

ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA INTERIORIZADA

Recebido em: 25/04/2023

Aceito em: 29/05/2023

DOI: 10.25110/arqsaude.v27i5.2023-078

Deybson Borba de Almeida ¹
Fabrícia Cristine Santos Leite ²
Jocelio Matos Amaral ³
Ricardo Santos Aguiar ⁴

RESUMO: O atendimento às vítimas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) precisa ser rápido e efetivo, a fim de reduzir mortalidade e complicações na fase aguda. Assim, esse estudo teve como objetivo identificar o perfil do atendimento prestado às vítimas de AVE isquêmico agudo em um Hospital de Referência no Interior da Bahia. Trata-se de um estudo documental, transversal e quantitativo, desenvolvido através da análise de 31 prontuários de vítimas de AVE Isquêmico atendidas em 2019. Sobre o perfil de atendimento, a admissão via Serviço Móvel de Urgência foi a mais frequente. Não houve registros da aplicação de escalas de avaliação neurológica. Quanto ao tempo de realização das etapas de atendimento, identificou-se que, a partir da média geral do tempo utilizado, o Acolhimento com Classificação de Risco e o acionamento do código de AVEi foram realizados fora do tempo ideal. Enquanto isso, embora o início da neuroimagem tenha sido dentro do tempo preconizado, os resultados dos exames não ficaram disponíveis com celeridade. Quanto à realização da trombólise, embora a média geral de tempo utilizado tenha sido ideal em relação ao início dos sintomas, essa não teve celeridade quando comparada ao tempo de admissão na unidade. Além disso, o tempo para transferência do paciente para unidade de terapia intensiva foi aquém do ideal. Foi identificada também a deficiência nos registros das ações realizadas, inclusive da enfermagem. As fragilidades existentes denotam a necessidade de medidas para aprimoramento dos protocolos e fluxogramas institucionais que permitam maior celeridade no atendimento às vítimas de AVE isquêmico.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Encefálico; Atendimento de Emergência; Enfermagem.

CARE FOR ISCHEMIC STROKE VICTIMS AT AN INDOOR REFERRAL UNIT

ABSTRACT: The care of stroke victims needs to be fast and effective in order to reduce mortality and complications in the acute phase. Thus, this study aimed to identify the profile of care provided to victims of acute ischemic stroke in a referral hospital in the

¹ Doutor em Enfermagem. Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

E-mail: dbalmeida@uefs.br

² Graduada em Enfermagem. Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

E-mail: fabriciaacsleite@gmail.com

³ Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

E-mail: jocelio.amaral@ufob.edu.br

⁴ Graduando em Medicina. Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

E-mail: aguiarricardo321@gmail.com

interior of Bahia. This is a documental, cross-sectional and quantitative study, developed through the analysis of 31 medical records of ischemic stroke victims seen in 2019. About the profile of care, admission via Mobile Emergency Service was the most frequent. There were no records of the application of neurological assessment scales. As for the time to perform the stages of care, it was identified that, from the overall average time used, the Acolhimento with Risk Classification and the triggering of the CVAi code were performed outside the ideal time. Meanwhile, although the neuroimaging started within the recommended time, the test results were not available quickly. As for the performance of thrombolysis, although the overall average time used was ideal in relation to the onset of symptoms, it was not fast when compared to the time of admission to the unit. Moreover, the time to transfer the patient to the intensive care unit was less than ideal. A deficiency was also identified in the records of the actions performed, including those of the nurses. The existing weaknesses denote the need for measures to improve the institutional protocols and flowcharts that allow greater speed in the care of victims of ischemic stroke.

KEYWORDS: Stroke; Emergency Care; Nursing.

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ICTUS ISQUÉMICO EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE REFERENCIA

RESUMEN: La atención a las víctimas de accidente cerebrovascular debe ser rápida y eficaz para reducir la mortalidad y las complicaciones en la fase aguda. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo identificar el perfil de la atención prestada a las víctimas de accidente cerebrovascular isquémico agudo en un hospital de referencia en el interior de Bahía. Se trata de un estudio documental, transversal y cuantitativo, desarrollado a través del análisis de 31 historias clínicas de víctimas de accidente cerebrovascular isquémico atendidas en 2019. Sobre el perfil de atención, la admisión a través del Servicio de Emergencia Móvil fue la más frecuente. No hubo registros de aplicación de escalas de valoración neurológica. En cuanto al tiempo para realizar las etapas de la atención, se identificó que, del tiempo promedio global utilizado, el Acolhimento con Clasificación de Riesgo y el disparo del código CVAi se realizaron fuera del tiempo ideal. Entretanto, a pesar de que la neuroimagen se inició dentro del tiempo recomendado, los resultados de las pruebas no estuvieron disponibles rápidamente. En cuanto a la realización de la trombolisis, aunque el tiempo medio global utilizado fue ideal en relación con el inicio de los síntomas, no fue rápido si se compara con el tiempo de ingreso en la unidad. Además, el tiempo de traslado del paciente a la unidad de cuidados intensivos fue inferior al ideal. También se identificó una deficiencia en los registros de las acciones realizadas, incluidos los de las enfermeras. Las debilidades existentes denotan la necesidad de medidas para mejorar los protocolos y flujogramas institucionales que permitan mayor rapidez en la atención de las víctimas de accidente cerebrovascular isquémico.

