

SATISFAÇÃO DOS PACIENTES DO SUS SOB REABILITAÇÃO DE PACIENTES POR AVE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 02/06/2023

Ana Clara Gurjão Natal

Enzo José Silva Vilela Marques

Vitória Gonçalves Marinho

RESUMO: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) refere-se a um déficit neurológico súbito de natureza focal. É causada por uma coagulação arterial, venosa ou distúrbio do fluxo sanguíneo. Não há alterações perceptíveis nas artérias ou veias, em vez disso, esse termo se refere a lesões causadas por aterosclerose na parede da artéria ou êmbolos secundários que causam oclusão. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 13,5 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares em 2008, representando 30% de todas as mortes no mundo. 6,2 milhões dessas mortes foram criadas por um acidente vascular cerebral. Estima-se que mais de 80% dos AVEs não fatais podem ter sido evitados. Diante do exposto o presente estudo tem como questão problema: “Qual o nível de satisfação dos pacientes do SUS em relação ao tratamento e atenção à reabilitação de pacientes com AVE de acordo com a literatura?”. O estudo tem

como objetivo geral realizar uma revisão de literatura sobre o nível de satisfação dos pacientes do SUS em relação ao tratamento e atenção à reabilitação de pacientes com AVE. O desenvolvimento do artigo emprega um método científico hipotético-dedutivo. Os pesquisadores utilizam tanto a pesquisa bibliográfica quanto a pesquisa em livros, periódicos acadêmicos e outras fontes para desenvolver seus trabalhos. Os dados qualitativos selecionados dessas fontes permitem um exame aprofundado de um assunto sem levar em conta os resultados numéricos. O SUS reconhece que muitas vezes os pacientes com AVE ficam insatisfeitos com o atendimento que recebem, ocorre devido que eles não têm o apoio de que precisam e nem sempre são atendidos imediatamente por um profissional de saúde. É importante notar também que o SUS enfrenta problemas para fornecer suporte a pacientes com AVE. **PALAVRAS-CHAVE:** Acidente Vascular encefálico. Reabilitação. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: Cerebral Vascular Accident (CVA) refers to a sudden neurological deficit of a focal nature. It is caused by arterial or venous clotting or a blood flow disorder.

There are no noticeable changes in the arteries or veins, rather this term refers to lesions caused by atheroma in the artery wall or secondary emboli that cause occlusion. According to the World Health Organization (WHO), 13.5 million people die of cardiovascular disease in 2008, accounting for 30% of all deaths worldwide. 6.2 million of those deaths were created by a stroke. It is estimated that over 80% of non-fatal strokes may have been missed. In view of the above, the present study has the problem question: "What is the level of satisfaction of SUS patients in relation to the treatment and attention to rehabilitation of patients with stroke according to the literature?". The general objective of the study is to carry out a literature review on the level of satisfaction of SUS patients in relation to the treatment and attention to rehabilitation of patients with stroke. The development of the article employs a hypothetical-deductive scientific method. Researchers use both bibliographic research and research in books, academic journals and other sources to develop their work. Qualitative data selected from these sources allow an in-depth examination of a subject without regard to numerical results. The SUS recognizes that stroke patients are often dissatisfied with the care they receive, because they do not have the support they need and are not always immediately attended to by a health professional. It is also important to note that the SUS faces problems in providing support to stroke patients.

KEYWORDS: Stroke. Rehabilitation. Unified Health System. Treatment.

1 | INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) refere-se a um déficit neurológico súbito de natureza focal. É causada por uma coagulação arterial, venosa ou distúrbio do fluxo sanguíneo. Não há alterações perceptíveis nas artérias ou veias, em vez disso, esse termo se refere a lesões causadas por ateroma na parede da artéria ou êmbolos secundários que causam oclusão (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010).

Aproximadamente 80% dos sobreviventes de AVE desenvolvem coagulopatias devido a ateroma na parede da artéria ou oclusão embólica. As células cerebrais não podem obter oxigênio ou glicose devido ao fato de não poderem processar nenhum dos dois. Isso leva a problemas de metabolismo celular e danos nos tecidos. O AVE pode ser causado por aterosclerose, distúrbios de coagulação sanguínea, malformação arteriovenosa cerebral ou distúrbios envolvendo fluxo sanguíneo insuficiente, no entanto, o AVE também pode ser classificado como hemorrágico, isquêmico ou mesmo indiferenciado (ANDERLE; ROCKENBACH; GOULART, 2019).

