

Estudo de variação diagnóstica e terapêutica para acidente vascular cerebral isquêmico no serviço de urgência.

¹Adriana P. C. Saraiva; ²Jaqueline C. Pontes; ³Vanessa R. Silva; ⁴Andriolo RB; ⁵Gutierrez EG; ⁶Gusmão CC; ⁷Moreira KECS; ⁸Andriolo BNG; ⁹Atallah NA

¹Dr^a em Ciências pela EERP/USP/Profa. Assistente DMCF/CCBS/UEPA apcsaraiva@yahoo.com; ²Graduada em Enfermagem (UEPA), Pós-graduanda em UTI pelo CEEN PUC-GO e Urgência e emergência pelo CGESP; ³Graduada em Enfermagem (UEPA); ⁴Universidade do Estado do Pará; ⁵Universidade Federal do Pará; ⁶Universidade Federal do Pará; ⁷Universidade do Estado do Pará; ⁸Universidade do Estado do Pará; ⁹Universidade Federal de São Paulo”

RESUMO

Determinar se existe variação na conduta diagnóstica e terapêutica do AVCi entre os médicos plantonistas do Hospital Regional de Conceição do Araguaia e entre estes e as evidências clínicas mais recentes para diagnóstico e tratamento de AVCi frente a dois casos clínicos. A pesquisa é de caráter descritivo e transversal. As evidências científicas foram oriundas de diretrizes nacionais e internacionais localizadas através da busca nas bases de dados PUBMED, LILACS, EMBASE e COCHRANE LIBRARY. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos médicos plantonistas a pesquisa se desenvolveu por meio da aplicação de um questionário com dois casos clínicos hipotéticos que foram distribuídos aos profissionais médicos do setor de urgência e emergência. A variação na conduta diagnóstica e terapêutica foi identificada entre os profissionais e houve discordância da conduta destes com as diretrizes. Não indicar condutas recomendadas, e indicar condutas contraindicadas, pode representar risco à saúde e gastos desnecessários. A educação continuada deve ser incentivada para que a prática clínica seja baseada nas evidências científicas mais recentes.

Palavras chave: Acidente vascular cerebral isquêmico. Diagnóstico. Tratamento. Prática baseada em evidências.

ABSTRACT

To determine the variation in the diagnostic and therapeutic management of CVA between the physicians on call at the Hospital Regional de Conceição do Araguaia and between these and the most recent clinical evidence for diagnosis and treatment of CVA in two clinical cases. The research is descriptive and transversal. The scientific evidences came from national and international guidelines located through the search in the databases PUBMED, LILACS, EMBASE and COCHRANE LIBRARY. After the signing of the Informed Consent Term by the physicians on call, the research was developed through the application of a questionnaire with two hypothetical clinical cases that were distributed to medical professionals in the emergency and emergency sector. The variation in the diagnostic and therapeutic conduct was identified among the professionals and there was disagreement of the conduct of these with the guidelines. On the other hand, not indicating recommended conducts, and indicating contraindicated conducts, can pose health risk and unnecessary expenses. Thus, continuing education should be encouraged so that clinical practice is based on the latest scientific evidence.

Keywords: Ischemic Vascular Accident. Diagnosis. Treatment. Evidence-based practice.

INTRODUÇÃO

Os transtornos vasculares cerebrais são os principais responsáveis por sequelas e óbitos de milhões de pessoas no Brasil e no mundo. Em uma perspectiva nacional, as doenças crônicas não transmissíveis incluindo os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) atingem 70% da população, considerado um grande problema de saúde pública. Os AVCs são classificados em isquêmico e hemorrágico, sendo o primeiro o mais frequente. Em 2011 foi gasto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) 200 milhões de reais com internação por AVC, um custo bastante elevado (IBGE, 2014; MALCHER et al., 2008; BRASIL, 2012).

Embora o AVC seja considerado um problema epidemiológico em saúde, o que torna no Brasil este mais preocupante é que o atendimento e tratamento ainda permanecem comprometidos. Entre as possíveis ações médicas que repercutem no aumento da mortalidade, das sequelas e recidivas, estão o uso inespecífico de medicamentos, solicitação de exames desnecessários, a não adesão dos médicos a ações de educação continuada bem como as condutas recomendadas por evidências científicas (ALMEIDA, 2012).

