

Diretrizes e Plano de Ação Globais
Para Acidente Vascular Encefálico (AVE):
**Um roteiro para atendimento de
qualidade em Acidente Vascular
Encefálico (AVE)**

INTRODUÇÃO E VISÃO GERAL

Autores: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
Pelo Global Stroke Quality and Guidelines Advisory Committee,
o Global Stroke Guidelines Working Group,
e o Global Stroke Quality Working Group.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

OBJETIVO:

O *Roteiro da WSO para Fornecer Atendimento de Qualidade no AVC* [WSO Roadmap to Delivering Quality Stroke Care] é um recurso de implementação para acompanhar as *Diretrizes e Plano de Ação Globais da WSO nos Serviços de Acidente Vascular Encefálico* [WSO Global Stroke Services Guideline and Action Plan]. Este roteiro fornece o quadro para a implementação, monitoramento e avaliação dos serviços em AVC em nível mundial.

Ele fornece **padronização e consistência** para a seleção de **recomendações** baseadas em evidências, **abordagens para implementação** na prática clínica e o **cálculo de medidas de desempenho** para criar um ambiente de melhoria contínua da qualidade.

PÚBLICO ALVO:

O roteiro destina-se a orientar as autoridades de saúde locais e grupos de atendimento clínico em AVC, estabelecendo sistemas de atendimento para AVE e implantando, tantos componentes definidos quanto possível, em termos de atendimento continuado para o AVE. O foco do roteiro são os processos de atendimento e os impactos nos resultados dos pacientes. É sabido que nem todas as regiões são capazes de fornecer todos os elementos de qualidade para o AVE. Portanto, as recomendações e os indicadores de desempenho consideram aquilo que deve ser possível, em três níveis de acesso ao serviço.

Ele pode ser utilizado por autoridades em saúde em nível **local, regional, ou federal e** prestadores de serviço de saúde como fundações para seus próprios quadros de avaliação de AVE.

Governantes e financiadores devem utilizar essas diretrizes e este plano de ação para rever os serviços existentes e identificar neles alguma lacuna. Esses grupos, poderiam além de priorizar as lacunas, procurar melhorar o acesso aos serviços.

Os médicos e outros profissionais de saúde deveriam usar estas diretrizes e este roteiro para fiscalizar o fornecimento de atendimento local, o acesso aos serviços e o suporte contínuo para atingir os objetivos de recuperação.

Este roteiro também fornece orientações importantes para **programas em desenvolvimento** em AVE para ajudar a garantir que todos os elementos-chave definidos aqui sejam considerados desde o início do desenvolvimento.

FORMATO:

O roteiro é **realizado durante a prestação continuada do atendimento** começando no início do evento do AVE, durante a fase aguda (atendimento na emergência e com o paciente internado) sua recuperação, prevenção de uma recidiva e terminando pela reintegração na comunidade e a recuperação a longo prazo.

Cada seção representa uma parte do continuum e dos usuários capazes de **revisar e avaliar os elementos estruturais e serviços disponíveis** para o atendimento de AVE; **colocar em prática os processos de atendimento relacionados** às boas práticas essenciais baseadas nas evidências recomendadas; e de listar **os principais indicadores de qualidade para monitorar os níveis** dos atendimentos prestados e os resultados nos pacientes e os impactos econômicos.

COMO USAR:

Os usuários deste Roteiro devem:

1. **Rever** as seções importantes com relação à sua fase em termos de serviços do AVE;
2. **Realizar uma análise** dos serviços e recursos atuais, das recomendações locais atuais, e métodos e acesso à coleção de dados atuais; e então
3. **Desenvolver um plano de implementação** para garantir que estes elementos fundamentais sejam otimizados e outros elementos suplementares sejam adicionados para melhor o serviço em AVE que eles fornecem.

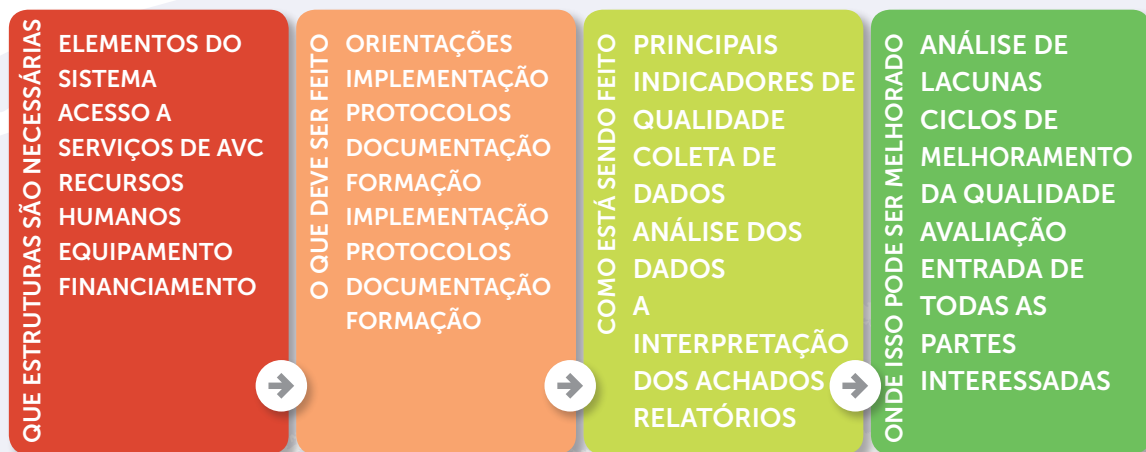
IMPLEMENTAÇÃO:

1. Recursos transmitidos e impressos
2. **Recurso/aplicativo eletrônico interativo** onde os usuários podem introduzir os elementos disponíveis que eles possuem a partir da lista de verificação máster e o programa identifica o nível atual, as recomendações e as medidas de desempenho.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

PARTE I: INTRODUÇÃO E VISÃO GERAL

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a principal causa de morte e invalidez no mundo. Os sistemas de atendimento em AVE, as abordagens integradas para o fornecimento de atendimento em AVE como a disponibilidade de recursos podem variar consideravelmente entre as regiões geográficas, criando o risco de um cuidado abaixo do ideal. A Organização Mundial de Saúde [World Health Organization] comprometeu-se a realizar significantes esforços para reduzir os fatores de risco e a mortalidade devido a doenças não comunicáveis até 2025. A mortalidade e a morbidade por AVE podem ser reduzidas significativamente através do atendimento organizado incluindo a criação de diretrizes de prática clínica baseadas em evidências assim como a adoção de uma filosofia e programas de melhora da qualidade continuada.



Em 2014, a Organização Mundial de AVE [World Stroke Organization] (WSO) publicou o primeiro *Global Stroke Services Guideline*¹ and Action Plan para apoiar os esforços e o progresso, de todas as regiões, para melhorar o atendimento e os resultados com as pessoas com AVE. Uma intenção do roteiro é que todas as regiões o usem como uma oportunidade para realizar uma autoavaliação das atividades atuais em AVE e apliquem as conclusões para ajudar a informar os esforços de tomadas de decisão e advocacia para desenvolver serviços de AVE de modo a conseguir o melhor serviço possível considerando as dificuldades geográficas e de acesso a recursos. Alguns componentes estão incluídos dentro do *Plano de Ação Global em Serviços para AVE* [Global Stroke Services Action Plan] para facilitar e apoiar os esforços de melhoria. Inicialmente, foi desenvolvido um modelo que classifica a disponibilidade de serviços para AVE globalmente em três níveis: acesso **mínimo** a serviços de saúde, acesso a serviços **essenciais** em AVE e acesso a serviços **avançados** em AVE (Figura 1). O Plano de Ação também inclui um quadro de serviços para o AVE que descreve a continuidade do atendimento de saúde em AVE abordada no Plano de Ação e os elementos essenciais para cada fase desta continuidade. Estão incluídas recomendações das melhores práticas específicas para AVE para cada elemento fundamental como também onde são adequadas e importantes além dos indicadores-chave de qualidade.

1. Lindsay P, Furie KL, Davis SM, Donnan GA, Norrving B. World Stroke Organization global stroke services guidelines and action plan. *Int J Stroke*. 2014 Oct; 9(Issue Supplement A100):4-13.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Proposta e Roteiro das Diretrizes e Plano de Ação Globais Para Acidente Vascular Encefálico (AVE): (AVE)

Este manual de roteiro fornece o quadro para a implementação, monitoramento e avaliação dos serviços em AVC em nível mundial. Ele fornece padronização e consistência para a seleção de recomendações baseadas em evidências, abordagens para implementação na prática clínica e o cálculo de medidas de desempenho para criar um ambiente de melhoria contínua da qualidade. O roteiro é realizado durante a prestação continuada do atendimento começando no início do evento do AVE, durante a fase aguda (cuidados agudos com o paciente internado) sua recuperação, prevenção de uma recidiva e terminando pela reintegração na comunidade e a recuperação a longo prazo. Estas fases de atendimento não são discretas e muitas atividades descritas em cada uma podem acontecer simultaneamente como iniciar terapias de prevenção enquanto acontece a recuperação.



Figura 1. Níveis de capacidade do serviço de saúde no atendimento ao AVE

Público Alvo: O foco do roteiro são os processos de atendimento e os impactos nos resultados dos pacientes. Ele pode ser utilizado por autoridades em saúde em nível local, regional, ou federal e prestadores de serviço de saúde como fundações para seus próprios quadros de avaliação de AVE. Governantes e financiadores devem ser capazes de utilizar essas diretrizes e este plano de ação para rever os serviços existentes e identificar neles alguma lacuna. Esses grupos, poderiam além de priorizar as lacunas, procurar melhorar o acesso aos serviços. Os médicos e outros profissionais de saúde deveriam usar estas diretrizes e este roteiro para fiscalizar o fornecimento de atendimento local, o acesso aos serviços e o suporte contínuo para atingir os objetivos de recuperação. Este roteiro também fornece orientações importantes para programas em desenvolvimento em AVE para ajudar a garantir que todos os elementos-chave definidos aqui sejam considerados desde o início do desenvolvimento.

Links para recursos aos países em todo o mundo estão incluídos em apêndices e na lista de referência. Para todos os grupos que trabalham na melhoria do serviço de AVE, a vantagem de estar ciente e utilizar estas ferramentas existentes é permitir um maior tempo gasto na melhoria dos sistemas e perder menos tempo duplicando esforços onde materiais válidos já existem que podem ser adaptados para atender às necessidades locais.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Quadro global de serviços para os Elementos Fundamentais da Assistência ao AVE através da continuidade da assistência.

O objetivo do Quadro Global de Serviços em AVE da WSO [WSO Global Stroke Services Framework] é fornecer o roteiro que destina-se a orientar as autoridades de saúde locais e grupos de atendimento clínico em AVE, estabelecendo sistemas de atendimento para AVE e implantando, tantos componentes definidos quanto possível, em termos de atendimento continuado para o AVE. O quadro é exibido na Figura 2

O Quadro Global de Serviços em AVE da WSO [WSO Global Stroke Services Framework] enfoca continuidade de atendimento começando do início dos sinais e sintomas do AVE, seguindo todo o caminho até a reabilitação e reintegração à comunidade. As dimensões gerais do controle do AVE são o reconhecimento, a avaliação, o diagnóstico, a intervenção, a prevenção, a educação. Elas são aplicadas durante toda a continuidade do reconhecimento do AVE, durante os cuidados agudos e a prevenção das complicações, na reabilitação e prevenção de um AVE recorrente, na reintegração à comunidade e na recuperação a longo prazo.[^]

Durante cada uma dessas etapas de cuidados e recuperação, são identificados alguns tópicos-chave considerados importantes para se otimizar globalmente o controle do AVE. Embora se reconheça que a prevenção primária dos fatores de riscos vasculares seja um componente crítico dos serviços de saúde, ela não é o foco deste quadro ou do Plano de Ação. [^] No entanto, este quadro e o Plano de Ação de apoio concentram-se nos serviços de prevenção secundária que abordam os mesmos conceitos de prevenção (como o estilo de vida, hipertensão, fibrilação atrial e dislipidemia).

Adaptação das Diretrizes e Plano de Ação Globais para Serviços em Acidente Vascular Encefálico (AVE) para uso local

Revisões em AVE vindas de todo o mundo têm mostrado repetidamente que continua a existir uma grande lacuna entre o que a evidência mostra como melhores práticas em AVE e o atendimento que, na verdade, é realizado. Os objetivos das Diretrizes Globais de atendimento em AVE da WSO incluem: facilitar a implementação da evidência na prática; apoiar a tomada de decisões clínicas; especificar as abordagens terapêuticas benéficas e influenciar políticas públicas (Kastner et al 2011).

As diretrizes globais de atendimento em AVE da WSO incluem um conjunto de recomendações fundamentais e indicadores de qualidade chave que têm sido estabelecido a partir de revisão rigorosa e em processo de adaptação (Lindsay et al; IJS 2014). Elas incluem:

- **Sistema de elementos de recurso** que são necessários para fornecer um atendimento em AVE e implementar recomendações.

As evidências nas quais as **recomendações de melhores práticas para atendimento em AVE são baseadas**² que são aplicáveis durante o atendimento continuado de AVE. Para cada recomendação
- existe uma indicação do nível de capacidade do serviço no qual essas recomendações, estatisticamente, podem ser realizadas.

Indicadores-chave de qualidade (medidas essenciais de desempenho) que vão ajudar a determinar
- qual atendimento está sendo fornecido, a extensão da implementação e a qualidade do atendimento. Esses indicadores podem ser considerados como a base para os esforços de melhoria contínua.

Sistema de monitoramento de indicadores do nível de qualidade também são fornecidos para ajudar a apoiar sistemas a modificação de sistemas e os esforços de melhoria contínua.

2. Para as recomendações que são consideradas aplicáveis onde existe um mínimo de serviços de saúde, como no caso de áreas rurais e remotas, sem estrutura organizada para AVE (categoria 1), prevê-se que os profissionais de saúde locais poderiam ser capazes de adaptar essas recomendações e fornecer algum nível de conhecimento e treinamento para famílias de sobreviventes ao AVC, que lhes permitam um cuidado melhor para com o paciente.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

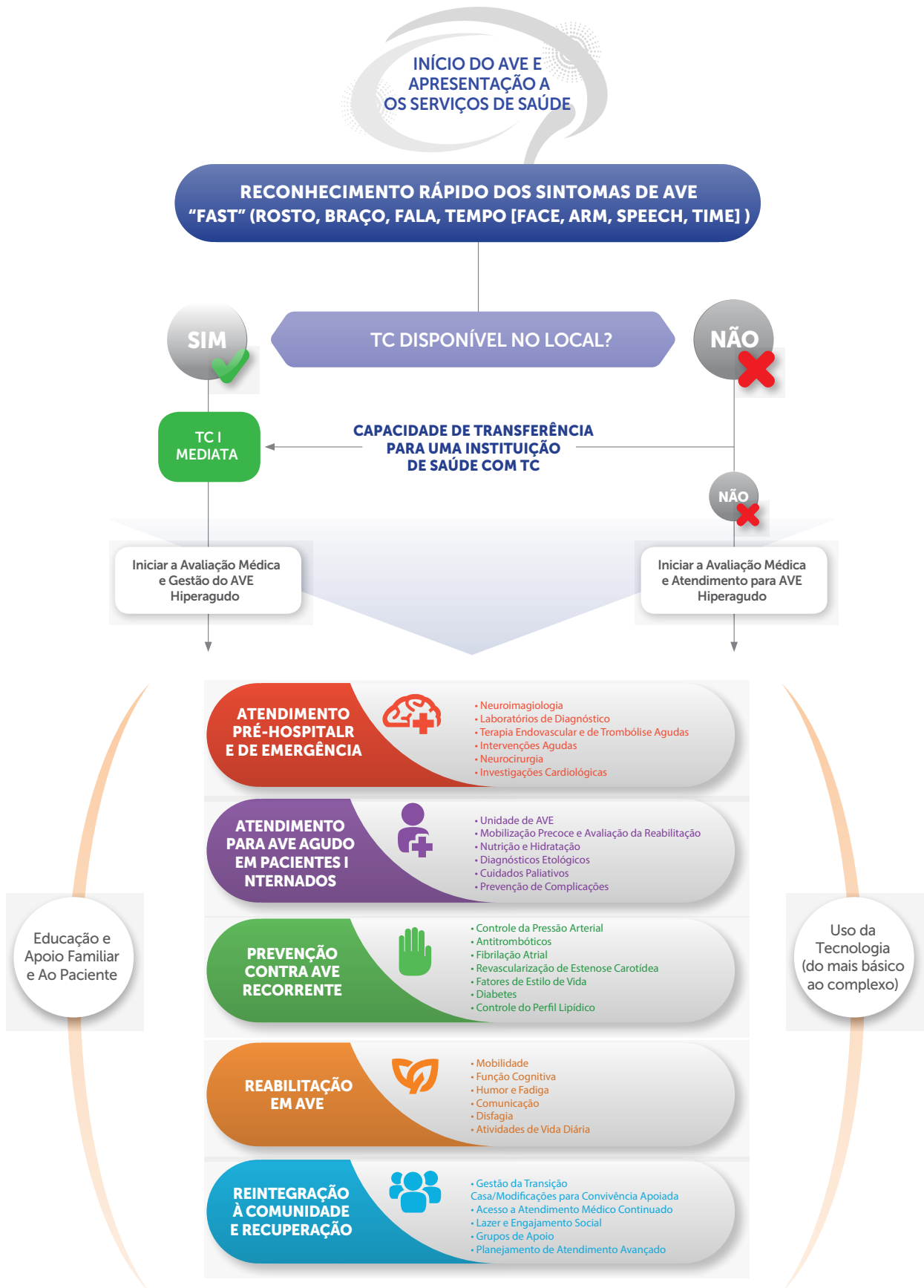


Figura 2. Quadro Global de Serviços em AVE

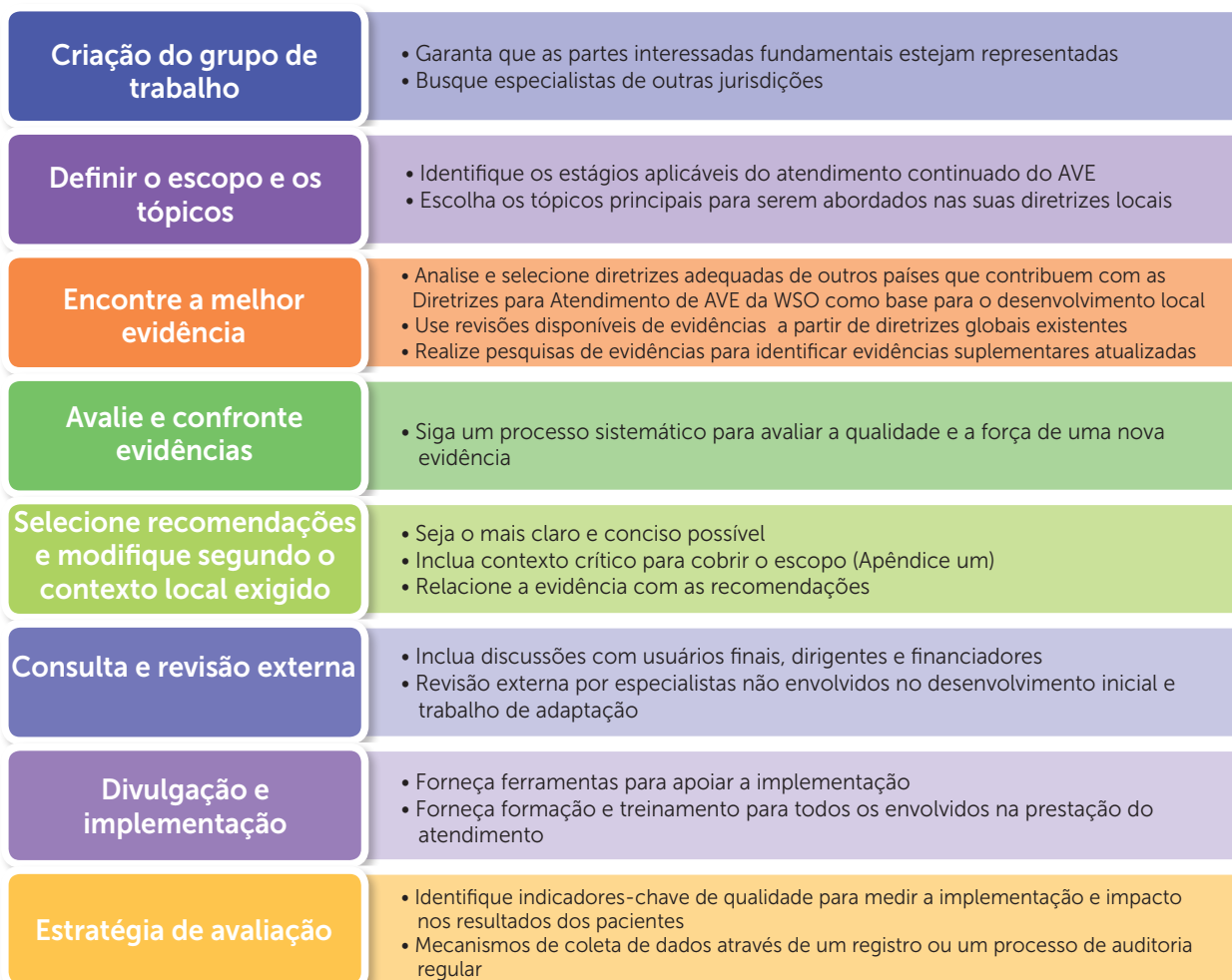
UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Diretrizes Globais para o atendimento em AVE da WSO definem o atendimento ideal para pacientes com AVE de modo contínuo. Estas diretrizes destacam tópicos que têm os mais altos níveis de evidência para a eficácia ou são considerados condutores-chave do sistema. Reconhecemos que os usuários das Diretrizes e Plano de Ação Globais para atendimento em AVE da WSO apenas podem ser capazes de implementar algumas recomendações e/ou trabalhar em somente algumas fases do atendimento continuado para AVE (como definido no quadro acima) de cada vez.

