

Relação entre conhecimento e acesso à rede no acidente vascular cerebral

Relationship between knowledge and network access in stroke

Maria do Carmo de Souza Sales¹, Paloma de Castro Brandão², Mariane Teixeira Dantas Farias³, Mariana de Almeida Moraes⁴, Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni⁵, Isabela Cardoso de Matos Pinto⁶

Começar esse artigo. SALES, M. C. S. BRANDÃO, P. C. FARIAS, M. T. D. MORAES, M. A. LANZONI, G. M. M. PINTO, I. C. M. Relação entre conhecimento e acesso à rede no acidente vascular cerebral. *Mosaico - Revista Multidisciplinar de Humanidades*, Vassouras, v. 16, n. 1, p. 18-30, jan./abr. 2025.



Resumo

O Acidente Vascular Cerebral é a segunda maior causa de morte no Brasil. O tratamento está disponível no Sistema Único de Saúde, mas o paciente depende do rápido reconhecimento do agravo e do encaminhamento ágil e adequado. Diante disso, este estudo busca compreender a relação entre o conhecimento da população e de profissionais de saúde sobre esse agravo e o acesso da vítima ao atendimento na Rede de Atenção. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, partindo de um projeto maior intitulado "Rede de Atenção às Urgências e Emergências: atendimento inicial ao paciente com Acidente Vascular Cerebral Agudo", com a coleta de dados por entrevistas semiestruturadas (2019/2020), com 75 enfermeiras/os e médicas/os da Rede de Atenção. O tratamento dos dados se deu conforme Análise de Conteúdo de Bardin, compreendendo-se que o conhecimento sobre esse agravo por parte da população e dos profissionais de saúde que atuam na rede interfere, significativamente, no acesso efetivo aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Conhecimento; Enfermeiras e Enfermeiros; Acesso Efetivo aos Serviços de Saúde.

Nota da Editora. Os artigos publicados na Revista Mosaico são de responsabilidade de seus autores. As informações neles contidas, bem como as opiniões emitidas, não representam pontos de vista da Universidade de Vassouras ou de suas Revistas.

Abstract

Stroke is the second leading cause of death in Brazil. Treatment is available in the Unified Health System, but the patient depends on rapid recognition of the condition and prompt and appropriate referral. Given this, this study seeks to understand the relationship between the population's and health professionals' knowledge about this problem and the victim's access to care in the Care Network. This is a qualitative research, based on a larger project entitled "Urgency and Emergency Care Network: initial care for patients with Acute Stroke", with data collection through semi-structured interviews (2019/2020), with 75 nurses and doctors from the Care Network. The data was processed according to Bardin's Content Analysis, understanding that knowledge about this problem on the part of the population and health professionals who work in the network significantly interferes with effective access to health services.

Keywords: Stroke; Knowledge; Nurses; Effective Access to Health Services.

Afiliação dos autores:

¹Graduanda Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

²Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

³Mestre em Tecnologias em Saúde pelo Programa de Pós Graduação em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil.

⁴Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

⁵Pós Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

⁶Doutora em Administração Pública pela Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

E-mail de correspondência: carmosales2015@gmail.com

Recebido em: 19/11/2024. Aceito em: 20/03/2025.

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma síndrome neurológica focal que se instala de forma aguda, com duração variável, podendo levar à morte. O AVC ocorre de forma repentina, e é caracterizado por paralisia, insensibilidade, déficit sensorial, fraqueza muscular, afasia, distúrbios no campo visual, disartria, entre outros. Outrossim, quando os vasos colaterais não permitem o suprimento sanguíneo adequado, através do aporte de oxigênio e glicose para o tecido neuronal, condicionado à velocidade, topografia e extensão, há como se empreender cuidados para minimizar os danos neuronais e incapacitantes (Adams, 2019).

O AVC, comumente denominado de derrame, pode ser isquêmico, ocorrendo a partir da obstrução da irrigação sanguínea de uma área cerebral, ou hemorrágico, a partir de um extravasamento agudo de sangue intracerebral ou subaracnóide de causa não traumática (Stersi, 2019). A aterosclerose cerebral é a principal causa para o AVC isquêmico e a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o principal fator de risco para o AVC hemorrágico (Mamed, 2017). Além disso, fatores como idade avançada, sexo masculino, HAS, tabagismo, diabetes melitus (DM), história familiar de AVC, sedentarismo, etilismo, obesidade e uso de contraceptivos, também favorecem o acometimento por AVC (Lobo, 2021).

Ademais, a associação da gravidade do evento e da mortalidade com fatores de risco, como a Fibrilação Atrial, por exemplo, avigoraram a importância da prevenção primária do AVC, da educação em saúde voltada à população sobre a identificação da doença com o reconhecimento dos seus sinais e sintomas, sobre o controle dos fatores de risco, além de aprimoramento das políticas públicas que possibilitem uma melhor estruturação das redes de atenção à saúde (Moraes et al., 2023).

