Revista de Enfermagem UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

ARTIGO NOTA PRÉVIA

QUALIDADE DE ATENÇÃO AO USUÁRIO ACOMETIDO POR AVC, ANTES E APÓS A IMPLANTAÇÃO DE UMA UNIDADE DE AVC

QUALITY OF HEALTHCARE PROVIDED TO USERS AFFECTED BY CVA, BEFORE AND AFTER THE OPENING OF A CVA UNIT

CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL USUARIO AFECTADO POR ACV, ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE ACV

Simone Cristina Paixão Dias Baptista[1], Carmen Maria Casquel Monti Juliani[2], Sandra Regina Leite Rosa Olbrich[3], Gabriel Pereira Braga[4], Rodrigo Bazan[5], Wilza Carla Spiri[6]

RESUMO

Objetivo: avaliar o resultado da assistência prestada aos pacientes portadores de acidente vascular cerebral (AVC), antes e após a implantação de uma Unidade de AVC, através de indicadores. ***Método***: estudo epidemiológico de avaliação de serviços, quantitativo, exploratório, descritivo, transversal e retrospectivo. O campo do estudo foi o Hospital das Clínicas de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil, no qual foi criada uma unidade de AVC no Pronto Socorro em 2011, sendo referência na região de saúde de Bauru, Estado de São Paulo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (CEP/UNESP), sob nº CAAE: 24188813.6.0000.5411. ***Resultados esperados***: indicadores que demonstrem redução da taxa de mortalidade e do grau de incapacidade dos pacientes na Unidade de AVC após da implantação dessa unidade especializada, o que poderá mostrar que a mesma agregou benefícios aos pacientes. ***Descritores***: Acidente Vascular Cerebral; Avaliação em Saúde; Indicadores; Enfermagem e Administração de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to assess the outcomes of the healthcare provided to patients affected by cerebrovascular accident (CVA), before and after the opening of a CVA Unit, through indicators. ***Method:*** quantitative, exploratory, descriptive, cross-sectional, and retrospective epidemiological study for services assessment. The field of study was the Botucatu Clínicas Hospital, State of São Paulo, Brazil, in which a CVA unit was opened in the Emergency Room in 2011, constituting a reference in the health region of Bauru, State of São Paulo. The research project was approved by the Research Ethics Committee of the Botucatu Medical School (CEP/UNESP), No. CAAE: 24188813.6.0000.5411. ***Expected results:*** indicators that demonstrate the reduction of mortality rate and degree of patients' disabilities at the CVA Unit after the opening of this specialized unit, which may show that it brought benefits to patients. ***Descriptors:*** Cerebrovascular Accident; Health Assessment; Indicators; Nursing and Health Services Administration.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el resultado de la asistencia proporcionada a pacientes con accidente cerebrovascular (ACV), antes y después de la implantación de una Unidad de ACV, a través de indicadores. ***Método:*** estudio epidemiológico de evaluación de servicios, cuantitativo, exploratorio, descriptivo, transversal y retrospectivo. El campo de estudio fue el Hospital das Clínicas de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil, en el cual se creó una Unidad de ACV en la Sala de Emergencias en 2011, siendo referencia en la región de salud de Bauru, estado de São Paulo. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de Botucatu (CEP/UNESP), N° CAAE: 24188813.6.0000.5411. ***Resultados esperados:*** indicadores que demuestren la reducción de la tasa de mortalidad y del grado de discapacidad de los pacientes en la Unidad de ACV tras la implantación de esta unidad especializada, lo que podrá mostrar que la misma trajo beneficios a los pacientes. ***Descriptores:*** Accidente Cerebrovascular; Evaluación en Salud; Indicadores; Enfermería y Administración de Servicios de la Salud.

[1]Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Acadêmico e Doutorado, Universidade Estadual Paulista/UNESP. Botucatu (SP), Brasil. E-mail: simonepaixao@fmb.unesp.br; [2]Enfermeira, Professora doutora em Biologia Geral e Aplicada, Área de Administração em Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista/UNESP. Botucatu (SP), Brasil. E-mail: cjuliani@fmb.unesp.br; [3]Enfermeira, Professora Doutora em Biologia Geral e Aplicada, Área de Fundamentos de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista/UNESP. Botucatu (SP), Brasil. E-mail: olbrich@fmb.unesp.br; [4]Médico, Coordenador da Unidade de AVC, Área de Neurovascular, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista/UNESP. Botucatu (SP), Brasil. E-mail: gabrielbraga@fmb.unesp.br; [5]Médico, Professor doutor em Neurologia,Área de Neurovascular, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista/UNESP. Botucatu (SP), Brasil. E-mail: bazan.r@terra.com.br; [6]Enfermeira, Professora doutora em Biologia Geral e Aplicada, Área de Administração em Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista/UNESP. Botucatu (SP), Brasil. E-mail: wilzaspiri@uol.com.br

