

Pacientes atendidos com suspeita de AVC em Unidades de Pronto Atendimento do município no Rio de Janeiro: o olhar da gestão

Patients treated for suspected strokes in Emergency Care Units in the municipality of Rio de Janeiro: the management's perspective

Pacientes atendidos por sospecha de ACV en las Unidades de Emergencia del municipio de Rio de Janeiro: perspectiva de los gestores

Andrea dos Santos Garcia^{1*}, Virginia Luiza Ponte Cruz Cardoso¹, Diego de Araújo Queiroz¹, Alex de Oliveira Mamude¹, Fábio Martins Borba¹, Rafael Alvim Lobo¹, Allan Pereira Novaes de Oliveira¹, Carlos Roberto Lyra da Silva², Roberto Rangel Alves da Silva¹, Daniel Lopes da Mata¹

RESUMO

Objetivo: analisar o fluxo assistencial dos pacientes com suspeita de AVC hiperagudo nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do Município do Rio de Janeiro. **Métodos:** estudo observacional com abordagem descritiva e quantitativa, com a realização de análise documental dos prontuários dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em dez (10) UPAs, do município do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2023. **Resultados:** foram observados 1.286 pacientes que buscaram atendimento nestas unidades com suspeita diagnóstica de AVC nos últimos três anos. A média de 321 atendimentos por ano. Entre esses, foi observado um tempo médio de atendimento elevado, de 8,24 minutos do registro até a classificação e desta, até o atendimento médico, de 27,18 minutos. Além disso, foi evidenciada diferença estatisticamente significativa entre sexo e idade (p -valor de $<0,001$ - teste de *Kruskal-Wallis*), sendo as mulheres acometidas pelo AVC cinco anos mais tarde que os homens e uma diferença entre o tipo de alta e dias de internação, sendo visualizado que os pacientes que tiveram baixa do sistema por óbito ficaram em média cinco dias internados nas unidades (p valor de $<2e-16$ -Teste ANOVA). **Conclusão:** foram encontradas diversas oportunidades de melhoria no atendimento do paciente com AVC hiperagudo nas UPAs. Assim, foram acordadas algumas prioridades para a melhoria do serviço prestado, como: redução do tempo de porta-agulha; elaboração e implementação de um protocolo gerenciado; treinamento e aprimoramento da equipe assistencial e trabalhadores da saúde, para oferecer uma assistência integral e resolutiva para o paciente.

Descritores: Acidente vascular cerebral; Serviços de saúde; Doença crônica.

ABSTRACT

Objective: to analyze the flow of care for patients with suspected hyperacute stroke in the Emergency Care Units (UPAs) of the city of Rio de Janeiro. **Methods:** an observational study with a descriptive and quantitative approach, with a documentary analysis of the medical records of

¹ Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro (RioSaúde). Rio de Janeiro- RJ. *E-mail: andrea-sgarcia@hotmail.com

² Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

users of the Unified Health System (SUS) in ten (10) UPAs in the municipality of Rio de Janeiro, from January 2020 to January 2023. **Results:** 1,286 patients who sought care at these units with a suspected diagnosis of stroke in the last three years were observed. The average number of visits per year was 321. Among these, a high average time of 8.24 minutes from registration to classification and 27.18 minutes from registration to medical attention was observed. In addition, there was a statistically significant difference between gender and age (p-value <0.001 - Kruskal-Wallis test), with women being affected by stroke five years later than men and a difference between the type of discharge and days of hospitalization, with patients who were discharged from the system due to death staying an average of five days in the units (p-value <2e-16 - ANOVA test). **Conclusion:** several opportunities for improvement were found in the care of hyperacute stroke patients in the UPAs. A few priorities were agreed upon for improving the service provided, such as: reducing the time taken to use a needle holder; drawing up and implementing a managed protocol; training and improving the care team and health workers, to provide comprehensive and resolute care for the patient.

Descriptors: Stroke; Health services; Chronic disease.

RESUMEN

Objetivo: analizar el flujo de atención a pacientes con sospecha de ACV hiperagudo en las Unidades de Atención de Urgencia (UPAs) de la ciudad de Rio de Janeiro. **Métodos:** se trata de un estudio observacional con abordaje descriptivo y cuantitativo, con análisis documental de las historias clínicas de los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS) en diez (10) UPAs del municipio de Río de Janeiro, de enero de 2020 a enero de 2023. **Resultados:** se observaron 1.286 pacientes que buscaron atención en estas unidades con sospecha diagnóstica de accidente cerebrovascular en los últimos tres años. Un promedio de 321 asistencias por año. Entre ellas, se observó un tiempo medio elevado de 8,24 minutos desde el registro hasta la clasificación y de 27,18 minutos desde el registro hasta la atención médica. Además, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre el sexo y la edad (p-valor <0,001 - test de Kruskal-Wallis), con las mujeres sufriendo un ictus cinco años más tarde que los hombres, y una diferencia entre el tipo de alta y los días de hospitalización, con los pacientes que fueron dados de alta del sistema por fallecimiento permaneciendo una media de cinco días en las unidades (p-valor <2e-16 - test de ANOVA). **Conclusión:** se encontraron varias oportunidades de mejora en la atención a los pacientes con ictus hiperagudo en las UPA. Se acordaron una serie de prioridades para la mejora del servicio prestado, tales como: reducción del tiempo de utilización de la aguja; elaboración e implantación de un protocolo gestionado; formación y mejora del equipo asistencial y del personal sanitario, con el fin de prestar una atención integral y resolutive al paciente.