No mundo, esse agravo se apresenta como segunda causa de mortes e incapacidades, particularmente em países de baixa e média renda, onde ocorre a maior parte dos casos, somando cerca de seis milhões de mortes por ano. No Brasil, é a maior causa de incapacidade na população na faixa etária superior a 50 anos. (Lobo, 2021). Em 2023, no país, conforme o Registro Civil, a mortalidade por AVC foi de 112.052, ultrapassando os óbitos por infarto agudo do miocárdio (SBAVC, 2024). Já na região Nordeste, segundo o perfil epidemiológico dos indivíduos adultos e idosos com AVC Isquêmico entre os anos 2018 e 2023, houve uma maior prevalência no sexo masculino (53,14%), em pessoas pardas (51,07%) e com a faixa etária maior que 50 anos (60,88%), sendo que a maior proporção de óbitos ocorreu nos estados de Sergipe (21,42%), Paraíba (12,74%) e Maranhão (12,23%) (Lima, et al. 2025).

Dados epidemiológicos apontam também para a previsão de aumento mundial nos gastos com o AVC, agravo com alto custo de tratamento e reabilitação, causando grande impacto econômico e social. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) garante universalidade do acesso à saúde, de modo que três quartos da população fazem uso exclusivo desses serviços, e um quarto utiliza o SUS de forma complementar com o setor privado (Safanelli, 2019). Já conforme o Ministério da Saúde, cerca de 190 milhões de pessoas (80% da população) dependem exclusivamente do SUS para qualquer atendimento de saúde (BRASIL, 2021). Destarte, intervenções em tempo hábil, que possam reverter ou minimizar sequelas, devem ser consideradas.

Na tentativa de organizar a rede de atenção e melhorar o tempo resposta dos atendimentos, o Ministério da Saúde (MS) lançou, no ano de 2012, as Linhas Prioritárias do Cuidado da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), sendo o AVC um dos alvos dessa estratégia (Brasil, 2012). Neste bojo, estudos mostram que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é um importante componente da assistência à saúde, pois tem contribuído na redução da mortalidade por agravos tempo-dependentes e minimização das sequelas do AVC (Aguiar, 2022).

O advento tecnológico e o aumento da expectativa de vida contribuíram para o crescimento da incidência de eventos cerebrovasculares. Mesmo com a projeção de 1 entre 4 adultos sofrer um AVC durante a vida (Lobo, 2021), trata-se de um agravo evitável. Além da prevenção, no momento agudo, como a eficácia da terapia de reperfusão é tempo-dependente, o sucesso do tratamento relaciona-se ao tempo entre o início dos sintomas e o atendimento adequado (Ma et al., 2019).

Para o cumprimento da janela terapêutica, é necessário que a população e os profissionais de saúde identifiquem os sinais e sintomas de forma precoce. Tal conhecimento é uma condição fundamental para conduzir uma vítima de AVC dentro da RUE (Pedra, 2020; Aguiar, 2022). Assim, a agilidade no encaminhamento da vítima para o serviço oportuno viabilizará a utilização do trombolítico ativador do plasminogênio tissular recombinante (rtPA), o Alteplase, que tem o potencial de diminuir ou evitar a incapacidade funcional. O trombolítico químico é um fármaco que pode reestabelecer o fluxo sanguíneo normal cerebral, caso o paciente inicie seu tratamento dentro da janela terapêutica (Safanelli, 2019).

Pesquisa realizada na cidade de Salvador-Bahia reforça a exposição anterior, quando apresenta o desconhecimento de parte da população na identificação dos sinais e sintomas do AVC, durante sua fase aguda, como um dos fatores que retardam o atendimento dos pacientes, levando ao atraso no tratamento, reconhecimento e acionamento do SAMU 192 (Brandão et al., 2020).

Com o exposto, observa-se que o diagnóstico precoce está diretamente relacionado à possibilidade de curar ou minimizar os danos causados pela doença, por outro lado, estudos mostram que o paciente tem chegado à rede de atenção fora do prazo adequado para o devido tratamento, muitas vezes por dificuldade de acesso à RUE em tempo oportuno, piorando seu prognóstico e qualidade de vida (Safanelli, 2019; Pedra, 2020). Ainda, há uma relação estatisticamente significante entre uma maior proporção de incapacidade moderada e severa para aqueles que chegaram ao hospital de referência após 4,5 h do início dos sintomas ou Wake Up Stroke, com AVC prévio e para os que não realizaram trombólise (Sales et al. 2023).

Assim, considerando que o AVC possui alta incidência e letalidade, além de reduzir a qualidade de vida de suas vítimas pelas sequelas físicas, psicológicas, sociais e econômicas ressalta-se a importância desta pesquisa. Partindo do pressuposto que há desconhecimento da população para prestar os primeiros socorros e fazer o encaminhamento adequado da vítima de AVC agudo, além do desconhecimento dos profissionais de saúde quanto ao funcionamento da RUE, esta pesquisa teve o objetivo de analisar como o conhecimento da população e dos profissionais de saúde sobre o AVC agudo pode interferir no acesso ao atendimento de emergência na RUE.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que busca a compreensão e interpretação do fenômeno a partir de uma abordagem interpretativa. Apresenta as características do objeto de estudo a partir de um projeto maior intitulado “Rede de Atenção às Urgências e Emergências: atendimento inicial ao paciente com Acidente Vascular Cerebral Agudo”.

A coleta de dados se deu em quatro unidades de saúde que compõem a RUE na cidade de Salvador/BA, que conta com extensão territorial de 693,442 km² e uma população estimada de 2.418.005 habitantes (IBGE, 2022). Os profissionais de saúde atuavam em duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) de administração pública, nas bases descentralizadas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS).