ISSN: 1981-8963 DOI: 10.5205/reuol.7585-66362-1-ED.0906201524

INTRODUÇÃO

Na atualidade discute-se muito a qualidade das organizações da saúde para a melhoria dos serviços prestados.[1] Com a mudança no comportamento dos usuários que estão mais exigentes e entendem a importância de um serviço mais qualificado houve um aumento da competitividade das organizações hospitalares, principalmente devido às transformações políticas e novas tecnologias.[2]

O acidente vascular cerebral (AVC) é considerado uma doença de grande impacto individual e familiar. É causada por uma lesão cerebral em decorrência da falha na circulação sanguínea cerebral, que tem um déficit neurológico no seu início.[3,4]

É considerada uma doença geradora de sequelas e perdas na qualidade de vida, com altas taxas de prevalência, incidência e recidivas. Este fato torna-se preocupante em nosso meio e evidencia a necessidade de se estabelecerem medidas preventivas.[3]

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com base nos dados de 2010, mostrou que houveram 38,9 mil internações de pacientes vítimas da doença, via Sistema Único de Saúde (SUS). Dados similares foram registrados em 2011, quando houve 39 mil internações com 21,2 mil mortes decorrentes de AVC no Estado de São Paulo. No Brasil, o número de vítimas fatais por AVC chega a quase 100 mil pessoas por ano. O número de casos passou de 84.713 em 2000 para 99.726 em 2010.[5]

A taxa de mortalidade por AVC na faixa etária até os 70 anos de idade (que considera esses óbitos como mais evitáveis) reduziu 32,6% entre 2000 e 2010. Nesta faixa, o índice caiu de 27,3 para 18,4 mortes para cada 100 mil habitantes, o que representa uma redução média anual de 3,2%. Em 2010, foram registrados 33.369 óbitos de pessoas com até 70 anos por AVC.[6] A taxa de mortalidade no Brasil mostra as condições e hábitos de vida da população e a qualidade dos serviços de saúde prestados.[7]

O AVC isquêmico é causado pela diminuição do fluxo sanguíneo em uma ou mais regiões do encéfalo e pela obstrução arterial por um trombo ou embolo.[8] Sendo assim, a sobrevivência do tecido em risco depende da intensidade e duração da isquemia e da disponibilidade da circulação colateral.[9] É uma emergência médica e a avaliação e tratamento devem ser realizados em unidades de saúde capacitadas o mais rápido possível.[10]

O momento do início dos sinais e sintomas é denominado de *ictus* e é muito importante para a definição do tratamento, uma vez que o uso de trombolítico intravenoso (ativador do plasminogênio tecidual [rt-PA])[4] deve ser indicado quando os sintomas se apresentam com até três horas do *ictus* ou até quatro horas e trinta minutos e o uso do trombolítico intra-arterial até seis horas.[9,11] O uso desse medicamento deve ser criterioso, uma vez que expõe os pacientes a riscos de hemorragias.[10] Esse tipo de tratamento pode reduzir as chances de morte e invalidez após o AVC.[12] Porém, poucas pessoas se beneficiam desse medicamento devido às dificuldades no reconhecimento dos sintomas de AVC, atraso na procura de um serviço de emergência adequado, atrasos na obtenção de exames de imagens como tomografia na avaliação e no tratamento adequado.[12]

A Portaria n° 665/2012 [13] cria os Centros de Atendimento de Urgência para pacientes com AVC, classificados em três tipos dependendo do porte e da capacidade de atendimento. Estes centros desempenham um papel de referência no tratamento aos pacientes com AVC e são articulados entre os governos federal, estaduais e municipais. A meta do Ministério da Saúde é fortalecer a política de atenção a vítimas de AVC com o propósito de assegurar a todos os brasileiros que tenham um hospital de referência para o seu atendimento, demonstrando assim a importância do tratamento de forma eficaz.

Donabedian[14] contribuiu com o referencial teórico para a avaliação de serviços, sendo organizando por meio da análise dentro da clássica tríade: estrutura; processo; e resultado. Assim, o presente estudo se justifica pela importância do tema quanto à elevada morbimortalidade, custos hospitalares e pessoais, além das consequências econômicas para a sociedade e, ainda, pela relevância e necessidade da avaliação da Unidade de AVC após a sua implantação no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas de Botucatu. Tem-se por finalidade detectar se as medidas adotadas proporcionaram uma diminuição do tempo de internação, um atendimento mais rápido e eficaz e uma diminuição dos agravos decorrentes desta doença, como forma de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, bem como adequar o serviço no que for necessário.

OBJETIVO

- Avaliar o resultado da assistência prestada em relação aos pacientes portadores de AVC, antes e após a implantação de uma Unidade de AVC através de indicadores.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico de avaliação de serviços, quantitativo, exploratório, descritivo, transversal e retrospectivo. O mesmo está sendo conduzido na Unidade de AVC do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil, a qual foi inaugurada em 28 de julho de 2011. No período anterior à inauguração, os pacientes eram admitidos no Pronto Socorro por demanda espontânea, central reguladora de vagas, resgate e pelo intra-hospitalar (Pronto Socorro Adulto). Os usuários eram atendidos na sala de emergência pelo médico plantonista que, após diagnosticar o AVC, acionava a equipe da neurologia, fornecendo um atendimento no Pronto Socorro sem que houvesse uma unidade específica para o AVC. A partir da inauguração da referida unidade, os neurologistas dedicam-se ao atendimento do AVC, o que não ocorria anteriormente.

