

**O IMPACTO DO TROMBOLÍTICO NA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS
PACIENTES COM AVC ISQUÊMICO EM UNIDADES DE EMERGÊNCIAS NO
INTERIOR DA BAHIA**

Álvaro Teixeira Mattos
Emanuelle Costa Ferreira
Neiva Renata Soares Cabral

Guanambi
2022

ÁLVARO TEIXEIRA MATTOS
EMANUELLE COSTA FERREIRA
NEIVA RENATA SOARES CABRAL

**O IMPACTO DO TROMBOLÍTICO NA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS
PACIENTES COM AVC ISQUÊMICO EM UNIDADES DE EMERGÊNCIAS NO
INTERIOR DA BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Banca Examinadora das Afya Faculdade de Ciências
Médicas de Guanambi como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Décio Aguiar Montenegro de Oliveira

Guanambi
2022

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

M433i

Mattos, Álvaro Teixeira

O Impacto do Trombolítico na Capacidade Funcional dos Pacientes com AVC Isquêmico em Unidades de Emergências no Interior da Bahia/ Álvaro Teixeira Mattos; Emanuelle Costa Ferreira; Neiva Renata Soares Cabral- Guanambi, BA, 2022.

20 f.

Orientador: Décio Aguiar Montenegro de Oliveira

Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Medicina) — Afya Faculdade de Ciências Médicas de Guanambi , 2022.

1. AVC isquêmico. 2. Serviço de emergência médica. 3. Trombólise.I. Ferreira, Emanuelle Costa. II. Cabral, Neiva Renata Soares; III. Oliveira, Décio Aguiar Montenegro de; orient. IV.Título.

CDU
616.831:614.88 (815.1)

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Às 20 horas do dia 17 do mês de novembro do ano de dois mil e vinte e dois, na sala APG 5, compareceram para defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, requisito para a conclusão do curso de Medicina, os/as estudantes:

Álvaro Teixeira Mattos, Emanuelle Costa Ferreira, Neiva Renata Siqueira Cabral

cuja pesquisa apresenta como título,

"O IMPACTO DO TRONCO CERÂBRICO NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM AVC ISQUÉMICO NAS EMERGÊNCIAS DOS MUNICÍPIOS DE CAETÉ E GUANAMBI".

Constituíram a Banca Examinadora: o/a orientador (a), Prof. Décio Aguiar Montenegro de Oliveira

e avaliadores, Prof. Itamar Franco Martins Barros e Prof. Adriá Júlia Renata Fernandes e Melchior.

Após a apresentação e as observações dos membros da Banca Examinadora, ficou definido que o trabalho foi considerado APROVADO com conceito 97,35.

Eu, Décio Aguiar Montenegro de Oliveira, presidente da banca, lavrei a presente ata que segue assinada por mim e pelos demais membros.

Observações:

Assinatura da Banca Examinadora:

Décio Aguiar Montenegro de Oliveira
Professor (a) orientador (a)

Itamar Franco Martins Barros.
Professor (a) examinador (a)

Júlia Renata Fernandes de Melchior.
Professor (a) examinador (a)

The impact of thrombolytics on the functional capacity of patients with ischemic stroke in emergency units in the interior of Bahia.

O Impacto do Trombolítico na Capacidade Funcional dos Pacientes com AVC Isquêmico em Unidades de Emergências no Interior da Bahia.

El impacto de los trombolíticos en la capacidad funcional de los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico en unidades de emergencia en el interior de Bahía

Álvaro Teixeira Mattos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4020-1144>

Faculdades Integradas Padrão / Guanambi, Brasil

e-mail: alvaro.mattos@aluno.fip-gbi.edu.br

Emanuelle Costa Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3881-9172>

Faculdades Integradas Padrão / Guanambi, Brasil

e-mail: emanuelle.costa@aluno.fip-gbi.edu.br

Neiva Renata Soares Cabral

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2834-2902>

Faculdades Integradas Padrão / Guanambi, Brasil

e-mail: neiva.cabral@aluno.fip-gbi.edu.br

Décio Aguiar Montenegro de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6350-7437>

Faculdades Integradas Padrão / Guanambi, Brasil

e-mail: deciomontenegro@gmail.com

Resumo

Objetivo: Analisar o impacto do trombolítico na capacidade funcional dos pacientes pós-AVC em unidades de emergências do interior da Bahia. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com abordagem descritiva, retrospectiva e do tipo transversal. A pesquisa ocorreu nas unidades de emergências das cidades de Caetité e Guanambi, situadas no sudoeste baiano. A amostragem foi obtida por acessibilidade e em etapas, assim, o universo foi composto por 204 prontuários identificados com AVC, nos períodos de 2021.2 e 2022.1, nos quais o código de procedimento para tratamento do AVC e as atas de regulação dos pacientes nortearam a coleta de dados. Por seguinte, os critérios de elegibilidade para uso do trombolítico e grau de independência funcional foram aplicados para análise dos pacientes. O banco de dados e suas análises foram estabelecidas no Microsoft Excel 2016. **Resultados e discussões:** Obteve-se um total de 84 pacientes com AVCi, dentre eles 72,61% sem contraindicações, 28,57% aptos e 3,88% trombolizados. Ao uso da alteplase, em pacientes com melhora, se observou a independência funcional em 66% dos pacientes. Já aos não trombolizados, a independência foi de 30%. **Conclusão:** Evidenciou-se que a terapia trombolítica é minimamente aplicada nas unidades de emergências dos municípios de estudo, todavia, em seus particulares usos, apresentou melhora significativa dos pacientes. Tornou-se notória a importância da aplicação de estratégias para potencializar o tratamento.

Palavras-chave: AVC isquêmico; Serviço de emergência médica; Trombólise;

Abstract

Objective: To analyze the impact of thrombolytics on the functional capacity of post-stroke patients in emergency units in the interior of Bahia. **Methods:** This is a cross-sectional study with a descriptive,

retrospective and cross-sectional approach. The research took place in the emergency units of the cities of Caetité and Guanambi, located in the southwest of Bahia. Sampling was obtained by accessibility and in stages, thus, the universe was composed of 204 medical records identified with stroke, in the periods of 2021.2 and 2022.1, in which the code of procedure for treatment of stroke and the regulation minutes of the patients guided the collection of data. Next, the eligibility criteria for the use of thrombolytics and the degree of functional independence were applied to analyze the patients. The database and its analyzes were established in Microsoft Excel 2016. **Results and discussions:** A total of 84 patients with ischemic stroke were obtained, among them 72.61% without contraindications, 28.57% fit and 3.88% thrombolized. When using alteplase, in patients with improvement, functional independence was observed in 66% of the patients. As for non-thrombolysed patients, independence was 30%. **Conclusion:** It was evidenced that thrombolytic therapy is minimally applied in the emergency units of the studied municipalities, however, in its particular uses, it showed a significant improvement in patients. The importance of applying strategies to enhance the treatment became notorious.

Keywords: Ischemic stroke; Medical emergency service; Thrombolysis;

Resumen

Objetivo: Analizar el impacto de los trombolíticos en la capacidad funcional de pacientes post-ictus en unidades de emergencia del interior de Bahía. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal con enfoque descriptivo, retrospectivo y transversal. La investigación tuvo lugar en las unidades de emergencia de las ciudades de Caetité y Guanambi, ubicadas en el suroeste de Bahía. de datos. A continuación, se aplicaron los criterios de elegibilidad para el uso de trombolíticos y el grado de independencia funcional para analizar a los pacientes. La base de datos y sus análisis se establecieron en Microsoft Excel 2016. **Resultados y discusiones:** Se obtuvo un total de 84 pacientes con ictus isquémico, entre ellos 72,61% sin contraindicaciones, 28,57% aptos y 3,88% trombolizados. Al utilizar alteplasa, en pacientes con mejoría se observó independencia funcional en el 66% de los pacientes. En cuanto a los pacientes no trombolizados, la independencia fue del 30%. **Conclusión:** Se evidenció que la terapia trombolítica se aplica mínimamente en las unidades de emergencia de los municipios estudiados, sin embargo, en sus usos particulares, mostró una mejoría significativa en los pacientes. Se hizo notoria la importancia de aplicar estrategias para potenciar el tratamiento.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular isquémico; Servicio de urgencias médicas; Trombólisis;

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido por sinais de distúrbio focal ou global da função cerebral de evolução rápida, durando mais de 24 horas ou de qualquer duração constatada por imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética). O AVC isquêmico é o mais prevalente, responsável por 75-85% dos casos, e é caracterizado pela obstrução arterial com consequente alteração do fluxo cerebral (BRASIL, 2021).

Apesar da taxa de mortalidade no Brasil apresentar-se em declínio, o AVC continua sendo a principal causa de morte e incapacidade, tendo uma incidência anual de 108 para cada 100 mil habitantes, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (BOTELHO; NETO; ARAÚJO; ASSIS, 2016). E mundialmente, acometendo cerca de 15 milhões de pessoas por ano, dentre elas, cinco milhões e meio de óbitos e cinco milhões com déficits permanentes. Em outro viés, a hipertensão, diabetes mellitus, sedentarismo, consumo de álcool, tabagismo, obesidade, sofrimento fetal, doenças cardíacas e distúrbios

lipídicos são os principais fatores de risco relacionados ao AVC, sendo responsáveis por cerca de 90% dos casos (BRASIL, 2021).

Como o próprio nome já o define, trombólise, é a lise de um trombo, desta maneira é necessária a terapia de desobstrução de tal artéria precocemente, para evitar lesão tecidual irreversível (MENDES; LOPES; GAGLIARDI, GAGLIARDI, 2020). A trombólise é o tratamento recomendado no AVC agudo, que envolve o uso de medicamentos trombolíticos como a alteplase (rtPA) intravenosa para a destruição do coágulo. Sua posologia é determinada por 0,9 mg/kg de peso corporal - máximo de 90 mg - com 10% da dose administrada em bolus seguidos de uma infusão de 60 minutos, sendo recomendada dentro de 4,5 horas do início dos sintomas –tempo de janela trombolítica. Portanto, a trombólise intravenosa deve ser prescrita por um neurologista e administrada o mais rápido possível quando indicada. E deve ser discutida caso a caso, de acordo com o risco de sangramento, em pacientes selecionados menores de 18 anos e maiores de 80 anos de idade. Vale ressaltar que a realização de imagens cerebrais 24 horas após a trombose é imprescindível (BRASIL, 2022).