Muitos estudos clínicos usam a escala modificada de Rankin (MRS), para medir a capacidade funcional dos pacientes. Esta escala considera a gravidade do AVE do paciente, sendo 0 totalmente assintomático e 6 óbitos. Entre esses números estão pontuações na faixa de 2 a 6, essas faixas correspondem a graus variados de autonomia funcional após o AVE. Um benefício de usar essa escala é que ela ajuda a avaliar terapias como trombolíticos e tratamentos endovasculares (CARVALHO *et al.*, 2019).

Os médicos podem usar certos sintomas clínicos para identificar um tipo específico

de encefalite. Estes incluem alterações no sentido do tato do paciente, na visão do paciente, na fala do paciente e no movimento facial, presença de êmese e/ou gastrite, perda do controle motor e da consciência, perda da capacidade de falar, alterações no controle motor e outros deficits neurológicos. No entanto, existem vários fatores de risco que tornam esses sintomas clínicos mais difíceis de detectar (ANDERLE; ROCKENBACH; GOULART, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 13,5 milhões de pessoas morrer de doenças cardiovasculares em 2008, representando 30% de todas as mortes no mundo. 6,2 milhões dessas mortes foram criadas por um acidente vascular cerebral. Estima-se que mais de 80% os AVEs não fatais podem ter sido retidos. O AVE é uma das principais causas de mortalidade e incapacidade funcional, mas o impacto dessa doença ainda não foi assimilado à implementação de políticas públicas efetivas voltadas para a contenção de sua progressão aos chamados fatores de risco modificáveis (CARVALHO *et al.*, 2019).

A prevalência de acidentes vasculares cerebrais é alta e 90 % dos sobreviventes progridem algum tipo de deficiência ou inabilidade, com prejuízo das funções sensorial, motora, equilíbrio, bem como deficits cognitivos, disfágicos e de linguagem, em 15 % dos pacientes não apresentam imparidade, capacidade, mas outros 85 % requerem reabilitação e cuidados constantes, o que gera impacto econômico, social e familiar (ANDERLE; ROCKENBACH; GOULART, 2019).

Pacientes com impedimentos físicos e/ou neurológicas necessitam de um processo dinâmico de reabilitação, que deve ser realizado de forma contínua e progressiva, e envolve educação para o restabelecimento funcional, reintegração familiar e social, convalescendo assim a qualidade de vida (CARVALHO *et al.*, 2019).

As pessoas com alterações funcionais secundárias ao AVE podem ser atendidas em regime ambulatorial, preferencialmente por uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais de diversos ramos, como fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, farmacêutico, entre outros, que devem comportar-se de forma interdisciplinar (GONÇALVES; PAIVA; HAAS, 2021).

Diante do exposto o presente estudo tem como questão problema: “ Qual o nível de satisfação dos pacientes do SUS em relação ao tratamento e atenção à reabilitação de pacientes com AVE de acordo com a literatura?”.

O estudo tem como objetivo geral realizar uma revisão de literatura sobre o nível de satisfação dos pacientes do SUS em relação ao tratamento e atenção à reabilitação de pacientes com AVE. E como objetivo específico: Analisar o conceito de AVE; Descrever como fica a capacidade funcional após o AVE e ponderar sobre os cuidados de pacientes vítimas de AVE por meio do SUS.

O estudo justifica-se por conta que as diversas pessoas que sofreram, em algum momento da vida, um AVE terão problemas associados à lesão neurológica, necessitando de acompanhamento, observação e tratamento adequado. A depender da localização,

da causa e da gravidade da lesão, surgem disfunções e déficits neurológicos, distúrbios psiquiátricos e redução da funcionalidade, assim como da qualidade de vida dos pacientes.

Desse modo, a realização desse estudo foi motivada pela necessidade de compreender a satisfação dos usuários do SUS com a linha de cuidados oferecidos pela rede básica de saúde para pacientes que apresentam sequelas pós AVE como, por exemplo, a incapacidade funcional. Com isso, é de suma importância que na rede de saúde esses indivíduos possuam garantia de igualdade da assistência, sem distinção, haja visto que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

2 | METODOLOGIA

O desenvolvimento do artigo emprega um método científico hipotético-dedutivo. Os pesquisadores utilizam tanto a pesquisa bibliográfica quanto a pesquisa em livros, periódicos acadêmicos e outras fontes para desenvolver seus trabalhos. Os dados qualitativos selecionados dessas fontes permitem um exame aprofundado de um assunto sem levar em conta os resultados numéricos. Esses pesquisadores não incorporam suas próprias crenças ou preconceitos em seu trabalho.

A pesquisa descritiva requer uma ampla gama de dados do pesquisador. Isso porque ele usa dados coletados para apresentar eventos e fenômenos em uma realidade específica. O material informativo para um estudo geralmente vem de documentos. É por isso que coletar informações por meio de pesquisa bibliográfica é tão importante para a maioria das atividades acadêmicas ou científicas. A pesquisa bibliográfica também alimenta a pesquisa documental, que utiliza documentos pessoais como fonte de informação (ANDRADE, 2010).