PALABRAS CLAVE: Ictus; Atención de Urgencias; Enfermería.

1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) - caracterizado pela interrupção brusca de fluxo sanguíneo para uma determinada área cerebral - está entre as principais causas de mortalidade no mundo. As estimativas são que até 2060, seja responsável por 12,8% dos

óbitos no Brasil (MORAES, *et al.*, 2023; PALEY, *et al.*, 2018). Além da alta taxa de mortalidade, o AVE também é responsável por grande número de sequelas relacionadas às funções sensorial, motora, cognitiva e emocional, além de uma variedade de incapacidades neurológicas (BECKETT; BARLEY; ELLIS, 2015; FONSECA, *et al.*, 2018; SOUZA; MENEGHIN; LEME, 2022), o que gera altos impactos individuais, familiares e sociais (OLIVEIRA, *et al.*, 2020; VOS, *et al.*, 2019), bem como afeta a qualidade de vida dos pacientes (LEITE; NUNES; CORRÊA, 2011).

Assim, o atendimento às vítimas de AVE na fase aguda precisa ser rápido e efetivo, a fim de reduzir mortalidade e complicações (SOUZA; MENEGHIN; LEME, 2022). Para isso, existem diretrizes clínicas nacionais e internacionais, com preconização de ações baseadas em evidências científicas, que vão desde o diagnóstico diferencial (entre AVE hemorrágico e isquêmico) até o tratamento rápido (LINDSAY, *et al.*, 2019; SOUZA; MENEGHIN; LEME, 2022).

Quanto ao diagnóstico, o AVE pode ser identificado através de exames de imagens, mais comumente através da Tomografia Computadorizada (TC), para identificar a área afetada, e se existem sinais precoce de isquemia (AVEi) ou hemorragia (AVEh). Associado a isso, existem uma gama de cuidados que devem ser adotadas à admissão no indivíduo no serviço de emergência, como controle glicêmico, oferta de oxigênio, caso necessário, e avaliação neurológica contínua (BRASIL, 2019, 2020).

Sobre o tratamento, devem existir unidades de referência para atendimento às situações de AVE, bem como tratamento com trombolítico no caso do AVEi em até 4,5 horas do início dos sintomas, trombectomia mecânica em até 8 horas em caso de oclusão de grandes vasos, craniotomia descompressiva, entre outros. Essas ações exigem um alto nível de coordenação entre os serviços que compõe a Rede de Atenção às Urgências (LEIBINGER, *et al.*, 2019; LINDSAY, *et al.*, 2019).

Assim, torna-se imperiosa a agilidade e eficiência da avaliação inicial e assistência oferecida aos suspeitos de AVEi, pois o sucesso da intervenção inicial pode ser determinante na sobrevida e recuperação das funções orgânicas (LINDSAY, *et al.*, 2019). Associado a isso, é necessária a instrução da população quanto à identificação dos sintomas e procura do serviço de emergência, bem como a estruturação da rede de atenção à saúde e articulação efetiva entre os serviços de atendimento, como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e

Emergências hospitalares (BRANDÃO, LANZONI, PINTO, 2023; HOGAN, MALSH, 2018).

Portanto, é imprescindível a estruturação e avaliação adequada da rede de atenção à saúde em atendimento a esses indivíduos, de forma que as barreiras de acesso sejam eliminadas e a articulação entre os serviços de saúde seja rápida e assertiva (LI, *et al.*, 2019; RAJSIC, *et al.*, 2019). Diante disso, considerando os diversos contextos de regionalização e descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), surge o seguinte questionamento: como ocorre o atendimento prestado às vítimas de AVEi nos serviços de referência interiorizados?

Para responder ao questionamento, esse estudo tem como objetivo identificar o perfil do atendimento prestado às vítimas de AVE isquêmico agudo em um Hospital de Referência no Interior da Bahia.

Assim, a justificativa desse estudo está assentada na necessidade de discutir o atendimento prestado às vítimas de AVEi, especialmente nos cenários descentralizados, considerando o tempo preconizado para a assistência adequada, em consonância com os protocolos assistenciais preconizados, bem como a existência de particularidades logísticas nos diversos contextos territoriais. Desse modo, os achados do estudo poderão auxiliar na análise do atendimento prestado aos indivíduos vítimas de AVEi, e, portanto, servir de subsídio para aperfeiçoamento teórico e prático das linhas de cuidados prioritárias na rede de atenção às Urgências no SUS.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, transversal e quantitativo, desenvolvido através da análise de 31 prontuários de vítimas de AVEi atendidas em 2019, em um hospital de referência para AVEi no interior da Bahia. Os critérios para composição da amostra foram: atendimentos no ano de 2019 e prontuários com informações da admissão dos pacientes no serviço de emergência da instituição. Foram excluídos prontuários de pacientes com outros diagnósticos diferenciais.

