



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

HUB-UNB/EBSERH

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CLÍNICA MÉDICA ANO ADICIONAL

GISELE COSMO DOS SANTOS

**CENTRO DE AVC NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS E INDICADORES DE PERFORMANCE DO SERVIÇO APÓS UM ANO E MEIO DA IMPLANTAÇÃO**

Brasília

2023

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA HOSPITAL

UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

HUB-UNB/EBSERH

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM CLÍNICA MÉDICA ANO ADICIONAL

GISELE COSMO DOS SANTOS

**CENTRO DE AVC NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS E INDICADORES DE PERFORMANCE DO SERVIÇO APÓS UM ANO E MEIO DA IMPLANTAÇÃO**

Projeto de Pesquisa apresentado à  
COREME

PRM como exame de Qualificação  
do relatório parcial do TCC do  
Programa de Residência Médica em  
Clínica Médica Ano Adicional  
Orientador: Prof. Dr. Luciano Talma  
Ferreira  
Co-orientador: Prof. Dr. Alvaro  
Modesto da Silva Rodrigues Neto

Brasília

2023

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO. ....	9
2. REFERENCIAL TEÓRICO. ....	10
3. METODOLOGIA. ....	12
4. RESULTADOS ESPERADOS ....	22
5. CRONOGRAMA.....	27
6. ORÇAMENTO.....	28
REFERÊNCIAS .....	29
APÊNDICES. ....	X
ANEXOS.....	XX

## **RESUMO**

Atendimento aos pacientes com AVC agudo em janela para trombólise venosa em Brasília, até pouco tempo, estava centralizado no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), hospital que foi habilitado em 2014 como Centro de Atendimento de Urgência Tipo III, e esta situação é mais um retrato da realidade de poucos serviços de saúde que realizam terapia específica no Brasil (SILVA, 2018). Há cerca de 1 ano e meio a Unidade de Urgência e Emergência (UUE) do Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB) implantou o Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (Centro de AVC) após inclusão do HUB-UnB/EBSERH na linha de cuidado em AVC da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), somando esforços para ampliação de tratamento aos pacientes com AVC.

No presente trabalho, será realizado estudo retrospectivo através da análise de prontuário de todos os pacientes atendidos no Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC no HUB no período de julho de 2021 a dezembro de 2022, com foco em pacientes que foram trombolisados.

Foram atendidos 28 pacientes, dos quais 12 foram submetidos à trombólise intravenosa. Indicadores de performance: tempo do início dos sintomas (íctus) até a admissão no centro de AVC (tempo sintomas – porta); tempo da admissão no centro de AVC até o início da terapia (tempo porta – agulha); tempo do início dos sintomas até o início da terapia (tempo sintomas – agulha); tempo da admissão no centro de AVC até a realização do exame de tomografia computadorizada de crânio; percentual de pacientes que apresentaram uma melhora clínica significativa (queda do National Institute Health Stroke Scale [NIHSS] maior ou igual a 4 pontos em 24 horas); percentual de pacientes que apresentaram transformação hemorrágica ou necessidade de abordagem neurocirúrgica, mortalidade e infecção, ou seja, complicações; percentual de pacientes com AVC isquêmico em uso de antiagregante plaquetário ou

anticoagulante oral na alta; percentual de pacientes com AVC isquêmico aterotrombótico em uso de estatina na alta; tempo de permanência no Centro de AVC e no hospital do paciente com AVC; percentual de pacientes com AVC atendidos no ambulatório especializado em AVC após a alta. Além dos indicadores, serão descritos o perfil clínico epidemiológico (idade, gênero, comorbidades) e classificação do tipo do AVC.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral; AVC Trombótico; AVC Isquêmico.

## **ABSTRACT**

Care for patients with acute stroke in the window for venous thrombolysis in Brasília, was centered at the Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), a hospital that was qualified in 2014 as a Type III Emergency Care Center, and this situation is yet another portrait of the reality of few health services that perform specific therapy in Brazil. About 1 year and a half ago, the Urgency and Emergency Unit (UUE) of the University Hospital of Brasilia (HUB-UnB) implemented the Emergency Care Center for Patients with Stroke (Stroke Center) after the inclusion of the HUB-UnB /EBSERH in the stroke care line of the Health Department of the Federal District (SES-DF), joining efforts to expand treatment for patients with stroke (SILVA, 2018).

In the present work, a retrospective study will be carried out through the analysis of the medical records of all patients treated at the Emergency Care Center for Patients with Stroke at the HUB from July 2021 to December 2022, focusing on patients who have been thrombolysed.

Twenty-eight patients were treated, of which 12 underwent intravenous thrombolysis. Performance indicators: time from onset of symptoms (ictus) to admission to the stroke center (time symptoms – door); time from admission to the stroke center to initiation of therapy (door-to-needle time); time from the onset of symptoms to the start of therapy (time symptoms – needle); time from admission to the stroke center until the head computed tomography scan was performed; percentage of patients who showed significant clinical improvement (fall in the National Institute Health Stroke Scale [NIHSS] greater than or equal to 4 points in 24 hours); percentage of patients who presented hemorrhagic transformation or need for a neurosurgical approach, mortality and infection, that is, complications; percentage of patients with ischemic stroke using antiplatelet agents or oral anticoagulants at discharge; percentage of patients with atherothrombotic ischemic stroke using statins at discharge; length of stay at the Stroke Center and at the stroke patient's hospital; percentage of stroke patients treated at the outpatient clinic

specialized in stroke after discharge. In addition to the indicators, the clinical epidemiological profile (age, gender, comorbidities) and classification of the type of stroke will be described.

**Keywords:** Stroke; Thrombotic Stroke; Ischemic Stroke.

## 1. INTRODUÇÃO

Pesquisas epidemiológicas sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Brasil têm demonstrado que o AVC continua ocupando o segundo lugar de causa de morte no país, com tendência à retomada a posição de primeiro lugar em mortalidade, conforme estudo sobre hospitalizações públicas por AVC de 2009 a 2016 (DANTAS, 2019).

No mundo, a incidência, prevalência, mortalidade e incapacidade de AVC vinha apresentando redução segundo o estudo global de doenças (The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study – GBD), entre 1990 e 2019. No entanto, entre aqueles com menos de 70 anos, a prevalência de AVC específica por idade e as taxas de incidência aumentaram substancialmente em 2019 (GLOBAL, 2019).

O AVC tem uma alta porcentagem de casos potencialmente evitáveis quando controlada os fatores de risco, no Brasil o AVC foi responsável por 98.843 mortes no ano de 2020 (MS/SVS/CGIAE). Desde 1995, a terapia de reperfusão para AVC isquêmico tornou-se um marco no tratamento, tendo seu benefício documentado quando realizada até 4,5h após os primeiros sintomas. Mais recentemente, os benefícios da Trombectomia Mecânica (TM) foram estabelecidos como parte fundamental do tratamento do AVC para pacientes selecionados tratados 6 a 24h após o início dos sintomas (DOU nº 5, ed 34, 2021), sendo aprovado e incorporado como procedimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme prevê a Portaria SCTIE/MS Nº 5, de fevereiro de 2021. No entanto, a TM ainda não foi implementada por falta de protocolo atualizado que efetive a disponibilização da tecnologia (Ministério da Saúde, 2022).

