

Rede de atenção às urgências e emergências: atendimento ao acidente vascular cerebral

Emergency care network: stroke care

Red de atención de urgencias y emergencias: asistencia a accidentes cerebrovasculares

Paloma de Castro Brandão¹  <https://orcid.org/0000-0002-8659-6292>

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni²  <https://orcid.org/0000-0001-5935-8849>

Isabela Cardoso de Matos Pinto¹  <https://orcid.org/0000-0002-1636-2909>

Como citar:

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/2023A000061>



Descritores

AVC isquêmico; Enfermagem em emergência; Serviço hospitalar de emergência; Serviços médicos de emergência; Transferência de pacientes; Serviços de atendimento

Keywords

Ischemic stroke; Emergency nursing; Emergency service, hospital; Emergency medical services; Patient transfer; Answering services

Descriptorios

Acidente cerebrovascular isquêmico; Enfermagem de urgência; Serviço de urgência em hospital; Serviços médicos de urgência; Transferência de pacientes; Serviços de contestadora

Submetido

21 de Janeiro de 2022

Aceito

20 de Junho de 2022

Autor correspondente

Paloma de Castro Brandão
E-mail: pahbrandao@gmail.com

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Juliana de Lima Lopes
(<https://orcid.org/0000-0001-6915-6781>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Objetivo: Analisar como ocorre o atendimento de pacientes com Acidente Vascular Cerebral isquêmico agudo considerando os fluxos assistenciais e os elementos restritivos e facilitadores do atendimento na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Métodos: Trata-se de estudo fundamentado no referencial metodológico da *Grounded Theory*. Foram entrevistados 75 profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, da Unidade de Pronto Atendimento e do Hospital Referência na cidade de Salvador, Bahia.

Resultados: Emergiram 14 categorias e 66 subcategorias que representaram o fenômeno estudado, revelando fatores causais da fragmentação da rede como falta de vaga e de recursos, necessidade de melhoria no protocolo de atendimento, burocratização hospitalar, desconhecimento da população, apesar dos esforços dos profissionais em atender esse paciente. A interação profissional revelou ausência de linguagem única, entraves nas relações profissionais, desconhecimento do papel do outro, dificuldade em regular o paciente e compartilhamento de alguns objetivos na Rede. Consequentemente houve a saída do paciente da Linha de Cuidado, atendimento dos pacientes fora de janela terapêutica, necessidade de imposição da 'vaga zero', e um melhor atendimento quando o paciente teve acesso à unidade especializada. Elementos facilitadores dizem respeito também ao compartilhamento de objetivos na rede e ao esforço dos profissionais para atender o paciente em janela.

Conclusão: A fragmentação da Rede revela necessidade de intervenções gerenciais no sentido de aprimorar o atendimento, padronizando-o e tornando a assistência integral e equânime.

Abstract

Objective: To analyze how the care of patients with acute ischemic stroke occurs, considering the care flows and the restrictive and facilitating elements of care in the emergency care network.

Methods: This is a study based on the Grounded Theory methodological framework. We interviewed 75 health professionals from the Brazilian Mobile Emergency Care Service, Emergency Care Unit and reference hospital in the city of Salvador, Bahia.

Results: A total of 14 categories and 66 subcategories emerged that represented the phenomenon studied, revealing causal factors of network fragmentation such as lack of vacancies and resources, need for improvement in the care protocol, hospital bureaucratization, lack of knowledge by the population, despite the efforts of professionals to meet this patient. Professional interaction revealed the absence of a single language, obstacles in professional relationships, lack of knowledge of the other's role, difficulty in regulating patients and sharing some goals in the network. Consequently, patients left the care line, care for patients outside the

¹Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

²Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

therapeutic window, the need to impose a 'zero vacancy', and better care when patients had access to specialized unit. Facilitating elements also concern the sharing of goals in the network and the effort of professionals to attend to window patients.

Conclusion: The network fragmentation reveals the need for management interventions to improve care, standardizing it and making care comprehensive and equitable.

Resumen

Objetivo: Analizar cómo se realiza la asistencia a pacientes con accidente cerebrovascular isquémico agudo considerando los flujos de asistencia y los elementos restrictivos y facilitadores de la atención en la Red de Atención de Urgencias y Emergencias.

Métodos: Se trata de un estudio basado en el marco referencial metodológico de la *Grounded Theory*. Fueron entrevistados 75 profesionales de la salud del Servicio de Atención Móvil de Urgencia, de la Unidad de Pronto Atención y del Hospital Referencia de la ciudad de Salvador, estado de Bahía.

