

Interação profissional em rede no atendimento ao paciente com acidente vascular cerebral

Network professional interaction in the care of patients with stroke

Interacción de redes profesionales en el cuidado de pacientes con accidente cerebrovascular

Paloma de Castro Brandão^I

ORCID: 0000-0002-8659-6292

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni^{II}

ORCID: 0000-0001-5935-8849

Isabela Cardoso de Matos Pinto^I

ORCID: 0000-0002-1636-2909

^IUniversidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

^{II}Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Como citar este artigo:

Brandão PC, Lanzoni GMM, Pinto ICM. Network professional interaction in the care of patients with stroke. Rev Bras Enferm. 2022;75(5):e20210533. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0533pt>

Autor Correspondente:

Paloma de Castro Brandão

E-mail: paloma.brandao@ufba.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Priscilla Broca

Submissão: 30-08-2021

Aprovação: 12-04-2022

RESUMO

Objetivo: compreender a interação profissional na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no atendimento ao paciente com acidente vascular cerebral isquêmico agudo na cidade de Salvador/Bahia. **Métodos:** foram utilizados o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados, vertente straussiana, e o referencial teórico sobre redes em saúde. Foi empregada entrevista em profundidade, entre outubro de 2019 e outubro de 2020, com 75 profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Unidades de Pronto Atendimento e hospital referência. **Resultados:** 5 categorias e 24 subcategorias apontam compartilhamento de objetivos entre profissionais, mas evidenciam elementos de fragmentação das conexões entre os serviços, como a ausência de linguagem e conduta única, entaves das relações profissionais e desconhecimento da função do outro. **Conclusões:** para aprimorar relações em rede e o atendimento ao paciente com acidente vascular cerebral, há necessidade de elementos conectores bem estabelecidos, como fluxos e protocolos, fundamentados por ações de educação permanente.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral; Serviços Médicos de Emergência; Relações Interpessoais; Comportamento Cooperativo; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to understand the professional interaction in the Emergency Care Network in the care of patients with acute ischemic stroke in the city of Salvador/Bahia. **Methods:** the Grounded Theory methodological framework, Straussian strand, and the health networks theoretical framework were used. An in-depth interview was used, between October 2019 and October 2020, with 75 professionals from the Mobile Emergency Care Service, Emergency Care Units and reference hospital. **Results:** 5 categories and 24 subcategories point to shared goals among professionals, but they show elements of fragmentation of connections between services, such as the absence of a single language and conduct, obstacles to professional relationships and lack of knowledge of the other's role. **Conclusions:** to improve network relationships and care of patients with stroke, there is a need for well-established connecting elements, such as flows and protocols, supported by continuing education actions.

Descriptors: Stroke; Emergency Medical Services; Interpersonal Relations; Cooperative Behavior; Health Management.

RESUMEN

Objetivo: comprender la interacción profesional de la Red de Atención de Urgencias y Emergencias en la atención de pacientes con accidente cerebrovascular isquémico agudo en la ciudad de Salvador/Bahia. **Métodos:** se utilizó el referencial metodológico de la Teoría Fundamentada en Datos, vertiente straussiana, y el referencial teórico sobre redes en salud. Se utilizó una entrevista en profundidad, entre octubre de 2019 y octubre de 2020, a 75 profesionales del Servicio de Atención Móvil de Urgencias, Unidades de Atención de Urgencias y hospital de referencia. **Resultados:** 5 categorías y 24 subcategorías apuntan a metas compartidas entre los profesionales, pero muestran elementos de fragmentación de las conexiones entre los servicios, como la ausencia de un único lenguaje y conducta, obstáculos a las relaciones profesionales y desconocimiento del papel del otro. **Conclusiones:** para mejorar las relaciones en red y la atención a los pacientes con ictus, se necesitan elementos de conexión bien establecidos, como flujos y protocolos, apoyados en acciones de educación permanente.

Descriptorios: Accidente Cerebrovascular; Servicios Médicos de Urgencia; Relaciones Interpersonales; Conducta Cooperativa; Gestión en Salud.

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é a quinta maior causa de mortalidade nos Estados Unidos e a terceira maior causa de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade no mundo⁽¹⁾, acometendo mais de 750.000 pessoas por ano, sendo catastrófico para pacientes e familiares devido a suas sequelas⁽²⁾. No Brasil, apesar de ter havido tendência de queda na mortalidade por AVC⁽³⁾, ainda representa a quarta causa de morte⁽⁴⁾.

Caracterizado como um déficit neurológico, de instalação súbita ou com rápida evolução que pode levar à morte, está dividido, de forma geral, em isquêmico (AVCi) e hemorrágico (AVCh). O AVCi é mais incidente, sendo responsável por 87% dos casos⁽¹⁾ e por 61,8% das mortes por AVC, acometendo, principalmente, homens, no grupo de indivíduos com mais de 70 anos de idade⁽⁵⁾.

Para um adequado atendimento a esses pacientes, a atuação articulada dos profissionais de saúde, e, portanto, entre enfermeiros dos diversos serviços, é imprescindível, uma vez que o AVCi é uma doença cujo tratamento é janela-dependente, podendo ser realizado somente até 4,5 horas do início dos sintomas. Neste curto intervalo de tempo, o paciente precisa ser prontamente atendido, diagnosticado e submetido a uma medicação intravenosa que só pode ser feita em uma unidade de saúde terciária habilitada⁽¹⁾.

Ainda, apesar dos avanços científicos no tratamento do AVC com ampliação da terapêutica⁽⁶⁾ e com implementação de Unidades de Acidente Vascular Cerebral (UAVC) direcionadas ao tratamento⁽⁷⁾, apenas uma parcela pequena da população permanece tendo acesso à assistência de qualidade.

