

**REGULAÇÃO DE VAGA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL HIPERAGUDO: PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO**
**VACANCY COORDINATION FOR HYPERACUTE STROKE: EPIDEMIOLOGICAL
PROFILEREGLACIÓN DE VACANTES PARA ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
HIPERAGUDO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

*Janaína Cristina Celestino Santos*¹, *Cassiana Mendes Bertoncello Fontes*², *Isabella Tofanin Costa*³
, *Jéssica dos Santos Jacinto*⁴

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil epidemiológico e clínico dos casos regulados como acidente vascular cerebral hiperagudo em um hospital referenciado. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, que analisou 131 fichas de casos regulados com hipótese diagnóstica de acidente vascular cerebral hiperagudo, em um hospital referenciado. Submeteram-se os dados coletados à análise estatística descritiva com o programa SAS 9.4, considerando-se $p < 0,05$ como o nível de significância. **Resultados:** detectou-se que a idade média dos pacientes foi de 67,44 anos, do sexo masculino, com sintoma mais frequente a fraqueza de membros, em 119 casos e 107 na referência. Verificou-se a ocorrência do acidente vascular isquêmico em 79 casos e a etiologia de síndrome lacunar em 33. Registra-se que 100 pacientes obtiveram alta hospitalar e 20 faleceram. Percebeu-se a significância estatística ($p \leq 0,05$) entre os resultados clínicos com o valor do teste de glicemia capilar e a presença do desvio de rima labial no serviço de origem. **Conclusão:** observa-se que os achados estatisticamente significativos revelam a necessidade da criação de protocolos específicos e a educação permanente das equipes.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral; Regulação e Fiscalização em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Integralidade em Saúde; Cuidados Críticos; Sistemas de Informação em Saúde.

¹Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP. Botucatu (SP), Brasil. ¹[https://
orcid.org/0000-0002-9324-2935](https://orcid.org/0000-0002-9324-2935) ²<https://orcid.org/0000-0002-6579-8637>

³<https://orcid.org/0000-0002-7940-6251> ⁴<https://orcid.org/0000-0002-4538-2>

*Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: Análise da regulação de vagas do acidente vascular cerebral em fase hiperaguda em hospital de referência. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP, 2019.

ABSTRACT

Objective: to identify the epidemiological and clinical profile of cases coordinated as hyperacute stroke in a reference hospital. **Method:** this is a quantitative retrospective study in which we analyzed 131 medical records of hyperacute stroke cases coordinated in a reference hospital. The data collected were submitted to descriptive statistical analysis with the SAS 9.4 program, considering a $p < 0.05$ statistically significant. **Results:** the mean age of patients was 67.44 years, most were male, and limb weakness was the most frequent symptom, in 119 cases and 107 referral cases. The occurrence of ischemic stroke was found in 79 cases, and the etiology of lacunar syndrome in 33. One hundred patients were discharged from the hospital and 20 died. A statistically significant ($p \leq 0.05$) relation was found between clinical results concerning the capillary glycemia values and the presence of lip rhyme deviation in the service of origin. **Conclusion:** the statistically significant findings reveal the need to create specific protocols and to implement permanent education of the teams.

Descriptors: Stroke; Health Services Administration; Health Services Accessibility; Integrated Health Care Systems; Critical Care; Health Information Systems.

RESUMEN

Objetivo: identificar el perfil epidemiológico y clínico de los casos coordinados como ictus hiperagudo en un hospital de referencia. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo retrospectivo en el que analizamos 131 historias clínicas de casos de ictus hiperagudo regulados en un hospital de referencia. Los datos recolectados fueron sometidos a análisis estadístico descriptivo con el programa SAS 9.4, considerando $p < 0.05$ estadísticamente significativa. **Resultados:** la edad media de los pacientes fue de 67,44 años, la mayoría eran varones y la debilidad de las extremidades fue el síntoma más frecuente, en 119 casos y 107 casos referenciados. La ocurrencia de ictus isquémico se encontró en 79 casos originales y la etiología del síndrome lacunar en 33. Cien pacientes fueron dados de alta del hospital y 20 fallecieron. Se encontró relación estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$) entre los resultados clínicos de los valores de glucemia capilar y la presencia de desviación de la rima labial en el servicio de origen. **Conclusión:** los hallazgos estadísticamente significativos revelan la necesidad de crear protocolos específicos e implementar la educación permanente de los equipos.

