

SOBREVIVÊNCIA PÓS – AVC ISQUÊMICO: O PAPEL DO TEMPO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

MÔNICA EMANUELLE SANTOS DE OLIVEIRA

GLÊNIO ALVES DE FREITAS

RESUMO

Objetivos: Investigar a relação entre o tempo de chegada ao hospital após sintomas de AVC Isquêmico (AVCI) e a mortalidade, analisando fatores sociodemográficos, obstáculos no acesso à saúde e a correlação entre o tempo de chegada e a gravidade clínica.

Métodos: Estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo realizado no HC-UFU, com 320 prontuários de pacientes internados entre janeiro de 2020 e janeiro de 2021. Foram analisadas variáveis sociodemográficas e clínicas por meio de estatística descritiva.

Resultados: Entre os 320 pacientes, 65,3% tinham mais de 60 anos, com maior taxa de mortalidade (18,7%). Hipertensão foi a comorbidade mais comum (64,3%). Trombólise foi realizada em 55,9% dos casos, com 83,1% de alta hospitalar. A média de dias de internação foi de 16,5 dias, e a pressão arterial sistólica média foi de 146,9 mmHg.

Conclusão: Aceleração do atendimento ao AVCI é crucial para reduzir mortalidade e sequelas. Políticas públicas devem focar na prevenção de comorbidades e na conscientização sobre detecção precoce e tratamento.

Palavras-chave: AVC Isquêmico; Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Disparidades Socioeconômicas em Saúde; Infraestrutura de Saúde Pública;

ABSTRACT

Objectives: Investigate the relationship between the time to hospital arrival after ischemic stroke (IS) symptoms and mortality, analyzing sociodemographic factors, barriers to healthcare access, and the correlation between arrival time and clinical severity.

Methods: Descriptive, retrospective, and quantitative study conducted at HC-UFU with 320 patient records hospitalized between January 2020 and January 2021. Sociodemographic and clinical variables were analyzed using descriptive statistics.

Results: Among 320 patients, 65.3% were over 60 years old, with the highest mortality rate (18.7%). Hypertension was the most common comorbidity (64.3%). Thrombolysis was performed in 55.9% of cases, with 83.1% hospital discharge. The average hospital stay was 16.5 days, and the mean systolic blood pressure was 146.9 mmHg.

Conclusion: Accelerating IS care is essential to reduce mortality and sequelae. Public policies should focus on preventing comorbidities and raising awareness about early detection and treatment.

Keywords: Ischemic Stroke; Healthcare Accessibility; Social Determinants of Health; Socioeconomic Disparities in Health; Public Health Infrastructure.

RESUMEM

Objetivos: Investigar la relación entre el tiempo de llegada al hospital tras los síntomas de accidente cerebrovascular isquémico (ACI) y la mortalidad, analizando factores sociodemográficos, barreras en el acceso a la salud y la correlación entre el tiempo de llegada y la gravedad clínica.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y cuantitativo realizado en el HC-UFU con 320 registros de pacientes hospitalizados entre enero de 2020 y enero de 2021. Las variables sociodemográficas y clínicas fueron analizadas mediante estadística descriptiva.

Resultados: Entre 320 pacientes, el 65,3% tenía más de 60 años, con la mayor tasa de mortalidad (18,7%). La hipertensión fue la comorbilidad más común (64,3%). La trombólisis se realizó en el 55,9% de los casos, con un 83,1% de alta hospitalaria. La estancia hospitalaria promedio fue de 16,5 días y la presión arterial sistólica media fue de 146,9 mmHg.

Conclusión: Acelerar la atención al ACI es crucial para reducir la mortalidad y las secuelas. Las políticas públicas deben centrarse en la prevención de comorbilidades y en la sensibilización sobre la detección temprana y el tratamiento.

