

Profiles and Pitfalls in the Stroke Care Chain:

Population and Doctors Counterparts

Resumo

Introdução: A elevada incidência de AVC, o possível longo défice resultante, juntamente com a elevada mortalidade podem ser minimizados tanto com a prevenção de factores de risco vascular como com o tratamento eficaz disponível hoje em dia. Ambos dependem em grande parte do alerta da população relativamente aos factores de risco de AVC, aos seus sinais e sintomas e à urgência da acção numa situação de AVC. No entanto, estudos recentes referem que o conhecimento da população em geral é restrito, mesmo naqueles que estão em risco mais elevado e também que os doentes com AVC procuram frequente o clínico geral, em vez de ligar o número de emergência médica ou irem directamente para o hospital. Deste modo, o diagnóstico e as práticas de referenciação do clínico geral adquirem uma importância decisiva na cadeia de cuidado do AVC agudo. Neste sentido, foi desenvolvido um projecto na comunidade com o objectivo de analisar o cuidado ao AVC e detectar falhas da população e dos clínicos gerais nessa cadeia de apoio.

Método: Durante um período de 4 meses do primeiro semestre de 2007, foram realizados 3 estudos com populações rurais (Arcos de Valdevez e Ponte da Barca) e urbanas (Ponte de Lima) do distrito de Viana do Castelo: um inquérito à população sobre conhecimento de AVC, um estudo sobre a precisão dos diagnósticos dos clínicos gerais a um conjunto de casos clínicos apresentados e um estudo de incidência de AVC e Acidente Isquémico Transitório (AIT). Cerca de 1% das pessoas registadas nos centros de saúde responderam ao questionário desenhado para conhecer o alerta da população para os factores de risco do AVC, o local da lesão, e os sinais e sintomas característicos, assim como a respectiva intenção de acção. Todos os clínicos gerais (n=68) receberam também um questionário que incluía 16 casos clínicos “reais”, tendo-lhes sido pedido que indicassem o diagnóstico mais provável entre quatro opções – AVC, AIT, outros sinais/sintomas neurológicos focais transitórios ou outras doenças neurológicas – assim como as razões principais para escolher aquela opção específica. Durante o mesmo período, foi pedido a todos os clínicos gerais para notificar doentes com AVC ou AIT, através do preenchimento de um questionário, que incluía informação sobre características sócio-demográficas do doente, local e data da notificação, e detalhes do evento. Para realizar um levantamento completo de todos os casos, foram analisados registos de rotina hospitalar referentes aos serviço de urgência e ao internamento, assim como, certificados de óbito. Ligando a intenção de acção da população perante sinais e sintomas específicos, a precisão do diagnóstico dos clínicos gerais a esses mesmos sinais e

sintomas e as suas práticas de referenciação, foi possível desenhar o trajecto do doente com AVC/AIT ao longo do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente a “porta de entrada” e o papel dos clínicos gerais neste caminho.

Resultados: Um total de 663 pessoas respondeu ao questionário, 316 da área rural e 347 da área urbana. O conhecimento dos factores de risco foi semelhante em ambos os locais, assim como o número de sintomas de AVC reconhecidos, apesar da população rural ser mais velha e menos escolarizada do que a urbana. O contraste rural/urbano surge perante a intenção de acção em caso de AVC: 51,6% e 75,0% respectivamente, ligaria o número de emergência médica ou iria ao hospital. A intenção de acção é explicada pela idade/educação, área residencial e o reconhecimento de sinais e sintomas específicos como sendo de AVC; os mais novos têm uma probabilidade de agir correctamente duas vezes superior aos mais velhos e os residentes em zonas urbanas têm uma probabilidade de agir correctamente três vezes superior aos residentes em zonas rurais. Metade dos clínicos gerais participou no estudo dos casos clínicos, apesar de apenas 31 (45,6%) terem completado os 16 casos apresentados. Considerando como *golden standard* os diagnósticos realizados pelo grupo de 10 neurologistas (unanimidade/maioria), a sensibilidade dos diagnósticos dos clínicos gerais foi 79,6% (IC 95%: 74,4-84,8) e a especificidade foi 82,5% (IC 95%: 76,0-89,9), atingindo os valores mais elevados em casos típicos de AVC (que descrevem doentes idosos com factores de risco vascular e que apresentam hemiparésia/fraqueza no hemicorpo e anosagnosia) e os valores mais baixos, em casos que descrevem doentes menos idosos (<60 anos) que apresentam apenas alterações visuais ou do discurso, principalmente nos casos de AIT.

A incidência de AVC foi 3,50 por 1000 pessoas-ano e 50% dos certificados de óbito referem incorrectamente “AVC” como causa de morte. Quando sofrem um AVC ou um AIT, os doentes que residem nas zonas rurais procuram mais frequentemente a primeira ajuda no clínico geral (41,7 vs. 7,3%). Na globalidade, a taxa de referenciação dos clínicos gerais foi de 81,8%, aumentando para 92,6% nos casos dos doentes cuja suspeita de AVC/AIT foi confirmada. Com base na intenção de acção da população e na precisão e gestão dos clínicos gerais relativamente a sinais e sintomas de AVC específicos, foi possível estimar as falhas na cadeia de cuidado do AVC agudo. No caso dos sinais e sintomas de AVC mais conhecidos (hemiparésia/fraqueza no hemicorpo), as falhas do sistema resultam mais do não reconhecimento da população do que da acção dos clínicos gerais (28,8% vs. 2,6%). Para os sinais e sintomas de AVC menos conhecidos, como problemas na fala, as práticas dos clínicos gerais apresentam um peso mais significativo, pois 21,5-24,3% dos casos seriam inadequadamente tratados e 25,6% não seriam reconhecidos pela população. Relativamente a outros sinais e sintomas de AVC, as proporções são 21,5 e 35,0%, respectivamente.

Conclusão: Atendendo a que não existe uma associação consistente entre factores de risco e/ou conhecimento de sinais e sintomas e a intenção da acção perante o AVC, a acção correcta poderá ser atribuída à interpretação de “seriedade/gravidade” de sintomas específicos

independentemente da sua relação com o AVC ou a outros factores externos, como a acessibilidade dos serviços de saúde.

De modo a encurtar a cadeia de cuidado do AVC agudo, é crucial mostrar à população que, actualmente estão disponíveis opções de tratamento, do qual podem beneficiar se chegarem atempadamente aos serviços hospitalares. Para além disso, deve ser organizada formação mais dirigida ao treino dos clínicos gerais para a identificação e referenciação de situações urgentes de AVC/AIT, pois eles constituem uma ligação importante na cadeia de apoio ao AVC agudo.