Descriptores: Accidente Cerebrovascular; Regulación y Fiscalización en Salud; Integralidad en Salud; Cuidados Críticos; Sistemas de Información en Salud.

Como citar este artigo

Santos JCC, Fontes CMB, Costa IT, Jacinto JS. Regulação de vaga do acidente vascular cerebral hiperagudo: perfil epidemiológico. Rev enferm UFPE on line. 2021;15:e245211 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245211>

INTRODUÇÃO

Sabe-se que o Acidente Vascular Cerebral (AVC) ocasiona déficits neurológicos e ameaça as funções do encéfalo pela incapacitação súbita da circulação sanguínea cerebral.¹ Verifica-se, por se tratar de uma doença com potenciais agravos à saúde e necessidade de reabilitação,² que o Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de uma linha de cuidado do AVC, com protocolos e unidades especializadas de tratamento para uma atenção multiprofissional, visando a garantir o acesso imediato e a continuidade do cuidado nos serviços de referência.³

Instrui-se, no acolhimento e abordagem inicial do paciente, que se deve verificar a presença de déficits neurológicos, o horário de início dos sintomas, denominado ictus, e os parâmetros de sinais vitais, com o controle da hiperglicemia, a fim de se evitar um desfecho prejudicial.⁴ Adotou-se, na Austrália, uma auditoria que inclui o controle da hiperglicemia, em virtude de se melhorar o prognóstico.⁵

Define-se o AVC Hemorrágico (AVCH) pela ruptura de vaso sanguíneo no encéfalo e o AVC Isquêmico (AVCI) é caracterizado pela interrupção do fluxo sanguíneo cerebral por um trombo.⁶ Classificam-se clinicamente os AVCI como: síndromes lacunares; síndromes da circulação anterior total; síndromes da circulação anterior parcial e síndromes da circulação posterior.⁷

Consideram-se, para o tratamento do AVCI, as “janelas terapêuticas”, que consistem na definição do prazo para a realização de intervenções. Preconiza-se a administração endovenosa do trombolítico em até quatro horas e meia a partir do horário do ictus, o que determina a necessidade da rapidez na transferência do paciente para o hospital de referência.⁸

Testou-se, em um estudo realizado no Brasil, a administração de trombolíticos entre quatro horas e meia a nove horas do ictus nos pacientes que tinham *mismatch*, que consiste na diferença entre a área do tecido perdida e aquela que pudesse ser salva, obtendo-se uma maior taxa de recanalização arterial, o que indicou a expansão do tempo de janela.⁹

Realiza-se a trombectomia endovascular em pacientes com oclusão de grandes vasos em até seis horas do horário de ictus.¹⁰ Constatou-se, em um estudo brasileiro de 2019, a efetividade da trombectomia endovascular, se iniciada dentro de oito horas a partir do ictus em pacientes maiores de 18 anos, não elegíveis para a trombólise endovenosa ou que receberam tal terapia sem melhora

clínica, sem incapacidade funcional significativa antes do AVC (escore da *National Institute of Health Stroke Scale* antes da randomização igual ou superior a oito pontos) e com oclusão adequada para o tratamento endovascular, evidenciado por angiografia por tomografia computadorizada, ressonância magnética ou angiograma.¹¹

Confirma-se o diagnóstico do AVC por imagens de tomografia computadorizada ou ressonância magnética para se identificar o tipo, localização e extensão da lesão¹² e, na ausência dessa estrutura no serviço de saúde, o paciente com suspeita de AVC deve ser transferido.

Apointa-se, para se garantir a equidade do acesso aos serviços de saúde, que a regulação em saúde é uma importante ferramenta estratégica de gestão,¹³ que ordena a articulação do fluxo para assegurar a oferta de serviços nos distintos níveis, de acordo com a necessidade do paciente no seu território.¹⁴ Sabe-se que a regulação das urgências decorreu da necessidade da organização e articulação da oferta de serviços entre os componentes da rede de atenção.

