

Contribuições da Consulta Pública - PCDT - Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo - Conitec

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
31/12/2021	Profissional de saúde	Boa	Concordo com o texto	Program para Capacitar médicos que atendem em Pronto socorro público / UPA no manejo de atendimento inicial de suspeita de AVC , Conscientizar a população de procurar atendimento médico rapidamente após sinais/sintomas de AVC
31/12/2021	Profissional de saúde	Boa		
31/12/2021	Profissional de saúde	Muito boa	Gostaria de incluir a descrição de outros profissionais que são imprescindíveis no manejo pós terapia de reperfusão, para início precoce de reabilitação do avc, com presença de fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e enfermagem com treinamento específico para este fim. Também a importância da institucionalização das unidades de AVC em todo serviço que atenda este tipo de patologia. É importante frisar a definição etiológica do avc e o início precoce da profilaxia secundária, fazendo necessário disponibilizar os medicamentos ainda na internação (estatina de alta potência, como atorvastatina, clopidogrel, ticagrelor, DOACs, conforme indicação especifica).	Tema de grande relevância que merece atenção de todo e cada cidadão brasileiro, haja visto alta mortalidade pela doença
31/12/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
31/12/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
31/12/2021	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Equipe multi pra reab precoce , Profilaxia secundaria contemplada full pelo sus
31/12/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
31/12/2021	Profissional de saúde	Muito boa		Concordo integralmente
31/12/2021	Profissional de saúde	Muito boa		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
31/12/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
31/12/2021	Profissional de saúde	Muito boa		
31/12/2021	Paciente	Muito boa	Nao	Nao
01/01/2022	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	A aquisição da trombectomia mecânica no SUS é um ganho incalculável para nossa população
02/01/2022	Profissional de saúde	Muito boa		
02/01/2022	Profissional de saúde	Muito boa		
02/01/2022	Profissional de saúde	Muito boa		
02/01/2022	Profissional de saúde	Muito boa	Indicação da trombectomia na artéria cerebral média segmento M1 e na artéria carótida interna. No texto cita somente artéria carótida interna intracraniana, e alguns casos temos oclusão da carótida interna cervical.	
03/01/2022	Profissional de saúde	Muito boa		
03/01/2022	Profissional de saúde	Boa	""A Escala de avaliação pré-hospitalar,21 pode ser utilizada como método de triagem porque possui boa, acurácia"". > a escala cincinnati é bem aplicável a sintomatologia clássica. , Aqui em Joinville/Sc; adaptamos o protocolo pré hospitalar de atendimento do AVC/AIT para atenção básica, considerando que alguns pacientes apresentam sinais focais ""fora"" da escala Cincinnati (vertigens, cefaléia súbita...) que podem ser sutis e não perceptíveis pelo avaliador. O protocolo visa um olhar mais apurado e amplo para o Ait/Avc. "	
04/01/2022	Interessado no tema	Muito boa		
04/01/2022	Profissional de saúde	Muito boa		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
06/01/2022	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	É necessário o financiamento regular da trombectomia e insumos para prover equidade no atendimento ao AVC no país, uma vez que hoje apenas pacientes de poucos centros se beneficiam deste tratamento que aumenta em mais de 50% as chances de uma sobrevivida sem sequelas ou com sequelas mínimas. Nos pacientes com oclusão proximal, em que o deficit tende a ser muito maior, a oferta deste tratamento é um investimento em saúde pública importante, reduzindo gastos previdenciários, com serviços de reabilitação, com reinternacoes e evitando que tanto o paciente e quanto o cuidador tenham que parar de trabalhar e produzir para a sociedade. ,
12/01/2022	Profissional de saúde	Muito boa	Sugiro detalhar mais os critérios para trombólise endovenosa conforme o arquivo anexo. Envio tb as recomendações da AHA 2019.	Em relação à janela terapêutica para trombectomia sem necessidade de exames de difusão ou perfusão, sugiro esclarecer porque foi aprovada a janela de 8 horas, se a maioria dos pacientes incluídos nos estudos RESILIENT e REVASCAT tinham apresentado sintomas até 6 horas antes do tratamento. Seria interessante mostrar resultados (ainda que análises de subgrupo) que apoiassem a realização do procedimento entre 6 e 8h, considerando que as recomendações da AHA (anexo) preconizam uma janela de 6 horas.