Ressalva-se que para direcionar os profissionais de saúde quanto ao manejo específicos dos casos de AVC foram elaboradas diretrizes e protocolos clínicos conjuntamente por diversos países buscando aprimorar a abordagem terapêutica e diagnóstica. Mediante a isso, as condutas frente ao AVC devem ser continuamente avaliadas e investigadas para identificar condutas errôneas (MOREIRA, 2003).

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo transversal, realizado no município de Conceição do Araguaia, estado do Pará, sob a responsabilidade da Instituição de ensino superior (IES) Universidade do Estado do Pará, o estudo foi iniciado mediante a autorização da direção do Hospital Regional de Conceição do Araguaia (HRCA) e aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa (CEP). Amostra foi composta por esses dez médicos pronto-socorristas, pertencentes ao HRCA, que concordaram com os termos da pesquisa e assinaram após leitura o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCE), constituindo 100% da amostra.

O questionário utilizado para a coleta de dados foi elaborado por Moreira (2003), modificado por Gusmão e Gutierrez (2015) e adaptado pelas pesquisadoras, o qual contemplava dois casos clínicos típicos de AVCi, cujo objetivo foi obter respostas médicas baseada nas melhores evidências científicas. O questionário continha perguntas sobre informações pessoais, informações dos casos clínicos típicos de AVCi e dados referente ao hospital. Abaixo as seguintes histórias clínicas:

História clínica (A): Paciente de 63 anos foi trazido ao hospital por familiares que relatavam queda súbita ao solo sem perda da consciência, associada a dificuldade da fala e marcha. Tinha história compatível com amaurose fugaz, mas nunca procurou o médico por isso. O paciente é ex-tabagista, normotenso e sem nenhuma outra história anterior relevante. No exame admissional, 2 horas após o ictus, observava-se pressão arterial (PA): 162x104mmHg, pulso: 90bpm regular, exame de carótidas e tórax sem anormalidades, disartria, hemiparesia completa desproporcionada a esquerda com predomínio braquial e nível de consciência preservado.

História clínica (B): Paciente de 47 anos foi encontrado por familiares no quarto pela manhã com dificuldade de fala e marcha quando foi levado imediatamente ao hospital. No caminho apresentou quadro convulsivo generalizado com duração aproximada de 10 segundos. Tinha antecedentes de hipertensão arterial e tabagismo sem outra história anterior relevante. No exame admissional observava-se pressão arterial: 222x128mmHg, pulso: 100bpm irregular, afasia de expressão e hemiparesia completa proporcionada a direita.

O questionário, a autorização hospitalar e o TCLE foram apresentados aos médicos pelas acadêmicas responsáveis pela pesquisa, à abordagem aconteceu de forma individualizada, estes assinados pelos dez médicos plantonistas do serviço de urgência. Em relação ao tempo de preenchimento, não foi estipulado limite. Após o preenchimento os questionários foram agrupados para a análise dos dados.

As melhores evidências foram definidas inicialmente por diretrizes clínicas internacionais e nacionais e ainda por revisões sistemáticas da Cochrane Library. Para identificação dos estudos, foi construída uma estratégia de busca com termos oficiais e sinônimos de acidente vascular cerebral e os filtros de cada desenho de estudo de acordo com as evidências de nível I.

RESULTADOS

Da amostra estudada, 60% tinha uma média de 50, 8 anos de idade, 24,9 anos de formação, 80% do sexo masculino e 50% não possuíam especialização. Um dado bastante relevante para esta pesquisa foi o hospital não possuiu médico neurologista. O tempo de atuação como pronto-socorrista representado por 60% da amostra foi acima de 10 anos, onde 50% referiu atender de 5 a 10 casos e 40% acima de 20 casos de AVC por ano.

Os exames diagnósticos solicitados pelos médicos foram divididos em três grupos de acordo com as recomendações das melhores evidências disponíveis na literatura (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012): (1) Exames Recomendados como a Tomografia Computadorizada (TC), laboratoriais e eletrocardiograma, (2) Exames Sugeridos a radiografia de tórax, doppler de carótidas e o eletroencefalograma (para o caso B) e (3) Exames Não indicados como a punção lombar, eletroencefalograma (para o caso A), angiografia cerebral e ecocardiograma transesofágico.