Descriptores: Accidente cerebrovascular; Servicios sanitarios; Enfermedades crónicas.

INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos em saúde, melhorias na infraestrutura urbano-sanitária e avanços dos indicadores sociais, promoveram, desde o século passado a transição da Pirâmide Demográfica Brasileira. Ao longo deste período a população brasileira experimentou a elevação da média da expectativa de vida, o que promove o surgimento de novos desafios socioeconômicos e sanitários, visto que o envelhecimento da população necessitará de políticas públicas que promovam e garantam uma senescência adequada (FAN et al., 2023).

No âmbito da Saúde Pública, a longevidade trouxe o surgimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais desafiam as autoridades sanitárias a elaborar um plano de ação direcionado a prevenção, tratamento, reabilitação e gerência de comorbidades (FAN et al., 2023; RESSETTO et al., 2019). Essas atuais alterações demográficas e de saúde dão ao Brasil aproximadamente 20 anos para se adaptar (RESSETTO et al., 2019). Nesse cenário, os dados do DATASUS chamam a atenção ao demonstrarem que em 2005 ocorreram 2.304.544 (19,4%) de internações de idosos brasileiros e em 2015 tiveram 2.852.393 (24,5%), o que mostra uma tendência crescente (RESSETTO et al., 2019). Segundo dados nacionais no ranking das DCNTs, ocupando a terceira causa de internações no Brasil, está o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (RESSETTO et al., 2019).

Numa perspectiva mundial as doenças cerebrovasculares ocupam o segundo lugar dentre os agravos à saúde com maiores taxas de mortalidade e morbidade, com potencial variável de incapacidades para os indivíduos (JOHNSON et al., 2019). A lesão neurológica promovida é classificada em dois subtipos, de acordo com a sua gênese: em Hemorrágica, 30% e em isquêmica, que é responsável por 70% de todos os acidentes vasculares cerebrais, tendo risco de recorrência ao longo da vida (FAN et al., 2023). Diante do impacto socioeconômico e familiar negativo às vítimas de AVC, torna-se uma urgência de saúde pública a elaboração de estratégias de sanitárias para o enfrentamento desta entidade nosológica. Faz-se necessária a capacitação de equipes de saúde para atendimento de urgência/emergência, criação de infraestrutura adequada, fluxogramas, elaboração de Protocolos assistenciais, integração da Atenção Básica no controle dos fatores de risco modificáveis e conscientização dos usuários do Sistema único de Saúde (SUS). Nesta direção,

alguns estados brasileiros implantaram Centros de Referência de AVC, que promovem a capacitação para reconhecimento dos sinais e sintomas do AVC, conscientização da doença e esclarecimento sobre duas terapias modificadoras de desfecho: terapia trombolítica ou trombectomia (SCHNEIDER et al.,2018; RANGEL et al., 2023).

Nesse sentido, estudos mostram que o treinamento das equipes e estratégias para reduzir o tempo de porta-agulha melhoram as taxas de administração de trombolíticos dentro da janela de tempo terapêutico (RANGEL et al.,2023; BRANDÃO PC, et al., 2023). Corroborando com isso, estudo realizado em uma unidade de AVC, no interior do Nordeste, demonstrou um número crescente de pacientes trombolisados desde a sua implantação, provavelmente, devido a educação pré-hospitalar realizada nas unidades de urgência e emergência das quais são referências (RANGEL et al.,2023). Por isso, é muito importante que o atendimento do paciente acometido pelo AVC aconteça em rede. Com isso, foi instituída a Portaria MS/GM nº 665, 12 de abril de 2012, atualizada pela portaria nº 800/2015, que insere a Linha de Cuidado do AVC como parte integrante da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) (BRASIL, 2020).

A linha de cuidado do AVC descreve o itinerário do paciente entre as diferentes unidades de atenção à saúde, definindo a melhor condução de possibilidades diagnósticas e terapêuticas, partindo do ponto onde o paciente se encontra. Desta forma, o paciente com AVC precisa de um atendimento em tempo hábil e assertivo para definir qual tipo de abordagem terapêutica adequada para o paciente, com o potencial de resolução da obstrução arterial e sequelas (BRASIL, 2020).

