



## REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO CONTEXTO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

### EMERGENCY NETWORK IN THE CONTEXT OF CARDIOVASCULAR DISEASES

### RED DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN EL CONTEXTO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

*Kennaline Kessia Egídio<sup>1</sup>*

#### RESUMO

O objetivo desta pesquisa é analisar a eficiência da Rede de Urgência e Emergência no contexto das Doenças Cardiovasculares. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a partir da análise de estudos publicados nas bases Scielo, Medline, BDEF e LILACS, no período de 2011 a 2021. Os resultados identificam a importância da Rede de Urgência e Emergência, bem como seu potencial para efetivar o exercício do princípio da acessibilidade e integralidade da assistência. Conclui-se que o cuidado adequado e oportuno no processo assistencial das doenças cardiovasculares exige que os serviços de saúde que compõem a Rede de Urgência e Emergência estejam organizados de modo a ofertar com eficiência as ações de promoção e prevenção contínuas aos seus usuários, além de intervenções para acompanhamento, cura e ou reabilitação com possibilidade de acesso aos vários pontos da rede.

**PALAVRAS – CHAVE:** Atenção à Saúde. Urgência. Emergência. Doenças Cardiovasculares.

#### ABSTRACT

The aim of this research is to analyze the efficiency of the Urgency and Emergency Network in the context of Cardiovascular Diseases. This is an integrative review of the literature, based on the analysis of studies published in the Scielo, Medline, BDEF and LILACS databases, from 2011 to 2021. The results identify the importance of the Urgency and Emergency Network, as well as its potential to effect the exercise of the principle of accessibility and integrality of care. It is concluded that adequate and timely care in the

---

<sup>1</sup> Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Emília de Rodat (2008). Especialista em Saúde da Família (2009) e em Saúde Coletiva (2011) pela Faculdade Integrada de Patos - FIP. Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade São Francisco da Paraíba - FASP (2014). Especialista em Gestão da Atenção Básica e de Redes Microrregionais de Saúde pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2015). Especialista em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde pelo Hospital Sírio Libanês - HSL (2017). Mestranda pelo PLANDITES - UERN. Experiência na área de Saúde Pública, Gestão em Saúde e Urgência e Emergência.

care process of cardiovascular diseases requires that the health services that make up the Emergency Network be organized to efficiently offer the continuous promotion and prevention actions to its users, in addition to interventions for monitoring, healing and or rehabilitation with the possibility of access to the various points of the network.

**KEYWORDS - KEY:** Health Care. Urgency. Emergency. Cardiovascular Diseases.

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación es analizar la eficiencia de la Red de Urgencias y Emergencias en el contexto de las Enfermedades Cardiovasculares. Se trata de una revisión integrativa de la literatura, basada en el análisis de estudios publicados en las bases de datos Scielo, Medline, BDNF y LILACS, desde 2011 hasta 2021. Los resultados identifican la importancia de la Red de Urgencias y Emergencias, así como su potencial para implementar la principio de accesibilidad e integralidad de la atención. Se concluye que una atención adecuada y oportuna en el proceso de atención de las enfermedades cardiovasculares requiere que los servicios de salud que integran la Red de Urgencias y Emergencias se organicen para ofrecer de manera eficiente acciones continuas de promoción y prevención a sus usuarios, además de intervenciones de seguimiento, curación y/o rehabilitación con posibilidad de acceder a los distintos puntos de la red.

**PALABRAS CLAVE:** Atención de la Salud. Urgencia. Emergencia. Enfermedades cardiovasculares.

## 1. INTRODUÇÃO

Os atendimentos de urgência e emergência são um dos principais serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, sendo um importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema. É onde primeiro se mostram os agravos inusitados à saúde da população, gerando informação em tempo real para as ações de vigilância bem como para os agravos que mostram falhas na integralidade da atenção, como as urgências e emergências cardiovasculares (PSALTIKIDIS, *et al.*, 2012).

A Portaria 1.600, de 07 de julho de 2011, que Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Esta possui como finalidade precípua, articular e integrar todos os equipamentos de atenção à saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação

de urgência e/ou emergência nos serviços de saúde, de modo que sejam atendidos de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011a).

Das situações de urgências e/ou emergências atendidas pelos serviços de saúde estão as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dentre elas, as cardiovasculares, são as responsáveis por grande parte das internações e regulações entre os serviços de saúde, demandando assim uma maior articulação entre os fluxos assistenciais e gerenciamento eficaz e eficiente (MEDEIROS; MENEGHEL; GERHARDT, 2012).