A TC deve ser realizada dentro de 25 minutos após a chegada do paciente ao hospital, é um exame de rápida execução. Sua interpretação deve ocorrer no período de 3 horas para não comprometer o tempo de início da terapia trombolítica, que deve ocorrer até 4,5 horas após o início dos sintomas (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; GOYAL et al., 2015).

O questionário apresentava o resultado da tomografia computadorizada nos dois casos clínicos, servindo de base aos participantes para que respondessem à conduta terapêutica. Assim a TC foi solicitada conforme recomendado pelas diretrizes por 100% e 80% dos médicos respectivamente para os casos A e B, isso porque o questionário considerava que estivessem com todos os serviços diagnósticos disponíveis.

O eletrocardiograma foi solicitado por 10% e 80% para os casos A e B, o eletroencefalograma (EEG) por 40% para o caso B. O percentual de pedidos para o exame de doppler de carótidas foi de 20% e 10% para os casos A e B. Para o exame de raios-X, respectivamente 40% e 50% para os casos A e B. A angiografia apresentou proporção de 40% e 60% para os casos A e B. Dos médicos entrevistados 80% e 70% para os casos A e B solicitaram no mínimo um exame não indicado para o manejo inicial.

Nesta pesquisa, os exames de análises clínicas solicitados foram classificados em “recomendados”, “sugeridos” e “não indicados”. Os exames laboratoriais recomendados para casos de AVCi na emergência são o hemograma completo, glicose, creatinina, ureia, ionograma, coagulograma, e enzimas cardíacas. São estabelecidos como exigência, devem estar disponíveis e realizados o mais breve possível (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; GOYAL et al., 2015). Alguns participantes ao responderem este item citaram apenas 1 e/ou 2 exames clínicos e outros não preencheram.

De igual modo as opções terapêuticas foram classificadas neste estudo em “recomendados”, “discutíveis” e “contraindicados”. A terapêutica recomendada para o caso A são: uso de trombolíticos, hidratação lenta e diária com solução salina a 0,9% (isotônicas) com um volume de 100mL/hora em 24 horas, equivalente a mais de 2 litros e menos que 2,5 litros, já para o caso B, o uso de anti-hipertensivo, antiplaquetário (AAS) (BRASIL, 2012; SCHEFFER, et al., 2015; CARRERA et al., 2015; GOYAL et al., 2015; MARTINS et al., 2012).

O trombolítico rt-PA (Alteplase) é indicado para o tratamento específico na fase aguda do AVCi, com dosagem 0,9mg/Kg até um total máximo de 90mg, sendo 10% da dose endovenosa em 1 minuto e o restante em bomba de infusão por 1 hora (BRASIL, 2010). No que se refere ao uso de trombolítico, 60% e 30% utilizaram respectivamente ao caso A e B e com dosagem correta de 10% para ambos.

As evidências recomendam manter o paciente em condição euvolêmica, para tal, é indicado o uso de soluções isotônicas (solução fisiológica a 0,9%), menos em caso

de perda volêmica, e é preciso manter cautela quanto ao volume. Hipervolemia e hipovolemia tendem a agravar o estado de isquemia cerebral e/ou promover lesões renais e cardíacas (SCHEFFER et al., 2015; CARRERA et al., 2015; MARTINS et al., 2012). A solicitação foi feita por 30% dos médicos nos dois casos.

O uso de anti-hipertensivos e Ácido Acetil Salicílico (AAS) foi de 80% para o caso A, a terapia com anticonvulsivante foi de 40%/70% para casos A/B. A heparina foi indicada 10% e 40% para os casos A e B, 80% e 70% para os casos A e B solicitaram anti-hipertensivos não indicados, por 40% e 30% para os casos A e B de corticosteroides e 60% de vasodilatadores cerebrais para ambos. Quanto à necessidade de TC antes do uso do AAS 60% e 50% para os casos A e B solicitaram. Com relação à janela terapêutica em horas, 50% relatou utilizar após o horário indicado pelas diretrizes. De todos os participantes 40% relatou ter participado como ouvinte/organizador de ações educativas e 20% relataram conhecer protocolos nacionais para os cuidados ao AVC.

