

Documento
de Posicionamento

AVC:
**A Crise Silenciosa
e Oculta que Aflige
Nossa Sociedade**

AVC: A Crise Silenciosa e Oculta que Aflige Nossa Sociedade

Este documento foi elaborado por uma coalizão de especialistas em doenças cerebrovasculares, incluindo pesquisadores e economistas da saúde, sob coordenação da Associação Brasil AVC, e com o aval das seguintes associações de apoio ao AVC:





MACEIÓ/AL



LAGOA SANTA/MG



CUIABÁ/MT



SÃO PAULO/SP



MONTES CLAROS/MG



BRUSQUE/SC

O AVC É PROBLEMA SEU...



Sr(a). empresário(a), pois o AVC é causa de longo período de afastamento do trabalho.



Sr(a). comerciante, pois o AVC é causa de empobrecimento das famílias e redução do consumo.



Sr(a). governante, pois o AVC é causa de aumento do custo da saúde pública.

O AVC é problema NOSSO, enquanto sociedade! Considerando que **1 em cada 4 pessoas no mundo** deve ter um AVC e trata-se da doença mais incapacitante em nosso País, devemos implementar soluções para evitar ou atenuar suas consequências sobre famílias e comunidade.

Resumo:

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma condição crônica com significativas implicações sociais e econômicas, necessitando de um modelo de cuidado holístico que vai além do tratamento de fase aguda. Essa abordagem deve incluir estratégias de prevenção, tratamento emergencial e reabilitação, além da reinserção social e profissional, tudo isso suportado por um sistema rigoroso de monitoramento de qualidade e desfechos. É imperativo que órgãos governamentais, operadoras de saúde e gestores do setor colaborem na implementação de políticas integradas e centradas no paciente para garantir um atendimento eficaz e verdadeiramente humanizado.

Introdução:

Apesar de terem ocorrido avanços significativos no tratamento do Acidente Vascular Cerebral (AVC) ao longo das últimas três décadas, essa condição persiste como a segunda principal causa de morte e incapacidade em todo o mundo. Aproximadamente um quarto da população será afetado por um AVC durante a vida, e metade dos sobreviventes enfrentará algum tipo de incapacidade crônica¹.

No contexto brasileiro, a situação é ainda mais complexa. A prestação de cuidados para AVC é prejudicada por múltiplos fatores, incluindo deficiências na educação em saúde², limitações de acesso, qualidade variável no atendimento, fragmentação do tratamento ao longo da jornada do paciente, falta de dados robustos e insustentabilidade na alocação de recursos.

Em meio aos avanços significativos na estruturação de serviços de emergência para o tratamento da fase aguda do AVC, ainda enfrentamos lacunas preocupantes que transcendem o ambiente hospitalar e permeiam a esfera da prevenção, acompanhamento pós-alta e qualidade de vida do paciente. O fato alarmante de o AVC ter reassumido o posto de principal causa de morte no Brasil em 2022, segundo o Registro Civil Nacional, não é um mero indicador estatístico; ele é um grito de alerta que ressoa como uma crise de saúde pública e um reflexo contundente da nossa realidade social.

O ciclo de cuidado ao AVC deve ser integrado e contínuo, aplicando de forma pertinente as melhores práticas baseadas em evidências e que sejam também custo-efetivas. Essa estratégia abrangente engloba desde a prevenção primária — com intervenções voltadas para fatores de risco modificáveis — até o emprego de unidades de AVC multiprofissionais e abordagens terapêuticas de fase aguda. Além disso, ela se estende para a prevenção secundária e assegura o acesso do paciente a programas de reabilitação eficazes, orientados para restaurar a funcionalidade e melhorar a qualidade de vida.

Este enfoque abrangente é crucial para atender às necessidades complexas de cada pessoa afetada pela doença, fornecendo um cuidado que seja ao mesmo tempo humanizado e rigorosamente embasado nas melhores práticas de saúde.



O ciclo completo de cuidado ao AVC

Esta transformação não é apenas desejável; ela é absolutamente necessária para maximizar o valor em saúde entregue à população e para enfrentar de forma eficaz um dos maiores desafios de saúde do nosso tempo.

Estudos recentes do Joinvasc apontam que um AVC está associado a uma redução de quase 9 anos na expectativa de vida e um custo total de R\$ 134 mil reais. O que torna a situação ainda mais grave é que cerca de 70% desses custos são indiretos, ou seja, recaem sobre os pacientes e seus familiares.