Resultados: Surgieron 14 categorías y 66 subcategorías que representan el fenómeno estudiado y revelan factores causales de la fragmentación de la red, como falta de camas y recursos, necesidades de mejora del protocolo de atención, burocracia hospitalaria, desconocimiento de la población, a pesar de los esfuerzos de los profesionales en atender ese paciente. La interacción profesional reveló ausencia de un lenguaje único, trabas en las relaciones profesionales, desconocimiento del papel del otro, dificultades para regular al paciente e intercambio de algunos objetivos de la red. Consecuentemente, se produjo la salida del paciente de la línea de cuidado, la atención a pacientes fuera de la ventana terapéutica, la necesidad de aplicación de la "cama de reserva" y una mejor atención cuando el paciente tuvo acceso a la unidad especializada. Los elementos facilitadores también se refieren a compartir objetivos en la red y al esfuerzo de los profesionales para atender al paciente en ventana.

Conclusión: La fragmentación de la red revela la necesidad de intervenciones gerenciales en el sentido de mejorar y estandarizar la atención para que sea completa y ecuánime.

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença incapacitante, de alta morbimortalidade, que atinge cada vez mais pessoas jovens, sendo dividido em isquêmico e hemorrágico, sendo o primeiro mais prevalente.⁽¹⁾ Está intrinsecamente relacionado às comorbidades como hipertensão e diabetes mellitus que são fatores de risco em curva de crescimento na população brasileira.⁽¹⁾ O atendimento inicial para paciente com o AVC isquêmico possui necessidade de ser rápido e preciso, devido especificidade do trombolítico, medicação que só pode ser usada num intervalo de apenas 4,5 horas para pacientes com AVC isquêmico, exigindo alto nível de coordenação entre os serviços.⁽²⁾

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) possui portas, das mais diversas complexidades, por onde o paciente pode ter acesso ao atendimento. Assim, o paciente adentra a rede através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sendo que em algumas realidades pode haver entrada também diretamente através das emergências hospitalares.⁽³⁾ Desta maneira, são imperiosas a eficiência e a eficácia da assistência oferecida em qualquer uma dessas unidades de saúde,⁽³⁾ sendo que o sucesso está relacionado ao nível de instrução da população, à estrutura da Rede e à interação profissional,⁽⁴⁾ que precisam estar alinhadas e articu-

ladas no encaminhamento do paciente através dos serviços de forma eficaz.

Apesar do AVC ser uma doença de cunho agudo, quando não há colaboração intersetorial para a efetividade do atendimento, há implicações relacionadas às sequelas para os pacientes e ao significativo impacto econômico gerado pela dependência do sistema público de saúde.⁽⁵⁾ Desta forma, é imprescindível considerar as barreiras de acesso para que os pacientes cheguem aos serviços de saúde.⁽⁶⁾

Ademais, são escassos estudos que avaliem a conexão dos serviços no atendimento em Rede para esses pacientes, sendo mais frequentes estudos que avaliam internamente os serviços de saúde, ou se referem pontualmente a uma medida que tem sido utilizada para melhorar a assistência.

Dessa maneira, urge a necessidade de verificar como se dá o atendimento a esse paciente, tendo em vista que existem várias tecnologias e recursos já sendo utilizados para que haja efetividade na assistência e sucesso no atendimento agudo em um sistema estruturado em rede.⁽⁷⁾ Assim, questiona-se: como ocorre o atendimento ao paciente com AVC isquêmico agudo dentro da rede de urgência e emergência no SUS?

Dessa maneira, o objetivo deste estudo foi analisar como ocorre o atendimento de pacientes com Acidente Vascular Cerebral isquêmico agudo considerando os fluxos assistenciais e os elementos restritivos

e facilitadores do atendimento na Rede de Atenção às Urgências e Emergências de Salvador, Bahia, Brasil.

Métodos

Trata-se de estudo fundamentado no referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A TFD caracteriza-se como um método de análise comparativa que parte de uma investigação empírica para construir uma teoria que favoreça a compreensão da realidade a partir dos significados atribuídos por quem a vivencia.⁽⁸⁾

O estudo foi realizado em unidades de saúde que compõem a RUE e que atendem pacientes com AVC isquêmico agudo, delimitando-se ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), à duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) situadas em distritos sanitários distintos e extremos da cidade, e ao Hospital de Referência em AVC na cidade de Salvador, Bahia, Brasil.

A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2019 e outubro de 2020.

A população do estudo foi composta por profissionais, enfermeiros e médicos dos quatro serviços.

Para seleção dos participantes nos grupos amostrais, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: disponibilidade, ser profissional de saúde dos serviços que compõem a RUE e que atendem AVC agudo (SAMU, UPA, Hospital) ou ser chefia dessas unidades de saúde; além de estar atuando há, no mínimo, um ano na função. Foram excluídas do estudo uma profissional da UPA e uma profissional do hospital que referiram não se sentirem confortáveis em participar.

Os participantes do estudo se constituíram por amostragem teórica, que envolve a formação de grupos amostrais, inicialmente direcionados para o problema de pesquisa,⁽⁹⁾ sendo os participantes do primeiro grupo amostral (GA) previamente definidos e os demais grupos desvelados ao longo do processo da pesquisa.⁽⁸⁾ A partir da análise dos dados obtidos com o primeiro grupo amostral (SAMU), foram incluídos participantes conforme amostragem teórica, sendo direcionados os grupos amostrais seguintes conforme hipóteses levantadas com os dados dos grupos anteriores. Desta maneira, o primeiro GA foi

composto por 31 profissionais do SAMU, sendo 17 enfermeiros e 14 médicos; o segundo grupo por 24 profissionais de duas UPAs, sendo 18 enfermeiros e seis médicos; e, por fim, o terceiro GA foi composto por 20 profissionais de saúde do Hospital Referência, sendo 12 enfermeiros e oito médicos, totalizando 75 profissionais de saúde.