Foram entrevistados 75 enfermeiras(os) e médicas(os) atuantes nos serviços de emergência, sendo 31 profissionais do SAMU 192, 24 da UPA 24h e 20 do HGRS, no período de outubro 2019 a outubro 2020. Foram incluídos participantes médicos ou enfermeiros de serviços da RUE que atendem AVC agudo; em atuação há, no mínimo, um ano na função. Foram excluídos os profissionais de férias ou afastados por licenças.

A entrevista se iniciou com a pergunta norteadora “Fale-me sobre o atendimento ao paciente com suspeita de AVC”, permitindo a expressão livre sobre o tema e o direcionamento para novas perguntas. A partir das entrevistas, buscou-se o entendimento dos participantes a respeito da relação entre o conhecimento da população sobre o AVC (seja quanto à primeira assistência prestada pelo acompanhante, ou quanto ao encaminhamento feito para o seu socorro), o conhecimento dos profissionais e a garantia do

acesso do paciente ao tratamento.

Foram utilizados os códigos S1 a S31, EH1 a EH20 e EUPA1 a EUPA24 nas entrevistas conforme as iniciais das unidades de saúde em que os profissionais trabalhavam e a ordem das entrevistas. O intuito foi preservar o nome dos participantes e facilitar a organização dos dados pelos pesquisadores.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise temática de conteúdo de Laurence Bardin (Bardin, 2016) e teorizou sobre a questão de pesquisa neste estudo, organizando o conteúdo em três fases: pré análise, exploração de material e fase de tratamento. Assim, a categorização semântica e temática se iniciou do geral para o particular, emergindo duas categorias após a organização dos dados: (i) O conhecimento da população e o acesso à RUE e (ii) O conhecimento dos profissionais de saúde e o acesso à RUE.

A pesquisa atendeu às resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde embasando-se nos princípios éticos e de respeito à dignidade humana, sendo utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa recebeu autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia para coleta dos dados, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia sob o parecer CAAE nº 17763719.9.0000.5030.

Resultados

O conhecimento da população e o acesso à rede perpassam pela identificação de sinais e sintomas, oferta dos primeiros socorros, relato sobre o horário de início dos sintomas e pelo encaminhamento adequado da vítima a um serviço de saúde.

Acerca do conhecimento da população sobre o AVC, os profissionais entrevistados apontaram que parte da população desconhece os sinais e sintomas, tem dificuldade em estabelecer o horário de início dos sintomas, não sabem para onde encaminhar a vítima e não está orientada quanto à urgência do caso, gerando atrasos no atendimento (Quadro 1).

Quadro 1. (Des)conhecimento da população sobre o atendimento do paciente com suspeita de AVC. Salvador, Bahia. 2023.

Categorias - População	Trechos das Entrevistas
(Des)conhecimento sobre sinais e sintomas	[...] a gente percebe que o diagnóstico ou a suspeição de AVC pelos acompanhantes do paciente nem toda vez é identificada, não conseguem identificar os sinais clássicos de AVC [...] (ES23). [...] ainda é bem pouco difundido o conhecimento da população geral sobre o AVC. Melhorou bastante, mas ainda está bem aquém do esperado [...] os pacientes demoram na chegada, no reconhecimento daquilo como uma suspeita do popular derrame [...] (EH8).

Categorias - População	Trechos das Entrevistas
Dificuldade em estabelecer o horário de início dos sintomas	<p>[...] às vezes já tem mais de duas horas, três horas do início dos sintomas ou então os acompanhantes não sabem relatar exatamente a hora que começou esses sintomas. A gente fica muito perdido com isso porque eles não têm essa informação precisa, exata [...] (ES11).</p> <p>[...] a população não sabe identificar o momento da mudança clínica, fica vaga a questão da janela. Precisamos fazer perguntas muito repetidas para identificar o quadro “que horas começou, se foi antes de dormir, se foi quando acordou, se foi antes da novela” [...] (ES12).</p>
(Des)conhecimento sobre o melhor destino para a vítima	<p>[...] as vezes o meu paciente tem dificuldade de saber pra onde ele vai... O paciente não sabe. Ele sente que teve um <i>déficit</i> focal e muitas vezes vai pra uma UPA, vai pra algum posto de saúde, vai pra lugares que não vão ter o atendimento necessário e atrasam o atendimento [...] (ES21)</p> <p>[...] porque, às vezes, está sentindo mal, aí vai para UPA, aí daqui que seja atendido na UPA, que o médico atenda e que realmente perceba, que regule para um hospital, que realize a trombólise, perde muito tempo, e às vezes encerra a janela, e a gente perde a oportunidade de intervir com essa medicação [...] (EH6)</p>
(Des)conhecimento sobre a urgência do caso	<p>[...] o que eu noto é que os pacientes muitas vezes chegam lá já fora da janela de trombólise. Então eles chegam com um <i>déficit</i> neurológico focal, há mais de quatro horas, [...] e não são elegíveis pra serem levados pelo SAMU para fazer uma tomografia rápida [...] (EUPA18).</p> <p>[...] às vezes também o próprio paciente demora de ir pra emergência [...] fica empurrando com a barriga, empurrando, empurrando [...] (EUPA 23).</p> <p>[...] Eles não sabem. Muitas vezes, a população não sabe que o Hospital Geral Roberto Santos tromboliza, não sabe que quem tem hoje qualquer sintoma de AVC pode chegar no Hospital Roberto Santos até quatro horas e trinta, e quanto mais rápido ele chegar ele pode ter acesso a uma medicação que está custando em média dois mil e quinhentos reais, e isso é disponibilizado no SUS [...] (EH7).</p>

Fonte. autores da pesquisa (2023).

