

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**LIDIANNY BARRETO ARAÚJO**

**LINHAS DE CUIDADO PRIORITÁRIO EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E  
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: UMA PROPOSTA PARA O HOSPITAL  
DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**LIDIANNY BARRETO ARAÚJO**

**LINHAS DE CUIDADO PRIORITÁRIO EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E  
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: UMA PROPOSTA PARA O HOSPITAL  
DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Msc. Larissa Gutierrez de Carvalho Silva**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **LINHAS DE CUIDADO PRIORITÁRIO EM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: UMA PROPOSTA PARA O HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA** de autoria da aluna **LIDIANNY BARRETO ARAÚJO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Profa. Msc. Larissa Gutierrez de Carvalho Silva**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## DEDICATÓRIA

*Àqueles que não têm mais voz para gritar suas dores e medos,  
Àqueles que peregrinam em busca de “atenção” e “cuidado”,  
Àqueles que sofrem em silêncio a perda dos que amam.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, fonte infinita de energia e amor, causa de tudo, princípio e fim.

À mãe do céu poderosa, protetora e guia zelosa.

À minha mãe, fonte inspiradora, mestre das coisas “simples” do dia a dia e aos meus irmãos, pelo incentivo, ética e amor na prática das relações do cotidiano.

Ao meu marido e filhos pela tolerância e compreensão nos momentos de ausência.

À minha orientadora, pela compreensão, apoio, críticas e sugestões na elaboração deste projeto.

Aos pacientes, razão do meu trabalho, por me estimularem a produzir conhecimento, visando ao melhoramento no processo de trabalho deste serviço.

Aos diretores do HDEAM que acreditaram neste projeto e fizeram ele real e factível.

Aos meus companheiros diários de trabalho que compartilham comigo o desejo de uma assistência digna a todos que precisam do nosso saber.

## RESUMO

Redes de Cuidado é um modelo proposto pelo Ministério da Saúde relacionado à atenção integral à saúde dos cidadãos com vistas a melhorar e humanizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Este modelo visa instituir uma nova relação profissional/usuário através de articulações em Redes de Cuidado oferecendo um processo de atendimento horizontalizado e integral. O cuidado proposto pelo Ministério da Saúde é pautado em protocolos e diretrizes elaboradas a partir de fortes evidências científicas. As linhas de cuidado visam contribuir para a organização dos processos de trabalhos das equipes, permitindo uma reavaliação do Modelo Assistencial baseado na doença para uma mudança significativa na abordagem centrada no usuário e suas necessidades. O presente trabalho tem como objetivo apresentar um projeto de intervenção para a inserção do Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura na Rede de Atenção Prioritária aos pacientes vítimas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) como Porta de Entrada ao Sistema Único de Saúde e como Leito de Retaguarda no Município de Fortaleza. A elaboração do plano operativo propõe: levantamento epidemiológico; pesquisa para embasamento científico sobre as diretrizes e protocolos para diagnóstico e tratamento de AVE e IAM conforme recomendações do Ministério da Saúde; reunião com os diretores do hospital e Coordenação de Gestão Hospitalar da Secretária Municipal de Saúde para sensibilização sobre a proposta do projeto; elaboração de protocolos internos e fluxogramas de atendimento multidisciplinar; e treinamento dos profissionais baseado nos protocolos instituídos.

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico, Acidente Vascular Cerebral, Linhas de Cuidado, Redes de Atenção.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição de óbitos, do aparelho circulatório por AVE e IAM, Brasil, 2011.....	21
Gráfico 2: Distribuição de porcentagem de óbitos, do aparelho circulatório por AVE e IAM, Brasil, 2011.....	22
Gráfico 3: Distribuição de óbitos, do aparelho circulatório por AVE e IAM, segundo local de ocorrência, Brasil, 2011.....	22
Gráfico 4: Distribuição de porcentagem de óbitos, do aparelho circulatório por AVE e IAM, segundo local de ocorrência, Brasil, 2011.....	23
Gráfico 5: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, Fort-Ce. 2010.....	24
Gráfico 6: Óbitos por grupo de causas específicas. Fortaleza (CID 10)/ano.....	24
Gráfico 7: Óbito por Doenças do Aparelho Circulatório. Fortaleza (CID 10, cap 9)/ano.....	25
Gráfico 8: Distribuição de óbitos por principais causas em Fortaleza. 2011.....	25
Gráfico 9: Distribuição de óbitos do aparelho circulatório nas principais causas em Fortaleza. 2011.....	26

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Componentes da interface da rede de atenção às urgências e emergências .....	17
Figura 2 - Fortaleza e as 06 macrorregiões .....	28



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Matriz de ações da causa crítica: Ausência de protocolo para diagnóstico e cuidado multiprofissional dos pacientes vítimas AVE e IAM na emergência do Hospital Dr. Evandro Ayres de Moura no Município de Fortaleza.....33

Quadro 2 - Matriz de ações da causa crítica: Ausência de treinamento dos profissionais para diagnóstico e tratamento de pacientes vítimas de AVE e IAM.....35

## **LISTA DE SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral  
AVE – Acidente Vascular Encefálico  
DAC – Doença Arterial Coronariana  
DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis  
HDEAM – Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura  
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências  
SESA – Secretária de Saúde do Estado  
SMS – Secretária Municipal de Saúde  
SVS/MS – Sistema de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.  
UCO – Unidade Coronariana  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	12
1.1 Objetivos.....	12
1.1.1 Objetivo geral.....	12
1.1.2 Objetivos específicos.....	13
1.2 Justificativa .....	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	15
2.1 Conceitos de Redes de Atenção .....	15
2.2 Linhas de Cuidado Prioritário .....	19
2.3 Doenças Cardiovasculares no Brasil e em Fortaleza.....	20
3. METODOLOGIA.....	27
4. RESULTADOS E ANÁLISE.....	30
4.1 Explicação ou análise do problema	30
4.2 Programação das ações.....	32
4.3 Gestão do projeto.....	36
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	40

## 1. INTRODUÇÃO

Acompanhando a dinâmica da emergência do HDEAM, foi identificada a quantidade e perfil dos pacientes clínicos atendidos em situações de urgência e/ou emergência. Muitos destes pacientes refletem a realidade nacional: são vítimas de situações agudas por descompensação das doenças crônicas degenerativas, principalmente, hipertensão arterial sistêmica, DM descompensado, ou sintomas de doenças cardiovascular, edema agudo de pulmão, angina pectoris, ou ainda com IAM e AVE.

Observou-se que muitos destes pacientes, portadores de doenças crônicas não transmissíveis, que chegaram ao serviço descompensados ou com eventos agudos de AVE ou IAM receberam tratamento inadequado e tiveram desfechos clínicos desfavoráveis.

O número de óbitos por doenças cardiocirculatórias são uma preocupação mundial. Segundo a OMS, nos próximos 20 anos a 1ª causa de morte continuará ser a Doença Arterial Coronariana (DAC) e a 2ª causa será a Doença Cerebrovascular. (MALTA, 2013)

Em Fortaleza, no ano de 2011, foi registrado um total de óbitos de 19.096, destes as doenças do aparelho circulatório constituíram a primeira causa de morte, com 4.494 mortes que representou 23,5% do total dos óbitos. Dos óbitos de causas do aparelho circulatório, as causas mais representativas são AVE com 1.648 casos que representa 8,6%, e o IAM com 673 casos que representou 3,5% do total de óbitos no município.

Diante dos dados estatísticos levantados e da realidade percebida na emergência do HDEAM questionou-se: “A Instalação de linhas de cuidado prioritário em Acidente Vascular Encefálico e Infarto Agudo do Miocárdio poderá diminuir os desfechos clínicos desfavoráveis dos pacientes vítimas de AVE e IAM atendidos na emergência do HDEAM?”.

Acredita-se que o plano de intervenção proposto oferece grande contribuição para melhoria do atendimento oferecido aos pacientes vítimas de AVE e IAM acolhidos na emergência do HDEAM com consequência diminuição de óbitos e morbidades.

### 1.1 Objetivos

#### 1.1.1 Objetivo Geral

- Apresentar um projeto de intervenção para a inserção do Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura na Rede de Atenção Prioritária aos pacientes vítimas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) como Porta de Entrada ao Sistema Único de Saúde e como Leito de Retaguarda no Município de Fortaleza.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Realizar levantamento epidemiológico relacionado aos casos de AVE e IAM no município de Fortaleza;
- Realizar levantamento bibliográfico sobre diretrizes e protocolos para diagnóstico e tratamento de AVE e IAM conforme recomendações do Ministério da Saúde;
- Apresentar os resultados das reuniões com os Diretores do HDEAM e Coordenação de Gestão Hospitalar da Secretária Municipal de Saúde para sensibilização sobre a proposta do projeto;
- Expor os protocolos internos e fluxogramas de atendimento multidisciplinar para casos de AVE e IAM atendidos no HDEAM;
- Apresentar a proposta de treinamento aos profissionais baseado nos protocolos instituídos.