A figura 3 abaixo descreve as etapas que devem ser seguidas quando nenhum grupo local, regional ou nacional adota e/ou adapta as Diretrizes Globais para o atendimento em AVE para uso local. Ele é seguido, então, por descrições mais detalhadas para cada etapa. São fornecidas considerações práticas, sempre que possível, para cada etapa. Esta seção também fornece links para recursos úteis no caso de informações mais detalhadas serem necessárias. Em áreas onde os recursos são limitados, algumas etapas podem ser modificadas ou completamente ignoradas. É importante se pesarem os riscos e benefícios ao se fazer isso. Por exemplo, ao criar um grupo de trabalho, a decisão de mantê-lo pequeno pode ser tomada; entretanto isso ainda deve, idealmente, incluir representantes multidisciplinares.

As diretrizes devem ser adaptadas ao uso local por um grupo de pessoas com um amplo conhecimento para o tópico a ser desenvolvido. O jeito pelo qual o grupo trabalha junto pode ter um efeito significativo no resultado do processo. Para o atendimento em AVE, profissionais das seguintes áreas devem ser considerados para a participação na confecção das diretrizes: medicina (neurologia, medicina interna, emergências, cuidados primários e medicina de reabilitação) enfermagem, reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, assistentes de reabilitação) trabalho social, psicologia e farmácia. Outras disciplinas e dirigentes locais também podem ser importantes, dependendo da(s) fase(s) da continuidade que está sendo incluída na diretriz. **É importante também incluir no grupo os sobreviventes do AVE, membros da família e cuidadores.**

Figura 3. Etapas para adaptação das Diretrizes e Plano de Ação Globais para Serviços em Acidente Vascular Encefálico (AVE) para uso local.



Consulte o Apêndice 1 para informações detalhadas de cada etapa deste processo de adaptação das diretrizes

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

PARTE II: VISÃO GERAL DO QUADRO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DA WSO

As Diretrizes e Plano de Ação Globais em AVE estão presentes neste roteiro dentro de um modelo de melhoria da qualidade. Cada seção representa uma parte do atendimento e permite que os usuários analisem e avaliem os elementos estruturais e serviços disponíveis para o atendimento em termos de Acidente Vascular Encefálico; recomendações das melhores práticas fundamentais baseadas em evidências relacionadas aos processos de atendimento que devem estar operacionais com base nos serviços disponíveis; e uma lista com os indicadores-chave de qualidade para monitorar os níveis do atendimento prestados e o impacto no paciente, além dos resultados econômicos. Maiores descrições de cada um destes elementos do roteiro são fornecidas abaixo.

Os usuários deste roteiro devem revisar as seções importantes para a sua etapa de serviços em AVE (nível do sistema, paciente internado em fase aguda e hiperaguda, prevenção do AVE recorrente, reabilitação, reintegração à comunidade); realizar uma avaliação dos serviços e recursos disponíveis atuais e os métodos atuais de coleta e acesso de dados e, então, desenvolver um plano de implementação para garantir que estes elementos fundamentais sejam otimizados e novos elementos sejam adicionados para melhorar os serviços em AVE que eles fornecem.

Deve notar-se que as recomendações e indicadores aqui fornecidos representam os elementos essenciais principais necessários para a prestação de um atendimento ideal em AVE. Os níveis de serviços essenciais e avançados em AVC estão baseados e incluem todos os elementos listados para o nível de serviço anterior mais os serviços adicionais. De acordo com o que os recursos e os conhecimentos permitem, os sistemas e os hospitais que atendem os casos de AVE devem expandi-los visando incluir um conjunto mais amplo de recomendações em suas próprias regiões para aumentar a abrangência do atendimento e monitoramento do AVE baseado em evidências. Recomendações adicionais para cada parte das recomendações continuadas e mais aprofundadas como indicadores de qualidade estão disponíveis através de diretrizes, de todo o mundo, atualmente publicadas. Estão fornecidas, na lista de referências, um conjunto de diretrizes de alta qualidade que foram revisadas durante a confecção das Diretrizes e Plano de Ação Globais em Acidente Vascular Encefálico (AVE) da WSO.

Elemento Um: Identificar níveis de prestação de serviço e capacidade atuais (autoavaliação)

Modelos para prestação de serviço em AVE variam consideravelmente de região para região e dependem da disponibilidade de recursos incluindo os recursos humanos, acesso a unidades de saúde, acesso a serviços de diagnóstico e de laboratório, acesso a medicamentos e acesso ao transporte.

A disponibilidade de recurso provoca impacto na extensão como o atendimento abrangente no AVE pode ser fornecido durante toda a continuidade dos cuidados, desde o controle do AVE agudo até a reabilitação, prevenção de um AVE recorrente, reintegração à comunidade e recuperação a longo prazo. O primeiro elemento lista os recursos fundamentais que são racionalmente esperados para cada nível de serviço, do mínimo ao essencial e avançado. Eles são fornecidos em uma lista de verificação que cada grupo de desenvolvimento de serviços em AVE deve usar para avaliar seus próprios recursos, capacidade e identificar elementos adicionais potenciais a colocar em prática



UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Os três níveis de disponibilidade do serviço em AVE foram estabelecidos como uma parte fundamental deste quadro com os objetivos de desenvolvimento do Plano de Ação Global para Serviços em AVE da WSO [WSO Global Stroke Services Action Plan] e seus componentes. Ao completar a autoavaliação, cada grupo compreenderá onde estão classificados os seus serviços. Isso fornece uma oportunidade para desenvolver metas e planos para atingir níveis mais altos de serviços dentro da capacidade dos recursos.



Embora nem todos os componentes essenciais de serviços possam estar disponíveis ou estar acessíveis, todas as regiões são incentivadas a usar o Plano de Ação para definir suas metas para a prestação de atendimento ao AVE e, então, desenvolver uma estratégia para alcançar estas metas ao longo do tempo. É reconhecido que em países de baixa ou média renda, existe uma ampla faixa de acessibilidade a alguns ou à maioria dos serviços essenciais de saúde. Estes modelos variam de visitas periódicas de profissionais de saúde a comunidades menores/rurais aos serviços essenciais organizados nas comunidades maiores até serviços mais amplos disponíveis nas cidades.

Elemento Dois: Recomendações essenciais para o Atendimento em AVE

Diretrizes de Boas Práticas são recomendações para a prática ou decisões políticas informadas por evidências de alta qualidade. Elas descrevem as práticas de cuidados em saúde, intervenções e processos *os mais eficazes* determinados por evidências de pesquisa e, em alguns casos, opinião e consenso de especialistas. As diretrizes de melhores práticas podem transformar-se em prática clínica, recomendações de melhores práticas ou orientação política.

Através de um processo Delphi de rodadas múltiplas, um conjunto de recomendações sobre atendimento em LV têm sido consideradas como razoáveis para serem implementadas nos modelos de serviço em AVE de nível mínimo, essencial ou avançado. Estas recomendações enfatizam o fato de que mesmo em regiões com o mínimo de recursos algo, algo pode ser feito para melhor o atendimento e os resultados para pacientes com AVE. As recomendações são estruturadas em um modelo incremental. Isso significa que, no nível de serviços mínimo, um conjunto de recomendações fundamentais deve ser implementado. Assim como, no nível essencial, devem ser implementadas todas as recomendações para o nível mínimo MAIS as recomendações suplementares identificadas como razoáveis para o nível essencial. Do mesmo modo, as que forem executadas nos serviços para AVE no nível avançado, todas as recomendações correspondentes aos serviços de nível mínimo e essencial devem ser implementadas ALÉM DAS recomendações para capacidade de serviço avançada.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Níveis de evidência:

Todas as recomendações nestes diretrizes são apresentadas junto com os níveis de evidência que vão refletir a força da pesquisa disponível para apoiar as recomendações como as de outubro de 2015. Essas recomendações e níveis de evidência serão revistos anualmente e adaptados, de acordo com a necessidade, para refletir os resultados das últimas pesquisas. Os níveis de evidência fornecidos são baseados em resultados de estudos específicos de pesquisa; são, portanto, específicos para a população estudada mas podem não ser aplicáveis a todas as regiões ou não refletem os sistemas locais e os profissionais de atendimento ao AVE locais devem determinar a importância para a sua população.



As recomendações são apoiadas em evidências fortes, a partir de revisões sistemáticas, meta análises e/ou ensaios clínicos multicêntricos randomizados e controlados com resultados consistentes;



As recomendações são apoiadas em evidências moderadas, a partir de ensaios unicêntricos randomizados e controlados, ensaios multicêntricos com resultados inconsistentes, grandes estudos observacionais e/ou grandes estudos de caso-controle;



As recomendações são apoiadas em evidências fracas, a partir de pequenos estudos observacionais ou de casos-controle; ou são baseados na opinião de especialistas e/ou de consenso de grupo. Essas recomendações mais fracas são fornecidas quando são considerados elementos-chave em termos de atendimento de AVE como a obtenção de tomografias para confirmação do diagnóstico.

Elemento Três: Principais indicadores de qualidade de AVE

A prestação de serviço em AVE é um componente essencial para qualquer sistema de atendimento organizado independente se é grande ou pequeno. As considerações sobre a avaliação devem ser estabelecidas no início do processo de planejamento para que os mecanismos de coleta de dados possam ser estabelecidos como parte dos serviços de AVE e do plano de implementação da diretriz.

Como parte das Diretrizes e Plano de Ação Globais em Atendimento ao AVE da WSO foram selecionados os códigos da Classificação Internacional das Doenças para identificar casos de AVE apropriados para incluir na estratégia de avaliação do desempenho em AVE. Elas estão definidas e contidas no Apêndice 2. Um conjunto básico de medidas de desempenho foi então identificado para o processo visando selecionar as recomendações fundamentais de melhores práticas. Esses indicadores-chave de qualidade foram fornecidos neste roteiro para aumentar o enfoque, consistência e padronização das medidas do atendimento em AVE entre as jurisdições. Espera-se que esta informação possa ser utilizada para desenvolver valores de referências globais para a prestação de serviços em AVE nos níveis mínimo, essencial e avançado e ajudar a orientação global dos esforços para a melhoria dos atendimentos em AVE através de tomadas de decisão e planejamento do sistema informados.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Para desenvolver uma estratégia de medição de indicadores de qualidade eficaz, alguns elementos devem ser abordados:

- ➔ Determinar definições para casos de AVE
- ➔ Definir critérios de inclusão e exclusão para a população de pacientes-alvo de interesse (tipo de AVE, idade, gênero, parâmetros, fase do atendimento, etc.)
- ➔ Identificar indicadores-chave de qualidade em AVE da lista da WSO abaixo e acrescentar indicadores suplementares para cobrir suficientemente o escopo dos serviços que estão sendo fornecidos e responsabilidades
- ➔ Identificar dados de elementos e métodos necessários para garantir a todos que todos os elementos necessários sejam coletados para calcular os indicadores de qualidade identificados
- ➔ Desenvolver um repositório de coleta de dados e uma metodologia (quem gravará os dados, quando, como e quais os pacientes)
- ➔ Determinar os prazos para a coleta de dados, análise e relatório
- ➔ Determinar a estrutura e o formato de relatório: (painel online de cartões de relatório) devem ser considerados sempre que possível
- ➔ Estabelecer o plano de comunicação e divulgação dos resultados da análise de dados para todos os níveis de prestadores, tomadores de decisão e população de pacientes

Definições de qualidade

Padrões de atendimento: são as bases de comparação na medição ou julgamento da capacidade, qualidade, conteúdo ou extensão de um objeto de atividade específico. Na falta de evidência, padrões podem ser informados através da opinião de especialistas. Podem ser considerados padrões como requisitos essenciais para a profissão de atendente em saúde e são geralmente definidos através de políticas, procedimentos e documentação padrão. Os padrões de atendimento especificam as características mínimas aceitáveis do que constitui a qualidade do atendimento.

Eles especificam a gestão adequada baseada em evidências científicas fortes e a colaboração entre profissionais de saúde envolvidos no tratamento de uma determinada condição. Padrões de atendimento descrevem o nível no qual, em média, o profissional prudente em uma determinada comunidade deve exercer e o quanto profissionais qualificados de modo semelhante poderiam conseguir cuidar de pacientes em circunstâncias iguais ou similares.

Indicador de Qualidade Uma medida objetiva de qualidade de atendimento tem sido desenvolvida para apoiar a autoavaliação e a melhoria da qualidade do profissional, do hospital ou do nível do sistema (Força tarefa de Medidas de Desempenho ACC/AHA [ACC/AHA Performance Measures task force]).

Valor de referência: é o nível de desempenho reconhecido como padrão de excelência para um processo de específico de atendimento ou resultado e que é usado para comparação entre grupos. Valores de referência fornecem valores padrão para que algo possa ser medido, comparado ou julgado. Valores de referência podem ser identificados através de várias técnicas incluindo: pesquisas e métodos estatísticos validados; identificação dos melhores agentes; e o desempenho passado da própria organização.

Alvo: é o nível de desempenho que uma organização pretende alcançar dentro de um período de tempo especificado. É, em geral, um valor entre o nível real atual de desempenho e o valor de referência mas poderia ser igual ou maior que o valor de referência. Valores alvo consideram os recursos e dificuldades com relação a alcançar o padrão de atendimento.

Limiar: é o nível mínimo de desempenho aceitável. Taxas de desempenho aquém do limiar são consideradas de baixo desempenho e devem resultar em ações corretivas.

***Taxas de desempenho fora do limiar - tanto acima quanto abaixo como definidas por medidas específicas - são consideradas de baixo desempenho.*

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

AGRADECIMENTOS

Comissão das Diretrizes e Qualidade Globais em AVE da WSO

:

Dr. Patrice Lindsay, Presidente (Canadá)
 Dr. Karen Furie (Estados Unidos)
 Dr. Bo Norrving (Suécia)
 Dr. Stephen Davis (Austrália, Presidente da WSO)
 Dr. Erin Lalor (Austrália)
 Dr. Anthony Rudd (Inglaterra)
 Dr. Jose Ferro (Portugal)
 Dr. Man Mohan Mehndiratta (Índia)
 Dr. James Jowi (Kênia)
 Prof. Shinichiro Uchiyama (Japão)
 Dr. Geoffrey Donnan (Austrália), membro Ex-Officio.

Grupo de trabalho das Diretrizes Globais em AVE :

Dr. Karen Furie, Presidente (Estados Unidos)
 Mr. Kelvin Hill (Austrália)
 Dr. Anthony Rudd (Reino Unido)
 Dr. Peter Langhorne (Escócia)
 Dr. Gord Gubitz (Canadá)
 Dr. Alan Barber (Nova Zelândia)
 Dr. Disya Ratanakorn (Tailândia)
 Dr. Sheila Martins (Brasil)
 Dr. Pamela Duncan (Estados Unidos)
 Dr. Foad Abd-Allah (África)
 Dr. Patrice Lindsay (Canadá).

Grupo de trabalho da Qualidade Global:

Dr. Bo Norrving, Presidente (Suécia)
 Ms. Alex Hoffman (Inglaterra)
 Dr. Peter Heuschmann (Alemanha)
 Dr. Michael Hill (Canadá)
 Dr. Matthew Reeves (Estados Unidos)
 Dr. Dominique Cadillac (Austrália)
 Dr. Liping Liu (China)
 Dr. Kameshwar Prasad (Índia)
 Dr. Valery Feigin (Nova Zelândia)
 Dr. Sheila Martins (Brasil)
 Dr. Patrice Lindsay (Canadá)

Também estamos felizes em agradecer todos os membros do quadro de diretores da World Stroke Organization pela revisão e feedback do Plano de Ação ao longo de cada fase do desenvolvimento.

Declarações de Conflito de Interesses:

MP Lindsay: Nenhum; K. Furie: Nenhum; S. Davis: Nenhum; G. Donnan: Nenhum; B. Norrving: Nenhum.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

O roteiro para a implementação das Diretrizes e Plano de Ação Globais em AVE da WSO [WSO Global Stroke Guidelines and Action Plan] inclui Diversos módulos abordam juntos o conjunto de cuidados continuados em AVE. Os seguintes módulos estão disponíveis para você usar como parte do planejamento do serviço, autoavaliação e implementação. Cada módulo do roteiro inclui a relevante lista de verificação de serviço e recursos aplicável às recomendações de melhores práticas e importantes indicadores-chave de qualidade. Alguns módulos no roteiro incluem: elementos adicionais e informações mais amplas do que nas Diretrizes e Plano de Ação Globais em AVE da WSO publicadas, para futuro uso prático em todos os locais.

Usuários destas ferramentas são incentivados a rever todos os módulos deste Roteiro



Os seguintes módulos estão disponíveis como parte do Roteiro para atendimento de qualidade em Acidente Vascular Encefálico (AVE) da WSO:

Introdução e visão geral

1. **Desenvolvimento de Sistemas em AVE**
2. **Atendimento pré-hospitalar e de emergência**
3. **Atendimento hospitalar para o paciente com AVE agudo**
4. **Prevenção secundária do AVE**
5. **Reabilitação em AVE**
6. **Reintegração à Comunidade e Recuperação a Longo Prazo**

World Stroke Organization - Diretrizes de Prática Clínica

<http://www.world-stroke.org>

Clinical Practice Guideline Diretrizes recomendadas pela subcomissão de Diretrizes e Qualidade da WSO.

WSO International Stroke Guidelines 2012; Publicação da diretriz da American Academy of Neurology.

Diretriz Baseada em Evidências: Prevenção do AVE na fibrilação atrial não valvular Resumo da Diretriz baseada em evidências para MÉDICOS Resumo da Diretriz baseada em evidências para PACIENTES e suas FAMÍLIAS

Mis informações: <https://www.aan.com/Guidelines/Home/ByTopic?topicId=20>

Heart and Stroke Foundation recursos para profissionais de saúde. Agir para um atendimento ideal comunitários e cuidados a longo prazo e Versão francesa: Agir en vue de soins optimaux communautaires et de longue durée de l'AVC.

Diretrizes e Plano de Ação Globais
Para Acidente Vascular Encefálico (AVE):
**Um roteiro para atendimento de
qualidade em Acidente Vascular
Encefálico (AVE)**

**DESENVOLVIMENTO DE
SISTEMAS EM AVE**

Autores: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
Pelo Global Stroke Quality and Guidelines Advisory Committee,
o Global Stroke Guidelines Working Group,
e o Global Stroke Quality Working Group.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE E MONITORAMENTO

Esta seção aborda o reconhecimento público sobre AVE e o desenvolvimento do sistema. Esta seção passa por todas as fases e configurações do atendimento ao AVE.

Listas de verificação da capacidade do Serviço de Saúde para o Atendimento em AVE[^]



Preencha as seguintes informações para identificar claramente os serviços em AVE que você está desenvolvendo ou avaliando.

REGIÃO:	ORGANIZAÇÃO: PREENCHENDO O CHECK LIST:	PESSOA PRINCIPAL DE CONTATO:
ESCOPO DO SERVIÇO:	METAS DESTA ANÁLISE/COMENTÁRIOS? A ser preenchido pelo grupo local	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Avaliação Nacional/Estadual/Municipal <input type="radio"/> Avaliação Regional/Local <input type="radio"/> Grande hospital urbano com serviços avançados em AVE (serviços abrangentes em AVE) <input type="radio"/> Hospitais comunitários com acesso a alguns serviços em AVE <input type="radio"/> Comunidade com centro de saúde com apenas serviços de saúde disponíveis <input type="radio"/> Comunidade rural com a visita de um profissional de saúde 		

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

A. Serviços em AVE e Disponibilidade de Recursos



Por favor, revise cada uma dessas listas e marque todos os serviços e recursos que você possui atualmente disponíveis para fornecer atendimento ao AVE. Uma vez preenchida, reveja suas respostas para determinar em qual categoria de serviços em AVE você está mais próximo de se encaixar.