Para implantação do Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (Centro de AVC) após inclusão do HUB-UnB/EBSERH na linha de cuidado em AVC da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) foi estabelecido a rotina e criado o protocolo visando habilitar a UUE para o atendimento aos pacientes com AVC do tipo III (EBSERH, 2021). Após um ano e meio de funcionamento do Centro de AVC no HUB, este estudo visa descrever uma série de casos com foco em pacientes que foram trombolizados, além de comparar os indicadores e perfil clínico epidemiológico dentro do público atendido aos descritos na literatura.



## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo os critérios clínicos da OMS, AVC corresponde a um comprometimento neurológico ou déficit de início súbito e com duração de mais de 24h (ou que causa morte) e possível origem vascular. O AVC isquêmico é definido como um episódio de disfunção neurológica devido a infarto focal cerebral, espinhal ou retiniano. Hemorragia intracerebral, acidente vascular cerebral com acúmulo focal de sangue no cérebro não decorrente de trauma. Hemorragia subaracnóidea, acidente vascular cerebral não traumático devido a sangramento no espaço subaracnóideo do cérebro (OMS, Manual WHO Steps Stroke, 2009).

Dois mecanismos patogênicos podem produzir AVC isquêmico – trombose e embolia. No entanto, a distinção entre ambos muitas vezes é difícil ou impossível de fazer somente pela clínica. A isquemia é responsável por cerca de 80-85% e a hemorragia por 15-20% dos AVCs, sendo a última de pior prognóstico e risco aumentado para o desfecho óbito, a TC e RM permitem um diagnóstico definitivo (GREENBERG, 2014). No Brasil é a maior causa de incapacitação da população na faixa etária superior a 50 anos, sendo responsável por 6% do total de óbitos em 2020 (total de óbitos registrados pelo Ministério da Saúde de 1.556.824, sendo 98.843 por doenças cerebrovasculares). O Sistema Único de Saúde (SUS) registrou 25.908 mil casos de óbitos por hemorragia intracerebral ou infarto cerebral em 2020 (MS/SVS/CGIAE) .

O tratamento do AVCi com terapia trombolítica (r-tPA) promove a recanalização arterial e impacta diretamente nos principais desfechos clínicos. O alteplase (r-tPA) foi incorporado à lista de medicamentos fornecidos pelo SUS a partir da publicação da Portaria nº 664 (13 de abril de 2012 - Ministério da Saúde), a qual estabelece um novo protocolo de atendimento ao paciente com AVC isquêmico ou hemorrágico. Apesar da legislação de 2012, ainda hoje, este protocolo continua enfrentando dificuldades em sua implementação diante o fator limitante do tempo de acesso a terapia específica. Quanto menor o intervalo de tempo entre o início dos sintomas e a infusão da medicação, maior a chance de bom prognóstico. Os principais desfechos clínicos associados a essa terapêutica são: melhora significativa na pontuação da *National Institute of Health Stroke Scale NIHSS*, alta hospitalar, baixa ocorrência de transformação hemorrágica sintomática e baixa mortalidade associada ao tratamento (NASCIMENTO, 2011).

Como a Escala do NIHSS avalia clinicamente, registra a evolução neurológica e funcional dos pacientes, deve ser aplicado antes do tratamento, após 24 horas e após 3 meses

da ocorrência do AVC isquêmico agudo, pois tem valor diagnóstico e prognóstico. Além de sua avaliação sequencial, outros indicadores assistenciais e de processos devem ser respeitados (conforme prevê a Portaria 665 de 12 de abril de 2012 - Ministério da Saúde), entre eles, profilaxia para trombose venosa profunda iniciada até o segundo dia; alta hospitalar em uso de antiagregante plaquetário em pacientes com AVC não cardioembólico, salvo situações específicas que dependam da análise do quadro clínico do paciente; alta hospitalar em uso de anticoagulação oral para pacientes com Fibrilação Atrial (FA) ou "Flutter", salvo contraindicações, uso de antiagregantes plaquetários, quando indicado, iniciado até o segundo dia de internação; alta hospitalar em uso de estatina para pacientes com AVC aterotrombótico, salvo contraindicações; alta hospitalar com plano de terapia profilática e de reabilitação; porcentagem de pacientes com doença cerebrovascular aguda atendidos na Unidade de AVC; o tempo de permanência hospitalar do paciente acometido por AVC visando redução do mesmo; as seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato urinário; mortalidade hospitalar por AVC, visando redução da mesma; tempo porta-tomografia < 25 minutos; e tempo porta-agulha < 60 minutos.

Para fins de tratamento aos pacientes com AVC, os Centros de Atendimento de Urgência serão classificados como Tipo I, Tipo II ou Tipo III. Para habilitação de Centros de Atendimento de Urgência Tipo III aos pacientes com AVC, os estabelecimentos hospitalares necessitam cumprir todos os requisitos exigidos nos arts. 5º e 6º da Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012 e que disponham de:

“I - Unidade de Cuidado Integral ao AVC (U-AVC Integral), que inclui a Unidade de Cuidado Agudo ao AVC, podendo compartilhar ou não o mesmo espaço físico;

II - no mínimo, dez leitos;

III - atendimento da totalidade dos casos de AVC agudo admitidos na instituição, exceto aqueles que necessitem de terapia intensiva e aqueles para os quais for definido por suporte com cuidados paliativos;

IV - tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa;

V - ambulatório especializado, preferencialmente próprio, podendo também ser referenciado, para dar suporte à Rede de Atenção às Urgências e Emergências”.

### 3. METODOLOGIA

Realizado estudo retrospectivo descritivo de uma série de casos através da análise de prontuário de todos os pacientes suspeitos de acidente vascular cerebral agudo atendidos no Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC no Hospital Universitário de Brasília, com ênfase naqueles submetidos à trombólise intravenosa, no período de julho de 2021 à dezembro de 2022.

Calculamos a média, mediana e desvio padrão (DP) para variáveis contínuas. As variáveis clínicas categóricas foram descritas por meio de proporções e porcentagens para a análise estatística descritiva.