Diversas barreiras são encontradas quando o assunto é terapia trombolítica. Um estudo constatou, que existem vários fatores limitantes, impedindo o tratamento de cerca de 45% dos pacientes sem contra-indicação ao tratamento, dentre eles baixo nível de informação populacional sobre o acometimento do AVC, resultando na busca tardia do atendimento médico e demora em chegar ao hospital após o início dos sintomas de alerta. Pacientes e familiares não se atentam a tais sintomas, por falta de conhecimento/conscientização da urgência. Desta maneira, identifica-se 2 problemas: o primeiro é que vários pacientes chegam ao hospital fora da janela trombolítica, e o segundo é que quando o paciente chega em tempo hábil, as unidades de emergências enfrentam dificuldades no manejo e referenciação precoce do paciente (GENTILINI et al., 2022).

Em outro viés, o pequeno número de pacientes tratados está diretamente relacionado ao preconceito dado pela equipe em relação ao uso do rtPA. Um fato notório, deu-se pela preocupação dos médicos, de forma geral, à possibilidade da indicação da terapia a um paciente com acidente isquêmico transitório (AIT), ou seja, um episódio de déficit neurológico focal que não apresenta qualquer déficit residual e sem alterações de imagem dentro de 24 horas. 80% dos AITs tem duração aproximada de 10 minutos, e, desse modo, a maioria dos pacientes quando admitidos no hospital, já não apresentam déficit ou recuperam-se durante a investigação inicial. Fato é, deixar de oferecer o alteplase para as pacientes aguardando uma possível reversão do quadro nas próximas horas (as 20% restantes), significa abrir mão da chance de redução de sequelas para 1 em cada 7 pacientes com AVCi agudo em até 3 horas, ou até mesmo da recuperação (MARTINS et al., 2004).

Por se considerar perigoso o tratamento de trombolítico, muitos médicos não o indicam, devido ao risco de evolução hemorrágica intracraniana. Embora exista o risco, a grande parte são hemorragias assintomáticas e as taxas de sangramentos são sintomáticos, através do protocolo de tratamento, são ainda menores que os avaliados no estudo National Institute of Neurologic Disorders and Stroke (NINDS). Fatores que corroboram para a chance de sangramento após a terapêutica em questão são: hipodensidade na TC $>1/3$ artéria cerebral media, presença de edema ou efeito de massa na TC nas primeiras 3 horas mesmo em território menor que 1/3 da artéria cerebral media (aumento em 8 vezes o risco de hemorragia sintomática), idade >75 anos, PA $>185/120$ no início da infusão, diabetes e NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) >20 . Os pacientes estudados pelo NINDS com escore NIHSS >20 tiveram 17% de chance de sangramento intracraniano, enquanto o risco no grupo com escore <10 foi de somente 3%. A

maioria dos casos de sangramento, com o tratamento trombótico, são devidos a violação do protocolo (MARTINS *et al.*, 2004).

Acredita-se que a evolução dos pacientes é melhorada quando o manejo é feito por uma equipe de AVC multidisciplinar, desde a decisões de estratégias terapêutica, tomadas em conjunto pela equipe (neuroradiologista, radiologista intervencionista, neurologista vascular e cardiolongivista), passando pelo controle rígido de pressão arterial durante e após a trombólise, até o manejo das complicações cardiovasculares, muitas vezes simultâneo a evento agudo. Desta maneira, necessário a monitorização dos indicadores de qualidade para avaliar possíveis problemas, além de treinamento continuado com o intuito de garantir a manutenção do sistema de atendimento, possibilitando a reestruturação das estratégias e das metas (MARTINS *et al.*, 2019).

O AVC constitui um problema de saúde pública por ser uma das maiores causas de incapacidade neurológica grave, no mundo, e pelos altos custos de seu tratamento (ANDRÉ *et al.*, 2012). É de suma importância, que o diagnóstico do AVCi seja rápido para que a intervenção ocorra o mais brevemente possível e que tenha alta sensibilidade para obter o mínimo possível de falsos negativos. Deste modo, é necessário identificar os pacientes de forma correta para que o seu tratamento seja eficiente, principalmente em relação à janela do uso ou não do trombolítico (OLIVEIRA; MELO; PEDREIRA, 2013).

Tendo o AVC como uma doença, que atinge grande parte da população brasileira, e sendo uma das principais responsáveis das causas de mortes, internações e incapacidade, no país, surgiu à necessidade de descrever de forma mais detalhada: como o uso do trombolítico impacta na capacidade funcional dos pacientes com AVCi em unidades de emergências do interior da Bahia?

METODOLOGIA:

Trata- se de um estudo transversal com abordagem descritiva, retrospectiva e do tipo transversal como preconiza Pereira *et al.*, (2018), ocorrido nas unidades de emergências das cidades de Caetité e Guanambi, situadas no sudoeste baiano, no período de 2021.2 e 2022.1.

Os estudos transversais são bons em geral para levantar questões relacionadas à presença de uma associação em vez de testar uma hipótese. Permitem estimar a prevalência de uma doença e quando analítico pode fornecer uma estimativa da associação entre os indivíduos expostos comparados aos não expostos (ROMANOWSKI *et al.*, 2019). E podem fornecer dados importantíssimos para o avanço do conhecimento científico, se utilizado como é indicado (BATOS; DUQUIA, 2007). Os estudos descritivos vão descrever as variáveis em estudo que são as características da amostra (SOARES *et al.*, 2011).

O universo da pesquisa foi composto por 204 prontuários físicos, constituída por pacientes que passaram nas Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais Municipais e Gerais das cidades em campo de estudo que evidenciaram provável diagnóstico de AVC - aproximando das 199 notificações (CID I64) apresentadas pelo TABNET.DATASUS (jun./2021 – jun./2022). A amostra foi constituída por 104 prontuários selecionados por meio da técnica de amostragem não probabilística, sendo por acessibilidade e por etapas. Segundo Gil (2008, p.94), na amostragem por acessibilidade “o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam de alguma forma, representar o universo”, e a amostragem por etapas compõe as unidades que podem ser distribuídas em diversos estágios.

A permissão para acesso aos prontuários destes locais deu-se através do TCI (Termo de Concordância da Instituição) ao profissional responsável, diante o pretexto que todas as informações coletadas tiveram sigilo absoluto conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466 de Dezembro de 2012.

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras - FIP. Participaram do estudo aqueles que atenderam ao critério de inclusão: prontuários que indicaram suspeita ou diagnóstico de AVC agudo em pacientes de idade igual ou maior a 18 anos; e critérios de exclusão: pacientes com AVC hemorrágico, com diagnóstico não conclusivo ou descartado, AVC isquêmico maiores de 80 anos e pacientes com contraindicações ao trombolítico.

Quanto aos critérios de elegibilidade para realização de trombólise endovenosa seguiram as recomendações impostas no “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo” proposta pela CONITEC em 2021. A avaliação de independência funcional entre os pacientes trombolizados e não trombolizados foi estabelecida por meio da Escala de Rankin Modificada (ERM).

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado uma ficha de registro elaborada pelos pesquisadores, com o intuito de otimizar e evitar erros. Nesta ficha preenchemos: número de prontuário; idade; tempo de janela; indicação; contraindicação; tratamento trombolítico; escala de NIHSS; escala modificada de Rankin (caso presente em prontuário ou estabelecida por nós autores, de acordo com a anamnese) (SAVER *et al.*, 2021).

Sobre a ERM, Gentilini et al., (2022), afirma que, essa representa o grau de funcionalidade dos pacientes, variando de 0-6, tendo seu menor valor como sem sintomas, 1 (sem incapacitação significativa apesar dos sintomas; capaz de realizar todas as suas atividades e deveres habituais), 2 (incapacitação leve; incapaz de realizar todas as atividades prévias, mas apto a cuidar de si sem necessitar de auxílio), 3 (incapacitação moderada; necessita de alguma ajuda, mas está apto a caminhar sem auxílio), 4 (incapacitação moderadamente severa; incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às necessidades corporais próprias sem auxílio), 5 (incapacitação severa; restrito ao leito, incontinente e necessitando constantes cuidados e atenção) e 6 (óbito).

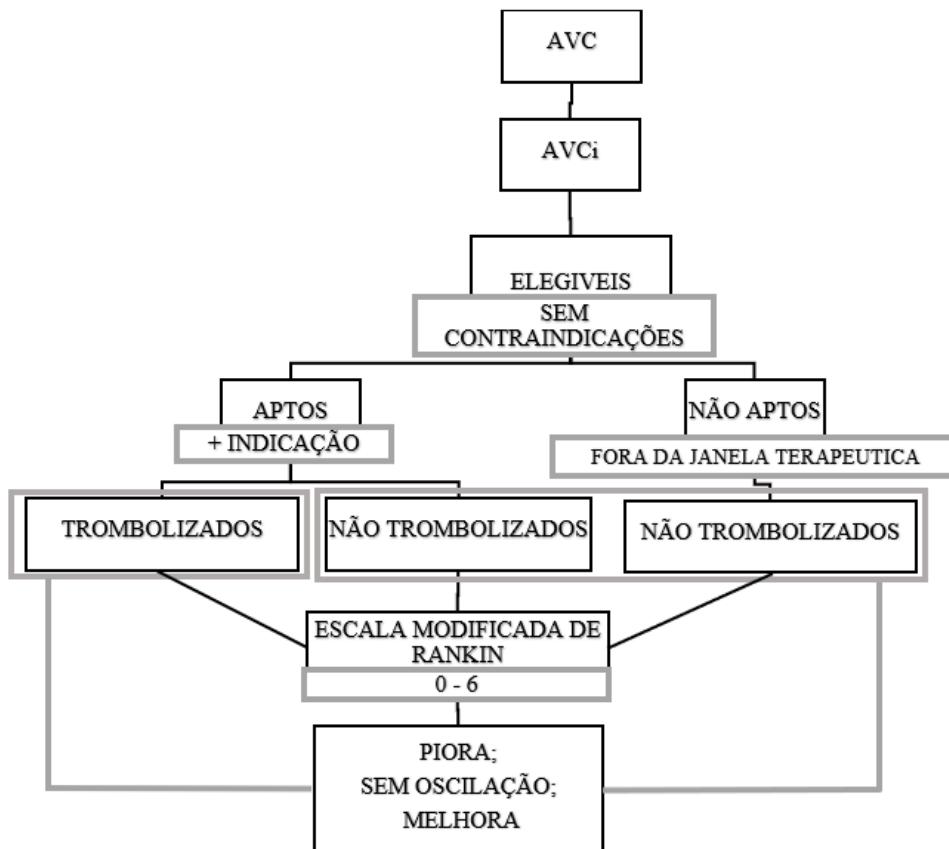
De acordo, Hanauer, Schmidt, Miranda e Borges (2018), a escala NIHSS é um instrumento que tem como objetivo avaliar os déficits neurológicos relacionados com o Acidente Vascular Cerebral agudo. Os índices avaliados são: nível de consciência (orientação no tempo), comandos de nível de consciência (execução de tarefa motora), melhor olhar (paralisia do olhar), campos visuais, paralisia facial, comando motor para membros superiores e dos membros inferiores, ataxia de membros, sensibilidade, melhor linguagem (afasia), disartria. Sendo, que sua pontuação varia de zero a 42 pontos, representando a maior pontuação um comprometimento neurológico mais severo. Portanto, é de extrema importância, pois na avaliação rápida e acurada dos déficits neurológicos e de sua severidade, auxilia na definição e na escolha de tratamentos, bem como, na predição de desfechos a curto e a longo prazos (BACKES, 2019).