### 1.2. Justificativa

Observamos frequentemente a peregrinação de pacientes em busca de atendimento nos hospitais da rede SUS. Vivenciamos diariamente uma realidade cruel e acompanhamos a angústia de muitos pacientes e familiares aguardando atendimento ágil, diagnóstico seguro e tratamento adequado.

O aumento na prevalência e incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é uma preocupação mundial e representam uma ameaça à vida e desenvolvimento de todas as nações. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que ocorra 36 milhões de mortes anuais por esse grupo de doença, e as taxas de mortalidade são muito maiores nos países da baixa e média renda. (MALTA, 2013)

No município de Fortaleza ocorreram 19.982 óbitos totais em 2012, sendo que as doenças do aparelho circulatório constituíram a primeira causa de morte, com 4.633 casos, que representou 23,2% do total de óbitos. Das causas do aparelho circulatório, registrou-se 825 óbitos por IAM, representando 4,1% dos óbitos do aparelho circulatório e 1.737 por AVE, representando 8,7%. A morbidade também é preocupante. Em 2012, Fortaleza registrou 2.772 internações por IAM, representando 14,4% das internações por causas do aparelho circulatório e 2.465 internações por AVE, representando 12,8%. (DATASUS, 2014)

Considerando o contexto apresentado, a importância epidemiológica das doenças cardiovasculares e o interesse estratégico do Ministério da Saúde para estruturar e fortalecer as Redes de Atenção através de um modelo proposto pelo SUS de atenção integral à saúde dos cidadãos com vistas a melhorar e humanizar o acesso e instituir uma nova relação profissional/usuário através de articulações em Redes de Cuidado, acredita-se que a inserção do HDEAM nesta Rede de Atenção contribuirá, em última análise, para a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde, a melhoria do atendimento dos pacientes vítimas de AVE e IAM e consequente diminuição dos óbitos e morbidades por esses agravos nos pacientes atendidos no HDEAM .

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. Conceitos de Redes de Atenção

Redes de Atenção são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Mendes (2007) realizou uma revisão bibliográfica a despeito das Redes de Atenção à Saúde e destacou que este conceito teve início na década de 20, no Reino Unido, baseada na concepção dawsoniana de sistemas públicos de saúde. Mais tarde, na década de 90, este conceito apresentou-se de forma mais moderna, nos Estados Unidos, que possuía um sistema de saúde segmentado, com mais força no setor privado.

Segundo Mendes (2007), os sistemas integrados de prestação de serviços de saúde caracterizam-se por: foco nas necessidades de saúde da população; coordenação e integração do cuidado através de um continuum; sistemas de informação que ligam consumidores, prestadores e pagadores de serviços através do continuum de cuidados; informação sobre custos, qualidade e satisfação dos usuários; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores, profissionais de saúde para alcançarem objetivos e contínua melhoria dos serviços prestados.

Com base nesses elementos dos estudiosos citados, os sistemas organizados de prestação de serviços de saúde definem-se como redes de organizações que prestam um “continuum” de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos à população a que servem (Mendes, 2007).

Mendes (2007) continua afirmando que as estratégias de configuração dos serviços e dos sistemas de saúde podem distribuir-se ao longo de uma linha, tendo como um polo a autonomia e, outro, a integração. Segundo o autor, na prática nenhum sistema de saúde é totalmente autônomo, nem totalmente integrado. A atenção integrada não é um fim em si mesma. Ela é melhor compreendida como um meio de melhorar o acesso, a qualidade, a satisfação do usuário e a eficiência dentro de um quadro geral de melhoria da equidade.

No Brasil, desde o final da década de 70 foi feito por parte de trabalhadores, gestores e usuários de saúde críticas severas ao atual modelo hegemônico no sistema de saúde. A sociedade, os profissionais de saúde e principalmente os estudiosos têm demonstrado a necessidade de reforma do sistema de saúde vigente no sentido da construção de um novo e mais efetivo modelo de atenção. (MENDES, 2007).

A partir dos anos 80 o movimento sanitário provocou várias discussões, criando oportunidades de repensar e reconstruir o modelo de atenção em novas bases, ou seja, entendendo a saúde não como mera ausência de doenças ou simples reparação do corpo biológico, mas tentando ampliar o conceito da saúde como direito social e de cidadania, e como resultante das condições de alimentação, moradia, saneamento e meio ambiente, educação, trabalho e renda, lazer e cultura, dentre outras. (MENDES, 2007).

Dentro de uma visão mais complexa, o Ministério da Saúde sugere um **modelo de atenção integral à saúde** dos cidadãos com objetivo de melhorar e humanizar o acesso; aumentar o Vínculo/Responsabilização instituindo uma nova relação profissional de saúde-usuário; implementar o trabalho em equipe e multidisciplinar e a Prática Clínica Cuidadora; aumentando a qualidade da atenção (ações coordenadas, contínuas e que responda às necessidades dos usuários); garantir a profissionalização e democratização dos serviços; efetivar a Articulação em Rede. (MENDES, 2007).

O Ministério de Saúde preconizou a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no país através de legislação específica, com objetivo de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Como objetivo estratégico fundamental para a Secretaria de Atenção à Saúde para à implementação das RAS no SUS, o Ministério da Saúde definiu como compromissos prioritários de governo a organização das Redes Materno-Infantil (Rede Cegonha), a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e a Rede de Atenção Psico-Social com ênfase no enfrentamento do crack e outras drogas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A Figura 1 descreve os componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

- Promoção e prevenção.
- Atenção primária: Unidades Básicas de Saúde;
- UPA e outros serviços com funcionamento 24h;
- SAMU 192;
- Portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências;
- Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos;
- Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: AVE, IAM, Traumas;
- Atenção domiciliar – Melhor em Casa.



Figura 1 - Componentes da Interface da rede de Atenção às Urgências e Emergências.



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011

Com objetivo de regulamentar a articulação das redes de atenção criou-se um rico arcabouço legal, alguns exemplos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

- Lei 8080/90 – Lei Orgânica do SUS
- Portaria MS/GM 2048/02 - Regulamento Técnico do Sistema de Urgências
- Portaria MS/GM 1101 (12/06/02) – Parâmetros Assistenciais do SUS
- Portaria MS/GM 1559 (01/08/08) - Política Nacional de Regulação
- Resolução CIB nº 047/2012 - Aprova Diretrizes para Construção de Planos Regionais.
- Portaria MS/GM 1600/2011 - Institui a Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS
- Portaria MS/GM 2648/2012 - Redefine as Diretrizes para Implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24hs) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas.
- Portaria MS/GM 1171/2012 - Dispõe sobre o incentivo de investimento para UPA 24 h.
- Portaria MS/GM 1172/2012 - Dispõe sobre o incentivo de custeio para UPA 24 h.
- Portaria GM/MS 1010/2012 - Redefine as Diretrizes para Implantação do SAMU 192.
- Portaria GM/MS 1553/2011 - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.
- Portaria GM/MS 2338/2011 - Institui Diretrizes para Implantação de Sala de Estabilização.
- Portaria GM/MS 2395/2011 - Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS.
- Portaria GM/MS 2994/2011- Aprova a LC do IAM e aprova o protocolo da SCA.

- Portaria GM/MS 665/2012 - Aprova a LC em AVC.
- Portaria GM/MS 4.279/2010 - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Atenção às Urgências preconiza que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada do SUS possibilitando a resolução de seu problema ou transportando-o, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade. O atendimento deverá ser realizado dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizando as redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade. (BRASIL, 2003a)

Para organizar uma rede que atenda os principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência/emergência é necessário considerar o perfil epidemiológico no Brasil. A violência e acidentes de trânsito (causas externas) na faixa etária até os 40 anos e as doenças do aparelho circulatório após os 40 anos, são responsáveis pelos maiores números de morte no Brasil, segundo dados da SVS/MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Desta forma, considerando a necessidade de oferecer a atenção qualificada à saúde de toda população brasileira, incluindo o atendimento ágil e resolutivo das urgências e emergências, o Ministério da Saúde propõe uma reformulação da política no sentido de se trabalhar e estimular a constituição das Redes de Atenção à Urgência e Emergência - RUE nas regiões de saúde do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A proposta da RUE incorpora diversos componentes para sua constituição: a promoção e prevenção; a atenção primária em saúde através das suas unidades básicas; o SAMU e seus complexos reguladores; as UPAs e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; as portas de entrada hospitalares de urgência; as enfermarias de retaguarda aos atendimentos de urgências (leitos clínicos resolutivos, unidades de cuidado intensivo, leitos crônicos, etc) e algumas inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e trauma); e o programa de atenção domiciliar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Partindo do perfil epidemiológico de mortalidade no Brasil foram estabelecidas linhas de cuidado prioritário que objetivam o atendimento de pacientes vítimas de Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico e Trauma. Detalharemos no capítulo a seguir as linhas de cuidado no IAM e AVE que é foco deste trabalho.