Os dados foram coletados em 2021, mediante formulário próprio, desenvolvido para tal fim e previamente testado pelos pesquisadores. As variáveis adotadas no formulário foram: dados sociodemográficos, fatores de risco, recursos adotados para admissão na unidade de referência, aplicação da escala *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS), tempo utilizado para realização do itinerário terapêutico,

realização de exames diagnósticos e investigação etiológica, registro das etapas de atendimento, e registros dos cuidados de enfermagem que foram realizados nos atendimentos.

Para a tabulação e análise dos dados, utilizou-se o software estatístico R, bem como a estatística descritiva. Segundo Aguiar (2016) a estatística descritiva tem como objetivo avaliar e analisar dados para orientar pesquisas quantitativas, sendo o software R um aliado, visto que se trata de um programa livre e gratuito que é atualizado periodicamente e propicia acesso rápido aos resultados de pesquisa.

Quanto aos aspectos éticos, esse estudo é integrante do Projeto Matriz “Avaliação da Efetividade da Política Nacional de Atenção às Urgências no Estado da Bahia”, aprovado pelo Comitê de Ética sob parecer nº 4.169.256 e CAAE nº n. 30872320.8.0000.0053 O estudo atende ao preconizado pelas Resoluções 466/12 e 580/18, do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS

Dos 31 prontuários analisados, 51,61% das vítimas de AVEi eram do sexo masculino. A média de idade foi de 64,18 e 62,53 anos para homens e mulheres, respectivamente. Enquanto isso, a média de idade geral da amostra, por sua vez, foi de 67,41 anos, sendo a idade mínima encontrada de 23 anos e a máxima de 93 anos.

Com relação aos fatores de risco apresentados pelas vítimas de AVEi, a maioria (77,4%) apresentava Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), especialmente os indivíduos do sexo masculino, que também apresentaram mais histórico de AVEs prévios, diabetes, obesidade, Alzheimer, tabagismo e etilismo (tabela 1).

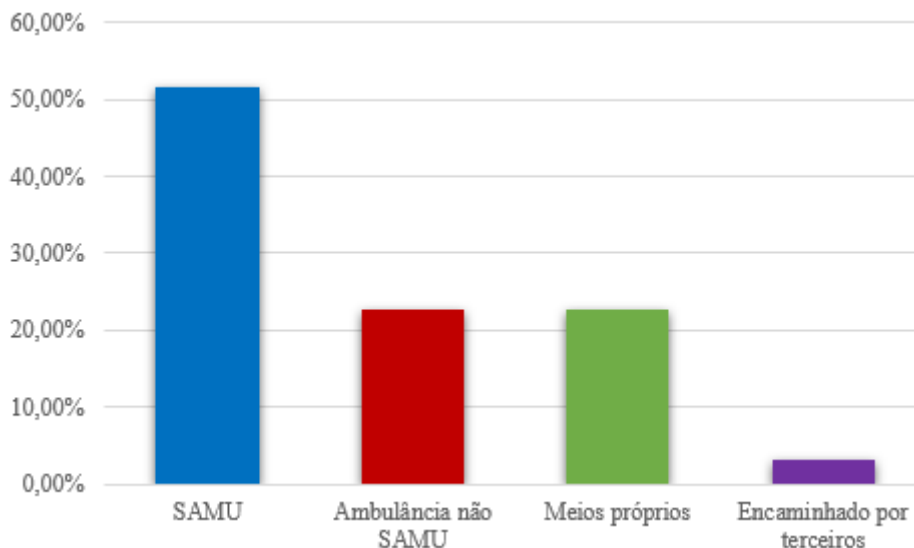
Tabela 1. Fatores de risco das vítimas de AVEi, por sexo, internados em um hospital de referência. Feira de Santana, BA, Brasil, 2019.

FATORES DE RISCO	FEMININO (N=15)	MASCULINO (N=16)	TOTAL (N=31)
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	10 (66.7%)	14 (93.3%)	24 (77.4%)
AVE/Acidente Isquêmico Transitório (AIT) prévios	4 (26.7%)	6 (40.0%)	10 (32.3%)
Diabetes Mellitus	3 (20.0%)	5 (33.3%)	8 (25.8%)
Cardiopatía	3 (20.0%)	3 (20.0%)	6 (19.4%)
Não há registro	3 (20.0%)	2 (13.3%)	5 (16.1%)
Obesidade	1 (6.7%)	3 (20.0%)	4 (12.9%)
Alzheimer	1 (6.7%)	2 (13.3%)	3 (9.7%)
Elitismo	-	2 (13.3%)	2 (6.5%)
Tabagismo	-	1 (6.7%)	1 (3.2%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Sobre o perfil de atendimento às vítimas de AVEi, foi identificada a forma como os mesmos chegaram à unidade de referência. Aproximadamente metade das vítimas foi admitida via SAMU 192. Os outros recursos adotados foram ambulância não SAMU, meios próprios e encaminhamento por terceiros (figura 1).