As doenças cardiovasculares (DCV), em especial as isquêmicas do coração, como o infarto agudo do miocárdio (IAM), as hipertensivas e as cerebrovasculares, como os acidentes vasculares encefálicos (AVE), entre outras, estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. A mortalidade hospitalar e pré-hospitalar por estes tipos de doenças ainda é expressiva, apesar da redução dessa na fase intra-hospitalar (BRASIL, 2019).

Para Timerman *et al.* (2004), pessoas tratadas na primeira hora de evolução dos sintomas experimentam uma redução significativa da mortalidade hospitalar. O tratamento ágil pode reduzi-la na fase aguda, e a continuidade do mesmo em um serviço de saúde especializado no atendimento através da regulação, são essenciais para aumentar a sobrevida e reduzir incapacidades.

Nesse sentido, a relevância da temática surgiu com o interesse em desenvolver o estudo, sendo observado que todo o processo de garantia da assistência exige a integração dos serviços na rede de urgência e emergência no que diz respeito ao paciente com doenças cardiovasculares.

Com isso, surgiu o seguinte questionamento: A Rede de Urgência e Emergência é eficiente no que se refere as Doenças Cardiovasculares? Pautada nos aspectos apresentados, esta revisão tem por objetivo analisar a eficiência da Rede de Urgência e Emergência no contexto das Doenças Cardiovasculares, de acordo com a literatura da área da saúde no período correspondente aos anos de 2011 a 2021.

## 2. METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura, com abordagem quantitativa, para identificação e análise de produções sobre o tema Rede de Urgência e Emergência no contexto das DCV, entre os anos de 2011 e 2021. De acordo com o objetivo, a pesquisa pode ser considerada como exploratória e descritiva.

Adotou-se a revisão integrativa da literatura, que contribui para o processo de sistematização e análise dos resultados, buscando a ampliação da compreensão da temática proposta a partir da análise de estudos anteriormente publicados. O contato com o material científico publicado na área de conhecimento permite ao pesquisador conhecer as lacunas existentes na produção científica, e indica a necessidade de realização de novos estudos (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

A pesquisa seguiu os padrões metodológicos envolvendo: coleta de dados, análise e apresentação dos resultados, desde o início do estudo, a partir de um roteiro de pesquisa contendo seis etapas (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Na primeira etapa, a identificação do tema e seleção da hipótese de pesquisa, com isso, formulou-se a questão norteadora: A Rede de Urgência e Emergência é eficiente no que se refere as Doenças Cardiovasculares?

Na segunda etapa, o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostras na busca da literatura, que ocorreu no mês de maio de 2021 nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Medline, Scielo, e a Bibliografia Especializada na área da Enfermagem (BDENF). Nesta fase, foram adotados os seguintes critérios de inclusão para seleção dos artigos: todas as categorias de artigo (pesquisa original, revisão de literatura, relato de experiência, editorial) que contivessem os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS) ao longo de todo o título, resumo, assunto: Emergência and Doenças Cardiovasculares, Urgência and Doenças Cardiovasculares, e Emergência and Cardiovasculares; publicados no idioma português, entre os anos 2011 e 2021; Foram critérios de exclusão: resenhas, anais de congresso, teses, dissertações, boletins epidemiológicos, artigos não relacionados ao