14/01/2022	Profissional de saúde	Muito boa		
14/01/2022	Profissional de saúde	Muito boa		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
15/01/2022	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	<p>"Verificar que nas páginas 20 e 21 existem duas ""figuras 1"". Verificar qual é a correta., Creio que seja imprescindível a avaliação da disfagia. Infelizmente, nem sempre nos deparamos com profissionais capacitados para o atendimento da pessoa com AVC e para isto, os protocolos auxiliam no atendimento que pode salvar vidas. Até hoje fico pensando no que poderiam ter feito para diminuir o sofrimento desumano ocorrido após o AVC isquêmico sofrido por meu pai, em 2019. No primeiro, no Hospital Miguel Couto-RJ, fez-se tomografia e foi mandado para casa sem nenhuma medicação, dizendo que os medicamentos que tomava já eram o suficiente, estava engasgando com água, comida ""ia bem"". E se ele não estava tomando alguns da lista de mais de dez medicamentos por vários motivos?</p> <p>Aparentemente, teve um segundo AVC, novamente ao Hospital Miguel Couto, com queixa que sua garganta travou e não conseguia engolir. Fez uma semana de fisioterapia e sem o retorno da deglutição foi transferido para uma clínica familiar, ainda no RJ. Continua sem a deglutição, foi transferido para uma UPA em Botafogo, onde havia fisioterapeuta e fono. Segundo o protocolo atual ele estava clinicamente ""bem"" e segundo a diretora da UPA, e já com dificuldades para dormir, pela falta de ar, desmaiou e foi intubado. Mais uma vez transferido para uma outra UPA. Após uma semana foi transferido novamente para o Hospital Carlos Chagas em Marechal Hermes-RJ. Fez outra tomografia que confirmou o AVC isquêmico, foi traqueostomizado e, na UTI, claramente, regurgitando a alimentação parenteral, nada foi feito, apenas cuidados paliativos até falecer por sepse. Lamentável, a todo momento estava lúcido, dizendo que não conseguia engolir e que a garganta estava ""travada"". Qual seria o protocolo de atendimento desde o início?"</p>	<p>Espero que haja um melhor treinamento dos gestores de saúde, principalmente no Rio de Janeiro, para que as pessoas sejam atendidas com mais humanidade, no sistema público. Cada centavo, tempo e conhecimento nos vale uma vida. Precisamos de mais empatia relacionada à vulnerabilidade da pessoa que está sendo atendida. Fico à disposição para maiores esclarecimentos.</p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
17/01/2022	Grupos/associação/organização de pacientes	Boa	<p>Sim., A AHF como co-fundadora e, neste momento, representante do Fórum Intersectorial para Combate às DCNTs no Brasil (FórumDCNTs), iniciativa inter e multi setorial e multi stakeholder, fundada em 2017, através da parceria entre as principais instituições não governamentais, empresas da área da saúde, universidades, órgãos do governo e multilaterais, com a finalidade de identificar prioridades sobre as diferentes doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e seus fatores de risco, assim como facilitar colaborações para a implementação, sustentabilidade e escala de estratégias custo-efetivas e políticas de saúde para enfrentá-las, vem respeitosamente parabenizar a iniciativa de atualização do PCDT de AVCi Agudo, melhorando a tomada de decisão dos gestores e profissionais da saúde no sistema público de saúde no Brasil. , , Após a leitura, gostaríamos de acrescentar algumas sugestões referentes ao fluxograma de tratamento apresentado e considerações nos itens de monitoramento e gestão e controle:, , 6.4. Fluxograma de tratamento do paciente com suspeita de AVCi agudo, Verificar figura 1, na página 20 e figura 1 da página 21. Os quadros “AQUISIÇÃO DE NEUROIMAGEM” divergem entre si dificultando a compreensão da necessidade ou não do contraste na TC. Aparentemente apenas a primeira figura está correta e, com isso, será importante retirar a figura da página 21. , , 