A triagem diagnóstica e a definição entre tratamento clínico ou cirúrgico deve ocorrer o mais breve, uma vez que um dos critérios para a instituição da Trombólise é que esta seja iniciada em até 4 horas e 30 minutos do surgimento dos sintomas. Por isso, é imprescindível a transferência do paciente para unidade hospitalar de referência para tratamento do AVC (RANGEL et al.,2023). Com isso, quanto mais capacitada a equipe e mais rápido for realizado o protocolo, melhor será o prognóstico do paciente, demonstrando assim, a importância de uma linha do cuidado bem definida para que não haja gaps no processo terapêutico (BRASIL, 2020).

Nesse cenário, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) fazem parte da RUE, compondo uma rede organizada em conjunto com o Serviço de Atendimento Móvel (SAMU-192), funcionando, na maioria das vezes, como primeiro acesso dos pacientes com AVC. Desta maneira, é necessário que tenha nessas unidades processos assistenciais bem alinhados e profissionais treinados para oferecer um serviço ágil e resolutivo para esses pacientes (BRANDÃO PC, et al., 2023).

Por essa razão, é imprescindível que a população tenha acesso a cuidados específicos relacionados ao AVC dentro das Unidades de Pronto Atendimento, com uma abordagem rápida que contribua para um desfecho clínico favorável. Considerando o exposto, esta pesquisa tem como objetivo analisar o fluxo assistencial dos pacientes com suspeita de AVC hiperagudo nas UPAs do Município do Rio de Janeiro.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem descritiva e quantitativa, realizado em dez Unidades de Pronto Atendimento que compõem as redes de atenção do município do Rio de Janeiro.

Cabe destacar, que o nome das UPAs foram codificadas com números de 1 a 10. Além disso, este estudo seguiu todos os preceitos éticos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com parecer favorável número 037755/2023, em 23 de junho de 2023 e CAAE: 68811423.6.0000.5279. Foi dispensado o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), porque foi feita uma avaliação retrospectiva dos prontuários, o que não permitiu o contato direto com os pacientes.

Foi realizada a análise documental dos prontuários das dez UPAs do município do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2023, onde foi analisado o atendimento dos pacientes atendidos com CID I64, acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, nos últimos três anos.

Os dados foram estratificados pelo *PowerBI*, sendo extraídos do prontuário eletrônico, através do *software* das unidades. Nessa etapa, foram realizadas a coleta de dados clínicos, como: faixa etária; sexo; tempo de atendimento; tempo de internação; intervenção e motivo de alta.

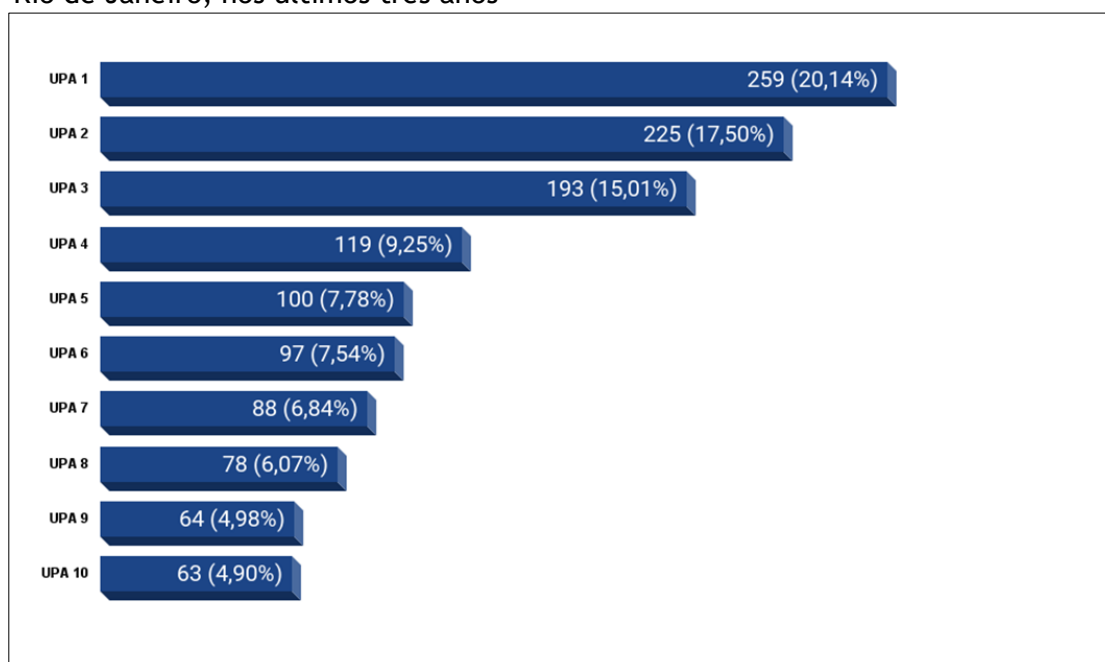
Foi considerado o CID I64, como variável dependente. Sendo extraído em XML e formatado através da plataforma *PowerBI*, para visualização dinâmica de dados, média, mediana e desvio padrão. As variáveis independentes analisadas foram: sexo, idade, bairro, UPAs, tempo para a classificação, tempo para o atendimento médico, tempo de internação, motivo de internação e dias de internação. Para análise estatística foram calculados a média, mediana e desvio padrão.