Palabras clave: Accidente Cerebrovascular Isquémico; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Determinantes Sociales de la Salud; Disparidades Socioeconómicas en Salud; Infraestructura de Salud Pública.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) representa uma condição médica de extrema gravidade, demandando intervenção imediata para minimizar sequelas e reduzir a taxa de mortalidade. O tempo entre a manifestação dos sintomas e a busca por assistência médica é crítico nesse contexto, influenciando diretamente na eficácia do tratamento e nos desfechos clínicos. (Feigin, V.L.;et al. Global burden of stroke The lancet, v.383, n.9913, p.245-244,2014).

Os pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) podem apresentar uma variedade de características que desempenham um papel importante na predisposição e no desfecho dessa condição. (Feigin, V.L: et al.Global and regional brden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease stuy 2010. The Lancet, v. 383, n.9913, p.245-255,2016).

A idade é um fator relevante, uma vez que o risco de AVCI aumenta com o avanço da idade. Pessoas mais velhas têm maior probabilidade de desenvolver essa condição, principalmente a partir dos 60 anos. De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2013, 1,5% da população com mais de 18 anos referiu diagnóstico de AVC no

Brasil (cerca de 2,2 milhões de pessoas) e, em idosos, a prevalência da doença era de 5%10. (Francisco, José; Santos, Ana; Assumpção, Pedro; Bacurau, Maria. Fatores de risco para o AVC no Brasil. Revista Brasileira de Neurologia, v.20, .3, p. 1230-134, 2023).

Conforme demonstrado por Lotufo e Bensenor (2013), as taxas de mortalidade cerebrovascular no Brasil variam de acordo com a raça/cor da pele, sendo consideravelmente mais altas entre a população negra. O estudo, realizado com dados de óbitos de 2010, revela que as taxas ajustadas de mortalidade por AVC foram de 63,3 por 100.000 habitantes para homens negros, em comparação a 44,4 entre homens brancos. Entre as mulheres, a diferença também é expressiva, com 51,0 para negras e 29,0 para brancas. Esses dados reforçam a importância de considerar as disparidades raciais e socioeconômicas ao se avaliar o risco e a mortalidade por AVC. As taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares no Brasil, ajustadas por idade e raça/cor de pele, indicam que o risco de óbito é maior entre negros, seguido de pardos, com o risco sendo sempre mais baixo entre os brancos.

Além dos fatores individuais que afetam o risco e o desfecho do AVC, como idade, sexo e presença de comorbidades, é fundamental considerar os obstáculos sociais e econômicos no acesso aos serviços de saúde. A rapidez com que o paciente consegue chegar ao hospital após a manifestação dos primeiros sintomas está fortemente associada à mortalidade e à gravidade das sequelas. Diversos estudos indicam que barreiras geográficas, a disponibilidade de recursos e desigualdades socioeconômicas afetam a eficiência do atendimento e a administração de tratamentos essenciais, como a trombólise intravenosa e o manejo clínico em unidades especializadas em AVC (Santos, P.; Araújo, A. 2019). Essas variáveis sociais e estruturais têm um papel crucial nos desfechos clínicos dos pacientes com AVCI, evidenciando a necessidade de políticas públicas que reduzam essas desigualdades e promovam o acesso equitativo ao tratamento (Smith, J.D.; Figueiredo, A.L. 2021).

Nesse cenário, o presente estudo concentra sua atenção no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) como um ambiente de estudo focal. Reconhecido por sua excelência no atendimento e pesquisa, o HC-UFU oferece uma oportunidade única para investigar a dinâmica temporal do atendimento a pacientes com AVCI e sua correlação com a mortalidade nos primeiros 90 dias pós-evento.

METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos, foi adotada uma abordagem de investigação por meio de um estudo retrospectivo no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). A pesquisa será conduzida no período de 2020 - 2021, permitindo uma análise abrangente da dinâmica temporal do atendimento a pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI). O estudo é classificado como descritivo quantitativo e será realizado no Hospital de Clínicas da UFU, que dispõe de mais de 500

leitos destinados a internações de média e alta complexidade, além da Unidade de Atendimento a AVC, inaugurada em outubro de 2018, que conta com cinco leitos e uma equipe especializada no tratamento de vítimas de AVC.