A importância em estudar o tema se assenta nos elevados gastos com saúde⁽⁸⁾ relacionados aos cuidados agudos, como medicamentos, tratamento, investigações diagnósticas, reabilitação, consultas médicas, aparelhos ortopédicos, sendo maiores conforme tempo de internação e complicações⁽⁹⁾, relacionando-se, ainda, com os que perderam a capacidade laborativa⁽¹⁰⁾.

Estudos internacionais sinalizam que há dificuldade em atender o paciente com AVC a tempo, mas revelam iniciativas que tentam solucionar o problema, envolvendo, por exemplo, os serviços dos sistemas de saúde, através de protocolos, códigos, fluxos de atendimento⁽¹¹⁾, ou aproximando distâncias e profissionais, disponibilizando especialistas e direcionando condutas através da telemedicina⁽¹²⁾.

Dessa maneira, no Brasil, para uma adequada assistência, os pacientes que apresentam AVC devem ser atendidos na estrutura de redes, tendo em vista a Linha de Cuidado direcionada a esta doença. A composição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS) tem a intencionalidade de colaborar para melhoria da atenção prestada, com superação de lacunas assistenciais e redução de custos através da integração de serviços e sistemas, tendo sido propostas para diversas áreas da saúde conforme perfil epidemiológico⁽¹³⁾.

Uma das RAS é a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que está alicerçada por diversos serviços, desde unidades de Atenção Primária à Saúde até unidades terciárias, como os hospitais, divididas conforme níveis de complexidade, sendo, todas elas, portas de entrada ao paciente crítico⁽¹⁴⁾.

Assim, frente à urgência do atendimento, como a assistência ao paciente com suspeita de AVC necessita de articulação desde o serviço pré-hospitalar até o serviço hospitalar de emergência⁽¹⁵⁾,

questiona-se: como ocorrem as interações profissionais no atendimento ao paciente com AVC, considerando os diferentes serviços constituintes da RUE?

OBJETIVO

Compreender a interação profissional na RUE no atendimento ao paciente com AVC isquêmico agudo na cidade de Salvador/Bahia.

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa atendeu às Resoluções 466/2012⁽¹⁶⁾ e 510/2016⁽¹⁷⁾ do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sendo parte dos resultados finais da tese intitulada "Rede de Atenção às Urgências e Emergências: atendimento ao paciente com Acidente Vascular Cerebral isquêmico agudo".

Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

Neste estudo, foram utilizadas a Teoria Fundamentada nos Dados, vertente straussiana, como referencial metodológico, e a teoria de redes em saúde de Mário Rovere, como ferramenta teórica para leitura dos dados. Conforme o referencial teórico, o grau de profundidade de uma rede vai desde o reconhecimento, passando pela fase de conhecimento, colaboração, cooperação, até chegar à associação. Nesta análise de redes, o foco está nas relações sociais⁽¹⁸⁾, obtendo estreita relação com o referencial metodológico que aponta que os significados das relações sociais emergem a partir dos significados dos sujeitos⁽¹⁹⁾, tendo em vista a emergência de uma teoria substantiva que pode ser usada para explicar os fenômenos pesquisados⁽²⁰⁾. Ainda, para Strauss e Corbin⁽²⁰⁾ (2008), esta teoria é derivada de dados, sistematicamente reunidos e analisados por meio de processos de pesquisa.

Procedimentos metodológicos, cenário de estudo e fonte de dados

O estudo foi realizado na cidade de Salvador/Bahia, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e em uma unidade hospitalar de referência no atendimento ao paciente com AVC. Os participantes da pesquisa foram incluídos conforme amostragem teórica, ou seja, após a análise dos achados do primeiro grupo amostral (previamente definido), foi direcionado quais participantes comporiam os grupos seguintes, desvelados ao longo do processo da pesquisa, conforme direcionamento das hipóteses que emergiram a partir dos dados.

Para tanto, foram incluídos profissionais com disponibilidade, profissionais de saúde dos serviços que compõem a RUE e que atendem AVC agudo (SAMU, UPA, hospital) na porta de entrada, atuando há, no mínimo, um ano na função. Foram excluídas do estudo uma profissional da UPA e uma profissional do hospital que, após contato informando os objetivos da pesquisa, referiram não se sentirem confortáveis em participar.

Foram entrevistados 75 profissionais de saúde que exerciam funções de assistência ou gerência imediata, sendo que o primeiro grupo amostral foi composto por 31 profissionais do SAMU (17 enfermeiros e 14 médicos). O segundo grupo amostral foi composto por 24 profissionais da UPA (18 enfermeiros e seis médicos), e o terceiro grupo amostral foi composto por 20 profissionais do hospital (12 enfermeiros e oito médicos). A identificação dos participantes, conforme instituição de origem, foi representado pela letra "E", de entrevista, seguida pelo "S", de SAMU, ou "UPA" ou "H", de hospital, seguido pelo número ordinal conforme sequência da entrevista, como "ES15", "EUPA8", "EH20".

Coleta, organização e análise dos dados

As entrevistas aconteceram entre outubro de 2019 e outubro de 2020, sendo que, para cada entrevistado, foi direcionada a pergunta norteadora da pesquisa "Fale-me sobre o atendimento ao paciente com suspeita de AVC", permitindo que os dados emergissem das respostas dos participantes que puderam se expressar livremente sobre o tema. Ademais, outras questões foram sendo aplicadas, conforme as respostas dos participantes, a fim de esclarecer pontos levantados e para obter entrevista em profundidade. As entrevistas foram realizadas para o 1º grupo amostral durante o plantão em uma sala reservada. Para os demais grupos amostrais, a entrevista foi realizada por telefone, em horário conveniente para o entrevistado, devido ao período pandêmico. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

A partir das hipóteses levantadas em cada grupo amostral (Quadro 1), foram elaboradas outras questões que foram acrescentadas no instrumento de coleta para os demais participantes. As entrevistas foram realizadas até saturação teórica dos dados, ou seja, quando houve repetição de informações ou quando as novas informações não alteraram a configuração do fenômeno já encontrado⁽¹⁹⁾. Dessa maneira, obteve-se a consolidação e articulação das categorias que compõem a teoria substantiva.