## 2.2. Linhas de Cuidado Prioritário

A partir do diagnóstico da importância do Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Encefálico ou Cerebral no perfil de morbimortalidade da população brasileira, o Ministério da Saúde estabeleceu algumas estratégias visando impactar os indicadores de saúde referentes a estes eventos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Apresentaremos a seguir as estratégias indicadas para o IAM e AVE:

### Para Infarto Agudo do Miocárdio – IAM

- Implantar protocolos rígidos de transferência e transporte para agilização do atendimento visando o início o mais rápido possível do tratamento de reperfusão imediata aos pacientes com síndrome coronariana aguda;
- Utilizar métodos de Telemedicina para diagnóstico eletrocardiográfico precoce (Expansão do TELE ECG nos SAMU e UPAs);
- Qualificar o atendimento ao Infarto nas urgências pré-hospitalares (SAMU e UPAs) e implementar a integração entre o diagnóstico pré-hospitalar e a conduta hospitalar;
- Criar mecanismo de financiamento e ampliação de leitos de Unidades Coronariana - UCO para hospitais que se habilitem a participar da rede;
- Ampliar o acesso a Angiologia Primária;
- Melhorar a comunicação e articulação entre a Central de Regulação Médica de Urgência e as UCO visando o atendimento imediato.
- Garantir o fornecimento de medicamentos essenciais ao tratamento do IAM;
- Normatizar a terapia trombolítica e ampliar acesso, utilizando-a em unidades como UPA e prontos socorros hospitalares como estratégia inicial;
- Ampliar na rede a disponibilização de reabilitação pós-Infarto.

### Para o Acidente Vascular Encefálico (AVE) :

- Desenvolver ações de educação em saúde para o reconhecimento do AVE na população;
- Qualificar a capacidade diagnóstica em todos os pontos da Rede;
- Aumentar a capacidade logística e organização de fluxos para o atendimento aos pacientes neurológicos;
- Criar unidades mistas de atendimento ao AVE nos hospitais de referência visando:
  - Assistência qualificada (cuidado multiprofissional)
  - Capacitação do restante da Rede para o atendimento pós-internação
- Implementar o Telessaúde entre unidades de AVE e outros pontos da rede;

- Possibilitar o acesso facilitado a leitos de retaguarda para crônicos e pacientes socialmente vulneráveis;
- Garantir acesso à reabilitação qualificada.
- Criação das Unidades de Atenção ao AVE, enfermarias clínicas com cuidado especializado e multiprofissional;
- Incorporação do trombolítico “alteplase” na tabela de procedimentos para o tratamento do AVE a ser incorporado através de portaria ministerial.

### 2.3. As Doenças Cardiovasculares no Brasil e em Fortaleza

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por um conjunto de doenças que não tem envolvimento de agentes infecciosos em sua ocorrência, multiplicidade de fatores de risco comuns, história natural prolongada, grande período de latência, longo curso assintomático com períodos de remissão e exacerbação, podendo levar ao desenvolvimento de incapacidades. As DCNT recebem também a denominação de doenças não infecciosas (BRASIL, 2008).

Malta e Silva (2013, p. 152) relatam que *“o aumento crescente das DCNT - ou como tem sido denominada ‘epidemia das DCNT’, afeta principalmente as pessoas de menor renda e escolaridade por serem mais expostas aos fatores de risco com menor acesso as informações e aos serviços de saúde, acentuando ainda mais as diferenças sociais”*.

Segundo Ministério da Saúde (2011) essas doenças podem levar a incapacidade ocasionando sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e familiares, além de representar um importante impacto financeiro sobre o sistema de saúde. As DCNT também produzem custos indiretos significativos para a sociedade e o governo, em função da redução da produtividade, perda de dias trabalhados e prejuízos para o setor produtivo, sem esquecer os custos intangíveis, como os efeitos adversos na qualidade de vida das pessoas afetadas.

Segundo a OMS, a doença arterial coronariana (DAC) é a principal causa de óbito no mundo inteiro, com maior impacto clínico financeiro, seguido em segundo lugar pela doença cerebrovascular. De acordo com projeções da OMS estas duas causas continuarão sendo as mais importantes nos próximos 20 anos no mundo tanto em relação à mortalidade quanto morbidade (MALTA, 2013).

Segundo Malta e Silva (2013, p. 113) as estimativas para o Brasil sugerem que *“a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes da presença de*

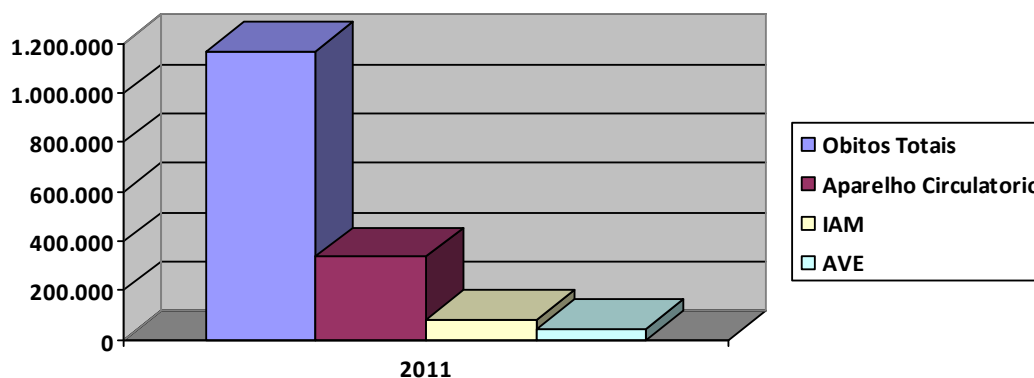
*apenas três DCNT – diabetes, doença do coração e acidente vascular encefálico - levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões, entre 2006 e 2015”.*

Os autores continuam relatando que em função da gravidade do tema DCNT e seu impacto sobre os sistemas de saúde e a sociedade, em setembro de 2011, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou a Reunião de Alto Nível sobre DCNT, com a participação dos Chefes de Estado para debater compromissos globais com o tema e propor estratégias de enfrentamento. O tema em questão é tão relevante e preocupante que, segundo os autores citados esta foi a segunda vez que a ONU no pós-guerra, convocaram os Chefes de Estado de seus países-membros e por esse motivo a reunião tornou-se um marco histórico e estratégico. A reunião resultou em uma declaração política, na qual os países-membros comprometeram-se a trabalhar para deter o crescimento das DCNT com ações de prevenção dos seus principais fatores de risco e garantia de atenção adequada à saúde dos pacientes.

No Brasil o quadro das DCNT é de magnitude semelhante, correspondendo a 72% da mortalidade total no país em 2007, apesar de ter-se verificado, nas últimas décadas, uma redução de cerca de 20% nas taxas de mortalidade por DCNT, particularmente pelas doenças cardiocirculatórias e respiratórias crônicas.(MALTA, 2013).

As estatísticas no Brasil são bem preocupantes (Gráfico 1). Segundo dados do DATASUS, em 2011 dos 1.170.498 óbitos totais, 335.213 tiveram como causa as doenças do aparelho circulatório, onde se encontram os Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE) e Doenças Arteriais Coronarianas (DAC) caracterizadas principalmente pelos Infartos Agudos do Miocárdio (IAM).

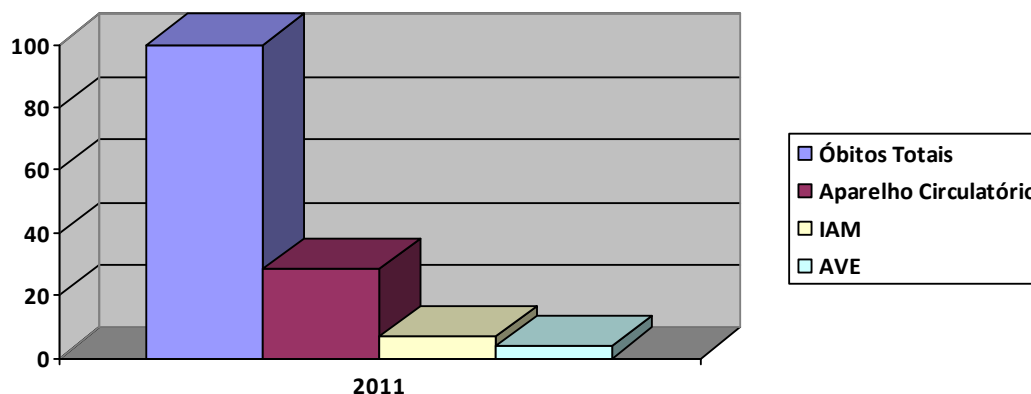
Gráfico 1 – Distribuição de óbitos, do aparelho circulatório por AVE e IAM, Brasil, 2011.