O AVC não é apenas uma estatística médica ou um custo hospitalar; é uma tragédia humana que reverbera através de indivíduos, famílias e comunidades. Este documento de posicionamento propõe lançar luz sobre os custos tangíveis e intangíveis desta crise em crescimento, com especial atenção aos impactos sobre a qualidade e a expectativa de vida, transcendendo a visão limitada que foca apenas na "fase aguda" da doença.

A Crescente Crise do AVC³ no mundo:

- **Incidência:** Aumento de **70%**
- **Prevalência:** Aumento de **85%**
- **Mortalidade:** Aumento de **43%**

Esses números ressaltam a necessidade crítica de abordar a crise do AVC que se agrava a cada ano que passa.

AVC Agudo: Uma Emergência que Exige Uma Visão Ampliada

No manejo do AVC, uma das máximas é "tempo é cérebro". Em um caso de AVC isquêmico com oclusão de uma grande artéria, a cada minuto que passa sem tratamento, em média cerca de 2 milhões de neurônios são perdidos⁴. Este dado enfatiza a urgência do diagnóstico e da intervenção. É crucial que a população em geral e os profissionais de saúde reconheçam imediatamente os sintomas sugestivos de AVC: boca torta indicando paralisia facial, fraqueza em um dos lados do corpo denotando hemiparesia ou hemiplegia, e dificuldade para falar, seja por disartria ou afasia. A presença de qualquer um destes sintomas demanda uma avaliação emergencial em um centro especializado para o diagnóstico e tratamento do AVC.

Sinais e sintomas indicativos de um AVC agudo.

Sorria

Peça para dar um sorriso



Boca torta

Abrace

Peça para elevar os braços



Perda de força

Música

Repita a frase como uma música



Dificuldades na fala

Urgente



Ligue SAMU 192

O Manejo Agudo do AVC é Essencial, Mas Uma Estratégia Eficaz Vai Além e Necessita de Políticas de Saúde que Abrangem Todo o Ciclo de Cuidado:

No Brasil, os avanços recentes na organização dos serviços de referência para manejo de fase aguda, infelizmente, não levaram em consideração os desafios enfrentados pela população na prevenção do AVC, na transição do cuidado após a alta hospitalar, no acesso à reabilitação e nas estratégias de prevenção secundária^{5,6}. Essas lacunas, que na maioria das vezes têm estado além do escopo e da responsabilidade dos centros de AVC, operadoras e profissionais de saúde, reduzem as possibilidades de prevenção e recuperação plena.

A incapacidade resultante de um AVC frequentemente acompanha o indivíduo pelo resto de sua vida. Entretanto, a avaliação corrente do sucesso no tratamento do AVC costuma se concentrar nos resultados clínicos intra-hospitalares ou nos primeiros 90 dias pós-evento. Esta abordagem é insuficiente. Para uma verdadeira compreensão do impacto do AVC, é essencial olharmos além da fase aguda e considerarmos os desfechos de longo prazo que realmente importam para aqueles afetados pela doença. Isso significa avaliar a jornada de todos os indivíduos atingidos por um AVC, independentemente de onde ou se foram tratados. Somente uma perspectiva tão inclusiva nos dará uma visão clara da eficiência do nosso sistema de saúde no enfrentamento às doenças cerebrovasculares.

No AVC, Geografia é Destino

Um estudo inovador conduzido pela Academia VBHC ilustra a profunda disparidade no acesso ao tratamento de fase aguda do AVC no Brasil (Atlas de Variação em Saúde: Brasil⁷). Embora a política de saúde pública do país desde 2012 tenha incentivado o uso de terapias de fase aguda, inclusive com remuneração diferenciada para internações e administração de tratamento trombolítico, a realidade é perturbadora. O estudo revela que um alarmante contingente de cerca de 154 milhões de pessoas (ou 87,6% das Regiões de Saúde) residem em áreas onde a trombólise intravenosa é aplicada em menos de 1% dos casos de AVC.

A iniquidade no acesso aos cuidados para o AVC no Brasil é destacado por dados recentes do programa Joinvasc, que revelam disparidades impressionantes nas taxas de mortalidade em diferentes regiões. Em Joinville, Santa Catarina, a taxa de mortalidade pós-AVC em um período de 90 dias é de 18%, enquanto em Sobral, Ceará, esse número salta para 49%⁸.

Letalidade do AVC em 90 dias



49%

SOBRAL-CE



18%

JOINVILLE-SC



Comparação da letalidade do AVC em 90 dias,
nas cidades de Joinville(SC) e Sobral (CE)⁸.