A coleta e a análise dos dados ocorreram de forma concomitante, e foram elaborados memorandos após a realização de cada entrevista que auxiliaram na análise dos dados. No sistema de análise de dados, foi realizada a divisão em três etapas: codificação aberta, codificação axial e integração⁽¹⁹⁾. A partir da transcrição, a codificação aberta foi realizada com a leitura das entrevistas linha a linha, com atribuição de códigos substantivos com características das falas dos participantes. Posteriormente, na codificação axial, foram elaborados conceitos, sendo delimitado o fenômeno. Houve o agrupamento dos conceitos das 75 entrevistas, a partir da comparação constante dos dados no desenvolvimento de categorias e subcategorias. Por fim, delimitou-se a categoria central "Revelando a fragmentação na Rede de Atenção às Urgências e Emergências no atendimento ao paciente com acidente vascular cerebral agudo", evidenciada por fatores relacionados à frágil interação profissional na referida rede.

Para auxiliar o processo de organização dos dados, foi utilizado o *software* NVIVO[®] 12, instrumento facilitador na fase de categorização dos dados, permitindo melhor visualização das informações obtidas.

O referencial teórico sobre redes em saúde foi utilizado na análise dos dados, tendo como alicerce os cinco níveis de relação para se constituir uma rede: reconhecer, conhecer, colaborar, cooperar e associar-se⁽²¹⁾.

Tendo em vista que as relações entre profissionais de saúde dos diferentes serviços da RUE elucidam como se dá sua organização e seu funcionamento, permitindo analisar os fluxos assistenciais e os mecanismos de comunicação, o estudo apresenta com detalhamento as interações entre os participantes dos diferentes serviços da rede que atendem pacientes com AVC isquêmico agudo, estando os resultados organizados em cinco categorias e 25 subcategorias, agrupados conforme análise e abstração dos dados.

A validação do modelo teórico, composto pelas categorias centrais do estudo, ocorreu através de troca de e-mail com dois profissionais de saúde de cada um dos tipos de instituições que participaram da pesquisa (SAMU, UPA e hospital de referência) e com duas especialistas no método.

Quadro 1 – Descrição da amostragem teórica, Salvador, Bahia, Brasil, 2021

Grupo amostral	Hipóteses	Questão de pesquisa
Grupo amostral 1	A organização do atendimento ao paciente com AVC em rede é deficitária.	Grupo amostral 1: fale-me sobre o atendimento ao paciente com suspeita de AVC.
Grupo amostral 1 para Grupo amostral 2	Há dificuldade na avaliação inicial do paciente com suspeita de AVC na UPA. Oscilações na qualidade da relação interpessoal entre SAMU e UPA interferem na qualidade do atendimento em rede. A contrarreferência do hospital para a UPA segue sentido contrário à Linha de Cuidado do AVC.	Grupo amostral 2: como você percebe a interação profissional no atendimento ao paciente com AVC? Como você percebe a continuidade do cuidado ao paciente na contrarreferência do hospital para a UPA?
Grupo amostral 1 para Grupo amostral 3	O não acolhimento da equipe do SAMU no hospital, evidenciada pelas dificuldades encontradas no relacionamento interpessoal, expõe a fragilidade do atendimento em rede. A dificuldade em enxergar papéis na rede reflete em conflito entre as equipes dos diferentes serviços. A variação de conduta hospitalar, conforme equipe de plantão, torna o atendimento "pessoa-dependente" e sugere ausência de protocolos.	Grupo amostral 3: como você visualiza a capacidade do hospital em atender aos pacientes com AVC? Como você enxerga a interação profissional no atendimento ao paciente com AVC?
Grupo amostral 2 para Grupo amostral 3	A insuficiente capacidade hospitalar em absorver a alta demanda de pacientes com AVC resulta em contrarreferência para a UPA, devido ao não estabelecimento dos papéis na rede e desconhecimento da função do outro serviço.	

AVC: acidente vascular cerebral; UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

RESULTADOS

Os resultados apontam para cinco categorias relacionadas à interação entre os profissionais atuantes na RUE conforme Quadro 2.

DISCUSSÃO

Tendo em vista que redes são formadas inicialmente por conexões entre as pessoas, conforme resultados do estudo, nota-se que a RUE, no atendimento ao paciente com AVC, transita

pelos diversos níveis de construção de redes, com elementos importantes que sugerem predominâncias dos níveis iniciais.

Para o estabelecimento desses níveis, existe sempre uma ação e um valor relacionado. Para o primeiro nível, denominado “Reconhecer”, é necessária a ação de “reconhecer que o outro existe”, através da aceitação do outro⁽²¹⁾. No estudo, os resultados permitem identificar relações entre profissionais dos diferentes serviços, ora adequadas, ora inadequadas, conforme as diversas relações estabelecidas dentro das instituições e entre as instituições.

Quadro 2 – Categorias e subcategorias da interação entre os profissionais, Salvador, Bahia, Brasil, 2021