O atendimento no HC-UFU não se limita apenas à cidade de Uberlândia, abrangendo uma vasta região do Triângulo Mineiro e áreas do interior de Goiás, consolidando-se como um hospital de referência para emergências neurológicas, incluindo o AVC. Os critérios de inclusão e exclusão incluirão pessoas com idade mínima de 18 anos e diagnóstico confirmado de AVCI, internadas entre janeiro de 2020 e janeiro de 2021. Critérios de exclusão serão aplicados para assegurar a consistência dos dados, excluindo pacientes com AVC hemorrágico ou outras formas de AVC que não sejam isquêmicas. Os critérios de inclusão requerem um diagnóstico confirmado de AVCI, geralmente estabelecido por meio de exames de imagem, como tomografia computadorizada ou ressonância magnética do cérebro, além da idade mínima e um tempo específico desde o início dos sintomas do AVCI.

A coleta de dados realizada por meio de fichas de prontuários dos pacientes diagnosticados com AVC isquêmico que chegaram ao Pronto Socorro, bem como por dados de uma planilha de controle dos pacientes com AVCI. As variáveis coletadas incluem características sociodemográficas, como idade, sexo, raça/cor autodeclarada, escolaridade e estado civil, além de informações clínicas, como histórico prévio, pontuação da NIHSS, presença de fibrilação atrial, diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, e a realização de trombólise, bem como a avaliação da gravidade do AVCI e os procedimentos médicos adotados durante os primeiros 90 dias, incluindo possíveis complicações pós-AVCI.

A análise estatística será descritiva quantitativa, enfocando especialmente a relação entre as variáveis coletadas e a evolução dos pacientes após o AVC isquêmico. As variáveis categóricas serão descritas por frequências absolutas e relativas. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, com o objetivo de analisar e levantar dados sobre AVC Isquêmico a partir de prontuários e planilhas de pacientes que chegarem ao Hospital de Clínicas da UFU.

RESULTADOS

No período do estudo foram internados 330 pacientes com AVCI, no entanto, 10 pacientes foram excluídos de acordo com os critérios de exclusão devido a critérios de exclusão por apresentar menores de 18 anos e pacientes não apresentarem AVCI. Desta forma, os resultados apresentados referem-se a uma amostra de 320 prontuários.

Durante o período analisado, 166 pacientes eram do sexo masculino (51,8%) e 154 do sexo feminino (48,1%). Conforme ilustrado na tabela 1, a maior concentração da abordagem esta acima dos 60 anos, representando 209 (n=65,3%) pacientes do estudo,

essa mesma faixa etária possui a maior taxa de mortalidade de 18,7%. O grupo de 40 a 59 anos apresenta o maior número de mortalidade, 14,6%, porém uma taxa de alta de 85,4% e o grupo de 20 a 39 anos não registrou nenhum óbito, e todos os pacientes foram dados como alta, representando 6,9% do total de internações (Tabela 1).

No grupo acima de 60 anos do sexo feminino 17,5% (n=27) em relação ao sexo masculino 15,1% (n=25) apesar do menor número de pacientes internados; sendo respectivamente 82,5% (n=127) e 84,9% (n=141) tiveram alta hospitalar (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas de pacientes internados com AVC isquêmico - Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2024.

Variáveis Sociodemográficas	Óbitos n (%)	Alta n (%)	Total
Faixa Etária n =320			
20 a 39 anos	0 (0.0)	18 (100.0)	18 (5.81)
40 a 59 anos	12 (14.2)	67 (82.1)	82 (25.6)
60 a 79 anos	22 (14.7)	122 (80.1)	152 (47.7)
≥ 80 anos	14 (26.9)	33 (65.3)	51 (15.9)
Sexo n=320			
Feminino	27 (17.5)	127 (82.5)	154 (48.1)
Masculino	25 (15.1)	141 (84.9)	166 (51.8)