Também foi realizado o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk* e, posteriormente, os testes de *Kruskal-Wallis*, *Wilcoxon* para as variáveis não-paramétricas e Teste ANOVA para as paramétricas. Utilizou-se o *Rcommander*, versão 4.2.3, para identificar se existe associação do AVC com as variáveis independentes. Um “*p* valor” menor que 0,05 foi adotado como nível de significância estatística para todos os testes.

RESULTADOS

Um total de 1.286 pacientes com suspeita diagnóstica de AVC isquêmico ou hemorrágico foram admitidos dentro de três anos nas dez UPAs que fizeram parte do estudo. A média de atendimentos de suspeita de AVC por ano foi de 321 pacientes. Na figura abaixo é possível ver o percentual de atendimento por unidade (Figura 1).

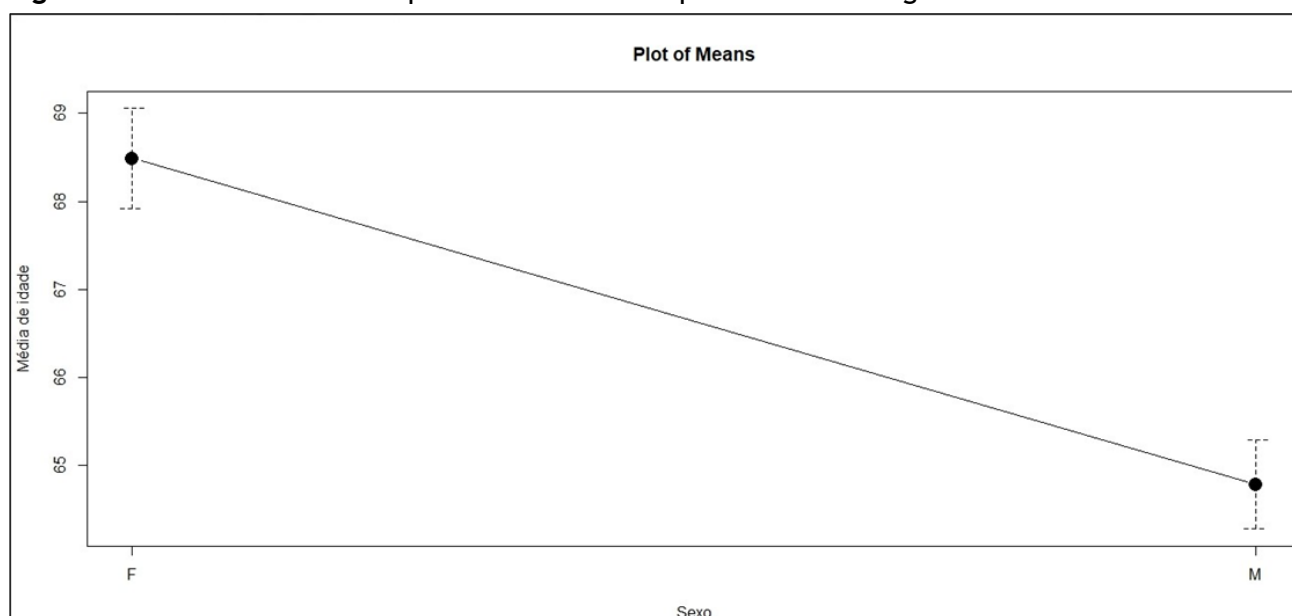
Figura 1 - “n” de pacientes atendidos com suspeita de AVC em dez UPAs do município do Rio de Janeiro, nos últimos três anos



Fonte: Garcia AS, et al., 2023.

Em relação ao sexo, 652 (50,7%) eram homens e 634 (49,3%) eram mulheres. Desses, a média de idade foi de 66 anos com $\pm 13,7$. Observou-se também diferença significativa entre sexo e idade, sendo a população feminina acometida pelo AVC mais tardiamente, com média de 70 anos, enquanto os homens foram acometidos com média de 65 anos, “*p* valor” menor que $<0,001$ - teste de *Kruskal-Wallis* (Figura 2).