Categoria (ação-interação)	Desenvolvimento das categorias e das subcategorias	Fragmentos das entrevistas
<i>Percebendo ausência de linguagem e conduta única na rede</i>	Aponta para a ausência de protocolos ou fluxos bem estabelecidos que guiem, de forma articulada e equânime, o atendimento aos pacientes, tendo em vista que não há linguagem e condutas definidas coletivamente na rede, não há coesão nas práticas estabelecidas e nem fluxo bem definido. As subcategorias apontam para necessidade de melhorar a qualidade da comunicação, variação no atendimento, conforme equipe de plantão e conforme médico que atende o paciente na UPA, sendo que há prejuízo do atendimento pela não homogeneidade da conduta, havendo possibilidade de pacientes com condições clínicas similares serem atendidos de formas diferentes ou que seja possibilitado tratamento adequado a alguns, enquanto que, a outros, não, conforme quem atenda.	[...] não existe uma homogeneidade de abordagem a certas situações dentro mesmo das unidades, não existe uma fala única, mesmo existindo um protocolo [...]. (ES3) [...] a contrarreferência às vezes é um pouco tumultuada [...] eu, particularmente, não discuto muito com o médico que está ali, porque o SAMU é para atender o paciente onde ele estiver e até o destino, então, quando chega no destino que vai ser contrarreferenciado, eles ficam achando que não é a função deles, então eu ligo para regulação do SAMU, falo qual o problema, para gente tentar fazer a contrarreferência. A gente tem obrigação de dizer que não tem leito, os chefes de plantão ficam em uma situação difícil, porque aí tem que deixar a maca em que o paciente está, para encostar lá na recepção [...]. (EH10)
<i>Percebendo entraves nas relações profissionais</i>	É sustentada por seis subcategorias, que elencam dificuldades relacionais entre serviços e nos serviços, indicando dificuldades na relação SAMU-UPA, SAMU-Hospital e com o Chefe de Plantão do hospital, elemento da rede responsável por aceitar receber o paciente ou negar a vaga na unidade terciária. Ademais, há relação prejudicada na unidade de referência, evidenciada pela carga excessiva de trabalho, por ser unidade referência para várias patologias e pela superlotação, além de entraves nas relações internas à UPA, que tendem a prejudicar o atendimento.	[...] observo que existe uma resistência maior de acolher o paciente do SAMU no hospital referência, apesar da comunicação prévia da Central de Regulação informando o estado em que se encontra o paciente [...] e apesar dessa unidade ser a referência para esse tipo de atendimento, são criadas barreiras para dificultar e impedir que a equipe adentre o serviço [...] prolongando por um tempo desnecessário a ocorrência, [...] criando uma certa inimizade por parte dos profissionais da unidade referência com os profissionais do SAMU. (ES25) [...] a gente não tem apoio da equipe médica, porque, se eu avalio esse paciente [no ACCR] e se eu entendo que ali tem uma suspeita e se ele não me escuta, não valoriza, eu escrevo e, às vezes, ele nem lê [...]. (EUPA24)
<i>Desconhecendo a função do outro na rede</i>	Traz elementos, como o não reconhecimento do outro e do seu papel na rede, a distorção do outro serviço, não enxergando suas necessidades, que parecem afastar o conceito de rede da realidade vivenciada. Ademais, é notado o isolamento dos serviços quando o profissional refere que o paciente é do serviço de origem (do SAMU, da UPA, do hospital), não entendendo que o paciente pertence à rede como um todo. O SAMU, serviço pré-hospitalar, ao adentrar o ambiente hospitalar com o paciente, mantém-se responsável por este, encaminhando-o à tomografia, procurando pelos profissionais do hospital, empurrando maca e transferindo o paciente de leito no lugar dos maqueiros, que habitualmente não auxiliam, permanecendo muito tempo no ambiente da instituição sem serem liberados até definição de conduta médica ou até surgir maca ou até surgir leito ou até decidirem contrarreferenciar o paciente.	[...] o paciente é da rede, a rede é minha, a rede é sua, a rede é de todo mundo. Às vezes, esquecem que nosso objetivo é o paciente. O hospital não é meu feudo. O SAMU não é meu feudo. O meu objetivo é o paciente. Então, eu vou lhe ajudar, você vai me ajudar para que a gente juntos tratemos bem o paciente, atendamos bem o paciente. [...] cada um olhando para seu próprio umbigo esquecendo que nosso objetivo é atender o paciente [...]. (ES10) [...] hoje, não é uma realidade da gente, mas a gente já trabalhou em situação de ficar sem maca na emergência. Acabou ocupando todas as macas, de estar com 7 ou 8 na sala vermelha que é pequena e que deveria caber só a metade. Mas a grande maioria deles não consegue ver nosso outro lado, o lado que a gente também tem essas dificuldades, que eles têm pressa em liberar a ambulância e deixar o paciente com a gente, mas que nem sempre a gente consegue essa liberação de maneira imediata [...]. (EH5)
<i>Encontrando dificuldade em regular o paciente na rede</i>	Faz referência a uma das atividades de integração entre os serviços, que é a regulação. Traz nas suas subcategorias as dificuldades atreladas às restrições dos hospitais em receber esse paciente, ao fato de haver a autorização de encaminhamento hospitalar apenas para avaliação neurológica e não para admissão, à dificuldade de contato com o Chefe de Plantão e à maior dificuldade em regular pacientes que estão fora de janela ou que são contrarreferenciados para outras unidades e precisam de nova regulação.	[...] quando os pacientes estão fora da janela para trombólise, além das 4,5 horas, o atendimento se torna mais difícil no acolhimento em unidades terciárias [...]. (ES5) [...] temos dificuldade em regular propriamente. O médico regulador tem dificuldade de falar com o chefe de plantão, ou com o plantonista da unidade hospitalar [...]. (ES23)

Continua

Continuação do Quadro 2

Categoria (ação-interação)	Desenvolvimento das categorias e das subcategorias	Fragmentos das entrevistas
Compartilhando objetivos na rede	Relacionam-se à associação entre profissionais dos serviços em prol do paciente. As subcategorias trazem que, sendo o SAMU um elemento conector, conta-se com a colaboração deste na rede, observando que a pré-notificação hospitalar, por exemplo, é um fator de melhoria na assistência hospitalar. O compartilhamento de objetivos entre a UAVC e o SAMU resulta em uma melhor assistência. A coesão dos profissionais na UPA, principalmente devido ao longo tempo de trabalho juntos, torna-se alicerce para o funcionamento da unidade. Para vencer as intempéries, são elaboradas estratégias para melhor relacionar-se e para contornar os problemas.	[...] quando o SAMU chega, eu confirmo o nome do paciente e já aciono eles [médicos da UAVC]. Geralmente, quando o chefe de plantão comunica que o paciente vai vir, ele já deixa a solicitação da tomografia com nome e a suspeita, para que não se perca tempo em preencher, a gente ganha tempo como isso [...]. (EH3) [...] nos meus dias de trabalho, minha equipe é bem coesa, enfermeiros, técnicos e a equipe médica. As equipes são guerreiras e o que o que salva o atendimento na UPA são as equipes. A gente já faz o mínimo, porque a gente não tem recurso, sem a minha equipe, eu não conseguiria fazer nada [...]. (EUPA18)