7. Monitoramento., Faz-se importante lembrar da alta frequência da disfagia e sua relevância na morbi-mortalidade nas pessoas acometidas pelo AVC, que pode ser transitória ou permanente. Esta não está contemplada neste protocolo e é fundamental que seja incluída. A necessidade do diagnóstico precoce e medidas assertivas para evitar bronco-aspiração são imprescindíveis para o melhor prognóstico, principalmente no tempo de hospitalização e qualidade de vida. Assim, apesar do screening, e de a disartria estar presente na “VERSÃO E ADAPTAÇÃO AO PORTUGUÊS DA NIH STROKE SCALE UTILIZADA EM ESTUDO DE CONFIABILIDADE NO BRASIL”, citado como referência de apoio a este protocolo, e que um índice</p>	Não.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			<p>acima de 10 está relacionado com um maior risco para disfagia, sugerimos consulta e citação à recente publicação da European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia; European Stroke Journal 2021 6:3, LXXXIX-CXV para o alerta e medidas terapêuticas mais assertivas para esta grave condição., , 8. Gestão e Controle., Consideramos muito importante que o gestor e os profissionais da saúde, responsáveis pelo atendimento das pessoas com suspeita de AVCi agudo, estejam em constante aprimoramento para que o atendimento seja assertivo e em tempo hábil para a reversão do quadro agudo e melhor prognóstico. A qualidade do protocolo apresentado é muito evidente. Enfatizaríamos, ainda, a empatia para com a pessoa e seus familiares, fundamentais para a obtenção de informações cruciais no diagnóstico clínico desta condição., Colocamo-nos à vossa inteira disposição para outras contribuições e esclarecimentos., , Respeitosamente,, Fórum Intersectorial para Combate às DCNTs no Brasil, www.ForumDCNTs.org</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/01/2022	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Boa	<p>"A Boehringer Ingelheim do Brasil vem por meio desta cumprimentar esta Comissão pelo excelente trabalho que tem desempenhado em relação a assistência terapêutica e às avaliações de incorporações de tecnologias, contribuindo com a ampliação do acesso de medicamentos e procedimentos aos pacientes brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)., Diante do parecer preliminar da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), publicado em 30 de dezembro de 2021, por ocasião da abertura da Consulta Pública nº 110/2021 referente à atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo (AVCi), congratulamos a Comissão pela recomendação da ampliação de acesso, assim como o oferecimento do melhor tratamento clínico para o tratamento desta doença tão debilitante e ratificamos o apoio da Boehringer Ingelheim a essa recomendação, que amplia a política pública de saúde no Brasil, como será abordado no documento anexo., Em relação ao conteúdo que está em Consulta Pública, pontuamos que a inclusão do procedimento de trombectomia mecânica neste protocolo demonstra grande evolução e preocupação da comissão com os pacientes acometidos por essa doença devastadora., Parabenizamos pelo delineamento do fluxograma de tratamento do paciente com AVC isquêmico, e o reforço do uso do tratamento trombolítico com alteplase em todos os pacientes acometidos pela obstrução em qualquer território vascular cerebral, desde que tenha início dos sintomas em até 4,5 horas. Este tratamento independe da indicação de trombectomia mecânica., Ressaltamos a importância da inclusão das “notas 1 e 2” nos “Critérios de Exclusão” para a trombólise, esclarecendo algumas dúvidas frequentes dos profissionais de saúde e ressaltando a importância da individualização do tratamento para cada paciente., As questões respondidas pelo documento foram de fundamental importância para esclarecimento de atuais questionamentos e salientamos que com relação à “Questão 4 - sobre o uso de tenecteplase como</p>	<p>Faz-se oportuno destacar