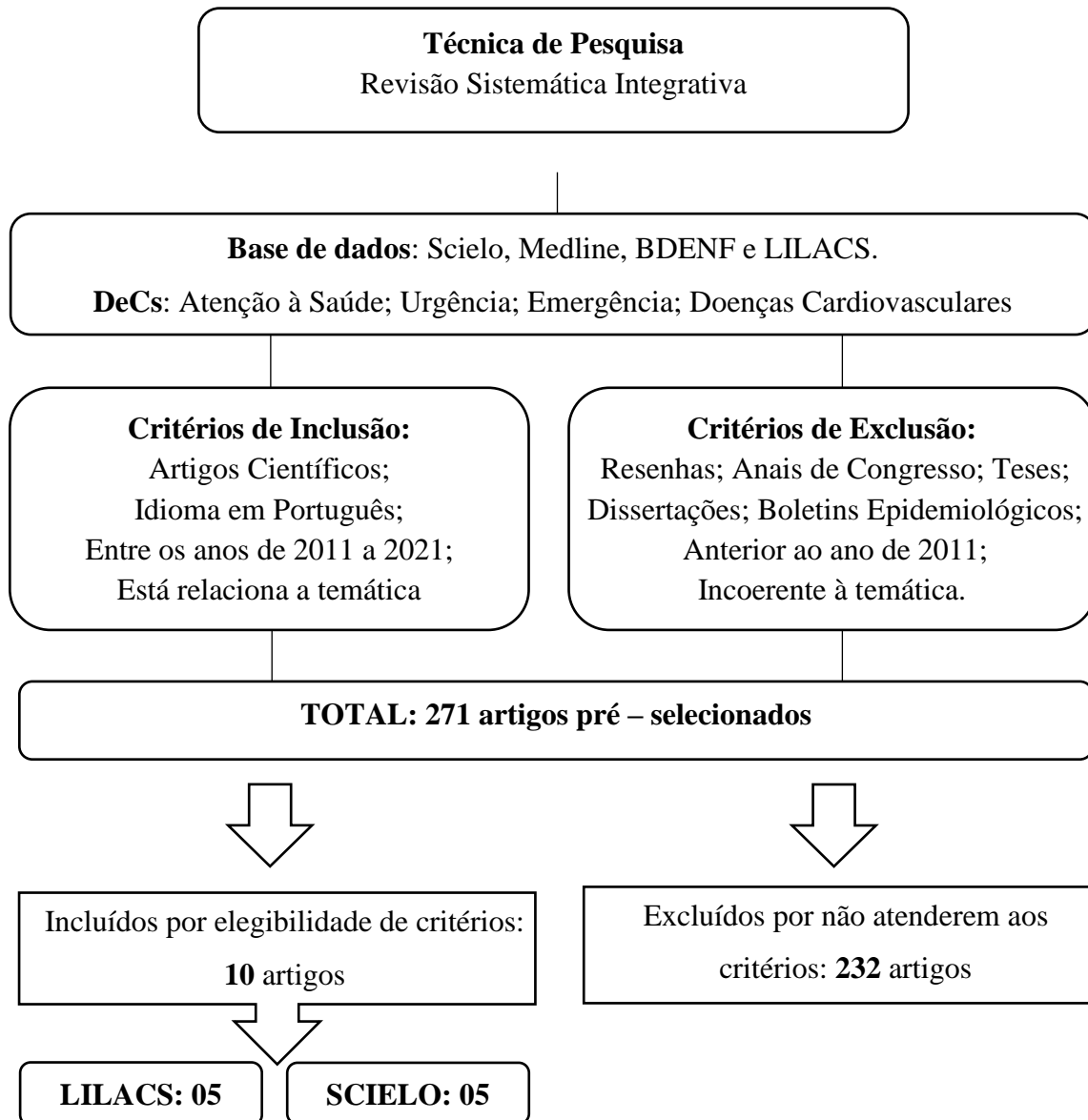
objetivo deste estudo, e aqueles com ano de publicação anterior a 2011. Ao total foram localizados 271 estudos.

Na terceira etapa, os artigos foram submetidos a uma leitura flutuante, na qual foram analisados seus títulos e palavras-chaves. Excluiu-se, desta forma, 232 (duzentos e trinta e dois) documentos que não tratavam de artigo científico relacionados com o escopo do estudo, tais como artigos relacionados às práticas clínicas nos setores de urgências e emergências; fiscalização sobre prática profissional na urgência; escuta e relatos de profissionais de saúde no setor de emergência; tratamentos utilizados nas DCV; entre outros. Após exclusão, 39 (artigos foram pré-selecionados e submetidos à leitura dos seus resumos. Esta análise possibilitou identificar outros 29 (vinte e nove) artigos não relacionados ao objetivo desta pesquisa. Assim, apenas 10 (dez) artigos foram selecionados para análise aprofundada, sendo 05 (cinco) deles na base de dados do Scielo e cinco na base de dados da LILACS.

Na quarta etapa, os artigos selecionados foram organizados de modo a facilitar o acesso, para posterior leitura crítica e fichamento das informações relevantes. As informações presentes nestes artigos foram agrupadas em uma matriz síntese, sendo discriminados: autor e ano de publicação, título, objetivo e metodologia.

A quinta etapa envolveu a análise dos artigos, e a partir dos agrupamentos foram formadas as categorias temáticas do estudo, seguindo-se com discussão sustentada a partir da literatura pertinente. O processo foi finalizado com a sexta etapa, onde foi processada, a síntese do conhecimento. Esta etapa é considerada relevante, pois é nela que se obtém o resultado final da pesquisa integrativa.

**Figura 1:** Fluxograma do delineamento da estratégia de seleção das publicações



### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dez artigos selecionados para análise estavam distribuídos em periódicos distintos, não havendo concentração relevante de estudos com a temática pesquisada em periódicos específicos. Os textos foram analisados e agrupados de acordo com suas semelhanças e diferenças, abordagens ou formas de tratamento. Desta análise, foram formuladas as categorias temáticas para realizar a síntese do conhecimento da revisão

integrativa, Rede de Atenção à Saúde em Urgência e Emergência e Doenças Cardiovasculares.

### **Categoria: Rede de Atenção à Saúde às urgências e Emergências**

Definem-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata; já emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (JESUS, *et al.*, 2016).