Conforme a teoria, os problemas originários dos conflitos entre os serviços de saúde, que emergem neste estudo, são de natureza intermediária, não sendo tão importantes devido ao seu tamanho, mas sendo subjetivamente importantes do lugar que você olha para eles⁽²¹⁾. A partir deste ponto de vista, problemas intermediários podem ofuscar a preocupação com os problemas de saúde dos pacientes, que, por vezes, parecem ser colocados em segundo plano, frente aos problemas estruturais encontrados nos serviços da RUE. Como quando, no estudo, a falta de vaga, direciona o olhar para a escassez de recurso e para a recusa do paciente e não para a necessidade deste. Dessa maneira, devem ser resolvidos os problemas intermediários em prol do paciente, que é o objetivo maior do atendimento e da interação⁽²²⁾.

Problemas intermediários podem estar arrolados à questões levantadas na pesquisa que tendem a prejudicar o atendimento, como os vínculos precários, relacionados à desqualificação e ausência de treinamentos⁽²³⁾, à rotatividade profissional, como característica que dificulta a homogeneidade dos atendimentos⁽²⁴⁻²⁵⁾ e às inúmeras demandas dos profissionais do setor de emergência⁽²⁶⁾, incluindo a alta demanda dos profissionais enfermeiros nos hospitais apontados neste estudo, como causas de atrasos e como fatores de dificuldade na comunicação entre a emergência e a UAVC.

Outro estudo realizado no mesmo hospital referência aponta também a superlotação como fator dificultador da adequada comunicação, além da sobrecarga de trabalho, da inexperiência profissional e da ausência de padronização de condutas⁽²⁷⁾.

Ademais, neste estudo, enfermeiros e médicos apontam que deficiências na comunicação entre profissionais fazem com que as relações sejam fragilizadas, assim como em pesquisa realizada em emergência hospitalar da Paraíba, que constatou como um dos principais problemas do setor a falta e/ou as falhas na comunicação⁽²⁸⁾.

A relação se mostra prejudicada, por exemplo, quando profissionais da UPA ou do hospital enxergam o SAMU como um “peso na rede”, em uma relação de “adversários”, havendo, portanto, um fator complicador de fluxos. Desta maneira, conforme o referencial teórico, a relação de animosidade é posta de forma contrária aos níveis de construção da rede, não havendo assim “aceitação” do outro⁽²¹⁾. Na área da saúde, para que haja trabalho em equipe, é necessário haver compartilhamento na divisão de tarefas e no planejamento das atividades integrando práticas, saberes, necessidades e interesses⁽²⁹⁾. Essas condições são mais

críticas ainda, quando se trata de paciente com suspeita diagnóstica de AVC, que depende do tempo resposta para receber ou não o tratamento.

Fragilidades nas relações foram relatadas também em rede dentro dos serviços, quando enfermeiras das UPA apontaram o não reconhecimento do trabalho realizado no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) por alguns médicos. Tendo em vista as relações em rede entre a equipe multiprofissional, deve-se reconhecer, considerar e valorizar o trabalho de todos os envolvidos. A enfermeira, sendo a primeira a ter contato com o paciente no ACCR exerce papel imprescindível na celeridade do atendimento e deve haver continuidade da assistência a partir desta classificação.

O segundo nível, denominado “Conhecer”, ocorre através da ação “conhecimento do que o outro é e faz”, revelado pelo valor de “interesse” pelo outro na rede. As respostas dos participantes da pesquisa apontam para relações fragilizadas em rede relacionadas, muitas vezes, com o acúmulo e/ou sobreposição de funções dos serviços, além da atribuição de funções que não são da sua competência.

Na relação entre os serviços, conhecer o papel e a capacidade do outro na rede é de suma importância para o funcionamento desta. Isso diz respeito, ainda, à necessidade de trabalhar em rede, mobilizando-se em emaranhados que deem melhor resposta aos problemas de saúde da população⁽²¹⁾. É importante ressaltar que redes não se homogeneizam, e sim assumem a heterogeneidade organizada⁽²¹⁾, ou seja, há a necessidade de integração de elementos de diversas complexidades para que haja integralidade no cuidado e otimização dos recursos, além da expansão da capacidade da retaguarda hospitalar⁽³⁰⁾.

O nível de associação da rede será maior se cada componente souber seu papel, competência e atribuição, havendo facilidade de comunicação. Assim também, conforme a Linha de Cuidado em AVC, o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada, possibilitando resolução integral da demanda ou transferência responsável para serviços de maior complexidade⁽³¹⁾. No entanto, nas redes temáticas, há baixa interação entre os serviços da Rede e falhas no encaminhamento de pacientes aos serviços especializados⁽³²⁾.

Isso também é visto no presente estudo, quando se nota a indefinição de fluxo e de papéis. O paciente é visto como do serviço de origem, e não como um paciente da rede ou do SUS. Pensar que o “paciente é da rede” e abordar a necessidade de

um serviço e enxergar o outro com seus limites e capacidades é uma visão importante para o sentimento de pertencimento e a necessidade de existência de redes⁽²¹⁾. É imprescindível pertencer a algo maior e não apenas à instituição de saúde em que trabalha e pela qual nutre um narcisismo institucional⁽²¹⁾. Para tanto, é necessária formação profissional orientada ao trabalho em rede, havendo motivação para trabalhar, visando qualidade e aperfeiçoamento das redes⁽³²⁾.