A negligência na atualização das políticas de cuidado ao AVC do SUS, estabelecidas em 2012, se reflete em uma cruel realidade para a população. Cerca de 30% dos pacientes, aqueles com isquemias cerebrais causadas por oclusões das grandes artérias, permanecem sem alternativas de tratamento. Em 2023, ainda carecemos de uma política que assegure o acesso à trombectomia mecânica, um dos avanços mais significativos da medicina, com eficácia comprovada na melhoria de desfechos e na redução da mortalidade. Os casos mais severos de AVC, sem a intervenção da trombectomia mecânica, apresentam taxas de mortalidade e de incapacidade neurológica gravemente ampliadas, impondo à sociedade e ao sistema de saúde um ônus econômico e social de magnitude alarmante. Atualmente, somente cerca de 1,4% das vítimas de AVC que necessitam de trombectomia mecânica têm acesso ao procedimento no Brasil⁹, sendo a maior parte desses procedimentos realizados no setor privado. Essa lacuna amplifica a catástrofe populacional do AVC, tornando-se um retrato da desigualdade e da urgência em repensar nossas políticas de saúde pública.

O Custo do AVC:

A compreensão do verdadeiro custo do AVC requer uma abordagem multidimensional que considere o impacto financeiro, social e emocional da doença sobre indivíduos e suas famílias. Isso enfatiza a necessidade de políticas abrangentes que visem não apenas o tratamento, mas também a prevenção e a reabilitação, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população.

Os estudos econômicos sobre o impacto financeiro do AVC revelam que, em países ocidentais, os custos associados à doença podem consumir de 3 a 4% do orçamento total destinado à saúde¹⁰, e com o envelhecimento populacional, esse valor deve aumentar¹¹. Nos EUA, o custo anual pode saltar de US \$105,2 bilhões em 2012 para US \$240,7 bilhões até 2030¹². A Europa, em 2017, gastou aproximadamente € 60 bilhões com o AVC¹³.

O custo financeiro e o impacto social das doenças cerebrovasculares no Brasil estão em alarmante ascensão. Anualmente, o SUS registra 113 internações por AVC a cada 100.000 habitantes. Vale destacar que essa estatística não considera dados de hospitais privados ou casos e óbitos não registrados. Essa realidade se traduz em um ônus devastador: só em 2022, os custos diretos e indiretos do AVC no Brasil foram estimados em impressionantes 30,8 bilhões de Reais.

Custo do AVC no Brasil

No entanto, a verdadeira tragédia do AVC se manifesta no nível individual. Um estudo pioneiro do programa Joinvasc revelou que o custo médio do AVC por paciente atinge R\$ 134.050,00. Este montante não é apenas uma cifra: ele oculta histórias pessoais repletas de lutas, sofrimento e uma resiliência humana admirável. Para uma compreensão plena do impacto pessoal e econômico do AVC, é vital analisar esses custos em seus componentes individuais.