O conhecimento por parte dos profissionais de saúde, por sua vez, é direcionador do atendimento para o devido encaminhamento do paciente na RUE, seja na fase pré-hospitalar ou já dentro do hospital de referência. O desconhecimento, por sua vez, resulta em atrasos e na perda da janela terapêutica (Quadro 2).

Quadro 2. Efetividade do atendimento ao paciente com AVC agudo conforme conhecimento profissional. Salvador, Bahia. 2023.

Categorias - profissionais de saúde	Trechos das Entrevistas
Conhecimento técnico dos profissionais do SAMU e atendimento coordenado	<p>[...] então chegou a ocorrência na sala de rádio, o enfermeiro regulador passa a ocorrência para a Unidade Avançada [...] chegando no local, a equipe avaliará os sinais e sintomas do paciente, se ele tem mesmo um déficit motor, se ele tem algum comprometimento na fala, como estão os sinais vitais desse paciente, os níveis tensionais e, sobretudo, o nível de consciência desse paciente [...] e, a partir daí, passamos o quadro para o Médico Regulador, que [...] faz o contato com o Hospital Roberto Santos que é referência para o tratamento do AVC [...] (ES4).</p> <p>[...] a gente é acionado, como ‘Protocolo AVC’ [...] chegando lá a gente faz a avaliação do paciente para realmente verificar o tempo dos sintomas, com a anamnese, o tempo de início dos sintomas [...] se o paciente está dentro da janela terapêutica para trombólise, se não está, o estado geral do paciente, o nível de consciência. Os testes neurológicos são feitos, teste de fala, linguagem, visão, coordenação, movimento, força motora [...] a gente vai avaliando os critérios de gravidade [...] se for um paciente mais estável a gente avalia a janela e já tenta a regulação [...] (ES7).</p> <p>[...] ao chegar, transportado pelo SAMU, o paciente terá um atendimento rápido, pois já foi estabilizado e os profissionais do SAMU já coletaram informação sobre o <i>ictus</i>, o que determina um fluxo ágil de procedimentos já usado e conhecido por todos na Unidade. Com isso, o chefe de plantão da Emergência já terá sido previamente informado sobre as condições do paciente, tipo do AVC e se está dentro da janela terapêutica, já deixando o leito preparado para o paciente [...] (EH5).</p>
Conhecimento técnico dos profissionais da UPA identificação e encaminhamento na rede	<p>[...] todos os pacientes na UPA passam pela classificação de risco [...] suspeitando-se de AVC, ele já é classificado como vermelho. De imediato passa para avaliação médica, é encaminhado para sala vermelha, fica monitorizado, toma a conduta imediata de acordo com a avaliação médica e entra na Regulação pra aguardar a transferência para a Unidade Hospitalar [...] (EUPA2).</p> <p>[...] a gente liga pro SAMU 192, pede pra falar com o plantonista, o regulador, e aí a gente passa o caso, e aí o plantonista aciona a ambulância [...] (EUPA18).</p>
Conhecimento técnico dos profissionais do hospital e atendimento adequado	<p>[...] tem protocolo que é o protocolo ministerial, a portaria nº 665 e nº 664, mas aí a gente conseguiu adaptar o protocolo para a Unidade de AVC, tem protocolo na Unidade de AVC, tem protocolo na ACCR, é padronizado, mas claro que os pacientes têm suas individualidades, mas aí é o olhar realmente voltado para individualidade do paciente [...] ele chega na emergência e é atendido no acolhimento, no ACCR, que entra em contato com a unidade de AVC, aí o plantonista ou o residente de medicina vai, avalia o paciente, se for um AVC isquêmico e tiver em janela terapêutica [...] faz o exame de imagem que é uma Tomografia de Crânio e vai pra Unidade de AVC pra ser trombolizado, caso não seja trombolizado, havendo a vaga, na Unidade de AVC ele fica, se não, ele é atendido pelo neuro da porta da emergência [...] (EH4).</p> <p>[...] mas a gente recebe também paciente de demanda espontânea, e aí o enfermeiro da ACCR ao perceber sinais clássicos, ele já informa ao plantonista, ou ao chefe de plantão, que já solicita a tomografia de crânio, e com isso a gente já entra em contato com a equipe da UAVC [...] (EH5).</p>

Fonte. autores da pesquisa (2023).

Por outro lado, a falta de conhecimento pode resultar na dificuldade dos profissionais em estabelecerem uma suspeita diagnóstica e na demora para acionar o protocolo de AVC. É perceptível a necessidade de treinamento profissional direcionado ao atendimento de pacientes com esta patologia.

Quadro 3. Desconhecimento e necessidade de qualificação profissional para o atendimento às vítimas de AVC. Salvador, Bahia. 2023.