DISCUSSÃO

Correspondente ao sexo, 80% foi masculino, análogo a estudos já realizados, porém uma realidade que vêm mudando no cenário atual do Brasil com o aumento do ingresso de médicas. De todos os médicos do Brasil 41% não possuem título de especialidade. Essa carência de profissionais especializados no Brasil é uma realidade no HRCA, tendo 50% dos entrevistados sem especialização e/ou residência, mesmo aqueles com mais de 10 anos de formação, e apenas um participante possuía especialidade na área de atuação (GUSMÃO et al., 2015; SCHEFFER et al., 2015; CARRERA et al., 2015).

Destaca-se a ausência de Neurologista no hospital, um profissional essencial para a avaliação e tratamento específico ao paciente com AVCi. Nesse âmbito uma alternativa para minimizar o impacto e suprir essa ausência é o uso da telemedicina, por proporcionar com maior rapidez a avaliação (BRASIL, 2012; JAUCH et al., 2013; OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

Diferente de estudos já realizados que apresentava um público médico com pouca experiência profissional para atuar em prontos-socorros, esta pesquisa revelou que os médicos entrevistados possuíam grande experiência profissional quanto às urgências ao AVC pelo tempo de atuação como pronto-socorrista e o número de casos atendidos por ano, no entanto desconheciam de novas atualizações relacionadas às condutas do mesmo. Diante dos resultados de tempo de formação e idade, estudos revelam que conforme os médicos envelhecem, eles dedicam menos tempo a cursos de formação, atualização e aperfeiçoamento (GUSMÃO et al., 2015; SCHEFFER et al., 2015).

Isso expressa à importância da educação médica continuada, visto que o serviço de urgência é a porta de entrada do paciente, e um atendimento adequado é primordial para um bom prognóstico. É importante neste serviço o profissional ter competência clínica, devido à rapidez necessária na prestação do atendimento, deste modo seus conhecimentos precisam ser atualizados e novos conhecimentos devem ser incorporados à sua prática (JAUCH et al., 2013).

O fato de o hospital não possuir TC determina na não diagnose diferenciada entre os casos de AVC e em consequência a não utilização da terapia trombolítica, implicando em uma conduta profissional baseada somente na clínica e em exames laboratoriais.

O eletrocardiograma é indicado para o diagnóstico diferencial do AVC em relação a outras patologias com sinais semelhantes, principalmente quando o paciente apresentar convulsão e arritmias cardíacas (GOYAL et al., 2015).

A utilização do EEG no início da avaliação ao AVCi ainda é discutida em muitos estudos, mas possui valor no diagnóstico de outras condições como a epilepsia (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; COMMITTEE et al., 2008). Foi colocado neste estudo como exame sugerido apenas para o caso B, com intuito de avaliar a atividade cerebral, haja vista o citado quadro convulsivo desse caso.

Entretanto, o EEG foi solicitado por 40% dos médicos neste caso. Ainda que não seja formalmente recomendado pelos consensos e diretrizes, optou-se colocá-lo

como um “exame sugerido”, por ser um tema controverso no contexto da primeira avaliação de um paciente com AVCi, porque pode interferir no tempo da trombólise (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; GOYAL et al., 2015; MARTINS et al., 2012).

O exame de Doppler de carótidas é um auxiliar no tratamento do AVC, por isso foi colocado como um “exame sugerido”. Ele tem a função de detectar oclusões de origem extracraniana e cardíacas, e é usado para monitorar os efeitos da terapia trombolítica (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; GOYAL et al., 2015). O exame de Raio X, pode ser utilizado para auxiliar o manejo de AVC, mas não é específico para o diagnóstico.

A angiografia cerebral é considerado um exame não indicado inicialmente aos casos de AVCi, porém foi solicitada pelos médicos. A solicitação de exames desnecessários contribui para o aumento dos gastos, da mesma maneira que interfere na evolução e prognóstico do doente e influenciam de maneira negativa na rapidez do atendimento (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

Ainda em análise, apenas um médico respondeu ao questionário solicitando exclusivamente os exames recomendados pelas melhores evidências na abordagem inicial para um caso. Nestas condições, nenhum médico solicitou apenas os exames clínicos recomendados pela literatura, igualmente nenhum solicitou pelo menos todos os exames recomendados, em ambos os casos.