Sobre as características clínicas dos participantes (Tabela 2) a comorbidade de maior prevalência foi a hipertensão arterial sistêmica 64,3% (n=206), seguida do sedentarismo 64,3% (n=206), diabetes mellitus 25,6% (n=82), tabagismo 17,8% (n=57) e AVC prévio 16,2% (n=52) a trombólise foi realizada em 55,9% dos pacientes internados, e entre esses, a maioria (83,1%) obteve desfecho favorável, com alta hospitalar. Esses dados sugerem que a trombólise pode atuar como um fator protetor, reduzindo a mortalidade entre os pacientes que receberam esse tratamento.

Quando comparamos os dados com a variável de faixa etária (20 a >80 anos) e sexo (feminino e masculino), observamos que o percentual de pacientes submetidos à trombólise foi de 43,65%. Essa diferença pode indicar que fatores como idade e sexo influenciam a decisão de realizar a trombólise, possivelmente devido a critérios clínicos de elegibilidade ou ao risco de complicações, com mais pacientes em faixas etárias mais avançadas ou com comorbidades associadas não recebendo o tratamento. A análise mais aprofundada dessas variáveis pode ajudar a entender melhor as disparidades e determinar se a trombólise é mais eficaz em determinados subgrupos.

Tabela 2 - Características Clínicas e a mortalidade dos pacientes - Uberlândia, Minas Gerais, Brasil,2024.

Variáveis Clínicas	Óbitos (%)	Alta (%)	Total (%)
Fibrilação Atrial n=320			
Sim	1(5.0)	19 (95.0)	20 (6.27)
Não	51 (17.0)	249(83.0)	300 (93.7)
Hipertensão n=320			
Sim	35(17.0)	171 (83.0)	206 (64.3)
Não	17 (14.9)	97 (84.1)	114 (35.6)
Diabetes Mellitus = 320			
Sim	13 (15.9)	69 (84.1)	82 (25.62)
Não	39 (16.4)	199 (83.6)	238 (74.3)
Sedentarismo n=320			
Sim	12 (18.8)	52 (81.2)	206 (64.3)
Não	40 (15.6)	216 (84.4)	114 (35.6)
Tabagismo n=320			
Sim	11 (19.3)	46 (80.7)	57 (17.81)
Não	41 (15.6)	222 (84.4)	263 (82.1)
AVC Prévio n=320			
Sim	8 (15.4)	44 (84.6)	52 (16.2)
Não	44 (16.4)	224 (83.6)	268 (83.7)
Trombólise n=320			
Sim	21 (15.0)	119(85.0)	140 (43.7)
Não	31(16.9)	149(83.1)	180 (55.9)

Obesidade n=320			
Sim	5 (13.2)	33 (86.8)	38 (11.8)
Não	47 (16.7)	235 (83.3)	282 (88.1)

Os fatores que podem atrasar a chegada ao hospital após a manifestação de sintomas de um Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) são diversos e multifacetados, abrangendo desde questões socioeconômicas até aspectos culturais e organizacionais. Entre os principais, destaca-se a limitação socioeconômica, que pode dificultar o acesso ao transporte adequado, especialmente em áreas com poucos recursos financeiros. A distância geográfica em relação aos hospitais, bem como a falta de serviços de transporte de emergência, são fatores determinantes que contribuem para o aumento do tempo até o atendimento.

Além disso, o desconhecimento dos sintomas do AVCI pela população pode resultar em uma demora significativa na busca por ajuda. Muitas vezes, os indivíduos não reconhecem a gravidade dos sinais iniciais, adiando a procura por atendimento médico e, conseqüentemente, o tratamento adequado. Esse fator é frequentemente exacerbado por diferenças culturais, onde, em algumas comunidades, pode haver uma resistência em procurar atendimento médico imediato, preferindo tratamentos tradicionais ou alternativas.