A coleta dos dados foi direcionada a partir de entrevista individual através da pergunta norteadora da pesquisa: “Fale-me sobre o atendimento ao paciente com suspeita de AVC”, permitindo expressão livre sobre o tema. Conforme as respostas dos participantes, foram direcionadas novas perguntas a fim de elucidar ou esclarecer os pontos levantados por estes, com a finalidade de obter entrevista em profundidade.

As entrevistas foram realizadas até saturação teórica dos dados, com a consolidação e articulação das categorias que compõem a teoria substantiva.

Como na TFD, a coleta e análise dos dados se dá de forma concomitante, foram elaborados memorandos após a realização de cada entrevista para auxiliar na análise dos dados. A análise foi realizada em três etapas: codificação aberta, codificação axial e integração⁽⁸⁾ aplicadas a partir da transcrição das entrevistas. Inicialmente foi feita a leitura linha a linha, com atribuição de códigos substantivos com características das falas dos participantes (codificação aberta), em seguida, os códigos foram agrupados e elaborados conceitos, delimitando o fenômeno (codificação axial), e, por fim, com a comparação constante dos dados das entrevistas, no desenvolvimento de categorias e subcategorias, delimitou-se a categoria central “Revelando a fragmentação na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no atendimento ao paciente com AVC agudo” (integração).

A identificação dos participantes foi feita pela letra “E” de entrevista, seguida pela(s) letra(s) inicial(is) da instituição: “S” de SAMU, ou “UPA” ou “H” de hospital, seguidos pelo número ordinal conforme sequência da entrevista, por exemplo: “ES1”, “EUPA3”, “EH15”.

Para auxiliar o processo de organização dos dados, foi utilizado o software NVIVO®. Para a validação do modelo teórico, houve envio do Instrumento da Validação por e-mail à dois profissionais de saúde de cada um dos tipos de instituição que participa-

ram da pesquisa e à duas especialistas no método, totalizando oito profissionais.

A fim de garantir qualidade na pesquisa qualitativa, adotou-se as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research – COREQ*.⁽¹⁰⁾

O desenvolvimento deste estudo atendeu normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, aprovada sob o CAAE nº 17763719.9.0000.5030 e sob o Parecer nº 3.538.900, atendendo às exigências éticas da pesquisa conforme as Resoluções 466/2012⁽¹¹⁾ e 510/2016⁽¹²⁾ do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes confirmaram aceite da sua participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A categoria central que emergiu da análise realizada foi intitulada “Revelando a fragmentação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Atendimento ao Paciente com AVC agudo” tendo em vista os elementos restritivos e desconectados para o atendimento, apontados nas categorias de condição, ação-interação e de consequências. O diagrama integrativo abaixo, representa a articulação entre a categoria central e as demais categorias que compõem o paradigma do fenômeno (Figura 1).

O componente ‘condição’ foi representado por cinco categorias e 27 subcategorias, conforme quadro 1.

O componente ‘ação-interação’ foi representado por cinco categorias e 24 subcategorias, conforme quadro 2.