Criou-se, em 2010, a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), que fornece informações para gerenciar a regulação em tempo real com os hospitais de referência.¹⁵ Observa-se que a CROSS passou a ter um sistema informatizado a partir de 2016, otimizando os recursos e resultados em saúde. Verifica-se que o processo de trabalho da CROSS reflete a concordância com os complexos reguladores das unidades de saúde e proporciona a articulação entre os níveis assistenciais.

Constata-se que o Núcleo Interno de Regulação (NIR) é uma instância técnico-administrativa que monitora o acesso e a atenção ao usuário no sistema de saúde, desde o ingresso na unidade, apoiando a transferência do cuidado até a alta ou contrarreferência.¹⁶ Nota-se que o NIR estabelece, em um hospital de referência, uma interface com as centrais para a regulação externa de vagas, com acesso organizado e baseado em protocolos de gravidade.¹⁷

OBJETO

Identificar o perfil epidemiológico e clínico dos casos regulados como acidente vascular cerebral hiperagudo em um hospital referenciado.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, a partir da análise das fichas de casos regulados como AVC hiperagudo em um hospital de referência de atenção terciária/quaternária, público e autárquico, localizado no interior do Estado de São Paulo. Sabe-se, neste cenário, que o NIR funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, sendo composto por uma equipe de 15 enfermeiros, um médico regulador e três técnicos administrativos.

Entende-se que a denominada regulação externa é a frente de trabalho em que o NIR atua, diretamente, com o sistema eletrônico CROSS, sendo composta por enfermeiros escalados pela coordenação, que realizam a interface entre o sistema CROSS e os médicos das especialidades solicitadas ou preconizadas pelo hospital de referência. Salienta-se que a aceitação ou recusa do caso fica sob responsabilidade médica. Verifica-se que as cidades chamadas de origens, que necessitam de uma vaga para recursos não disponíveis em seus serviços de saúde, como internação de alta complexidade, exames especializados ou avaliação de um especialista, realizam, por meio do sistema CROSS, as solicitações a unidades de referência. Considera-se o enfermeiro do NIR responsável por receber a solicitação via CROSS, por meio de uma ficha de regulação, contendo o resumo clínico do paciente, exames realizados, hipótese diagnóstica e o recurso solicitado. Orienta-se, após uma breve avaliação e coleta de mais informações, que o enfermeiro encaminhe a ficha ao médico responsável pelo recurso e, após a avaliação da especialidade, retorne com a conduta, aceita ou recusada, para as origens.

Acessaram-se 184 fichas de regulação registradas no sistema CROSS e excluíram-se 53 fichas: 51 por incompletude; uma relativa ao óbito do paciente durante a regulação e uma pelo cancelamento da regulação devido ao diagnóstico final de acidente isquêmico transitório. Constituiu-se a amostra por 131 fichas de regulação.

Realizou-se a coleta de dados por meio do acesso ao sistema CROSS por uma das autoras, enfermeira do NIR, com dados pessoais de *login*. Identificaram-se os casos regulados no ano de 2017 com hipótese diagnóstica de AVC hiperagudo para a especialidade de Neurologia do hospital de referência.

Organizaram-se os dados coletados em uma planilha no *software Microsoft Excel*, submetendo-os à análise estatística descritiva com o programa SAS 9.4, considerando-se $p < 0,05$ como o nível de significância.

Atribuíram-se, para os valores obtidos das variáveis qualitativas, frequências absolutas e relativas em relação ao sexo e cidade de origem do paciente, diagnósticos na referência, presença de desvio de rima e fraqueza de membros nos dois serviços, realização do teste de glicemia capilar e o resultado clínico do caso.

Calcularam-se, sobre os valores obtidos das variáveis quantitativas, a média, mediana, desvio-padrão e valores de mínimo e máximo, referentes à idade, valores de pressão arterial e glicemia capilar.

Executou-se, para os dados da idade, um teste de normalidade e, ao se verificar uma distribuição simétrica, aplicou-se o teste T de *Student* para se comparar a média de idade dos pacientes que obtiveram os desfechos de alta hospitalar e óbito.