Categorias - profissionais de saúde	Trechos das Entrevistas
Fragilidade no conhecimento resultando em dificuldade de diagnóstico e demora no acionamento do protocolo	<p>[...] o que muito acontece é que a gente como faz essa avaliação por telefone, o exame físico e o contato com o paciente ficam por conta do colega que está na ponta, que está na UPA, e, muitas vezes, o exame físico não é acurado, a história não é coletada da maneira adequada [...] (ES5).</p> <p>[...] eu acho que o Acidente Vascular Cerebral o pessoal não entende que ele pode ser revertido, parece que fica uma ideia que ele já acontece e vai ser assim mesmo [...] ou eles não estão familiarizados, não tão são treinados, não estão capacitados [...] vejo alguns empenhados em acionar o serviço. Outros poucos, tratam o AVC com anti-hipertensivos, não se investiga se o evento é recente, se dá pra chamar o serviço pra reverter, não vejo esse empenho. Esperam, internam como clínica médica pra poder regular nos trâmites de regulação normal de pacientes crônico [...] (EUPA1).</p> <p>[...] tenho conhecimento e procuro seguir o protocolo que já é estabelecido há alguns anos. Foi um protocolo que foi instituído pelo SAMU e a Prefeitura Municipal, mas percebo que, muitas vezes, esse protocolo não é iniciado da forma que ele é proposto. Então, o paciente que chega dentro de uma janela, em que podem ser abordados para realizar trombólise, de forma precoce, muitas vezes, esse Protocolo não é iniciado e aí a gente tem um paciente que poderia ter sido resgatado, mas isso não acontece. Quando acontece, a gente tem excelentes resultados [...] (EUPA4).</p>
Desconhecimento sobre o funcionamento da rede	<p>[...] mas eu acredito que a rede funciona, hoje já funciona mais organizada [...] (EH1).</p> <p>[...] eu não sei lhe informar por que eu não sei como é. Eu sei que tem, tipo assim, pacientes que são regulados, que vem da UPA, mas eu não vejo com muita constância em relação a isso, então eu não sei como é essa preparação do pessoal [...] (EH6).</p> <p>[...] mas eu acho que tem muita coisa boa, mas também tem muita coisa a desejar, não só na equipe pré-hospitalar, mas na Rede como um todo, nos hospitais, no pré-hospitalar, a dificuldade de colocar esse paciente dentro de uma unidade hospitalar, intra-hospitalar, ou numa UPA, a gente tá com uma Rede muito sucateada, muito superlotada, pacientes graves chegando nas UPAs e também no pré-hospitalar, e no Roberto, e em outros hospitais. [...] (EH19).</p>

<p>Necessidade de qualificação profissional</p>	<p>[...] eu acho que falta mesmo uma atualização, de ter essa atualização mais frequente sobre os protocolos [...] eu acho que falta ter periodicidade, ou seja, pra essas doenças cardiovasculares. Para o IAM, tem muita, para o AVC eu acho ainda muito incipiente [...] (EUPA1).</p> <p>[...] a gente teria que estar sempre revendo esse passo a passo, porque tem coisas que você não faz no dia a dia e acaba esquecendo, então eu acho que em emergência [...] sempre oferecer o passo a passo, revisão dos protocolos pra que a gente conseguisse caminhar dentro deles porque emergência não tem o achismo, é Protocolo [...] (EUPA12).</p> <p>[...] escrito eu não lembro se está escrito, mas eu acredito que a gente tenha um protocolo, acho que sim, eu não estou lembrada, mas a gente é treinado, a gente segue o padrão, é o protocolo na Unidade, o paciente ser encaminhado, eu só não sei te dizer onde encontrar agora, mas com certeza tem [...] (EH1).</p>
---	--

Fonte. elaboração própria.

Discussão

A análise do material selecionado evidenciou o atraso e/ou desconhecimento na identificação dos sinais e sintomas como a principal dificuldade, que permeia o acesso das vítimas de AVC aos serviços de emergência. Considerando tratar-se de um agravo tempo dependente, este cenário reserva o alargamento do tempo resposta para o atendimento, principalmente quando o SAMU 192 não é acionado, sendo uma condição imperiosa no êxito da abordagem ao AVC agudo (Machado, 2020).

Estudo realizado na cidade de Torres/RS avaliou o conhecimento da população de um município e mostrou que o desconhecimento da população sobre os fatores de risco e os sinais e sintomas do AVC, relacionava-se ao menor nível educacional (Machado, 2020). Esses dados convergem com estudos que apontam maior incidência de AVC e menor conhecimento da população em países de baixa e média renda (Mourão, 2017). Estudo realizado na Nigéria informa que_fatores sociodemográficos como idade, status educacional e status ocupacional tem associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com o conhecimento dos participantes, e o nível educacional tem associação ($p > 0,05$) com a percepção dos entrevistados sobre a prática de tratamento de AVC (Okonkwo et al., 2025).

Outro exemplo é de um estudo sobre as barreiras para o manejo do AVC agudo na Cidade do México. A pesquisa identificou que o uso da trombólise intravenosa foi menor que 10% porque os pacientes chegavam ao hospital fora da janela terapêutica. Esse resultado evidenciou necessidade de promover educação em saúde para a população, sobre o AVC. Quanto ao manejo inadequado do agravo, apontou a inexistência de protocolos clínicos e de processos de trabalho, deficit de recursos humanos, e a baixa qualificação técnica dos profissionais como aspectos chaves (Cano-Nigenda et al., 2021).