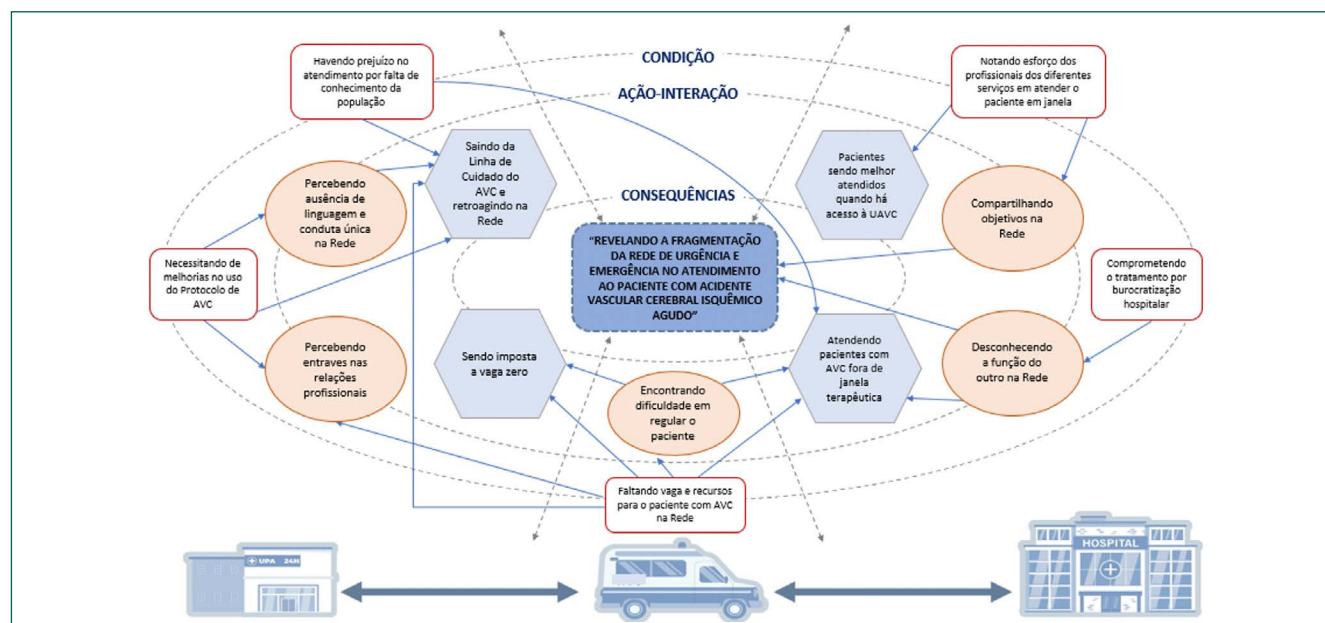


Figura 1. Diagrama Integrativo do Fenômeno

Quadro 1. Categorias e subcategorias do componente Condição

Categorias (Condição)	Desenvolvimento da categoria e das subcategorias
Faltando vaga e recursos para o paciente com AVC na Rede	Subcategorias apontam a falta de vaga para o adequado atendimento de pacientes com AVC no hospital referência, na Unidade de AVC, para trombólise e principalmente para pacientes fora de janela.
Necessitando de melhorias no uso do Protocolo de AVC	Elementos apontam para a inexistência de um Protocolo de AVC evidenciado pelas dúvidas dos profissionais sobre a existência do mesmo. Compreendem o protocolo de formas diferentes, percebem sua incipiência e fluxo pouco incorporado, relatam falta de treinamento para os profissionais, dificuldades no êxito do protocolo na UPA, percepção da obstrução do fluxo do paciente.
Comprometendo o tratamento por burocratização hospitalar	Na dinâmica hospitalar há perda de tempo na necessidade de autorização escrita para fazer a ficha, na lenta confecção da ficha, e na necessidade de passar pelo Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) neste momento.
Havendo prejuízo no atendimento por falta de conhecimento da população	Há percepção da perda de janela para a maioria dos pacientes que chegam aos serviços de saúde, devido à não orientação prévia da população sobre a urgência do atendimento, sobre a suspeição dos sintomas, não sabendo para onde encaminhar o paciente.
Notando esforços dos profissionais dos diferentes serviços em atender o paciente em janela	Aponta empenho profissional fazendo, por vezes o protocolo funcionar, identificando e priorizando o paciente no ACCR nas UPAs, buscando realizar o atendimento do SAMU com rapidez, acionando a equipe especializada da Unidade de AVC para avaliar o paciente na emergência. Da mesma maneira, o SAMU, ao adentrar o hospital, encaminha o paciente à Tomografia para preservação da janela.

Quadro 2. Categorias e subcategorias do componente Ação-interação

Categorias (Ação-interação)	Desenvolvimento da categoria e das subcategorias
Percebendo ausência de linguagem e conduta única na Rede	Relaciona-se à falhas na comunicação entre os serviços e nos serviços de saúde, à percepção de que o atendimento varia conforme equipe de plantão, inclusive com variações de conduta médica na UPA no acionamento ou não do Protocolo de AVC, e também na não homogeneidade nos atendimentos no Hospital Referência.
Percebendo entraves nas relações profissionais	São indicadas dificuldades nas relações SAMU-UPA, SAMU-Hospital, com o Chefe de Plantão responsável pela emergência hospitalar, relação prejudicada pela carga de trabalho na emergência, e em relações internas à UPA.
Desconhecendo a função do outro na Rede	Subcategorias trazem elementos como a distorção da função do SAMU na Rede, o desconhecimento do papel da UPA na Rede, a necessidade de melhor enxergar as necessidades do outro serviço, o ato de referir que o paciente é do serviço de origem e não da Rede.
Encontrando dificuldade em regular o paciente na Rede	Evidencia restrição hospitalar em aceitar os pacientes em janela e fora de janela, crítica a regulação para o hospital sem leito certo, com autorização apenas para avaliação neurológica, a dificuldade em contatar o Chefe de Plantão, a dificuldade em regular pacientes fora de janela e a necessidade em regular após contrarreferência.
Compartilhando objetivos na Rede	Indica que a Rede conta com a colaboração do SAMU, que a coesão da equipe da UPA é alicerce para o funcionamento do serviço e que a pré-notificação hospitalar é fator de melhoria na assistência. Destaca-se a boa relação dos profissionais com a equipe da Unidade de AVC (UAVC).