Dando sequência à prática, a identificação de prontuários nos pares de unidades em estudo deu-se pelo código de procedimento 030304149, correspondente ao tratamento de acidente vascular cerebral, disponibilizados pelo setor de faturamento na UNACON e no Hospital Geral de Guanambi e pelas atas de regulamento e transferências nas Unidades de Pronto Atendimento das cidades do campo de pesquisa. Deste modo, foi possível quantificar o universo da pesquisa.

Na figura 1: Diante a apresentação do universo de prováveis casos de AVC, excluímos os casos de AVCh, bem como os indefinidos, e selecionamos o campo amostral de pacientes com AVCi agudo. Posteriormente, classificamos estes pacientes com AVCi quanto à indicação, mas sem contraindicação, bem como aqueles sem indicação e também sem contraindicação, definindo desta forma, os critérios de elegibilidade para uso do trombolítico em janela. A estes pacientes separamos aqueles aptos a terapia com alteplase em pacientes trombolizados e não trombolizados (indicações, mas sem contraindicações) e em

pacientes não aptos a terapia trombolítica diante perda da janela terapêutica (com tempo de sintomas superior a 04:30h, demais indicações e sem contraindicações). E por fim, diante a não identificação da escala NIHSS (exceto um), bem como a escala modificada de Rankin, nós autores, mediante a achados clínicos descritos nas evoluções, sejam elas: médica, enfermagem, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, neurologista e alta, determinamos o Rankin de admissão, alta ou transferência hospitalar dos pacientes.

Figura 1 - Mapeamento metodológico aplicado para avaliação – amostragem por etapas.



Fonte: Autores (2022).

Os dados do estudo foram armazenados no programa Microsoft Excel 2016 e posteriormente procedeu-se a análises estatísticas descritivas, por meio de frequências absolutas e percentuais de todas as variáveis do estudo e posterior confecção de tabelas.

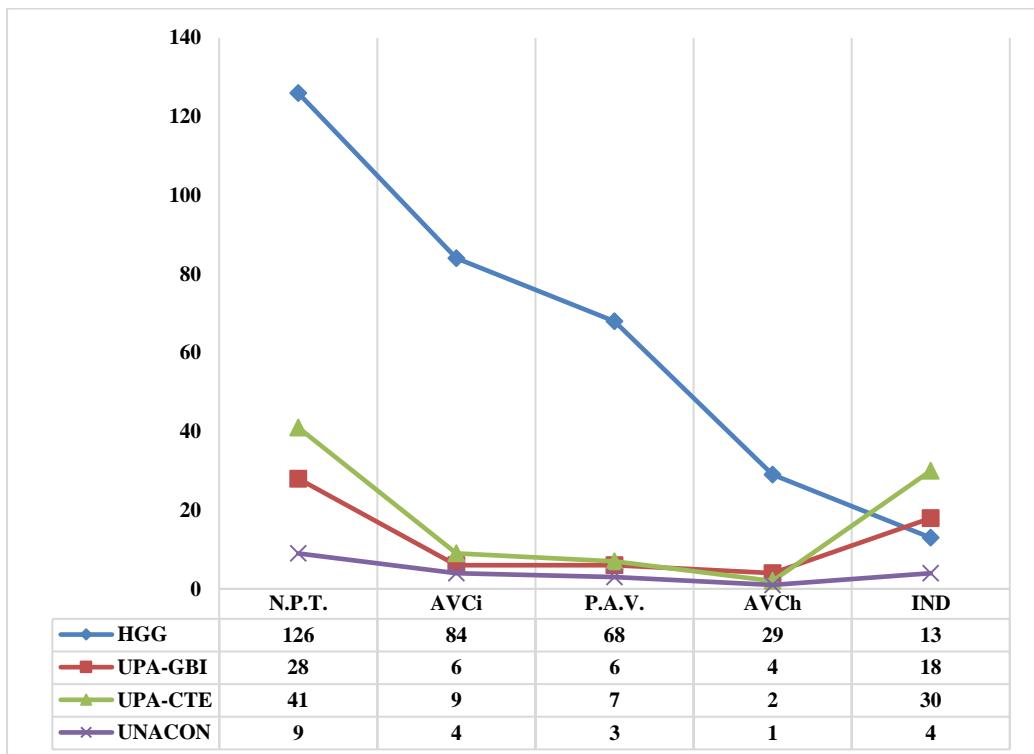
RESULTADOS E DISCUSSÕES:

Há uma incidência anual de AVC de 108 para cada 100 mil habitantes – de acordo a OMS-, dado o qual, quando levado a proporção da população estimada, segundo o IBGE (2021), dos municípios de Caetité com 51.184 e Guanambi com 85.353 habitantes, obteve-se 136.537 habitantes, estipulando-se então 147 casos anuais de AVC. Todavia, foram notificados no TABNET.DATASUS., 199 casos de Acidente vascular cerebral não especificado hemorrágico ou isquêmico (CID I64), nestes municípios nos períodos de junho de 2021 a junho de 2022. Desde modo, evidencia-se que nos municípios de estudo há uma prevalência superior a estimada pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2013).

No presente estudo, identificaram-se 139 prontuários com AVC, aproximando-se precisamente do esperado pela OMS, nos quais, 103 (74,10%) casos corresponderam ao AVCi e 36 (25,90%) ao AVCh. Achados estes que são diretamente proporcionais a prevalência estabelecida pela CONITEC (BRASIL, 2021).

No gráfico 01: observou-se que o número total de prontuários (NTP) foi de 204, sendo identificados 103 diagnosticados com acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi), e destes, 84 prontuários avaliados (P.AV.) -vale ressaltar que os prontuários avaliados foram os que contiveram casos de AVCi em pacientes com idade ≥ 18 anos e ≤ 80 anos. Também, notou-se, que 36 foram diagnosticadas com acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCh) e que 65 não tiveram o diagnóstico conclusivo, e portanto, contabilizou-se estas como indeterminadas (IND).

Gráfico 01 - Análise descritiva da amostra.



Fonte: Autores (2022).

No gráfico 02: Foram encontrados no HGG 84 prontuários identificados com AVCi, destes 47 não apresentaram nenhuma contraindicação e 20 apresentaram indicações, portanto, aptos em tempo de janela, todavia apenas 04 foram trombolizados. Seguindo o mesmo raciocínio, na UPA-GBI foram encontrados 6 prontuários correspondentes ao AVCi, em que todos estiveram elegíveis ao uso do trombolítico, mas, apenas 2 apresentaram aptos em tempo de janela, desta maneira, os 4 restantes não estiveram aptos diante perda de janela, e todos foram transferidos para devido tratamento. Na UPA-CTE foram encontrados 9 prontuários correspondem ao AVCi, dos quais 7 apresentaram elegíveis, mas apenas 2 estão aptos em tempo de janela, sendo 5 não estão aptos diante perda de janela, e os 7 pacientes foram transferidos para devido tratamento. Por fim, na UNACON foram encontrados 5 prontuários com AVCi e 1 não apto diante perda de janela. Em que: S/C. IND = sem contraindicação; IND = indicação; TT = tratamento trombolítico e TRANSF = transferência.

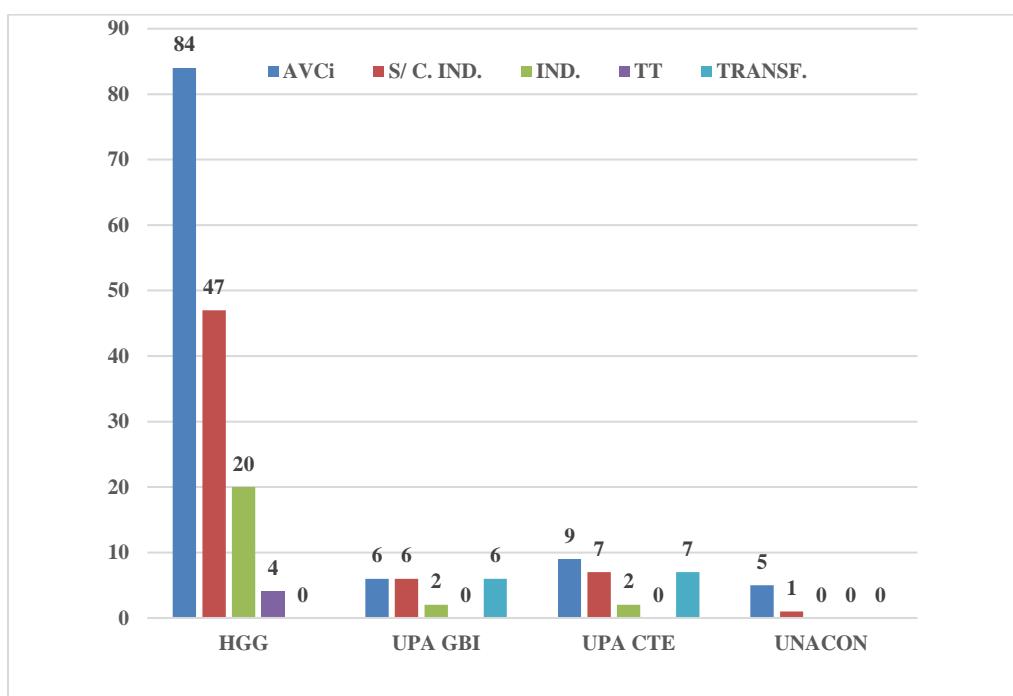
Portanto, foram encontrados 204 prontuários com suspeita de AVC, dentre estes foram identificados 103 casos de AVCi. Diante dos casos de AVCi total 81,85% correspondem ao HGG, 5,82% a UPA-GBI, 8,73% a UPA-CTE e 4,85% a UNACON. Dentro dos casos de AVCi, 59,22% foram elegíveis, mas apenas 23,30% estiveram aptos a terapia trombolítica. Apenas 3,88% dos pacientes com AVCi receberam tratamento trombolítico.