Figura 2 - Média de idade dos pacientes atendidos por sexo com diagnóstico de AVC



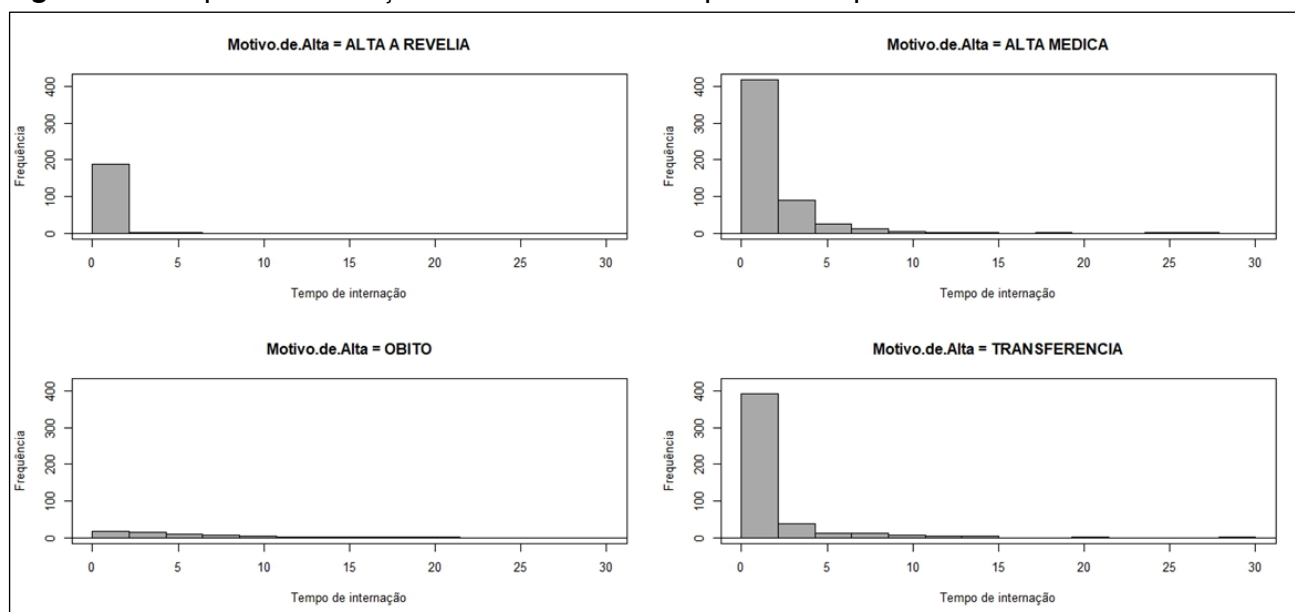
Fonte: Garcia AS, et al., 2023.

Em relação à análise do atendimento dos últimos três anos, foi possível verificar que o tempo médio que o paciente levou do registro até a classificação de risco foi de 8,24 minutos e desta até o atendimento médico de 27,18 minutos. No que se refere ao tempo médio de internação, observou-se que foi de 1,6 dias, com mediana de 1. Já em relação ao motivo de alta, 557 (43,48%) dos pacientes tiveram alta médica, 473 (36,92%) foram transferidos, 59 (4,61%) foram a óbitos e 192 (14,99%) saíram de alta à revelia (Figura 3).

Além disso, foi possível verificar que os pacientes com suspeita de AVC, que foram a óbito na unidade, ficaram em média 5 dias internados; já os pacientes que foram de alta médica e transferidos ficaram em média 1,6 dias; os de alta revelia saíram no mesmo dia, com *p* valor significativo $<2e-16$ (Teste ANOVA).

Cabe destacar ainda que dos 156 (14.08%) pacientes que receberam o diagnóstico definitivo de AVC, 20 saíram de alta à revelia, 66 de alta médica, 7 foram a óbito e 63 transferidos. Já entre os pacientes que permaneceram com suspeita diagnóstica, observamos um “n” de 952 (85.92%), entre esses, 173 saíram de alta à revelia, 417 tiveram alta médica, 42 foram a óbito e 320 transferidos.

Figura 3 - Tempo de internação e motivo de alta hospitalar dos pacientes com CID de AVC



Fonte: Garcia AS, et al., 2023.

DISCUSSÃO

Este artigo observou os atendimentos dos pacientes com suspeita diagnóstica de AVC nos últimos três anos, em dez UPAs do município do Rio de Janeiro, embasando-se em dados de estudos recentes que demonstram que o tratamento clínico do AVC isquêmico em tempo hábil contribui para um melhor prognóstico dos pacientes atendidos na fase aguda, devido a trombólise endovenosa (GARCÍA-TORNEL Á, et al., 2022; KIM DH, et al., 2018). Assim, observar os atendimentos em um recorte temporal de três anos ajuda a definir as prioridades que devem ser abordadas nos cuidados do AVC para reduzir os impactos negativos deste agravo à saúde.

Afinal o AVC se enquadra como a principal causa de morte e de incapacidades no Brasil. A cada ano, são registradas cerca de 68 mil mortes, segundo o Ministério da Saúde (MS). Dentro desse quantitativo, apenas 30% dos sobreviventes se recuperam completamente

e, pelo menos, 60% dependerão de familiares ou cuidadores, por sequelas permanentes (BARELLA RP, et al., 2019). Dessa maneira, torna-se imperioso conhecer a maneira como o atendimento a esse paciente têm ocorrido dentro das unidades secundárias de urgência e emergência.