Fonte: DATASUS, 2011.

Para entendimento da proporcionalidade apresentamos a distribuição percentual dos óbitos (Gráfico 2). As mortes por AVE representam 3,8% das mortes por causas do aparelho circulatório e as mortes por IAM representam 7,1%.

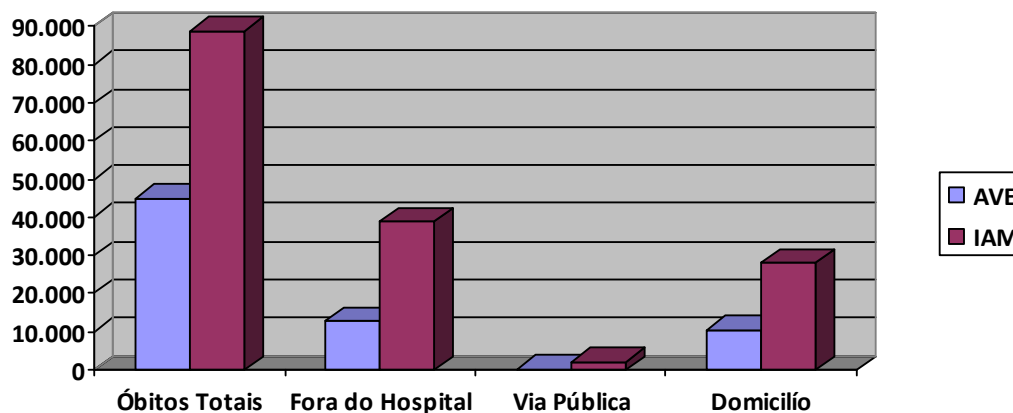
Gráfico 2 – Distribuição de porcentagem de óbitos, do aparelho circulatório por AVE e IAM, Brasil, 2011.



Fonte: DATASUS (2011).

Outro dado importante é que o número de óbitos por AVE e IAM fora do hospital é significativo (Gráfico 3). Em 2011 foram registrados 12.770 óbitos por AVE e 38.796 por IAM fora do hospital, com destaque para os óbitos no domicílio, sendo 10.563 por AVE e 27.966 por IAM.

Gráfico 3 – Distribuição de óbitos, do aparelho circulatório por AVE e IAM, segundo local de ocorrência, Brasil, 2011.



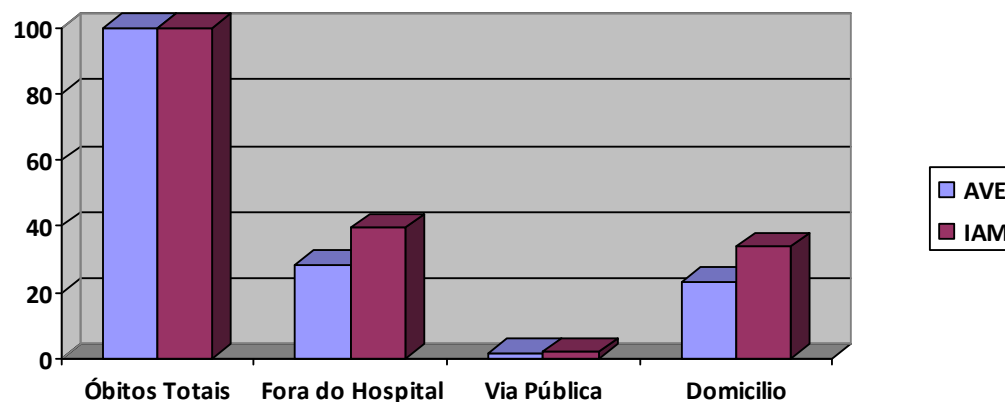
Fonte: DATASUS, 2011.

Considerando os 44.916 casos de óbitos por AVE, percebemos uma porcentagem significativa de mortes fora do hospital 28,4%. No que diz respeito aos casos de IAM o número

total de óbitos é 82.771, representando 39,6% do total de óbitos. Destacamos os óbitos no domicílio que são responsáveis por 23,5% das mortes por AVE e 33,8% por IAM (Gráfico 4).

Esses dados são muito preocupantes, pois demonstram claramente a dificuldade de acesso que a população tem aos serviços de saúde. As pessoas morrem muito antes de serem atendidas.

Gráfico 4 – Distribuição de porcentagem de óbitos, do aparelho circulatório por AVE e IAM, segundo local de ocorrência, Brasil, 2011.

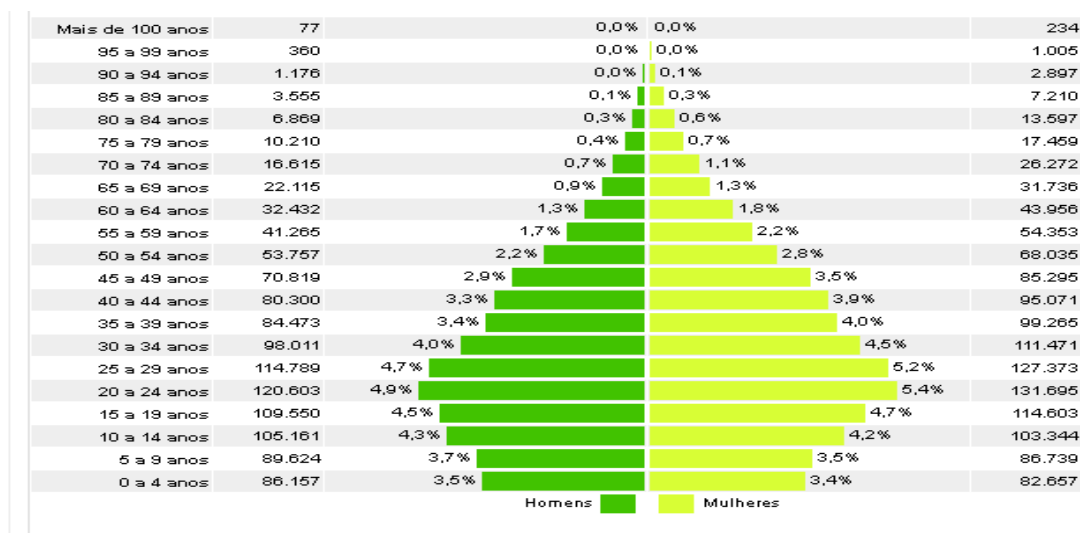


Fonte: DATASUS, 2011.

O município de Fortaleza apresenta modificações no padrão demográfico e no perfil de morbimortalidade, com problemas de saúde gerados pelo processo de urbanização desenfreada e complexificação da sociedade. Nesse contexto, ganham espaço as doenças crônico-degenerativas, psicossomáticas, neoplasias e violência, gerando demandas por intervenções pela Saúde Pública. Em Fortaleza as estatísticas seguem a tendência nacional que reflete alguns efeitos negativos do processo de globalização, da urbanização rápida, da vida sedentária e da alimentação com alto teor calórico, além do consumo do tabaco e do álcool (Fortaleza, 2013).

O município de Fortaleza apresenta em sua estrutura etária redução na proporção de crianças e adultos jovens e aumento na proporção de idosos, consequência da queda nas taxas de natalidade; aumento da expectativa de vida ao nascer e melhoria nas condições de vida (Gráfico 5). Esse envelhecimento da população gera um aumento da carga de doenças crônico-degenerativas e do número de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos (Fortaleza, 2013).

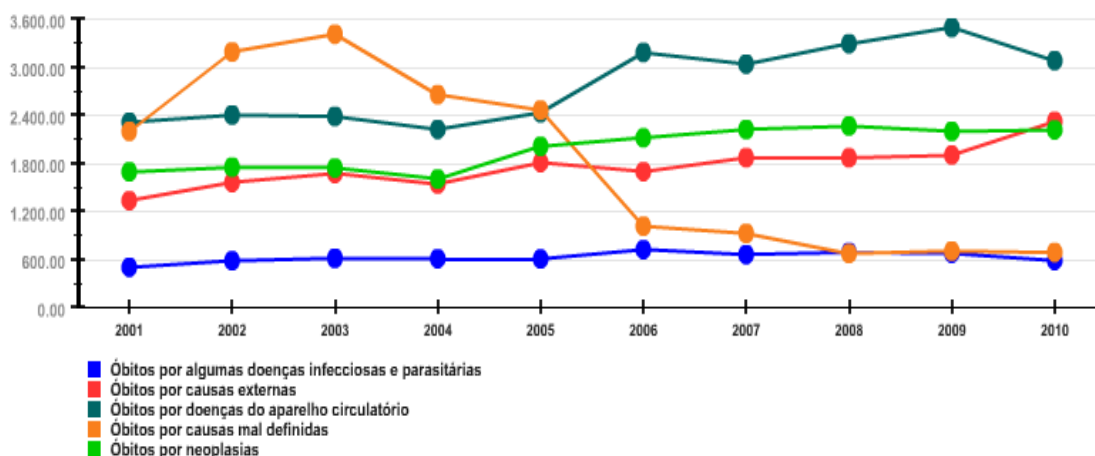
Gráfico 5 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, Fortaleza-CE, 2010.