Destaca-se que a utilização do trombolítico rt-PA nessa pesquisa possuiu indicação somente para o caso A, e este foi prescrito com dosagem e via de administração correta por apenas 10 % dos médicos. Houve prescrição de 10% para o caso B, apesar da história clínica mostrar ser contraindicado o seu uso porque apresentava um cliente com elevação da PA e tempo de Ictus indeterminado (BOTELHO et al., 2016; BRASIL, 2010). O tempo de ictus não foi definido, porque a família percebeu somente pela manhã as alterações no comportamento do paciente.

De acordo com o protocolo de utilização do rt-PA o horário do início dos sintomas deve ser precisamente estabelecido, e caso os sintomas forem observados ao

acordar, deve-se considerar o ultimo horário que o paciente foi observado normal (MARTINS et al., 2012; BRASIL, 2010). Deste modo, a não definição do tempo tornou a terapia trombolítica inviável e contraindicada para o caso B. Estes resultados mostram que a maioria dos médicos desconheciam a terapêutica com o uso do rt-PA para os casos de AVCi, ainda que a mesma exista há mais de 15 anos, seja aprovada pelo Ministério da Saúde e possua comprovação internacional desde 1996 (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; SBC, 2013).

Mesmo sendo recomendado, nenhum médico realizou a reposição de fluidos adequadamente, e apenas 30% indicaram o uso de hidratação para os dois casos.

Em relação à utilização de anti-hipertensivo 80% indicou para o caso A, uma conduta contraindicada pelas diretrizes. O paciente deste caso apresentava uma PA de valor considerado comum para casos de AVCi, e de acordo com a literatura a recomendação da diminuição da PA deve ocorrer apenas em valores acima de 220 mmHg para pressão arterial sistólica (PAS) e maior que 120 mmHg para pressão arterial diastólica (PAD), e de maneira gradativa (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; GOYAL et al., 2015; MARTINS et al., 2012; BRYER et al., 2010).

O uso de antiplaquetário também é contraindicado para o primeiro caso, visto a indicação da terapia trombolítica, já o segundo caso havia indicação, sendo o AAS o recomendado, por diminuir o risco de recorrência de AVCi e ainda reduzir a morbimortalidade significativamente (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; MARTINS et al., 2012; BRASIL, 2010). Mesmo possuindo contraindicação para o caso A, 80% da amostra indicou seu uso.

Para dois casos clínicos foi indicada terapia com anticonvulsivantes pelos médicos, com 40% e 70% de solicitação para os casos A e B. Por mais que o caso B informasse quadro convulsivo generalizado essa conduta é inadequada, uma vez que o uso de anticonvulsivante somente é recomendado em caso de convulsão recorrente, pois não existem estudos que comprovem benefício de terapia profilática. Logo, Um fator que pode ter contribuído para a utilização do anticonvulsivante no caso B, foi à descrição

de um episódio de convulsão relatado na história clínica do paciente. Todavia o episódio ocorreu sem avaliação clínica, de forma isolada, sem acompanhamento do médico e/ou equipe, sem confirmação, além disso, o paciente não apresentava sinal para a suspeita de convulsão, sendo dispensável a utilização de anticonvulsivante (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; MARTINS et al., 2012; BRASIL, 2010; SHIONOHARA et al., 2011; POTTER et al., 2009).

A heparina (anticoagulante) foi indicada no questionário por 10% dos médicos no caso A e 40% no caso B, contudo é contraindicada para ambos no início do tratamento ao AVCi, devido a não redução significativa de recorrência, da taxa de mortalidade e invalidez, e pode aumentar o risco de desenvolver complicações hemorrágicas intracranianas (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

Os corticosteroides não são indicados, porque não existem evidências científicas de seu uso na redução de óbitos e nenhuma melhora observada. Contudo, seu uso foi indicado por 40% e 30% de médicos para o caso A e B (POTTER et al., 2009).