Em relação ao conhecimento da população sobre os sinais e sintomas do AVC, assim como a identificação do evento e o encaminhamento adequado à prestação do cuidado a uma vítima de AVC, uma pesquisa feita numa capital do nordeste brasileiro apontou que mais de 60% das pessoas forneceram informações incorretas sobre o AVC ou tinham dúvidas sobre o número do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para o encaminhamento adequado. Entre os que conseguiram identificar o AVC num familiar, 54,5% chamariam o SAMU, 29,8% levariam a um hospital, e 15,5% esperariam o paciente melhorar, buscariam ajuda de um vizinho ou fariam uma massagem (Rocha et al., 2023).

Pesquisa similar, elucidou o desconhecimento do número de telefone do serviço de emergência pela maioria dos entrevistados, e que uma parte encaminharia o paciente para a unidade de saúde mais próxima, mesmo não sendo referência em AVC. Do mesmo modo, desconheciam a importância de

precisar o horário de início dos sinais e sintomas, assim como poucos sabiam acerca da existência de um tratamento para a doença. Assim, os autores mostraram preocupação com a desinformação da população brasileira sobre o AVC, o que interfere no acesso ao tratamento (Barreira; Bachur, 2020).

Reforçando o exposto, uma revisão integrativa sobre fatores que aumentam a mortalidade no AVC evidenciou escassez científica sobre a importância das informações cedidas pelos cuidadores ou acompanhantes, o que implica negativamente no acesso precoce ao SAMU 192 (Aguiar, 2022). Outra pesquisa sobre conhecimento do AVC pontuou o desconhecimento da janela terapêutica, embora muitos tenham identificado o número de telefone do SAMU 192. Este estudo também destacou a redução do percentual de adultos sem conhecimento do AVC nas últimas décadas, afirmando-se como tema crucial para abordagem nas escolas em caráter obrigatório (Calderaro et al., 2022).

Ademais, o desconhecimento dos serviços de emergência para atendimento do AVC agudo gera a dificuldade no acesso e retardo no início da terapia preconizada. Em estudo realizado numa capital brasileira, os autores constataram que um percentual expressivo de seus entrevistados percorreu cinco caminhos diferentes no momento do socorro, em contraposição aos que buscaram um hospital de referência como primeira escolha, tendo sido esses últimos os que tiveram o acesso mais rápido à terapia efetiva (Brandão et al., 2020).

Um estudo mexicano identificou que a maior parte dos usuários chegavam ao hospital terciário de carro próprio, e que apenas 16% dos pacientes chegavam de ambulância, serviço que notificava previamente o hospital, facilitando o acesso e o tratamento (Cano-Nigenda et al., 2021).

Quanto aos profissionais de saúde, o estudo em tela mostrou que, quando há o reconhecimento de um paciente com AVC, o atendimento transcorre de forma ágil e com encaminhamento adequado na RUE, beneficiando as vítimas. Ressalta-se que o acesso à RUE e o tratamento efetivo dos pacientes, preconizados em diretrizes ministeriais, dependem de cuidados otimizados, equipe multiprofissional altamente especializada e processos de trabalho bem estabelecidos (Brandão et al., 2020).

A abordagem terapêutica inicial adequada para o AVC demanda um manejo eficiente e rápido, equipes multidisciplinares e uso de protocolos clínicos, já que a identificação precoce do agravo, a partir da sintomatologia, impacta na redução da morbimortalidade das vítimas. Para tanto, o profissional deve estar apto em reconhecer sinais e sintomas como: perda de coordenação de início súbito, visão turva, diplopia, fraqueza ou assimetria facial, fraqueza nos membros superiores ou inferiores e afasias (Barreira; Bachur, 2020; Silva, 2023).

O estudo sobre a abordagem terapêutica inicial no AVC isquêmico recomenda utilizar primeiro a escala de Cincinnati e, posteriormente, em ambiente hospitalar, o exame neurológico deverá utilizar a escala do *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS), avaliando em conjunto a oxigenação, pressão arterial e glicemia do paciente. O estudo esclarece também a importância da trombólise química endovenosa precoce nas primeiras horas do evento, a partir do início dos sintomas. A tomografia de crânio também é um exame indispensável para descartar hemorragia intracraniana e determinar os pacientes elegíveis à trombólise intravenosa (Silva, 2023).

Pesquisa realizada no México aponta para o desconhecimento do diagnóstico e para a falta de qualificação profissional que impacta na detecção precoce do agravo. Esses autores ainda apontam a equipe de enfermagem como um elemento chave na detecção de sinais neurológicos do AVC em pessoas de risco (Gómes-Rosas et al., 2022).

Nessa perspectiva, o protocolo de classificação de risco nos serviços de urgência, ferramenta de trabalho utilizada pelo enfermeiro, facilita a avaliação dos critérios de gravidade clínicos, norteados por um protocolo. Apesar de ser o primeiro profissional de saúde a ter contato com o paciente, muitas vezes, esse não se apresenta qualificado para atuação nos serviços, gerando aumento da probabilidade de erros e no tempo de espera do paciente para o atendimento médico (Valle et al., 2020).

A telemedicina também é apontada como um facilitador do acesso e do tratamento do AVC,

ao permitir uma conexão da unidade de saúde que primeiro recepcionou o paciente com centros de referência, viabilizando um melhor diagnóstico e um tratamento efetivo. Para o uso da telemedicina, os autores também indicam a necessidade de capacitação dos profissionais e investimento tecnológico (Brasil, 2012; Gómes-Rosas et al., 2022).