Este estudo corrobora com Pedra *et al.*, (2019), que 24,7% dos pacientes não apresentavam contraindicação ao uso de trombolítico documentada no prontuário, e apenas dois pacientes (0,27%) dos

743 casos de AVCi, foram submetidos a terapia trombolítica no período de três anos, sendo esse valor extremamente inferior ao descrito na literatura, onde dentre os pacientes com diagnóstico de AVCi, cerca de 11 a 13% receberam a terapia. Dessa maneira, este presente estudo observou-se que 59,22% não apresentavam contraindicação ao uso de trombolítico documentada no prontuário e apenas 4 (3,88%), entre 103, foram submetidos a terapia trombolítica em um ano. É sabido que para instituição da terapia trombolítica, os pacientes preferencialmente têm que estar em unidades de terapia intensiva ou em centros especializados, onde eles possam receber os cuidados e a constante monitorização dos sinais vitais e estado neurológico.

A transferência para tratamento foi identificada nas unidades de pronto atendimento de Guanambi e Caetité, BA, sendo assim contabilizadas apenas as transferências dos pacientes já diagnosticados com AVCI e com idade ≥ 18 anos e ≤ 80 anos. Todavia, foram também identificados, mas não contabilizados, prontuários que solicitaram transferências de emergência diante sinais e sintomas característicos do AVC, bem como gravidade do paciente, a fim de otimizar o tempo para realização da TC, exames laboratoriais necessários e consequentemente o tratamento devido.

Gráfico 02 - Mapeamento geral dos prontuários de AVCi em 2021.2 a 2022.1.



Fonte: Autores (2022).

HOSPITAL GERAL DE GUANAMBI:

Os períodos de prontuários no Hospital Geral de Guanambi correspondem aos meses seguintes do ocorrido, mediante liberação pelo setor de faturamento. Dessa forma, excepcionalmente realizamos a coleta de dados nos períodos de julho de 2021 a julho de 2022 – correspondendo assim, aos meses de junho deste intervalo de 1 ano.

Foram identificados 126 prontuários, dos quais 84 foram diagnosticados com AVCi, 29 com AVCh e 13 tiveram o diagnóstico descartado diante resultado de TC ou resolução espontânea. Por fim, 68 prontuários foram selecionados mediante os critérios para avaliação – diagnóstico de AVCi e ter idade maior igual a 18 ou menor igual a 80 anos.

Sobre os 71 prontuários avaliados:

Quanto aos critérios de inclusão:

31 deram entrada na unidade antes das 04:30h de sinais e sintomas; 58 realizaram TC de crânio; e apesar de todos terem sido solicitado a avaliação do neurologista, apenas foram identificados 34 pacientes que passaram por tal especialista.

Quanto aos critérios de exclusão:

Os pacientes com resolução espontânea foram excluídos desde o princípio, para a avaliação dos prontuários. Foram identificados 10 pacientes com AVCi extenso, 9 com quadro de sangramentos e/ou hemorragias; 3 com TTPa >40 segundos e 1 com RNI > 1,7. Demais critérios de exclusão não foram identificados pelos autores durante a análise dos prontuários.

Quanto ao provável tratamento:

Neste viés, de maneira mais ampla, foram identificados 20 prontuários que poderiam ter sido trombolizados (indicação e não ter contra-indicação), dentre eles apenas 4 foram trombolizados. É válido ressaltar que houve pacientes sem contra-indicação que poderiam ter tido indicação caso tivessem dado entrada na unidade hospitalar dentro do tempo de janela; ou mesmo para aqueles que compareceram dentro deste tempo, caso tivessem o resultado da TC de crânio com achados de AVCi antes das 04:30 horas – a estes obtivemos um total de 27 pacientes.

Quanto aos critérios de funcionalidade:

Em sua totalidade, foi identificado apenas 1 prontuário, em especial de paciente trombolizado, que apresentou a escala NIHSS – de 19 para 17 após terapia com alteplase. De acordo a um estudo de comparação de pacientes e o nível de severidade do déficit neurológico por causa de AVCi, que foram submetidos ou não a terapia trombolítica, foi possível identificar que o grupo trombolizado apresentou melhora significativa de sete pontos na NIHSS, da internação até a alta hospitalar, o que resultou em uma condição neurológica melhor até o momento da alta quando comparado aos pacientes não trombolizados. Tal resultado é compatível ao estudo citado na literatura pioneira do National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) (HANAUER, L. et al, 2018).

A escala modificada de Rankin não foi identificada nos prontuários, e deste modo, nós autores, mediante a achados clínicos descritos nas evoluções, sejam elas: médica, enfermagem, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, neurologista e alta, determinamos o Rankin de admissão e transferência hospitalar dos pacientes.

Quanto aos pacientes aptos a terapia com alteplase: Trombolizados.

No gráfico 03: Evidenciou-se a Escala modificada de Rankin (0-6), de acordo com a admissão e alta dos pacientes que foram trombolizados no HGG. Dentre os prontuários avaliados, 4 pacientes foram trombolizados, no qual o paciente número 393910185 foi admitido com Rankin 4 e na alta com o Ranking 6. O paciente número 420468488 com o Ranking 5 na admissão e Ranking 2 na alta. Já o paciente número 411790615 com o Rankin 5 na admissão e Ranking 3 na alta. E o paciente número 408930594 teve Rankin 5 e Ranking 4 na alta.

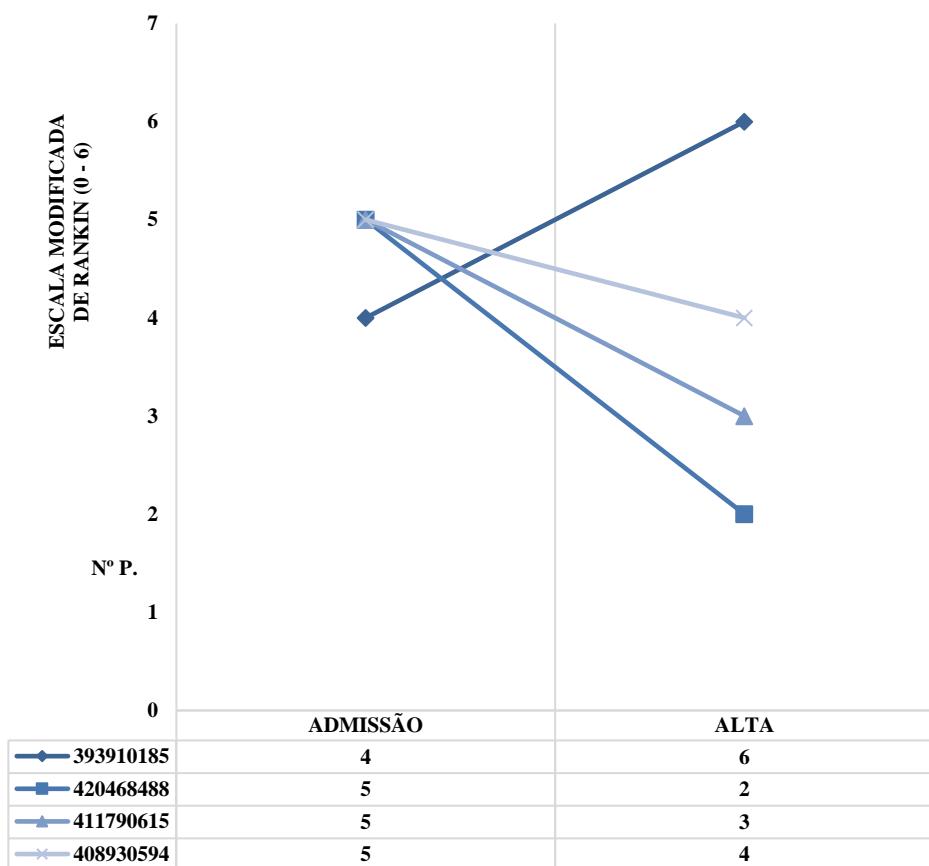
Portanto, na avaliação global dos pacientes admitidos na unidade HGG com AVCi que foram trombolizados consiste em 4,76% dos pacientes. Dentro do universo dos pacientes trombolizados, notou-se 75% com a mesma pontuação de 5 na escala de Rankin - na admissão, foram evidenciadas melhorias nos pacientes com uso de alteplase, sendo estes proporcionais a melhorias de 50%, 33,33% e 16,67% respectivamente, queda de 3, 2 e 1 pontos na escala. Os 25% restantes foram admitidos com 4 na escala e apresentaram uma piora absoluta de 33,33%, este por sua vez, teve transformação do AVC isquêmico para hemorrágico e evoluiu para o óbito, 6 na escala. A este prontuário em específico, a admissão do paciente

foi constatada diante quadro de autoextermínio, concluindo assim, que o declínio deste paciente decorreu de fatores externos ao acidente vascular cerebral e sua terapia trombolítica.