Compararam-se, por meio do teste qui-quadrado/exato de Fisher, os desfechos de alta hospitalar e óbito com as variáveis sexo, presença de desvio de rima labial, fraqueza de membros e a realização do teste de glicemia capilar e seus valores, nos dois serviços.

Destaca-se que não foi necessário o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de uma coleta de dados secundários e obteve-se a aprovação no Comitê de Ética, sob o parecer nº 2.648.663, em 7 de maio de 2018, com CAAE: 88172918.8.0000.5411.

RESULTADOS

Acessaram-se 184 fichas reguladas via sistema CROSS, com hipótese diagnóstica de AVC hiperagudo do ano de 2017. Excluíram-se 53 fichas: 51 por estarem incompletas; uma relativa ao óbito durante a regulação da vaga e uma pelo cancelamento da regulação devido ao diagnóstico de acidente isquêmico transitório. Constituiu-se a amostra por 131 fichas.

Aponta-se que prevaleceu o sexo masculino nos casos regulados, com 76 (58,02%) casos, em relação ao sexo feminino, com 55 (41,98%). Registra-se que a média de idade dos pacientes foi de 67,4 anos (DP: 13,80).

Solicitou-se a regulação por 12 cidades, denominadas serviços de origem da regulação, circunscritas na microrregião de abrangência. Destaca-se que seis cidades estão situadas entre 61 a 100 quilômetros da cidade referência, três estão entre 41 e 60 e três, entre 20 e 40 quilômetros.

Percebeu-se que o sintoma de fraqueza de membros na origem esteve presente em 119 fichas (90,84%) enquanto, na referência, esse sintoma foi identificado em 107 (82,95%) casos. Acrescenta-se que o desvio de rima labial obteve maior frequência na origem, identificado em 72 (54,96%) fichas, porém, na referência, foi identificado em 57 (44,19%) fichas.

Nota-se que a realização do teste de glicemia capilar pelo serviço de origem foi identificada em 77 (58,78%) fichas, enquanto, em 54 (41,22%) casos, o teste não foi realizado. Descrevem-se os valores de glicemia capilar e pressão arterial na tabela 1.

Tabela 1. Valores de pressão arterial e glicemia capilar descritos nas fichas e prontuários. Botucatu (SP) Brasil, 2019.

Variáveis	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Sístole na origem	157,31	33,81	80	240
Sístole na referência	151,46	34	70	240
Diástole na origem	93,94	19,43	50	200
Diástole na referência	88,31	21,51	35	180
Valor da glicemia capilar na origem	142,25	67,24	38	402
Valor da glicemia capilar na referência	141,85	65,32	65	414

Destaca-se que a hipótese diagnóstica mais frequente na chegada ao hospital referenciado foi de AVC, descrita em 87 fichas (67,44%), seguida por crise epiléptica, em seis fichas (4,67%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das hipóteses diagnósticas na chegada ao hospital de referência. Botucatu (SP) Brasil, 2019.

Hipótese diagnóstica na referência	Frequência (%)
AVC	87 (67,44)
Crise epiléptica	6 (4,67)
<i>Stroke mimics</i>	4 (3,11)
Acidente Isquêmico Transitório	3 (2,33)
Cefaleia	2 (1,55)
Confusão mental	2 (1,55)
Encefalopatia	2 (1,55)
Epilepsia	2 (1,55)
Insulto infecto metabólico	2 (1,55)
Acidose metabólica	1 (0,78)
Alcalose metabólica	1 (0,78)
Alteração do nível de consciência	1 (0,78)
Choque séptico	1 (0,78)
Demência e <i>delirium</i>	1 (0,78)
Distúrbio somatoforme	1 (0,78)
Hematoma subdural	1 (0,78)
Hemorragia intraparenquimatosa lobar direita	1 (0,78)
Hemorragia intraparenquimatosa secundária à metaplasia	1 (0,78)
Hemorragia subaracnóidea	1 (0,78)
Infecção do sistema nervoso central	1 (0,78)
Lesão cerebral a esclarecer	1 (0,78)
Meningoencefalite	1 (0,78)
Metástases cerebrais	1 (0,78)
Paralisia facial	1 (0,78)
Paresia facial	1 (0,78)
Sepse	1 (0,78)
Trauma crânio encefálico grave	1 (0,78)
Transtorno dissociativo	1 (0,78)

Nota-se que os diagnósticos finais foram AVCI, em 79 casos (85,86%), AVCH, em oito (8,70%), *stroke mimics*, em dois (2,17%), acidente vascular transitório, em um (1,09%), AVC não especificado, em um (1,09%) e *delirium*, em um (1,09%) caso.