Quadro 3. Categorias e subcategorias do componente Consequências

Categorias (Consequências)	Desenvolvimento da categoria e das subcategorias
Saindo da Linha de Cuidado do AVC e retroagindo na Rede	Indicam contrarreferência dos pacientes do hospital para unidades de menor complexidade, seja por falta de recursos do hospital, ou porque profissionais julgam o paciente sem perfil de manutenção na unidade terciária. Por vezes, esses pacientes não foram avaliados por neurologistas. Frente à recusa de hospitais e das UPAs há permanência do paciente com o SAMU.
Atendendo pacientes fora de janela terapêutica	É sustentada por subcategorias que indicam observância da permanência dos pacientes na UPA frente às inúmeras limitações na assistência; críticas às limitações do atendimento pré-hospitalar móvel ao paciente fora de janela, havendo variação na possibilidade de serem avaliados ou não pelo neurologista; recebendo, muitas vezes, atendimento generalista.
Pacientes sendo melhor atendidos quando há acesso à UAVC	Revela que pacientes com suspeita ou confirmação de AVC têm o atendimento otimizado quando há assessoria da UAVC. Dados apontam que a Unidade dispõe de recursos materiais e de pessoal treinado para o atendimento, afirmando padronização, direcionamento à patologia e investigação etiológica.
Sendo imposta a "vaga zero"	Estabelece relação com a falta de vaga, sendo necessário que o SAMU utilize a 'vaga zero' e que o hospital referência receba a imposição desta normativa, acolhendo o paciente numa realidade nem sempre propícia.

O componente 'consequências' foi representado por quatro categorias e 15 subcategorias, conforme quadro 3.

Discussão

Sendo a Rede a estrutura fundamental ao atendimento do paciente gravemente enfermo, que deveria ocorrer com centralidade nas necessidades sociais, populacionais e individuais, com interações interseoriais,⁽¹³⁾ o fenômeno "Revelando a fragmentação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências ao paciente com AVC agudo", vai de encontro ao projeto proposto pelo SUS.

Como elementos condicionantes de tal fragmentação, os resultados deste estudo assinalam para a falta de vaga e de recursos para atender o paciente com AVC, pela centralização dos atendimentos no hospital referência que também é referência à inúmeras especialidades, com perfil de pacientes crônicos que apresentam internação prolongada, o que implica em menor rotatividade dos leitos. Assim, observa-se que a superlotação do pronto socorro se origina na superlotação do hospital.⁽¹⁴⁾

A falta de vaga para trombólise na UAVC, embora menos frequente, revela sinais de insuficiência de leitos na UAVC, tendo em vista o crescente número de pacientes vítimas da doença.⁽¹⁵⁾ Ainda, considerando que, habitualmente, vários fatores interferem na chegada do paciente ao hospital referência em janela,⁽¹⁶⁾ é imprescindível que os que cheguem, tenham o tratamento disponibilizado num menor tempo a fim de obter melhor recuperação dos déficits neurológicos.⁽¹⁷⁾

Destarte, conforme os dados, habitualmente, a falta de vaga acontece em maior proporção para pacientes fora de janela, mesmo com quadro agudo, tendo seu tratamento e diagnóstico postergados, exame de imagem e avaliação neurológica não realizadas nas primeiras 24 horas do evento. Esse fato entra em contradição com a necessidade de atendimento direcionado e efetivo⁽¹⁾ também para pacientes fora de janela, que necessitam da atenção à nível terciário.

Ademais, profissionais sentem falta da trombec-tomia, tratamento que tem a possibilidade de ser oferecido num tempo maior, se comparado à trombólise,⁽¹⁵⁾ mas que ainda não é utilizado no hospital referência. No Brasil, esse é um elemento gerencial, que tem disponibilidade restrita no SUS,⁽¹⁸⁾ devido

falta de centros de tratamento integral ao AVC e baixa disponibilidade de profissionais neurointencionistas.⁽¹⁹⁾ No entanto, foi introduzido em outros países da América Latina, sendo apontado como ferramenta que possibilita alta taxa de recanalização, baixo número de complicações e boa recuperação dos pacientes.⁽²⁰⁾

Além da necessidade de vagas e recursos, os dados apontam que apesar dos esforços dos profissionais para atender o paciente em janela terapêutica, protocolos e fluxos institucionais também não estão bem estabelecidos dentro da Rede. Dessa maneira, a falta de protocolo se constitui barreira para o atendimento, o que poderia ser solucionada com intervenção de planejamento e gestão. Apesar de existirem protocolos ministeriais, parece haver desconhecimento dessas ferramentas e processos.