Figura 1. Forma de chegada do paciente com AVEi à unidade de referência. Feira de Santana, BA, Brasil, 2019.



Fonte: dados da pesquisa.

Outro aspecto avaliado sobre o perfil do atendimento às vítimas de AVEi foi a comparação do tempo utilizado para a prestação da assistência em relação ao preconizado. Cabe destacar que 100% dos atendimentos realizados no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) foram feitos por enfermeiros. No ACCR foram coletados dados de glicemia, pressão arterial, pulso e saturação de oxigênio, todavia não há registro de aplicação da escala *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) ou outra similar, nem no ACCR, nem na alta hospitalar, em nenhum dos prontuários coletados.

Na tabela 2 é possível identificar que a partir da admissão na unidade, os atendimentos preconizados foram realizados para prestar assistência adequada à vítima de AVE. Diante disso, identificou-se que, a partir da média geral do tempo utilizado, o ACCR e o acionamento do código de AVEi foram realizados fora do tempo ideal. Enquanto isso, embora o início da neuroimagem tenha sido dentro do tempo preconizado, os resultados dos exames não ficaram disponíveis com celeridade. O mesmo se aplica aos exames laboratoriais. Quanto à realização da trombólise, embora a média geral de tempo utilizado tenha sido ideal em relação ao início dos sintomas, essa não teve celeridade

quando comparada ao tempo de admissão na unidade. Além disso, o tempo para transferência do paciente para UTI foi aquém do ideal.

Tabela 2. Avaliação estatística dos parâmetros quantitativos em relação aos tempos-resposta ideais em minutos para o itinerário de atendimento ao paciente com suspeita de AVEi. Feira de Santana, BA, Brasil, 2019.

Itinerário	Tempo ideal	Média geral	No tempo ideal	Fora do tempo ideal
Da admissão ao atendimento no ACCR	10	11,9	50,0%	50,0%
Da admissão ao acionamento do código de AVEi	15	34,5	50,0%	50,0%
Da admissão ao início da neuroimagem	25	20,7	66,7%	33,3%
Da admissão ao resultado da neuroimagem	45	193,8	38,5%	61,5%
Da admissão ao resultado laboratorial	45	2027,3	0,0%	100,0%
Do Início dos sintomas à realização da trombólise	270	210,1	75,0%	25,0%
Da admissão à realização da trombólise	60	139,0	12,5%	87,5%
Da admissão à Trombectomia	90	-	-	-
Da admissão à transferência para UTI	180	1843,0	20,0%	80,0%

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação aos exames diagnósticos realizados e investigação etiológica do AVE-I com vistas ao direcionamento terapêutico individualizado, todos os pacientes foram submetidos à Tomografia de Crânio. Entretanto, poucos pacientes foram submetidos a exames complementares ou de investigação diferencial (tabela 3).

Tabela 3. Percentuais de registro de exames realizados para o diagnóstico e investigação etiológica do AVE-I. Feira de Santana, BA, Brasil, 2019.

Exames realizados	Sim (n=31)	Não (n=31)
Tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste	31 pacientes (100%)	-
Angio TC de Vasos cerebrais e cervicais	1 paciente (3.2%)	30 pacientes (96.8%)
Angio TC de crânio com contraste	1 paciente (3.2%)	30 pacientes (96.8%)
ECG	12 pacientes (38.7%)	19 pacientes (61.3%)
Ecocardiograma	3 pacientes (9.7%)	28 pacientes (90.3%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Ainda sobre as etapas que compõe o itinerário de atendimento às vítimas de AVEi, além do tempo utilizado, foi investigado também o registro descritivo das ações desenvolvidas pelos profissionais. Assim, foi identificado que as primeiras etapas de atendimento (ACCR e acionamento do código de AVEi) e de tratamento (realização da trombólise, quando indicado e transferência para UTI) tiveram os registros mais completos das ações realizadas. Enquanto isso, as etapas de realização de exames (laboratório e neuroimagem) foram os mais deficientes de informações no prontuário (tabela 4).

Tabela 4. Percentuais dos prontuários em relação à existência de registros por etapa de atendimento no itinerário terapêutico do paciente com suspeita de AVE-I. Feira de Santana, BA, Brasil, 2019.

Itinerário	Prontuários com registro (%)	Prontuários sem registro (%)	Prontuários cujo o itinerário não era aplicável (%)
Da Admissão ao atendimento no ACCR	96,77	3,23	0,00
Da admissão ao acionamento do código de AVE-I	77,42	22,58	0,00
Da admissão ao início da neuroimagem	9,68	90,32	0,00
Da admissão ao resultado neuroimagem	41,94	58,06	0,00
Da admissão ao resultado laboratorial	35,48	64,52	0,00
Do início dos sintomas à realização da trombólise	25,81	0,00	74,19
Da admissão à realização da trombólise	25,81	0,00	74,19
Da admissão à realização Trombectomia	0,00	0,00	100,00
Da admissão à transferência para UTI	16,13	3,23	80,65

Fonte: Dados da pesquisa.