Os indicadores de performance foram tabulados [Tabela 1] tal como os indicadores de performance publicados pelo Ministério da Saúde sendo considerados em quatro grupos: KPIs de admissão, KPIs de tratamento intra-hospitalar, KPIs de complicações intra-hospitalares e KPIs de alta, em formato similar ao outro estudo de referência para discussão do presente trabalho (LANGE et al, 2017). Os KPIs de admissão considerados foram os seguintes: 1) tempo porta-imagem ou porta-tomografia < 25 minutos, 2) tempo porta-agulha < 60 minutos e 3) porcentagem de pacientes admitidos na unidade de AVC. Os KPIs de tratamento intra-hospitalar foram os seguintes: profilaxia de tromboembolismo venoso nas primeiras 48 horas após a admissão e 2) terapia antitrombótica até o final do dia 2. Os KPIs de complicação intra-hospitalar foram: 1) infecção e 2) mortalidade hospitalar. Os KPIs de alta foram: alta hospitalar com profilaxia secundária tal como terapia antitrombótica (TAT) em pacientes sem mecanismos cardioembólicos (EC), em terapia anticoagulante em pacientes com fibrilação ou flutter atrial ou outras arritmias, e em terapia com estatina em pacientes com mecanismos aterotrombóticos.

Tabela 1 Parâmetros para os principais indicadores de performance considerados no presente estudo e no estudo comparativo adaptado (LANGE et al, 2017)

KPI	Definição	Método	Numerador	Denominador	Pontos importantes
-----	-----------	--------	-----------	-------------	--------------------

<p>Profilaxia de tromboembolismo venoso (TEV) nas primeiras 48h após a admissão.</p>	<p>Porcentagem de pacientes prescritos para profilaxia de TEV nos dias 0 ou 1 de internação.</p>	<p>Com base em dados retrospectivos de prontuários médicos de pacientes.</p>	<p>Pacientes com AVC isquêmico prescritos para profilaxia de TEV nas primeiras 48 horas após a admissão.</p>	<p>Todos os pacientes com AVC isquêmico.</p>	<p>Profilaxia: medicamentos (heparina, heparina de baixo peso molecular).</p>
<p>Alta hospitalar em terapia antitrombótica (TAT) em pacientes sem mecanismos cardioembólicos (EC)</p>	<p>Porcentagem de pacientes sem mecanismos cardioembólicos (EC) liberados em ATT</p>	<p>Com base em dados retrospectivos de prontuários médicos de pacientes</p>	<p>Pacientes com AVC isquêmico sem mecanismos de EC receberam alta em ATT</p>	<p>Todos os pacientes com AVC isquêmico sem mecanismos EC</p>	<p>Medicação antiagregante e ou anticoagulante em dosagem terapêutica considerada</p>
<p>Alta hospitalar em terapia anticoagulante em pacientes com fibrilação ou flutter atrial</p>	<p>Porcentagem de pacientes com fibrilação ou flutter atrial que tiveram alta com anticoagulação</p>	<p>Com base em dados retrospectivos de prontuários médicos de pacientes</p>	<p>Pacientes com AVC isquêmico com fibrilação ou flutter atrial receberam alta com anticoagulação</p>	<p>Todos os pacientes com AVC isquêmico com fibrilação ou flutter atrial</p>	<p>Medicação anticoagulante em dosagem terapêutica considerada</p>

Terapia anti-trombótica no final do dia 2	Porcentagem de pacientes com AVC isquêmico em ATT no final do dia 2	Com base em dados retrospectivos de prontuários médicos de pacientes	Pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico que recebem ATT prescrito no final do dia 2	Todos os pacientes com AVC isquêmico	Medicação antiagregante e ou anticoagulante em dosagem terapêutica considerada
Alta hospitalar em terapia com estatina em pacientes com mecanismos aterotrombóticos	Porcentagem de pacientes com mecanismos aterotrombóticos liberados com estatinas	Com base em dados retrospectivos de prontuários médicos de pacientes	Pacientes com AVC isquêmico com mecanismos aterotrombóticos recebem alta com estatinas	Todos os pacientes com AVC isquêmico com mecanismos aterotrombóticos	Pelo menos 50% de estenose para mecanismos aterotrombóticos considerados
Porcentagem de pacientes admitidos na unidade de AVC	Porcentagem de doentes com AVC admitidos na Unidade de AVC	Com base em dados retrospectivos de prontuários médicos de pacientes	Pacientes com AVC admitidos na unidade de AVC	Todos os pacientes com AVC	Registrado na central de dados do hospital
Mortalidade hospitalar por AVC	Porcentagem de pacientes com AVC que morreram durante a internação	Com base em dados retrospectivos de prontuários médicos de pacientes	Porcentagem de pacientes com AVC que morreram durante a internação	Todos os pacientes com AVC admitidos no hospital	

Tempo porta-imagem ou porta-tomografia <25 minutos	Porcentagem de pacientes com AVC isquêmico submetidos a TC de crânio em menos de 25 minutos de internação	Com base em dados retrospectivos de prontuários médicos de pacientes	Porcentagem de pacientes com AVC isquêmico submetidos a TC de crânio em menos de 25 minutos de internação	Todos os pacientes com AVC isquêmico admitidos no hospital em menos de 24 horas após o início dos sintomas	
Tempo porta-agulha <60 minutos	Porcentagem de pacientes com AVC isquêmico submetidos à trombólise em menos de 60 minutos de internação	Com base em dados retrospectivos de prontuários médicos de pacientes	Porcentagem de pacientes com AVC isquêmico submetidos à trombólise em menos de 60 minutos de internação	Todos os pacientes com AVC isquêmico submetidos à trombólise e admitidos no hospital	
<p>KPI: indicadores de performance; TEV: tromboembolismo venoso; ATT: terapia antitrombótica; EC: cardioembólico; DTI: porta-imagem ou porta-tomografia; DTN: porta-agulha.</p> <p>Fonte: LANGE, M. C. et all. Key performance indicators for stroke from the Ministry of Health of Brasil: benchmarking and indicator parameters. <i>Neuro-psiquiatria</i>. 75 (6). 2017. <a href="https://doi.org/10.1590/0004-282X20170051">https://doi.org/10.1590/0004-282X20170051</a></p>					

A análise foi realizada com dados secundários que não continham informações que pudessem identificar os pacientes. Todos os dados foram anonimizados e agregados antes do acesso e análise. Portanto, os princípios éticos foram respeitados e o consentimento informado não é necessário.

### **3.1 Desenho do estudo**

Estudo observacional transversal.

### **3.2 Amostra**

Foram atendidos 28 pacientes, dos quais 12 foram submetidos à trombólise intravenosa.

Critérios de inclusão: pacientes com suspeita e diagnóstico de AVC agudo submetidos à trombólise intravenosa, atendidos no Centro de AVC no HUB-UnB no período de julho de 2021 a dezembro de 2022.

Critérios de exclusão: pacientes com suspeita e diagnóstico de AVC agudo não submetidos à trombólise intravenosa, atendidos no Centro de AVC no HUB-UnB no período de julho de 2021 a dezembro de 2022.

### **3.3 Local do Estudo**

Centro de AVC no HUB-UnB.