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída pela Portaria n. 1.863, de 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003a). Sua alteração sobreveio pela Portaria 1.600, de 07 de julho de 2011, que Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS (BRASIL, 2011a).

Padilha *et al.* (2018) no seu estudo intitulado Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana, teve como objetivo analisar a implementação da Rede de Urgência e Emergências, seus arranjos interfederativos regionais de pactuação e gestão de políticas, na Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2011-2016. Este estudo revela o protagonismo dos atores federativos na incorporação da RUE na agenda do SUS e que o seu desenho de implementação tem instrumentos políticos organizacionais, financeiros e regulatórios que, ao serem implementados, criam mecanismos de sua integração, incorporam a Região de Saúde como sua unidade territorial, valorizam e criam novos arranjos regionais interfederativos. Entretanto, tais recursos são insuficientes para superar os contenciosos e desafios apontados, compreendendo-os como parte dos conteúdos e processos da governança regional, impactando na consolidação da RUE e da Região de Saúde.

Em estudo de Torres *et. al* (2016), a Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais foi estudada, apontando que a atenção a Urgência e



Emergência é um desafio a ser enfrentado pelo SUS e demanda dos gestores a sua organização. Para atender a essa demanda, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais propôs a construção da Rede de Atenção de Urgência e Emergência na Macrorregião Norte de Minas Gerais, sendo a compreensão de seu funcionamento o objetivo do artigo. Os resultados indicaram dificuldades, facilidades e avanços no processo. Entre as facilidades, tem-se a implantação da rede, a criação do Comitê, a regionalização do Serviço de Atenção Móvel de Urgência, a adoção da classificação de risco e o suporte do Estado. Entre as dificuldades, estão o modelo de financiamento, a extensão territorial, o despreparo e a rotatividade dos profissionais. Conclui-se que o processo de funcionamento da RUE é complexo e dinâmico, que envolve diversos e diferentes atores.

Neste sentido, Campos (2014), contribui para a interpretação dos resultados, sobretudo dos contenciosos e desafios não superados. Essa interpretação reforça a compreensão de que a constituição de uma rede integrada de atenção regional não ocorre apenas a partir da implementação de recursos pelas autoridades do sistema de saúde ou de fluxos de integração gerencial dos seus pontos de atenção. Ela ajuda a problematizar a necessidade da geração de deslocamentos de poder e repactuação dos atores, os quais ocupam papéis e espaços de poder diversos nos pontos de atenção, nas instituições ou estruturas de gestão, que se abrem mais ou menos para a interlocução em rede, para a construção de novos sujeitos e para a redistribuição ou construção de novas relações de poder.

Entre os desafios a serem enfrentados pelo SUS, na atenção à Urgência e Emergência (UE) a rede de serviços merece evidência, uma vez que sua ausência ou inadequação pode gerar incapacidade ou óbito de um indivíduo (BRASIL, 2002). Questões como mudanças demográficas, desigualdades regionais e aumento da morbidade por urgências cardiovasculares contribuem para a intensificação da utilização de serviços de saúde, em especial os de urgência.

São integrantes assistenciais da RUE, os componentes pré-hospitalares (atenção básica, salas de estabilização, SAMU-192 e UPA), o componente hospitalar e a atenção



domiciliar (BRASIL, 2011a). O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi o primeiro componente da Política Nacional de Atenção às Urgências implantado no país no começo dos anos 2000 (BRASIL, 2003b).

O estudo de O'Dwyer *et al.* (2017) teve como objetivo analisar o processo de implantação da urgência pré-hospitalar móvel no Brasil, e após a sua análise, os resultados evidenciaram uma implantação do SAMU desigual entre estados e regiões, identificando seis padrões de implantação, considerando-se a capacidade dos estados de expandir a cobertura populacional e de regionalizar. As dificuldades estruturais incluíram a fixação de médicos, centrais de regulação mal equipadas e escassez de ambulâncias. Além disso, evidenciou que as Regiões Norte e Nordeste foram as regiões mais atingidas. Concluiu-se que o SAMU está configurado como estratégia estruturante da rede de urgências, mas seu desempenho sofreu o impacto da pouca participação da atenção primária na rede de urgências e principalmente da falta de leitos hospitalares.

Na pesquisa de O'Dwyer e Konder (2019), buscou-se analisar a organização e o funcionamento dos fluxos assistenciais estabelecidos na RUE, a partir do acesso ao leito hospitalar. Este estudo identificou a grande discrepância entre o número de solicitações de internação em leito hospitalar e o de vagas disponíveis, bem como a naturalização das UPAs como sendo unidade de internação para quadros clínicos, e constitui um falseamento que mais acomoda a falta de leitos em vez de tensioná-la. Adicionalmente, os dados produzidos permitiram lançar luz sobre questões pertinentes à qualidade e à adequação das decisões regulatórias tomadas no interior das unidades de saúde, assunto pouco analisado na literatura. Por fim, destacou a relação conflituosa entre os componentes pré-hospitalares (atenção primária e UPA) na dinâmica do fluxo da Vaga Zero, comprometendo a continuidade do cuidado.