Outro caminho para a capacitação se centrou na formulação de políticas públicas específicas para educação em saúde do MS, como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A Educação Permanente em Saúde se estabeleceu como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores da saúde, podendo suprir essa necessidade de capacitação dos profissionais da RUE (Cardoso et al., 2017).

Ratificando a importância da implementação de ferramentas de trabalho para otimizar e padronizar o atendimento, observa-se que a existência de um protocolo AVC e de profissionais capacitados para executá-lo, traz melhores resultados para a assistência. Neste bojo, um estudo sobre as estratégias de enfrentamento ao AVC aponta a existência de um arcabouço robusto de portarias que viabilizam o manejo e tratamento ideal do paciente com AVC no Brasil (Faria; Baccin; Masiero, 2019).

Eles concluíram também que o referido volume de produções técnicas, permite a implementação da Linha de Cuidado do AVC, bem como de planos de ação que viabilizam a chegada rápida do paciente ao hospital. Entretanto, alerta que, ainda assim, os índices de complicações nesses pacientes são significativos, sendo necessário implementar meios de informação para os profissionais melhorarem a qualidade do atendimento (Brasil, 2012; Faria; Baccin; Masiero, 2019).

A análise dos resultados encontrados na pesquisa em tela possibilitou entender que a redução das mortes e sequelas do AVC estão atreladas a uma RUE com desenho organizacional bem definido e fluxos de atendimento pactuados entre os serviços, para sobretudo, funcionar de forma integrada e ágil. Desta maneira, a rede de serviços permitirá a capilaridade e a continuidade do cuidado em todos os seus pontos de atenção para ser efetiva no propósito de atender uma vítima de AVC agudo, dentro da janela terapêutica, através do aporte de recursos humanos, tecnológicos e logísticos .

Esta pesquisa focou na realidade de uma capital brasileira, analisando o conhecimento da população através da perspectiva de profissionais de saúde durante o atendimento inicial às vítimas e seus acompanhantes, constituindo possíveis limitações do estudo. Recomenda-se futuras investigações com pacientes e seus acompanhantes para expandir a avaliação do conhecimento daqueles que realizam os primeiros socorros.

Considerações Finais

O estudo enfatizou a imperatividade da detecção precoce dos indicativos de um AVC. A qualificação dos profissionais de saúde é crucial, não apenas em reconhecer os sintomas, mas também em compreender a história clínica do paciente e a operacionalização da RUE, garantindo o direcionamento apropriado para uma unidade hospitalar especializada e o acesso oportuno à terapia trombolítica.

Na questão do conhecimento da população sobre o atendimento do paciente com AVC foram encontradas as subcategorias (des)conhecimento sobre sinais e sintomas; dificuldade em estabelecer o horário de início dos sintomas; (des)conhecimento sobre o melhor destino para a vítima; (des)conhecimento sobre a urgência do caso.

Ao analisarmos os profissionais de saúde também constatamos fragilidade no conhecimento resultando em dificuldade de diagnóstico e demora no acionamento do protocolo; desconhecimento sobre o funcionamento da rede, bem como, a necessidade de qualificação profissional como estratégias importantes de garantia de acesso.

Outrossim, observando os aspectos que podem implicar na efetividade da rede de atenção à saúde, ficaram evidentes o conhecimento técnico dos profissionais do SAMU e atendimento coordenado,

o conhecimento dos profissionais da UPA na identificação e encaminhamento na rede e o conhecimento técnico dos profissionais do Hospital e o atendimento adequado.

A fragilidade de conhecimento sobre aspectos clínicos sobre AVC por parte da população resulta em encaminhamentos imprecisos, culminando em retardos no atendimento e na perda da janela terapêutica recomendada pelo SUS. Outrossim, as lacunas de conhecimento por parte dos profissionais de saúde acerca da identificação do AVC e do funcionamento da RUE comprometem a precisão do diagnóstico e o tratamento adequado, potencializando o risco de sequelas persistentes associadas à patologia. Contudo, uma equipe profissional qualificada pode assegurar um atendimento eficaz e de alta qualidade dentro da Rede de Atenção.

Recomenda-se, ainda, a realização de estudos que analisem os resultados das intervenções propostas na Educação Permanente em Saúde, a fim de aferir a sua efetividade diante do problema a ser resolvido. Por fim, aponta-se para uma utilização mais ostensiva dos meios de comunicação, como televisão e outras mídias para difundir o conhecimento sobre o AVC.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse de nenhuma natureza.

