

'A telemedicina é fundamental para tratar AVC no Brasil', diz ex-presidente da World Stroke Organization

Sheila Martins, à frente da Rede Brasil AVC, fala sobre rejuvenescimento de casos de Acidentes Vasculares Cerebrais e da falta de especialistas no país

Por Mariana Rosário — Nova Orleans (EUA)

A médica e pesquisadora Sheila Martins, à frente do serviço de neurologia do Hospital Moinhos de Vento, no Rio Grande do Sul, pensa na redução do impacto do AVC no Brasil e na América Latina a todo tempo. Nas mais de duas décadas que trabalha com o tema, fundou a Rede Brasil AVC, presidiu a World Stroke Organization e esteve envolvida em pesquisas que vão do tratamento à prevenção desse problema de saúde que ultrapassa o volume de 80 mil mortes no país em todos os anos.

Em entrevista ao GLOBO, realizada no longo da International Stroke Conference (ISC) ligada à Associação Americana do Coração, em Nova Orleans, nos EUA, a pesquisadora falou sobre os trunfos e desafios do país diante desse problema de saúde e como a telemedicina pode ajudar a romper barreiras no atendimento de quem está longe de um hospital especializado.

A cada seis minutos morre uma pessoa por AVC no Brasil. O que esse dado nos mostra?

Por mais de 30 anos, o AVC foi a principal causa de morte no Brasil. Com o surgimento de centros (com especialização) de AVC, esse número diminuiu. A partir de 2011, com a estruturação do cuidado agudo, ele passou a ser a segunda causa de morte, com o infarto em primeiro lugar. Na pandemia, porém, os serviços se desorganizaram. O que era unidade de AVC passou a ser unidade Covid e o atendimento deixou de ser feito como era antes. Dessa forma, o AVC voltou a ser a primeira causa de morte. Com o fim da pandemia, o trabalho foi novamente retomado e a mortalidade está caindo. Mas os dados de acidente vascular são bem impressionantes. No mundo, há 20 anos, 1 a cada 6 pessoas teria um AVC ao longo da vida. Esse dado passou para 1 a cada 4 agora. Nesse cenário, 87% dos

que morrem e têm sequelas vivem em países de baixo e médio desenvolvimento, o que é o caso do Brasil. Temos um sistema de saúde que dá o cuidado de saúde de graça para a população, mas o tratamento não chega igual para todas as áreas do país.

E a maior parte do serviço está concentrada ao sul do país, certo?

O estudo que fizemos mostra que 77% da rede habilitada para atendimento de AVC está no Sul e no Sudeste do Brasil. Todo o resto está espalhado pelas outras partes do país. Há um projeto em que estou com o Ministério da Saúde em que mapeamos casos e a existência de atendimento que poderia ser adaptado para receber os pacientes de AVC. Ou seja, onde há serviços de tomografia e emergência. Na Amazônia, não há um centro de AVC do SUS e queremos mudar isso. Com a estrutura mínima, dá para incluir um especialista, uma falta que é sentida em todo o país. Mas a telemedicina torna possível fazer essa cobertura. Esse serviço de atendimento do AVC tem que ter tomografia, tem que ter laboratório próprio para fazer exame de sangue na chegada do paciente e da equipe treinada. Já há no Brasil 40 hospitais que fazem telemedicina para esse serviço, no âmbito de um projeto em que atuo.

O que a telemedicina representa para o futuro do AVC no Brasil?

Ela é fundamental, porque dará acesso ao especialista à distância. O especialista pode estar em qualquer lugar e dar atenção ao paciente. Isso impacta se o paciente pode ficar com sequelas, além de ajudar em casos de transferência em que é preciso de trombectomia (o procedimento cirúrgico minimamente invasivo). Reduzimos em 60% a transferência desnecessária. A telemedicina faz regulação do pré-hospitalar pra decidir quem é transferido ou não.

Os casos de AVC têm ocorrido com pessoas mais jovens. Por que isso acontece?