que, na discussão de financiamento será fundamental ampliar o debate sobre a atualização das Portarias do Ministério da Saúde, a exemplo da recente publicação da Nova Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio¹¹. Nesse sentido, destacamos que o reembolso do procedimento do tratamento do AVCi com trombolítico (03.03.04.030-0 - Tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo com uso de trombolítico) padece de ajuste inflacionário desde 2012, ano da criação da portaria. Nesse contexto, oportunamente, a Boehringer Ingelheim, juntamente com atores sociais interessados no processo, buscará uma audiência com a Secretaria competente para discussão do tema., Em nome da Boehringer Ingelheim, congratulamos a Comissão pela atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo e ratificamos os agradecimentos pela oportunidade de apresentar as informações sobre essa doença que causa um déficit físico e cognitivo, com impacto nas atividades diárias do paciente e nos sistemas social e de saúde do Brasil. , Ficamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários sobre os temas abordados no presente do documento anexo. ,</p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			<p>alternativa para trombólise”, concordamos com a não recomendação, já que não existe indicação em bula aprovada pela ANVISA, mas gostaríamos de comunicar que atualmente estão em andamento estudos com o objetivo de avaliar a efetividade e a segurança da tenecteplase no tratamento agudo do AVC isquêmico., Com relação aos Centros de Atendimento de Urgência ao AVC, concordamos com o painel de especialistas que seria importante a criação dos Centros de Atendimento Tipo IV e a atualização do documento do Ministério da Saúde que descreve a linha de cuidados em AVC na rede de atenção às urgências e emergências., Vale salientar que a Boehringer Ingelheim investe em projetos que ampliam o acesso da população a informações sobre os sinais e sintomas do AVC, agilizando o reconhecimento da doença e otimizando o tratamento. Dentre eles, destacamos o projeto Fast Heroes, que capacita crianças em escolas públicas a buscar ajuda em caso de necessidade de seus familiares. A capacitação de hospitais e serviços de saúde para o atendimento rápido e efetivo do AVC é outro pilar da empresa, através do projeto Angels, presente em mais de 100 países, que já capacitou mais de 400 hospitais no Brasil. Reforçamos que esses projetos se encontram a disposição para eventuais parcerias com o Ministério da Saúde e o Sistema Único de Saúde. , </p>	
18/01/2022	Paciente	Muito boa		<p>Eu e mais dez pessoas da minha família tratamos antecipado o Covid com ivermectina vitaminas C e D e zinco, só tomou Cloroquina e azitromicina quem teve febre... todos sarados, curados e sem transmissão. Todos com 97% de imunidade... imunidade natural que temos sendo curados utilizando os remédios...</p>
19/01/2022	Profissional de saúde	Boa		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
19/01/2022	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Bom dia. Gostaria de saber se governo disponibiliza o medicamento Exforge HCT(Valsartana + Hidroclorotiazida + Anlodipino CID 10 - I15.1 - Hipertensão secundária) e caso não disponibilize como devo proceder diante do fato em que o paciente em questão não tenha condições de arcar com a compra do medicamento. Obrigada	Bom dia. Gostaria de saber se governo disponibiliza o medicamento Exforge HCT(Valsartana + Hidroclorotiazida + Anlodipino CID 10 - I15.1 - Hipertensão secundária) e caso não disponibilize como devo proceder diante do fato em que o paciente em questão não tenha condições de arcar com a compra do medicamento. Obrigada
19/01/2022	Profissional de saúde	Muito boa		
19/01/2022	Profissional de saúde	Muito boa		
19/01/2022	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