### **3.4 Variáveis do estudo**

Indicadores de performance da admissão: tempo do início dos sintomas (íctus) até a admissão no centro de AVC (tempo sintomas – porta), tempo da admissão no centro de AVC até a realização do exame de tomografia computadorizada de crânio, tempo da admissão no centro de AVC até o início da terapia (tempo porta – agulha), tempo do início dos sintomas até o início da terapia (tempo sintomas – agulha); indicador de performance intra-hospitalar: percentual de pacientes que apresentaram uma melhora clínica significativa (queda do National Institute Health Stroke Scale [NIHSS] maior ou igual a 4 pontos em 24 horas), tempo de permanência no Centro de AVC e no hospital do paciente com AVC, percentual de pacientes que apresentaram transformação hemorrágica, mortalidade; indicadores de performance alta: percentual de pacientes com AVC isquêmico em uso de antiagregante plaquetário ou anticoagulante oral na alta, percentual de pacientes com AVC isquêmico aterotrombótico em uso de estatina na alta, percentual de pacientes com AVC atendidos no ambulatório especializado em AVC após a alta. Além destes indicadores foram descritos o perfil clínico-epidemiológico (idade, gênero, comorbidades) e classificação do tipo do AVC.

### 3.7 Desfechos

Desfechos primários:

- 1) Oito pacientes (66%) apresentaram melhora clínica significativa (queda do National Institute Health Stroke Scale [NIHSS] maior ou igual a 4 pontos em 24 horas). Considerando os pacientes que tinham um NIHSS menor que 4 pontos à admissão e evoluíram com NIHSS igual a 0 ponto em 24 horas, o percentual de melhora clínica significativa sobe para o índice de 83% (10).

Comparativo do National Institute Health Stroke Scale [NIHSS] admissão, pós trombólise e 24h após

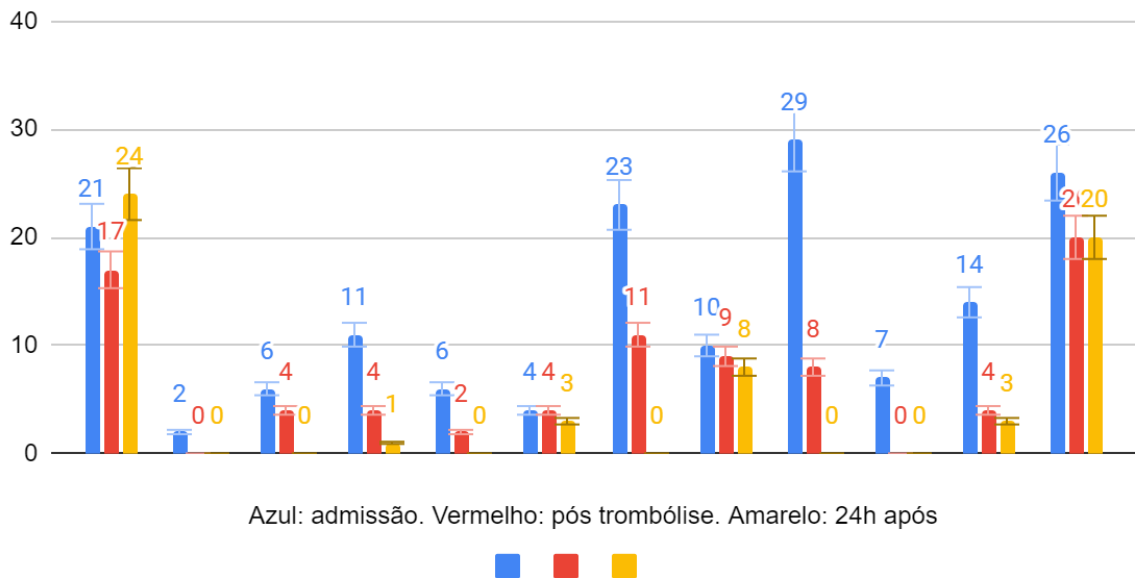


Figura 1: Comparativo do National Institute Health Stroke Scale [NIHSS] admissão, pós trombólise e 24h após

NIHSS alta hospitalar



Figura 2: NIHSS alta hospitalar



Desfechos secundários:

- 1) complicações

Um (8%) paciente evoluiu para óbito e um paciente desenvolveu infecção (porcentagem de 16% de complicações).

Nesta casuística não houve paciente que apresentou transformação hemorrágica ou necessidade de abordagem neurocirúrgica.

### 3.8 Análise estatística

#### Descritiva e analítica (proporção e porcentagem)

Conforme mostrado na [Tabela 2], 12 pacientes foram submetidos à trombólise intravenosa, com idade mediana de 55,5 anos (33 a 81 anos), média de idade de 57 anos, e predominância do sexo feminino (83%).

Após os exames de imagem e avaliação neurológica, entre os 12 pacientes submetidos à trombólise intravenosa, 7 (58%) foram classificados como AVCi, 4 (33%) AIT e 01 paciente foi considerado transtorno funcional (conversivo).

Tabela 2 Perfil clínico-epidemiológico e comorbidades dos pacientes trombolisados		
Perfil	Todos os pacientes (n=12)	
Dados sociodemográficos	Idade, anos (mediana, média)	Mediana: 55,5 anos Média: 57 anos
	Gênero: feminino	10 (83%)
Comorbidades e fatores de risco	Hipertensão arterial	7 (58%)
	AVC prévio	5 (41,6%)
	Arritmia	2 (16%)
	Diabetes mellitus	1 (8%)
	Tabagismo	dados insuficientes

	Outras comorbidades	10 (83%)
--	---------------------	----------

A respeito do perfil clínico epidemiológico, observa-se que 5 (41,6%) dos pacientes possuem passado de AVC, 7 (58%) dos pacientes são hipertensos (sendo que 3 (43%) destes pacientes foram admitidos em emergência hipertensiva com necessidade de nitroprussiato de sódio para administração do trombolítico), 2 (16%) possuem diagnóstico de arritmias (bradicardia e BAVT) e somente 1 paciente é diabético (8%), sendo que nenhum paciente internou com hiperglicemia importante (média de 126 mg/dL de nível de glicemia capilar à admissão). Os dados coletados sobre tabagismo não foram suficientes para registro. Somente dois pacientes em estudo não possuíam outras comorbidades, ou seja, 10 pacientes apresentavam outros diagnósticos prévios: doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, estenose aórtica, cardiomiopatia chagásica, etilismo crônico, transtorno psiquiátrico, passado de TVP, anemia, endometriose, enxaqueca, febre reumática, doença renal crônica e epilepsia.

Conforme mostrado na [Tabela 3], a média do tempo do início dos sintomas e chegada ao serviço foi de 97,16 minutos, sendo 83% deste público trazido ao serviço pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 1 paciente procurou por meios próprios e 1 paciente já estava internado no serviço quando ocorreu o evento vascular.