Fontes: IBGE , 2010.

Outra modificação importante ocorrida no município de Fortaleza foi o aumento dos óbitos por doenças do aparelho circulatório, causas externas e neoplasias. (Gráfico 6). Os principais fatores determinantes dessa modificação são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas (MENDES, 2011).

Gráfico 6 – Óbitos por grupo de causas específicas. Fortaleza (CID 10)/ano.



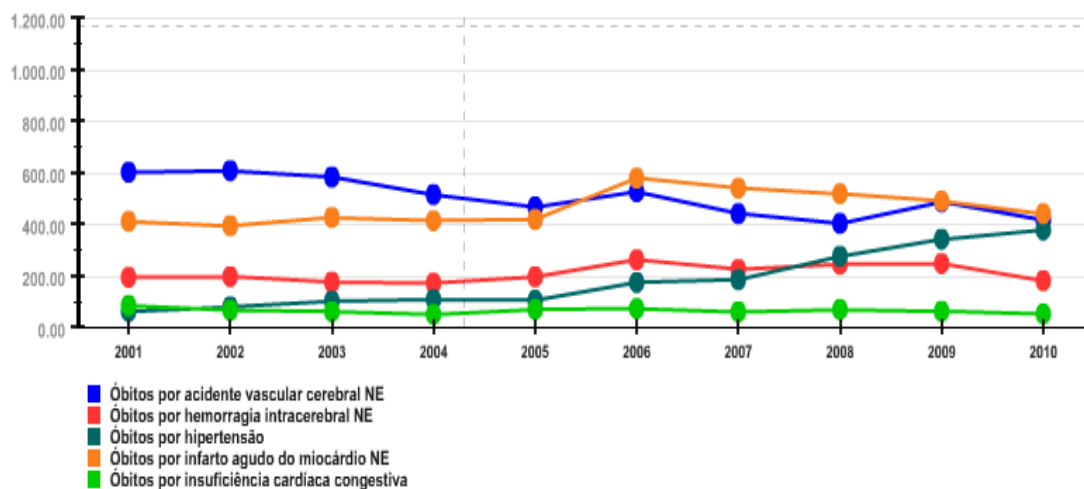
Fonte: Sistema de Informação sobre mortalidade – SIM, 2010.

Avaliando a média histórica dos últimos 09 (nove) anos das causas de morte no município de Fortaleza, observamos que os óbitos por doenças do aparelho circulatório



apresentaram como principais causas: o Infarto Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular Encefálico (Gráfico 7) .

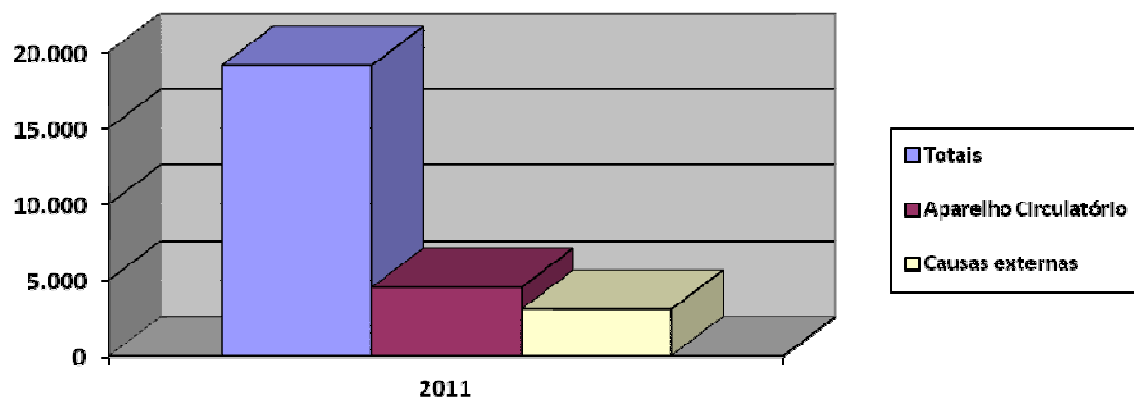
Gráfico 7 – Óbito por Doenças do Aparelho Circulatório Fortaleza (CID 10, cap 9)/ano.



Fonte: Sistema de Informação sobre mortalidade – SIM, 2010.

Em 2011 a Secretária de Saúde do Estado do Ceará registrou um total de 19.906 óbitos. As principais causas foram em primeiro lugar o aparelho circulatório, com 4.494 casos e segundo lugar as causas externas, com 3.059 ocorrências (Gráfico 8).

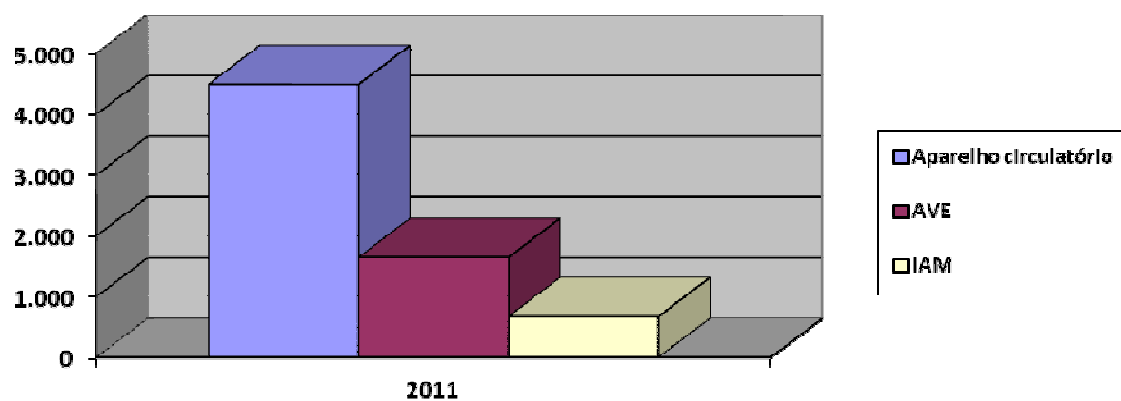
Gráfico 8 – Distribuição de óbitos por principais causas em Fortaleza. 2011.



Fonte: SESA, 2011.

Dos óbitos ocorridos em 2011 em Fortaleza, segundo a SESA (Secretária de Saúde do Estado do Ceará), o AVE ocupou primeiro lugar nas causas do aparelho circulatório com 1.648 casos, e o IAM o segundo lugar com 673 casos conforme gráfico a seguir (Gráfico 9).

Gráfico 9 – Distribuição de óbitos do aparelho circulatório nas principais causas em Fortaleza, 2011.



Fonte: SESA, 2011

### 3. METODOLOGIA

Entendemos que para alcançar os objetivos deste trabalho faz-se necessária uma pesquisa. Segundo Gil (1999, p 42) a pesquisa é um “*processo formal e sistemática de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos*” o que corrobora o pensamento de Marconi e Lakatos (2007).

Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, fundamentado na produção de uma tecnologia de cuidado e de administração onde o produto é um recurso tecnológico.

Para alcançar os objetivos deste trabalho, utilizamos uma matriz de programação de ações contendo as atividades a serem desenvolvidas, os recursos necessários, as metas a serem atingidas e os profissionais responsáveis por cada ação.

Para efeito de entendimento, as doenças do aparelho circulatório são estatisticamente classificadas em: febre reumatoide, doenças hipertensivas, doenças isquêmicas do coração caracterizada pelo infarto agudo do miocárdio, outras doenças cardíacas, doenças cerebrovasculares, aterosclerose e restante das doenças do aparelho circulatório.