O banco de dados focado para análise engloba 245 prontuários, sendo 63 antes da inauguração da Unidade de AVC e 182 após a inauguração. Os critérios de inclusão são pacientes adultos acima de 18 anos, ter diagnóstico de AVC e estar dentro do período do estudo.

Para classificar a gravidade da doença tem-se como referência o protocolo de avaliação dos pacientes denominado *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS), por meio de avaliações clínicas envolvendo: o nível de consciência; melhor olhar conjugado; visual; paralisia facial; motor para os braços e pernas; ataxia de membros; sensibilidade; melhor linguagem; disartria; e extinção ou desatenção, através do exame físico e do uso de figuras e frases. Após esta avaliação são aferidas pontuações que vão de zero a três.[15]

Para a mensuração do grau de incapacidade do AVC foi utilizada a Classificação de Rankin modificada no momento da alta, na qual: 0 = sem sintomas; 1 = nenhuma incapacidade significativa; 2 = leve incapacidade; 3 = incapacidade moderada; 4 = incapacidade moderadamente severa; 5 = deficiência grave; e 6 = óbito.

Para a construção dos indicadores utilizou-se como referencial a Tríade de Donabedian[14], que considera a estrutura, o processo e os resultados. Para a análise dos dados foi utilizado o Programa SAS para Windows, versão 9.3.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (CEP/UNESP), sob nº CAAE: 24188813.6.0000.5411.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com o presente estudo extrair e comparar indicadores antes e após a implantação da Unidade de AVC, visando melhoria contínua do serviço para que os usuários atendidos tenham uma menor taxa de mortalidade e que saiam de alta hospitalar sem ou com o mínimo possível de sequelas. Espera-se ainda oferecer sugestões para aprimoramento do serviço e da articulação com os serviços pré-hospitalares, uma vez que o tempo para o atendimento costuma ser um fator decisivo nos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Programa de Qualidade Hospitalar (PQH). Manual de Indicadores de Enfermagem NAGEH – 2012. 2aed [Internet]. São Paulo: APM/CREMESP, 2012 [cited 2013 Oct 10]. 68 p. Disponível em: http://www.cqh.org.br/files/Manual%20de%20Indicadores%20NAGEH%20-%20V.FINAL.pdf

2. Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgant P. coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. cap.7, p. 75-88.

3. Raffin CN. Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Carotídeo. In: Souza SEM. Tratamento das doenças neurológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.100-4.

4. BarrosJEF. Doença encefalovascular. In: Nitrini R, Basheschi LA. A Neurologia que todo Médico Deve Saber. 2ª ed. São Paulo: Atheneu;2010.p.171-88.

5. Ministério da Saúde[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2013 Oct 10]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portalaplicacoes/noticias/default.cfm?pg

6. Ministério da Saúde[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [cited 2013 Oct 10]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portalaplicacoes/noticias/default.cfm?pg

7. Rolim CLRC. Avaliação da efetividade do tratamento hospitalar do acidente vascular cerebral agudo no Sistema Único de Saúde - SUS - utilização da mortalidade hospitalar como Indicador de desempenho [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de saúde Pública Sérgio Aroeira; 2009.

8. Rolim CLRC, Martins M. Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. Cad Saúde Pública. 2011;27(11)2106-11.

9. Carvalho RC. Ataque Isquêmico

Transitório e Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. In: Adoni T, Brock RS. Medicina Net Neurologia e Neurocirurgia. São Paulo: Atheneu; 2008.p.91-108.

10. Ferraz AC, Pedro MA. Acidente vascular Cerebral Isquêmico. In: Knobel E, Neto AC, Ferraz AC, Machado FS. Terapia Intensiva Neurologia. São Paulo: Atheneu; 2003.p.93-110.

11. Martins SCO, Freitas GR, Pontes-Neto OM, Pieri A, Moro HC, Jesus PAP, et al. Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part II: stroke treatment. Arq Neuro-psiquiat. 2012;70(11):885-93.

12. Nazir FS, Petre I, Deway HM. Introduction of na Acute Stroke Team: na effective apprach to hasten assessment and management of stroke in the emergency departamento. J Clin Neurosci Aust. 2009;16(1):21-5.

13. Ministério da Saúde. Portaria 665 de 12 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de urgência aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidado em AVC [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [cited 2013 Oct 10]. Available from: http://www.brasilsus.com.br/legislacao/gm/112864-665.

14. Donabedian A. The quality of health: how can it be assured? J Am Med Assoc. 1988; 260(2):1743-8.

15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. 50 p.

Submissão: 12/11/2014
Aceito: 07/05/2015
Publicado: 01/06/2015

Correspondência

Simone Cristina Paixão Dias Baptista
Joaquim Amaral Gurgel, 51
Bairro Vila Assunção
CEP 18606-020 – Botucatu (SP), Brasil