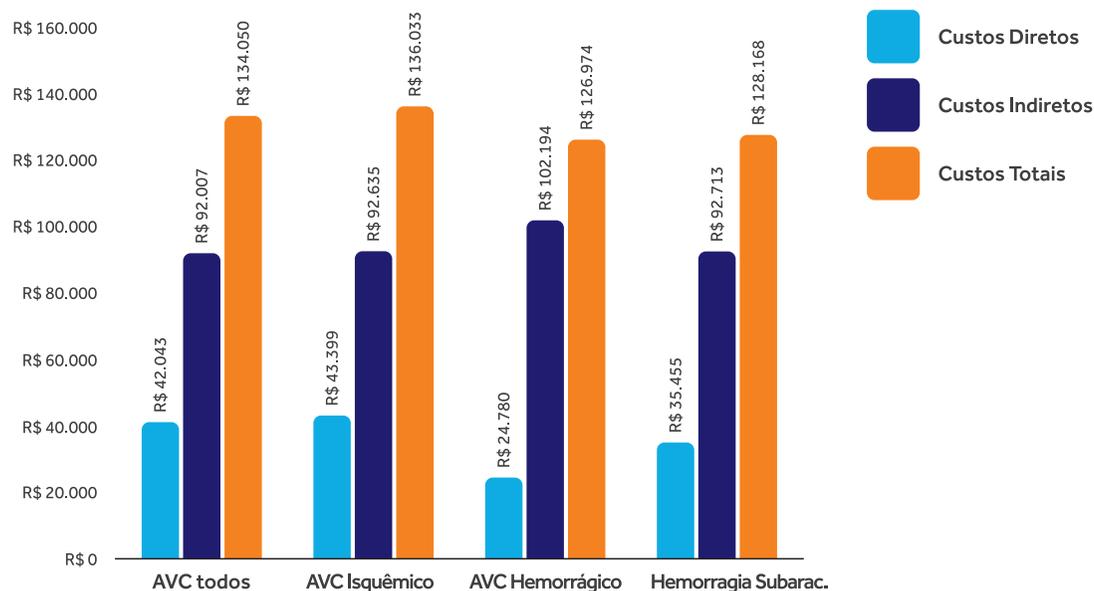


Escalada dos custos totais do AVC no Brasil, fonte Academia VBHC.

O Verdadeiro Custo
Pessoal e Econômico do
AVC: R\$ 134.050,00

Desagregação dos Custos:

- **Custos Diretos (suprido pelo sistema de saúde): 31,4%**
 - Primeira Internação Hospitalar: 10,6%
- **Custos Indiretos (custeado pela pessoa): 68,6%**
 - Perda de Produtividade: 56,2%



Comparação dos custos diretos (suprido pelo sistema de saúde), custos indiretos (custeados pela pessoa) e custo total dos diferentes subtipos de AVC.

Cerca de 70% do custo total relacionado ao AVC recai sobre o paciente, sua família e sua comunidade

Esses são os custos indiretos. Desse percentual, 56,2% estão ligados à perda de produtividade ao longo da vida do paciente. Esse encargo não apenas afeta a capacidade do indivíduo de contribuir economicamente para a sociedade, mas também tem impactos significativos sobre o contexto social e estruturação familiar.

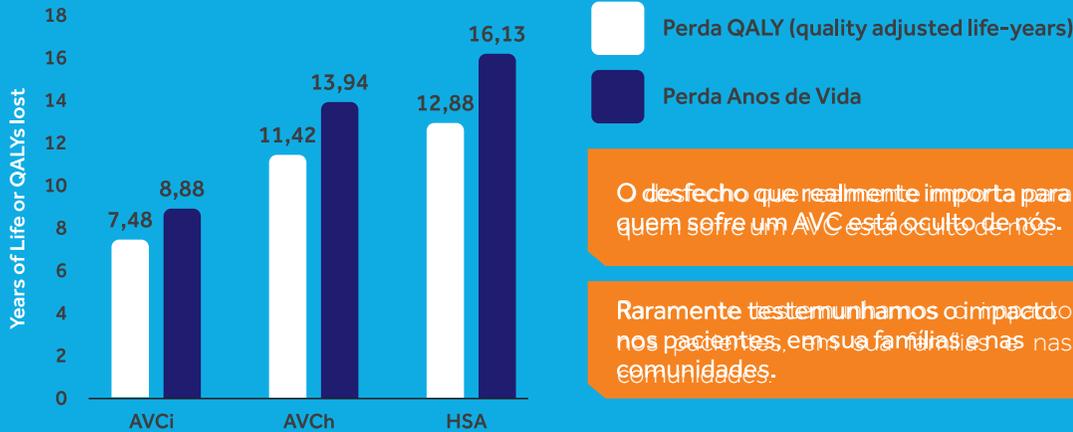
A Queda da Qualidade e Expectativa de Vida:

O AVC impacta não apenas a economia, mas também provoca uma redução considerável na Qualidade Ajustada à Expectativa de Vida, ou QALY. Em termos concretos, cada ocorrência de AVC isquêmico, que é o tipo mais comum, acarreta uma perda média de 7,48 QALY e uma diminuição de 8,88 anos na expectativa de vida do indivíduo.¹⁴



JOINVASC
Registro de AVC de Joinville

Quanto REALMENTE Custa um AVC?



O desfecho que realmente importa para quem sofre um AVC está oculto de nós.

Raramente testemunhamos o impacto nos pacientes, em suas famílias e nas comunidades.

Perda de QALY e anos de vida após um AVC isquêmico (AVCI), AVC hemorrágico (AVCh) e Hemorragia Subaracnóide (HSA).

*QALY (Qualidade Ajustada à Expectativa de Vida): Um indicador utilizado para medir o impacto de uma doença na qualidade e expectativa de vida de um indivíduo.