Balderrama *et al.* (2019) evidenciam a identificação da redução das internações clínicas e o crescimento das internações cirúrgicas em Cardiologia, quando há a ampliação da oferta de serviços com incrementos da produção de exames e consultas. Assim, a coordenação do cuidado e a melhoria da resolubilidade da Atenção Básica favorecem o acesso à saúde, e a melhoria à atenção cardiovascular.

Contudo, pela sua magnitude e importância, a implantação e organização das redes de urgência e emergência nos territórios das regiões de saúde, tem representado positividade junto aos gestores, prestadores e profissionais de saúde, bem como ganhado força nas reflexões acerca do papel da atenção primária à saúde (APS) na regulação assistencial das redes de atenção, sobretudo face às importantes consequências da mudança dos perfis epidemiológico e demográfico da população, com uma prevalência relativa e crescente das condições crônicas de saúde, em especial as DCV (BARROS; AMARAL, 2017).

### **Categoria: Doenças Cardiovasculares (DCV)**

As DCV correspondem a um leque de patologias que representam uma preocupação global pela sua prevalência e elevada morbi-mortalidade (BRASIL, 2019). As pessoas que apresentam sinais e sintomas de DCV necessitam de assistência o mais rápido possível, pois o tempo resposta está diretamente relacionado com minimização do dano e na redução da morbi-mortalidade associada a este evento.

Para Damasceno *et al.* (2012) o IAM é caracterizado por necroses no miocárdio, decorrentes de um desequilíbrio entre a demanda e a oferta de oxigênio, cuja etiologia ocorre pela oclusão da artéria coronária, devido ao desprendimento de uma placa aterosclerótica, ocluindo o vaso e, diminuindo a perfusão miocárdica. À medida que as células são privadas de oxigênio, ocorre o aumento da isquemia, lesão celular e morte das células miocárdicas. Esta lesão desenvolve-se de alguns minutos a horas, o que pode ocasionar a destruição permanente. Observou-se a importância e prioridade da identificação das manifestações clínicas e necessária para o início imediato do tratamento, bem como o retardo da lesão miocárdica, e que o paciente pode apresentar manifestações iniciais como a dor torácica aguda, cansaço súbito e intenso, tontura, confusão mental, desconforto gastrointestinal e síncope. Identificou-se ainda, que os indivíduos vítimas de IAM, muitas vezes, percebem os sintomas iniciais como um simples desconforto inofensivo, mesmo acometidos por fatores de risco como a hipertensão

arterial sistêmica, sedentarismo, tabagismo, obesidade, diabetes mellitus, e histórico familiar. Diante disso, conclui-se que os mesmos adiam a procura por um serviço de saúde e, conseqüentemente, aumenta o tempo para o diagnóstico e tratamento.

Os pacientes que procuram um atendimento no início dos sintomas são definidos como grupos de atenção pré-hospitalar, período pré-hospitalar importante para o sucesso do tratamento, pois compreende o início das manifestações e a tomada de decisão de procurar por um atendimento hospitalar. Porém, muitos pacientes procuram o atendimento inicial nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), pois em vários casos, são os serviços de saúde mais próximos de suas residências. Dessa forma, a ESF pode ser uma aliada para o reconhecimento precoce dos sinais de IAM, e encaminhar rapidamente o paciente para uma unidade de emergência (BRASIL, 2011b).

Caso a definição ou adequação do tratamento não ocorra de forma emergencial, o IAM pode resultar em inúmeras complicações com alto risco de vida ao paciente que geralmente ocorrem nas primeiras vinte e quatro horas após o início dos sintomas (TIMERMAN *et al.*, 2004).

Na pesquisa avaliada de Silva *et al.* (2018) sobre o atendimento ao paciente com Síndrome Coronariana Aguda em um pronto – socorro, demonstraram a prevalência de IAM de 84,5%, diagnosticado por eletrocardiograma, ecocardiograma e enzimas cardíacas seriadas; os tratamentos mais realizados foram os medicamentos antiagregantes plaquetários (64,3%), o cateterismo cardíaco (65,4%) e a intervenção coronariana percutânea (27,2%). A maioria dos pacientes teve alta hospitalar, porém a taxa de mortalidade foi de 13,2%. Concluiu-se pela importância da caracterização desses atendimentos de forma ágil, visto que pode colaborar para o planejamento de políticas públicas e ações intervencionistas que visem à prevenção das doenças cardíacas, redução das comorbidades e início de tratamento precoce.