Os sistemas de saúde deficientes também desempenham um papel importante. A falta de infraestrutura adequada, como unidades de emergência especializadas no manejo de AVCI e a escassez de profissionais capacitados, pode gerar demora no diagnóstico e no atendimento rápido. Além disso, problemas de comunicação entre o paciente e os serviços de emergência, ou até entre a equipe médica, podem atrasar a triagem e o encaminhamento urgente.

Por fim, atrasos no reconhecimento e na decisão do paciente ou familiares podem ser influenciados pela incerteza sobre a gravidade dos sintomas, pela subestimação da situação ou pela hesitação em buscar ajuda imediata. Esses fatores são fundamentais para compreender os obstáculos que impactam o tempo de chegada ao hospital e, conseqüentemente, influenciam o prognóstico do paciente com AVCI.

Durante o desenvolvimento deste estudo, foi planejada a análise detalhada de três parâmetros importantes de dados não apresentados: a média da pressão arterial (PA) de internação dos pacientes, a média de óbitos e a média de altas hospitalares. Como dados não apresentados PAS (pressão arterial sistólica) e PAD (pressão arterial diastólica), foi possível apresentar alguns dados relevantes: a pressão arterial sistólica média dos pacientes internados foi de 146,9 mmHg, a pressão arterial diastólica média foi de 87,5 mmHg, e a média de dias de internação foi de 16,5 dias. Esses dados fornecem uma visão parcial do perfil clínico dos pacientes internados e podem ser utilizados como base para estudos futuros.

DISCUSSÃO

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) é uma instituição de referência no atendimento de alta complexidade, incluindo casos de AVC. Ele faz parte da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e está integrado à Rede de Atenção às Doenças Cerebrovasculares, sendo referência para diversos municípios da região.

O AVC (Acidente Vascular Cerebral) segue um protocolo específico de atendimento. Os pacientes buscam antes outro serviço de urgência ou emergência como SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) ou UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e UAI (Unidade de Atendimento Integrado) depois encaminhados para o Hospital de Referência (UFU- Hospital de Clínicas de Uberlândia). O procedimento de atendimento a pacientes com AVC isquêmico no HC-UFU segue protocolos padronizados baseados nas melhores práticas internacionais para tratamento de acidentes vasculares cerebrais, com ênfase na urgência do atendimento e na utilização de terapias eficazes dentro das "janelas terapêuticas" (ALMEIDA et al.2017).

Neste estudo, houve discreta predominância de homens. A idade avançada também foi destacada como importante fator de risco para letalidade por AVCI no estudo, destacando-se um aumento na mortalidade proporcional ao aumento da idade. A maioria dos participantes era de idosos, com comorbidades como hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, AVC prévio e trombose que desempenham um papel importante no aumento do risco de mortalidade em pacientes hospitalizados. “É evidente que a hipertensão é o principal fator de risco para AVCI, e sua cronicidade produz degeneração da camada média, quebra da lâmina elástica, fragmentação dos músculos lisos das artérias. Além de produzir lipohialinose, necrose fibrinóide do subendotélio, microaneurismas e dilatações focais nas arteríolas OJAGHIHAGHIGHI,S.;VAKILZ ADEH, N.; SAEMI, N.; ASADOLLAHI, M. A review of the mechanisms of stroke and treatment in ischemic stroke patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, v. 26, n. 12, p. 3027-3037, 2017).

O diabetes e o tabagismo são considerados fatores de risco significativos para o acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) por seus efeitos no sistema cardiovascular. O diabetes leva a um estado de hiperglicemia crônica, que, ao longo do tempo, danifica os vasos sanguíneos, favorecendo a aterosclerose e aumentando a probabilidade de obstruções arteriais que podem causar um AVCI. O tabagismo, por sua vez, contribui para o risco ao causar inflamação e estresse oxidativo nas paredes arteriais, o que aumenta o acúmulo de placas de gordura e o estreitamento dos vasos. Em conjunto, esses fatores afetam a circulação e tornam o sistema cardiovascular mais suscetível a eventos isquêmicos. Como destacado por Caplan: “O tabagismo e o diabetes são dois dos principais fatores de risco modificáveis para o AVCI, pois ambos contribuem significativamente para a disfunção endotelial e para o desenvolvimento de aterosclerose” (Caplan, Louis R., *Caplan’s Stroke: A Clinical Approach*, 5ª ed., Cambridge University Press, 2016, p. 198).