Outro aspecto observado no estudo foram os registros dos profissionais de enfermagem quanto o cuidado às vítimas de AVEi através de teorias de enfermagem para alicerçar o processo de enfermagem. Todos os prontuários analisados não apresentavam registro das etapas de diagnósticos de enfermagem, planejamento de enfermagem e avaliação de enfermagem, estando documentados nestes, apenas, as etapas de histórico de enfermagem e implementação da assistência. No que concerne à etapa de avaliação, cabe salientar que não foram encontrados registros de evoluções de enfermagem, apenas anotações. Cita-se também algumas deficiências como: rasuras, conteúdo incompleto, ausência de identificação do horário das intervenções realizadas.

Em relação aos cuidados de enfermagem prestados – apesar de não existir uma prescrição de enfermagem anexada aos prontuários em 100% dos casos – algumas anotações de enfermagem permitiram a angariação dos cuidados de enfermagem mais frequentemente prestados à pessoa vítima de AVE-I, como: controle e registro de sinais vitais, monitoramento de glicemia capilar, monitorização multiparamétrica, higiene oral, controle de disfagia, avaliação da pele, mudança de decúbito, prevenção de lesão por pressão, vigilância neurológica, realização de balanço hídrico, estimulação dos sentidos e memória e observação de sinais de infecção.

4. DISCUSSÃO

Os dados apresentados por esta pesquisa demonstraram que o sexo masculino foi o mais acometido pelo AVEi e o maior portador de fatores de risco prévios. Entre esses, a Hipertensão configurou como o mais frequente, em ambos os sexos. Esses resultados corroboram com estudos progressos, em que os resultados quanto ao sexo e fatores de

riscos foram similares (ARAÚJO, et al., 2008; LOBO *et al.*, 2021; LOCATELLI; FURLANETO; CATTANEO, 2017).

Neste aspecto, um estudo de revisão discutiu os fatores de risco modificáveis e não modificáveis para AVEi abarcando a HAS como patologia debilitante que repercute na ocorrência não só de acidentes vasculares encefálicos, como também em doenças coronarianas e lesões de outros órgãos-alvo. No que concerne ao AVEi, quanto mais alta for a pressão arterial, mesmo em pacientes não hipertensos, maior é o risco da ocorrência do agravo, risco este que “dobra a cada 20 mmHg de pressão sistólica e/ou a cada 10 mmHg de pressão diastólica adicionais”, sendo que a mortalidade pelo agravo aumenta em níveis pressóricos acima de 115/75 mmHg (PRETO, *et al.* 2013; RODRIGUES; SANTANA; GALVÃO, 2017).

Todavia, é preciso lembrar de que, apesar dos fatores de risco modificáveis possam auxiliar na prevenção e redução da incidência de AVEi, este agravo emergencial pode ocorrer ainda assim, e o mesmo necessita de um atendimento rápido e especializado, haja vista que, por causar interrupção abrupta do fornecimento de sangue e, por conseguinte, oxigênio ao cérebro, este agravo é tempo dependente, ou seja: a sobrevida e existência, ou não, de sequelas para as vítimas depende do tempo e da qualidade da assistência ofertada (WHO, 2016; FARIA *et al.*, 2017). Por isso, é importante que se analise o perfil de atendimento e itinerário terapêutico dessas vítimas para avaliar a resolutividade dos serviços de emergência.

Neste sentido, foi verificada a forma de chegada das vítimas de AVEi no serviço de referência. Aproximadamente metade deles foram trazidos pelo SAMU 192. Assim, a existência de outras formas de atendimento e transporte dessas vítimas suscitam reflexões sobre a eficácia desses mecanismos em trazer o paciente em tempo hábil para trombólise dentro do sistema de saúde, visto que o tempo é um fator determinante no processo de recuperação desses pacientes (SOUZA, 2018).

Ao mesmo tempo, a ausência de registros de aplicação da escala NIHSS ou outra similar em uma unidade de referência aponta para possíveis fragilidades na assistência decorrente da falta de padronização de ações específicas voltadas para o atendimento às vítimas de AVEi. Esta escala é um dos instrumentos de maior validade e uso para a avaliação clínica no AVE, visto que avalia o déficit neurológico apresentado pelo paciente, o que auxilia a equipe de saúde na definição dos cuidados necessários a cada

caso e do grau de melhora do paciente após início do tratamento trombolítico e na alta, por exemplo (CRISTIANO, PEREIRA, 2021).

Neste sentido, este estudo realizou um levantamento dos tempos ideais para um atendimento rápido e resolutivo em casos de suspeita de AVEi, segundo diretrizes de hospitais de grande porte e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013; BRASIL 2020; ANDRADE, 2020). Ao analisar os tempos ideais e a realidade encontrada na amostra, verificou-se que, em metade dos casos, a admissão do paciente para realização do ACCR e acionamento do código de AVEi não foi realizada dentro do tempo preconizado, tendo um tempo médio superior ao recomendado. Essa fragilidade denota a necessidade de medidas para aprimoramento dos protocolos e fluxogramas institucionais que permitam maior celeridade na admissão dos pacientes em situações agudas.