De acordo Martins *et al.*, (2004), em um cruzamento de dados, estabelecido na Universidade do Rio Grande do Sul (UFRGS), a segurança no uso do trombolítico foi evidenciada pela baixa taxa de sangramento intracraniano sintomático, sendo que aos pacientes tratados com rtPA endovenoso essa taxa reduziu-se a zero. Essa redução deveu-se a exclusão de pacientes com infarto precoce maior que 1/3 do território da artéria cerebral media – fator considerado neste estudo aos fatores de contraindicação na terapia trombolítica-. Todavia, desvios de protocolo acontecem frequentemente, sendo a causa mais comum, o tratamento de paciente com mais de 3 horas de evolução. No presente estudo não foi possível identificar com precisão o tempo em que se deu a terapia com o alteplase. Além disso, ainda nesse estudo dado pelo UFRGS, evidenciou-se que a avaliação da TC dada em conjunto por radiologista e o neurologista provavelmente tenha contribuído para diminuir a chance de tratamento de pacientes com AVCi extensos precoces ou sinais de sangramento.

Em um outro estudo, evidenciou-se que já é justificável a trombólise intra-arterial do ponto de vista de eficácia e segurança, e é considerado por grande parte dos especialistas como método de eleição para pacientes com AVCi, uma vez que as evidências de eficácia são muito maiores do que com a trombólise endovenosa. Todavia, seu manejo implica em diversas desvantagens que se apresentam diante a potencial demora devido à complexidade do tratamento, os riscos, custos e é claro, a disponibilidade no serviço hospitalar (MENDES; LOPES; GAGLIARDI, GAGLIARDI, 2020).

Gráfico 03 - Pacientes aptos a terapia com alteplase: Pacientes trombolizados (HGG).



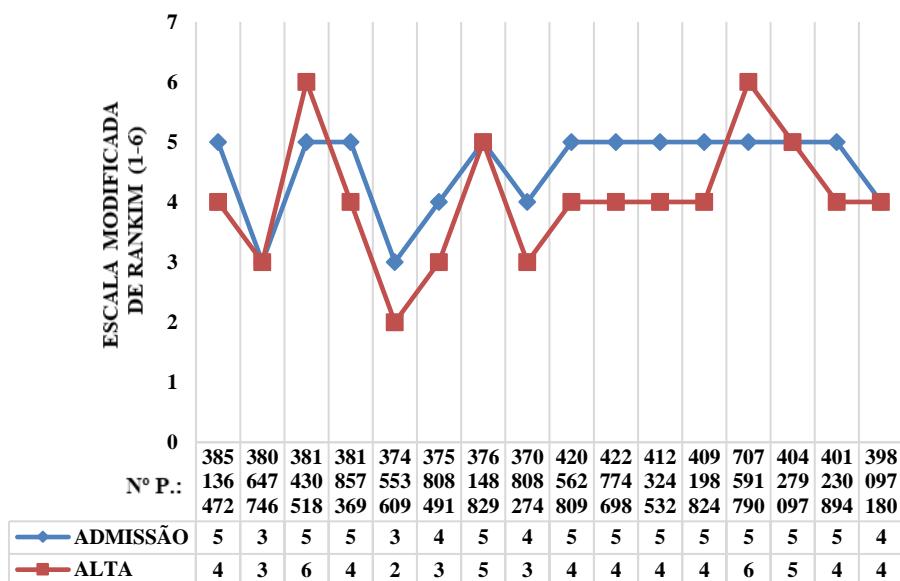
Fonte: Autores (2022).

Quanto aos pacientes aptos a terapia com alteplase: Não trombolizados.

No gráfico 04: O gráfico evidencia a Escala modificada de Rankin (0-6), de acordo com a admissão e alta dos pacientes que poderiam ter sido trombolizados no HGG. Os números sequenciais em 9 dígitos indicam o número do prontuário, ou seja, um paciente, dentre os prontuários avaliados, pacientes apresentavam indicação e sem contraindicação para o tratamento, mas não foram trombolizados.

Na avaliação global dos pacientes admitidos na unidade HGG com AVCi, 23,80% correspondem aos pacientes que poderiam ter sido trombolizados, ou seja, apresentavam indicações e sem contraindicações, todavia 19,04% não receberam a terapia. Dentro do universo que poderiam ter sido trombolizados, mas não foram, 68,75% destes foram admitidos com a escala modificada de Rankin de 5, 18,75% com 4 e 12,5% com 3. Por outro viés, na alta hospitalar foram identificados 12,5% com pontuação 6, 12,5% com 5, 50% com 4, 18,75% com 3 e 6,25% com a pontuação 2 na escala modificada de Rankin. Portanto, de acordo com a escala modificada de Rankin, evidenciou-se 12,5% de piora, 25% sem oscilações e 62,5% com queda absoluta de 1 ponto na escala modificada de Rankin.

Gráfico 04 - Pacientes aptos a terapia com alteplase: Pacientes não trombolizados (HGG).



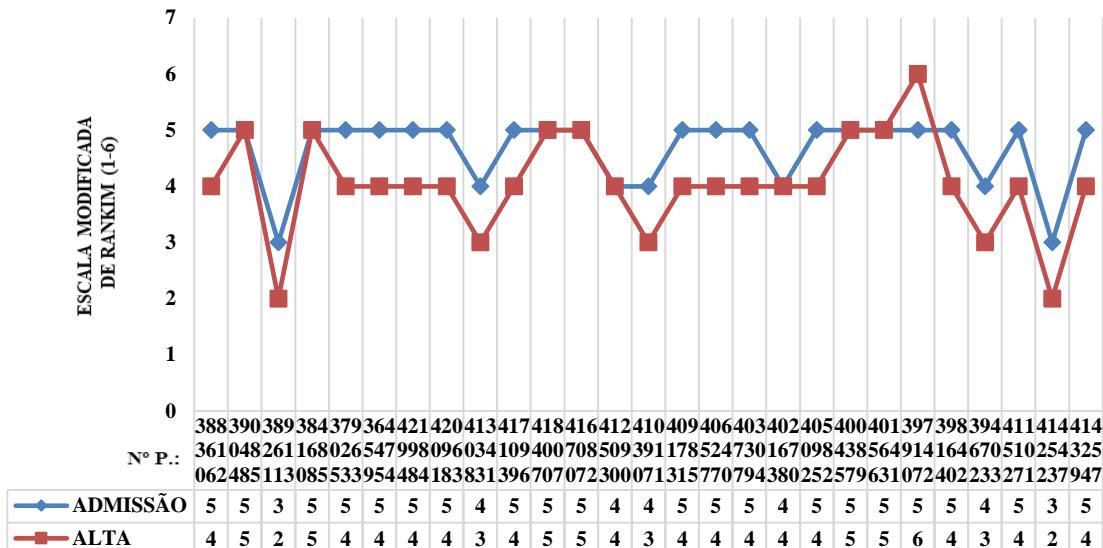
Fonte: Autores (2022).

Quanto aos pacientes não aptos a terapia com alteplase: pacientes que perderam a janela terapêutica.

No gráfico 05: Evidencia-se a Escala modificada de Rankin (0-6), de acordo com a admissão e alta dos pacientes do HGG que perderam tempo de janela ($>04:30H$), com demais indicações e sem contraindicação. Os números sequenciais em 9 dígitos indicam o número do prontuário (Nº P.), ou seja, um paciente, dentre os prontuários avaliados.

Na avaliação global dos pacientes admitidos na unidade HGG com AVCi, 32,14% perderam o tempo de janela, ou seja, apresentando tempo $>04:30h$ com demais indicações e sem contraindicações. Dentro deste universo, 74,07% destes foram admitidos com a escala modificada de Rankin de 5; 18,52% com 4 e 7,41% com 3. Por outro viés, na alta hospitalar foram identificados 3,70% com pontuação 6; 22,22% com 5; 55,55% com 4; 11,11% com 3 e 7,42% com a pontuação 2 na escala modificada de Rankin. Portanto, de acordo com a escala modificada de Rankin, evidenciou-se 3,71% de piora, 29,62% sem oscilações e 66,67% com queda absoluta de 1 ponto na escala modificada de Rankin.

Gráfico 05 - Pacientes não aptos a terapia com alteplase: Pacientes que perderam a janela terapêutica (HGG).



Fonte: Autores (2022).

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE GUANAMBI, BA:

Os prontuários da unidade de pronto atendimento de Guanambi, BA, foram identificados pelo livro de pacientes admitidos/ regulados/ transferidos de 2021.2 a 2022.1, por meio da suspeita diagnóstica de AVC, em suas datas específicas – é valido salientar que não foi possível encontrar os pacientes entre os meses de junho a setembro de 2021, devido a não localização do volume da ata. Desse modo, foram identificados 35 prontuários com possível diagnóstico de AVC, no entanto, foram encontrados 28, sendo 4 AVCh, 18 não tiveram o diagnóstico determinado, 6 foram diagnosticados como AVCI, e dentre estes, apenas 6 foram selecionados mediante os critérios para avaliação.

Sobre os 6 pacientes:

Quanto aos critérios de inclusão:

2 teve tempo de sinais e sintomas inferior às 4,5hs e realizaram a tomografia de crânio; apesar da solicitação de avaliação do neurologista, não foram identificados o mesmo.

Quanto aos critérios de exclusão:

3 pacientes apresentaram AVCI extenso. De maneira geral, os critérios laboratoriais não foram possíveis serem determinados na unidade. Neste viés, notou-se que os demais pacientes foram solicitados transferência mesmo sem o diagnóstico de imagem, afim de promover uma assistência adequada.

Quanto aos critérios de funcionalidade:

Em sua totalidade, não foi identificada a escala NIHSS, bem como a escala modificada de Rankin, e deste modo, nós autores, mediante a achados clínicos descritos nas evoluções, sejam elas: médica, enfermagem, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, neurologista e alta, determinamos o Rankin de admissão e transferência hospitalar dos pacientes.