Serviços de Saúde Mínimos	Serviços Essenciais em AVE (Além dos serviços listados como serviços mínimos em AVE)	Serviços Avançados em AVE (Além dos serviços listados como Serviços mínimos e essenciais em AVE)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Atendimento fornecido na comunidade local sem coordenação por regiões geográficas definidas ○ Sem acesso a serviços de diagnóstico ou atendimento hospitalar para tratamento de AVE hiperagudo ○ Acesso a médicos muito limitado <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar o desenvolvimento de habilidades de avaliação • Treinamento básico em avaliação de rastreio da deglutição e no manejo da disfagia e da temperatura ○ Acesso variável a profissionais de saúde (enfermeiros e agentes leigos) <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento básico em avaliação de rastreio da deglutição e da temperatura 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Atendimento coordenado em AVE limitado fornecido em regiões geograficamente distintas ○ Programas de treinamento em AVE pra todos os níveis de profissionais de saúde ○ Acesso a serviços essenciais de diagnóstico ○ Acesso limitado a serviços de emergência médica ○ Acesso a enfermeiros e à avaliação de enfermagem com formação em AVE ○ Acesso a médicos com experiência em AVE (embora não precisem ser especialistas) ○ Acesso a trombólise aguda com tPA IV <ul style="list-style-type: none"> • tPA intravenosa (Alteplase) ○ Acesso a membros essenciais de uma equipe multidisciplinar de AVE (MD, RN, PT, OT) ○ Acesso a serviços essenciais de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • Testes de laboratório (hemograma, eletrólitos, ureia, glicose, TP, RNI) • Eletrocardiograma (12 derivações) • Tomografia computadorizada (TC) do crânio e dos vasos (ACT) • Capacidade de realizar TC e angiotomografia (ATC) • Ecocardiografia • Doppler ultrassom • Monitores de Holter ○ Acesso limitado a serviços de emergência médica <ul style="list-style-type: none"> • Formação de equipes de ambulância para identificar sinais de AVE usando o processo mnemônico SAMU (Sorria, Abraça, Música, Urgente) • Trabalhar com sistemas de ambulância para ter um AVE identificado como transporte de emergência de alta prioridade, além de problemas traumatológicos e obstétricos. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Atendimento coordenado completo em AVE limitado fornecido em regiões geograficamente distintas <ul style="list-style-type: none"> • Serviços avançados em AVE racionalizados para um número menor de centros • Redes de AVE que definem o movimento dos pacientes com AVE em toda a região, para níveis mais altos ou mais baixos de serviços, conforme necessário • Sistema de referência coordenado • Fornecimento de teleconsultas para centros menores ou rurais • Acordos disponíveis para trânsito de ambulâncias • Acordos disponíveis de repatriamento para transferência de pacientes de volta às suas comunidades • Materiais educativos impressos para pacientes ○ Programas de treinamento em AVE pra todos os níveis de profissionais de saúde ○ Estratégia de mecanismos e coleta de dados <ul style="list-style-type: none"> • Registro de paciente internado com AVE agudo • Base de dados (local ou regional) de pacientes internados com AVE agudo • Registro de prevenção de AVE • Base de dados de prevenção de AVE • Registro de reabilitação em AVE • Base de dados (local ou regional) em reabilitação em AVE <p>Acesso a serviços de diagnóstico avançados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imagens por Ressonância Magnética (IRM) • Capacidade em fazer Angiorressonância • Aparelhos de perfusão pot TC • Dispositivos de monitoramento prolongado de ECG

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Serviços de Atendimento à saúde Mínimos	Serviços Essenciais em AVE (Além dos serviços listados como serviços mínimos em AVE)	Serviços Avançados em AVE (Além dos serviços listados como Serviços mínimos e essenciais em AVE)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acesso a enfermeiros e à avaliação de enfermagem com formação em AVE <ul style="list-style-type: none"> • Parâmetros de atendimento primário • Parâmetros em atendimento agudo • Enfermeiros com formação avançada • Enfermeiro clínico ○ Acesso a médicos com experiência em AVE (embora não precisem ser especialistas) <ul style="list-style-type: none"> • Médicos/Clinicos/de Família/ Cuidados primários • Neurologista • Neurocirurgião • Internistas (medicina interna) • Cardiologista • Geriatra • Medicina de Emergência • Intensivista • Acesso a especialistas em AVE através das modalidades de teleconsulta e telerradiologia ○ Acesso a trombólise aguda com tPA IV <ul style="list-style-type: none"> • tPA intravenosa (Alteplase) ○ Membros de uma equipe multidisciplinar de AVE <ul style="list-style-type: none"> • Médicos com experiência em AVE • Enfermeiros para AVE • Auxiliares de enfermagem • Farmacêutico • Assistente Social/Responsável pelo caso • Equipe de cuidados paliativos • Fisioterapeuta • Terapeuta ocupacional • Fonoaudiólogo ○ Protocolos para avaliação e diagnóstico rápidos de pacientes com AVE ○ Educação familiar e do paciente, capacitação e participação no planejamento do atendimento ○ Planejamento de Alta ○ Atendimento coordenado em AVE limitado fornecido em regiões geograficamente distintas ○ Programas de treinamento em AVE pra todos os níveis de profissionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acesso a médicos com experiência em cuidados, prevenção e/ou reabilitação em pacientes com AVE <ul style="list-style-type: none"> • Neurologista • Neurocirurgião • Internista (medicina interna) • Neurorradiologista / interencionista • Geriatra • Intensivista • Cardiologista • Medicina de Emergência • Médicos/Clinicos/de Família/ Cuidados primários • Programa para desenvolver e manter competências básica no atendimento em AVE ○ Acesso a membros da equipe multidisciplinar em AVE agudo <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros • Auxiliares de enfermagem • Farmacêutico • Equipe de cuidados paliativos ○ Acesso a intervenções avançadas: <ul style="list-style-type: none"> • tPA intravenosa (Alteplase) • Trombectomia intravascular • Neurocirurgia para AVE hemorrágico • Hemicraniectomia para AVE isquêmico • Unidades para paciente internado com AVE agudo • Produtos para reverter coagulopatias

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

B. Recomendações essenciais para o Atendimento em AVE



Para cada recomendação de melhores práticas, marque qual prática descrita está disponível como parte da rotina do atendimento ao AVE; em desenvolvimento para implementação, não implementada ou seja, o serviço/recurso pode estar disponível nos seus serviços porém não faz parte, atualmente, do atendimento ao AVE; ou o serviço/recurso não está disponível nas suas instalações e não é possível implantá-lo.

Sistema de Saúde e Reconhecimento do AVE Recomendações baseadas em evidências fundamentais	Nível aplicável de Capacidade dos serviços de atendimento à saúde para atendimento ao AVE			Evidências de apoio	Autoavaliação
	Mínimo	Essencial	Avançado		
A. Sistemas para Reconhecimento e Resposta em AVC					
1. Todos os membros do público devem ser capazes de reconhecer sinais e sintomas do AVC (ex: FAST)	✔	✔	✔	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
2. Todo o profissional de saúde deve ser treinado para reconhecer os sinais e sintomas de alerta do AVE	✔	✔	✔	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
3. Todas as regiões geográficas devem ter um telefone de emergência disponível (no Brasil, SAMU 192)		✔	✔	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
4. Protocolos devem estar disponíveis nas centrais de chamada de emergência para mobilizar o pessoal do SME (Serviço Médico de Emergência) para responder ao chamado com a maior urgência.		✔	✔	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis

Quais recomendações você considera sua maior prioridade para implementar?

Quais os seus próximos passos para iniciar o desenvolvimento e implementação destes melhores práticas?

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

C. Indicadores-chave de qualidade em AVE



Para cada indicador de qualidade, favor anotar quais dados estão sendo coletados de modo ativo e rotineiro; ou o processo de coleta de dados está em desenvolvimento para o indicador; ou os dados devem estar disponíveis mas atualmente não estão sendo coletados; ou os dados para este indicar não estão absolutamente disponíveis e, assim sendo, não disponíveis para coletar ou relatar. Marque a opção mais apropriada para cada indicador

Medidas de Desempenho	Numerador	Denominador	Autoavaliação
Monitoramento do Sistema de Saúde			
1. Taxas de incidência de AVE ajustadas por idade e sexo na população.	O número total de casos de AVE na população (estratificado por tipo de AVE)	População total com base em informações do censo em um período de tempo determinado.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
2.a Prevalência dos fatores de risco para AVE na população.	O número total de pessoas na população que relatam ou estão documentados por ter um ou mais fatores de risco para AVE (pressão arterial alta, colesterol elevado, fibrilação atrial, histórico familiar, estilo de vida sedentário, obesidade ou sobrepeso, etc.) (estratificado por tipo de AVE e tipo de fator de risco).	População total com base em informações do censo em um período de tempo determinado.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
2.b Prevalência dos fatores de risco vasculares na população.	O número total de pessoas na população que relatam ou estão documentados por ter um ou mais fatores de risco vascular (pressão arterial alta, colesterol elevado, diabetes, fibrilação atrial, etc) (estratificado por tipo de AVE e tipo de fator de risco).	População total com base em informações do censo em um período de tempo determinado.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
2.c Porcentagem de pessoas que realizam uma avaliação de risco vascular que têm fatores de risco para AVE.	Número de pessoas na população encontradas por ter um ou mais fatores de risco vascular após a avaliação dos riscos.	População total com base em informações do censo em um período de tempo determinado que se submeteu à avaliação de risco vascular.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
3. Taxas de fatalidade (mortalidade) para pacientes com AVE por tipo de AVE ajustadas por idade, gênero, comorbidades e severidade do AVE. As medições devem acontecer, na totalidade, no hospital em 7 dias, 30 dias e um ano após o AVE.	Número de pessoas com AVE ou AIT com mortalidade no hospital em 7 dias, 30 dias e um ano seguindo o índice de aparecimento do sintoma index stroke.	Número total de casos de AVE.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
4. Taxas de AVE recorrente entre 3 meses e um ano posteriores ao AVE inicial ou um ataque isquêmico transitório.	Número de pessoas com AVE que foram readmitidos ao hospital devido a um novo AVE ou AIT nos 90 dias após o aparecimento do sintoma index stroke.	Todos os pacientes com AVE e AIT que tiveram alta após um AVE índice.	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
5. Estado funcional medido usando o escore Rankin modificado com 3 meses e um ano após o AVE ou o ataque isquêmico transitório, que são admitidos em um hospital com cuidados agudos.	Distribuição da frequência das pontuações da Escala de Rankin modificada para cada paciente na alta dos cuidados agudos e após 90 dias do AVE. [(Nós utilizaremos mais tarde os dados para classificar ERm 0-2, ERm 0-5 ou ERm0-6.)]	Todos os pacientes com AVE e AIT admitidos para cuidados agudos hospitalares e que receberam alta	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Medidas de Desempenho	Numerador	Denominador	Autoavaliação
6. País/região com agentes trombolíticos agudos disponíveis e acessíveis para uso em pacientes com AVE.	Lista descritiva das instituições que prestam terapias trombolíticas agudas para pacientes com AVE na região,		<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
7. País/região com sistema coordenado de atendimento em AVE disponível que liga pacientes com AVE aos serviços de diagnóstico essenciais e especialista em atendimento em AVE.	Lista descritiva das regiões com sistemas de atendimento para AVE estabelecidos para pacientes (necessita identificar e descrever os elementos essenciais dos sistemas - ver Lista de verificação de Serviços em AVE da WSO - Etapa 1 [Step One WSO Stroke Services Checklist].		<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
8. País/região/instituição que implantou as diretrizes de melhores práticas para o atendimento em AVE.	Lista descritiva de cada hospital em uma região que forneça atendimento em AVE e se as diretrizes de prática clínica estão disponíveis e formalmente implementada para pacientes com AVE seguindo uma abordagem sistemática.		<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
9. País/região/instituição que coleta dados usando o sistema de código da Classificação Internacional de Doenças (CID) 9 ou 10.	Lista descritiva da coleta de dados das regiões em pacientes com AVE numa abordagem sistemática usando metodologia CID 9 OU 10. Inclua a informação sobre a porcentagem das instalações e pacientes nas instalações com dados rotineiramente coletados.		<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
10. País/região/instituição que participa de um registro de qualidade ou auditorias padronizadas de rotina para monitoramento do atendimento em AVE.	Lista descritiva de cada instituição na região que fornece atendimento em AVE e se a rotina e a coleta de dados padronizada acontece para cada paciente de AVE e AIT seguindo uma abordagem sistemática.		<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
A. Sistemas para Reconhecimento e Resposta ao AVE			
1. Disponibilidade de serviços essenciais de saúde na região	Contagem descritiva e dados de taxa per capita nos serviços de saúde atualmente disponíveis baseada na lista de verificação Etapa Um		<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
2. Disponibilidade de laboratórios de diagnóstico e de imagem na região	Contagem descritiva e dados de taxa per capita de serviços de diagnóstico por imagem atualmente disponíveis baseada na lista de verificação Etapa Um		<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
3. Disponibilidade de instituições com internação na região	Número de hospitais de cuidados agudos (públicos e privados) - inclua a contagem e depois calcular o número per capita	População total da região em estudo	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
4. Disponibilidade e nível de formação para funcionários e profissionais de saúde na região	Contagens – estratificar pelo número de participantes no treinamento e tipo de treinamento oferecido	Todos os provedores de atendimento em saúde que trabalham com uma população de AVE específica.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
5. Disponibilidade de farmacoterapias importantes para AVE na região	Crie uma lista de possíveis terapias com base na lista de verificação de serviços em AVE e então conte a frequência disponível por terapia		<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Quais os indicadores são prioridade para nós?

Quem coletará os dados?

Como os dados serão coletados (eletronicamente, papel, etc.)?

Como os dados serão analisados? Quando? Com que frequência?

Quem receberá os resultados?

Diretrizes e Plano de Ação Globais
Para Acidente Vascular Encefálico (AVE):
**Um roteiro para atendimento de
qualidade em Acidente Vascular
Encefálico (AVE)**

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
E DE EMERGÊNCIA**

Autores: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
Pelo Global Stroke Quality and Guidelines Advisory Committee,
o Global Stroke Guidelines Working Group,
e o Global Stroke Quality Working Group.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E DE EMERGÊNCIA

Esta seção enfoca as primeiras horas após o AVE. Ela inclui a avaliação precoce do AVE, diagnóstico e controle desde o aparecimento dos primeiros sintomas de AVE até as primeiras 24-48 horas, quando o paciente se torna medicamente estável. Os objetivos do atendimento nesta fase são diagnosticar o tipo de AVE (isquêmico ou hemorrágico) e iniciar o tratamento a tempo para minimizar o impacto do AVE e prevenir danos futuros. O atendimento ao AVE hiperagudo, idealmente envolve os provedores de atendimento especializados em AVE e acontece em uma clínica ou serviço de emergência mas pode ocorrer em outras situações com base na disponibilidade de recurso e de instituição.

Listas de verificação da capacidade do Serviço de Saúde para o Atendimento em AVE[^]



Preencha as seguintes informações para identificar claramente os serviços em AVE que você está desenvolvendo ou avaliando.

REGIÃO:	ORGANIZAÇÃO: PREENCHENDO O CHECK LIST:	PESSOA PRINCIPAL DE CONTATO:
ESCOPO DO SERVIÇO:	METAS DESTA ANÁLISE/COMENTÁRIOS? A ser preenchido pelo grupo local	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Avaliação Nacional/Estadual/Municipal <input type="radio"/> Avaliação Regional/Local <input type="radio"/> Grande hospital urbano com serviços avançados em AVE (serviços abrangentes em AVE) <input type="radio"/> Hospitais comunitários com acesso a alguns serviços em AVE <input type="radio"/> Comunidade com centro de saúde com apenas serviços de saúde disponíveis <input type="radio"/> Comunidade rural com a visita de um profissional de saúde 		

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

A. Serviços em AVE e Disponibilidade de Recursos



Por favor, revise cada uma dessas listas e marque todos os serviços e recursos que você possui atualmente disponíveis para fornecer atendimento ao AVE. Uma vez preenchida, reveja suas respostas para determinar em qual categoria de serviços em AVE você está mais próximo de se encaixar.

Serviços de Atendimento à saúde Mínimos	Serviços Essenciais em AVE (Além dos serviços listados como serviços mínimos em AVE)	Serviços Avançados em AVE (Além dos serviços listados como Serviços mínimos e essenciais em AVE)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Atendimento fornecido na comunidade local sem coordenação por regiões geográficas definidas ○ Sem acesso a serviços de diagnóstico ou atendimento hospitalar para tratamento de AVE hiperagudo ○ Acesso a médicos muito limitado <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar o desenvolvimento de habilidades de avaliação • Treinamento básico em avaliação de rastreio da deglutição e no manejo da disfagia e da temperatura ○ Acesso variável a profissionais de saúde (enfermeiros e agentes leigos) <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento básico em avaliação de rastreio da deglutição e no manejo da disfagia e da temperatura 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acesso a serviços essenciais de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • Testes de laboratório (hemograma, eletrólitos, ureia, glicose, TP, RNI) • Eletrocardiograma (12 derivações) • Tomografia computadorizada (TC) do crânio e dos vasos (ACT) • Capacidade de realizar TC e angiotomografia (ATC) • Ecocardiografia • Doppler ultrassom • Monitores de Holter ○ Acesso limitado a serviços de emergência médica <ul style="list-style-type: none"> • Formação de equipes de ambulância para identificar sinais de AVE usando o processo mnemônico SAMU (Sorria, Abrace, Música, Urgente 192) • Trabalhar com sistemas de ambulância para ter um AVE identificado como transporte de emergência de alta prioridade, além de problemas traumatológicos e obstétricos. ○ Acesso a enfermeiros e à avaliação de enfermagem com formação em AVE <ul style="list-style-type: none"> • Parâmetros de atendimento primário • Parâmetros em atendimento agudo • Enfermeiros com formação avançada • Enfermeiro clínico ○ Acesso a médicos com experiência em AVE (embora não precisem ser especialistas) <ul style="list-style-type: none"> • Médicos/Clinicos/de Família/ Cuidados primários • Neurologista • Neurocirurgião • Internistas (medicina interna) • Cardiologista • Geriatria • Medicina de Emergência • Intensivista • Acesso a especialistas em AVE através das modalidades de teleconsulta e telerradiologia ○ Acesso a trombólise aguda com tPA IV <ul style="list-style-type: none"> • tPA intravenosa (Alteplase) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acesso a serviços de diagnóstico avançados <ul style="list-style-type: none"> • Imagens por Ressonância Magnética (IRM) • Capacidade em fazer Angiorressonância • Aparelhos de perfusão pot TC • Dispositivos de monitoramento prolongado de ECG ○ Acesso a médicos com experiência em cuidados, prevenção e/ou reabilitação em pacientes com AVE <ul style="list-style-type: none"> • Neurologista • Neurocirurgião • Internista (medicina interna) • Neurorradiologista / intervencionista • Geriatria • Intensivista • Cardiologista • Medicina de Emergência • Médicos/Clinicos/de Família/ Cuidados primários • Programa para desenvolver e manter competências básica no atendimento em AVE ○ Acesso a membros da equipe multidisciplinar em AVE agudo <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros • Auxiliares de enfermagem • Farmacêutico • Equipe de cuidados paliativos ○ Acesso a intervenções avançadas: <ul style="list-style-type: none"> • tPA intravenosa (Alteplase) • Trombectomia intravascular • Neurocirurgia para AVE hemorrágico • Hemicraniectomia para AVE isquêmico • Unidades para paciente internado com AVE agudo • Produtos para reverter coagulopatias

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Serviços de Atendimento à saúde Mínimos	Serviços Essenciais em AVE (Além dos serviços listados como serviços mínimos em AVE)	Serviços Avançados em AVE (Além dos serviços listados como Serviços mínimos e essenciais em AVE)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Membros de uma equipe multidisciplinar de AVE <ul style="list-style-type: none"> • Médicos com experiência em AVE • Enfermeiros para AVE • Auxiliares de enfermagem • Farmacêutico • Assistente Social/Responsável pelo caso • Equipe de cuidados paliativos • Fisioterapeuta • Terapeuta ocupacional • Fonoaudiólogo ○ Protocolos para avaliação e diagnóstico rápidos de pacientes com AVE ○ Educação familiar e do paciente, capacitação e participação no planejamento do atendimento ○ Planejamento de Alta ○ Atendimento coordenado em AVE limitado fornecido em regiões geograficamente distintas ○ Programas de treinamento em AVE pra todos os níveis de profissionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Atendimento coordenado completo em AVE limitado fornecido em regiões geograficamente distintas <ul style="list-style-type: none"> • Serviços avançados em AVE racionalizados para um número menor de centros • Redes de AVE que definem o movimento dos pacientes com AVE em toda a região, para níveis mais altos ou mais baixos de serviços, conforme necessário • Sistema de referência coordenado • Fornecimento de teleconsultas para centros menores ou rurais • Acordos disponíveis para trânsito de ambulâncias • Acordos disponíveis de repatriamento para transferência de pacientes de volta às suas comunidades • Materiais educativos impressos para pacientes ○ Programas de treinamento em AVE pra todos os níveis de profissionais de saúde ○ Estratégia de mecanismos e coleta de dados <ul style="list-style-type: none"> • Registro de paciente internado com AVE agudo • Base de dados (local ou regional) de pacientes internados com AVE agudo • Registro de prevenção de AVE • Base de dados de prevenção de AVE • Registro de reabilitação em AVE • Base de dados (local ou regional) em reabilitação em AVE

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

B. Recomendações essenciais para o Atendimento em AVE



Para cada recomendação de melhores práticas, marque qual prática descrita está disponível como parte da rotina do atendimento ao AVE; em desenvolvimento para implementação, não implementada ou seja, o serviço/recurso pode estar disponível nos seus serviços porém não faz parte, atualmente, do atendimento ao AVE; ou o serviço/recurso não está disponível nas suas instalações e não é possível implantá-lo.