Consideramos jovens as pessoas que têm AVC antes dos 55 anos. Anteriormente, cerca de 10% das pessoas que tinham AVC no Brasil tinham menos de 55 anos, agora são 18%. A média de idade ao ter um AVC nos Estados Unidos, no Canadá e na Europa é de 72 anos. No Brasil, no SUS, é de 60 anos. Isso acontece porque temos mais fatores de risco não tratados. Além disso, perdemos oportunidade de tratar ao longo da vida. Por exemplo, educar as crianças na escola para evitar comidas pouco saudáveis, salgadinhos e refrigerantes ajuda a diminuir o risco. O risco cai ao reduzir a obesidade na infância. Além disso, o exercício perdeu espaço com a chegada dos celulares. Há mais crianças obesas e sedentárias. Começamos desde cedo a criar um fator de risco.

E esse fenômeno leva a um efeito prolongado...

Sim, ao invés de chegar à hipertensão e diabetes aos 55 anos, 60, como ocorriam antes, agora isso acontece aos 40 anos. E esses são dois fatores de risco para o AVC. Essa pessoa chega no posto e no lugar de receber a medicação, ela recebe a indicação de fazer exercício, reduzir o sal e voltar em seis meses. Não existe isso, ao receber o diagnóstico, o período de retorno tem que ser de um mês. E deve-se fazer a medição em três oportunidades (mensais), se tiraram medidas, e a pressão segue acima de 140/90, tem que começar o remédio. Dois medicamentos juntos para, inclusive, baixar mais rápido. E a volta em um mês também. O retorno com a enfermeira tem que ser de 30 em 30 dias.

Essas drogas emagrecedoras como Mounjaro e Wegovy podem mudar o cenário do AVC?

Isso é uma das coisas. O paciente chega na atenção primária, a gente quer que ele receba o melhor tratamento para o diabetes. Nesse momento, a metformina (uma pílula) segue como a primeira escolha. Mas vale lembrar que essas (novas) drogas vão atuar fortemente no diabetes, na redução de peso e na diminuição de mortalidade e eventos cardiovasculares. Também estão sendo estudadas na redução do declínio cognitivo. É uma grande conquista.

E o uso de hormônios para ganho de massa muscular já está causando AVCs no Brasil?

Há pessoas de 20 e poucos anos, 30 e poucos anos cheias de hormônios. Esse é um fator de risco mega importante para AVC, não pode. São pessoas que podem ter sequelas para o resto da vida: nunca mais falar, nunca mais andar, nunca mais entender o que é falado. Isso para a vida toda.

O Brasil tem acesso aos melhores medicamentos para AVC? Temos formas efetivas de tratar esses casos?

O Brasil é um modelo para os países de baixo e médio desenvolvimento, porque ao longo desses anos ele implementou tudo aquilo que é baseado em evidência científica. Começando pela atenção primária, há remédio de graça no SUS para prevenir, tratar todos os fatores de risco. Podemos até querer remédios melhores, mas o que está disponível (quando usado corretamente) já diminuiria em metade dos casos de AVC. A cultura de atacar agressivamente os fatores de risco, porém, tem que começar pra ontem. Então é preciso identificar, tratar hipertensão, diabetes e colesterol alto. As pessoas inclusive nem ligam para colesterol alto. Mas controlá-lo faz parte de um trabalho para redução do risco cardiovascular. No país,

30% das pessoas morrem por AVC ou infarto, o que é um volume enorme, mas isso pode ser reduzido ao dar o remédio certo na atenção primária. Ninguém fala de fibrilação atrial (batidas irregulares do coração) e o tratamento correto reduz em 68% a chance de AVC. No Brasil há 1,5 milhão de pessoas com essa condição.

E há um grande desafio nesse momento?

Maior gargalo, se a gente for pensar em todo contínuo, é a reabilitação pós-alta. Cada um faz o que que, não há uma padronização. E o paciente demora meses para chegar (ao tratamento) em um cenário no qual a fase inicial é a mais importante. Vamos lançar em março, junto à Organização Mundial do AVC (World Stroke Organization), um programa de certificação dos centros de reabilitação. Fizemos isso com o atendimento de AVC e deu muito certo.

*A repórter viajou para a International Stroke Conference, ligado à Associação Americana do Coração, a convite da Bayer.

<https://oglobo.globo.com/saude/noticia/2026/03/02/a-telemedicina-e-fundamental-para-tratar-avc-no-brasil-diz-ex-presidente-da-world-stroke-organization.ghtml>

Veículo: Online -> Portal -> Portal O Globo - Rio de Janeiro/RJ