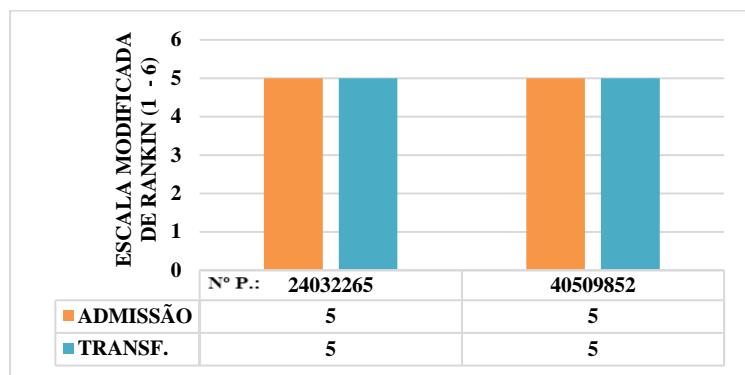
Quanto aos pacientes aptos a terapia com alteplase: não trombolizados.

No gráfico 06: Evidencia a Escala modificada de Rankin (0-6), de acordo com a admissão e alta dos pacientes que poderiam ter sido trombolizados da UPA-GBI. Os números sequenciais indicam o número do prontuário, ou seja, um paciente, dentre os prontuários avaliados, pacientes apresentavam indicação e sem contraindicação para o tratamento, mas não foram trombolizados.

Na avaliação global dos pacientes admitidos na unidade UPA-GBI com AVCI que poderiam ter sido trombolizados, ou seja, apresentando indicações e sem contraindicações, consistem em 33,33% dos

pacientes. Dentro do universo dos pacientes que poderiam ter sido trombolizados apresentam a mesma pontuação na escala modificada de Rankin na admissão e na transferência, sendo 5. Portanto, de acordo com a escala, evidenciou-se que ambos não tiveram oscilações e foram transferidos para plano terapêutico adequado.

Gráfico 06 - Pacientes aptos a terapia com alteplase: Pacientes não trombolizados (UPA-GBI)



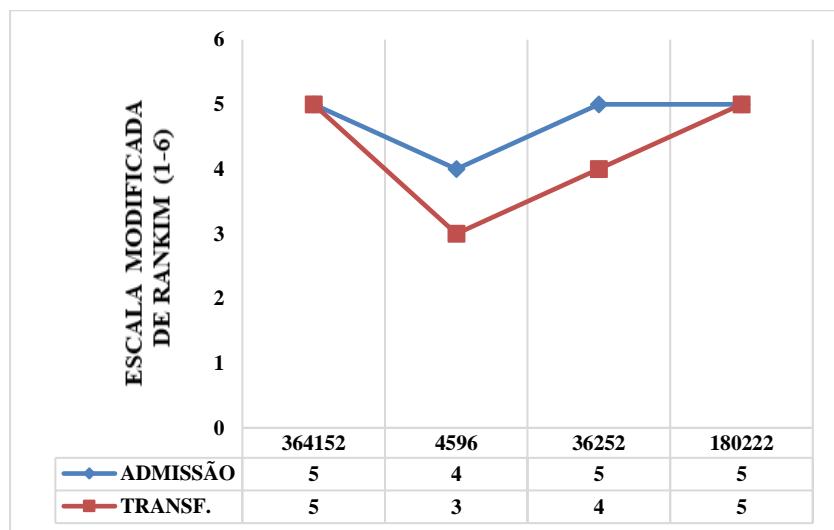
Fonte: Autores (2022).

Quanto aos pacientes não aptos a terapia com alteplase: pacientes que perderam a janela terapêutica.

No gráfico 07: Evidência a Escala modificada de Rankin (0-6), de acordo com a admissão e alta dos pacientes da UPA-GBI que perderam tempo de janela (>04:30H), com demais indicações e sem contraindicação. Os números sequenciais indicam o número do prontuário, ou seja, um paciente, dentre os prontuários que foram avaliados.

Na avaliação global dos pacientes admitidos na unidade UPA-CTE com AVCi que perderam o tempo de janela, ou seja, apresentando >04:30h com demais indicações e sem contraindicações, consistem em 66,66% dos pacientes. Dentro do universo dos pacientes que perderam a janela, 75% destes foram admitidos com a escala modificada de Rankin de 5 e 25% com 4. Por outro viés, na transferência foram identificados 50% com pontuação 5, 25% com 4 e 25% com 3 na escala modificada de Rankin. Portanto, de acordo com a escala modificada de Rankin, evidenciou-se 50% sem oscilações e 50% de melhora com queda absoluta de 1 ponto na escala modificada de Rankin.

Gráfico 07 - Pacientes não aptos a terapia com alteplase: Pacientes que perderam a janela terapêutica (UPA-GBI).



Fonte: Autores (2022).

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE CAETITÉ, BA:

Os prontuários da unidade de pronto atendimento de Caetité, BA, foram identificados pelo livro de pacientes admitidos/ regulados/ transferidos de 2021.2 a 2022.1, por meio da suspeita diagnóstica de AVC, em suas datas específicas. Desse modo, foram identificados 50 prontuários com possível diagnóstico de AVC, no entanto, foram encontrados 41 prontuários, sendo 2 AVCH, 30 não tiveram o diagnóstico determinado, 9 foram diagnosticados como AVCI, e dentre estes, apenas 7 foram selecionados mediante os critérios para avaliação.

Sobre os 7 pacientes:

Quanto aos critérios de inclusão:

2 pacientes tiveram o início dos sintomas inferior às 4,5hs e realizaram a tomografia de crânio; apesar da solicitação de avaliação do neurologista, não foram identificados o mesmo.

Quanto aos critérios de exclusão:

Apenas 1 paciente apresentou uma provável resolução espontânea. De maneira geral, os critérios laboratoriais não foram possíveis serem determinados na unidade.

Neste viés, notou-se que aos demais paciente foram solicitados transferência mesmo sem o diagnóstico de imagem, afim de promover uma assistência adequada.

Quanto aos critérios de funcionalidade:

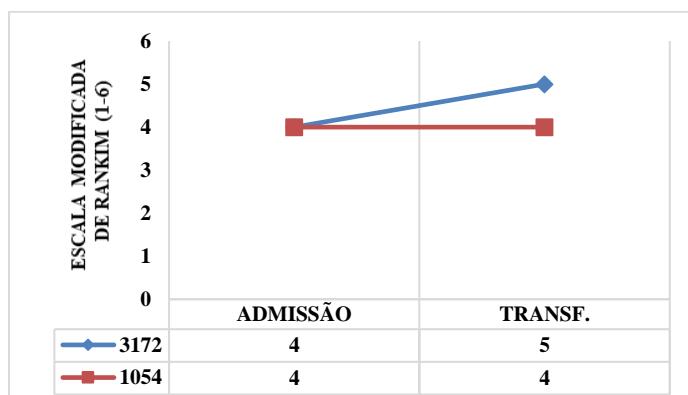
Em sua totalidade, não foi identificada a escala NIHSS, bem como a escala modificada de Rankin, e deste modo, nós autores, mediante a achados clínicos descritos nas evoluções, sejam elas: médica, enfermagem, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, neurologista e alta, determinamos o Rankin de admissão e transferência hospitalar dos pacientes.

Quanto aos pacientes aptos a terapia com alteplase: não trombolizados.

No gráfico 08: Evidencia a Escala modificada de Rankin (0-6), de acordo com a admissão e saída para transferência dos pacientes que poderiam ter sido trombolizados na UPA-CTE. Os números sequenciais indicam o número do prontuário, ou seja, um paciente, dentre os prontuários avaliados, pacientes apresentavam indicação e sem contraindicação para o tratamento, mas não foram trombolizados.

Na avaliação global dos pacientes admitidos na unidade UPA-CTE com AVCI que poderiam ter sido trombolizados, ou seja, apresentando indicações e sem contraindicações, consistem em 22,22% dos pacientes. Dentro do universo dos pacientes que poderiam ter sido trombolizados, todos apresentam a mesma pontuação na escala modificada de Rankin na admissão, sendo este valor de 4; 50% transferido com pontuação 4 e 50% transferido com a pontuação 5. Portanto, de acordo com a escala, evidenciou-se que metade teve piora de 1 ponto na escala modificada de Rankin e o outro sem oscilações, ambos transferidos para plano terapêutico adequado.

Gráfico 08 - Pacientes aptos a terapia com alteplase: Pacientes não trombolizados (UPA-CTE)



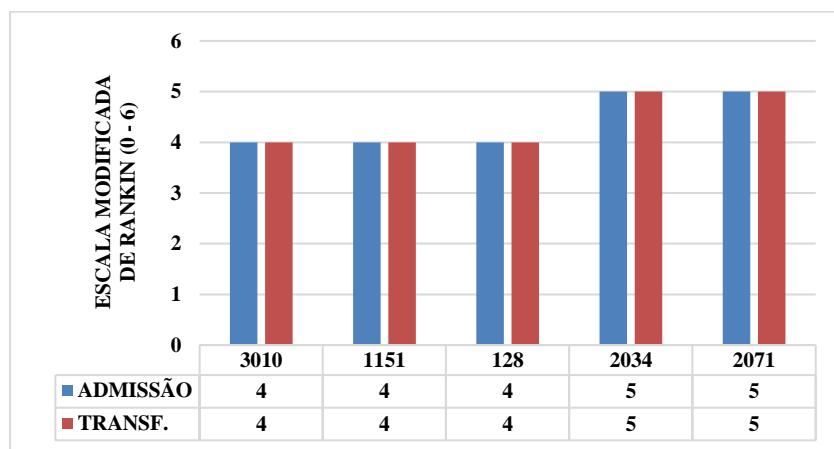
Fonte: Autores (2022).

Pacientes não aptos a terapia com alteplase: pacientes que perderam a janela terapêutica.

No gráfico 09: O gráfico evidencia a Escala modificada de Rankin (0-6), de acordo com a admissão e saída para transferência dos pacientes da UPA-CTE que perderam tempo de janela (>04:30H), com demais indicações e sem contraindicação. Os números sequenciais indicam o número do prontuário, ou seja, um paciente, dentre os prontuários avaliados.

Na avaliação global dos pacientes admitidos na unidade UPA-CTE com AVCi que perderam o tempo de janela, ou seja, apresentando >04:30h com demais indicações e sem contra-indicações, consistem em 55,55% dos pacientes. Dentro do universo dos pacientes que perderam a janela, 60% apresentaram a mesma pontuação na escala modificada de Rankin na admissão e saída, sendo 4; 40% com escala de admissão e saída de 5. Portanto, de acordo com a escala, evidenciou-se que não tiveram oscilações e foram transferidos para plano terapêutico adequado.