Já em relação a categorização da população incluída no estudo, foi encontrado uma idade média de 66 anos, o que é semelhante ao encontrado na literatura (BARELLA RP, et al., 2019; ROXA et. al. 2021). Já em relação ao sexo, foi observado que as mulheres foram acometidas mais cedo do que as mulheres, o que diverge de outros estudos que foram realizados anteriormente (MITTA N, et al., 2021; PHAN HT, et al., 2019). Corroborando com isso, Mitta N, et al. (2021), relatam que existem diferenças de gênero no AVC, sendo acometida, em sua maioria, as mulheres mais velhas, porém, com desfechos mais desfavoráveis que os homens. Os desfechos desfavoráveis nas idades avançadas podem estar associados a diminuição fisiológica do fluxo sanguíneo cerebral e a disfunção neurológica subsequente (PHAN HT, et al., 2019).

Neste estudo observou-se que durante o período analisado foram 1.286 usuários do SUS que receberam atendimento médico categorizado inicialmente com CID I64, nas UPAs incluídas no presente estudo. Já em um município do Rio de Janeiro, Nova Iguaçu, em menos de um mês, um hospital geral teve 120 internações de pacientes com AVC (PREFEITURA DE NOVA IGUAÇU, 2022). No entanto, cabe destacar que essa é uma unidade terciária, assim, funciona como referência para o município. Mas chama atenção o quantitativo de atendimento nas unidades incluídas, podendo não ter sido demonstrado o real cenário de AVC hiperagudo no período observado. Talvez isso seja justificado pela ausência, até então, de um protocolo gerenciado estabelecido dentro dessas unidades de pronto atendimento que permita a visualização e acompanhamento desses dados epidemiológicos.

Cabe destacar ainda, que destes pacientes incluídos no presente estudo, 473 foram transferidos para unidades de saúde com maior complexidade tecnológica e capacidade de internação, 557 obtiveram alta médica da UPA e apenas 156 pacientes tiveram a confirmação diagnóstica final do CID I64 relatada em prontuário. Assim, de acordo com os dados disponibilizados, a confirmação diagnóstica de AVC agudo correspondeu a 12,13% dos

casos suspeitos, com uma média de 4,3 casos confirmados por mês. Isso chama atenção para uma possível subnotificação do diagnóstico definitivo e enfatiza a necessidade de melhorar o registro desses dados para o gerenciamento e acompanhamento da equipe de gestão.

Com isso, devem ser criados e padronizados indicadores de atendimento para o paciente com suspeita de AVC hiperagudo, como o tempo entre: a) admissão do paciente na unidade até o registro no sistema de regulação; b) Inscrição no sistema de regulação e transporte à unidade destino; c) diagnóstico inicial e exame de imagem laudada; c) diagnóstico inicial e início da trombólise, quando indicada.

Por isso, é importante que ocorra a identificação de sinais clínicos neurológicos de maneira quase que imediata à entrada do paciente na unidade de assistência à saúde e seja conduzido a verificação de sinais vitais e avaliação médica sob classificação de risco VERMELHA, configurando hipótese diagnóstica de AVC hiperagudo. Dentro do escopo investigativo a Escala de Cincinnati torna-se um instrumento importante para rápida detecção de distúrbios neuromusculares, que justifica a entrada do paciente na ROTA Prioritária de Atendimento, com avaliação médica o mais breve possível. A partir disso, o exame clínico decidirá sobre a manutenção ou não da investigação clínica.

Além disso, essa alta prioridade no atendimento e abertura do protocolo procura reduzir o tempo de registro e atendimento médico dos pacientes, que no presente estudo foi considerado elevado, agilizando assim a confirmação diagnóstica e início do tratamento. Com isso, auxilia a gestão na identificação de problemas e lacunas da prática clínica, afinal, a falta de um protocolo gerenciado pode impactar nas seguintes variáveis: tempo entre a classificação de risco e atendimento médico; adoção de plano terapêutico padronizado; preenchimento de formulários auditáveis adequados; treinamento dos trabalhadores de UPA (MARTINS et. al., 2019).

Porém, entende-se que o cuidado dos pacientes com AVC acontece em rede, assim se faz necessário que os profissionais das unidades entendam como acontece a comunicação e a integração entre os sistemas, para priorizarem a avaliação desse paciente e, conseqüentemente, diminuam o tempo porta-agulha (BRANDÃO; LANZONI; PINTO; 2022). Além disso, estudos demonstram que a padronização e mecanismos que facilitem a comunicação multidisciplinar resultam em atendimento efetivo e maior engajamento da

equipe de saúde no cuidado do paciente com AVC (ANDREW et. al. 2019; BRANDÃO; LANZONI; PINTO; 2022). Estudos relatam que a equipe de saúde identifica o uso de protocolos, treinamento e lideranças engajadas no cuidado ao paciente com AVC como um ponto forte. (ANDREW et. al., 2019).