Descreveram-se as etiologias dos AVCI agudos segundo a classificação clínica e observou-se uma maior frequência das síndromes lacunares, com 33 casos (42,3%), seguidas pelas síndromes da circulação anterior total, com 22 casos (28,2%). Apresentaram-se as síndromes da circulação anterior parcial em 20 fichas (25,64%) e as síndromes da circulação posterior em três delas (3,84%).

Salienta-se que, em 11 fichas, não havia registro dos desfechos dos casos. Sabe-se que obtiveram alta hospitalar 100 (83,33%) pacientes, com idade média de 66,5 anos, sendo 57 (57%) homens. Enfatiza-se, sobre estes pacientes, que 48 (48%) não foram submetidos ao teste de glicemia capilar no serviço de origem. Pontua-se que obtiveram diagnóstico de AVCI 60 (70,59%) casos, enquanto seis (7,06%) foram diagnosticados com AVCH, um (1,18%), com AVC não especificado, um (1,18%), com *stroke mimics* e um (1,18%), com ataque isquêmico transitório. Entende-se que a classificação clínica prevalente foi a síndrome lacunar, com 29 (39,19%) casos, seguida pela síndrome da circulação anterior parcial, em 18 (24,32%) pacientes, síndrome da circulação anterior total, com 12 (16,22%) casos, e síndrome da circulação posterior, em dois (2,7%) pacientes.

Registra-se que o desfecho óbito ocorreu em 20 (16,67%) pacientes, com idade média de 72,9 anos, sendo 12 (60%) do sexo masculino. Destaca-se, na unidade de origem, que 12 (60%) destes pacientes não foram submetidos ao teste de glicemia capilar. Percebe-se que o diagnóstico foi AVCI em 13 (15,29%) casos com tal desfecho, AVCH, em dois (2,35%) e, em um (1,18%), o diagnóstico foi de *stroke mimics*. Constatou-se que a classificação clínica prevalente foi a síndrome da circulação anterior total, em dez pacientes, seguida pela síndrome lacunar, em dois (2,7%) e um (1,35%), com síndrome da circulação anterior parcial.

Demonstrou-se, pelo desvio de rima labial na origem, uma significância estatística ($p < 0,05$) com os desfechos alta hospitalar e óbito (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre os desfechos alta e óbito com sintomas nos serviços da regulação. Botucatu (SP), Brasil, 2019.

Sintomas no serviço	Alta hospitalar	Óbito	p
Desvio de rima labial na origem			0,0334
Ausente	51 (51%)	5 (25%)	
Presente	49 (49%)	15 (75%)	
Desvio de rima labial na referência			0,4619
Ausente	54 (54%)	9 (45%)	
Presente	46 (46%)	11 (55%)	
Fraqueza de membros na origem			0,1025
Ausente	12 (12%)	0	
Presente	88 (88%)	20 (100%)	
Fraqueza de membros na referência			0,3336
Ausente	19 (19%)	2 (10%)	
Presente	81 (81%)	18 (90%)	

Entende-se que o valor da glicemia capilar nos serviços de origem apresentou uma significância estatística ($p < 0,05$) em relação aos desfechos alta e óbito (Tabela 4).

Tabela 4. Associação entre os desfechos alta e óbito e valores de pressão arterial e glicemia capilar. Botucatu (SP), Brasil, 2019.