Quando um serviço assume as atribuições de outro, como consequência aos fluxos pouco estabelecidos ou à falta de diálogo, há desequilíbrios dentro da rede e interferência na disponibilidade dos serviços. Este é um ponto do estudo onde fica evidente o (des)conhecimento “do que o outro é e faz”. Exemplos de sobreposição de funções estão evidentes quando a UPA assume papel de internação de pacientes enquanto deveria funcionar como local de estabilização⁽³³⁾ e quando o SAMU fica horas com um paciente dentro de uma unidade fixa de saúde ou na porta de uma unidade hospitalar, deixando em déficit unidades disponíveis à população⁽³⁴⁾.

Com tantos pontos evidentes de fragmentação na rede no atendimento ao paciente com AVC, a regulação do SAMU, elemento conector entre serviços, assume um aspecto crítico⁽²⁵⁾. Notam-se dificuldades na rede quando só é permitido encaminhar o paciente com suspeita de AVC ao hospital referência para avaliação pelo profissional neurologista sem que este esteja efetivamente regulado. Conforme relatos dos profissionais, há facilidade na aceitação do paciente em janela terapêutica, mas, para o paciente fora de janela, é permitida a não aceitação na unidade de referência. Essa informação entra em contradição com a Linha de Cuidados em AVC, em que o SAMU, principal direcionador do fluxo (regulador), deve encaminhar de imediato os pacientes com AVC aos hospitais habilitados para o atendimento. Por se tratar de emergência médica, todo o paciente com AVC deve ser atendido no hospital, mesmo que os sintomas sejam transitórios⁽³¹⁾.

Ademais, ainda inerente à atividade da regulação, alguns médicos reguladores do SAMU referem que a dificuldade de contato com a equipe da emergência hospitalar é fator limitante da comunicação⁽³⁵⁾. A dificuldade em falar com o Chefe de Plantão do hospital é fator que merece atenção e resolução imediata, pois não pode ser um fator de atraso no atendimento, já que o paciente com suspeita de AVC deve ser recebido pelo hospital referência.

Por outro lado, por vezes, quando profissionais entendem o funcionamento da rede e os papéis dos serviços, o atendimento ao paciente com AVC flui como deveria. Por exemplo, nota-se melhor relação na rede quando profissionais reconhecem que a outra equipe pode estar cansada ou estressada, conforme sua rotina. Assim, reconhecendo o outro como par, como interlocutor válido, é possível conhecer o outro, e expressar interesse sobre como este vê o mundo⁽²¹⁾, com consequências positivas para a equipe e para o paciente.

O terceiro nível (Colaborar) aponta para a ação de “prestar ajuda esporádica”. Nesse nível, não há uma ajuda sistemática nem organizada, mas espontânea, muitas vezes estabelecendo vínculos de reciprocidade⁽²¹⁾. Assim sendo, a boa interação com a equipe de saúde é imprescindível no atendimento em uma conformação de rede⁽²⁶⁾. No estudo, este nível é revelado quando

a qualidade do atendimento dos profissionais do outro serviço é satisfatória, resultando em relações mais harmônicas em rede, observadas quando o SAMU vai dar apoio à UPA, encontrando o paciente pronto para a remoção, ambas as equipes colaborando para preservar o tempo da janela terapêutica.

O quarto nível (Cooperar) diz respeito à solidariedade no “compartilhamento de atividades ou recursos”. Os resultados desta pesquisa permitem afirmar que a falta de um protocolo que una os componentes da rede e que articule as condutas profissionais reflete no funcionamento dos serviços e na efetividade do atendimento, tornando o nível de cooperação “pessoa-dependente”. É importante lembrar novamente que redes não dizem respeito apenas à conexão entre instituições, mas, principalmente, à conexão entre pessoas, em uma relação que visa desconstruir a ideia de estrutura piramidal e propor formas de articulação multicêntricas em um formato horizontalizado⁽²¹⁾.

Desta maneira, torna-se cada vez mais importante que a Linha de Cuidado do AVC seja seguida, com estabelecimento de fluxos, organização de setores e melhoria na qualidade do atendimento⁽³⁶⁻³⁷⁾. Fatores, como a padronização de condutas e elaboração de protocolos assistenciais, podem contribuir também na motivação da equipe e no relacionamento interpessoal⁽²⁴⁾, facilitando a cooperação, com o compartilhamento de atividades e recursos.

No cenário estudado, a ausência de um guia de conduta definido por consenso também reflete em fluxos pouco estabelecidos nos serviços. A variação de conduta médica na UPA, devido à terceirização, rodízio dos profissionais, plantonistas recém-formados ou por não disponibilidade de treinamentos, fere os princípios do efetivo funcionamento da UPA na garantia da integralidade do atendimento ao paciente no SUS. Esse fato se contrapõe às diretrizes da Portaria nº 10/2017, que assinalam que, para se considerar esta unidade em efetivo funcionamento, devem-se utilizar protocolos clínicos, a fim de prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados⁽³³⁾.

Por fim, o quinto nível (Associar-se) vai além dos demais, ocorrendo através do “compartilhamento de objetivos e projetos”, conforme o valor da confiança⁽²¹⁾. Este é o mais alto nível de construção da rede, quando emergem elementos de confiança no compartilhamento de objetivos e projetos⁽²¹⁾. Isso está relacionado à qualidade do atendimento, que só pode ser alcançada por meio do esforço coletivo no cuidado ao paciente⁽³⁸⁾.

A pré-notificação hospitalar realizada pela Central de Regulação de Urgências, por exemplo, foi uma estratégia relatada por enfermeiros e médicos que tem como objetivo mobilizar recursos antes da chegada do paciente, preparando a equipe do hospital para o atendimento e otimizando o tempo resposta⁽³⁹⁾. Essa também é uma ação comunicativa essencial para o funcionamento da Linha de Cuidado ao AVC no SUS, além de ser recomendação das diretrizes internacionais⁽⁴⁰⁾.