Sobre a realização da TC para diagnóstico diferencial e definição de conduta, embora o estudo apresente um tempo médio dentro do recomendado, a demora na disponibilidade dos resultados do exame pode ser um fator determinante para atraso na adoção de medidas terapêuticas específicas, o que propicia possíveis prejuízos na recuperação dos pacientes. Enquanto isso, a existência de poucos exames complementares pode evidenciar a suficiência desse exame para a definição das condutas necessárias. A TC é o primeiro exame a ser realizado, com brevidade, pois o diagnóstico direciona para a realização do trombolítico, que, embora tenha uma janela terapêutica de 4,5h, possui as 3 primeiras horas como tempo ideal para resultados mais positivos na recuperação isquêmica (ALMEIDA, 2014; BRASIL, 2020; ROXA *et al.*, 2021)).

Além disso, a observação do tempo utilizado dentro do contexto hospitalar para início da trombólise evidencia que é preciso investimentos não apenas na redução do tempo para transporte do paciente à unidade de referência (pré-hospitalar) mas também urge o aperfeiçoamento de protocolos institucionais para redução do tempo utilizado nas etapas intra-hospitalares, visto que essas também são determinantes para a adoção de medidas de tratamento dentro da janela terapêutica.

Também foi observado casos de realização de trombólise fora do tempo máximo indicado. A realização fora da janela terapêutica evidencia a ineficácia da assistência a pessoa com AVE-I, visto que o uso de *Alteplase* após o período recomendado não tem demonstrado benefícios ao paciente, além de onerar o serviço de saúde público, pois trombolíticos são medicamentos de alto custo (ROXA *et al.*, 2021).

Associado a isso, a indisponibilidade de resultados laboratoriais e de leitos de Unidade de Terapia Intensiva no tempo ideal também denota a necessidade de reorganização dos fluxos assistenciais e logísticos para atendimento adequado às vítimas de AVE, especialmente por ser uma unidade de referência. A adoção de protocolos e fluxogramas de atendimento, tanto pré, quanto intra-hospitalares, especialmente para casos agudos que demandam períodos curtos de tempo-resposta é fundamental para a qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Quanto aos registros descritivos das ações realizadas pelos profissionais, a existência de registros completos na maior parte das fases de atendimento demonstra um aspecto institucional positivo. Entretanto, as fragilidades dos registros nas etapas de exames laboratoriais e neuroimagem aponta para provável necessidade de aperfeiçoamento dos registros nas unidades de apoio diagnóstico.

Ainda sobre os registros profissionais, a existência de fragilidade nos registros de enfermagem também foi outro aspecto identificado no estudo. Cabe destacar que os cuidados de enfermagem variam conforme o quadro clínico do paciente pós AVEi, pois a partir da avaliação clínica da enfermeira serão traçados diagnósticos de enfermagem e, então, cuidados específicos para cada caso (SILVA *et al.*, 2019). Nesse estudo, os cuidados de enfermagem identificados foram de cunho generalista, sem individualização das ações para os casos específicos. Todavia, os cuidados encontrados nos prontuários analisados não necessariamente traduzam toda a assistência de enfermagem oferecida aos pacientes, haja vista a fragilidade na documentação das ações de enfermagem encontrada nesta pesquisa.

Neste cenário, tanto o registro fragmentando, quanto a ausência de registro repercutem na valorização do trabalho da enfermagem, visto que a documentação dos cuidados de enfermagem e da avaliação clínica do paciente, através da evolução, são um instrumento/prova da qualidade da assistência e um importante indicador do serviço de saúde prestado, visto que o resultado dos impactos da assistência de enfermagem no processo de saúde-doença do paciente não dependem somente da formação e qualificação do profissional, mas também do registro de todas as ações de enfermagem para que se possa avaliar a assistência prestada (PIMPÃO, *et al.*, 2010; SILVA; DIAS, 2018).

Portanto, a ausência do registro, do ponto de vista da gestão do cuidado, viola a segurança do paciente, pois tolhe a capacidade de continuidade do cuidado e inviabiliza o planejamento da assistência, a documentação da sua execução e o respaldo ético/legal

dos profissionais trazendo prejuízos ao Processo de Enfermagem (PE) além de minimizar a potência dos prontuários para fins de pesquisa e auditoria (MATSUDA *et al.*, 2006; SILVA; DIAS, 2018).