Variáveis	Alta hospitalar	Óbito	p
	Média (desvio-padrão)	Média (desvio-padrão)	
Sístole na origem	159 (34,097)	153 (31,4726)	0,4693
Sístole na referência	154,7 (32,8485)	143,8 (39,1675)	0,1888
Diástole na origem	95,58 (20,0833)	87,5 (14,4641)	0,0899
Diástole na referência	90,03 (20,3681)	83,45 (27,1981)	0,2164
Glicemia capilar na origem	150,9 (69,7054)	101,5 (22,1295)	0,0006
Glicemia capilar na referência	138,8 (59,6333)	153,2 (87,0533)	0,4882

DISCUSSÃO

Avalia-se que a prevalência do sexo masculino e a idade média dos pacientes corroboram os estudos epidemiológicos realizados nos Estados de Minas Gerais⁶ e Santa Catarina¹⁸ que, semelhantemente, identificaram a maior ocorrência de AVC por volta dos 65 a 68 anos de idade em homens.

Questiona-se, devido ao alto índice de regulações por parte das cidades próximas da referência, uma possível relação, por estarem a uma distância minimizada, o que, em tese, poderia resultar na rápida admissão do paciente, como apontou um estudo realizado em Massachusetts, nos Estados Unidos¹⁹, que associou o contato mais frequente entre os serviços de origem com o hospital de referência a uma rapidez de trombólise.

Nota-se que a presença dos sintomas prevaleceu na origem em relação ao hospital de referência, evidenciando a diversidade de hipóteses diagnósticas na chegada ao hospital. Identificou-se a realização do teste de glicemia capilar no serviço de origem em 77 (58,78%) fichas e, como tal checagem pressupõe o protocolo de atendimento nestes casos, esperava-se uma frequência maior, sugerindo uma debilidade do serviço.

Constatou-se, em um estudo²⁰, que poucos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família identificaram todos os fatores de risco para o AVC. Considera-se que a capacitação adequada e o treinamento para os profissionais da atenção primária são imprescindíveis para que estes estejam aptos a prestar a assistência conforme a necessidade do paciente. Verifica-se, além disso, que a conscientização dos profissionais para que as práticas protocoladas, como o teste da glicemia capilar, sejam realizadas em 100% dos casos é de extrema importância para reduzir os riscos ao paciente.

Associou-se estatisticamente o valor da glicemia capilar na admissão do paciente ao resultado clínico. Alerta-se, contudo, que os achados do estudo divergem em relação a um estudo retrospectivo realizado na China²¹, que sugeriu uma forte ligação dos elevados níveis de glicose no plasma do paciente com AVC agudo na chegada ao hospital a um prognóstico ruim.

Compreende-se, no hospital de referência, que apenas 87 (67,44%) fichas tiveram hipótese diagnóstica de AVC, revelando, desde o início da regulação até o momento em que o paciente chegou à referência, que os sinais clínicos poderiam indicar uma variedade diagnóstica.

Atribuiu-se o diagnóstico final de AVC em 93 (70,99%) fichas, portanto, 38 fichas (quase um terço) da regulação não tiveram tal diagnóstico. Aponta-se que a precisão diagnóstica encontrada foi superior a um estudo realizado na Califórnia²², onde 64% dos pacientes transferidos tiveram diagnóstico confirmado de AVC. Percebe-se, quanto ao mecanismo fisiopatológico, o predomínio do AVCI (85,86%) sobre o AVCH (2,17%), o que se assemelha a estudos^{1,21} já realizados.

Observa-se que a caracterização de 20 óbitos (16,67%) representa uma mortalidade superior à encontrada em um estudo epidemiológico¹². Alerta-se que dois dos oito pacientes com o diagnóstico de AVC hemorrágico tiveram esse resultado clínico, assim como dez dos 22 pacientes com síndromes da circulação anterior total.

Devem-se considerar os sintomas de extrema importância no atendimento ao paciente com AVC no serviço de origem, visto que o desvio de rima labial esteve relacionado estatisticamente com o desfecho do caso ($p < 0,05$).

Sinaliza-se que a realização do teste de glicemia capilar na origem e o seu valor têm importância extrema para a conclusão do caso, constituindo uma significância estatística ($p < 0,05$) com os desfechos alta hospitalar e óbito. Sabe-se, dos pacientes que foram a óbito, que 12 (60%) não foram submetidos ao teste de glicemia capilar, reforçando a fragilidade na detecção inicial dos dados pelo serviço de saúde.