No estudo, a pré-notificação hospitalar é percebida pelos profissionais como facilitadora do atendimento, interferindo positivamente no preparo para receber o paciente encaminhado pelo pré-hospitalar, diferenciando do atendimento mais demorado habitualmente oferecido ao paciente que chega por demanda espontânea⁽⁴¹⁾. No entanto, a pré-notificação hospitalar seria mais efetiva caso as informações transmitidas pela Central de Regulação

de Urgências adiantassem a confecção de ficha e a solicitação de tomografia computadorizada de crânio, agilizando a entrada e atendimento do paciente com suspeita de AVC.

Ademais, a associação foi revelada em rede, dentro da instituição, principalmente ao observar a coesão entre enfermeiros e médicos nas UPA, quando esses já trabalham há anos juntos e parecem ter a mesma linguagem, cooperando entre si e para o paciente. Já entre as instituições, a associação é vista na similaridade de propósitos entre a equipe da UAVC e a equipe do SAMU, que fazem o fluxo para o paciente com suspeita de AVC funcionar, na medida em que utilizam a mesma linha de raciocínio em prol do paciente na preservação do tempo de janela.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou políticas públicas

Este estudo traz contribuições importantes para a enfermagem, para a área multiprofissional e para saúde coletiva, a partir do momento que revela como se dá a interação profissional para o funcionamento da RUE. O paciente com manifestação de AVC agudo necessita de uma rede pronta para atendê-lo e, portanto, de profissionais dos serviços de emergência capacitados e interligados, fazendo-a funcionar. Os enfermeiros, profissionais que prestam, muitas vezes, o primeiro atendimento, seja no ACCR ou em salas de emergência, necessitam desenvolver olhar direcionado e compreender o funcionamento da rede como um todo, para além da doença em si. Ao discutir tal tema, de importância nacional, o estudo permite compreensão da realidade, permitindo visualização das possíveis soluções para o atendimento ao paciente com AVC, como problema de saúde pública.

Limitações do estudo

As limitações do estudo se referem ao fato de se tratar de realidade local, mas que pode ser atribuída a outras realidades de capitais brasileiras, permitindo replicação do método.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foram abordados os mecanismos de comunicação e a interação entre profissionais dos diferentes serviços da RUE no atendimento aos pacientes com AVC.

Conforme a teoria de redes em saúde, é importante ressaltar que só existe uma “rede para si”, ou seja, uma rede direcionada à resolução dos problemas de saúde, quando nada que acontece em um lugar é estranho a outro lugar. Dessa maneira, quando ocorrem situações em que profissionais de um serviço não enxergam o outro, ou um serviço não complementa o outro, ou o paciente não é enxergado como pertencente à rede, pode-se dizer que as conexões entre os serviços estão falhas, valendo o questionamento se, no contexto estudado, o atendimento acontece efetivamente em rede.

Observa-se que, em diferentes situações, são estabelecidos diferentes níveis de relação em que se encontra a RUE no atendimento ao paciente com AVC em Salvador, Bahia. Dependendo do tipo de interação, entre serviços ou dentro dos serviços, há maior ou menor construção de ação e reflexão culminando em relações vinculares, em legitimidade, em descobrimento do outro ou na articulação de heterogeneidades.

Destaca-se que são necessários elementos conectores, como fluxos e protocolos, para que haja maior grau de articulação em rede, tendo em vista que, quando há o conhecimento do papel de cada um, há melhor interação entre as pessoas e menos relações de conflito.

Ademais, para que fluxos e protocolos sejam de conhecimento de todos, tendo em vista a rotatividade dos profissionais em contextos de emergência, urge a necessidade de ações de educação permanente em saúde que, por consequência, aprimorem o atendimento ao paciente com AVC em quadro agudo.

FOMENTO

Apoio financeiro (CAPES/PROEX).

REFERÊNCIAS

1. Martins HS, Brandão Neto RA, Velasco IT. Abordagem do paciente com acidente vascular cerebral isquêmico agudo. In: Emergências Clínicas: abordagem prática. 14. ed. Barueri: Manole; 2020, p. 824-850.
2. Holmes DR, Hopkins N. O avanço da cardiologia intervencionista e do cuidado do acidente vascular cerebral agudo. *J Am Coll Cardiol.* 2019;73(12):47-54. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.01.033>
3. Paiva LS, Schoueri JHM, Sousa LVA, Raimundo RD, Maciel ES, Correa JÁ, et al. Diferenças regionais na evolução temporal do AVC: um estudo de base populacional no Brasil de acordo com o sexo em indivíduos de 15 a 49 anos entre 1997 e 2012. *BMC Res Notes.* 2018;11(1):326. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3439-x>
4. Marinho F, Passos VMA, Malta DC, França EB, Abreu DMX, Araújo VEM, et al. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet.* 2016;392(10149):760-75. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31221-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31221-2)
5. Santana NM, Figueiredo FWS, Lucena DMM, Soares FM. The burden of stroke in Brazil in 2016: an analysis of the Global Burden of Disease study findings. *BMC Res Notes.* 2018;11(735):2-5. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3842-3>
6. Faria AR, Baccin CRA, Masiero AV. Estratégias para o enfrentamento do acidente vascular cerebral: reflexões e perspectivas. *Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo [Internet].* 2019 [cited 2021 Dec 07];(104). Available from: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/02/acidente-cerebral.html>
7. Langhorne P, Ramachandra S. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. *Cochrane Database System Rev.* 2020;4(4):CD000197. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000197.pub4>