O Custo Oculto do AVC:

Além dos impactos econômicos tangíveis, existe um "custo oculto" do AVC, que permeia aspectos mais profundos da existência humana, revelando uma face de sofrimento e angústia que não pode ser quantificada monetariamente.

A dor do sofrimento humano, o isolamento, a perda da independência, a desestruturação familiar. São vidas interrompidas e sonhos desfeitos. Esses custos intangíveis raramente são quantificados em estudos econômicos, mas são eles que mais afetam o paciente e seus entes queridos.

O maior impacto do AVC muitas vezes é intangível:



Ansiedade e Dor



Isolamento Social



Depressão



Piora da Qualidade de Vida



Preconceito e Estigmas Sociais



Desestruturação dos Laços Familiares

Recomendação Principal:

Para aprimorar de forma significativa o acesso à prevenção, tratamento e cuidado contínuo do AVC, fazemos um chamado direto aos órgãos governamentais, operadoras de saúde e gestores do setor para que desenvolvam e implementem políticas integradas e holísticas voltadas ao cuidado abrangente do AVC. Essas políticas devem ir além da mera oferta de tratamentos de fase aguda, abrangendo todo o espectro de cuidados — desde a prevenção eficaz até a reabilitação e a reinserção no âmbito social e profissional. Para garantir um atendimento de alta qualidade, é crucial instituir um sistema robusto de monitoramento da qualidade da assistência. Esse sistema deve rastrear e avaliar meticulosamente os desfechos que têm relevância direta para os indivíduos acometidos, fomentando assim a melhoria incremental de um cuidado humanizado, centrado nas necessidades do paciente e sustentável.

Para atingir uma abordagem verdadeiramente transformadora, propomos as seguintes ações:

- **Garantir Acesso Equitativo:** Estruturar políticas e alocação de recursos que assegurem o acesso universal e equitativo a todas as fases do cuidado ao AVC, independentemente de localização geográfica, status socioeconômico ou quaisquer outras barreiras.
- **Abordagem de Cuidado Contínuo:** Implementar estratégias que perpassam todas as etapas do AVC — desde a prevenção eficaz, tratamento na fase aguda, até a reabilitação e a reintegração social e profissional.
- **Fortalecer Estratégias de Prevenção:** Lançar campanhas educacionais e programas de sensibilização para o controle rigoroso dos fatores de risco e promoção de estilos de vida saudáveis, com um enfoque em comunidades subatendidas ou em risco.
- **Otimização do Tratamento na Fase Aguda:** É fundamental instituir protocolos baseados em evidência para garantir que os pacientes recebam tratamento imediato em centros hospitalares especializados e capacitados para o manejo do AVC. Essas instituições devem oferecer equipes multiprofissionais dedicadas, unidades de AVC e acesso rápido a terapias de reperfusão para AVC isquêmico, como trombólise intravenosa e trombectomia mecânica. Além disso, devem ser aptas a fornecer o manejo cirúrgico e endovascular de AVC hemorrágico. A adoção dessas práticas, não apenas melhora a qualidade de vida dos pacientes, mas também demonstra uma redução significativa dos custos associados ao AVC.
- **Investimento em Reabilitação Integral:** Criar programas de reabilitação dedicados a atender às necessidades do paciente durante a transição do ambiente hospitalar para o tratamento ambulatorial crônico é crucial. Estes programas devem utilizar uma abordagem multidisciplinar e humanizada, visando à recuperação funcional e melhoria da qualidade de vida.
- **Instituir Monitoramento dos Resultados Relevantes para os Pacientes:** Desenvolver um sistema robusto de monitoramento que avalie meticulosamente tanto os desfechos clínicos quanto a experiência e a satisfação do paciente, a fim de aprimorar continuamente o padrão de cuidado.

Conclusão:

Neste documento de posicionamento, nosso objetivo é mais do que simplesmente instigar uma reflexão profunda; é fomentar uma ação coletiva para enfrentar a crise emergente do AVC no Brasil. É crucial entender que o AVC não é apenas uma questão de estatísticas e diagnósticos; ele tem um impacto devastador sobre vidas humanas, desestruturando famílias e comprometendo seriamente a qualidade e a expectativa de vida de milhões de pessoas. Além disso, a maior parte desse ônus financeiro recai justamente sobre os afetados pela doença. Este é um chamado direto para reconhecer a necessidade urgente de medidas preventivas e terapêuticas mais eficazes, que possam aliviar tanto o sofrimento humano quanto o fardo econômico associado ao AVC.