Outra condição cardiovascular que exige agilidade ao se prestar uma assistência é a Urgência e a Emergência Hipertensiva, pois representa mais de 25% dos atendimentos hospitalares de urgência (FURTADO *et al.*, 2003).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma doença que se caracteriza por níveis elevados da pressão sanguínea. É uma condição clínica multifatorial e associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais do coração, cérebro, rins, vasos sanguíneos e alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (JESUS *et al.*, 2016).

A HAS pode ser considerada como emergência, ou também classificada como urgência hipertensiva. A crise hipertensiva é a situação clínica onde há aumento súbito da PA ( $\geq 180 \times 120$  mmHg), acompanhada de sintomas, que poderão ser leves (cefaléia, tontura, zumbido) ou graves (dispnéia, dor precordial, coma e até morte), com ou sem lesão aguda de órgãos-alvo. Se os sintomas forem leves e não acompanhados de lesão aguda de órgãos-alvo, define-se como urgência hipertensiva. Por outro lado, se os sintomas põem em risco a vida do paciente e refletem lesão aguda de órgãos-alvo, tem-se então a emergência hipertensiva (FEITOSA FILHO, *et al.*, 2008).

Para Furtado, *et al.* (2003) na Urgência Hipertensiva, o aumento da pressão arterial não representa risco imediato de vida, portanto, nessa situação, o controle da PA poderá ser feito, reduzindo-a gradualmente em 24h. Já a Emergência Hipertensiva é caracterizada por PA marcadamente elevada e graves complicações de órgãos-alvo, como a Encefalopatia, IAM, Angina Instável, Edema Agudo de Pulmão, Eclâmpsia, AVE, Dissecção de Aorta, entre outras, requerendo internação hospitalar e imediato uso de drogas anti-hipertensivas parenterais, visando à redução da pressão arterial, em unidade de tratamento intensivo.

Em pacientes que apresentam níveis de pressão arterial elevados, porém assintomáticos, muitas vezes, a deterioração de órgãos-alvo é silenciosa, o que implica em casos de emergências e atendimentos pelo SAMU, sendo necessária a regulação deste paciente para uma unidade hospitalar em referência cardiovascular, a fim de evitar complicações e a morte desse paciente.

O AVE é uma emergência médica que requer o mínimo de tempo para intervenção, a fim de evitar sequelas e a morte do paciente. Pode ser definido por uma incapacitação súbita da circulação sanguínea causada por um bloqueio parcial ou total de um ou mais

vasos cerebrais. Quando as células do cérebro são desprovidas de oxigênio por um determinado tempo, ocorre a destruição da célula e morte do tecido cerebral (infarto cerebral) ocasionando déficits neurológicos e uma ameaça abrupta às funções do encéfalo ao longo do tempo (SANTOS, 2019).

O AVE é um agravo relacionado com as doenças cerebrovasculares, como complicação da HAS, e integra a atual lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária (FAUSTO, *et al.*, 2017). Os autores identificaram que as equipes de Atenção Primária à Saúde estão presentes como ponto de cuidado na maior parte das trajetórias dos pacientes, todavia pouco integrada à rede regionalizada e impossibilitada de exercer a função de porta de entrada e coordenação do cuidado.

Observou-se também peregrinação assistencial, fragmentação do cuidado e dificuldades para realização de cuidados pós-internação, essenciais para a reabilitação do paciente. Os traços de fragmentação do sistema de saúde regional são importantes sinais de alerta que apontam fragilidades na rede de assistência ao paciente com AVE e expressam lacunas persistentes no sistema público de saúde para o cumprimento da responsabilidade sanitária e a garantia do direito à saúde dos indivíduos (FAUSTO, *et al.*, 2017).

Entende-se que cada paciente pode apresentar um quadro clínico diferenciado, porém, é importante levar em consideração o momento de início dos primeiros sintomas e a rapidez com que evoluíram e, a partir daí identificar o tipo, localização e extensão da lesão de forma a determinar um tratamento específico. Os sintomas vão desde a uma leve dormência ou fraqueza da face, braço ou perna, especialmente num lado do corpo, confusão ou alteração do estado mental, dificuldade em falar ou compreender a fala, distúrbios visuais, dificuldade em deambular, vertigem ou perda do equilíbrio, cefaleia súbita, entre outros (SANTOS, 2019).

A Linha de Cuidados em AVE foi instituída pela Portaria Ministério da Saúde /GM nº 664, de 12 de abril de 2012, que integrou a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Caracteriza-se por uma redefinição da estratégia de cuidado ao paciente com AVE e propôs uma nova organização da assistência desse paciente, com intuito de

atender às necessidades específicas, bem como de um contexto sociodemográfico considerável, pois o aumento da expectativa de vida e conseqüentemente o envelhecimento da população, aumentam os fatores de risco para as doenças cerebrovasculares e constitui-se um grande desafio para o SUS (BRASIL, 2012).