Gráfico 09 - Pacientes não aptos a terapia com alteplase: Pacientes que perderam a janela terapêutica (UPA-CTE).



Fonte: Autores (2022).

UNACON:

Os prontuários da UNACON foram identificados pelo código de procedimento 030304149, correspondente ao tratamento de acidente vascular cerebral, disponibilizados pelo setor de faturamento. Por se tratar de um programa novo na unidade em questão, foi possível identificar somente a partir de março de 2022 a junho de 2022.

Ao total foram sinalizados 20 prontuários pelo faturamento, sendo identificados 9 no SAME. Dentre estes, 4 foram diagnosticados como AVCi, 1 AVCh e 4 tiveram o diagnóstico descartado diante resultado de TC. Sendo assim, apenas 3 foram selecionados mediante os critérios para avaliação.

Sobre os 3 pacientes:

Quanto aos critérios de inclusão:

1 paciente teve início dos sintomas inferior às 4,5hs, todos realizaram a tomografia de crânio. E apesar das solicitações, identificamos apenas 1 paciente que passou pela avaliação do neurologista.

Quanto aos critérios de exclusão:

1 paciente não apresentou contra-indicação e os 2 restantes apresentaram hemorragias, sendo uma digestiva e outra devido a um mioma. Neste campo, notou-se um paciente início dos sinais e sintomas inferior às quatro horas e meia, sem contra-indicação, que teve resultado de tomografia de crânio (TC) com achados de AVCi e avaliação neurológica. Todavia, perdeu-se a indicação pois, a TC foi realizada posteriormente às 4,5h de janela.

Quanto aos critérios de funcionalidade:

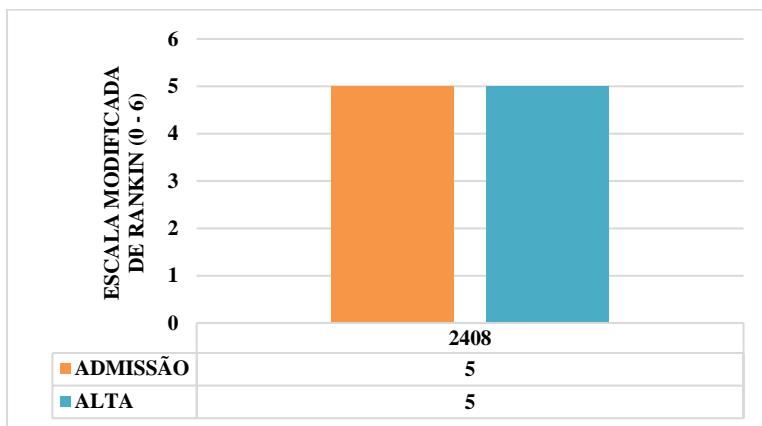
Nesse paciente não foi identificada a escala NIHSS, bem como, a escala modificada de Rankin, e deste modo, nós autores, mediante a achados clínicos descritos nas evoluções, sejam elas: médica, enfermagem, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, neurologista e alta, determinamos o Rankin de admissão e alta hospitalar do paciente, que por sua vez fora de 5.

Quanto aos pacientes não aptos a terapia com alteplase: pacientes que perderam a janela terapêutica.

No gráfico 10: Evidencia a Escala modificada de Rankin (0-6), de acordo com a admissão e alta dos pacientes da UNACON que perderam tempo de janela ($>04:30H$), com demais indicações e sem contraindicação. Os números sequenciais em 4 dígitos indicam o número do prontuário, ou seja, um paciente, apenas 1 prontuário identificado nesse requisito.

Na avaliação global dos pacientes admitidos na unidade UPA-CTE com AVCi que perderam o tempo de janela, ou seja, apresentando $>04:30h$ com demais indicações e sem contraindicações, consistem em 20% dos pacientes. O qual apresentou a mesma pontuação na escala modificada de Rankin na admissão e saída, sendo 5. Portanto, de acordo com a escala, não se evidenciou oscilações.

Gráfico 10 - Pacientes não aptos a terapia com alteplase: Pacientes que perderam a janela terapêutica (UNACON).

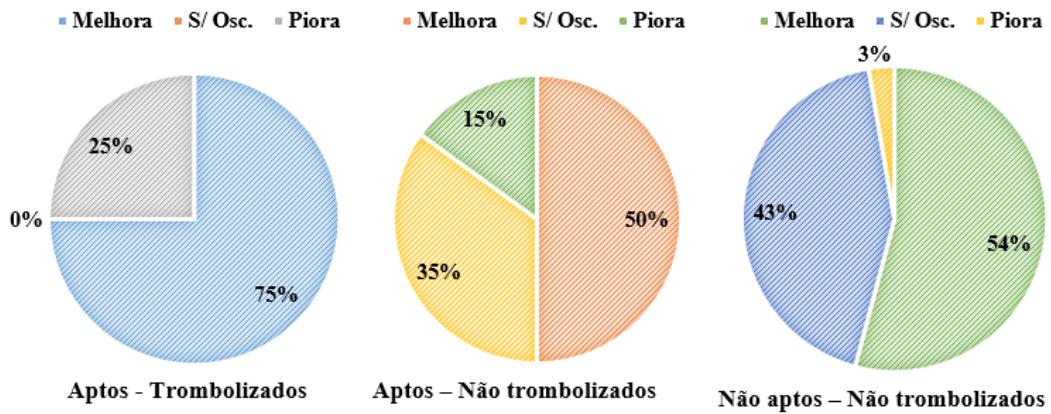


Fonte: Autores (2022).

RESULTADOS GERAIS:

Nas escalas globais dos 61 pacientes elegíveis foi possível concluir que: 4 receberam a terapia trombolítica – estes ocorreram no HGG e, portanto, já foram supracitados –. 20 não receberam a terapia, embora fossem aptos como apresentado no gráfico 11: 15% obtiveram piora em 1 pontos na escala modificada de Rankin (EMR), caracterizando nestes casos específicos em 2 óbitos e 1 paciente com incapacitação severa; 35% não apresentaram oscilações e 50% apresentaram melhora em 1 ponto na EMR. Assim, para Sartoretto, Silva, Shein e Madeira (2019), e Tsivgoulis, Kargiotis e Alexandrov (2017), o intervalo de tempo superior as 4,5 horas do início dos sintomas ao tempo de porta agulha: é a principal contraindicação ao uso do trombolítico. A estes pacientes, não aptos, no presente estudo observou-se 37, em que 2,70% obtiveram piora em 1 pontos na escala modificada de Rankin (EMR), caracterizando neste caso específico em 1 óbitos; 43,24% não apresentaram oscilações e 54,06% apresentaram melhora em 1 ponto na EMR – Gráfico 11.3. Em que “S/ Osc.” = sem oscilações.

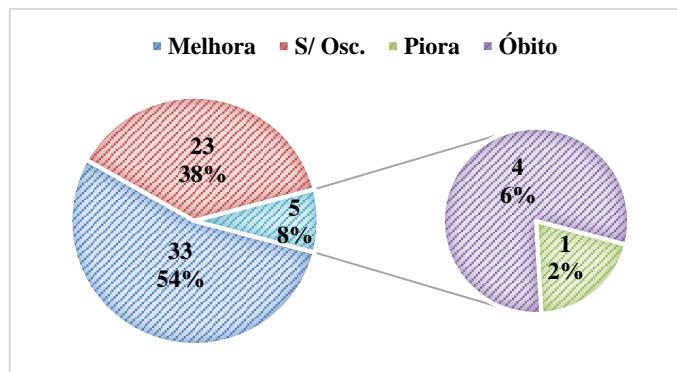
Gráfico 11 – Avaliação Global da capacidade funcional dos pacientes aptos trombolizados e não trombolizados e não aptos ao trombolítico.



Fonte: Autores (2022).

Portanto, ao unir essas 3 variáveis teremos o universo dos eleitos (pacientes com idade ≥ 18 anos e ≤ 80 anos, que foram acometidos com AVCi, apresentaram quadro clínico sugestivo, tiveram confirmação com TC e apresentaram ou não tempo de janela terapêutica). A estes, como apresentado no **gráfico 12**, verificamos as proporções de piora, não oscilações e melhora nos 61 pacientes elegíveis, identificamos 5 pacientes com piora, sendo 4 óbitos, 23 pacientes sem oscilações e 33 pacientes com melhora.

Gráfico 12 – Prognóstico global entre admissão e AH de acordo dados obtidos na escala modificada de Rankin.



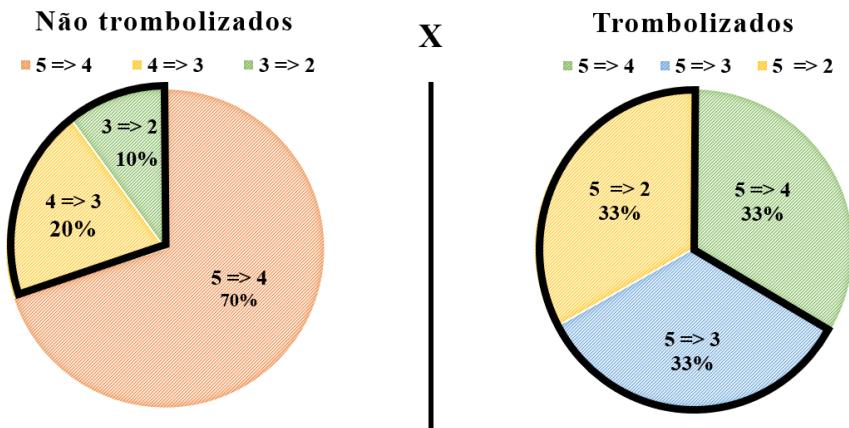
Fonte: Autores (2022).