19/01/2022	Profissional de saúde	Muito boa	<p>"Sim., 1. Dentro de Fármacos, no item 6.3.2. Esquema de administração - após a Alteplase 0,9 mg/kg por via IV - sugiro acrescentar a dose de 0,6 mg por kg IV como alternativa para casos selecionados (texto sugerido abaixo). A recomendação tem base no estudo ENCHANTED publicado no New England, 3300 pacientes (maior estudo de trombólise) que comparou a dose padrão 0,9 mg/kg com 0,6. O desfecho principal foi negativo – não atingiu a não inferioridade quando comparou dicotomicamente mínima ou nenhuma incapacidade versus qualquer incapacidade. Mas o desfecho secundário, análise ordina, que é o mais importante porque avalia a capacidade de melhorar 1 ponto Noe score de rankin, foi não inferior – este é o desfecho usado como o desfecho primário dos estudos de AVC atualmente. E o desfecho de segurança (hemorragia cerebral) foi muito menor com a dose de 0,6. – atualmente temos usado para os casos com maior risco de hemorragia. Testo sugerido:, ?Alteplase 0,6 mg/kg por via intravenosa, com 15% da dose em bolus e o restante em 60 minutos pode ser uma alternativa para casos selecionados de pacientes frágeis, com a soma de fatores que aumentam o risco de sangramento (por exemplo, dupla antiagregação plaquetária em paciente idoso ou insuficiência renal grave) , 2. A Figura 1 está repetida - a correta é a primeira que está na página 20., 3. Fundamental incluir os indicadores de qualidade mínimos a serem monitorados:, indicadores de qualidade mínimos, entre os quais: , ?Tempo porta-agulha (idealmente < 60 minutos), ?Percentual de pacientes submetidos à terapia de reperfusão sobre o número de AVCs isquêmicos, ?Percentual de pacientes com avaliação de disfagia, ?Percentual de pacientes com AVC com prescrição de antiagregante na alta , ?Percentual de pacientes com AVC e fibrilação/flutter atrial com prescrição de anticoagulante na alta, ?Percentual de pacientes atendidos em unidade de AVC/Unidade Vascular ou NeuroUTI , ?Tempo de permanência hospitalar em pacientes com AVC , ?Desfecho funcional neurológico: Grau de incapacidade, mensurado através do escore de Rankin</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
19/01/2022	Profissional de saúde	Muito boa	<p>modificado (escore de 0-6) na alta hospitalar ou preferencialmente em 90 dias após o tratamento., Para os Centros com trombectomia:, ?Escore ASPECTS na tomografia de crânio pré tratamento., ?Índice da oclusão vascular na angiotomografia., ?Tempo porta-punção na virilha (idealmente < 90 minutos), ?Tempo punção-recanalização (idealmente < 30 minutos), ?Grau de recanalização final mensurado através da escala mTICI (modified thrombolysis In Cerebral Ischemia), sendo resumida da seguinte forma:, ?TICI 0: Sem Perusão, ?TICI 1: Fluxo cruza o sítio de oclusão, com mínima perfusão distal., ?TICI 2a: Perusão de menos da metade do território vascular acometido (1 a 49%), entretanto, com persistência de áreas sem recanalização., ?TICI 2b: Perusão mais da metade do território vascular acometido (50 a 89%), entretanto, com persistência de áreas sem recanalização., ?TICI 2c: Perusão quase completa do território vascular acometido (90 a 99%), entretanto, com persistências mínimas de áreas sem recanalização ou com fluxo lentificado., ?TICI 3: Completa recanalização do vaso acometido, sem áreas de hipoperfusão., ?Taxas de complicação do procedimento endovascular"</p> <p>Sim, A. Dentro do item 6.3.2. Esquema de administração - sugiro adicionar a dose de 0,6 mg por kg IV que tem sido usada como alternativa de tratamento com maior risco de sangramento, baseada nos resultados do estudo ENCHANTED que mostrou resultados muito próximos a dose de 0,9 mg/kg com menos risco de hemorragia, , B. Importante incluir os indicadores assistenciais para monitoramento dos centros. Eles foram criados num projeto do PROADI SUS junto com as sociedades de especialidade e já tem sido usados pela ANS (Consórcio de indicadores de qualidade hospitalar (versão V.08/2020),</p>	