Demonstrou-se, no Estado de Nova Iorque²³, nos Estados Unidos da América, que pacientes com AVCI agudo tratados a partir do modelo de transferência do paciente pelos serviços de saúde não tiveram associação com piores desfechos de atendimento em relação àqueles que receberam tratamento exclusivamente em instituições de referência. Defende-se que tal achado necessita ser levado em consideração para o investimento nos serviços de emergência e de regulação.

Compreendeu-se, em um estudo²⁴, que o aperfeiçoamento e a educação permanentes podem contribuir para intensificar a atuação do enfermeiro como líder da equipe de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. Avalia-se, em relação ao AVC, emergência que requer cuidados intensivos, que os profissionais de Enfermagem das equipes do NIR e da CROSS representam papéis

cruciais para a redução da mortalidade e devem estar aptos para a rápida tomada de decisão, já que o consumo de tempo na regulação constitui um risco ao paciente.

CONCLUSÃO

Ressalta-se que a idade média dos pacientes foi de 67,44 anos, sendo 76 (58,02%) homens. Aponta-se que o sintoma prevalente foi a fraqueza de membros, com 119 (90,84%) fichas na origem e 107 (82,95%), na referência.

Entende-se que o diagnóstico final predominante foi o AVCI, com 79 (85,86%) das fichas, com a etiologia de síndrome lacunar registrada em 33 (42,3%) casos. Baseou-se o resultado clínico em 100 (83,33%) altas hospitalares e 20 (16,67%) óbitos.

Considera-se, na promoção do acesso de qualidade aos serviços especializados por meio da regulação em saúde, que alguns aspectos devem ser enfatizados. Acredita-se que a precariedade de informações essenciais na ficha de regulação pode acarretar riscos ao paciente e atrasar o processo de transferência entre os serviços.

Enfatiza-se a necessidade da padronização dos atendimentos por meio de protocolos específicos para estes casos, além do investimento pelos gestores na educação permanente das equipes que atuam tanto na solicitação da vaga quanto na recepção do paciente.

Sugere-se que os sistemas para a análise dos registros e a avaliação do desempenho dos serviços do NIR devem ser utilizados para subsidiar a tomada de decisão, a fim de se otimizar o tempo durante o processo de regulação.

Percebeu-se uma dificuldade na etapa comparativa da discussão, devido à escassez de artigos com o tema de regulação em consonância com o AVC hiperagudo. Faz-se necessário, no Brasil, investir em pesquisas sobre o tema, a fim de se aperfeiçoar a assistência.

REFERÊNCIAS

1. Mourao 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 [Internet]. 2017 Oct/Dec [cited 2020 May 12];53(4):12-6. Available from: <https://revistas.ufrj.br/index.php/rbn/article/view/14634>
2. Schmidt MH, Selau CM, Soares PS, Franchi EF, Piber VD, Quatrin LB. Stroke and different limitations: an interdisciplinary analysis. Arq Ciênc Saúde UNIPAR [Internet]. 2019 May/Aug [cited 2020 May 12]; 23(2):139-44. Available from: <http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6404/3778>
3. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 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), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [cited 2020 May 12] Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html

4. Palaiodimou L, Lioutas VA, Lambadiari V, Paraskevas G, Voumvourakis K, Tsivgoulis G. Glycemia management in acute ischemic stroke: current concepts and novel therapeutic targets. *J Postgrad Med.* 2019 May; 131(7):423-37. DOI: 10.1080/00325481.2019.1651206.

5. Purvis T, Middleton S, Craig LE, Kilkenny MF, Dale S, Hill K, et al. Inclusion of a care bundle for fever, hyperglycaemia and swallow management in a National Audit for acute stroke: evidence of upscale and spread. *Implement Sci.* 2019 Sept; 14(1):87 DOI: 10.1186/s13012-019-0934-y

6. Almeida LG, Vianna JBM. Epidemiology of patients hospitalized for stroke in a teaching hospital. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2018 Mar; 8(1):12-7. DOI: 10.21876/rcsfmit.v8i1.741

7. Bamford J, Sandercock P, Dennis M, Burn J, Warlow C. Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *Lancet.* 1991 June; 337(8756):1521-6. DOI: 10.1016/0140-6736(91)93206-o

8. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 664, de 12 de abril de 2012. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2020 May 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0664_12_04_2012.html