Destaca-se nessa Portaria que são necessárias articulações em todos os níveis de assistência: Atenção Básica, SAMU-192, UPA - 24 hrs, Unidades Hospitalares de Referência Hospitalar para atendimento de AVC, Reabilitação Ambulatorial, ambulatório especializado para egressos, programas de atenção domiciliar e reintegração social (BRASIL, 2012).

Com isso, Freire (2016) aponta que para garantir uma assistência efetiva ao paciente em urgência e emergência cardiovascular, é necessário mobilizar vários cenários que compõem as redes de atenção à saúde. É um dos objetivos da RUE, o de melhorar a qualidade ao acesso e atenção à saúde SUS.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A implementação do SUS no Brasil permitiu ampliar o acesso à saúde, reduzindo as mortes por causas preveníveis. Entretanto, a persistência de problemas organizacionais, estruturais e fragilidades nas redes de atenção à saúde, mantém altos os índices de iniquidade no padrão de acesso aos serviços de saúde, principalmente no que se refere a atenção integral da assistência.

Os achados deste estudo revelam que a principal dificuldade encontrada nos artigos diz respeito a etapa metodológica, visto que se deu pela inexistência de terminologia própria para o tema da pesquisa, levando a muitos estudos que não abordavam a temática. Os artigos localizados a partir da terminologia utilizada dizem respeito à urgências e emergências de diversas temáticas na área da saúde, não estando relacionados, necessariamente, à rede de assistência ao paciente com DCV, tema que este trabalho se propôs a pesquisar.

Com isso, conclui-se que cuidado adequado e oportuno no processo assistencial das DCV exige que os serviços de saúde que compõem a RUE estejam organizados de



modo a ofertar com eficiência as ações de promoção e prevenção contínuas aos seus usuários, além de intervenções para acompanhamento, cura e ou reabilitação com possibilidade de acesso aos vários pontos da rede de atenção, permitindo o contato do usuário com diferentes profissionais e recursos, conforme se apresentem as necessidades em saúde.

## REFERÊNCIAS

BALDERRAMA, P.; GLERIANO, J. S.; HENRIQUES, S. H.; FERREIRA, J. B. B.; ALVES, L. R.; CHAVES, L. D. P. Gestão em saúde: avaliação do acesso ao sistema regional. **Rev. Enferm. UEPE on line**, v.12, n.4, p. 933-942, abr. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1017130>. Acesso em: 12 mai. 2021.

BARROS, F. P.; AMARAL, T. C. Os desafios da regulação em saúde no Brasil. Instituto de Higiene e Medicina Tropical: **Regulação em Saúde – Suplemento 3**. [S./.] v.16, n.3, p. 39 – 45, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.42>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Indicadores de Saúde** [Internet]. Brasília; 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtbr.def>. Acesso em: 28 de abril 2021.

BRASIL. **Linha Do Cuidado Do Infarto Agudo Do Miocárdio Na Rede De Atenção Às Urgências**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011b. Disponível em: [publicacoes.cardiol.br/SBC-SMS/Linha%20de%20Cuidado%20do%20IAM.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/SBC-SMS/Linha%20de%20Cuidado%20do%20IAM.pdf). Acesso em: 18 abr. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 664, de 12 de abril de 2012**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0664\\_12\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0664_12_04_2012.html). Acesso em 28 abr. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011a. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: seção 1, p.48. 07 jul. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html). Acesso em: 20 jan 2021.

BRASIL. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003a. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863\\_26\\_09\\_2003.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html). Acesso em: 30 abr 2021.



BRASIL. Portaria nº 1864, de 29 de setembro de 2003b. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: seção 1, p. 57.06 de out de 2003. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864\\_29\\_09\\_2003.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html).

Acesso em: 30 abr 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 nov. 2002. p. 32-54. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html).

Acesso em: 21 jan 2021

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**: Belo Horizonte, v.5, n.11, p. 121-136, mai/ago. 2011. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>. Acesso em: 24 jan. 2021.

CAMPOS, G.W.S. Regionalização é o futuro do SUS. **Região e Redes**, jun. 2014. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/regionalizacao-e-o-futuro-do-sus/> Acesso em: 22 jan. 2021.

DAMASCENO, C. A.; QUEIRZ, T. L. de.; SANTOS, C. A. S. T.; MUSSI, F. C. Fatores Associados à Decisão para Procura de Serviço de Saúde no Infarto do Miocárdio: diferenças entre gêneros. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.6, p. 1362-1370, abr, 2012. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000600012&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000600012&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em 26 abr 2021.