Sistema de Saúde e Reconhecimento do AVE Recomendações baseadas em evidências fundamentais	Nível aplicável de Capacidade dos serviços de atendimento à saúde para atendimento ao AVE			Evidências de apoio	Autoavaliação
	Mínimo	Essencial	Avançado		
1. O início dos sintomas de AVT deve ser identificado, documentado e comunicado ao pessoal de saúde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
2. Todos os pacientes com sintomas de AVE devem ser transportados para um hospital que possa oferecer serviços organizados em AVE.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
3. Todos os pacientes com sintomas neurológicos focais/ sintomas de AVE devem realizar exames de imagem (TC ou IRM) sem demora.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
4. Um exame de sangue inicial deve ser realizado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
5. Um eletrocardiograma deve ser realizado em todos os pacientes, especialmente quando houver histórico ou evidência de doença cardíaca ou pulmonar.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
6. Todos os pacientes com AVE devem ter sua função de deglutição examinada ou avaliada para determinar uma possível disfagia, antes de oferecer alimento, bebida ou medicação oral.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
7. Todos os pacientes com AVE isquêmico que podem ser tratados entre 4,5 horas do início dos sintomas devem ser avaliados sem demora por um médico com experiência em AVE, tanto no local como por telemedicina / teleconsulta) para determinar sua elegibilidade para o tratamento com ativador do plasminogênio tecidual endovenoso (tPA)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Sistema de Saúde e Reconhecimento do AVE Recomendações baseadas em evidências fundamentais	Nível aplicável de Capacidade dos serviços de atendimento à saúde para atendimento ao AVE			Evidências de apoio	Autoavaliação
	Mínimo	Essencial	Avançado		
<p>8. Todos os pacientes com oclusão de grandes vasos (OGV) e AVE isquêmico agudo devem ser avaliados para trombectomia endovascular aonde estas intervenções estão disponíveis (localmente ou por transferência para outro centro de AVE com terapia endovascular).</p> <p>A trombectomia endovascular é atualmente o padrão de atendimento para pacientes selecionados com AVE isquêmico agudo e oclusão de grandes vasos ocorridos dentro de 6 horas do início do AVE.</p>			✔	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
<p>9. Todos os pacientes com AVE isquêmico agudo não estando já sob um agente antiplaquetário e que não recebeu alteplase deve receber ácido acetilsalicílico (AAS) imediatamente como <i>dose única (300-325 mg) seguida por 75-150 mg por dia após que exame cerebral</i> por imagem que tenha excluído uma hemorragia intracraniana.</p>		✔	✔	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
<p>10. Uma hemorragia intracerebral deve ser prontamente reconhecida e os pacientes avaliados imediatamente por médicos com experiência no controle de AVE hiperagudo</p>		✔	✔	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
<p>11. Pacientes com AVE agudo devem ser internados.</p>		✔	✔	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
<p>12. Pacientes com AVE pequeno ou ataque isquêmico transitório devem ser examinados com urgência e comecem o tratamento de prevenção, tanto no hospital como no ambulatório especializado.</p>		✔	✔	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Quais recomendações você considera sua maior prioridade para implementar?

Quais os seus próximos passos para iniciar o desenvolvimento e implementação destes melhores práticas?

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

C. Indicadores-chave de qualidade em AVE



Para cada indicador de qualidade, favor anotar quais dados estão sendo coletados de modo ativo e rotineiro; ou o processo de coleta de dados está em desenvolvimento para o indicador; ou os dados devem estar disponíveis mas atualmente não estão sendo coletados; ou os dados para este indicar não estão absolutamente disponíveis e, assim sendo, não disponíveis para coletar ou relatar. Marque a opção mais apropriada para cada indicador

Medidas de Desempenho	Numerador	Denominador	Autoavaliação
Atendimento ao AVE hiperagudo (Primeiras horas após o AVE)			
1. Tempo do início do AVE até o atendimento por um profissional de saúde (em minutos/horas)	Média hora/minutos do última vez visto normalmente e a chegada ao serviço de emergência para todos os pacientes com AVE e AIT.	Número total de eventos de AVE e/ou AIT na população. Ou Número total de casos de AVE isquêmico admitidos no serviço de emergência ou no hospital (dependendo das práticas disponíveis).	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
2. Proporção de pacientes com AVE ou AIT que realizam TC dentro de uma hora da chegada ao hospital e dentro de 24 horas após a chegada ao hospital	KQI2. Uma TC iniciada (1º corte) dentro de 1 hora após a chegada ao hospital (Sim/Não) KQ2.b Uma TC iniciada (1º corte) dentro das 24 horas após a chegada ao hospital (Sim/Não)	Número total de eventos de AVE e/ou AIT na população. Ou Número total de casos de AVE isquêmico admitidos no serviço de emergência ou no hospital (dependendo das práticas disponíveis).	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
3. Proporção de pacientes com AVE e AIT que são examinados ou avaliados para déficits de deglutição.	Número de casos de AVE/AIT com documentação de análise de deglutição completa (Sem julgar se é necessário ou não, aplicabilidade ou elegibilidade)	Número total de eventos de AVE e/ou AIT na população. Ou Número total de casos de AVE isquêmico admitidos no serviço de emergência ou no hospital (dependendo das práticas disponíveis).	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
4. Proporção de pacientes com AVE isquêmico tratados com tPA endovenoso.	Número de todos os pacientes com AVE isquêmico que recebem tPA (Alteplase).	1. Número total de casos de AVE isquêmico admitidos no serviço de emergência (dependendo das práticas disponíveis). 2. Número total de casos de AVE isquêmico admitidos no serviço de emergência (dependendo das práticas disponíveis) que chegam 4,5 horas do início dos sintomas de AVE	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
5. Tempo porta-agulha para pacientes com AVE isquêmico receberem tPA (minutos)	Tempo médio (em minutos) da chegada do paciente no serviço de emergência até a administração de tPA para todos os pacientes que recebem o tPA para o tratamento de AVE agudo Media (IIQ) Número de todos os pacientes com AVE submetidos a trombectomia endovascular.	Número total de casos de AVE isquêmico admitidos no serviço de emergência ou no hospital (dependendo das práticas disponíveis). Número total de casos de AVE isquêmico admitidos no serviço de emergência ou no hospital (dependendo das práticas disponíveis).	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Medidas de Desempenho	Numerador	Denominador	Autoavaliação
Atendimento ao AVE hiperagudo (Primeiras horas após o AVE)			
6. Proporção de todos os AVEs isquêmicos que receberam terapia endovascular aguda.	Tempo médio (em minutos) da chegada de pacientes no serviço de emergência até o acesso arterial (como punção na virilha) para todos os pacientes com AVE isquêmico que recebem terapia endovascular.	Número total de casos de AVE isquêmico admitidos no serviço de emergência ou no hospital (dependendo das práticas disponíveis).	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
7. Tempo médio da chegada ao hospital até o acesso arterial (como punção na virilha) para pacientes submetidos a terapia endovascular (minutos)	Proporção pacientes com AVE isquêmico e AIT que recebem terapia aguda com aspirina nas primeiras 48 horas a partir do aparecimento dos sintomas.	Número total de casos de AVE isquêmico admitidos no serviço de emergência ou no hospital (dependendo das práticas disponíveis).	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
8. Proporção pacientes com AVE isquêmico e AIT que recebem terapia aguda com aspirina nas primeiras 48 horas.	Proporção de todas as instalações de atendimento em saúde públicas/ privadas na região que fornecem ativador do plasminogênio tecidual endovenoso (e intra-arterial) e/ou terapia endovascular.	Número total de casos de AVE isquêmico admitidos no serviço de emergência ou no hospital (dependendo das práticas disponíveis).	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
9. Indicador de sistema - disponibilidade de medicação tPA e serviços endovasculares na região.	B. Número de profissionais em cada organização/região treinado e capaz de providenciar trombólise aguda	Número de instituições de serviço de atendimento em saúde na região (predefinido) Número de profissionais de saúde elegíveis em cada organização / região	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis

Quais os indicadores são prioridade para nós?

Quem coletará os dados?

Como os dados serão coletados (eletronicamente, papel, etc.)?

Como os dados serão analisados? Quando? Com que frequência?

Quem receberá os resultados?

Diretrizes e Plano de Ação Globais
Para Acidente Vascular Encefálico (AVE):
**Um roteiro para atendimento de
qualidade em Acidente Vascular
Encefálico (AVE)**

**ATENDIMENTO HOSPITALAR
AO PACIENTE COM AVC AGUDO**

Autores: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
Pelo Global Stroke Quality and Guidelines Advisory Committee,
o Global Stroke Guidelines Working Group,
e o Global Stroke Quality Working Group.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA O PACIENTE COM AVE AGUDO

Esta seção enfoca os cuidados agudos com o paciente internado após a fase hiperaguda estar concluída. Esta fase de atendimento normalmente começa cerca de 24 horas após o início do AVE até os primeiros 5 a 7 dias. Nesta fase, o paciente se torna medicamente estável e os objetivos mudam para a avaliação continuada do AVE, determinação da etiologia, controle dos sintomas persistentes, início da recuperação, reabilitação inicial e a prevenção de complicações agudas. O atendimento ideal do AVE agudo envolve os provedores de atendimento em saúde e acontece em uma clínica ou uma unidade ou enfermaria hospitalar para AVE mas pode ocorrer em outras situações como em casa, segundo a disponibilidade e recurso da instituição.

Listas de verificação da capacidade do Serviço de Saúde para o Atendimento em AVE[^]



Preencha as seguintes informações para identificar claramente os serviços em AVE que você está desenvolvendo ou avaliando.

REGIÃO:	ORGANIZAÇÃO: PREENCHENDO O CHECK LIST:	PESSOA PRINCIPAL DE CONTATO:
ESCOPO DO SERVIÇO:	METAS DESTA ANÁLISE/COMENTÁRIOS? A ser preenchido pelo grupo local	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Avaliação Nacional/Estadual/Municipal <input type="radio"/> Avaliação Regional/Local <input type="radio"/> Grande hospital urbano com serviços avançados em AVE (serviços abrangentes em AVE) <input type="radio"/> Hospitais comunitários com acesso a alguns serviços em AVE <input type="radio"/> Comunidade com centro de saúde com apenas serviços de saúde disponíveis <input type="radio"/> Comunidade rural com a visita de um profissional de saúde 		

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

A. Serviços em AVE e Disponibilidade de Recursos



Por favor, revise cada uma dessas listas e marque todos os serviços e recursos que você possui atualmente disponíveis para fornecer atendimento ao AVE. Uma vez preenchida, reveja suas respostas para determinar em qual categoria de serviços em AVE você está mais próximo de se encaixar.

Serviços de Atendimento à saúde Mínimos	Serviços Essenciais em AVE (Além dos serviços listados como serviços mínimos em AVE)	Serviços Avançados em AVE (Além dos serviços listados como Serviços mínimos e essenciais em AVE)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Atendimento fornecido na comunidade local sem coordenação por regiões geográficas definidas ○ Acesso a médicos muito limitado <ul style="list-style-type: none"> ○ Proporcionar o desenvolvimento de habilidades de avaliação <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer treinamento na avaliação dos fatores de risco essenciais para AVE: pressão arterial, fibrilação atrial (verificar pulso), exercícios, álcool, dieta (respeitando as circunstâncias) • Habilidades essenciais no controle de fatores de risco, medicamentos, estilo de vida • Treinamento em técnicas de reabilitação essenciais, mobilidade e postura que podem ser ensinadas para a família • Treinamento básico em avaliação de rastreio da deglutição e no manejo da disfagia e da temperatura ○ Acesso variável a profissionais de saúde (enfermeiros e agentes leigos) <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento na avaliação dos fatores de risco essenciais para AVE: pressão arterial, fibrilação atrial (verificar pulso), exercícios, álcool, dieta (respeitando as circunstâncias) • Treinamento em técnicas de reabilitação essenciais, mobilidade e postura que podem ser ensinadas para a família • Treinamento básico em avaliação de rastreio da deglutição e no manejo da disfagia e da temperatura ○ Sem acesso aos serviços de diagnóstico ou atendimento hospitalar ○ Acesso limitado ao mais básico aconselhamento preventivo de estilo de vida ○ Acesso à internet <ul style="list-style-type: none"> • Acesso à educação sobre AVE móvel (como a WSA - World Stroke Academy) • Acesso a ferramentas móveis como o aplicativo Riscômetro de AVE 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acesso a serviços essenciais de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • Testes de laboratório (hemograma, eletrólitos, ureia, glicose, TP, RNI) • Eletrocardiograma (12 derivações) • Tomografia computadorizada (TC) do crânio e dos vasos (ACT) • Capacidade de realizar TC e angiotomografia (ATC) • Ecocardiografia • Doppler ultrassom • Monitores de Holter ○ Acesso a enfermeiros e à avaliação de enfermagem com formação em AVE <ul style="list-style-type: none"> • Parâmetros em atendimento agudo • Enfermeiros com formação avançada • Enfermeiro clínico ○ Acesso a médicos com experiência em AVE (embora não precisem ser especialistas) <ul style="list-style-type: none"> • Médicos/Clinicos/de Família/ Cuidados primários • Neurologista • Neurocirurgião • Internista (medicina interna) • Cardiologista • Geriatria • Medicina de emergência • Fisiatria e medicina de reabilitação • Intensivista • Acesso a especialistas em AVE através das modalidades de teleconsulta e telerradiologia ○ Acesso a atendimento a pacientes internados com AVE agudo quando admitidos em? <ul style="list-style-type: none"> • Unidade de AVE • Modelo agrupado em uma mesma enfermaria • Espalhados por todo o hospital ○ Acesso às unidades de atendimento a AVE (Módulo WSA): <ul style="list-style-type: none"> • Unidade dedicada ao atendimento de pacientes com AVE definida geograficamente <ul style="list-style-type: none"> - Ou, modelo de agrupamento de pacientes com AVE • Membros de uma equipe multidisciplinar de AVE <ul style="list-style-type: none"> - Médicos com experiência em AVE - Enfermeiros treinados em AVE 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acesso a serviços de diagnóstico avançados <ul style="list-style-type: none"> • Imagens por Ressonância Magnética (IRM) • Capacidade em fazer Angiorressonância • Aparelhos de perfusão pot TC • Dispositivos de monitoramento prolongado de ECG ○ Acesso a médicos com experiência em cuidados, prevenção e/ou reabilitação em pacientes com AVE <ul style="list-style-type: none"> • Neurologista • Neurocirurgião • Internista (medicina interna) • Neurorradiologista / intervencionista • Geriatria • Intensivista • Cardiologista • Medicina de emergência • Fisiatria e medicina de reabilitação • Médicos/Clinicos/de Família/ Cuidados primários • Programa para desenvolver e manter competências básica no atendimento em AVE ○ Acesso a membros da equipe multidisciplinar em AVE agudo <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros • Auxiliares de enfermagem • Farmacêutico • Assistente Social/Responsável pelo caso • Equipe de cuidados paliativos • (Veja abaixo para equipe de reabilitação) ○ Atendimento coordenado completo em AVE limitado fornecido em regiões geograficamente distintas <ul style="list-style-type: none"> • Serviços avançados em AVE racionalizados para um número menor de centros • Redes de AVE que definem o movimento dos pacientes com AVE em toda a região, para níveis mais altos ou mais baixos de serviços, conforme necessário

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Serviços de Atendimento à saúde Mínimos	Serviços Essenciais em AVE (Além dos serviços listados como serviços mínimos em AVE)	Serviços Avançados em AVE (Além dos serviços listados como Serviços mínimos e essenciais em AVE)
	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliares de enfermagem - Farmacêutico - Assistente Social/Responsável pelo caso - Equipe de atendimento paliativo - Fisioterapeuta - Terapeuta ocupacional - Profissional de fonoaudiologia • Protocolos para avaliação e diagnóstico rápidos de pacientes com AVE • Protocolos para orientar o atendimento em AVE com base nas diretrizes de melhores práticas <ul style="list-style-type: none"> - Avaliações médicas e de enfermagem: - Histórico - Triagem de deglutição - Nutrição, hidratação - Estado funcional, mobilidade, risco de TVP - Nível de dependência - Integridade da pele - Controle da bexiga e intestino - Temperatura • Encontros semanais interdisciplinares para discutir o progresso do paciente com relação aos metas do tratamento; atualização de planos de manejo • O acesso precoce às terapias de reabilitação - incluindo treinamento das habilidades entre enfermeiros, auxiliares de enfermagem e os membros da família. • Educação familiar e do paciente, capacitação e participação no planejamento do atendimento • Planejamento de Alta ○ Acesso aos serviços de reabilitação pós-AVE <ul style="list-style-type: none"> • Avaliações iniciais funcionais, definição de metas e desenvolvimento de planos de reabilitação individualizados ○ Acesso a terapias de prevenção do AVE, como aspirina, recomendações de mudança de estilo de vida e controle da pressão arterial ○ Atendimento coordenado em AVE limitado fornecido em regiões geograficamente distintas ○ Programas de treinamento em AVE pra todos os níveis de profissionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sistema de referência coordenado <ul style="list-style-type: none"> Fornecimento de teleconsultas para centros menores ou rurais <ul style="list-style-type: none"> • Acordos disponíveis para trânsito de ambulâncias • Acordos disponíveis de repatriamento para transferência de pacientes de volta às suas comunidades • Acesso a protocolos de atendimento de pacientes com AVC: avaliação da deglutição, alimentos e líquidos. Posicionamento, mobilização, continência, complicações (febre, TVP, ruptura da pele) • Materiais educativos impressos para pacientes ○ Programas de treinamento em AVE pra todos os níveis de profissionais de saúde ○ Estratégia de mecanismos e coleta de dados <ul style="list-style-type: none"> • Registro de paciente internado com AVE agudo • Base de dados (local ou regional) de pacientes internados com AVE agudo • Registro de prevenção de AVE • Base de dados de prevenção de AVE • Registro de reabilitação em AVE • Base de dados (local ou regional) em reabilitação em AVE

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

B. Recomendações essenciais para o Atendimento em AVE



Para cada recomendação de melhores práticas, marque qual prática descrita está disponível como parte da rotina do atendimento ao AVE; em desenvolvimento para implementação, não implementada ou seja, o serviço/recurso pode estar disponível nos seus serviços porém não faz parte, atualmente, do atendimento ao AVE; ou o serviço/recurso não está disponível nas suas instalações e não é possível implantá-lo.

Sistema de Saúde e Reconhecimento do AVE Recomendações baseadas em evidências fundamentais	Nível aplicável de Capacidade dos serviços de atendimento à saúde para atendimento ao AVE			Evidências de apoio	Autoavaliação
	Mínimo	Essencial	Avançado		
Cuidados hospitalares do AVC agudo (primeiros dias após o AVE)					
1.a Pacientes com AVE agudo devem ser internados.		☑	☑	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
1.b Pacientes com AVE pequeno ou ataque isquêmico transitório devem ser examinados com urgência e começarem a prevenção (dentro das primeiras 48 horas do início dos sintomas do AVE), tanto no hospital como no ambulatório especializado.		☑	☑	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
2. Pacientes internados com um AVE agudo ou com ataque isquêmico transitório devem ser tratados por uma equipe multidisciplinar para AVE que consiste, no mínimo, de um médico com treinamento em atendimento a AVE, um enfermeiro, um especialista em reabilitação (como um fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo).		☑	☑	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
3. Pacientes internados com um AVE agudo ou com ataque isquêmico transitório devem ser tratados em uma unidade AVE que é uma unidade especializada, geograficamente definida e dedicada ao manejo de pacientes com AVE, composta por uma equipe interdisciplinar (ver recomendação #2 acima).		☑	☑	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
4. Estratégias de controle devem ser implementadas para todos os pacientes com AVE visando prevenir complicações (ex.: febre, infecção, pneumonia, hipoglicemia, trombose venosa profunda, úlceras de pele e AVE recorrente).	☑	☑	☑	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Sistema de Saúde e Reconhecimento do AVE Recomendações baseadas em evidências fundamentais	Nível aplicável de Capacidade dos serviços de atendimento à saúde para atendimento ao AVE			Evidências de apoio	Autoavaliação
	Mínimo	Essencial	Avançado		
Cuidados hospitalares do AVC agudo (primeiros dias após o AVE)					
5. Para pacientes com AVE devastador, quando o tratamento médico é considerado fútil, devem ser oferecidos cuidados paliativos e fim de vida apropriado.	✔	✔	✔	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
6. Pacientes com suspeita de AVE embólico ou falta de um mecanismo claro de AVE (ex: imagem da neurovascularização normal, sem sinal de doença de grandes vasos) deve ter monitoramento cardíaco prolongado.		✔	✔	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
7.a Todos os pacientes com AVE devem ser avaliados para o seu risco de desenvolver tromboembolismo venoso		✔	✔	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
7.b Para pacientes com alto risco de tromboembolismo venoso, deve ser iniciada imediatamente a profilaxia para tromboembolismo venoso se não houver contraindicação.		✔	✔	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
8.a Não é recomendada a atividade frequente fora do leito durante um prazo bem inicial (até 24 horas do início do AVE). A mobilização pode ser razoável para alguns pacientes com AVE agudo dentro de um prazo bem inicial e o julgamento clínico deve ser realizado.	✔	✔	✔	Nível de evidência: B Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
8.b Todos os pacientes internados com AVE agudo devem iniciar a mobilização precoce (entre 24 e 48 horas do início do AVE) se não houver contraindicação. <i>Contraindicações para a mobilização precoce incluem, mas não estão restritas a: pacientes que fizeram punção arterial para um procedimento intervencionista, condições médicas instáveis, baixa saturação de oxigênio e fratura ou lesão de membro inferior.</i>	✔	✔	✔	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Sistema de Saúde e Reconhecimento do AVE Recomendações baseadas em evidências fundamentais	Nível aplicável de Capacidade dos serviços de atendimento à saúde para atendimento ao AVE			Evidências de apoio	Autoavaliação
	Mínimo	Essencial	Avançado		
Cuidados hospitalares do AVC agudo (primeiros dias após o AVE)					
8.c Familiares devem ser treinados para auxiliar com a mobilização.	✔	✔	✔	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
9.a A temperatura deve ser monitorada e iniciadas as medidas da sua redução como antipiréticos e banhos mornos quando a temperatura subir	✔	✔	✔	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
9.b Para temperaturas acima de 37,5°C, aumente a frequência do monitoramento, investigue uma possível infecção como pneumonia ou do trato urinário e inicie terapia antipirética e antimicrobiana conforme necessário.	✔	✔	✔	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
10. O uso de catéteres permanentes deve ser evitado devido ao risco de infecção do trato urinário.	✔	✔	✔	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
11. Todos os pacientes com AVE devem ser examinados para incontinência ou retenção urinária (com ou sem extravasamento), incontinência fecal ou constipação	✔	✔	✔	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
12. A deglutição, o estado nutricional e de hidratação dos pacientes com AVE devem ser examinados o mais cedo possível (usando ferramentas de rastreio validadas quando possível).	✔	✔	✔	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
13. Familiares devem ser treinados em técnicas de alimentação adequadas aos pacientes com AVE com dificuldade de deglutição.	✔	✔	✔	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Sistema de Saúde e Reconhecimento do AVE Recomendações baseadas em evidências fundamentais	Nível aplicável de Capacidade dos serviços de atendimento à saúde para atendimento ao AVE			Evidências de apoio	Autoavaliação
	Mínimo	Essencial	Avançado		
Cuidados hospitalares do AVC agudo (primeiros dias após o AVE)					
14. Resultados anormais da avaliação inicial ou em andamento da deglutição devem ser encaminhados para um fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e/ou nutricionista para uma avaliação e manejo mais detalhados		✔	✔	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
15. O planejamento de alta deve ser iniciado o mais rápido possível após o paciente ser admitido em cada fase do atendimento (ex: serviço de emergência, cuidados hospitalares agudos, reabilitação, complexo de atendimento continuado, atendimento domiciliar)	✔	✔	✔	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis

Quais recomendações você considera sua maior prioridade para implementar?