Os dados deste estudo demonstram a importância do manejo eficaz dessas condições. Nas comparações das variáveis clínicas, houve descritiva significativa entre as comorbidades e o desfecho óbito dos 320 pacientes analisados, 52% (n=171) tinham diagnóstico de hipertensão arterial, sendo a sua taxa de mortalidade de 17,0% (n=35), comparado com 14,9% (n=17) entre aqueles sem hipertensão. Embora a diferença não seja significativa em termos percentuais, o volume maior de hipertensos que evoluíram para óbito aponta para um risco aumentado em pacientes com hipertensão não controlada.

Outros estudos corroboram a influência significativa das comorbidades, como hipertensão e diabetes, no aumento do risco de mortalidade em pacientes com AVCI. Goldstein et al. destacam que a hipertensão e o diabetes estão entre os principais fatores de risco para o AVCI e enfatizam a importância do controle dessas condições para reduzir a mortalidade e as sequelas após o evento. A presença de múltiplas comorbidades tende a agravar a disfunção endotelial e o processo de aterosclerose, comprometendo ainda mais a circulação sanguínea cerebral e elevando o risco de complicações graves, inclusive para o óbito (Goldstein, L. B., et al., *Stroke Prevention, Diagnosis, and Therapy: A Practical Guide for Clinicians*, 2ª ed., Springer, 2011, p. 120-125).

A qualidade de vida dos pacientes após um Acidente Vascular Cerebral, incluindo o AVC isquêmico (AVCI), pode ser significativamente impactada, tanto em termos físicos quanto emocionais e sociais. O grau de comprometimento varia dependendo da gravidade do AVC, do tempo decorrido entre o início dos sintomas e o tratamento, bem como do suporte de reabilitação oferecido ao paciente.

Na saúde coletiva, os determinantes sociais da saúde (DSS) desempenham um papel central na ocorrência do acidente vascular cerebral isquêmico. Fatores como baixa renda, escolaridade limitada, falta de acesso a serviços de saúde, moradia inadequada e condições de trabalho precárias podem aumentar a vulnerabilidade a fatores de risco para o AVCI, como hipertensão, diabetes, sedentarismo e má alimentação. Indivíduos em situações socioeconômicas desfavorecidas muitas vezes têm menos acesso a alimentos saudáveis, oportunidades de atividade física e tratamentos médicos preventivos, o que eleva a probabilidade de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Políticas de saúde pública que abordem esses determinantes sociais, promovendo equidade e acesso a serviços de saúde de qualidade, são fundamentais para reduzir a incidência de AVCI e outras doenças crônicas associadas. (The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes" *Public Health Reports*, 129 (1_suppl2), 19-31).

Podemos considerar que os determinantes sociais da saúde atuam não apenas como fatores de risco, mas também como barreiras para o acesso ao tratamento e à reabilitação adequados em casos de AVCI. A falta de recursos e de apoio social pode atrasar o diagnóstico e a intervenção precoce, fundamentais para minimizar as sequelas de um AVCI. Além disso, áreas com menor infraestrutura de saúde e menos políticas de prevenção direcionadas a populações vulneráveis tendem a apresentar uma maior incidência e mortalidade por AVCI. A inclusão de programas de educação em saúde e de políticas de promoção da saúde voltadas para a redução das desigualdades sociais pode ser um caminho para melhorar o controle dos fatores de risco e, conseqüentemente, reduzir a prevalência de AVCI em populações em situação de vulnerabilidade.