Referências

- ADAMS, R.D. **Princípios de Neurologia**. 11^a. ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2019.
- AGUIAR, Érica S. Fatores que aumentam a incidência de mortalidade por acidente vascular cerebral. **RSD**, 7 jan. 2022. Disponível em: <https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/24866>. Acesso em: 15 jul. 2022.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARREIRA, Rodrigo M., BACHUR Tatiana B. R.. O que a população brasileira conhece acerca do Acidente Vascular Cerebral?. **REBES**, 2020. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/8260/8023>. Acesso em: 17 abr. 2023.
- BRANDÃO, P.C. et al. Retardo na chegada da pessoa com acidente vascular cerebral a um serviço hospitalar de referência. **Rev. Nurs**, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1146995>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. FRASÃO, Gustavo**. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 16 de fev. 2025
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: trombólise no Acidente Vascular Cerebral isquêmico agudo**. Brasília, 2012.
- CALDERARO, M. et al. The lack of knowledge on acute stroke in Brazil: a cross-sectional study with children, adolescents, and adults from public schools. **Clinics**, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2022.100052>. Acesso em: 8 jun. 2023.
- CANO-NIGENDA, V. et al. Barriers to optimal acute management of stroke: perspective of a stroke center in Mexico city. **Front Neurol**, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34950095/>. Acesso em: 8 jun. 2023.
- CARDOSO, M. L. et al. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciênc saúde coletiva**. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>. Acesso em: 24 maio 2023.
- FARIA, A. R., BACCIN, C. R., MASIERO, A. V. Estratégias para o enfrentamento do acidente vascular cerebral: reflexões e perspectivas. **Atlante**. 2019. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/02/acidente-cerebral.html>. Acesso em: 24 jun. 2023.

GÓMEZ-ROSAS, J. M. et al. Validación del instrumento de conocimiento sobre enfermedad vascular cerebral en el personal de enfermería. **J. Health NPEPS**. 2022. Disponible em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5957>. Acesso em: 24 maio 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro - RJ, 2022.

LIMA, L. C. de O. et al.. Perfil epidemiológico do acidente vascular cerebral isquêmico transitório (AVC) e síndromes relacionadas em adultos e idosos no Nordeste brasileiro de 2018 a 2023. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 8, n. 18, p. e081820, 2025. DOI: 10.55892/jrg.v8i18.1820. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1820>. Acesso em: 20 fev. 2025.

LOBO P.G. Epidemiologia do acidente vascular cerebral isquêmico no Brasil no ano de 2019, uma análise sob a perspectiva da faixa etária. **Brazilian Journal of Health Review**, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/25142>. Acesso em: 15 jul. 2022.

MACHADO, V. S. **Conhecimento da população sobre acidente vascular cerebral em Torres RS**. RBN, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/rbn/article/view/38210>. Acesso em: 14 jul. 2021.

MA H. et al. Thrombolysis guided by perfusion imaging up to 9 hours after onset of stroke. **N Engl J Med**. 2019;380(19):1795–803. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1813046>. PubMed PMID: 31067369. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1813046?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 16 fev. 2025

MAMED, S.N. Perfil dos óbitos por acidente vascular cerebral não especificado após investigação de códigos garbage em 60 cidades do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190013.supl.3>. Acesso em: 15 jul. 2022.

MOURÃO, A.M. Perfil dos pacientes com diagnóstico de AVC atendidos em um hospital de Minas Gerais credenciado na linha de cuidados. **RBN**, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876884/rbn-534-2-perfil-dos-pacientes-com-diagnostico-de.pdf>. Acesso em: 24 maio 2023.

MORAES M. A. et al.. Ischemic stroke mortality and time for hospital arrival: analysis of the first 90 days. **Rev Esc Enferm USP**. 2023;57:e20220309. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/z97g7Vqn3fgYygZngz3YV7S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2025.

OKONKWO U. P., et al. Knowledge and perception of stroke management practices among middle-aged residents of Otolo community in Nnewi North Local Government Area, Nigeria. **BMC Complement Med Ther**. 2025 Feb 8; v. 25 n. 1 p. 44. doi: 10.1186/s12906-025-04785-2. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11807293/>. Acesso em: 16 fev. 2025

PEDRA, E.F. Pacientes pós-AVC com e sem trombólise: análise da deglutição na fase aguda da doença. **CoDAS**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018229>. Acesso em: 21 jul. 2021.

ROCHA, L.J.A. et al.. Stroke awareness in a Brazilian Northeastern capital city and the burden of the COVID-19 pandemic. **Arq. Neuro-Psiquiatr**. 2024;82(8):s00441788583. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0044-1788583>. Acesso em: 20 fev. 2025.

SAFANELLI, J. The cost of stroke in a public hospital in Brazil: a one-year prospective study. **Arq Neuro-Psiquiatr**, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20190059>. Acesso em: 21 jul. 2021.

SILVA, F.C. Abordagem terapêutica inicial no acidente vascular encefálico isquêmico. **Brazilian Journal of Health Review**, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/60050>. Acesso em: 4 jun. 2023.

SALES, R. S. et al. Fatores associados a incapacidade funcional após acidente vascular cerebral isquêmico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 37, p. eAPE00601, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/8qW39QcmbqBFsVjRCNynRCw/>. Acesso em: 16 fev. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE AVC. Números do AVC. Disponível em: <https://avc.org.br/numeros-do-avc/>. Acesso em: 16 fev. 2025.

STERSI, L.B. **Internações no SUS por acidente vascular cerebral (AVC) no estado do Rio Grande do Sul no período de 2013 a 2018**. Porto Alegre - RS. (Dissertação), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2019.

TSAKPOUNIDOU, K. **Baseline stroke literacy of young children based on “FAST112 heroes”**. Program. **Frontiers**, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8160088/pdf/fpubh-09-638516.pdf>.

Acesso em: 21 jul. 2021.

VALLE, G.S., Farias MTD, Menezes MS *et al.* Avaliação do grau de concordância do Protocolo Estadual de Classificação de Risco no Estado da Bahia – Brasil. **RSD**. 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10297>. Acesso em: 24 maio 2023.