Quais os seus próximos passos para iniciar o desenvolvimento e implementação destes melhores práticas?

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

C. Indicadores-chave de qualidade em AVE



Para cada indicador de qualidade, favor anotar quais dados estão sendo coletados de modo ativo e rotineiro; ou o processo de coleta de dados está em desenvolvimento para o indicador; ou os dados devem estar disponíveis mas atualmente não estão sendo coletados; ou os dados para este indicar não estão absolutamente disponíveis e, assim sendo, não disponíveis para coletar ou relatar. Marque a opção mais apropriada para cada indicador

Medidas de Desempenho	Numerador	Denominador	Autoavaliação
Cuidados hospitalares do AVC agudo (primeiros dias após o AVE)			
1. Proporção de pacientes apresentando AVE admitidos para tratamento hospitalar agudo.	Número de apresentações em uma instituição de saúde que são admitidas em uma unidade de internação.	Total de apresentações em uma instituição de saúde para AVE ou AIT.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
2. Proporção de pacientes com AIT (Ataque Isquêmico Transitório) com acesso aos serviços de avaliação rápido.	Número de pacientes com AVE em uma instituição de saúde que receberam uma avaliação rápida para AIT dentro das primeiras 48 horas do início dos sintomas de AVE.	Total de apresentações em uma instituição de saúde para AIT.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
3. Proporção de pacientes com AIT e AVE que são admitidos em uma unidade de AVE agudo.	Número de pacientes com AVE e AIT admitidos no hospital e tratados em unidade de AVE agudo, em qualquer momento durante sua permanência no hospital.	Todos os pacientes com AVE e AIT admitidos para cuidado agudo no hospital.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
4. Tempo desde o início do AVE até a primeira mobilização.	Dias/horas a partir do início do AVE até a primeira mobilização após chegada ao hospital.	Todos os pacientes com AVE e AIT admitidos para cuidado agudo no hospital.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
5. Distribuição dos locais de alta para pacientes com AVE e AIT transferidos do cuidado agudo.	Número de pacientes que receberam alta para casa ou moradia, pacientes internados em reabilitação, cuidados prolongados, ou outro local após a admissão de internação para AVE.	Todos os pacientes com AVE e AIT admitidos e internados durante a fase aguda e que receberam alta.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
6. Porcentagem de pacientes internados com um exame de deglutição documentado concluído.	Número de pacientes com AVE admitidos no hospital que têm documentado em suas fichas de triagem de deglutição concluído.	Todos os pacientes com AVE e AIT admitidos para cuidado agudo no hospital.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Quais os indicadores são prioridade para nós?

Quem coletará os dados?

Como os dados serão coletados (eletronicamente, papel, etc.)?

Como os dados serão analisados? Quando? Com que frequência?

Quem receberá os resultados?

Diretrizes e Plano de Ação Globais
Para Acidente Vascular Encefálico (AVE):
**Um roteiro para atendimento de
qualidade em Acidente Vascular
Encefálico (AVE)**

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO AVE

Autores: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
Pelo Global Stroke Quality and Guidelines Advisory Committee,
o Global Stroke Guidelines Working Group,
e o Global Stroke Quality Working Group.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

PREVENÇÃO CONTRA AVE RECORRENTE

Esta seção se concentra na avaliação e controle dos fatores de risco de AVE e nas questões físicas, cognitiva e emocionais decorrentes para os sobreviventes de AVE (incluindo os pacientes com AIT e AVE). Esta seção não aborda diretamente a prevenção primária de AVE. Os serviços de prevenção do AVE e atitudes são abordadas na fase subaguda.

O atendimento de prevenção do AVE idealmente envolve profissionais de saúde com experiência em AVE, e acontecem em qualquer situação para pacientes com todos os tipos de AVE e todas as suas gravidades, incluindo clínicas de prevenção designadas, programas de redução de riscos vasculares, programas de controle de doenças crônicas, hospitais de atendimento agudo, departamentos de emergências, atendimento primário e outros contextos comunitários e em domicílio, dependendo do recurso e da instituição disponíveis. Ferramentas preventivas e educacionais móveis e validadas (p.e., aplicativo Riskometer Stroke; Feigin et al., 2015) devem ser utilizadas tanto por profissionais da saúde quanto por leigos quando disponíveis.

Listas de verificação da capacidade do Serviço de Saúde para o Atendimento em AVE[^]



Preencha as seguintes informações para identificar claramente os serviços em AVE que você está desenvolvendo ou avaliando.

REGIÃO:	ORGANIZAÇÃO: PREENCHENDO O CHECK LIST:	PESSOA PRINCIPAL DE CONTATO:
ESCOPO DO SERVIÇO:		METAS DESTA ANÁLISE/COMENTÁRIOS? A ser preenchido pelo grupo local
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Avaliação Nacional/Estadual/Municipal <input type="radio"/> Avaliação Regional/Local <input type="radio"/> Grande hospital urbano com serviços avançados em AVE (serviços abrangentes em AVE) <input type="radio"/> Hospitais comunitários com acesso a alguns serviços em AVE <input type="radio"/> Comunidade com centro de saúde com apenas serviços de saúde disponíveis <input type="radio"/> Comunidade rural com a visita de um profissional de saúde 		

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

A. Serviços em AVE e Disponibilidade de Recursos



Por favor, revise cada uma dessas listas e marque todos os serviços e recursos que você possui atualmente disponíveis para fornecer atendimento ao AVE. Uma vez preenchida, reveja suas respostas para determinar em qual categoria de serviços em AVE você está mais próximo de se encaixar.

Serviços de Saúde Mínimos	Serviços Essenciais em AVE (Além dos serviços listados como serviços mínimos em AVE)	Serviços Avançados em AVE (Além dos serviços listados como Serviços mínimos e essenciais em AVE)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Atendimento fornecido na comunidade local sem coordenação por regiões geográficas definidas ○ Acesso a médicos muito limitado <ul style="list-style-type: none"> ○ Proporcionar o desenvolvimento de habilidades de avaliação <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer treinamento na avaliação dos fatores de risco essenciais para AVE: pressão arterial, fibrilação atrial (verificar pulso), exercícios, álcool, dieta (respeitando as circunstâncias) • Habilidades essenciais no controle de fatores de risco, medicamentos, estilo de vida • Treinamento em técnicas de reabilitação essenciais, mobilidade e postura que podem ser ensinadas para a família • Treinamento básico em avaliação de rastreio da deglutição e no manejo da disfagia e da temperatura ○ Acesso variável a profissionais de saúde (enfermeiros e agentes leigos) <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento na avaliação dos fatores de risco essenciais para AVE: pressão arterial, fibrilação atrial (verificar pulso), exercícios, álcool, dieta (respeitando as circunstâncias) • Treinamento em técnicas de reabilitação essenciais, mobilidade e postura que podem ser ensinadas para a família • Treinamento básico em avaliação de rastreio da deglutição e no manejo da disfagia e da temperatura ○ Sem acesso aos serviços de diagnóstico ou atendimento hospitalar ○ Acesso limitado ao mais básico aconselhamento preventivo de estilo de vida ○ Acesso à internet <ul style="list-style-type: none"> • Acesso à educação sobre AVE móvel (como a WSA - World Stroke Academy) • Acesso a ferramentas móveis como o aplicativo Riscômetro de AVE 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acesso a serviços essenciais de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • Testes de laboratório (hemograma, eletrólitos, ureia, glicose, TP, RNI) • Eletrocardiograma (12 derivações) • Tomografia computadorizada (TC) do crânio e dos vasos (ACT) • Capacidade de realizar TC e angiogramografia (ATC) • Ecocardiografia • Doppler ultrassom • Monitores de Holter ○ Acesso a enfermeiros e à avaliação de enfermagem com formação em AVE <ul style="list-style-type: none"> • Parâmetros de atendimento primário • Parâmetros em atendimento agudo • Enfermeiros com formação avançada • Enfermeiro clínico ○ Acesso a médicos com experiência em AVE (embora não precisem ser especialistas) <ul style="list-style-type: none"> • Médicos/Clinicos/de Família/Cuidados primários • Neurologista • Neurocirurgião • Internista (medicina interna) • Cardiologista • Geriatria • Medicina de Emergência • Fisiatria e medicina de reabilitação • Intensivista • Acesso a especialistas em AVE através das modalidades de teleconsulta e telerradiologia ○ Membros de uma equipe multidisciplinar de AVE <ul style="list-style-type: none"> • Médicos com experiência em AVE • Enfermeiros para AVE • Auxiliares de enfermagem • Farmacêutico • Assistente Social/Responsável pelo caso • Equipe de cuidados paliativos • Fisioterapeuta • Terapeuta ocupacional • Fonoaudiólogo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acesso a serviços de diagnóstico avançados <ul style="list-style-type: none"> • Imagens por Ressonância Magnética (IRM) • Capacidade em fazer Angiorressonância (RM) • Aparelhos de perfusão pot TC • Dispositivos de monitoramento prolongado de ECG ○ Acesso a médicos com experiência em cuidados, prevenção e/ou reabilitação em pacientes com AVE <ul style="list-style-type: none"> • Neurologista • Neurocirurgião • Internista (medicina interna) • Neurorradiologista / intervencionista • Geriatria • Intensivista • Cardiologista • Medicina de Emergência • Fisiatria e medicina de reabilitação • Médicos/Clinicos/de Família/Cuidados primários • Programa para desenvolver e manter competências básica no atendimento em AVE ○ Acesso a membros da equipe multidisciplinar em AVE agudo <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros • Auxiliares de enfermagem • Farmacêutico • Assistente Social/Responsável pelo caso • Equipe de cuidados paliativos • (Veja abaixo para equipe de reabilitação) ○ Acesso a membros da equipe multidisciplinar em AVE agudo ○ Atendimento de AVE coordenado através de regiões geograficamente pontuais ○ Prevenção de AVE e programas de treinamento em gerenciamento para todos os níveis de profissionais da saúde

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Serviços de Saúde Mínimos

Serviços essenciais em AVE (Além dos serviços listados como serviços mínimos em AVE)

Serviços Avançados em AVE (Além dos serviços listados como Serviços mínimos e essenciais em AVE)

- | | | |
|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Acesso aos serviços de prevenção secundária <ul style="list-style-type: none"> • Clínicas de prevenção estruturadas ou especialistas • Avaliações dos fatores de risco • Monitoramento da pressão arterial • Medicamentos antiplaquetários e anticoagulantes • Educação familiar e do paciente, capacitação e participação no planejamento do atendimento • Reabilitação em andamento • Controle e avaliação da cognição • Controle e avaliação da depressão ○ Atendimento coordenado em AVE limitado fornecido em regiões geograficamente distintas ○ Programas de treinamento em AVE pra todos os níveis de profissionais de saúde | <ul style="list-style-type: none"> ○ Estratégia de mecanismos e coleta de dados <ul style="list-style-type: none"> • Registro de paciente internado com AVE agudo • Base de dados (local ou regional) de pacientes internados com AVE agudo • Registro de prevenção de AVE • Base de dados de prevenção de AVE • Registro de reabilitação em AVE • Base de dados (local ou regional) em reabilitação em AVE |
|--|---|---|

one voice
One World Voice for Stroke

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

B. Recomendações essenciais para o Atendimento em AVE



Para cada recomendação de melhores práticas, marque qual prática descrita está disponível como parte da rotina do atendimento ao AVE; em desenvolvimento para implementação, não implementada ou seja, o serviço/recurso pode estar disponível nos seus serviços porém não faz parte, atualmente, do atendimento ao AVE; ou o serviço/recurso não está disponível nas suas instalações e não é possível implantá-lo.

Sistema de Saúde e Reconhecimento do AVE Recomendações baseadas em evidências fundamentais	Nível aplicável de Capacidade dos serviços de atendimento à saúde para atendimento ao AVE			Evidências de apoio	Autoavaliação
	Serviços de Saúde	Essencial	Avançado		
1.a Avaliar pacientes com AVE e AIT para fatores de risco de doenças vasculares e questões sobre o estilo de vida: Tabagismo, níveis de exercício, dieta, peso e ingestão de álcool e sódio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
1.b Avaliar pacientes com AVE e AIT para fatores de risco de doenças vasculares: hipertensão, diabetes, fibrilação arterial e hipercolesterolemia.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
1.c Avaliar pacientes com AVE e AIT para fatores de risco de doenças vasculares: doença de carótida, doença cardíaca.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
2. Fornecer informação e aconselhamento sobre possíveis estratégias para mudar o estilo de vida para a redução do risco vascular (tabagismo, peso, dieta, ingestão de sódio, exercícios, estresse, ingestão de álcool).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
3. As referências devem ser feitas aos especialistas adequados de modo a fornecerem avaliações mais compreensivas e programas estruturados para o controle específico dos fatores de risco vasculares.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
4. A todos os pacientes com AVE isquêmico ou AIT devem ser prescritos terapia antiplaquetária para prevenção secundária de AVE recorrente, a menos que haja um indicação para o uso de anticoagulantes (uma vez diagnosticada a etiologia isquêmica através de TC).		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
5. Todos os pacientes com AVE ou AIT precisam ter sua pressão arterial monitorada regularmente.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Sistema de Saúde e Reconhecimento do AVE Recomendações baseadas em evidências fundamentais	Nível aplicável de Capacidade dos serviços de atendimento à saúde para atendimento ao AVE			Evidências de apoio	Autoavaliação
	Serviços de Saúde	Essencial	Avançado		
A medicação anti-hipertensiva deve começar antes da alta hospitalar para todos os pacientes com AVE para tratar as metas individualizadas.					
6. Um medicamento da classe das estatinas deve ser prescrito como prevenção secundária para a maioria dos pacientes que tiveram um AVE isquêmico ou ataque isquêmico transitório.		☑	☑	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
7. Os índices glicêmicos devem ser monitorados em pacientes diabéticos com AVE ou ataque isquêmico transitório.		☑	☑	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
8. Pacientes com AVE ou AIT devem ser tratados para atingirem seus alvos glicêmicos individuais. Na maioria dos casos os pacientes devem ser tratados para atingirem o nível de hemoglobina glicada (HbA1C) ≤ 7.0 por cento.		☑	☑	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
9. Pacientes com fibrilação atrial ou flutter atrial (paroxístico, persistente ou permanente) devem receber anticoagulantes orais. Anticoagulantes orais diretos têm preferência sobre a varfarina em FA(flutter atrial) não-valvular.		☑	☑	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
10. Pacientes com AIT ou AVE não-incapacitante e com estenose da artéria carótida interna ipsilateral entre 50 e 99% devem ser avaliados por um especialista em Acidente Vascular Encefálico.		☑	☑	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
11. Aos pacientes com estenose da artéria carótida interna ipsilateral entre 50 e 99% deve ser oferecida, e encaminhados para, a revascularização da carótida tão logo possível, com o tempo entre sete e quatorze dias para a operação.			☑	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Quais recomendações você considera sua maior prioridade para implementar?

Quais os seus próximos passos para iniciar o desenvolvimento e implementação destes melhores práticas?

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

C. Indicadores-chave de qualidade em AVE



Para cada indicador de qualidade, favor anotar quais dados estão sendo coletados de modo ativo e rotineiro; ou o processo de coleta de dados está em desenvolvimento para o indicador; ou os dados devem estar disponíveis mas atualmente não estão sendo coletados; ou os dados para este indicador não estão absolutamente disponíveis e, assim sendo, não disponíveis para coletar ou relatar. Marque a opção mais apropriada para cada indicador

Medidas de Desempenho	Numerador	Denominador	Autoavaliação
1. Proporção de pacientes com AVE isquêmico e AIT para os quais foi prescrito agente antiplaquetário.	Número de pacientes com AVE isquêmico e AIT que receberam alta da emergência ou dos hospitais com terapia antiplaquetária.	Número de pacientes com AVE isquêmico ou AIT dentro de uma população e área definidas (com base na localização, período de tempo, etc.)	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
2. Proporção de pacientes com AVE isquêmico e AIT para os quais foi prescrito estatina (indicador do sistema: disponibilidade de estatinas na região)	Número de pacientes com AVE isquêmico ou AIT para os quais foi prescrita medicação para redução dos níveis lipídicos com parâmetros e prazos definidos.	Número de pacientes com AVE isquêmico ou AIT dentro de uma população e área definidas (com base na localização, período de tempo, etc.)	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
3. Proporção de pacientes com AVE isquêmico e AIT para os quais foi prescrito agente anticoagulante.	Número de pacientes com AVE isquêmico ou AIT com fibrilação arterial e sem contraindicação para terapia com anticoagulantes que receberam anticoagulantes com parâmetros e prazo definidos.	Número de pacientes com AVE isquêmico ou AIT dentro de uma população e área definidas (com base na localização, período de tempo, etc.)	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
4. Proporção de pacientes com AVE isquêmico e AIT com doença de carótida que se submeteram a revascularização no território da carótida.	Número de pacientes com AVE com estenose de carótida de moderada a severa os quais passaram por procedimento de intervenção de carótida.	Número de pacientes diagnosticados com AVE e estenose da artéria carótida de moderada a severa (50-99%) dentro de uma população e quadro definidos (com base na localização, período de tempo, etc.)	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
5. Tempo entre o AVE até a revascularização da carótida.	Tempo médio (em dias) do início dos sintomas de AVE até a revascularização da carótida para pacientes com AVE agudo e TIA com doença de carótida (IIQ - intervalo interquartil)	Número total de casos de AVE isquêmico e AIT com doença de carótida admitidos na emergência ou em hospitais (dependendo das práticas locais).	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Quais os indicadores são prioridade para nós?

Quem coletará os dados?

Como os dados serão coletados (eletronicamente, papel, etc.)?

Como os dados serão analisados? Quando? Com que frequência?

Quem receberá os resultados?

Diretrizes e Plano de Ação Globais
Para Acidente Vascular Encefálico (AVE):
**Um roteiro para atendimento de
qualidade em Acidente Vascular
Encefálico (AVE)**

REABILITAÇÃO EM AVE

Autores: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
Pelo Global Stroke Quality and Guidelines Advisory Committee,
o Global Stroke Guidelines Working Group,
e o Global Stroke Quality Working Group.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

REABILITAÇÃO EM AVE

Esta seção se concentra na definição de metas para a reabilitação, avaliação, terapias e outras intervenções para promover as recuperações emocional, física e cognitiva ideais para os sobreviventes do Acidente Vascular Encefálico. As metas da reabilitação pós-AVE consistem em ajudar os pacientes com AVE a recuperarem o máximo de independência em suas atividades e aumentar a qualidade de vida. A reabilitação pós-AVE pode melhorar significativamente os resultados para os sobreviventes de AVE e deve ser orientada.

Os serviços e atividades de reabilitação pós-AVE são aplicados na fase subaguda, normalmente, logo após a ocorrência do AVE, uma vez que a pessoa esteja estável, e podem ser benéficos por semanas, meses e até mesmo anos após o Acidente Vascular Encefálico. A reabilitação pós-AVE envolve, preferencialmente, profissionais de cuidados à saúde com experiência em recuperação pós-AVE, com participação em várias situações, como unidades de reabilitação, programas de reabilitação de centros comunitários, hospitais e domiciliares, diários ou não, dependendo do recursos e instalação disponíveis.

Listas de verificação da capacidade do Serviço de Saúde para o Atendimento em AVE^A



Preencha as seguintes informações para identificar claramente os serviços em AVE que você está desenvolvendo ou avaliando.