Para superar essa crise, precisamos de uma abordagem holística e integrada. Isso vai desde o tratamento agudo até ações preventivas comprovadas, passando por planos individualizados de reabilitação e mecanismos de apoio para a reintegração à vida profissional e comunitária. Este é um imperativo não apenas médico e social, mas também moral e econômico.

Deste modo, fazemos um apelo a todos os setores—governos, indústria da saúde, profissionais de saúde, comunidades e cada cidadão—para unir forças em uma ação conjunta e imediata contra o AVC. Juntos, temos o poder de não apenas amenizar o impacto avassalador desta condição, mas também de edificar um futuro mais saudável e resiliente para nosso país.

A necessidade é premente; o momento de agir decisivamente é agora.

Referências:

1. Collaborators TG 2016 LR of S. Global, Regional, and Country-Specific Lifetime Risks of Stroke, 1990 and 2016. *New Engl J Med* 2018;379(25):2429–37. 10.1056/nejmoa1804492
2. Cabral NL, Longo A, Moro C, et al. Education Level Explains Differences in Stroke Incidence among City Districts in Joinville, Brazil: A Three-Year Population-Based Study. *Neuroepidemiology* 2011;36(4):258–64. 10.1159/000328865
3. Owolabi MO, Thrift AG, Mahal A, et al. Primary stroke prevention worldwide: translating evidence into action. *Lancet Public Heal* 2021;7(1):e74–85. 10.1016/s2468-2667(21)00230-9
4. Saver JL. Time Is Brain—Quantified. *2005;37(1):263–6*. 10.1161/01.str.0000196957.55928.ab
5. Brasil M da S do. PORTARIA No. 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012. 2012; https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html.
6. Brasil M da saúde do. PORTARIA No 664, DE 12 DE ABRIL DE 2012. 2012; https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2014-05/linha-cuidado-iam-rede-atencao-urgencia2012-portaria-664.pdf.
7. VBHC A. Atlas de Variação em Saúde Brasil - Academia VBHC. 2022. <https://www.academiavbhc.org/atlas>.
8. Santos E dos, Wollmann GM, Nagel V, et al. Incidence, lethality, and post-stroke functional status in different Brazilian macro-regions: The SAMBA study (analysis of stroke in multiple Brazilian areas). *Front Neurol* 2022;13:966785. 10.3389/fneur.2022.966785
9. Asif KS, Otite FO, Desai SM, et al. Mechanical Thrombectomy Global Access For Stroke (MT-GLASS): A Mission Thrombectomy (MT-2020 Plus) Study. *Circulation* 2023;147(16):1208–20. 10.1161/circulationaha.122.063366
10. Katan M, Luft A. Global Burden of Stroke. *Semin Neurol* 2018;38(02):208–11. 10.1055/s-0038-1649503
11. Kolominsky-Rabas PL, Heuschmann PU, Marschall D, et al. Lifetime Cost of Ischemic Stroke in Germany: Results and National Projections From a Population-Based Stroke Registry. *Stroke* 2006;37(5):1179–83. 10.1161/01.str.0000217450.21310.90
12. Ovbiagele B, Goldstein LB, Higashida RT, et al. Forecasting the Future of Stroke in the United States: A Policy Statement From the American Heart Association and American Stroke Association. *Stroke* 2013;44(8):2361–75. 10.1161/str.0b013e31829734f2
13. Luengo-Fernandez R, Violante M, Candio P, Leal J. Economic burden of stroke across Europe: A population-based cost analysis. *European Stroke J* 2019;5(1):17–25. 10.1177/2396987319883160
14. Diegoli H, Magalhães PSC, Makdisse MRP, et al. Real-World Populational-Based Quality of Life and Functional Status After Stroke. *Value Heal Reg Issues* 2023;36:76–82. 10.1016/j.vhri.2023.02.005

Todo o material e ilustrações produzidos nesta publicação estão **protegidos por copyright**. A versão digital está disponível em :



www.abavc.org.br

A utilização do conteúdo do documento de posicionamento AVC, parcial ou integralmente, é livre.

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS:

PEDRO MAGALHÃES CRM/SC 12558

HENRIQUE DIEGOLI CRM/SC 19824

REALIZAÇÃO:



Saiba mais
sobre ABAVC!



www.abavc.org.br



@abasilavc



@abavcoficial



ACADEMIA VBHC®

Saiba mais
sobre ACADEMIA VBHC!



www.academiavbhc.org



@company/academiavbhc



@academiavbhc/