Segundo Pedra *et al.*, (2019), são elevados os índices (78% a 100%) dos pacientes com limitações, principalmente para o desenvolvimento das atividades básicas de vida diária, apresentando assim, dependência grave e total em fase subaguda de AVC. Pacientes acometidos pelo AVC, 60% dos pacientes dependerão de cuidadores e familiares, apenas 30% se recuperaram (BARELLA *et al.*, 2019). Como apresentado no **gráfico 13**, dentro do universo dos pacientes que apresentaram melhora, segregou-se aqueles que não realizaram a terapia trombolítica ($30 = 90,90\%$) dos que realizaram ($3 = 9,10\%$) e deste modo obtivemos diretamente a porcentagem do grau da escala de Rankin a qual estes pacientes tiveram alta/transferência hospitalar.

Aos não trombolizados: 70% apresentaram a melhora para o grau 4 na escala modificada de Rankin, 20% para o grau 3 e 10% o grau 2, ou seja, 70% não evidenciaram uma independência funcional e apenas 30% recuperaram a independência funcional. Em contrapartida, aos pacientes trombolizados obteve-se: 33,33% apresentaram melhora para o grau 4; 33,33% para o grau 3 e 33,33% apresentaram melhora para o grau 2, ou seja, 66% apresentaram independência funcional diante o uso do trombolítico. Portanto, apesar da grande maioria dos não trombolizados terem apresentado uma melhora, evidenciou-se que ainda assim, 70% desses dependerão de cuidadores e familiares, enquanto aos que foram trombolizados essa proporção se reduz a 33,33%. Resultados inferiores também foram obtidos em estudo realizado por Silva,

Canto (2018), os quais observaram em indivíduos pós-AVE que 25% atingiram uma pontuação característica de dependência e 52,6% foram observados por Carvalho et al., (2011). Corroborando com Pedra et al., (2019), que diz que a única droga que demonstrou importante diminuição da incapacidade funcional dos pacientes afetados, diminuindo consideravelmente a ocorrência de sequelas e o tempo de internação é a rtPA. Em que “AH” = alta hospitalar.

Gráfico 13 – Prevalência global do grau presente na Escala Modificada de Rankin em AH dos pacientes que apresentaram melhora – Pacientes trombolizados x pacientes não trombolizados.



Fonte: Autores (2022).

CONCLUSÃO

Os pacientes que receberam rtPA apresentaram melhor capacidade funcional quando comparados ao grupo de pacientes que não recebeu rtPA. Evidenciou-se 66% das melhorias obtidas nos trombolizados apresentaram independência funcional e, portanto, estes pacientes não necessitaram de cuidadores. Em contrapartida, é fundamental compreender que em 70% das melhorias obtidas na escala de Rankin nos pacientes não trombolizados não proporcionaram uma independência funcional.

Corroborando com a literatura, a terapia trombolítica é minimamente aplicada nas unidades de emergências dos municípios de estudo, e isto se deve tanto a desinformação populacional quanto a falta de protocolo aplicado dentro dos hospitais para manejo do paciente com AVCi. Deste modo, a realização de campanhas pelas vias de comunicação e hospitais sobre o AVC implicará na procura precoce da população, que por sua vez, necessitará de um atendimento específico com profissionais multidisciplinares em treinamento continuado, afim de garantir a manutenção do sistema de atendimento.

O estudo transversal apresentou-se como limitação na avaliação da Escala Modificada de Rankin, uma vez sua mudança pós quadro de AVC leva meses a anos para se alterar de forma significativa, mas ao encararmos como mudança imediata diante a terapia com rtPA, foi possível estabelecer este estudo. Por fim as limitações, os prontuários físicos avaliados apresentaram um déficit de informações necessárias a este estudo.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, C. et al. (2012). Diretrizes para tratamento do acidente vascular isquêmico - Parte I. Disponível em: <https://iweb04.itarget.com.br/itarget.com.br/newclients/sbavc/wp-content/uploads/2021/06/Diretriz_SBDCV_AVCI_parte1.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2022.

BACKES, F. N. (2019). BIOMARCADORES SÉRICOS E PROGNÓSTICO NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO: universidade federal do rio grande do sul faculdade de medicina programa de pós-graduação em medicina: *ciências médicas.*, Porto de Alegre, p. 1-134, 13 dez. 2019.

BARELLA, R. P., et al. (2019). Perfil do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em um hospital filantrópico do sul de Santa Catarina e estudo de viabilidade para implantação da unidade de AVC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 48, n. 1, p. 131-143. Disponível em: Acesso em: 06/abr/2022.

BOTELHO, T.S.B., NETO C.D.M., ARAÚJO, F.L.C. & ASSIS, S.C. (2016). Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. *Temas em saúde*, v.16, n.2, p. 1-17. Disponível em: <https://temasemsaudade.com/wp-content/uploads/2016/08/16221.pdf>. Acesso em: 04/abr/2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2021). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. Brasília: *Ministério da Saúde*, 2021. 120 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2022). Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (AVC) na rede de atenção às urgências e emergências. *Conitec*. Disponível em: [@download/file/pcdt-cuidados-AVC.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/mídias/protocolos/pcdt-cuidados-avc.pdf). Acesso em: 20/out/2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2013). Manual de rotinas para atenção ao AVC. MS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf, Acesso em: 20/abr/2022.

CARVALHO, J. J. F. et al. (2011). Stroke epidemiology, patterns of management, and outcomes in Fortaleza, Brazil: a hospital-based multicenter prospective study. *Stroke*, v. 42, n. 12, p. 3341-3346. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.626523>. Acesso em: 16/out/2022.

GENTILINI, G.L. et al. (2022). Índice de independência funcional de pacientes pós-acidente vascular cerebral submetidos a um programa de reabilitação multiprofissional: revista de medicina. [S.L.], v. 101, n. 4, p. 1-8, 15 jul. 2022. Universidade de São Paulo, *Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA)*. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i4e-174732>.

Gil, A. C. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: *Atlas*. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9nicas-de-pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 14/abr/2022.

HANAUER, L. et al. (2018). Comparação da severidade do déficit neurológico de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo submetidos ou não à terapia trombolítica. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 25, n. 2, p. 217-223. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18020425022018>. Acesso em: 18/out/2022.

MARTINS, S.C.O., et al. (2019). Quatro anos de experiência no tratamento trombolítico do AVC Isquêmico na cidade de Porto Alegre. *Revista Neurociências*, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 31-36, 23 jan. 2019. Universidade Federal de São Paulo. <http://dx.doi.org/10.34024/rnc.2006.v14.8784>.

MARTINS, S.C.O.M., CHAVES, M.L.F. (2004). Avaliação da efetividade, segurança e qualidade do tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo com terapia trombolítica através da estruturação de uma unidade vascular no sul do brasil. *Programa de Pós-graduação em Medicina: Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul*. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/197997/000601919.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15/jun/2022.

MENDES, Natalia Trombini; LOPES, Rônny Pinto; GAGLIARDI, Vivian Dias Baptista; GAGLIARDI, Rubens José. (2020). Wake-Up Stroke: relato de caso, importância e perspectivas futuras / wake-up stroke. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, [S.L.], v. 65, n. 1, p. 1-4, 28 out. 2020. Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho. <http://dx.doi.org/10.26432/1809-3019.2020.65.045>.

OLIVEIRA, Bruno Raone Leão de; MELO, Ailton de Souza; PEDREIRA, Bruno Bacellar. (2013). Situações que mimetizam AVC: uma revisão de literatura. 45 f. TCC (Graduação) - *Curso de Medicina, – Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Universidade Federal da Bahia, Salvador (Bahia)*. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10434/1/Bruno%20Raone%20Le%C3%A3o%20de%20Oliveira.pdf>. Acesso em: 20/mai/2022.

PEDRA, E. F. P., et al. (2019). Pacientes pós-AVC com e sem trombólise: análise da deglutição na fase aguda da doença. *Codas: Pacientes pós-AVC com e sem trombólise*, Belo Horizonte, v. 32, n. 1, p. 1-6, mar. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20192018229>.

PEREIRA, AS, SHITSUKA, DM, PEREIRA, FJ & SHITSUKA, R. (2018). Metodologia da pesquisa científica. *Santa Maria*. Ed. UAB/NTE/UFSM. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1. Acesso em: 27/abr/2022.

ROMANOWSKI, F.N.A.; CASTRO, M.B. & NERIS, N.W. (2019). Manual de tipos de estudo. *Centro Universitário de Anápolis*. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/15586/1/MANUAL%20DE%20TIPOS%20DE%20ESTUDO.pdf>. Acesso em: 08/mai/2022.

SARTORETTO, E.R., SILVA, G.S., SCHEIN, A.E., MADEIRA, K. (2019). Contraindicações ao uso de trombolítico em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral isquêmico num hospital de alta complexidade do sul catarinense no período de 2012 a 2014: associação médica brasileira. [s. l], p. 1-10, mar. 2019.

SAVER, Jeffrey L. et al. (2021). Standardized Nomenclature for Modified Rankin Scale Global Disability Outcomes: consensus recommendations from stroke therapy academic industry roundtable xi. *Stroke*, [S.L.], v. 52, n. 9, p. 3054-3062, set. 2021. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.121.034480>.

SCHMIDT, M. H.; SELAU, C. M.; SOARES, P. S.; FRANCHI, E. F.; PIBER, V. D.; QUATRIN, L. B. (2019). Acidente vascular cerebral e diferentes limitações: uma análise interdisciplinar. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 23, n. 2, p. 139-144. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/arqsaud.v23i2.2019.6404>. Acesso em: 23/out/2022.

SILVA, E.C.; CANTO, M.A.M.V. (2018). Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores informais de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico: universidade federal de santa catarina curso de fisioterapia. Araranguá, p. 1-24, 2018.

SOARES, A. N. *et al.* (2011). Estudos sobre Causalidade e Etiologia. In:*Moreira, Wagner Brant.(org.). Leitura Crítica de Artigos Científicos*. Gramado. 93-102. Disponível em: https://www.shoc.org.br/app/webroot/leitura-critica/LEITURA-CRITICA_C6.pdf. Acesso em: 12/mai/2022.

TSIVGOULIS G, KARGIOTIS O, ALEXANDROV AV. (2017). Intravenous thrombolysis for acute ischemic stroke: a bridge between two centuries. *Expert Review Of Neurotherapeutics*, [s.l.], 9 Jul. 2017, v. 17, n. 8, p.819-837.