevenção vascular foi o nosso principal objetivo e ficámos muito satisfeitos, pois **contactámos e alertámos inúmeros cidadãos ao longo da nossa caminhada**», assegura o Dr. João Sargento Freitas, coordenador da Unidade de AVC do CHUC.



FARO

VÁRIOS RASTREIOS E UM PIQUENIQUE SAUDÁVEL



As iniciativas arrancaram logo pela manhã do dia 31 de março, no Parque de Lazer das Figuras, onde a população teve oportunidade de «medir a pressão arterial, a frequência cardíaca, a glicemia, a taxa de monóxido de carbono no ar inspirado, o índice de massa corporal, o perímetro abdominal, avaliar o risco de diabetes tipo 2 a dez anos e a sintomatologia ansiosa e/ou depressiva», destaca a Dr.ª Ana Paula Fidalgo, coordenadora da Unidade de AVC do Centro Hospitalar do Algarve/Hospital de Faro (CHA/ HF), sublinhando a importância do trabalho da equipa multidisciplinar desta Unidade na organização das iniciativas. Pela hora do almoço, deu-se lugar ao «piquenique do AVC», que contou com conselhos práticos de nutricionistas para melhorar a alimentação. Além disso, no auditório no CHA/HF, decorreu também uma sessão informativa especialmente dedicada às áreas pré-hospitalar e hospitalar, que abordou os sinais e sintomas do AVC.

CONSCIENCIALIZAÇÃO DOS MAIS JOVENS

ÉVORA

«Envolver a comunidade escolar, os profissionais de saúde e os doentes, com o intuito de transmitir e atualizar informação sobre o AVC, dando especial relevância à identificação dos sinais de alerta e ao modo de atuação, foi o nosso principal objetivo», revela a Dr.ª Luísa Rebocho, coordenadora da Unidade de AVC do Hospital Espírito Santo. Nesse sentido, realizaram-se ações de formação para alunos do 9.º ano subordinadas ao tema «Sinais de alerta do AVC», que decorreram de 20 a 23 de fevereiro no Agrupamento Severim Faria, na Escola Gabriel Pereira e na Escola Conde Vilalva. Nesse âmbito, também se formalizou o convite às escolas para aderirem a um concurso de desenho e pintura alusivo ao mesmo tema. Já no dia 31 de março, decorreu **uma caminhada seguindo a lógica do Jogo da Serpente Papa Léguas, que envolveu as escolas do Ensino Básico de Évora. Intitulada «À procura dos sinais de alerta do AVC», esta iniciativa contou com a participação de 200 alunos.** Ainda nesse dia, a Fundação Eugénio de Almeida expôs os trabalhos de desenho e pintura dos alunos do 9.º ano e decorreu um momento musical a cargo dos alunos da Escola de Música Eborae. O dia culminou com uma sessão de esclarecimento à população e a entrega de prémios aos alunos vencedores do concurso.



SANTARÉM

RASTREIOS NO CENTRO COMERCIAL E NO HOSPITAL



Segundo o Dr. Sebastião Geraldês Barba, internista na Santa Casa de Misericórdia de Santarém, 136 pessoas mediram a pressão arterial, a glicemia capilar e o índice de massa corporal no W Shopping, na manhã do dia 31 de março. «Foram também dadas recomendações individuais mediante os resultados obtidos e distribuíram-se panfletos informativos», conta o especialista. Algo semelhante ao que se passou no Hospital Distrital de Santarém, já na parte da tarde. «A Consulta de Doenças Cerebrovasculares do Hospital de Santarém associou-se, mais uma vez, às comemorações do Dia Nacional do Doente com AVC. Foram realizados rastreios do risco vascular à população, intervenções educativas, sensibilizando para a importância do controlo dos fatores de risco e informando sobre os sinais de alerta do AVC», afirma a Dr.ª Manuela Grego, internista e responsável pela Consulta de Doenças Cerebrovasculares.

FORMAÇÃO EM CENTROS DE SAÚDE

FUNCHAL

«O nosso principal objetivo foi sensibilizar os profissionais, nomeadamente médicos e enfermeiros dos centros de saúde mais periféricos, para a problemática do AVC», realça o Dr. Rafael Freitas, coordenador da Unidade de AVC do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Nesse sentido, realizou-se uma **sessão formativa dirigida a profissionais dos Centros de Saúde de Machico e da Ribeira Brava** com os seguintes objetivos: sensibilizar e informar sobre os sinais de alerta do AVC, as atitudes a adotar perante a suspeita deste evento, a importância da estabilização e da notificação pré-hospitalares, e a nova organização da Via Verde do AVC, que já inclui as mais recentes terapêuticas de recanalização, como é o caso da trombectomia mecânica.





PUBLICIDADE



PUBLICIDADE