Tabela 3 Tempo do início dos sintomas e chegada ao hospital, realização de tomografia e trombólise (em minutos)						
Paciente nº	Idade (anos)	NIHSS admissão	Início dos sintomas-porta	Porta-tomografia	Porta-agulha	Início dos sintomas-agulha
1	81	21	55	24	45	100
2	45	2	110	18	30	140
3	56	6	60	10	39	99
4	52	11	85	5	11	96
5	73	6	110	50	60	170
6	51	4	85	10	55	140

Tabela 3 Tempo do início dos sintomas e chegada ao hospital, realização de tomografia e trombólise (em minutos)						
7	33	23	115	10	22	137
8	55	10	170	18	73	243
Paciente nº	Idade (anos)	NIHSS admissão	Início dos sintomas-porta	Porta-tomografia	Porta-agulha	Início dos sintomas-agulha
9*	66	29	60*	60**	74	74
10	33	7	135	10	115	250
11	71	14	75	17	50	125
12	74	26	106	4	59	165
*:paciente já internado no hospital por outras razões. **:tempo contabilizado a partir do horário que o paciente foi visto bem pela equipe	Média da idade: 57,5 anos	Classificação NIHSS: severo (média 13 pontos). Acima de 10 pontos é considerado severo	Tempo médio início dos sintomas-porta: 97,16 minutos	Tempo médio porta-tomografia: 19 minutos	Tempo médio porta-agulha: 52 minutos	Tempo médio sintomas-agulha: 144 minutos

Todos os pacientes que saíram de alta do hospital, ou seja, que não foi a óbito ou não foi transferido no dia zero (um paciente em cada situação), foram em uso de profilaxia secundária, sendo 8 entre 10 (80%) dos pacientes com AVC isquêmico com anti-agregante plaquetário (AAS 100 mg) e estatina (sinvastatina 40 mg), um (10%) paciente saiu de alta em uso de anti-agregante plaquetário associado a anticoagulante oral (AAS + varfarina), neste caso, pela suspeita de Síndrome do Anticorpo Anti-Fosfolípide (SAAF) e 2 (20%) dos pacientes

receberam alta em uso de anticoagulante oral isolado (eliquis 2,5 mg 2x ao dia), estes possuíam diagnóstico de arritmia.

O tempo médio de permanência no Centro de AVC foi de 3 dias e no hospital em torno de 9 dias.

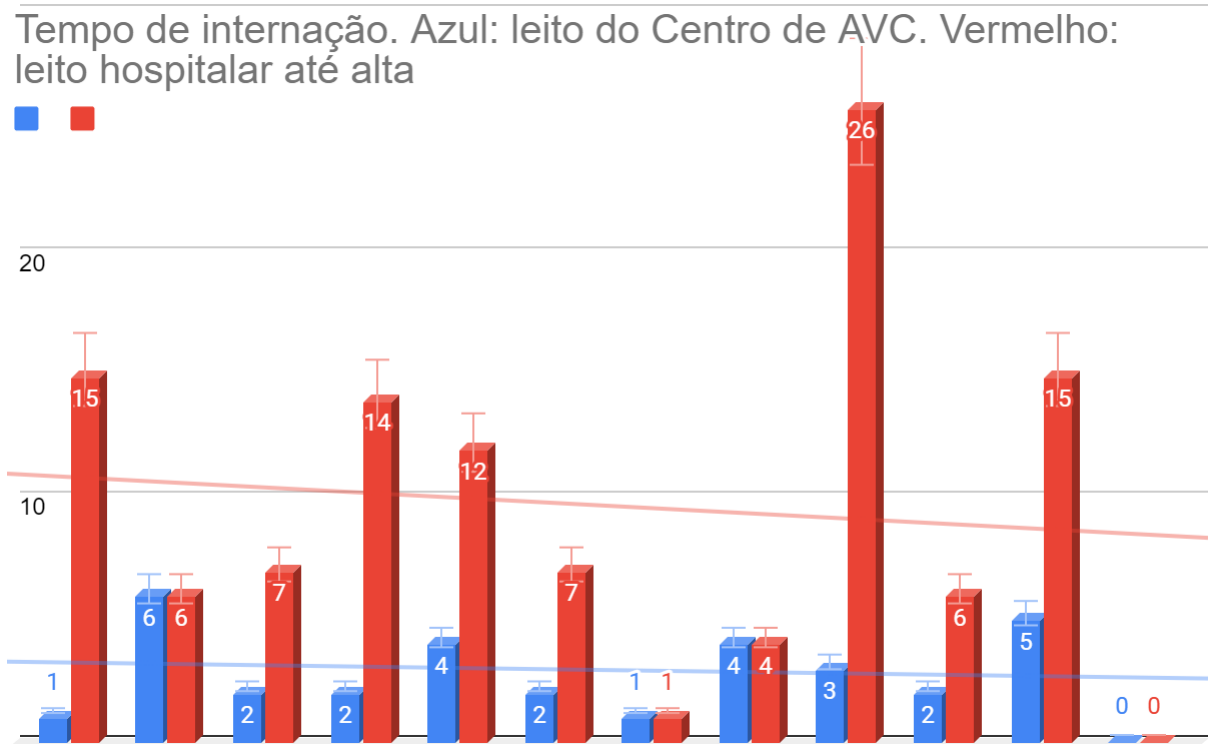


Figura 3: Tempo de internação. Azul: leito do Centro de AVC. Vermelho: leito hospitalar até alta.

Cinquenta por cento dos pacientes com AVC foram atendidos no ambulatório especializado em AVC após a alta.

#### 4. RESULTADOS

O presente estudo demonstrou a viabilidade de coletar e analisar KPIs tal como realizado nos Centros de AVC da Universidade Estadual Paulista e da Universidade Federal do Paraná (LANGE et al, 2017), conforme [Tabela 4], que estão tabelados lado a lado, além do registrado no estudo realizado no HBDF em 2011/2012 (TOSTA et al, 2014).

Tabela 4 Porcentagens de pacientes em cada centro (SPSU, FUPR, HUB, HBDF) e seus indicadores de performance				
Variável	SPSU (%) Fonte 1: LANGE et all. 2017.	FUPR (%) Fonte 1: LANGE et all. 2017.	HUB (%) Presente trabalho.	HBDF (%) Fonte: TOSTA et all, 2014.
Tempo porta-ou tomografia	27	83	83 (10/12)	–
Tempo porta-agulha	75	66	66 (8/12)	89
Profilaxia de TVP no dia 2	92	88	81,8 (9/11)*	
Terapia antiplaquetária no dia 2	97	94	100 (8/8)* e **	
Terapia antiplaquetária na alta em AVCi não cardioembólico	75	100	100	
Terapia anticoagulação na alta em AVCi cardioembólico (FA) ou outras arritmias	94	87	100	

Estatina na alta em AVCi aterotrombótico	100	88	100 (8/8)	
Porcentagem de doentes com AVC internados na unidade de AVC	94	84	100	
Taxa de mortalidade	8	14	8	
Infecção			8	
Pneumonia	13	6	--	
ITU	11	6	--	
<p>SPSU: Universidade Estadual Paulista; FUPR: Universidade Federal do Paraná; HUB: Hospital Universitário de Brasília; HBDF: Hospital de Base do Distrito Federal; DTI: tempo porta-imagem; DTN: tempo porta-agulha; AVCi: acidente vascular cerebral isquêmico; ITU: infecção do trato urinário.</p> <p>*: 01 paciente foi transferido no 1º dia de internação.</p> <p>** : paciente foi a óbito, não encontrado informação.</p>				

Denota-se diante a [Tabela 4] que as variáveis tabuladas, alguns dados demonstram comportamento muito similar aos dos outros centros de AVC. Além, destes dados, durante o período de estudo, o SAMU trouxe 10 dos 12 pacientes que foram trombolizados no serviço. Nove (75%) tiveram início dos sintomas há menos de duas horas. Entre os 12 pacientes trombolizados, a média de idade foi de 57,5±15,15 anos (variação: 33 a 81 anos), sendo 10 (83%) sexo feminino. Com base em avaliações neurológicas e tomográficas, do total dos pacientes que foram trombolizados 7 (58%) foram classificados como AVCi, 4 (33%) AIT e 01 (8%) paciente foi considerado transtorno funcional (conversivo).