Fatores como, disparidades geográficas (distância dos centros de atendimento especializados, infraestrutura de transporte, capacidade hospitalar) e socioeconômicas (nível de renda, nível educacional e acesso à tecnologia e educação) exercem uma grande influência no tempo de chegada ao hospital e nos desfechos de mortalidade nos primeiros 90 dias após um AVCI. Essas diferenças afetam o acesso ao atendimento de emergência, a qualidade do tratamento recebido e o tempo necessário para iniciar intervenções críticas, como a administração de trombolíticos (medicamentos que dissolvem coágulos sanguíneos que bloqueiam o fluxo de sangue nas artérias) ou trombectomia (procedimento cirúrgico minimamente o coágulo sanguíneo de uma artéria bloqueada no cérebro). “O diagnóstico precoce e o acesso a tratamentos imediatos, como a trombólise, são essenciais para melhorar os desfechos em pacientes com AVCI, conforme também observado em estudos anteriores (ALMEIDA, S.M.; et al. O impacto da trombólise intravenosa no prognóstico de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo: uma revisão de literatura. Revista Brasileira de Neurologia, v. 53, n. 3, p. 215-221, 2017.). A implementação de protocolos que priorizem o atendimento rápido pode ter um impacto direto na redução da mortalidade hospitalar.

Com base nos resultados apresentados, torna-se evidente a necessidade de implementar estratégias eficazes para melhorar os desfechos clínicos de pacientes com AVCI. Fatores de risco como hipertensão, diabetes e comorbidades associadas desempenham um papel significativo no aumento da mortalidade entre esses pacientes. Nesse contexto, a adoção de intervenções direcionadas pode não apenas melhorar o prognóstico, mas também contribuir para a redução da incidência de AVCI em populações de alto risco.

Implementar protocolos rigorosos de controle de hipertensão e diabetes, que são fatores de risco importantes para o AVCI, de acordo com resultados, indicam que a hipertensão e o diabetes foram altamente prevalentes entre os pacientes que sofreram AVCI. Uma intervenção crucial seria a criação de programas de controle contínuo dessas condições, por meio de monitoramento regular e educação dos pacientes sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e às mudanças no estilo de vida.

Promoção de intervenções de estilo de vida, como programas de incentivo à alimentação saudável, cessação do tabagismo, e atividades físicas regulares. Considerando que hábitos de vida pouco saudáveis, como dieta inadequada e sedentarismo, contribuem para as comorbidades associadas ao AVCI, intervenções focadas na mudança do estilo de vida podem ter um impacto significativo. Programas que incentivem a prática de exercícios físicos e o abandono de hábitos como o tabagismo são essenciais para reduzir os fatores de risco.

Além disso, desenvolvimento de programas robustos de reabilitação multidisciplinar para pacientes que sobreviveram ao AVCI, com foco em fisioterapia, terapia ocupacional, e suporte psicológico, os pacientes que sobrevivem ao AVCI frequentemente enfrentam desafios físicos e emocionais durante o processo de recuperação. A criação de programas de reabilitação com equipes multidisciplinares pode ajudar na reintegração dos pacientes à sociedade e reduzir a reincidência de AVCI. O estudo de Langhorne e Bernhardt em *Stroke Rehabilitation: Insights and Perspectives*, que afirma que “a reabilitação multidisciplinar, envolvendo fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros profissionais, é essencial para maximizar a recuperação funcional e melhorar a qualidade

de vida dos pacientes após um AVC.” (Langhorne, P., & Bernhardt, J. *Stroke Rehabilitation: Insights and Perspectives*, Oxford University Press, 2018, p. 145-150.)

As seguintes intervenções propõem abordagens integradas para o controle de fatores de risco, a otimização do atendimento emergencial, e o suporte contínuo aos pacientes, com o objetivo de reduzir a mortalidade hospitalar e melhorar a qualidade de vida a longo prazo.

Ainda que o estudo tenha algumas limitações, como o tamanho amostral restrito a um único hospital, seus resultados trazem contribuições relevantes para a melhoria da qualidade do atendimento aos pacientes com AVCI. Futuras pesquisas são recomendadas para explorar mais a fundo a relação entre outras variáveis clínicas e os desfechos em longo prazo.