Em contrapartida, estudos apontam que quando os protocolos estão bem instituídos, costumam reduzir os tempos de atendimento dos pacientes e sugerem como estratégia viável estabelecer enfermeiros na linha de frente hospitalar, capacitados para reconhecer o paciente com AVC na emergência, por serem esses, muitas vezes, os primeiros profissionais a terem contato com o paciente, sendo a rapidez, a eficácia e o conhecimento científico, fundamentais para o sucesso do atendimento.⁽²¹⁾

Atrelado a isso, a falta de treinamento profissional apontada por profissionais dos quatro serviços investigados impede uma padronização e faz com que haja dificuldade de se obter êxito em protocolos, sendo fundamental que profissionais da ponta de atendimento saibam reconhecer, aplicar escalas específicas e simples para avaliação neurológica, de forma rápida e confiável,⁽²¹⁾ entendendo que para esse paciente o tempo é fundamental. Intervenções educativas para aprimorar os conhecimentos técnicos e assistenciais de profissionais de saúde quanto aos protocolos de atendimento inicial, proporciona também espaço para reflexão coletiva e análise da realidade em que estão inseridos.⁽²²⁾

Ademais, neste contexto, profissionais do SAMU encontram obstrução no fluxo do paciente que impossibilitam, muitas vezes, de encaminhá-lo ao destino mais adequado. No entanto, a organização de fluxos é uma das ações estratégicas propos-

tas para expandir e consolidar a Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral no Adulto, visando planejamentos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção.⁽²³⁾ A criação de fluxos de atendimento permite aos serviços e aos profissionais situarem-se dentro de uma organização e terem definição de responsabilidades, sabendo para onde e quando encaminhar pacientes na Rede.

Em relação à burocracia hospitalar, existem críticas relacionadas à necessidade de avaliação do paciente no ACCR quando já foi feita uma pré-classificação desse paciente pela equipe do SAMU. A necessidade de passar pelo ACCR neste momento vai de encontro ao Protocolo Estadual de Classificação de Risco, que prevê que o paciente grave deve ser estabilizado, adentrando o hospital por porta de entrada específica, sendo a que a Classificação de Risco pode ser realizada posteriormente.⁽²⁴⁾

Dentre as causas de fragmentação na Rede que fogem ao controle dos profissionais de saúde da emergência, a desinformação da população surge na pesquisa como fator limitante ao atendimento. Considerando que o tratamento do AVC só é possível se as pessoas identificarem corretamente os sinais e sintomas e procurarem atendimento médico,⁽²⁵⁾ o insatisfatório nível de conhecimento dos leigos deve-se, ainda, ao baixo nível educacional, às poucas campanhas educativas e ao reduzido vínculo entre usuários e equipes.⁽²⁶⁾

Dados das entrevistas acrescentam que entraves nas relações profissionais se relacionam às condições de trabalho⁽²⁷⁾ e, notoriamente, acontecem porque profissionais não enxergam o funcionamento da rede e não se enxergam como elementos desta. Quando elementos da rede estão desconectados, há dificuldade na comunicação e desconhecimento dos trabalhadores sobre o funcionamento dos serviços, podendo haver comprometimento na articulação entre estes.⁽²⁸⁾ Assim, frente à complexidade das relações visualizadas no presente estudo, são necessárias intervenções no que tange a organização e as relações socioprofissionais, a fim de aprimorar a cooperação nas redes.⁽²⁹⁾

A pré-notificação, sinalizada pelos profissionais como o contato prévio do serviço pré-hospitalar com o hospital, é um exemplo de elemento facilita-

dor da conexão entre os serviços, podendo encurtar o tempo porta-tomografia e melhorar o cuidado do paciente com AVC agudo.⁽³⁰⁾ Dessa maneira, nota-se que para que haja colaboração e trabalho em equipe visando a realização de cuidados seguros e de alta qualidade, são necessários efetividade na comunicação, objetivos comuns, reconhecimento do trabalho dos demais, interdependência das ações e atenção centrada no paciente.⁽³¹⁾

Em se tratando de consequências da fragmentação da Rede, o paciente sai da Linha de Cuidado do AVC, através da contrarreferência hospitalar, que impossibilita a continuidade do cuidado no nível terciário. Isso se dá de forma discrepante do objetivo da contrarreferência que é garantir cuidado integral ao paciente, por meio da organização entre os serviços, com mecanismos de pactuação e estabelecimento de fluxo.⁽²⁸⁾ Nota-se naturalização também no ato da contrarreferência hospitalar quando no hall de justificativa de quem referencia estão: a falta de perfil do paciente ao considerar que quem está fora de janela não precisa ser acolhido no hospital, por julgar que o paciente precisa apenas de uma avaliação neurológica e por considerar que o paciente tem perfil de UPA. No entanto, a Unidade de AVC, localizada no hospital de referência, deve acolher pacientes em quadro agudo, não apenas em janela, mesmo que o quadro seja transitório, independente da gravidade.⁽³²⁾

Assim, após a contrarreferência, o destino da maior parte desses pacientes é a UPA, que conta com limitações na assistência por não ter sido projetada para ser unidade de internação, muito menos para ser unidade neurológica. Dessa maneira, estas unidades, tidas como retaguarda hospitalar, enfrentam significativas limitações na assistência no aguardo da regulação pela Central Estadual, onde pacientes permanecem internados.⁽³³⁾ Dessa maneira, a “internação” em ambiente pré-hospitalar contrasta com o objetivo da UPA, que tem que encaminhar na rede os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas, com a finalidade da continuidade do cuidado, até 24h.⁽³⁴⁾ Assim, é imprescindível que haja organização da Rede, para retaguarda adequada, e com um tempo máximo de espera na UPA até encaminhamento ao leito hospitalar.