Um estudo realizado há + 10 anos em Curitiba, no qual objetivo principal foi de descrever o protocolo de AVC isquêmico agudo, uma iniciativa do hospital universitário da cidade junto o SAMU , observou-se que em torno de 15% dos pacientes tiveram início dos

sintomas há menos de duas horas, a média da idade foi de  $64,36 \pm 15,84$  anos, maioria do sexo feminino e 90% foram diagnosticados com AVC (LANGE et al, 2011).

No estudo realizado na Bahia entre dezembro de 2018 e dezembro de 2019, região sul do estado, com uma população de 61 pacientes, a maioria eram idosos (idade mediana de 62 anos), com predominância de hipertensão (82%), foram casos de AVC leve a moderado (NIHSS mediana de 7), com um total de 37,7% dos casos terem chegado ao hospital em uma janela < 4,5horas, destes, 94,3% tiveram alta hospitalar com prescrição de anti plaquetários ou anticoagulantes e 64,1% dos pacientes receberam prescrição de estatina (JUNIOR, 2022).

Conforme a tabela 5, podemos observar que comparativamente, a mediana (55,5) e a média (57) da faixa etária do presente estudo foi mais baixa da observada nos estudos de Curitiba (LANGE et al, 2011) e da Bahia (JUNIOR et al, 2022). NIHSS mediana 10,5 foi mais alta da observada nos hospitais do Sul da Bahia (JUNIOR et al, 2022) e mais baixa da observada no HBDF (TOSTA et al, 2014), que foi de mediana de 15 na admissão.

Tabela 5. Análise das pontuações da Escala de Derrame dos Institutos Nacionais de Saúde (NIHSS) dos pacientes e idade				
NIHSS (Mediana)	HUB (2021/2022)	HBDF (2011/2012)	Bahia (2018/2019)	Curitiba (2010)
Antes	10,5	15	7	16
Depois	4,0	10	Os pacientes deste estudo não receberam terapia de reperfusão. O objetivo do trabalho foi descrever o tratamento do AVCi e o resultado funcional 90 dias após a internação (escala de Rankin modificada [mRs]).	–
24h	0,5	5,5		9
Alta	0	2,0		–

<b>Idade</b>	<b>(Mediana; min- máx) anos</b> 55,5 (33 – 81) <b>Média: 57</b>	<b>(Mediana; min- máx) anos</b> 60 (31 – 86)	<b>(Mediana; min- máx) anos</b> 62 (39 – 98)	<b>Média:</b> 64,36 +- 15,84 (23–86)
--------------	---	---	---	--

Silva (2018) em seu estudo sobre “Serviços de Atendimento de AVC no Brasil” denota que ao longo dos últimos 10 a 11 anos a conscientização sobre AVC tem melhorado, principalmente após a Sociedade Brasileira de AVC e a Organização Mundial de AVC lançarem campanhas no país, o Ministério da Saúde do Brasil ter publicado a lei Nacional do AVC, incluindo reembolso para rt-PA, criação de Centros de AVC qualificados, integração do Sistema Brasileiros de Emergências Médicas, estabelecimento de um orçamento para o sistema de reabilitação e educação e treinamento dos profissionais de saúde e população desde 2012, o que podemos observar em estudos que evidenciam cada vez mais precoce a chegada do paciente com suspeita de AVC agudo num serviço de AVC, a saber de Curitiba (LANGE et all, 2011) que foi índice de 15% em até 2h há 10 anos e de 75% em Brasília, ressalvado diferenças territoriais e dos serviços de emergência de cada cidade.

Um dos objetivos deste estudo (descritivo de uma série de casos), conforme o próprio conceito, foi também de apresentar os resultados do tratamento preferencial (trombólise) para AVCi na descrição dos pacientes tratados e na divulgação de informações relevantes, logo, pudemos observar 66% dos pacientes apresentaram melhora clínica significativa (queda do National Institute Health Stroke Scale [NIHSS] maior ou igual a 4 pontos em 24 horas) e considerando os pacientes que tinham um NIHSS menor de 4 à admissão, observou-se melhora clínica significativa 83% (10), sem nenhum caso de hemorragia nesta casuística. Considerando o tempo de internação total do presente estudo, que variou entre 6 a 15 dias (média 8,7 dias, excluindo o paciente que foi transferido e o paciente que já estava internado no hospital por outras razões), foi possível garantir a observação nos primeiros 7 dias, sendo destes, 3 dias em média no leito de AVC, momento de risco de sangramento da Alteplase, trouxe uma certa segurança de seguimento deste público, já que somente 50% desses pacientes retornaram ao ambulatório especializado. Segundo metanálise (EMBERSON et all, 2014) que avaliou o benefício proporcional com o tratamento em 3,0h, superior a 3,0h e atraso de mais de 4,5h, o aumento do risco absoluto atribuível ao Alteplase foi maior entre os pacientes que tiveram AVC mais grave, apesar disso, o alteplase melhora significativamente as chances gerais de um



resultado do AVC quando administrado dentro de 4,5h do início do AVC, com tratamento mais precoce associado a maiores benefícios proporcionais.

Portanto, o presente estudo retrata esforços de toda uma equipe de gestão e multiprofissionais que buscaram implantação de um serviço novo no hospital que é Centro de AVC num hospital universitário da cidade que é o HUB-UnB, podendo somar um serviço de trombólise ao paciente suspeito de AVC a outro único serviço público que disponibiliza este tipo de atendimento na capital (Brasília). Apesar de pouco tempo de avaliação (1,5 ano), além de casuística relativamente restrita, é possível afirmar que o protocolo para o tratamento de paciente com suspeita de AVC agudo pode funcionar adequadamente com a cooperação entre o HUB-UnB e um serviço de emergência pré-hospitalar (SAMU), com identificação precoce de AVC agudo na maioria dos pacientes avaliados pela equipe, visto que 83% dos pacientes trazidos ao HUB-UnB vieram por meio do SAMU. Conforme LANGE et al (2011), se uma suspeita de AVC agudo não for considerada uma emergência, os pacientes podem facilmente perder a janela de oportunidade para tratamento trombolítico com repercussão direta nas sequelas e maiores gastos em reabilitação, tal como também foi observado no estudo de Curitiba em 2011.