CONCLUSÃO

As comorbidades, como hipertensão e diabetes, desempenham um papel significativo na evolução clínica dos pacientes, sendo uma maior taxa de mortalidade. Além disso, a mortalidade foi uma prevalência discreta em pacientes do sexo masculino, o que sugere a necessidade de maior atenção aos fatores de risco em homens.

Estes achados destacam a importância de políticas de saúde pública voltadas à prevenção e manejo adequado das comorbidades associadas ao AVCI, especialmente em grupos de maior risco. A implementação de protocolos clínicos eficazes e o investimento em campanhas de conscientização sobre a detecção precoce dos fatores de risco podem contribuir significativamente para a redução das taxas de mortalidade por AVC.

A prontidão na busca de atendimento médio em casos de AVCI é um fator determinante nos desfechos de mortalidade nos primeiros 90 dias após o evento. Quanto mais rápido um paciente recebe tratamento, menor é o risco de mortalidade e piora das sequelas. Assim, esforços para aumentar a conscientização sobre os sinais de AVCI e a importância da resposta imediata são essenciais para melhorar os desfechos de saúde e reduzir a mortalidade associada a essa condição.

REFERÊNCIAS

01. GOLDSTEIN, L. B.; et al. *Stroke Prevention: A Practical Guide for Clinicians*. 2. ed. Springer, 2011.
02. DIENER, H. C.; et al. Primary and Secondary Prevention of Ischemic Stroke: Current Developments. *Journal of Neurology*, v. 255, n. 6, p. 320-331, 2008.
03. BENACH, J.; et al. The Importance of Government Policies in Reducing Health Inequities and Improving Health. *International Journal of Health Services*, v. 40, n. 4, p. 715-723, 2010.
04. SCHWAMM, L. H.; et al. Recommendations for the Establishment of Stroke Systems of Care: Recommendations From the American Stroke Association’s Task Force on the Development of Stroke Systems. *Stroke*, v. 36, n. 3, p. 690-703, 2009.

05. O'DONNELL, M. J.; et al. Risk Factors for Ischemic and Intracerebral Hemorrhagic Stroke in 22 Countries (The INTERSTROKE Study): A Case-Control Study. *The Lancet*, v. 376, n. 9735, p. 112-123, 2010.
06. DALTON, C. M.; et al. Socioeconomic Disparities in the Incidence of Ischemic Stroke: A Systematic Review. *Journal of Neurology*, v. 262, n. 3, p. 355-361, 2015.
07. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
08. LESSA, I. Epidemiologia do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, p. 380-386, 2006.
09. DIEZ-ROUX, A. V. Investigating Neighborhood and Area Effects on Health. *American Journal of Public Health*, v. 91, n. 11, p. 1783-1789, 2001.
10. MARKUS, H. S. Stroke Genetics: Prospects for Personalized Medicine. *BMC Medicine*, v. 15, n. 1, p. 77, 2017.
11. FANG, J.; et al. Impact of Health Insurance on Hospitalization Costs and Outcomes in Patients with Ischemic Stroke in China. *Stroke*, v. 43, n. 4, p. 1229-1235, 2012.
12. PEREIRA, J. V.; SPOSITO, A. C. Disparidades Sociais e o Impacto sobre a Saúde Cardiovascular. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v. 75, n. 3, p. 210-216, 2002.
13. HOWARD, V. J.; McCLURE, L. A. Stroke Incidence, Mortality, and Prevalence. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 42, n. 1S1, p. S123-S130, 2015.
14. PANDIAN, J. D.; SUDHAN, P. Stroke Epidemiology and Stroke Care Services in India. *Journal of Stroke*, v. 15, n. 3, p. 128-134, 2013.
15. BAUM, F.; FISHER, M. Why Behavioural Health Promotion Endures Despite its Failure to Reduce Health Inequities. *Sociology of Health & Illness*, v. 36, n. 2, p. 213-225, 2014.