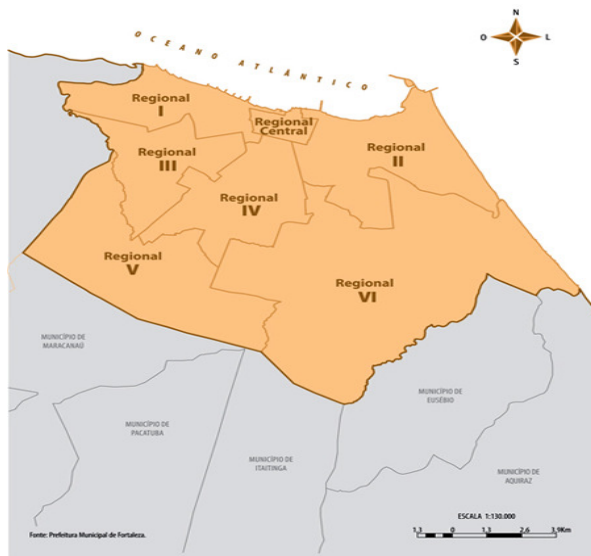
As doenças do aparelho circulatório com valor estatístico são as doenças isquêmicas do coração, com representação o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e doenças cerebrovasculares, representadas pelos acidentes vasculares encefálicos (AVE) ou acidentes vasculares cerebrais (AVC), sinônimos. Neste trabalho adotaremos o termo Acidente Vascular Encefálico por ser mais moderno e constar da maioria da literatura pesquisada.

Este trabalho foi desenvolvido no Município de Fortaleza que, segundo dados calculados em julho de 2012 pelo IBGE, possui cerca de 2,5 milhões de habitantes e segue como a quinta cidade mais populosa do Brasil.

A rede municipal de saúde de Fortaleza é composta por 92 postos de saúde, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (Cemja), duas Farmácias Populares, 14 Centros de Atenção Psicossocial (Caps), oito hospitais secundários e um hospital terciário IJF (Instituto Dr. José Frota). Também conta com o apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192). Por volta de 40 ambulâncias realizam os atendimentos do Samu em Fortaleza além de 04 motos. São 18 equipes de suporte básico e de 04 de suporte avançado. Em 2011, foi registrada uma cobertura 36% do programa Saúde da Família.

Fortaleza é dividida em 06 macrorregiões, apresentadas na figura a seguir:

Figura 2 – Fortaleza e as 06 macrorregiões



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2014.

Em relação aos dados sócio demográficos do município, destacamos (IBGE, 2010):

- População (2010): 2.452.185
- Total de homens (2010): 1.147.918
- Total de mulheres (2010): 1.304.267
- População Urbana (2010): 2.452.185
- Densidade Demográfica (2010): 7.786,52 hab/km<sup>2</sup>
- Taxa de urbanização (2010): 100%
- Faixa etária:
  - 0 a 14 anos: 553.682
  - 15 a 64 anos: 1.737.116
  - 65 anos ou mais: 161.387

Este trabalho foi desenvolvido considerando como cenário o Hospital Municipal Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura (HDEAM). Trata-se de um hospital geral de média complexidade, no território da Regional III. Esta unidade possui um importante papel como Porta de Entrada na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, pois atende a população de

378.000 habitantes distribuídos em 17 bairros e municípios vizinhos e recebe pacientes referenciados por 16 Postos de Saúde da Rede Básica.

O HDEAM possui 48 leitos de internação em clínica médica, traumatológica e cirúrgica e 10 leitos de UTI. Realizou, em 2013, uma média mensal de 2.900 atendimentos de urgência e emergência em Clínica Médica, 1.600 em Clínica Cirúrgica, 5.500 em Clínica Traumatológica e uma média de 160 internações, por mês, nas três clínicas.

Em relação aos procedimentos de coleta de dados, foi realizado o levantamento epidemiológico sobre número de casos de óbitos e internações no Brasil e em Fortaleza por causas do aparelho circulatório e principalmente AVE e IAM. Em seguida realizou-se pesquisa bibliográfica a respeito das recomendações para diagnóstico e tratamento dos pacientes vítimas de AVE e IAM. Das recomendações estudadas, adotaram-se as do Ministério da Saúde já que existem recursos para instalação destas linhas de cuidado e este incentivo financeiro estimularia mais o apoio dos diretores do HDEAM e gestores da Secretária de Saúde do Município.

O trabalho teve início em novembro de 2013 com uma reunião com os médicos da UTI do HDEAM que ofereceu apoio imediato para suporte técnico nas decisões para implantação do projeto e negociação com os gestores, além da elaboração dos protocolos clínicos.

Após apresentado o projeto à Direção do hospital, foi solicitada a autorização formal para iniciar o trabalho. Neste momento, percebeu-se interesse do grupo gestor em contribuir com o projeto com objetivo de implantação, principalmente por se tratar de assunto de interesse público do Ministério da Saúde e garantia de recursos para este fim.

A implantação do projeto não finalizou até a elaboração deste trabalho, conforme cronograma descrito no capítulo 4, item 4.2 (Programação das ações), pois muitas atividades dependem de recursos e compras através de processos de licitação.

## 4. RESULTADOS E ANÁLISE

### 4.1 Explicação ou análise do problema

A pesquisadora trabalha no serviço público há 17 anos, grande parte deste tempo em serviços de urgência e emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Em sua vivência profissional teve a oportunidade de observar a peregrinação de muitos pacientes em busca de atendimento de saúde e comprovar que após muita procura chegam aos serviços de emergência por serem o mais acessível aos usuários do SUS.

Os pacientes procuram o serviço de emergência em situações agudas ou agudizações de doenças crônicas. Destaca-se o número de casos de pessoas com quadros que refletem a descompensação de doenças cardiovasculares, o que reflete falha ou ausência de tratamento e acompanhamento na rede primária, incluindo fragilidades nas orientações aos pacientes e familiares.

A realidade percebida na emergência do HDEAM se assemelha as observadas em todo Brasil. O número de pacientes acometidos por doenças crônicas não transmissíveis tem aumentado ao longo dos anos e associada à baixa adesão destes pacientes aos programas de prevenção e controle os levam constantemente aos serviços de emergências por situações como DM descompensado, hipertensão arterial, angina *pectoris*, edema agudo de pulmão ou desfechos mais graves, como AVE e IAM.

Após longa peregrinação pelo sistema de saúde os pacientes chegam ao hospital, porém eles buscam atendimento para as consequências e não para as causas de suas doenças.

Na emergência do HDEAM, verificou-se que ocorre demora no atendimento, falhas na classificação de risco, diagnóstico tardio, falta de medicação específica para abordagem de pacientes vítimas de AVE e IAM, ausência de protocolo interno para diagnóstico e tratamento destas doenças.

Percebeu-se que mesmo após atendimento médico e o provável diagnóstico de AVE ou IAM, as dificuldades continuam. A confirmação do diagnóstico é demorada, pois o hospital não possui os exames específicos como tomografia de crânio, ecocardiograma e angiologia primária. Para conseguir confirmar o diagnóstico é necessário encaminhar o paciente a um hospital de referência e a regulação deste paciente é difícil e muitas vezes não acontece, porque os hospitais terciários estão lotados e a central de regulação é ineficaz.

Avaliando a realidade na instituição referida verifica-se que existe um problema sério que merece estudo e enfrentamento: o número elevado de desfechos clínicos desfavoráveis dos pacientes vítimas de IAM e AVE atendidos na emergência do HDEAM.

Muitas são as causas que levam ao problema levantado, mas consideram-se duas com papel relevante: a primeira compreende a ausência de protocolo para atendimento multiprofissional dos pacientes vítimas de AVE e IAM na emergência do HDEAM. O outro fator é a maioria dos médicos que prestam atendimento na emergência, cerca de 80%, não realizou nenhum curso de atualização em AVE e IAM no ano de 2013 e 100% dos enfermeiros do acolhimento e da emergência também não realizaram nenhum curso de atualização em acolhimento e classificação de risco ou tratamento de pacientes vítimas de AVE e IAM no ano de 2013.

As consequências da condução inadequada dos pacientes vítimas de AVE e IAM são drásticas, pois além da mortalidade precoce e das sequelas decorrentes destes agravos, devemos considerar os sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e suas famílias, além do alto custo socioeconômico decorrente das complicações e sequelas deixadas por essas doenças que podem levar a incapacidade, levando a um importante impacto financeiro sobre o sistema de saúde e para a sociedade e o governo, em função da redução da produtividade, perda de dias trabalhados e prejuízos para o setor produtivo, sem esquecer os custos intangíveis, como os efeitos adversos na qualidade de vida das pessoas afetadas.

Recentemente a pesquisadora teve a oportunidade de fazer especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem e conheceu o interesse do Ministério da Saúde em estabelecer um modelo de atenção integral à saúde dos cidadãos que consiga: melhorar e humanizar o acesso; aumentar o vínculo/ responsabilização instituindo uma nova relação profissional de saúde-usuário; implementar o trabalho em equipe e multidisciplinar e a prática clínica cuidadora; aumentar a qualidade da atenção (ações coordenadas, contínuas e respondendo às necessidades dos usuários); garantir a profissionalização e democratização dos serviços; efetivar a articulação em rede; garantir a participação da sociedade/controlar dos usuários; e aumentar a resolubilidade, a eficiência e a efetividade dos serviços através das redes de atenção e Linhas de Cuidado.