Fundamenta-se em estudos que demonstram que o uso correto do trombolítico, dentro dos tempos estabelecidos previamente, resulta em desfechos clínicos positivos para o paciente, reforçando mais uma vez a necessidade de um fluxo de atendimento bem definido nas unidades de urgência e emergência. Nesse sentido, uma revisão sistemática com metanálise recente demonstrou que a melhora da triagem dos pacientes com AVC está significativamente associada ao aumento de potenciais candidatos à trombólise (BARELLA RP, et al., 2019; CHOWDHURY SZ, et al., 2021; LOPES et. al., 2023).

Por esta razão, gerenciar os fluxos de atendimento do paciente com suspeita de AVC ajuda a equipe de gestão a identificar formas para aumentar a chance de êxito na administração do trombolítico e redução das possibilidades de sequela pós-evento isquêmico. Assim, intenciona-se a redução do tempo porta-agulha, com direcionamento desse paciente para uma unidade com aparato tecnológico especializado, para realização de TC e administração do trombolítico em tempo adequado, visto que, estudos randomizados demonstraram que essa é uma estratégia benéfica para o tratamento rápido e eficaz (CHOWDHURY SZ, et al., 2021; GARCÍA-TORNEL Á, et al., 2022; KIM DH, et al., 2018). Corroborando com isso, um estudo demonstrou que em países com tomografia é possível atingir um tempo porta-agulha com menos de 2 horas (AREF et. al., 2023).

Sabe-se que os países em desenvolvimento levarão muito mais tempo para avançar no atendimento dos pacientes com AVC do que os países desenvolvidos. Entretanto, no Brasil existem 156 centros de AVC, dos quais 24 estão inseridos em hospitais cuja Trombólise é orientada por meio da Telemedicina, destacando-o dos demais países subdesenvolvidos (MARTINS et. al., 2019).

O atual sistema de saúde municipal está estruturado com diversas portas de entrada para os serviços de Urgência e Emergência, das quais a UPA está inscrita. Por tratar-se de unidades de saúde não hospitalares e de conformações variadas quanto à presença de disponibilidade de Tomografia Computadorizada in locus. Assim, os pacientes são inseridos

no sistema de vaga zero e direcionados para realização do exame de imagem em um hospital de referência da rede pública. Diante desta realidade sanitária, cabe à equipe de gestão construir indicadores que possibilitem o acompanhamento e avaliação da prestação de serviço, de acordo com os protocolos assistenciais de AVC, uma vez que quanto maior o tempo entre início dos sinais/sintomas sugestivos de AVC e laudo de TC de crânio maiores são os riscos de incapacidade (GARCÍA-TORNEL Á, et al., 2022). Além disso, como é destacado na literatura, o AVC está entre as principais causas de morte na população adulta da América Latina e é tratável por meio da adoção de estratégias baseadas na otimização e organização do serviço (MARTINS et. al., 2019).

O desfecho clínico das unidades de Alta por Transferência e Alta Médica demonstraram tempo médio de 1,6 dias para pacientes de complexidade clínica leve a moderada. Contudo, a população com diagnóstico de AVC que apresentaram complicações clínicas, tiveram uma média de internação de 05 dias.

No Rio de Janeiro, nas UPAs, são utilizados dois sistemas de regulação hospitalar, o Sistema Estadual de Regulação (SER) e o “vaga zero”. O paciente com AVC hiperagudo deve ser inserido no sistema de vaga zero e regulado prontamente para unidade especializada. No entanto, diante dessa dinâmica percebe-se a necessidade de ter nessas unidades instrumentos que permitam o acompanhamento do desfecho desses pacientes. Além disso, precisa ser reforçado o treinamento da equipe médica para finalização dos seus atendimentos, visto que a maioria dos pacientes permaneceram em suspeita diagnóstica e outros não tiveram seus atendimentos finalizados.

Esse dado pode nos revelar fragilidades no processo, principalmente no que se refere ao sistema utilizado para armazenamento dos dados visto que, a ausência do protocolo gerenciado limita a gestão no acompanhamento efetivo das suspeitas de AVC hiperagudo. Essa falta de protocolos e treinamentos constituem barreiras para o atendimento do paciente com AVC, o que pode ser solucionado através da intervenção de planejamento e gestão (BRANDÃO PC, et al., 2023).

Dessa forma, algumas das limitações evidenciadas na realização deste estudo foram a falta de um protocolo gerenciado nas unidades, o que pode ter gerado uma subnotificação dos casos de AVC e imprecisão da análise desses dados. Além disso, nesse estudo só foi

utilizado o CID I64, podendo os pacientes com suspeita de AVC terem sido admitidos através de outro código, o CID 10, doenças do aparelho circulatório, por exemplo. Assim, o número de atendimentos observados ao longo de três anos pode não ser condizente com a realidade das unidades.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou algumas oportunidades de melhoria nas dez UPAs observadas e que precisam ser avaliadas, como: redução do tempo de atendimento do paciente, reduzindo consequentemente, o tempo porta-agulha; elaboração e implementação de um protocolo gerenciado; treinamento e aprimoramento da equipe assistencial e trabalhadores da saúde, para a conscientização e identificação rápida do AVC.