FAUSTO, M. C.R.; et al. Itinerários Terapêuticos de pacientes com acidente vascular encefálico: fragmentação do cuidado em uma rede regionalizada de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v, 17, n.1, out, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/K6C8Zgy4STVjKxwFpDjYXmb/?lang=pt>. Acesso em: 12 mai. 2021.

FEITOSA-FILHO, G. S.; LOPES, R. D.; POPPI, N. T.; GUIMARÃES, H. P. Emergências hipertensivas. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. São Paulo, v.20, n.3, p. 305- 12, 2008. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2008000300014&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2008000300014&script=sci_arttext)

Acesso em: 26 abr 2021.

FREIRE, J. M. **Cuidados a pacientes com infarto do miocárdio na rede de atenção a urgência e emergência**. 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, 2016.

Disponível em: <http://dspace.unipampa.edu.br:8080/jspui/handle/rii/5341>. Acesso em 25 abr 2021

FURTADO, R. G.; COELHO, E. B.; NOBRE, F. Urgências e Emergências Hipertensivas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.36, p. 338-344, abr./dez. 2003. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/731/745>. Acesso em: 26 abr 2021.

- GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6 ed. Editora Atlas S/A: São Paulo, 2008.
- JESUS, P. B. R. de.; LOPES, M. H. B. M.; TOTI, I. C. C.; SILVA, V. F. P.; MONTEIRO, M. I.; LAMAS, J. L. T. Caracterização e classificação de risco em urgência e emergência hipertensiva. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 21, n.2, pag 01-09, Abr/jun, 2016. Disponível em : <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43590/27947>. Acesso em: 26 abr 2021.
- MEDEIROS, C.R.G; MENEGHEL, S.N.; GERHADT, T. E. Desigualdades na mortalidade por doenças cardiovasculares em pequenos municípios. **ciência & Saúde Coletiva**, Rio De Janeiro, v.17, n.11, p.2953-2962, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n11/2953-2962/pt>. Acesso em: 02 mar 2021.
- O'DWYER, G.; KONDER, M. T. As Unidade de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.29, n.2, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290203>. Acesso em: 19 jan. 2021.
- O'DWYER, G.; KONDER, M. T.; RECIPUTTI, L. P.; MACEDO, C.; LOPES, M. G. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n.7, ago. 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00043716. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043716>. Acesso em: 19 jan. 2021.
- PADILHA, A. R.; AMARAL, M. A.; OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, G. W. Fragilidade na governança regional durante implementação da rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.118, p.579-593, jul/set, 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811803. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811803>. Acesso em: 19 jan. 2021.
- PSALTIKIDIS, E. M.; TIBALDI, P. C.; BEVILACQUA, M.; KITAKA, E. L.; USSON, R. A incorporação dos resultados das pesquisas científicas no SUS. **Desenvolvimento de Sistema de Apoio à Regulação de Urgência e Emergência para região de Campinas**. [].São Paulo 2012. , v13, n3, pp. 269-276. ISSN 1518-1812. Disponível em: [periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v13n3/v13n3a10.pdf](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v13n3/v13n3a10.pdf). Acesso em: 15 abri 2021.
- SANTOS, J. C. C.; Compreendendo a regulação de vaga do acidente vascular cerebral em fase hiperaguda : construção de vídeo instrucional. 2019. 73 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu, 2019 Disponível em: [https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/191622/santos\\_jcc\\_me\\_bot.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/191622/santos_jcc_me_bot.pdf?sequence=3&isAllowed=y). Acesso em: 30 abr 2021.
- SILVA, L. N.; KARINO, M. E.; MARTINS, J. T.; GALDINO, M. J. Q.; SCHOLZE, A. R.; RIBAS, J. J. Perfil Epidemiológico e clínico de pacientes com síndrome coronariana aguda. **Rev. Enferm. UEPE on line**. Recife, 12, n.2, p. 379-385, fev., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a22563p379-385-2018>. Acesso em: 12 mai. 2021.
- TIMERMAN, S. MARQUES, F.B.R.; PÍSPICO, A.; RAMIRES, J. A. F. Tratamento pré-hospitalar da síndrome isquêmica aguda com supradesnívelamento do segmento ST: já



temos suficiente evidência para implantar rotina? **Rev Soc Cardiol**, São Paulo, v.14, n.6, p. 868-83, 2004.

TORRES, S. F.; BELISÁRIO, S. A.; MELO, E. M. A Rede de Urgência e Emergência da macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, n.1, p. 361-373, jan/mar, 2016. DOI: 10.1590/S0104-12902015000100028. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100028>. Acesso em: 19 jan. 2021.

Submissão: Janeiro 2022

Publicação: Junho 2022