Nesse contexto, a fragilidade do registro do cuidado de enfermagem pode estar relacionada à postergação dos registros para o final do plantão; à falta de recursos; ao despreparo profissional; à visão equivocada de que o registrar é um ato burocrático, dispensável e sem valor; e ao subdimensionamento de pessoal vivido pela categoria, o que gera sobrecarga de trabalho e dificulta o registro contínuo e detalhado da assistência de enfermagem, a qual ocorre, apesar de não ser documentada, o que repercute na invisibilidade do trabalho de uma categoria que atua beira-leito e que, portanto, age de forma contínua sob o quadro clínico dos pacientes com AVEi (MATSUDA *et al.*, 2006; SILVA; DIAS 2018).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, desenvolvido a partir da investigação do atendimento prestado às vítimas de AVEi nos serviços de referência interiorizados, identificou que esse atendimento, embora realizado adequadamente em parte dos casos, possui fases que ocorrem fora do tempo médio ideal preconizado, especialmente as etapas de Acolhimento com Classificação de Risco, o acionamento do código de AVEi, a disponibilidade dos resultados da tomografia e dos exames laboratoriais, bem como a realização da trombólise e transferência para leitos de terapia intensiva. Além disso, houve destaque para a deficiência dos registros realizados, inclusive os de enfermagem.

Como principal implicação desses achados para o atendimento às vítimas de AVEi, esse estudo aponta para a necessidade de avaliação contínua e descentralizada da execução dos protocolos associados às linhas prioritárias de urgência, com propósito de melhorar a qualidade do atendimento prestado e reduzir mortalidade e complicações oriundas dos casos agudos que exigem intervenção rápida.

Assim, os resultados desse estudo contribuem para a sociedade por trazer subsídios que podem favorecer a discussão para medidas de aperfeiçoamento do atendimento integral às vítimas agudas de AVEi, especialmente nas regiões interiorizadas. Ao mesmo tempo, traz contribuições para a academia por agregar dados de pesquisa que possam emergir discussões clínico-científicas e fomentar a consolidação de protocolos assistenciais.

Por fim, as limitações deste estudo estão relacionadas ao tamanho da amostra e o tempo de coleta de dados, que por serem pequenos não permitem a generalização dos resultados. Além disso, outras variáveis relacionadas ao perfil de atendimento poderiam ser exploradas na análise geral. Torna-se necessária a realização de estudos longitudinais e multicêntricos que permitam fazer comparações dos diversos aspectos envolvidos no atendimento integral à vítima de AVEi, desde a identificação inicial dos sintomas, tratamento, recuperação e alta.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. S. Software R: capacitação em análise estatística de dados utilizando um software livre. **Anais do SEPE-Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFFS**, v. 6, n. 1, 2016.

ALMEIDA, A. G. de. Avaliação do benefício e segurança de trombólise endovenosa para pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo tratados até 3 horas e entre 3 até 4,5 horas/ Andrea Garcia de Almeida. **Tese (doutorado)** – Orientadora: Nadine Clausell - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

ANDRADE, L. C. V. (Org). Protocolo gerenciado em Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. *In: **Protocolos Gerenciados: diretrizes para a prática clínica.*** Superintendência Médica, HCOR, Associação Beneficente Síria, 2020, p. 46-90. Disponível em: <<https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/2020/11/20.-Diretrizes-para-Protocolos-Super-compactado.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2022.

ARAÚJO, A. P. S., SILVA, P. C. F., MOREIRA, R. C. P. S., BONILHA, S. F. Prevalência dos fatores de risco em pacientes com acidente vascular encefálico atendidos no setor de neurologia da clínica de fisioterapia da UNIPAR, campus sede. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 12, n. 1, p. 35-42, jan./abr. 2008.

BECKETT J, BARLEY J, ELLIS C. Patient perspectives of barriers and facilitators of treatment-seeking behaviors for stroke care. **J Neurosci Nurs.** 2015;47(3):154-9. doi: 10.1097/JNN.000000000000134.

BRANDÃO PC, LANZONI GM, PINTO IC. Rede de atenção às urgências e emergências: atendimento ao acidente vascular cerebral. **Acta Paul Enferm.** 2023;36:eAPE00061. DOI <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00061>

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de rotinas para atenção ao AVC.** Brasília- DF, 2013, 54 p. Disponível em: <<https://www.acaoavc.org.br/assets/arquivos/6.1.2.-manual-de-rotinas-atencao-ao-avc--ministerio-da-saude.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto.** Brasília - DF, 2020, 53 p. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/resources/linhas-completas/LC_AVC_no_adulto.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2022.

CRISTIANO, M.; PEREIRA, M.. Cuidados de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral isquêmico submetida a trombólise. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 7, n. 3, p. 461-480, 2022.

FARIA, A. da C. A.; MARTINS, M. M. F. P. da S.; SCHOELLER, S. D.; MATOS, L. O. de. Percurso da pessoa com acidente vascular encefálico: do evento à reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 495-503, 2017.

FONSECA ARR, MURARI RSW, FONSECA AJ, BUENAFUENTES SMF. Socioeconomic impact of stroke in the state of Roraima: in a hospital-based cohort study. *Rev Bras Neurol Psiquiatr [Internet]*. 2018 [cited 2023 Mar 4];22(2):124–41. Available from: <https://rbnp.emnuvens.com.br/rbnp/article/view/215/0>.

HOGAN TM, MALSCH A. Communication strategies for better care of the elderly in the emergency department. **Clin Geriatr Med.** 2018;34(3):387-97.