8. Vieira LGDR, Cabral NL. O custo do AVC em hospitais privados no Brasil: um estudo prospectivo. *Arqui Neuro-Psiquiatr.* 2019;77(6):393-403. <https://doi.org/10.1590/0004-282x20190056>
9. Içagasioglu A, Baklacioglu HS, Mesci E, Yumusakhuylu Y, Murat S, Mesci N. Economic burden of stroke. *Turk J Phys Med Rehab.* 2017;63(2):155-59. <https://doi.org/10.5606/tftrd.2017.183>
10. Fonseca ARR, Saron R, Murari W, Fonseca AJ, Buenafuentes MF. Impacto socioeconômico do Acidente Vascular Cerebral no estado de Roraima: um estudo de coorte de base hospitalar. *Rev Bras Neur Psiquiatr [Internet]* 2018 [cited 2021 Feb 03];22(2):124-41. Available from: <https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/215/153>
11. Lije R, Chao L, Weiping L, Yixuan Z, Shisheng Y, Zhichao L, et al. Fast-tracking acute stroke care in China: Shenzhen Stroke Emergency Map. *Postgrad Med J.* 2019; 95(1119):46-7. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-136192>
12. Rodríguez-Castro E, López-Dequít 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. <https://doi.org/10.1186/s12883-018-1164-7>
13. Damasceno AN, Lima MADS, Pucci VR, Weiller TH. Health care networks: a strategy for health systems integration. *Rev Enferm UFSM.* 2020;10(14):1-14. <https://doi.org/10.5902/2179769236832>
14. Pacheco MAB (Org). *Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência.* São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2015.
15. Cunha VP, Erdmann AL, Santos JLG, Menegon FHA, Nascimento KC. Atendimento a pacientes em situação de urgência: do serviço pré-hospitalar móvel ao serviço hospitalar de emergência. *Enferm Actual (Costa Rica).* 2019;(37):1-15. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0ino.37.34744>
16. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. 2012 [cited 2021 Mar 02]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
17. Ministério da Saúde (BR). CNS. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 02]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
18. Fleury SMT. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.* Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.
19. Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative research: Techniques and procedures for developing Ground Theory.* 4. ed. Los Angeles: Artmed; 2015.
20. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
21. Rovere M. *Redes En Salud: Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad.* Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte; 1999.
22. Alves M, Melo CL. Handoff of care in the perspective of the nursing professionals of an emergency unit. *Rev. Min. Enferm.* 2019;23:e-1194. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190042>
23. Druck G. The outsourcing in public health: various forms of precarization of labor. *Trab Educ Saúde.* 2016;14(1):15-43. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>
24. Souza HS, Mendes AN. Outsourcing and “dismantling” of steady jobs at hospitals. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(2):284-91. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200015>
25. O’Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MGM. Implementation of the Mobile Emergency Medical Service in Brazil: action strategies and structural dimension. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(7):e00043716. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00043716>
26. Duarte MLC, Glanzner CH, Pereira LP. Work in hospital emergency: suffering and defensive nursing care strategies. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2017-0255. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0255>
27. Coifman AHM, Pedreira LC, Jesus APS, Batista REA. Interprofessional communication in an emergency care unit: a case study. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55(e03781). <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020047303781>
28. Penaforte WC, Sousa MG, Nóbrega ASFA, Andrade AN, Freires MAL, Medeiros RLSFM. Interpersonal relationships: Perception of health professionals at a hospital emergency. *Rev Bras Educ Saúde.* 2020;10(1):136-42. <https://10.0.71.202/rebes.v10i1.8022>
29. Brandão MGSA, Lúcio KDL, Aguiar DV, Silva LA, Caetano JÁ, Barros LM. Factores de motivación en el desempeño de personal de enfermería. *Cult Cuid.* 2019;(54):255-6. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.54.22>
30. Konder M, O’Dwyer M. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. *Physis.* 2019;29(2):e290203. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290203>
31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Especializada. Departamento de Atenção Especializada. Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral: AVC na Rede de Atenção às Urgências [Internet]. 2012[cited 2021 Mar 02]. Available from: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt-cuidados-AVC.pdf>
32. Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR. Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil. *Esc Anna Nery.* 2019;23(1):e20180214. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0214>
33. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2017 [cited 2021 Mar 02]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html

34. Mueller LR, Donnelly JP, Jacobson KE, Carlson JN, Mann CN, Wang HE. National characteristics of emergency medical services in frontier and remote areas. *Prehosp Emerg Care* 2016;20(2):191-9. <https://doi.org/10.3109/10903127.2015.1086846>
 35. 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;15(11):297-03. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S228240>
 36. Mourão AM, Vicente LCC, Chaves TS, Sant`Anna RV, Meira FC, Xavier RMB, et al. Profile of patients with a diagnosis of stroke attended at a hospital in minas gerais accredited in the care line. *Rev Bras Neurol*. 2017;53(4):12-16. <https://doi.org/10.46979/rbn.v53i4.14634>
 37. Janssen PM, Venema E, Dippel DWJ. Effect of workflow improvements in endovascular stroke treatment: A systematic review and meta-analysis. *Stroke*. 2019;50(3):665-74. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.021633>
 38. Xyrichis A, Reeves S, Zwarenstein M. Examining the nature of interprofessional practice: an initial framework validation and creation of the Interprofessional Activity Classification Tool (InterPACT). *J Interprof Care*. 2017;32(4):416–25. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1408576>
 39. 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. <https://doi.org/10.14336/AD.2017.0601>
 40. Opeolu Adeoye, Nyström KV, Yavagal DR, Luciano J, Nogueira RG, Zorowitz RD, et al. Recommendations for the Establishment of Stroke Systems of Care: a 2019 Update. *Stroke*. 2019; 50(7):e187–e210. <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000173>
 41. Hsieh MJ, Tang SC, Chiang WC, Tsai LK, Jeng JS, Ma MHM. Effect of prehospital notification on acute stroke care: a multicenter study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2016;24(1). <https://doi.org/10.1186/s13049-016-0251-2>
-