Este estudo tem algumas limitações. Analisamos um pequeno número de pacientes com AVC, isso pode representar um viés de seleção, pois a seleção dos pacientes que serão encaminhados ao Centro de AVC dependem da iniciativa do serviço pré-hospitalar, uma vez que tradicionalmente e majoritariamente são encaminhados ao único hospital da rede pública disponível para o tratamento até há 1,5 anos atrás. Além disso, o próprio serviço não disponibiliza o serviço 24h por dia, o que com certeza impacta num número menor de atendimentos. Outra limitação do trabalho envolve análise retrospectiva de prontuário eletrônico, onde alguns dados (*outlier* ou observações atípicas) inevitavelmente devam ser desconsiderados pelo pesquisador.

## 5. CRONOGRAMA

**Quadro 1.** Cronograma referente as atividades a serem desenvolvidas.

<b>Etapas</b>	<b>M ai 20 22</b>	<b>Ju n 20 22</b>	<b>Ju l 20 22</b>	<b>Ago2 022</b>	<b>Ou t 20 22</b>	<b>N ov 20 22</b>	<b>Ja n 20 23</b>	<b>Fe v 20 23</b>
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X		
Submissão ao CEP (orientador)							X	X
Escrita do Projeto				X	X	X	X	X
Coleta de Documentos para submissão ao CEP				X	X	X	X	X
Coleta de dados								X

Exame de Qualificação do TCC Apresentação do Relatório Parcial								X
--	--	--	--	--	--	--	--	---

## 6. ORÇAMENTO

**Quadro 2.** Orçamento detalhado para execução do projeto.

Nome	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Folhas de papel A4	01 resma	500 folhas	R\$29,90	R\$ 29,90
Tinta impressora	Estimativa de 50 mL	50 mL	Não conhecido	Não conhecido
Gasolina para deslocamento	5 litros	5 litros	R\$ 5,50	R\$ 27,50
<b>TOTAL</b>				<b>R\$ 57,40</b>

## REFERÊNCIAS

- 1- Benevides ML, Elias S, Costa PB, Martins ALP, Martins GL, Freitas FC, Nunes JC. Acute ischemic stroke and COVID-19 pandemic in Brazil: a comparative study of frequency and risk factors before and during SARS-CoV-2 era. *Neurol Sci.* 2022 Aug;43(8):4611-4617. doi: 10.1007/s10072-022-05873-8. Epub 2022 Feb 9. PMID: 35141804; PMCID: PMC9360333.
- 2- DATASUS. In: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em 20/10/2022.
- 3- DOU (Diário Oficial da União). Portaria SCTIE/MS Nº 5, de 19 de fevereiro de 2021. Publicado em: 22/02/2021. Edição 34. Seção 1. Página 93. Disponível e acesso em 17/01/2023: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sctie/ms-n-5-de-19-de-fevereiro-de-2021-304456104>
- 4- DANTAS, Leila F., Janaina F. Marchesi, Igor T. Peres, Silvio Hamacher, Fernando A. Bozza, Ricardo A. Quintano Neira. Hospitalizações públicas por AVC de 2009 a 2016. *Plos One.* Nº 19. 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213837>
- 5- EBSEH. Universidade de Brasília. Hospital Universitário de Brasília. Protocolo de Atendimento aos Pacientes com AVC agudo. Emissão: 08/2021. Versão: 01.
- 6- EMBERSON J, Lees KR, Lyden P, Blackwell L, Albers G, Bluhmki E, Brott T, Cohen G, Davis S, Donnan G, Grotta J, Howard G, Kaste M, Koga M, von Kummer R, Lansberg M, Lindley RI, Murray G, Olivot JM, Parsons M, Tilley B, Toni D, Toyoda K, Wahlgren N, Wardlaw J, Whiteley W, del Zoppo GJ, Baigent C, Sandercock P, Hacke W; Stroke Thrombolysis Trialists' Collaborative Group. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. *Lancet.* 2014 Nov 29;384(9958):1929-35. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60584-5. Epub 2014 Aug 5. PMID: 25106063; PMCID: PMC4441266.
- 7- GLOBAL, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Crossref DOI link: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0). Published Print: 2021-10. Update policy: [https://doi.org/10.1016/elsevier\\_cm\\_policy](https://doi.org/10.1016/elsevier_cm_policy)
- 8- GREENBERG, David A. *Neurologia Clínica.* 8ª. Edição. Porto Alegre. 2014.
- 9- JUNIOR AFRS, Santos GCD, Kaneto CM, Jesus PAP, Melo PRS. Hospital service for ischemic stroke patients in Brazilian countryside: are we still in the '80s? *Arq Neuropsiquiatr.* 2022 Aug;80(8):770-778. doi: 10.1055/s-0042-1755228. Epub 2022 Oct 17. PMID: 36252584; PMCID: PMC9703896.

- 10- LANGE, MC, Zétola VF, Parolin MF, Zamproni LN, Fernandes AF, Piovesan ÉJ, et al.. Curitiba acute ischemic stroke protocol: a university hospital and EMS initiative in a large Brazilian city. *Arq Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2011Jun;69(Arq. Neuro-Psiquiatr., 2011 69(3)). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2011000400006>
- 11- Manual, WHO Steps Stroke. Enfoque passo a passo da OMS para vigilância de acidentes vascular cerebrais. Organização Mundial da Saúde. Disponível e acesso em 17/01/2023: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- 12- Ministério da Saúde. Portaria N° 664, de 12 de abril de 2012. Disponível e acesso em 03/02/2023:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0664\\_12\\_04\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0664_12_04_2012.html)
- 13- Ministério da Saúde. Portaria N° 665, de 12 de abril de 2012. Disponível e acesso 17/01/2023:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665\\_12\\_04\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html)
- 14- MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Disponível e acesso em 03/02/2023: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- 15- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos de tratamento. Ministério da Saúde incorpora procedimento cirurgico para acidente vascular cerebral (AVC). Publicado em 12/08/2022 e atualizado em 03/11/2022. Disponível e acesso 27/02/2023 em:  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/ministerio-da-saude-incorpora-procedimento-cirurgico-para-acidente-vascular-cerebral-avc>
- 16- <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/saude-habilita-hospitais-como-centros-de-atendimento-de-urgencia-em-avc>. Disponível e acesso em 17/01/2023.
- 17- Sistema de Registro Civil Nacional – CRC Nacional. In: <https://sistema.registrocivil.org.br/portal/?CFID=8599823&CFTOKEN=ec5ff77fad30c025-78639683-CC61-CCC3-F5D1A3376218610A>.
- 18- Nascimento KG do, Chavaglia SRR, Pires P da S, Ribeiro SBF, Barbosa MH. Desfechos clínicos de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico após terapia trombolítica. *Acta paul enferm* [Internet]. 2016Nov;29(Acta paul. enferm., 2016 29(6)). Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600091>
- 19- SILVA GS, Rocha ECA, Pontes-Neto OM, Martins SO. Serviços de Atendimento ao AVC no Brasil. *Jornal de Stroke Medicine* . 2018;1(1):51-54. doi: 10.1177/2516608518776162
- 20- TOSTA, Elza Dias et al. Treatment of ischemic stroke with r-tPA: implementation challenges in a tertiary hospital in Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* [online]. 2014, v. 72, n. 5 [Accessed 23 February 2023], pp. 368-372. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0004-282X20140021>>. ISSN 0004-282X. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20140021>.