REGIÃO:	ORGANIZAÇÃO: PREENCHENDO O CHECK LIST:	PESSOA PRINCIPAL DE CONTATO:
ESCOPO DO SERVIÇO:		METAS DESTA ANÁLISE/COMENTÁRIOS? A ser preenchido pelo grupo local
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Avaliação Nacional/Estadual/Municipal <input type="radio"/> Avaliação Regional/Local <input type="radio"/> Grande hospital urbano com serviços avançados em AVE (serviços abrangentes em AVE) <input type="radio"/> Hospitais comunitários com acesso a alguns serviços em AVE <input type="radio"/> Comunidade com centro de saúde com apenas serviços de saúde disponíveis <input type="radio"/> Comunidade rural com a visita de um profissional de saúde 		

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

A. Serviços em AVE e Disponibilidade de Recursos



Por favor, revise cada uma dessas listas e marque todos os serviços e recursos que você possui atualmente disponíveis para fornecer atendimento ao AVE. Uma vez preenchida, reveja suas respostas para determinar em qual categoria de serviços em AVE você está mais próximo de se encaixar.

Serviços de Atendimento à saúde Mínimos	Serviços essenciais em AVE (Além dos serviços listados como serviços mínimos em AVE)	Serviços Avançados em AVE (Além dos serviços listados como Serviços mínimos e essenciais em AVE)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Atendimento fornecido na comunidade local sem coordenação por regiões geográficas definidas ○ Acesso a médicos muito limitado <ul style="list-style-type: none"> ○ Proporcionar o desenvolvimento de habilidades de avaliação <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer treinamento na avaliação dos fatores de risco essenciais para AVE: pressão arterial, fibrilação atrial (verificar pulso), exercícios, álcool, dieta (respeitando as circunstâncias) • Habilidades essenciais no controle de fatores de risco, medicamentos, estilo de vida • Treinamento em técnicas de reabilitação essenciais, mobilidade e postura que podem ser ensinadas para a família • Treinamento básico em avaliação de rastreamento da deglutição e no manejo da disfagia e da temperatura ○ Acesso variável a profissionais de saúde (enfermeiros e agentes leigos) <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento na avaliação dos fatores de risco essenciais para AVE: pressão arterial, fibrilação atrial (verificar pulso), exercícios, álcool, dieta (respeitando as circunstâncias) • Treinamento em técnicas de reabilitação essenciais, mobilidade e postura que podem ser ensinadas para a família • Treinamento básico em avaliação de rastreamento da deglutição e no manejo da disfagia e da temperatura ○ Acesso à internet <ul style="list-style-type: none"> • Acesso à educação sobre AVE móvel (como a WSA - World Stroke Academy) • Acesso a ferramentas móveis como o aplicativo Riscômetro de AVE 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acesso a médicos com experiência em AVE (embora não precisem ser especialistas) <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia e medicina de reabilitação • Médicos/Clinicos/de Família/Cuidados primários • Neurologista • Acesso a especialistas em AVE através das modalidades de teleconsulta e telerradiologia ○ Acesso à enfermeiras e avaliação de enfermagem com treinamento em reabilitação após AVE <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros com formação avançada • Enfermeiro clínico ○ O acesso precoce às terapias de reabilitação - incluindo treinamento das habilidades entre enfermeiros, auxiliares de enfermagem e os membros da família. ○ Acesso aos serviços de reabilitação pós-AVE <ul style="list-style-type: none"> • Avaliações iniciais funcionais, definição de metas e desenvolvimento de planos de reabilitação individualizados • Leitos de reabilitação pós-AVE • Programas de treinamento para pacientes e familiares em técnicas simples de reabilitação e autocontrole • Serviços de reabilitação domiciliar para pacientes com AVE • Serviços organizados de reabilitação pós-AVE ambulatoriais • Programas de reabilitação pós-AVE locais comunitários/privados • Grupos de apoio aos pacientes e familiares ○ Acesso às unidades de atendimento para reabilitação pós-AVE (Módulo WSA): <ul style="list-style-type: none"> • Unidade dedicada ao atendimento de pacientes com AVE definida geograficamente <ul style="list-style-type: none"> - Ou, modelo de agrupamento de pacientes com AVE 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acesso a médicos com experiência em cuidados, prevenção e/ou reabilitação em pacientes com AVE <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia e medicina de reabilitação • Neurologista • Médicos/Clinicos/de Família/Cuidados primários • Programa para desenvolver e manter competências básica no atendimento em AVE ○ Acesso aos membros da equipe interdisciplinar de reabilitação pós-AVE <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapeuta • Terapeuta ocupacional • Fonoaudiólogo • Terapeutas de recreação • Serviços neuropsicológicos • Assistente social • Terapeuta vocacional • Auxiliares de reabilitação • Enfermeiros • Auxiliares de enfermagem • Farmacêutico • Assistente Social/Responsável pelo caso • Outros _____ ○ Fornecimento de teleconsultas para centros menores ou rurais ○ Materiais educativos impressos para pacientes ○ Programas de treinamento em AVE pra todos os níveis de profissionais de saúde ○ Estratégia de mecanismos e coleta de dados <ul style="list-style-type: none"> • Registro de reabilitação em AVE • Base de dados (local ou regional) em reabilitação em AVE

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Serviços de Atendimento à saúde Mínimos	Serviços essenciais em AVE (Além dos serviços listados como serviços mínimos em AVE)	Serviços Avançados em AVE (Além dos serviços listados como Serviços mínimos e essenciais em AVE)
	<ul style="list-style-type: none"> • Membros de uma equipe multidisciplinar de AVE <ul style="list-style-type: none"> - Médicos com experiência em AVE - Enfermeiros treinados em AVE - Auxiliares de enfermagem - Farmacêutico - Assistente Social/Responsável pelo caso - Equipe de atendimento paliativo - Fisioterapeuta - Terapeuta ocupacional - Fonoaudiólogo • Protocolos para avaliação e diagnóstico rápidos de pacientes com AVE • Protocolos para orientar o atendimento de reabilitação pós-AVE com base nas diretrizes de boas práticas <ul style="list-style-type: none"> - Avaliações médicas e de enfermagem: - Triagem de deglutição - Nutrição, hidratação - Estado funcional, mobilidade, risco de TVP (trombose venosa profunda) - Nível de dependência - Função dos membros superiores e inferiores, função de marcha e equilíbrio - Problemas de comunicação - Déficits de visão e percepção - Função cognitiva - Avaliação e controle do humor e depressão • Encontros semanais interdisciplinares para discutir o progresso do paciente com relação aos metas do tratamento; atualização de planos de manejo • Educação familiar e do paciente, capacitação e participação no planejamento do atendimento • Planejamento de Alta <ul style="list-style-type: none"> ○ Atendimento coordenado em AVE limitado fornecido em regiões geograficamente distintas ○ Programas de treinamento em AVE pra todos os níveis de profissionais de saúde 	

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

B. Recomendações essenciais para o Atendimento em AVE



Para cada recomendação de melhores práticas, marque qual prática descrita está disponível como parte da rotina do atendimento ao AVE; em desenvolvimento para implementação, não implementada ou seja, o serviço/recurso pode estar disponível nos seus serviços porém não faz parte, atualmente, do atendimento ao AVE; ou o serviço/recurso não está disponível nas suas instalações e não é possível implantá-lo.

Sistema de Saúde e Reconhecimento do AVE Recomendações baseadas em evidências fundamentais	Nível aplicável de Capacidade dos serviços de atendimento à saúde para atendimento ao AVE			Evidências de apoio	Autoavaliação
	Serviços de Saúde	Essencial	Avançado		
1. Todos os pacientes com AVE agudo devem ter uma primeira avaliação funcional para determinar as necessidades da reabilitação e receber um plano individualizado de reabilitação		☑	☑	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
2. Todos os pacientes que estão internados para reabilitação pós-AVE devem ser tratados em unidades especializadas em reabilitação pós-AVE		☑	☑	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
3. A terapia deve incluir o uso intenso e repetitivo de tarefas que desafiem o paciente a adquirir as habilidades necessárias para desempenhar as tarefas e atividades.	☑	☑	☑	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
4. Os pacientes devem receber treinamento adaptável (como o uso de dispositivos especializados) para melhorarem o desempenho em tarefas funcionais.	☑	☑	☑	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
5. Espasticidade e contraturas podem ser prevenidas ou tratadas através de posicionamento padrão antiespasmos, exercícios de alcance de movimento, e/ou alongamento. O uso rotineiro de talas não é recomendado.	☑	☑	☑	Nível de evidência: B Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
6. Os profissionais da saúde e familiares devem ser instruídos a proteger e apoiar o braço parético durante o movimento e o uso de cadeira de rodas, usando uma barra ou suporte (como uma bandeja) para o braço.	☑	☑	☑	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
7. Os pacientes devem ser alertados de seus riscos aumentados para quedas e deve ser dada a eles uma lista de precauções a serem tomadas para reduzir tais riscos.	☑	☑	☑	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
8. Os pacientes devem ser avaliados para a dor pós-AVE, incluindo a dor central persistente e dor no ombro do lado afetado.		☑	☑	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Sistema de Saúde e Reconhecimento do AVE Recomendações baseadas em evidências fundamentais	Nível aplicável de Capacidade dos serviços de atendimento à saúde para atendimento ao AVE			Evidências de apoio	Autoavaliação
	Serviços de Saúde	Essencial	Avançado		
9. Os pacientes devem ser avaliados para as deficiências de comunicação.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
10. Devem ser implementadas intervenções (como ensinar as famílias sobre a necessidade de se ter conversas, uso de estratégias não verbais) para aumentar a comunicação funcional dos pacientes com afasia.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
11. Os pacientes com afasia devem ser encaminhados ao fonoaudiólogo para terapias individuais a fim de aumentarem as habilidades comunicativas.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis

Quais recomendações você considera sua maior prioridade para implementar?

Quais os seus próximos passos para iniciar o desenvolvimento e implementação destes melhores práticas?

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

C. Indicadores-chave de qualidade em AVE



Para cada indicador de qualidade, favor anotar quais dados estão sendo coletados de modo ativo e rotineiro; ou o processo de coleta de dados está em desenvolvimento para o indicador; ou os dados devem estar disponíveis mas atualmente não estão sendo coletados; ou os dados para este indicar não estão absolutamente disponíveis e, assim sendo, não disponíveis para coletar ou relatar. Marque a opção mais apropriada para cada indicador

Medidas de Desempenho	Numerador	Denominador	Autoavaliação
1. Distribuição dos escores de deficiências entre os pacientes com AVE usando o escore da Escala de Rankin modificada (ERm) na alta dos cuidados agudos e após 3 meses do AVE.	Distribuição da frequência dos escores da Escala de Rankin modificada para cada paciente na alta dos cuidados agudos e após três meses do AVE. [(Nós utilizaremos mais tarde os dados para classificar ERm 0-2, ERm 0-5 ou ERm0-6.)]	Todos os pacientes com AVE e AIT admitidos para cuidados agudos hospitalares e que receberam alta	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
2. Proporção de pacientes em reabilitação hospitalar que são tratados em uma unidade de reabilitação.	Número de pacientes com AVE e AIT internados em leitos na reabilitação hospitalar e tratados em unidade de reabilitação, em qualquer momento de sua permanência no hospital.	Todos os pacientes com AVE e AIT admitidos e internados na reabilitação hospitalar.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
3. Quantidade média de terapia direta recebida em cada disciplina de reabilitação por dia (em minutos)	Número médio do tempo (em minutos) de terapia direta para cada paciente internados em leitos de reabilitação hospitalar (calcular o total e, em seguida, separar por cada tipo de terapia recebida – p.e., fisioterapia (TF), terapia ocupacional (TO), fonoaudiologia (FO))	Todos os pacientes com AVE e AIT admitidos e internados na reabilitação hospitalar.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
4. Proporção de pacientes com AVE em hospitais ou em reabilitação hospitalar que experimentaram uma queda após o AVE ou AIT	Número de pacientes com AVE e AIT internados (tratamentos agudos ou reabilitação) que experimentaram pelo menos uma queda durante sua permanência	Todos os pacientes com AVE e AIT em hospitais (separar em atendimento hospitalar agudo e reabilitação hospitalar)	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
5. A proporção de pacientes com AVE que experimentaram queda e que precisaram de tratamento médico devido às injúrias sofridas durante a queda.	Número de pacientes com AVE e AIT internados (tratamentos agudos ou reabilitação) que experimentaram pelo menos uma queda durante sua permanência e que precisaram de intervenção médica devido às injúrias sofridas durante a queda.	Número de pacientes com AVE e AIT internados (tratamentos agudos ou reabilitação) que experimentaram pelo menos uma queda durante sua permanência	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Quais os indicadores são prioridade para nós?

Quem coletará os dados?

Como os dados serão coletados (eletronicamente, papel, etc.)?

Como os dados serão analisados? Quando? Com que frequência?

Quem receberá os resultados?

Diretrizes e Plano de Ação Globais
Para Acidente Vascular Encefálico (AVE):
**Um roteiro para atendimento de
qualidade em Acidente Vascular
Encefálico (AVE)**

**REINTEGRAÇÃO À COMUNIDADE E
RECUPERAÇÃO A LONGO PRAZO**

Autores: Lindsay MP, Norrving B, Furie KL, Donnan G, Langhorne P, Davis S
Pelo Global Stroke Quality and Guidelines Advisory Committee,
o Global Stroke Guidelines Working Group,
e o Global Stroke Quality Working Group.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

REINTEGRAÇÃO À COMUNIDADE E RECUPERAÇÃO A LONGO PRAZO

Esta seção se concentra em sobreviventes de AVE em fase subaguda de tratamento assim que eles deixam a internação (aguda e/ou reabilitação) e retornam à comunidade, voltam para suas residências ou para um local diferente para atenderem aos cuidados aumentados e suporte de suas necessidades devido ao AVE. As metas da reintegração à comunidade são para promover o regresso da pessoa a um estilo de vida aceitável, participando tanto das atividades domésticas quanto sociais, e recuperar o máximo da independência em funcionalidade e da qualidade de vida. A reintegração bem sucedida pode melhorar significativamente os desfechos para os sobreviventes de AVE, e deve ser orientada.

Serviços de controle de AVE, reintegração à comunidade e atividades começam durante o planejamento da alta dos cuidados agudos, e consistem em um conjunto de atividades que continuarão pelos anos seguintes após um AVE. A reintegração à comunidade envolve, de preferência, profissionais da saúde com experiência em recuperação pós-AVE, apoio familiar e social, reabilitação, atividades de lazer e qualidade de vida. Isso ocorre em diversos âmbitos incluindo programas de reabilitação comunitária, programas diários, programas de lazer, ambientes educacionais, locais de trabalho e em casa, dependendo da disponibilidade do recurso e da instituição.

Listas de verificação da capacidade do Serviço de Saúde para o Atendimento em AV



Preencha as seguintes informações para identificar claramente os serviços em AVE que você está desenvolvendo ou avaliando.

REGIÃO:	ORGANIZAÇÃO: PREENCHENDO O CHECK LIST:	PESSOA PRINCIPAL DE CONTATO:
ESCOPO DO SERVIÇO:		METAS DESTA ANÁLISE/COMENTÁRIOS? A ser preenchido pelo grupo local
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Avaliação Nacional/Estadual/Municipal <input type="radio"/> Avaliação Regional/Local <input type="radio"/> Grande hospital urbano com serviços avançados em AVE (serviços abrangentes em AVE) <input type="radio"/> Hospitais comunitários com acesso a alguns serviços em AVE <input type="radio"/> Comunidade com centro de saúde com apenas serviços de saúde disponíveis <input type="radio"/> Comunidade rural com a visita de um profissional de saúde 		

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

A. Serviços em AVE e Disponibilidade de Recursos



Por favor, revise cada uma dessas listas e marque todos os serviços e recursos que você possui atualmente disponíveis para fornecer atendimento ao AVE. Uma vez preenchida, reveja suas respostas para determinar em qual categoria de serviços em AVE você está mais próximo de se encaixar.

Serviços de Saúde Mínimos	Serviços essenciais em AVE (Além dos serviços listados como serviços mínimos em AVE)	Serviços Avançados em AVE (Além dos serviços listados como Serviços mínimos e essenciais em AVE)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Atendimento fornecido na comunidade local sem coordenação por regiões geográficas definidas ○ Acesso a médicos muito limitado <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar o desenvolvimento de habilidades de avaliação • Fornecer treinamento na avaliação dos fatores de risco essenciais para AVE: pressão arterial, fibrilação atrial (verificar pulso), exercícios, álcool, dieta (respeitando as circunstâncias) • Habilidades essenciais no controle de fatores de risco, medicamentos, estilo de vida • Treinamento em técnicas de reabilitação essenciais, mobilidade e postura que podem ser ensinadas para a família • Treinamento básico em controle de exame de deglutição e disfagia e da temperatura ○ Acesso variável a profissionais de saúde (enfermeiros e agentes leigos) <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento na avaliação dos fatores de risco essenciais para AVE: pressão arterial, fibrilação atrial (verificar pulso), exercícios, álcool, dieta (respeitando as circunstâncias) • Treinamento em técnicas de reabilitação essenciais, mobilidade e postura que podem ser ensinadas para a família • Treinamento básico em avaliação de rastreio da deglutição e no manejo da disfagia e da temperatura ○ Sem acesso aos serviços de diagnóstico ou atendimento hospitalar ○ Acesso limitado ao mais básico aconselhamento preventivo de estilo de vida ○ Acesso à internet <ul style="list-style-type: none"> • Acesso à educação sobre AVE móvel (como a WSA - World Stroke Academy) • Acesso a ferramentas móveis como o aplicativo Riscômetro de AVE 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acesso a enfermeiros e à avaliação de enfermagem com formação em AVE <ul style="list-style-type: none"> • Parâmetros de atendimento primário • Enfermeiros com formação avançada • Enfermeiro clínico ○ Habilidade para um novo acesso aos médicos com experiência em AVE (embora não sejam especialistas em AVE) <ul style="list-style-type: none"> • Médicos/Clínicos/de Família/Cuidados primários • Neurologista • Neurocirurgião • Internistas (medicina interna) • Cardiologista • Geriatria • Medicina de Emergência • Fisiatria e medicina de reabilitação • Acesso a especialistas em AVE através das modalidades de teleconsulta e telerradiologia • Protocolos para orientar o atendimento de reabilitação pós-AVE na comunidade com base nas diretrizes de boas práticas <ul style="list-style-type: none"> - Avaliações médicas e de enfermagem: - Histórico - Triagem de deglutição - Nutrição, hidratação - Estado funcional, mobilidade, risco de TVP - Nível de dependência - Integridade da pele - Controle urinário e intestinal • Educação familiar e do paciente, capacitação e participação no planejamento do atendimento • Planejamento de Alta ○ Acesso a terapias de prevenção do AVE, como aspirina, recomendações de mudança de estilo de vida e controle da pressão arterial ○ Atendimento coordenado em AVE limitado fornecido em regiões geograficamente distintas ○ Programas de treinamento em AVE pra todos os níveis de profissionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acesso aos programas comunitários de recuperação pós-AVE <ul style="list-style-type: none"> • Leitos de reabilitação pós-AVE • Programas de alta promovidos precocemente • Serviços de atendimento domiciliar para pacientes com AVE • Serviços organizados de reabilitação pós-AVE ambulatoriais • Programas de reabilitação pós-AVE locais comunitários/privados • Grupos de apoio aos pacientes e familiares • Clínicas de prevenção contra AVE • Reabilitação profissional vocacional ○ Atendimento coordenado completo em AVE limitado fornecido em regiões geograficamente distintas <ul style="list-style-type: none"> • Serviços avançados em AVE racionalizados para um número menor de centros • Redes de AVE que definem o movimento dos pacientes com AVE em toda a região, para níveis mais altos ou mais baixos de serviços, conforme necessário • Sistema de referência coordenado • Fornecimento de teleconsultas para centros menores ou rurais • Acordos disponíveis para trânsito de ambulâncias • Acordos disponíveis de repatriamento para transferência de pacientes de volta às suas comunidades • Materiais educativos impressos para pacientes ○ Programas de treinamento em AVE pra todos os níveis de profissionais de saúde ○ Estratégia de mecanismos e coleta de dados <ul style="list-style-type: none"> • Registro de paciente internado com AVE agudo • Base de dados (local ou regional) de pacientes internados com AVE agudo • Registro de prevenção de AVE • Base de dados de prevenção de AVE • Registro de reabilitação para AVE • Base de dados (local ou regional) em reabilitação em AVE

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

B. Recomendações essenciais para o Atendimento em AVE



Para cada recomendação de melhores práticas, marque qual prática descrita está disponível como parte da rotina do atendimento ao AVE; em desenvolvimento para implementação, não implementada ou seja, o serviço/recurso pode estar disponível nos seus serviços porém não faz parte, atualmente, do atendimento ao AVE; ou o serviço/recurso não está disponível nas suas instalações não é possível implantá-lo.