9. Henry MA, Campbell BCV, Parsons MW, Churilov L, Levi CR, Hsu C, et al. Thrombolysis guided by perfusion imaging up to 9 hours after onset of stroke. *N Engl J Med.* 2019 May; 380(19):1795-803. DOI: 10.1056/NEJMoa1813046

10. Goyal M, Menon BK, van Zwam WH, Dippel DW, Mitchell PJ, Demchuk AM, et al. Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *Lancet.* 2016 Apr; 387(10029):1723-31. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00163-X

11. Gagliardi VDB, Gagliardi RJ. Current and future conditions of stroke care in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2019 Jan; 77(1):68-9. DOI: 10.1590/0004-282X20180160

12. Pigretti SG, Alet MJ, Mamani CE, Alonzo C, Aguilar M, Álvarez HJ, et al. Consensus on acute ischemic stroke. *Medicina (Buenos Aires)* [Internet]. 2019 [cited 2020 May 12]; 79 Supl II:01-46. Available from: <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/31116699.pdf>

13. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Health Regulation: challenges to the Unified Health System governance. *Cad Saude Colet.* 2016 Jan/Mar; 24(1):49-54. DOI: 10.1590/1414-462X201600010106

14. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Interface between healthcare regulation and equity: an integrative review of the literature. *Cogitare Enferm.* 2017 Feb; 22(2):e47317. DOI: 10.5380/ce.v22i1.47317
15. Governo do Estado de São Paulo, Secretaria da Saúde. CROSS - Central de regulação de oferta de serviços de saúde [Internet]. São Paulo: Secretaria de Saúde; 2019. [cited 2020 May 12]. Available from: <http://www.cross.saude.sp.gov.br>
16. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2020 May 12] Available from: <http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/politica-nacional-de-atencao-hospitalar-pnhosp>
17. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2020 May 12]. Available from: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/10_Portaria_de_Consolidacao_n_2_2017_Contratualizacao_COSEMS.pdf
18. Locatelli MC, Furlaneto AF, Cattaneo TN. Epidemiological profile of patients with ischemic stroke treated in a Hospital. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2017 July/Sept; 15(3):150-4. DOI: 10.4103/2230-8598.151258
19. Silveria Júnior JL, Santos JVS, Melo EA, Chiorlin ACP, Almeida Júnior RS, Almeida MFZ, et al. Clinical and topographic evaluation of patients diagnosed with stroke in na emergency unit. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2017; 21(1):44-50. DOI: 10.4034/RBCS.2017.21.01.06
20. Santos FLSG, Gonçalves GM, Gois CFL, Guimarães AMDL, Lapa-Rodríguez EO, Mattos MCT, et al. Stroke: the knowledge of nurses. *Enferm Foco* [Internet]. 2012 Apr [cited 2019 Aug 10]; 3(2):58-61. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/255/143>
21. Zhao L, Wang L, Lu M, Hu W, Xiu S. Hyperglycemia is associated with poor in-hospital outcome in elderly patients with acute ischemic stroke. *Medicine (Baltimore).* 2019 Aug; 98(31):e16723. DOI: 10.1097/MD.00000000000016723
22. Radoslav I, Stradling D, Patel N, Gee JR, Lombardi DA, Moon JL, et al. Evolution of a US County System for acute comprehensive stroke care. *Stroke.* 2018 May; 49:1217-22. DOI: 10.1161/STROKEAHA.118.020620
23. Bekelis K, Missios S, Coy S, Mayerson B, MacKenzie TA. Emergency medical services for acute ischemic stroke: hub-and-spoke model versus exclusive care in comprehensive centers. *J Clin Neurosci.* 2019 Feb; 60:12-6. DOI: 10.1016/j.jocn.2018.10.031

24. Conz CA, Aguiar RS, Reis HH, Pinto MCJ, Mira VL, Merighi MAB. Performance of nursing leadership in the intensive care unit: a comprehensive approach. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 May 12]; 10(4):41-46. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2196/603>

Correspondência

Isabella Tofanin Costa

E-mail: isabellatofanin@gmail.com

Submissão: 27/04/2020

Aceito: 21/12/2020

Copyright© 2021 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.