O AVC hiperagudo é uma doença porta tempo dependente e por isso se faz necessário olhar para os processos assistenciais e medidas organizacionais, a fim de melhorar a atuação e o registro destes eventos. A partir disso, foram acordadas prioridades para o atendimento desses pacientes no contexto das Unidades de Pronto Atendimento, assim como, medidas de gerenciamento e acompanhamento desses processos pela gestão.

Diante do exposto, há uma oportunidade de traduzir essas medidas em maiores taxas de sucesso da terapêutica adequada e consequentemente diminuição da morbidade e mortalidade. Por fim, ressalta-se que a implementação de um protocolo gerenciado de AVC interno bem desenhado e o fortalecimento dos pontos de fragilidade destacados, serão o início de um ganho inquestionável para a saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. BRAZIL. Adult Stroke Care Line. Brasília: Ministry of Health, 2020; 52p.
2. BARELLA RP, et al. Profile of stroke patient care in a philanthropic hospital in southern Santa Catarina and feasibility study for the implementation of a stroke unit. Arq. Catarin Med., 2019; 48(1): 131-143.
3. BRANDÃO PC, et al. Professional network interaction in the care of stroke patients. Revista Brasileira de Enfermagem, 2022; 75.

4. BRANDÃO PC, et al. Urgent and emergency care network: stroke care. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2023; 36.
5. CHOWDHURY SZ, et al. Effect of prehospital workflow optimization on treatment delays and clinical outcomes in acute ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 2021; 28(7): 781-801.
6. GARCÍA-TORNEL Á, et al. Workflow times and outcomes in patients triaged for a suspected severe stroke. *Annals of Neurology*, 2022; 92(6): 931-942.
7. NOVA IGUAÇU GENERAL HOSPITAL WARNS OF STROKE CARE AND PREVENTION. 2022. In: Nova Iguaçu City Hall. Rio de Janeiro: Nova Iguaçu City Hall. Available at: <https://www.novaiguacu.rj.gov.br/2022/01/07/hospital-geral-de-nova-iguacu-alerta-para-os-cuidados-e-a-prevencao-do-avc-3/#:~:text=Entre%20os%20dias%20de,h%C3%A1%20o%20rompimento%20da%20art%C3%A9ria>. Accessed on: April 25, 2023.
8. KIM DH, et al. Consensus statements by Korean Society of Interventional Neuroradiology and Korean Stroke Society: hyperacute endovascular treatment workflow to reduce door-to-reperfusion time. *Journal of Korean medical science*, 2018; 33(19).
9. MITTA N, et al. Women and stroke: different, yet similar. *Cerebrovascular Diseases Extra*, 2021; 11(3): 106-111.
10. PHAN HT, et al. Sex differences in severity of stroke in the instruct study: a meta-analysis of individual participant data. *Journal of the American Heart Association*, 2019; 8(1): e010235.
11. BRANDÃO, Paloma de Castro; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Network professional interaction in the care of patients with stroke. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, 2022.
12. ANDREW, Nadine E. et al. Hospital organizational context and delivery of evidence-based stroke care: a cross-sectional study. *Implementation Science*, v. 14, p. 1-12, 2019.

13. LOPES, Rônney Pinto et al. Ischemic stroke with unknown onset of symptoms: current scenario and perspectives for the future. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 80, p. 1262-1273, 2023.
14. AREF, Hany et al. Stroke services in MENA: What is there and what is needed. *PloS one*, v. 18, n. 7, p. e0288030, 2023.
15. MARTINS, Sheila C. Ouriques et al. Priorities to reduce the burden of stroke in Latin American countries. *The Lancet Neurology*, v. 18, n. 7, p. 674-683, 2019.
16. SCHNEIDER, Lorena Souza Viana et al. Get With The Guidelines®-Stroke performance indicators in patients with transient ischemic attack. *Archives of Neuro-Psychiatry*, v. 76, p. 599-602, 2018.
17. FAN, Jiahui et al. Global burden, risk factor analysis, and prediction study of ischemic stroke, 1990-2030. *Neurology*, v. 101, n. 2, p. e137-e150, 2023.
18. ROSSETTO, Caroline et al. Causes of hospital admissions and deaths among Brazilian elders between 2005 and 2015. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, 2019.
19. JOHNSON, Catherine Owens et al. Global, regional, and national burden of stroke, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, v. 18, n. 5, p. 439-458, 2019.
20. ROXA, Gabriela Nunes et al. Epidemiological profile of ischemic stroke patients undergoing thrombolytic therapy: an integrative review. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 1, p. 7341-7351, 2021.