Para ambos os casos, não era indicado o uso dos vasodilatadores cerebrais, já que não possuem comprovação da eficácia e segurança diante do AVCi, principalmente na fase aguda, no entanto 60% em ambos os caso prescreveram seu uso (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

Os medicamentos utilizados para uma abordagem frente à hipertensão no AVCi se divergem em muitos estudos, dentre eles recomenda-se o uso de labetalol, bloqueadores de canal de cálcio, bloqueadores dos receptores β , metoprolol, esmolol, lisinopril, nicardipina, nitroprussiato de sódio e urapidil (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; GOYAL et al., 2015; MARTINS et al., 2012; BRASIL, 2010; BRYER et al., 2010; SHIONOHARA et al., 2011). Assim, 80%/70% para os casos A e B dos médicos entrevistados utilizaram anti-hipertensivos não recomendados.

A utilização de antiplaquetários (AAS) não necessita de TC de crânio prévia segundo estudos, porém 60% e 50% respectivamente para os casos A e B dos médicos dessa pesquisa relataram a necessidade. Pelo estado geral mais grave, rebaixamento do nível de

consciência e pico hipertensivo do cliente do caso B, o receio de iniciar terapia com antiplaquetários sem a TC para descartar um quadro de AVC hemorrágico pode ser a justificativa médica para tal conduta (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; GOYAL et al., 2015).

Em resposta ao uso de trombolíticos avaliando a janela terapêutica, 50% relataram utilizar para os dois casos acima do limite recomendado pelas diretrizes (BRASIL, 2010).

O uso associado de trombolítico, antiplaquetário ou anticoagulante diante dos casos foi de 40% sendo está prática contraindicada. Em pacientes indicados ao tratamento trombolítico é necessária a solicitação do coagulograma, pois o tratamento pode ser interrompido dependendo dos resultados deste, mas o início desta terapia não deve ser adiado para a espera desses resultados (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; GOYAL et al., 2015; BRASIL, 2010). Uma lacuna identificada foi à ausência de solicitação de coagulograma em associação com o uso do trombolítico, representado por 90% e 100% para os casos A e B.

Apesar de 40% relatar ter participado como ouvinte ou organizador de alguma ação educativa sobre acidente vascular cerebral realizada pelo hospital, os resultados mostraram que tais conhecimentos não são empregados na prática cotidiana. Isso também evidencia uma carência em ações de educação em saúde entre o público estudado, e ainda mais preocupante, quando observado que apenas dois participantes conheciam a existência de protocolo específico para o atendimento ao AVCi.

Recomendam-se programas educacionais para aumentar a conscientização do AVC entre os profissionais, bem como a disponibilização de protocolos e/ou diretrizes dentro dos ambientes que atendem pacientes com AVC (MARTINS et al., 2012). Um fator que pode estar relacionado com a variação diagnóstica apresentada é o desconhecimento da existência de um protocolo institucionalizado no serviço de emergência e/ou uma diretriz/guidelines específica para o atendimento ao AVC, pois 20% dos médicos eram cientes da existência de protocolos ou diretrizes somente nacionais.

A média de tempo da realização e interpretação da TC mostrou-se inadequada neste trabalho, de 8 a 72 horas, um valor discrepante em comparação com a recomendação das diretrizes que consideram o limite máximo de 45 minutos. Outros estudos semelhantes também demonstraram uma discrepância menor. Essa demora na realização da TC influencia na tomada de decisão para o tratamento específico do AVC, codificando apenas como AVC não especificado (CID-10: I64). Este tempo para a realização e interpretação da TC deu-se devido aos médicos afirmarem que o hospital não possui tal serviço, sendo necessário o encaminhamento dos suspeitos de AVC. O problema de não realização da TC é uma realidade em muitos hospitais brasileiros, mesmo nos que possuem tomógrafo (GUSMÃO et al, 2015; SCHEFFER et al., 2015; OLIVEIRA-FILHO et al., 2012; GOYAL et al., 2015; BRASIL, 2010).

Após a análise dos questionários, foi observada que não houve um estabelecimento de condutas diagnósticas e terapêuticas 100% adequadas para os casos clínicos propostos. Uma realidade já evidenciada por outras pesquisas, como expressa por Moreira (2003) em apenas 1,2% de acertos, este afirma que tal resultado possa ter como fatores da provável justificativa: o comprometimento da qualidade na formação médica, educação médica continuada de baixa qualidade ou inexistente, insuficiente infraestrutura e organização hospitalar e pré-hospitalar, negligência, entre outros.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados, pode-se concluir que as diretrizes mais atuais sobre condutas diagnósticas e terapêuticas em AVCi estão disponíveis em bases de dados online e gratuitas, mas a maioria no idioma inglês, o que pode dificultar o acesso à informação.