## APÊNDICES

### CARTA JUSTIFICATIVA

Eu, Gisele Cosmo dos Santos, pesquisadora responsável pelo estudo realizado a partir de análises de prontuários de pacientes admitidos no Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (Centro de AVC) do Hospital Universitário no Brasília em protocolo AVC, segundo critérios determinados pelo Protocolo desta instituição, venho por meio desta Carta Justificativa solicitar a dispensa do TCLE. Informo para os devidos fins, que em nenhum momento, o sujeito da pesquisa terá prejuízo dos seus direitos, pois será respeitado a confidencialidade e a privacidade dos dados de seus prontuários, estes sujeitos não serão identificados ou definidos de qualquer forma que possa fazer entender quem são estas pessoas. O objeto desta pesquisa será trabalhado em números que identifiquem do primeiro até o último paciente que internou em protocolo AVC do HUB-UnB/EBSERH e no período de julho de 2021 a dezembro de 2022. Resolução nº466/12 prevê o respeito devido à dignidade humana exigindo que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, respeitando etapas a serem necessariamente observadas para que o convidado a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida. Entre os requisitos para aplicação do TCLE está a aprovação pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Nos casos em que seja inviável a obtenção do TCLE, a dispensa do TCLE excepcionalmente pode ser aceita, após justificadamente solicitada pelo presente pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento.

Portanto, esta Carta Justificativa vem esclarecer o motivo pelo qual solicita a dispensa do TCLE, visto o respeito a legislação em vigor, onde não há evidência que o objeto deste estudo signifique riscos à privacidade e confidencialidade dos dados do participante, entendendo que o objetivo central deste estudo é descrever uma série de casos de acidente vascular cerebral agudo atendidos no Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC no Hospital Universitário de Brasília e que foram submetidos a trombólise intravenosa, incluindo os indicadores perfil clínico epidemiológico.

## **LISTA DE TABELAS E FIGURAS**

**Tabela 1: Parâmetros para os principais indicadores de performance considerados no presente estudo e no estudo comparativo adaptado (LANGE et al, 2017) ----- pagina 11**

**Figura 1: Comparativo do National Institute Health Stroke Scale [NIHSS] admissão, pós trombólise e 24h após ----- pagina 16**

**Figura 2: NIHSS alta hospitalar ----- pagina 16**

**Tabela 2: Perfil clínico-epidemiológico e comorbidades dos pacientes trombolizados ----- pagina 17**

**Tabela 3: Tempo do início dos sintomas e chegada ao hospital, realização de tomografia e trombólise (em minutos)----- pagina 18**

**Figura 3: Tempo de internação. Azul: leito do Centro de AVC. Vermelho: leito hospitalar até alta ----- pagina 23**

**Tabela 4: Porcentagens de pacientes em cada centro (SPSU, FUPR, HUB, HBDF) e seus indicadores de performance ----- pagina 23**

**Tabela 5: Análise das pontuações da Escala de Derrame dos Institutos Nacionais de Saúde (NIHSS) dos pacientes e idade ----- pagina 23**

bdm.unb.br

## 1. IDENTIFICAÇÃO:

Autor: <i>Gisele Cosmo dos Santos</i>			
RG: <i>1760612</i>	CPF: <i>828747191-53</i>	E-mail: <i>gilecosmo@yahoo.com.br</i>	
Telefone: <i>33287663</i>	Celular: <i>985505596</i>	Data de apresentação: <i>28/02/2023</i>	
Título: <i>Centro de AVC no Hospital - Universitário de Brasília: Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes atendidos e multiplicadores de</i>			
Palavras-chave: <i>performance do serviço após um ano e meio de implantação</i>			
Curso: <i>Programa residência médica de clínica médica ano adicional</i>		Departamento: <i>COREME</i>	
Tipo: <input type="checkbox"/> Graduação - Licenciatura <input type="checkbox"/> Graduação - Bacharelado		Orientador:	
<input type="checkbox"/> Graduação - Dupla Habilitação <input checked="" type="checkbox"/> Especialização		<i>Dr. Luciano Talmy Ferreira</i>	

## 2. INFORMAÇÃO DE ACESSO AO DOCUMENTO:

Liberação para disponibilização: <input checked="" type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial <sup>1,2,3,4</sup>
Em caso de disponibilização parcial, especifique os capítulos a serem retidos:
Observações: <sup>1</sup> É imprescindível o envio do arquivo em formato digital do <b>trabalho de conclusão de curso completo</b> , mesmo em se tratando de disponibilização parcial. <sup>2</sup> A solicitação de disponibilização parcial deve ser feita mediante <b>justificativa</b> lícita e assinada pelo <b>orientador do trabalho</b> , que deve ser entregue juntamente com o termo de autorização. <sup>3</sup> A restrição poderá ser mantida por até um ano a partir da data de autorização da disponibilização. Para a extensão desse prazo deve ser solicitada novamente junto à UnB-BCE. <sup>4</sup> O resumo e os metadados ficarão sempre disponibilizados.

## 3. LICENÇA:

<b>DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO-EXCLUSIVA</b>
O referido autor:
a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.
b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Universidade de Brasília os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.
Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade de Brasília, declara que cumpriram quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.
<b>LICENÇA DE DIREITO AUTORAL</b>
Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a Biblioteca Digital da Produção Intelectual Discente da Universidade de Brasília (BDM) a disponibilizar meu trabalho de conclusão de curso por meio do site bdm.unb.br, com as seguintes condições: disponível sob Licença Creative Commons 4.0 International, que permite copiar, distribuir e transmitir o trabalho, desde que seja citado o autor e licenciante. Não permite o uso para fins comerciais nem a adaptação desta.
A obra continua protegida por Direito Autoral e/ou por outras leis aplicáveis. Qualquer uso da obra que não o autorizado sob esta licença ou pela legislação autoral é proibido. Caso o autor opte por outra forma de licença, pedimos que entre em contato com o Setor de Gerenciamento da Informação Digital (GID) da Biblioteca Central da UnB, no telefone 3107-2687.

*Brasília, DF, HUB-UnB/ERSERH,*  
 Local *Gisele Santos* Data *02/03/2023*  
 Assinatura do Autor