O Brasil aderiu ao plano de ação para redução do número de óbitos por doenças crônicas proposto pela OMS e elaborou uma série de ações para o enfrentamento das causas, tratamento e acompanhamento destes agravos, entre elas a instituição de Linhas de Cuidado prioritário para vítimas de AVE e IAM na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Vislumbrou-se, nessa proposta, uma opção para organizar o serviço, estruturando o HDEAM para inserção na Rede de Atenção às Urgências e Emergências e instalação de protocolos para atendimento de pacientes vítimas de AVE e IAM através das Linhas de Cuidado Prioritárias.

Diante do panorama descrito propomos contribuir com um plano para a inserção do HDEAM na rede de atenção de urgência e emergência com foco nas linhas de cuidado prioritário do AVE e IAM.

#### 4.2 Programação das Ações

**A) Causa crítica a ser enfrentada:** Ausência de protocolo para diagnóstico e cuidado multiprofissional dos pacientes vítimas AVE e IAM na emergência do Hospital Dr. Evandro Ayres de Moura no Município de Fortaleza.

- **Descritor:** Número elevado de desfechos clínicos desfavoráveis dos pacientes vítimas de AVE e IAM atendidos na emergência do HDEAM.
- **Indicadores:**
  - Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupo de causas.
  - Nº de diagnósticos de AVE e IAM realizados no HDEAM.
  - Nº de óbitos por AVE e IAM ocorridos no HDEAM.
  - Nº de transferências realizadas de vítimas de AVE e IAM para hospital de referência.
- **Meta:** 100% dos pacientes atendidos no HDEAM com hipótese diagnóstica de AVE e IAM tratados conforme recomendações do MS.
- **Impacto:** Redução do nº de óbitos por AVE e IAM.
- **Matriz de ações:** O quadro a seguir descreve as ações planejadas, os recursos necessários, os prazos para cumprimento das ações com data de início em 28 de novembro de 2013 e conclusão em 10 de junho de 2014, os resultados esperados e os responsáveis pelas ações.



**Quadro 1 - Matriz de ações da causa crítica “Ausência de protocolo para diagnóstico e cuidado multiprofissional dos pacientes vítimas AVE e IAM na emergência do Hospital Dr. Evandro Ayres de Moura no Município de Fortaleza”. Fortaleza, 2013.**

<b>AÇÕES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>PRODUTOS A SEREM ALCANÇADOS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>RESP</b>
Reunião com coordenação da UTI para sensibilização da equipe médica para apoio técnico na instalação dos protocolos internos para tratamento e diagnóstico de AVE e IAM.	Materiais e humanos.	Grupo de médicos plantonistas da UTI sensibilizado para apoiar a instalação dos protocolos internos para tratamento e diagnóstico de AVE e IAM. na emergência.	Até 28/11/13	Lidianny e Herbet
Reunião com Diretores do Hospital para sensibilização sobre a necessidade de estabelecer protocolos internos para tratamento e diagnóstico de AVE e IAM.	Materiais e humanos.	Grupo sensibilizado sobre a necessidade de estabelecer protocolos internos para tratamento e diagnóstico de AVE e IAM.	Até 10/12/13	Lidianny e Herbet
Reunião para sensibilização do Grupo Gestor da COHES (Coordenação de Gestão Hospitalar) da SMS para articulação das referências para encaminhamento dos casos mais complexos de AVE e IAM.	Materiais e humanos	O grupo gestor sensibilizado para a articulação das referências para casos de maior complexidade.	Até 20/12/13	Lidianny, Magela, Graça e André
Captar os medicamentos necessários para instalação dos protocolos de reperfusão para AVE e trombolítico para o IAM.	Materiais, humanos e financeiros.	Medicamentos adquiridos para tratamento inicial de pacientes vítimas de AVE e IAM.	Até 10/06/14	Lidianny e Graça
Captar equipamentos necessários para diagnóstico de pacientes Vítimas de AVE e IAM.	Materiais, humanos e financeiros.	Equipamentos adquiridos para diagnóstico de pacientes vítimas de AVE e IAM.	Até 10/06/14	Lidianny e Graça

**B) Causa crítica a ser enfrentada:** Ausência de treinamento dos profissionais para o diagnóstico e tratamento de pacientes vítimas de AVE e IAM.

- **Descritor:** 80% dos médicos da Emergência não realizaram nenhum curso de atualização em AVE e IAM no ano de 2013 e 100% dos enfermeiros do acolhimento não realizaram nenhum curso de atualização em acolhimento e classificação de risco no ano de 2013.
- **Indicadores:**
  - Proporção (%) de médicos treinados para diagnóstico de AVE e IAM.
  - Proporção (%) de enfermeiros do acolhimento treinados para classificação de risco de AVE e IAM.
  - Proporção de profissionais não médicos treinados para atendimento de pacientes vítimas de AVE e IAM conforme protocolo do MS.
- **Metas:**
  - 100% dos profissionais médicos treinados no HDEAM para diagnóstico de AVE e IAM.
  - 100% dos enfermeiros do acolhimento treinados para classificação de risco com ênfase nos casos de AVE e IAM.
  - 100% dos profissionais não médicos da emergência e UTI treinados para tratamento dos pacientes vítimas de AVE e IAM conforme protocolo do MS.
- **Impacto:** Redução do nº de óbitos por AVE e IAM.
- **Matriz de ações:** O quadro a seguir descreve as ações planejadas, os recursos necessários, os prazos para cumprimento das ações com data de início em 30 de fevereiro e finalização em 30 de agosto de 2014, os resultados esperados e os responsáveis pelas ações.

**Quadro 2 - Matriz de ações da causa crítica “Ausência de treinamento dos profissionais para o diagnóstico e tratamento de pacientes vítimas de AVE e IAM”. Fortaleza, 2013.**

<b>AÇÕES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>PRODUTOS A SEREM ALCANÇADOS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>RESP</b>
Elaborar Manual com protocolo para diagnóstico e tratamento de AVE.	Materiais e humanos.	Manual elaborado para diagnóstico e tratamento de AVE.	Até 30/02/14	Lidianny, Andréa, Elizabeth, Herbet, Gabriela e Lanesse.
Elaborar Manual com protocolo para diagnóstico e tratamento de IAM.	Materiais e humanos.	Manual elaborado para diagnóstico e tratamento de IAM.	Até 30/03/14	Lidianny, Andréa, Elizabeth, Herbet, Eduardo e Lanesse.
Realizar treinamento dos Enfermeiros do Acolhimento para identificar e classificar sinais de risco para AVE e IAM.	Materiais, humanos e financeiros.	Treinamento em acolhimento e classificação de riscos de vítimas de AVE e IAM para enfermeiros realizado.	Até 30/04/14	Núcleo de Educação Permanente, Lidianny e Emanuelle Carlos.
Realizar treinamento dos Médicos para diagnosticar AVE e IAM.	Materiais, humanos e financeiros.	Treinamento em diagnóstico e tratamento de pacientes vítimas de AVE e IAM para médicos realizado.	Até 30/05/14	Herbet e Eduardo
Realizar treinamento da equipe multiprofissional no tratamento inicial e cuidado dos pacientes vítimas de AVE e IAM.	Materiais, humanos e financeiros.	Treinamento em tratamento inicial e cuidado de vítimas de AVE e IAM para equipe multiprofissional realizado.	Até 15/06/14	Núcleo de Educação Permanente, Lidianny, Emanuelle Carlos Elizabeth e Andréa
Realizar treinamento de profissionais para transferência e transporte seguro dos pacientes vítimas de AVE e IAM.	Materiais, humanos e financeiros.	Treinamento em transporte seguro de pacientes vítimas de AVE e IAM realizado.	Até 30/06/14	Médico e enfermeiro do SAMU-Fortaleza.

Organizar os fluxos de atendimento para AVE e IAM.	Materiais, humanos e financeiros.	Fluxos organizados para atendimento de pacientes vítimas de AVE e IAM.	Até 30/07/14	Lidianny, Elenice, Graça, Herbet e Eduardo
Instalar protocolos de classificação de risco para pacientes vítimas de AVE e IAM.	Materiais, humanos e financeiros.	Protocolo instalado para classificação de risco de pacientes vítimas de AVE e IAM.	Até 30/08/14	Grupo Gestor do HDEAM, Gerência de Enfermagem e Grupo condutor do projeto de intervenção.
Instalar protocolos de tratamento com uso de trombolíticos e terapia de reperfusão.	Materiais, humanos e financeiros.	Protocolo instalado para tratamento com uso de trombolítico e terapia de reperfusão.	Até 30/08/14	Grupo Gestor do HDEAM, Gerência de Enfermagem e Grupo condutor do projeto de intervenção.