De outra maneira, elementos facilitadores do atendimento são percebidos quando os profissionais sinalizam que os pacientes que tiveram acesso à Unidade de AVC, encontraram melhor atendimento, tendo em vista disponibilidade de leito de referência, equipe multidisciplinar especializada e utilização de abordagem padrão para gerenciar problemas comuns após o AVC⁽³²⁾ incluindo investigação etiológica a fim reduzir as condições clínicas após a admissão e melhorar o resultado após a alta.

Ademais, a categoria do estudo que revela que pacientes são melhor atendidos quando há acesso à UAVC, está intrinsecamente relacionada à falta de vaga como causalidade, pois nota-se o acesso restrito àqueles em janela terapêutica, sendo necessária a ampliação da capacidade dessas unidades para pacientes fora de janela em quadro agudo, para pacientes com Ataque Isquêmico Transitório e para os que apresentam AVC hemorrágico. Conforme a normativa sobre leitos retaguarda, a capacidade deve estar intrinsecamente relacionada aos dados epidemiológicos⁽²⁴⁾ acompanhando seu crescimento, o que parece não acontecer na realidade investigada, pois a quantidade de leitos está mantida desde a implantação da Unidade.

A dificuldade de acesso a leitos, leva à necessidade da imposição de “vaga zero” por profissionais que trabalham na Central de Regulação das Urgências direcionando pacientes às unidades hospitalares mesmo quando essas não têm leitos disponíveis para atendê-los. Essa é uma prerrogativa exclusiva do médico regulador de urgências, devendo ser utilizada em situações de exceção, quando não há vaga em outro local adequado para o paciente, sendo um recurso essencial para garantir acesso a pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso,⁽³⁵⁾ sendo imposta, muitas vezes, em meio a conflitos.

Isso, muitas vezes pode acontecer pelo permanente investimento e valoração do componente hospitalar, sem políticas públicas voltadas para os demais elementos da RUE, sendo a rede equivocadamente estruturada nos hospitais de referência, como se essa fosse a solução para os problemas dos outros componentes de atenção às urgências.⁽³⁵⁾

As limitações do estudo referem-se à circunscrição dos resultados a um contexto específico, poden-

do haver generalização dos dados em relação às questões pertinentes ao local de estudo, considerando as diferentes configurações que a RUE pode assumir no Brasil. Não foram incluídas análises sobre o atendimento ao paciente com AVC hemorrágico, nem sobre a integralidade do atendimento após a alta hospitalar. No entanto, observa-se avanços significativos na investigação sobre o atendimento ao paciente com AVC na Rede, tendo se dado de forma ampliada, considerando uma melhor visão do processo de encaminhamento do paciente pelos serviços de saúde, enfocando as relações interprofissionais tanto nas instituições quanto entre as instituições. Em todas elas, a enfermagem se constitui maioria e está efetivamente vinculada a todas as etapas do atendimento a este paciente, podendo se beneficiar dos resultados desta pesquisa, no auxílio à implantação de melhorias para o cuidado e para a assistência ao paciente com AVC.

Conclusão

Os achados deste estudo evidenciam a fragmentação entre os serviços no atendimento ao paciente com AVCi agudo na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. O fluxo assistencial não está bem estabelecido e os mecanismos de comunicação entre os profissionais podem ser efetivos ou podem encontrar barreiras físicas e conflitos nos serviços e entre os serviços, variando conforme quem esteja prestando o atendimento. Apesar de haver elementos facilitadores para o atendimento, elementos restritivos revelam a necessidade de intervenções gerenciais no sentido de aprimorar o atendimento, padronizando-o e tornando a assistência integral e equânime. Para tal, uma das ferramentas que podem ser utilizadas é a Educação Permanente com enfoque no AVC e no funcionamento adequado da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Colaborações

Brandão PC, Lanzoni GMM e Pinto ICM declaram que contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo,

revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Machado VS, Hahn LM, Martins MI, Marrone LC. Conhecimento da população sobre acidente vascular cerebral em Torres RS. *Rev Bras Neurol.* 2020;56(3):11-4.
2. Leibinger F, Sablot 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.
3. Oliveira SN, Ramos BJ, Piazza M, Prado ML, Reibnitz KS, Souza AC. Emergency Care Units (Upa) 24h: The nurses' perception. *Texto Context Enferm.* 2015;24(1):238-44.
4. Hogan TM, Malsch A. Communication strategies for better care of the elderly in the emergency department. *Clin Geriatr Med.* 2018;34(3):387-97. Review.
5. 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.
6. 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.
7. Whetten J, Van der Goes DN, Tran H, Moffett M, Semper C, Yonas H. Cost-effectiveness of Access to Critical Cerebral Emergency Support Services (ACCCESS): a neuro-emergent telemedicine consultation program. *J Med Econ.* 2018;21(4):398-405.
8. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing ground theory. 4th ed. Los Angeles: Artmed; 2015. 456 p.
9. Baggio MA, Erdmann AL. Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. *Rev Enferm Refer.* 2011;(3):177-85.
10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Inter J Qual Health Care.* 2008;19(6):349-57.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 2021 Mar 2]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
12. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [citado 2021 Mar 2]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
13. Viana AL, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalization and Health Networks. *Cien Saude Colet.* 2018;23(6):1791-8.
14. Salway RJ, Valenzuela RS. Superação do departamento de emergência (ed): respostas baseadas em evidências para as perguntas mais frequentes. *Rev Med Clin Condes.* 2017;28(2):213-9.
15. Holmes DR, Hopkins N. O avanço da cardiologia intervencionista e do cuidado do acidente vascular cerebral agudo. *J Am College Cardiol.* 2019;73(12):47-54.
16. Brandão PC, Ferraz MO, Sampaio ES. Retardo na chegada da pessoa com acidente vascular cerebral a um serviço hospitalar de referência. *Rev Nurs.* 2020;23(271):4979-84.

17. Hanauer MC, Moser GA, Souza SS, Oliveira D, Celich KL, Paz M, et al. Characterization of the care carried out by the SAMU. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2018;12(12):3476-83. Review.
18. Alves AE, Cese BC, Reyna CF, Oliveira JF, Kaneko JS, Gouveia MS, et al. Trombectomia mecânica no acidente vascular cerebral isquêmico agudo: revisão de literatura. *Arq Méd*. 2018;63(2):110-4. Review.
19. Rodriguez-Castro E, López-Dequit I, Santamaría-Cadavid M, Arias-Rivas S, Rodríguez-Yanez M, Pumar JM, et al. Trends in stroke outcomes in the last ten years in a European tertiary hospital. *BMC Neurol*. 2018;18:164.
20. Alet M, Lucci FR, Ameriso S. Mechanical thrombectomy for reperfusion of acute ischemic stroke in a Stroke Unit in Argentina. *Arq Neuropsiquiatr*. 2020;78(1):39-43.
21. Silveira Junior JL, Melo EA, Vasconcelos NN, Lima MC, Damazio LC. Os efeitos da capacitação de enfermeiros sobre avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2017;11(5):1763-8.
22. Moura LV, Pedreira LC, Menezes TM, Gomes NP, Coifman AH, Santos AA. Management of elderly people with Stroke: strategies based on action research. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(6):3054-62.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado 2022 Jan 7]. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-\(AVC\)-no-adulto/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/)
24. Bahia. Governo do Estado. Secretaria da Saúde. Equipe do HGRS participa de curso promovido pelo Hospital Sírio-Libanês [citado 2019 Fev 1]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2015/09/10/equipe-do-hgrs-participa-de-curso-promovido-pelo-hospital-sirio-libanes/>
25. Dumay GT, Campelo JR, Miquilino MP, Lacerda GS, Souza Neto DS, Cardoso CE, et al. Knowledge of the population of Vassouras - RJ on Cerebral Vascular Accident. *Rev Saúde*. 2019;10(2):2-6.
26. Moita SM, Cardoso AN, Guimarães IP, Rodrigues KS, Gomes ML, Amaral VF, et al. Reconhecimento dos sinais e sintomas e dos fatores de risco do acidente vascular cerebral por leigos: uma revisão integrativa. *Res Society Development*. 2021;10(10):e587101019340. Review.
27. Duarte ML, Glanzner CH, Pereira LP. O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-e0255.
28. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm*. 2016;21(1):1-8.
29. Cavalcante JB, Silva Júnior GB, Bastos ML, Costa ME, Santos AL, Maciel RH. Rede de relações em um serviço de atendimento móvel de urgência: análise de uma equipe de trabalho. *Rev Bras Med Trab*. 2018;16(2):158-66.
30. Zhang S, Zhang J, Zhang M, Zhong G, Chen Z, Lin L, et al. Prehospital Notification Procedure Improves Stroke Outcome by Shortening Onset to Needle Time in Chinese Urban Area. *Aging Dis*. 2018;9(3):426-34.
31. Peduzzi M, Agreli HL, Silva JA, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. Saúde*. 2020;18(Suppl 1):e0024678.
32. Lange MC, Braga GP, Nóvak EM, Harger R, Felipe MJ, Canever M, et al. Key performance indicators for stroke from the Ministry of Health of Brazil: benchmarking and indicator parameters. *Arq Neuro-Psiquiatria*. 2017;75(6):354-8.
33. Konder M, O'dwyer G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. *Physis*. 2019;29(2):e290203.
34. Langhorne P, Ramachandra S. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;4(4):CD000197.
35. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº2.077/14. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Brasília (DF): CFM; 2014 [citado 2022 Jan 7]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/78061-Resolucao-cfm-no-2-077-14.html>