Sistema de Saúde e Reconhecimento do AVE Recomendações baseadas em evidências fundamentais	Nível aplicável de Capacidade dos serviços de atendimento à saúde para atendimento ao AVE			Evidências de apoio	Autoavaliação
	Mínimo	Essencial	Avançado		
1. Todos os pacientes com AVE devem ser avaliados para os sintomas depressivos (de preferência usando ferramentas validadas).		☑	☑	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
2. Os pacientes diagnosticados com um transtorno depressivo após uma avaliação formal devem ser considerados para intervenções terapêuticas – medicação, terapia ou combinação dos dois.		☑	☑	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
3.a pacientes com AVE devem ser avaliados para mudanças no estado cognitivo.		☑	☑	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
3.b Pacientes com disfunção cognitiva deve receber reabilitação cognitiva individualizada para seus déficits.		☑	☑	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
4. Pacientes que sobreviveram a um AVE, bem como os seus familiares e cuidadores, devem ser procurados pela equipe de atendimento à saúde para participarem do planejamento antecipado de cuidados.	☑	☑	☑	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
5. Aos pacientes, familiares e cuidadores devem ser fornecidos informação, instrução, treinamento, apoio emocional e serviços comunitários específicos para lidarem com as mudanças pelas quais estão passando.	☑	☑	☑	Nível de evidência: A	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
6. Os pacientes, familiares e cuidadores devem participar do estabelecimento das metas.	☑	☑	☑	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
7. Pessoas que tiveram um AVE que vivem em comunidades devem ser monitoradas regular e permanentemente, e acompanhadas por profissionais de saúde para avaliar a recuperação, prevenir a deterioração, maximizar resultados funcionais e psicossociais e melhorar a qualidade de vida.	☑	☑	☑	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Sistema de Saúde e Reconhecimento do AVE Recomendações baseadas em evidências fundamentais	Nível aplicável de Capacidade dos serviços de atendimento à saúde para atendimento ao AVE			Evidências de apoio	Autoavaliação
	Mínimo	Essencial	Avançado		
8. Pacientes com AVE pós-agudo que experimentam mudança/declínio no estado funcional devem ser reavaliados, mesmo após meses após o AVE.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
9. Pacientes com AVE devem ser monitorados rotineiramente para a fadiga pós-AVE durante as visitas de saúde (p.e., atendimentos primários, domiciliares e ambulatoriais), após o retorno à comunidade e etapas de transição.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: C	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis
10. Aos pacientes, que experimentaram fadiga pós-AVE, seus familiares e cuidadores devem ser ensinados estratégias de conservação de energia e controle da fadiga.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nível de evidência: B	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis

Quais recomendações você considera sua maior prioridade para implementar?

Quais os seus próximos passos para iniciar o desenvolvimento e implementação destes melhores práticas?

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

C. Indicadores-chave de qualidade em AVE



Para cada indicador de qualidade, favor anotar quais dados estão sendo coletados de modo ativo e rotineiro; ou o processo de coleta de dados está em desenvolvimento para o indicador; ou os dados devem estar disponíveis mas atualmente não estão sendo coletados; ou os dados para este indicar não estão absolutamente disponíveis e, assim sendo, não disponíveis para coletar ou relatar. Marque a opção mais apropriada para cada indicador

Medidas de Desempenho	Numerador	Denominador	Autoavaliação
B. Recuperação pós-AVE a Longo Prazo			
1. Proporção de pacientes com documentação de acompanhamento com verificação abrangente (p.e., checklist pós-AVE).	Número de pacientes com documentação de avaliação de acompanhamento por um profissional da saúde.	Todos os pacientes com AVE e AIT retornaram vivos à comunidade.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
2. Porcentagem de pacientes diagnosticados com AVE com doença depressiva em seis meses e um ano após o AVE.	Número de pacientes com diagnóstico de depressão documentado há seis meses ou um ano após o início do AVC índice.	Todos os pacientes com AVE e AIT retornaram vivos à comunidade.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
3. Porcentagem de pacientes diagnosticados com AVE com nova deficiência cognitiva em seis meses e um ano após o AVE.	Número de pacientes com avaliação cognitiva realizada e documentada há seis meses ou um ano após o início do AVC índice.	Todos os pacientes com AVE e AIT retornaram vivos à comunidade.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
4. Porcentagem de pacientes com AVE e familiares com incapacidade de lidar em seis meses e um ano após o AVE.	Número de pacientes com diagnóstico de incapacidade documentada de seis meses a um ano após o início do AVC índice.	Todos os pacientes com AVE e AIT retornaram vivos à comunidade.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
5. Evidências documentadas de compromisso de acompanhamento com membros da equipe de AVE, aproximadamente, seis semanas após a alta.	Número de pacientes com uma visita de acompanhamento para AVE ou AIT realizada e documentada em seis semanas da alta do tratamento hospitalar agudo.	Todos os pacientes com AVE e AIT retornaram vivos à comunidade.	<input type="checkbox"/> Dados coletados <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Dados não coletados <input type="checkbox"/> Dados não disponíveis
6. Porcentagem de pacientes com AVE que retornaram à comunidade após seus AVEs e após seis meses, um ano solicitam admissão em instituições de cuidados prolongados. (Observação: pode também ser contabilizado o número de dias de habitação comunitária antes da admissão).	Número de pacientes que foram admitidos em estabelecimentos de cuidados prolongados dentro de seis meses ou ano após o início do AVC índice ou AIT.	Todos os pacientes com AVE e AIT retornaram vivos à comunidade.	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Em desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não implementadas <input type="checkbox"/> Não disponíveis

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Quais os indicadores são prioridade para nós?

Quem coletará os dados?

Como os dados serão coletados (eletronicamente, papel, etc.)?

Como os dados serão analisados? Quando? Com que frequência?

Quem receberá os resultados?

APÊNDICE 1

ETAPAS PARA ADAPTAÇÃO DAS DIRETRIZES E PLANO DE AÇÃO GLOBAIS PARA SERVIÇOS EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFALICO (AVE) DA WSO PARA USO LOCAL

Adaptação das Diretrizes e Plano de Ação Globais para Serviços em Acidente Vascular Encefálico (AVE) da WSO para uso local

Diretrizes Globais para o atendimento em AVE da WSO definem o atendimento ideal para pacientes com AVE de modo contínuo.

Estas diretrizes destacam tópicos que têm os mais altos níveis de evidência para a eficácia ou são considerados condutores-chave do sistema. Reconhecemos que os usuários das Diretrizes e Plano de Ação Globais para atendimento em AVE da WSO podem ser capazes apenas de implantar algumas recomendações, e/ou trabalhar em somente algumas partes do atendimento continuado para AVE (como definido no quadro acima) de cada vez.

Diretrizes de prática clínica são estabelecidas como viabilizadoras para a obtenção de evidências na prática clínica. Revisões em AVE vindas de todo o mundo têm mostrado repetidamente que continua a existir uma grande lacuna entre o que a evidência mostra como melhores práticas em AVE e o atendimento que, na verdade, é realizado. Algumas metas das Diretrizes Globais de atendimento em AVE da WSO são para facilitar a implementação da evidência na prática; apoiar a tomada de decisões clínicas; especificar as abordagens terapêuticas benéficas e influenciar políticas públicas (Kastner et al 2011).

A implementação e adesão local das recomendações de atendimentos para AVE devem seguir um processo validado e rigoroso. O Comitê de Qualidade e Diretrizes Globais para AVE da WSO desenvolveu uma estrutura para auxiliar os grupos na implementação das Diretrizes Globais para AVE da WSO, baseada em modelos existentes como o modelo ADAPTE (ADAPTE Collaboration, 2009) e a ferramenta Diretrizes AGREE (AGREE Trust, 2010).

O diagrama abaixo descreve as etapas que devem ser seguidas quando qualquer grupo local, regional ou nacional adota as Diretrizes Globais para o atendimento em AVE para uso local. Ele é seguido, então, por descrições mais detalhadas para cada etapa. São fornecidas considerações práticas, sempre que possível, para cada etapa. Esta seção também fornece links para recursos úteis no caso de informações mais detalhadas serem necessárias.

Em áreas onde os recursos são limitados, algumas etapas podem ser modificadas ou completamente ignoradas. É importante se pesarem os riscos e benefícios ao se fazer isso. Por exemplo, ao criar um grupo de trabalho, a decisão de mantê-lo pequeno pode ser tomada; entretanto isso ainda deve, idealmente, incluir representantes multidisciplinares.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Etapas para adaptação das Diretrizes e Plano de Ação Globais para Serviços em Acidente Vascular Encefálico (AVE) para uso local.

Criação do grupo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Garanta que as partes interessadas fundamentais estejam representadas • Busque especialistas de outras jurisdições
Definir o escopo e os tópicos	<ul style="list-style-type: none"> • Identifique os estágios aplicáveis do atendimento continuado do AVE • Escolha os tópicos principais para serem abordados nas suas diretrizes locais
Encontre a melhor evidência	<ul style="list-style-type: none"> • Analise e selecione diretrizes adequadas de outros países que contribuem com as Diretrizes para Atendimento de AVE da WSO como base para o desenvolvimento local • Use revisões disponíveis de evidências a partir de diretrizes globais existentes • Realize pesquisas de evidências para identificar evidências suplementares atualizadas
Avalie e confronte evidências	<ul style="list-style-type: none"> • Siga um processo sistemático para avaliar a qualidade e a força de uma nova evidência
Selecione Recomendações e modifique conforme necessário para o contexto local	<ul style="list-style-type: none"> • Seja o mais claro e conciso possível • Inclua contexto crítico para cobrir o escopo (Apêndice um) • Relacione a evidência com as recomendações
Consulta e Revisão Externa	<ul style="list-style-type: none"> • Inclua discussões com usuários finais, dirigentes e financiadores • Revisão externa por especialistas não envolvidos no desenvolvimento inicial e trabalho de adaptação
Divulgação e implementação	<ul style="list-style-type: none"> • Forneça ferramentas para apoiar a implementação • Forneça formação e treinamento para todos os envolvidos na prestação do atendimento
Estratégia de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Identifique indicadores-chave de qualidade para medir a implementação e impacto nos resultados dos pacientes • Mecanismos de coleta de dados através de um registro ou um processo de auditoria regular

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Etapas detalhadas na implementação e adesão das Diretrizes e Plano de Ação Globais para AVE da WSO

1.0 Defina o grupo de trabalho

As diretrizes devem ser desenvolvidas por um grupo de pessoas com relevante experiência para o desenvolvimento do tópico da diretriz. A listagem de pessoas a serem consideradas é encontrada em diversos manuais de desenvolvedores de diretriz (ver links no final deste documento). O jeito pelo qual o grupo trabalha junto pode ter um efeito significativo no resultado do processo.

Para o atendimento em AVE, profissionais das seguintes disciplinas devem ser considerados para a participação na confecção das diretrizes: medicina (neurologia, medicina interna, emergências, cuidados primários e fisioterapia) enfermagem, reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, assistentes de reabilitação) trabalho social, psicologia e farmácia. Outras disciplinas e dirigentes locais também podem ser importantes, dependendo da(s) fase(s) da continuidade que está sendo incluída na diretriz. É importante também incluir no grupo sobreviventes de AVE e cuidadores.



Notas práticas:

- Manter uma lista das pessoas envolvidas no processo.
- Contatar qualquer organização profissional e pedir por recomendações para um representante desta profissão com experiência em AVE.
- Certifique-se de pensar sobre todos os participantes envolvidos no atendimento de AVE, p.e., médico de atendimento primário, administrador do hospital, etc.
- Grupos de desenvolvimento devem ser mantidos, sempre que possível, em um tamanho gerenciável (entre 6 e 10 pessoas).
- Experiência em desenvolvimento de diretrizes para AVE está disponível em outras jurisdições. Considere contatar o presidente do Comitê das Diretrizes Globais para AVE para pedir referências em especialistas nas diretrizes para o AVE em seu país ou região, caso seja necessária experiência extra em seu grupo.

2.0 Defina o escopo e os tópicos

O grupo normalmente terá uma boa ideia de quais tópicos desejam incluir na diretriz. É importante para o grupo chegar a um acordo sobre exatamente quais questões/tópicos a serem abordados, pois esta decisão direcionará as etapas de pesquisa e avaliação.

Os cuidados em AVE englobam um atendimento do continuum completo desde a prevenção primária até a recuperação a longo prazo e reintegração à comunidade. O escopo de qualquer diretriz poderia abranger alguns segmentos distintos do continuum ou ele pode ser mais compreensivo e incorporar mais do continuum.



Notas práticas:

- Reveja as diretrizes para AVE existentes e identifique quais mais se enquadram com os tópicos que você identificou e comece com elas e trabalhe para adaptá-los.
- Quanto mais tópicos estão incluídos, mais trabalho é necessário para desenvolver uma diretriz.
- Certifique-se de que o grupo entenda os recursos e prazos e concorde apenas em incluir os PRINCIPAIS tópicos.
- Procure pelas diretrizes existentes para identificar quais tópicos são comumente incluídos para ser capaz de elaborar um sumário de evidências (veja o Apêndice 2 para obter a lista de tópicos críticos a serem abordados em cada segmento do continuum).
- Decida a amplitude e profundidade do conteúdo a ser incluído para cada tópico (nível de detalhes e quantidade de detalhes para cada recomendação)
- No Apêndice 1 são fornecidos os links para as diretrizes para AVE existentes.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

3.0 Encontre a melhor evidência

Como a maioria das pesquisas, a qualidade e a confiabilidade de uma diretriz se baseiam em métodos utilizados para reduzir qualquer viés. Encontrar e avaliar as melhores e mais atuais evidências é possivelmente a parte mais importante do desenvolvimento e requer uma abordagem sistemática.

Quando se busca por evidência, é altamente recomendado que este processo seja feito com o auxílio de um especialista na área de pesquisa na literatura. Para completar esta etapa o grupo de trabalho deve desenvolver cuidadosamente questões que desejam responder e articular os tópicos que planejam abordar na diretriz. Questões, geralmente, se concentram nos efeitos de uma intervenção específica e são desenvolvidas em três partes: a intervenção, a população e os resultados. Um exemplo é "Qual é o efeito da terapia anticonvulsivante na redução de convulsões em pessoas com convulsões pós-AVE?" Nesse exemplo, a terapia anticonvulsivante é a intervenção, a redução de convulsões pós-AVE é o resultado, e a população são as pessoas com convulsões pós-AVE.

Quanto mais específicas as perguntas e frases, mais fácil será para o especialista em informações identificar estudos relevantes. A pesquisa por estudos deve incluir:

- a) Banco de dados eletrônico (p.e., Cochrane, MEDLINE, CINAHL e EMBASE) – ver links na pág.14 do Manual da Associação Médica Canadense.
- b) Contato com especialistas internacionais no campo e nas áreas de tópicos específicos de interesse.
- c) Pesquisa manual nas principais revistas e listas de referência de artigos e em outras diretrizes relacionadas com AVE.

Os esforços de pesquisa podem produzir um número extremamente grande de trabalhos de pesquisa, especialmente para temas como a hipertensão. Critérios adicionais devem ser definidos para auxiliarem a limitar os artigos a serem submetidos a uma avaliação detalhada.

Usando pesquisas existentes como ponto de partida:

Um modo alternativo e mais simples para encontrar as melhores evidências, principalmente quando as fontes são escassas, é usar pesquisas já realizadas como uma diretriz já existente. Sumários de evidências normalmente são produzidos por grupos de desenvolvimento de diretrizes. O seu grupo de desenvolvimento de diretrizes pode optar por entrar em contato com outro grupo de desenvolvimento de diretrizes e pedir suas pesquisas ou tabelas de evidências se não estiverem publicamente disponíveis. Alternativamente, pode-se decidir em usar esses sumários, mas é preciso atualizar a lista procurando por estudos posteriores a partir da data da última pesquisa incluídos em esforços anteriores. Essa abordagem reduz consideravelmente o tempo, os esforços e uso de recursos sem comprometer a qualidade.

Uma vez decidido atualizar e utilizar pesquisas feitas para diretrizes anteriores, é importante que as pesquisas que esteja desenvolvendo seja realizada de forma consistente. A ferramenta AGREE é uma medida que permite avaliar a qualidade do processo utilizado ao desenvolver uma diretriz existente.¹ Se você possui várias diretrizes a recorrer, você pode usar a ferramenta AGREE para escolher quais diretrizes seguiram o processo de desenvolvimento mais sistemático no qual basear sua própria diretriz (ver Apêndice A para a lista com as diretrizes para AVE existentes). Esse processo também pode ajudar a identificar outras diretrizes que mais se assemelham a sua população e disponibilidade de recursos, tornando-os mais apropriados para adoção ou adaptação.



Notas práticas:

- Se estiver realizando pesquisas, empregue um especialista em informação experiente nessa área.
- Use diretrizes de boa qualidade existentes que possibilitem identificar a principal evidência para um tópico particular. Contate desenvolvedores anteriores para obter informações adicionais e compartilhar fontes, quando possível.
- Se existir uma diretriz recente, você pode escolher pela busca por estudos publicados posteriormente ou usar apenas as informações existentes e economizar o tempo procurando por outras informações.
- Independentemente da abordagem, alguns esforços devem ser empregados para garantir que sejam identificadas as pesquisas em desenvolvimento que podem afetar significativamente o conteúdo e a direção de uma recomendação. Isso reduzirá o risco de as diretrizes se tornarem desatualizadas antes mesmo de serem finalizadas e implementadas.
- Sempre vise encontrar e usar os mais elevados níveis de evidência (revisões sistemáticas). Onde existem, normalmente, não há necessidade de procurar mais evidências.
- Tenha uma lista predefinida de critérios de inclusão para manter os resultados da pesquisa direcionados e sob controle.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

4.0 Avalie e confronte evidências

Uma vez identificada a literatura principal, o grupo de trabalho deve rever as evidências da pesquisa a partir da busca inicial e resumir os resultados para cada tópico. Assim como acontece com a identificação da evidência, recomenda-se fortemente que seja seguida uma abordagem sistemática para avaliar a evidência. O grupo de trabalho deve concordar, no início, com a abordagem a ser utilizada para orientar a classificação das evidências e formular as recomendações. Os membros do grupo devem estar familiarizados com e ter algum treinamento em sistema de classificação escolhido. A maioria dos desenvolvedores de diretrizes para AVE usam um processo semelhante descrito pelo Rede de Diretrizes do Intercolégiado Escocês [- SIGN] - ver o link do manual de diretrizes da SIGN na bibliografia)

Diversos bancos de dados possuem sumários de evidências disponíveis em tópicos selecionados. Alguns exemplos incluem:

www.effectivestrokecare.org

www.strokingengine.org

www.ebrsr.com



Notas práticas:

- Sumários de evidências originados de diretrizes existentes podem ser utilizados para facilitar o confronto de evidências de tópicos específicos.
- Use avaliações de evidências e sumários existentes sempre que possível.
- Os níveis de evidência podem ser atribuídos de formas diferentes por diversos grupos de desenvolvimento de diretrizes. Escolha o seu método preferido e seja consistente na abordagem da classificação de evidências para todas as pesquisas que seu grupo avalia ou opte por incluir.

5.0 Seleção de recomendações e técnicas segundo o contexto local exigido

Uma vez que a evidência tenha sido encontrada e sumarizada, o grupo de trabalho de elaborar cuidadosamente as recomendações para cada tópico. É importante que as recomendações sejam claras o máximo possível e que seja fácil ver a ligação entre a recomendação e a evidências. Classificar a robustez das recomendações também é útil e sistemas diversos são usados em todo mundo (ver diversos manuais para mais detalhes).

Pesquisas sugerem que um processo formal de formular conclusões/recomendações é melhor que um processo de consenso informal (ou seja, reduz potenciais vieses para opiniões fortes de um ou dois membros do grupo. Duas abordagens do consenso formal comuns são a técnica de grupo nominal e a abordagem de Delphi. Mais informações sobre essas abordagens podem ser encontradas em fontes de desenvolvimento de diretrizes.

- Onde foram usadas diretrizes existentes para identificar e sumarizar as evidências, a abordagem ADAPTE sugere² a você:
- aceitar uma diretriz e recomendações completas;
- aceitar apenas os sumários de evidências e escrever suas próprias recomendações;
- aceitar recomendações específicas, mas não outras;
- modificar recomendações específicas.

É importante que você faça referência às fontes e aos processos utilizados. Ao adaptar uma diretriz existente é importante e útil contatar o grupo de desenvolvimento de diretrizes original com o objetivo de obter a permissão para utilizar a diretriz, discutir quaisquer modificações nas recomendações atuais (para certificar-se de que ainda reflete com precisão as evidências aplicadas à configuração local), receber sugestões úteis e aprender lições com os profissionais que possuem experiência no processo de desenvolvimento de diretrizes.

2. ADAPTE: manual para adaptação de diretrizes. Grupo ADAPTE; 2007. <http://www.adapte.org>

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)



Notas práticas:

- Cada instrução de recomendação deve ser clara, concisa e abordar apenas um tópico, ação ou intervenção.
- Evitar ambiguidade.
- Incluir recomendações sobre o que não fazer (p.e., o procedimento xx NÃO é recomendado).
- É bom incluir um breve sumário de evidências para cada tópico bem como recomendações.
- Ligar especificamente as recomendações à evidência (quando possível, anote o tipo ou o nível de evidência e a força das recomendações).
- Quando possível e apropriado, alinhe a formulação das recomendações com aquelas incluídas nas recomendadas relacionadas ao AVE produzidas por outros grupos de doenças em sua jurisdição (como o grupo de diabetes, grupo de hipertensão e as diretrizes locais relacionadas à prevenção primária).
- Os indicadores de desempenho sugeridos também podem incentivar sites a monitorar sua adesão às diretrizes.
- Divulgar claramente o que foi feito aumenta a transparência e confiança na diretriz.
- Apresentar cada recomendação com o apoio de documentação incluindo: lógica, implicações do sistema, desempenho das medidas e sumário de evidências.