A velocidade com que novas pesquisas são realizadas, no Brasil e no mundo, impõe frequentes atualizações de diretrizes clínicas, o que pode contribuir para a desatualização dos profissionais, especialmente os que se formaram há mais tempo.

A variação na conduta diagnóstica e terapêutica foi identificada entre os profissionais e houve discordância da conduta destes com as diretrizes. Não indicar condutas

recomendadas, e indicar condutas contraindicadas, pode representar risco à saúde e gastos desnecessários. A educação continuada deve ser incentivada para que a prática clínica seja baseada nas evidências científicas mais recentes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. R. M. Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. *Revista de Neurociências*. Campinas-SP, v. 20, n. 4, 2p, 2012.

BOTELHO et. al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. *Temas em Saúde*. João Pessoa – PB, v. 16, n. 2, 2016. ISSN 2447-2131.

BRASIL - Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação nacional de medicamentos essenciais: Renome 2010*. 7ed, Brasília, DF, 2010. 250 p. ISBN 978-85-334-1670-3.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 664 de 12 de abril de 2012. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2012. ISSN 1677-7042.

BRYER, A. et. al. Shouth African guideline for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2012: A guideline from the Shouth African stroke society (SASS) and the SASS Writing Committee. *S Afr Med J*. v.100, n.11, Pt 2, p. 74778, 2010.

CARRERA, R. M. et. al. Associação entre participação e cumprimento de um programa de educação médica continuada e produção assistencial dos médicos: estudo transversal. *Hospital Albert Einstein*. São Paulo – SP, v. 13, n. 1, p. 1-6, 2015.

COMMITTEE E. S. O., COMMITTEE E. W. Guidelines for management of is ischaemic stroke and tansient ischaemic attack 2008. *Cerebrovascular Diseases*, v. 25, n. 5, 2008.

GOYAL, N. et. al. Cost Burden of stroke mimics and transient ischemic attack after intravenous tissue plasminogen activador treatment. *Journal of strok and cerebrovascular diseases*, 2015.

GUSMÃO, C. C., GUTIERREZ, E. G. Estudo de variação terapêutica para acidente vascular cerebral isquêmico nas urgências de serviços de saúde em Belém – Estudo transversal. Belém – PA, 2015.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Percepção do Estado de Saúde, estilo de vida e Doenças Crônicas*. Rio de Janeiro, RJ – Brasil, 2014. ISBN 978-85-240-4334-5.

JAUCH, E. C. et. al. Guidelines for the early management of pacientes with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the american heart association/America stroke association. *Stroke*, v. 44, n. 3, p. 870-947, 2013.

MALCHER, S. A. O. et. al. Estudo clínico-epidemiológico de pacientes com acidente vascular encefálico de um hospital público. Belém – PA, 2008.

MARTINS, S. C. O. et. al. Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part II: stroke treatment. Arquivos de Neuropsiquiatria, v. 70, n. 11, p. 8885-93, 2012.

MOREIRA, KARLO EDSON CARNEIRO SANTANA. Estudo de variação terapêutica para acidente vascular cerebral isquêmico. São Paulo, 2003.

OLIVEIRA-FILHO, J. et. al. Guidelines for acute ischemic stroke treatment – part I. Arquivos de Neuropsiquiatria, Salvador – BA, v. 70. n. 8. p. 621-629, 2012.

POTTER J, et al. Controlling Hypertension and Hypotension Immediately Post Stroke (CHHIPS) – a randomised controlled trial. Health Technol Assess. Southampton. Prepress Projects Ltd, 2009. ISSN 1366-5278.

ROLIM, C. L. R. C, MARTINS, M. O uso de tomografia computadorizada nas internações por Acidente Vascular Cerebral no Sistema Único de Saúde no Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo, 2012.

SBC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes brasileiras de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes em cardiologia. Rio de Janeiro, v. 101, n. 3, 2013.

SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 páginas. ISBN: 978-85-89656-22-1.

SHINOHARA, Y. et. al. Cerebral infarction/transient ischemic attack (TIA). Journal of stroke and Cerebrovascular Diseases, v. 20, n. 4, p. S31-S73, 2011.