LEIBINGER F, SABLLOT D, VAN DAMME L, GAILLARD N, NGUYEN THEM L, LACHCAR M, et al. which patients require physician-led inter-hospital transport in view of endovascular therapy? **Cerebrovasc Dis.** 2019;48(3-6):171-8.

LEITE, H. R.; NUNES, A. P. N.; CORRÊA, C. L. Perfil epidemiológico e qualidade de vida dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 15, n. 1, p. 15-21, jan./abr. 2011.

LI T, MUNDER SP, CHAUDHRY A, MADAN, R, GRIBKO, M, ARORA, R. emergency medical services providers' knowledge, practices, and barriers to stroke management. **Open Access Emerg Med.** 2019;11:297-303.

LINDSAY, Patrice et al. World Stroke Organization (WSO): global stroke fact sheet 2019.

LOBO, P. G. G. A.; ZANON, V. de B; LARA, D. de et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral isquêmico no Brasil no ano de 2019, uma análise sob a perspectiva da faixa etária. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 3498-3505, 2021.

LOCATELLI, M. C.; FURLANETO, A. F.; CATTANEO, T. N. Perfil epidemiológico dos pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico atendidos em um hospital. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 15, n. 3, p. 150-154, 2017.

MATSUDA, L. M.; SILVA, D. M. P. P da; ÉVORA, Y. D. M.; COIMBRA, J. A. H. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado?. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, 2006.

MORAES MA, et al. Ischemic stroke mortality and time for hospital arrival: analysis of the first 90 days. **Rev Esc Enferm USP.** 2023;57:e20220309. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0309en>.

OLIVEIRA GMM, BRANT LCC, POLANCZYK CA, BIOLO A, NASCIMENTO BR, MALTA DC, et al. Cardiovascular Statistics – Brazil 2020. **Arq Bras Cardiol.** 2020 Sep 18;115(3):308–439. <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>.

PALEY L, WILLIAMSON E, BRAY BD, HOFFMAN A, JAMES MA, RUDD AG. Associations between 30-day mortality, specialist nursing, and daily physician ward rounds in a national stroke registry. **Stroke.** 2018;49(9):2155–62. doi: <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.021518>. PubMed PMID: 30354982.

PIMPÃO, F. D.; LUNARDI FILHO, W. D.; VAGHETTI, H.H. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. 2010. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 jul/set; 18(3):405-10. Disponível em: < <http://repositorio.furg.br/handle/1/1570>>. Acesso em: 02 set. 2022.

PRETO, L.; ESTEVES, I.; BARREIRA, I. DELGADO, S. Perfil e fatores de risco presentes em doentes com AVC isquêmico admitidos num serviço de urgência. **Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPB**, p. 397-402, 2013.

RAJSIC S, GOTHE H, BORBA HH, SROCZYNSKI G, VUJICIC J, TOELL T, et al. Economic burden of stroke: a systematic review on post-stroke care. **Eur J Health Econ.** 2019;20(1):107-34.

RODRIGUES, M. de S.; SANTANA, L. F.; GALVÃO, I. M. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. **Revista de medicina**, v. 96, n. 3, p. 187-192, 2017.

ROXA, G. N.; AMORIM, A. R. V.; CALDAS, G. R. F. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos com AVC isquêmico submetidos a terapia trombolítica: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 7341-7351, 2021.

SILVA, A. G. I.; DIAS, B. R. L. Registros de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Nursing (São Paulo)**, v. 21, n. 247, p. 2476-2481, 2018.

SILVA, D. N. da; MELO, M. F. X de; DUARTE, E. M. M; BORGES, A. K. P. Cuidados de enfermagem à vítima de acidente vascular cerebral (AVC): Revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 36, p. e2156-e2156, 2019.

SOUZA, R. P. M. de. Avaliação do fluxo de atendimento ao paciente com Acidente Vascular Encefálico isquêmico agudo na região centro-sul fluminense. **Tese (Mestrado)** - Orientadores: Prof. Dr. Marco Antônio Orsini Neves; Prof. Dr. Eduardo Tavares Lima Trajano, -RJ, Brasil – Universidade de Vassouras. Vassouras, RJ : [s.n.], 2018.

SOUZA, A. M. L. B.; MENEGHIN, M. C.; LEME, P. A. T. Itinerário terapêutico de pacientes pós-acidente vascular cerebral: o estado da arte da produção científica brasileira. **Fisioter Pesqui.** 2022;29(4):442-449. DOI: 10.1590/1809-2950/21028229042022PT.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Johnson, Walte; Onuma, Oyere; Owolabi, Mayowa; Sachdev, Sonal . Stroke: a global response is needed. **Bulletin of the World Health Organization** 2016; 94:634-634A. Disponível em: < <https://www.who.int/bulletin/volumes/94/9/16-181636.pdf> >. Acesso em: 20 de mar. de 2023.

VOS T, LIM SS, ABBAFATI C, ABBAS KM, ABBASI M, ABBASIFARD M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet.** 2020;396(10258):1204–22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9).