6.0 Consulta e revisão externa

É importante buscar retorno de todos que aqueles que devem usar as diretrizes (médicos, administradores, órgãos profissionais, etc.) antes da publicação final das diretrizes. Esse processo pode melhorar a formulação de recomendações, permitir a aquisição ampla e melhorar a adesão uma vez finalizada. Também fornece validade de aspecto e conteúdo e oferece uma oportunidade para identificar potenciais áreas de controvérsia antes da liberação, para que o grupo de desenvolvimento de diretrizes possa estar preparado para responder a essas questões potenciais. É importante que todo o retorno seja sistematicamente revisado e um sumário de mudanças finais registradas no processo sejam informadas. Após completadas todas as consultas e atualizações, um documento final pode ser submetido às autoridades de saúde relevantes e órgãos profissionais para sua aprovação. O endosso mostrou melhorar a aceitação e adesão às diretrizes.



Notas práticas:

- Peça conselhos tão amplamente quanto possível. Isso alerta as pessoas para o fato de que a diretriz está sendo desenvolvida e logo estarão disponíveis. Isso também garante que os principais grupos profissionais não serão excluídos inadvertidamente do processo.
- Transparência no processo de revisão externa também aumenta a credibilidade do processo de desenvolvimento da diretriz.
- Consulte profissionais que não estejam envolvidos diretamente no processo de desenvolvimento, mesmo que outros membros de seus grupos de pares ou órgãos profissionais estivessem formalmente envolvidos no processo.
- É útil entrar em contato com as autoridades e órgãos profissionais relevantes logo no início de todo o processo. As autoridades podem fazer exigências que devem ser consideradas durante o processo de desenvolvimento.
- Reconhecer publicamente tais menções e incluí-las na documentação da diretriz pode aumentar a aceitação e adesão das diretrizes.

7.0 Divulgação e implementação

Uma vez finalizada, a diretriz deve ser disponibilizada amplamente assim que possível. Uma estratégia de divulgação deve ser desenvolvida e lançada assim que a diretriz estiver disponível para lançamento público. Uma lista mestra de todas as partes interessadas relevantes deve ser criada como um mecanismo para divulgação da diretriz para estas partes.

Geralmente as organizações produzem um pacote de divulgação que pode incluir um documento de síntese junto com slides resumidos para complementar o documento completo, mas que dão apenas uma visão geral da diretriz. Cópias eletrônicas de qualquer recurso devem circular por todas as organizações e redes de profissionais de saúde relevantes. Você pode optar por publicar um resumo das diretrizes em uma revista relevante.

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Desenvolver uma diretriz de qualidade não equivale automaticamente a uma maior utilização; e a maioria das estratégias para implementar as diretrizes produzem apenas efeitos modestos na melhor das hipóteses. Um plano de implementação deve ser simultaneamente aplicado para desenvolver o conteúdo da diretriz, e ser executado assim que possível. As diretrizes devem ser implementadas junto a outras estratégias para encorajar sua adesão, tais como educação profissional, auditorias e retorno, e, se possível, acreditação. O desafio é usar uma abordagem de sistemas que liguem as diretrizes a uma coleção de dados de qualidade, implementação eficaz em várias frentes e um mecanismo de avaliação. Existem muitas oportunidades de aprender com outros países que desenvolvem e usam diretrizes rotineiramente.

Estratégias para promover a adesão às diretrizes são discutidas em muitos manuais de diretrizes existentes (p.e., ver pág.45 da diretriz da SIGN) e na seção de referência deste manual.



Notas práticas:

- Use seus contatos e redes do seu grupo de trabalho para divulgar e promover as diretrizes.
- Considere a implementação no início do processo, isso ajudará você a se concentrar no modo de escrever as recomendações e aumentará sua adesão.

8.0 Avaliação

A avaliação da prestação de atendimento para AVE é um componente essencial para incluir no planejamento e implementação. A coleta de dados-chave sobre o atendimento de AVE e os resultados dos pacientes de forma sistemática permite melhorias contínuas na prestação de cuidados e também fornece dados para o desenvolvimento de perspectivas comerciais e materiais legais para expandir e desenvolver posteriormente os serviços e recursos para AVE. Os objetivos das informações contidas neste manual são aumentar a consistência e a padronização de medição do desempenho de atendimento de AVE, e permitir comparações entre grupos e o desenvolvimento de valores de referência validados para grupos apropriados do mesmo nível.



Notas práticas:

Trabalhe em conjunto com analistas de dados e especialistas em avaliação para desenvolver processos de auditoria e feedback adequados. Esses podem ser muito essenciais ou mais complexos.

one voice
One World Voice for Stroke

APÊNDICE 2

**DEFINIÇÕES DE CASOS DE AVE
AGUDO ESSENCIAIS**

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

A prestação de serviço em AVE é um componente essencial para qualquer sistema de atendimento organizado independente se é grande ou pequeno. As considerações sobre a avaliação devem ser estabelecidas no início do processo de planejamento para que os mecanismos de coleta de dados possam ser estabelecidos como parte dos serviços de AVE e do plano de implementação da diretriz.

Como parte das Diretrizes e Plano de Ação Globais em Atendimento ao AVE da WSO [WSO Global Stroke Care Guidelines and Action Plan] foram selecionados os códigos da Classificação Internacional das Doenças [International Classification of Diseases] para identificar casos de AVE apropriados para incluir na estratégia de medição do desempenho em AVE (ver tabela abaixo). Um conjunto básico de medidas de desempenho foi então identificado para o processo visando selecionar as recomendações fundamentais de melhores práticas. Esses indicadores-chave de qualidade foram fornecidos neste roteiro para aumentar o enfoque, consistência e padronização das medidas do atendimento em AVE entre as jurisdições. Espera-se que esta informação possa ser utilizada para desenvolver valores de referências globais para a prestação de serviços em AVE nos níveis mínimo, essencial e avançado e ajudar a orientação global dos esforços para a melhoria dos atendimentos em AVE através de tomadas de decisão e planejamento do sistema informados.

Para desenvolver uma estratégia de medição de indicadores de qualidade eficaz, alguns elementos devem ser abordados:

- Determinar definições para casos de AVE
- Definir critérios de inclusão e exclusão para a população de pacientes-alvo de interesse (tipo de AVE, idade, gênero, parâmetros, fase do atendimento, etc.)
- Identificar indicadores-chave de qualidade em AVE da lista da WSO abaixo e acrescentar indicadores suplementares para cobrir suficientemente o escopo dos serviços que estão sendo fornecidos e responsabilidades
- Identificar dados de elementos e métodos necessários para garantir a todos que todos os elementos necessários sejam coletados para calcular os indicadores de qualidade identificados
- Desenvolver um repositório de coleta de dados e uma metodologia (quem gravará os dados, quando, como e quais os pacientes)
- Determinar os prazos para a coleta de dados, análise e relatório
- Determinar a estrutura e o formato de relatório: (painel online de cartões de relatório) devem ser considerados sempre que possível
- Estabelecer o plano de comunicação e divulgação dos resultados da análise de dados para todos os níveis de prestadores, tomadores de decisões e população de pacientes

Em nível local, os prestadores de cuidados em AVE e / ou equipes de AVE devem manter discussões com a equipe local de coleta de dados de saúde e de informação e chegar a um acordo sobre como todos os casos de AVE serão codificados para garantir qualidade, integridade e precisão ótimas dos dados.

Definições de qualidade

Padrões de atendimento: são as bases de comparação na medição ou julgamento da capacidade, qualidade, conteúdo ou extensão de um objeto de atividade específico. Na falta de evidência, padrões podem ser informados através da opinião de especialistas. Podem ser considerados padrões como requisitos essenciais para a profissão de atendente em saúde e são geralmente definidos através de políticas, procedimentos e documentação padrão. Os padrões de atendimento especificam as características mínimas aceitáveis do que constitui a qualidade do atendimento.

Eles especificam a gestão adequada baseada em evidências científicas fortes e a colaboração entre profissionais de saúde envolvidos no tratamento de uma determinada condição. Padrões de atendimento descrevem o nível no qual, em média, o profissional prudente em uma determinada comunidade deve exercer e o quanto profissionais qualificados de modo semelhante poderiam conseguir cuidar de pacientes em circunstâncias iguais ou similares.

Indicador de Qualidade Uma medida objetiva de qualidade de atendimento tem sido desenvolvida para apoiar a autoavaliação e a melhoria da qualidade do profissional, do hospital ou do nível do sistema (Força tarefa de Medidas de Desempenho ACC/AHA).

Valor de referência: é o nível de desempenho reconhecido como padrão de excelência para um processo de específico de atendimento ou resultado e que é usado para comparação entre grupos. Valores de referência fornecem valores padrão para que algo possa ser medido, comparado ou julgado. Valores de referência podem ser identificados através de várias técnicas incluindo: pesquisas e métodos estatísticos validados; identificação dos melhores agentes; e o desempenho passado da própria organização.

Alvo: é o nível de desempenho que uma organização pretende alcançar dentro de um período de tempo especificado. É, em geral, um valor entre o nível real atual de desempenho e o valor de referência mas poderia ser igual ou maior que o valor de referência. Valores alvo consideram os recursos e dificuldades com relação a alcançar o padrão de atendimento.

Limiar: é o nível mínimo de desempenho aceitável. Taxas de desempenho aquém do limiar são consideradas de baixo desempenho e devem resultar em ações corretivas.

***Taxas de desempenho fora do limiar - tanto acima quanto abaixo como definidas por medidas específicas - são consideradas de baixo desempenho.*

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Códigos de identificação de casos de AVE agudo, atualização 2016*

Grupo	Categoria principal AVE agudo	CID-9	CID-10 códigos (v2015)
<p>'AVE agudo' – Definições atualizadas da seleção de casos, agosto de 2016</p> <p>• todas as categorias de AVE listadas abaixo que foram apresentadas como um 'Diagnóstico mais Responsável' na ADD (avaliação de deficiência para demência) ou como Problema Principal na NACRS [National Ambulatory Care Reporting System - Sistema Nacional de Registro de Atendimento Ambulatorial] são válidas para inclusão em coortes de AVE agudo para o cálculo dos Principais Indicadores de AVE do HSF [Heart and Stroke Foundation of Canada - Fundação do Coração e AVE do Canadá], a menos que indicado de outra forma a inclusão dos códigos de AVE apresentados como ADD como Diagnóstico Tipo 1, Tipo 2, Tipo 3, Tipo W, X ou Y ou na NACRS como Outro Problema dependerá do âmbito, propósito e alvo das análises e medidas de desempenho – nesses casos, as especificações de análise devem ser claramente comunicadas e documentadas para permitir controle e generalização adequados.</p>			
A.	Hemorragia subaracnoidea	430	I60 (Incluindo todos os subcódigos)
b.	Hemorragia intracerebral	431	I61 (Incluindo todos os subcódigos)
c.	Infarto Cerebral (AVE isquêmico)	433	I63 (Incluindo todos os subcódigos)
d.	AVE, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	434	I64 ⁱⁱⁱ
e.	Oclusão da artéria central da retina (AVE isquêmico)	436	H34.1
f.	Ataques isquêmicos transitórios encefálicos e Síndromes relacionadas (AVE isquêmico)	435	G45 ^{iv} (excluindo o subcódigo G45.4)
g.	Oclusão transitória da artéria da retina (AVE isquêmico)		H34.0
<p>Os códigos a seguir <u>para a etiologia da trombose venosa cerebral</u> podem ser incluídos ou excluídos da seleção de casos de AVE como parte das definições de AVE agudo <i>de acordo com o propósito e a população de interesse da análise.</i></p>			
i.	Infarto cerebral devido à trombose venosa cerebral, não-piogênica		I63.6
j.	Trombose não-piogênica do sistema venoso intracraniano	437.6	I67.6
k.	Flebite e tromboflebite intracranianas	325	G08
<p>Os códigos Z (ADD) seguintes podem ser designados como Diagnóstico Mais Responsável (DMRx, ADD) e podem ser incluídos como parte das definições de AVE agudo, quando há um código de diagnóstico de AVC agudo acompanhando que é designado como 'Outro Diagnóstico' com um diagnóstico Tipo 1, Tipo 2, Tipo 3 ou Tipo W, X ou Y.</p>			
l.	Atendimento envolvendo o uso de procedimentos de reabilitação	-	Z50 (excluindo os subcódigos Z50.2, Z50.3, Z50.4)
m.	Outros cuidados médicos: Cuidados paliativos	-	Z51.5 ^{vi, vii}
n.	Convalescença seguida de outro tratamento	-	Z54.8
o.	Convalescença seguida de tratamento não especificado	-	Z54.9

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

NOTAS relativas à seleção do código de AVE agudo:

i	<p>Para mais medidas de desempenho, ofoco principal está nos pacientes que passaram por um AVE isquêmico ou hemorrágico ou um AIT em suas comunidades e chegaram no hospital como resultado de seus AVEs. Existem ocasiões quando um paciente já hospitalizado por um outro motivo médico passa por um AVE durante sua hospitalização. A inclusão ou exclusão dos casos de AVE em hospitais dependerá do propósito da medida e público alvo.</p>
ii	<p>Condições na categoria I62 de Outras hemorragias intracranianas não-traumáticas não são consideradas um AVE agudo e por isso não podem ser incluídas em qualquer definição de caso de AVE agudo, identificação de coorte ou análise de dados de AVE agudo.</p>
iii	<p>I64 não deve ser usado rotineiramente para a codificação de casos de AVE. I64 somente pode ser registrado quando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico por imagem ainda não foi realizado (o paciente morre ou é transferido). • O diagnóstico por imagem é inconclusivo. • O paciente é transferido e as informações da transferência não indicam o tipo de AVE. <p>Os médicos devem fazer todos os esforços para determinarem o tipo de AVE e documentar o tipo de AVE como hemorrágico ou isquêmico para os codificadores de registro de saúde. Os codificadores de registro de saúde devem rever o corpo do resumo de alta, relatórios de consulta e a conclusão dos relatórios de diagnóstico por imagens relevantes a fim de especificar o tipo de AVE.</p>
iv	<p>Ao calcular astaxas de mortalidade por AVE, o AIT deve ser excluído, ou registrado em uma categoria separada e não combinada com os códigos de AVE.</p>
v	<p>Casos especiais – Reabilitação: Quando o paciente é tratado para um AVE agudo, incluindo atendimento de reabilitação, existem circunstâncias onde o código Z CID10 para tratamentos de reabilitação pode encontrar a definição de diagnóstico mais responsável, dependendo das práticas de codificação locais. Esses casos devem ser incluídos como parte de uma coorte de AVE agudo, se for o caso. Equipes de AVE devem manter discussões com o grupo local de registro de dados de saúde e chegar a um acordo sobre como todos os casos de AVE serão codificados para garantir qualidade, integridade e precisão ótimas dos dados.</p>
vi	<p>Casos especiais – Cuidados paliativos: Onde os pacientes com AVE agudo tem um fator de cuidado paliativo durante seu episódio de atendimento e na mesma instituição, devido a severidade do AVE e/ou outras características clínicas, o código Z51.5 CID10 de cuidado paliativo pode ser registrado se o paciente atende a definição de palição local. Esses casos devem ser incluídos como parte de uma coorte de AVE agudo, se for o caso.</p>
vii	<p>Astaxas de mortalidade para pacientes considerados em cuidados paliativos e que recebem serviços de cuidados paliativos são mais altas que a mortalidade geral para os casos de AVE em cuidados não-paliativos. Portanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quando calcular as taxas gerais de mortalidade por AVE, onde os casos de cuidados paliativos Z51.5 são DMRx e o AVE é listado como diagnóstico secundário, a inclusão como parte de uma coorte de AVE dependerá do âmbito e propósito da análise planejada. <p>Quando calcular as taxas de mortalidade por AVE para pacientes que receberam procedimentos de atendimento para AVE ativos como uma medida da efetividade do atendimento recebido, casos onde o cuidado paliativo Z51.5 é um DMRx e ao AVE é atribuído com código de diagnóstico adicional e não receberam atendimento ou tratamento para AVE agudo ativo devem ser EXCLUÍDOS (tais como os pacientes com AVE muito grave admitidos diretamente nos cuidados paliativos sem tratamento agudo ativo).</p>

Referências:

Heart and Stroke Foundation of Canada Quality of Stroke Care in Canada Stroke Key Quality Indicator and Case Definitions Manual 2016 (www.strokebestpractices.ca); e, Valery Feigin et al Global Burden of Disease stroke case definitions (Lancet 2015;385(9963):117-171. Online supplement page 280).

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Selecione os códigos de investigação relacionados ao AVE*

Investigações em AVE	Códigos de intervenção para CID9	Código de intervenção (v2015) (para CID10)
Tomografia computadorizada	87.03	3AN20 Cérebro 3ER20 Cabeça
RM	88.91	3AN40 Cérebro 3ER40 Cabeça
Radiografia de tórax	87.39, 87.44, 87.49	3GY10
ECG (12 derivações)	89.52	2HZ24.JA-KE
Monitoramento cardíaco prolongado (com gravador de loop ou monitor cardíaco implantável)	-	2.HZ.24.GP-XJ (Cateterismo cardíaco) 2.HZ.24.HA-XJ (Subcutâneo)
Monitor Holter		2.HZ.24.JA-KH
Doppler de carótida	88.71	3JE30
Doppler de membros inferiores	88.77	3KG30
Ecocardiograma (2D) Ecocardiograma (Ecocardiograma transesofágico)	88.72	3IP30
Administração de ativador do plasminogênio tecidual (tPA)	99.10	1ZZ35HAC1 (IV) 1JW35HAC1 (IA)
Procedimento cirúrgico de endarterectomia de carótida	50.12	1.JE.57.LA

UM ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE QUALIDADE EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Códigos de identificação de casos de AVE agudo, atualização 2016*

Procedimentos ou Investigações Relacionados ao AVE	Descrição do título do código de intervenção	Código de intervenção (v2015) (para CID10)
Administração de alteplase (tPA)		
Administração de alteplase (tPA) - Intravenosa	Farmacoterapia, corpo total, abordagem percutânea [intramuscular, intravenosa, subcutânea, intradérmica], utilizando agente trombolítico.	1.ZZ.35.HA.1C
Administração de alteplase (tPA) - Intra-arterial	Farmacoterapia (local), abordagem com <u>injeção</u> dos vasos intracranianos percutâneos usando agente trombolítico	1.JW.35.HA.1C
<p><i>O seguinte subgrupo de investigações e procedimentos deve ser aplicado de forma consistente para pacientes com AVC agudo submetidos a procedimentos endovasculares agudos para oclusões de grandes vasos. Foram encontradas variações significativas de codificação para este procedimento relativamente novo. Se sua organização fornece procedimentos endovasculares agudos para oclusões de grandes vasos, você deve desenvolver uma política ou um protocolo de boas práticas para a codificação de todos os procedimentos utilizando os códigos mais apropriados entre aqueles fornecidos abaixo.*</i></p>		
Trombectomia endovascular cerebral (remoção de coágulo)*	Extração, artéria carótida com abordagem transluminal percutânea. Inclui trombectomia mecânica.	1.JE.57-GQ-^^
	Extração, vasos intracranianos usando abordagem transluminal percutânea e dispositivo NEC. Inclui trombectomia mecânica.	1.JW.57.GP-GX
	Extração, outros vasos da cabeça, pescoço e NEC coluna, usando abordagem transluminal percutânea e dispositivo NEC.	1.JX. 57.GP-GX
Dilatação endovascular cerebral	Dilatação, vasos intracranianos usando abordagem transluminal percutânea e dispositivo NEC. Exclui: com extração (ver 1.JW.57.GP-GX)	1.JW.50.GP-^^
	Dilatação, outros vasos da cabeça, pescoço e NEC coluna, usando abordagem transluminal percutânea. Exclui: com extração (ver 1.JX.57.GP-GX)	1.JX.50.GP-^^
	Dilatação, artéria carótida com abordagem transluminal percutânea arterial. Exclui: com extração (p.e., endarterectomia) (ver 1.JE.57.GQ-^^)	1.JE.50.GQ-^^
Dilatação endovascular de carótida e colocação de stent	Dilatação, artéria carótida utilizando abordagem transluminal percutânea com dilatador de balão com stent (endovascular) (inserção)	1.JE.50.GQ-OA

Referências:

Heart and Stroke Foundation of Canada Quality of Stroke Care in Canada Stroke Key Quality Indicator and Case Definitions Manual 2016

Sobre a World Stroke Organization

NOSSA VISÃO: UMA VIDA LIVRE DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.

NOSSA MISSÃO:

A missão da WSO é reduzir o impacto global do AVE através da prevenção, tratamento e cuidados a longo prazo. Nós trabalhamos para reduzir o impacto do AVE nas pessoas, seus familiares e suas comunidades. Nossos membros fazem campanha para aumentar a conscientização sobre o risco de AVE e para melhorar o tratamento e cuidados. Nós acreditamos que reduzir o impacto global do AVE torna o mundo um lugar mais saudável para todos.

Parceiros corporativos

A Campanha Global de AVE tem sido possível graças a generosa contribuição financeira dos seus parceiros corporativos.

PARCEIRO PATROCINADOR PLUS PLATINUM

Medtronic

PARCEIRO PATROCINADOR PLATINUM



PARCEIROS PATROCINADORES OURO



PARCEIROS PATROCINADORES BRONZE



Maria Grupper
Diretor Executivo
World Stroke Organization
7, rue Francois Versonnex
PO Box 6053
CH 1211 Geneva 6, Switzerland
Email: mgrupper@kenes.com

www.world-stroke.org