### 4.3. Gestão do Projeto

O trabalho já teve início através da 1ª reunião com a equipe médica da UTI com objetivo de sensibilizar a equipe para instalação dos protocolos de diagnóstico e tratamento dos pacientes vítimas de AVE e IAM atendidos na emergência do HDEAM em novembro de 2013 e a adesão foi de 90% da equipe. Considera-se que a meta de sensibilização da equipe de médicos da UTI foi atingida.

O segundo momento do trabalho foi realizado em dezembro de 2013, com a reunião com o grupo de diretores do hospital, onde a pesquisadora e o Coordenador Médico da UTI apresentaram o projeto. O resultado desta reunião foi satisfatório, tendo em vista que todos os diretores apoiaram a iniciativa e se comprometeram a contribuir para que as ações fossem desenvolvidas atingido assim a segunda meta.

A terceira ação proposta foi realizada em 20 de dezembro de 2013 através de uma reunião com o grupo da Coordenação de Gestão Hospitalar (COHES) onde a pesquisa

apresentou junto com os diretores do hospital um esboço do projeto. A COHES aderiu à proposta e convidou o grupo gestor do projeto a participar do planejamento estratégico da Prefeitura de Fortaleza e se comprometeu a oferecer apoio necessário para a instalação do projeto, principalmente no tocante às referências, transporte, medicamentos e exames especializados. Desta forma, considerou-se a terceira meta atingida.

Após a etapa de reuniões para sensibilização dos grupos necessários ao trabalho, será iniciada a captação dos medicamentos necessários para utilização dos protocolos. Alguns já são usados na instituição e só será necessária programação para aumentar pedido de compra mensal. Outros não fazem parte da padronização atual do hospital e será necessário providenciar aquisição, como por exemplo, os trombolíticos.

Pretende-se garantir o alcance da meta através do acompanhamento, pessoalmente, do processo de compra dos medicamentos específicos para tratamento dos pacientes vítimas de AVE e IAM através do número do processo de licitação. Ficou estabelecido um prazo de 6 meses para o processo de compra, considerando a burocratização dos processos licitatórios do município de Fortaleza. O acompanhamento da compra será realizada através de uma reunião mensal com a equipe do setor de compras para acompanhar o processo que deve ser concluído até 10/06/14.

A ação seguinte tem como objetivo garantir os equipamentos necessários ao diagnóstico. Espera-se garantir o alcance da meta através do acompanhamento, pessoalmente, do processo de compra dos equipamentos. Estabelecemos um prazo de 6 meses para o processo de compra considerando a burocratização dos processos licitatórios do município de Fortaleza. O acompanhamento da compra será realizado através de uma reunião mensal com a equipe do setor de compras para acompanhar o processo que deve ser concluído até 10/06/14.

Enquanto os medicamentos e equipamentos são solicitados, serão elaborados os protocolos para diagnóstico e tratamento inicial de AVE e IAM através da formação de dois grupos, com pelo menos dois profissionais médicos e dois enfermeiros para cada um dos agravos. Após a elaboração dos protocolos será encaminhado um segundo grupo, com pelo menos um especialista de cada área (um cardiologista para revisar o protocolo de IAM e um neurologista para o protocolo de AVE) e mais dois enfermeiros experientes para revisar e validar os protocolos. Será realizada uma oficina de avaliação após a elaboração dos protocolos que devem estar concluídos até 30/02/14.

De posse dos protocolos revisados, os profissionais serão treinados, começando pelos enfermeiros do acolhimento para adequada classificação de risco entendendo sinais e sintomas de risco para AVE e IAM. O treinamento será realizado com o apoio do Núcleo de Educação

Permanente do HDEAM e da Enfermeira Emanuelle Carlos que possui condições técnicas e treinamento recente na área em questão. O resultado do treinamento será avaliado através de oficina com estudos de caso ao final do treinamento.

A seguir dará continuidade aos treinamentos dos médicos, com o apoio dos médicos cardiologistas e neurologista da UTI, e o treinamento da equipe de multiprofissionais que faz parte de toda linha de cuidado horizontal dos pacientes vítimas de AVE e IAM atendidos no HDEAM. O resultado do treinamento será avaliado através de oficina com estudos de caso ao final do treinamento.

Após o treinamento dos profissionais de nível superior, será realizado o treinamento de toda a equipe de apoio necessário ao transporte dos pacientes que necessitarem de referência de hospital especializado com o apoio do médico e do enfermeiro do SAMU- Fortaleza. A avaliação do treinamento será realizada através de aula prática.

Programaram-se duas oficinas de avaliação com os grupos responsáveis por cada treinamento. Uma antes de iniciar o treinamento e outra ao final que devem ser concluídos até 30/06/14.

Ao finalizar os treinamentos foi planejada a elaboração dos fluxos e no dia 15 de junho de 2014 será feita a oficina de avaliação com o grupo responsável pela elaboração dos fluxos.

Até 30 de agosto de 2014, os protocolos para diagnóstico e tratamento inicial dos pacientes vítimas de AVE e IAM atendidos na emergência do HDEAM deverão ser instalados. Foram programadas duas oficinas de avaliação (15/08/14 e 01/09/14) com o grupo responsável pela instalação dos protocolos.

Após 6 meses da implantação do plano, pretende-se analisar os resultados utilizando os seguintes indicadores comparando com os dados antes da instalação dos protocolos:

- Proporção (%) de internações hospitalares (SUS) por grupo de causas;
- Nº de óbitos por AVE e IAM ocorridos no HDEAM;
- Nº de diagnósticos de AVE e IAM realizados no HDEAM;
- Nº de transferências realizadas de vítimas de AVE e IAM para hospital de referência;
- Proporção (%) de médicos treinados para diagnóstico e tratamento de AVE e IAM.
- Proporção (%) de enfermeiros treinados em acolhimento, classificação de risco e tratamento de AVE e IAM.
- Proporção de profissionais de nível médio treinados para atendimento e transporte de pacientes vítimas de AVE e IAM.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como ponto de partida a identificação de que a maioria dos pacientes atendidos vítimas de AVE e IAM no HDEAM recebem tratamento inadequado, sendo que as causas críticas são: a ausência de protocolo para atendimento multiprofissional dos pacientes vítimas de AVC e IAM e ausência de treinamento específico dos profissionais para o diagnóstico e tratamento de pacientes vítimas de AVE e IAM.

Diante deste contexto foi proposto um plano de intervenção com objetivo principal de contribuir para inserção do HDEAM na Rede de Atenção de Urgência e Emergência com foco nas linhas de cuidado prioritário aos pacientes vítimas de AVE e IAM.

Este trabalho foi aprovado pela Secretária de Saúde do Município de Fortaleza e será implantado com prazo máximo de 6 meses a 1 ano, tempo necessário a aquisição de recursos materiais, treinamento dos profissionais e organização da rede para referência dos casos de maior complexidade.

Há grande interesse da Secretária de Saúde do Município por este trabalho, pois o Ministério da Saúde oferece recursos diferenciados para organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

Diante da complexidade do objeto do processo saúde/doença, este trabalho pretende contribuir oferecendo possibilidades de reflexão e reconhecimento crítico quanto à necessidade de mudanças do entendimento e postura em relação ao conceito de saúde. As intervenções devem estar direcionadas às necessidades de saúde dos cidadãos.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

ANDRADE, M. M. de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas.** São Paulo: Atlas, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH).** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Acessado em [26 de dezembro de 2013]. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Acessado em [20 de dezembro de 2013]. Brasília: MS, 2011.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Nota Técnica.** Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/urgencia\\_300511.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/urgencia_300511.pdf). Acesso em : [20 de novembro de 2013] Brasília: MS, 2011.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **Portaria nº 2994**, de 13 de dezembro de 2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111069-2994.html>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>Brasília: MS, 2010.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/>. Acessado em [27 de dezembro de 2013]. Brasília: MS, 2011.

FORTALEZA, Secretária de Saúde do Município de Fortaleza. Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde. **Detalhamento do componente atenção domiciliar do plano de ação da rede de atenção às urgências e emergências de Fortaleza.** Fortaleza, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO EM GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010.** Disponível em: <[www.censo2010.ibge.gov.br](http://www.censo2010.ibge.gov.br)>. Acesso em 22 nov. 2012.



MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M.. **Fundamentos de metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2007. p. 261-265.

MALTA, D. C.; SILVA, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia Serviços Saúde**, Brasília, v.22, n.1, p.151-164, 2013

MENDES, E.V. **Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. 2007**. Disponível em: [www.saude.es.com.br](http://www.saude.es.com.br). Acessado em [27 de dezembro de 2013].

SESA. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde / Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Informe epidemiológico de doenças não transmissíveis**. Ceará, 2013.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2004. .