A fim de fornecer as informações mais precisas possíveis, o estudo empregou uma abordagem investigativa que examinou a história do sujeito com um exame minucioso. Reunir todos os dados apropriados permitiu que esta pesquisa produzisse uma conclusão completa. Estudos futuros contam com as informações coletadas e palavras-chave como flexibilidade no local de trabalho e ambiente de trabalho.

Para o estudo também fez uso uma revisão integrativa da literatura feita a partir de artigos existentes, buscados através de uma avaliação estabelecida e análise das confirmações providas em relação ao tema proposto. Onde através de um ordenamento e sistematização da pesquisa, consiga-se contribuir no entendimento de como a literatura vem mencionando as atribuições do enfermeiro no cuidado humanizado na oncologia pediátrica.

Incluíram-se artigos disponíveis na íntegra publicados em português, entre os anos de 2010 a 2023, excluíram-se as teses, dissertações, artigos de opinião e editoriais e os não relacionados com o tema.

3 | SATISFAÇÃO DOS PACIENTES DO SUS COM O TRATAMENTO E ATENÇÃO À REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

3.1 Acidente Vascular Encefálico

A falta de suprimento de sangue para uma área do cérebro causa isquemia, ou falta de oxigênio a curto prazo, e eventual morte celular, isso pode ser classificado como um acidente vascular cerebral, pois ocorre quando o suprimento de sangue para uma determinada parte do cérebro é comprometido. Existem dois tipos de derrames que envolvem perda de sangue um é o derrame hemorrágico, no qual o sangue vaza para o crânio, e o outro é o derrame isquêmico, no qual ocorre quando as artérias que fornecem sangue rico em oxigênio para uma área são bloqueadas. Posteriormente, muitos efeitos podem ser observados nos pacientes e no ambiente ao redor. Um resultado é a paralisia, enquanto outros efeitos incluem habilidades motoras diminuídas ou incapacidade completa (SILVA *et al.*, 2021).

É uma doença comum acompanhada de sintomas específicos, está relacionado com a idade e é mais provável de ser desenvolvido por pessoas mais velhas, também caracterizada como a doença crônica mais prevalente no mundo, tem as maiores taxas de mortalidade e morbidade do mundo. A prevalência desse déficit neurológico aumenta em 2 a cada ano após os 55 anos de idade, além disso, reconhecer que é multifatorial em sua causa leva à conclusão de que essa aflição associada ao estilo de vida tem uma predisposição genética e doenças concomitantes (SILVA *et al.*, 2021).

O AVE é a principal causa de morte no mundo. É também uma das condições médicas mais prevalentes em todo o mundo, com prevalência aumentada em pacientes com mais de 65 anos. Uma doença multifatorial, está ligada à idade e ao estilo de vida do paciente. A idade do paciente é uma das principais razões pelas quais o AVE se torna mais prevalente à medida que envelhecem, razões adicionais incluem o estilo de vida e o nível de atividade física de uma pessoa, podendo ser evitado analisando as causas do AVE e focando na prevenção quando os pacientes são jovens (NOGUEIRA *et al.*, 2020).

Mundialmente, o AVC ocupa o segundo lugar entre as causas de morte, no entanto, em alguns países, foi determinado que é a principal causa de morte. O Brasil é um desses países, foi comprovado que os derrames neste país deixam os pacientes paralisados e com pequenos déficits motores, em média 20 milhões de pessoas que sofrem desta síndrome são afetadas a cada ano, e cerca de 75% sobreviverão, enquanto 25% morrerão. Considerando o alto percentual de indivíduos com comprometimento neurológico, resultado de 33,3%, é fundamental ressaltar a importância do incentivo às medidas preventivas (FÁBRIS; MARTINS, 2021).

Nos países desenvolvidos, o AVE representa 59,2% das doenças crônicas problemas de saúde pública. 5,7% dos anos de vida vividos por pessoas afetadas por DCNT crônicas são afetados por AVE, podendo causar incapacidade parcial ou total a uma

pessoa, dependendo do grau de recuperação do indivíduo. Existem muitas complicações que ocorrem em 90% das vítimas, como déficits na função motora e deficiência intelectual. Devido aos altos custos de saúde pública decorrentes da doença fica claro o quanto é importante preveni-la. Afinal, o orçamento do curso é estratosférico (ANDERLE *et al.*, 2019).

O Ministério da Saúde registra que o AVE é a causa número um de morte entre as doenças cardiovasculares, também conhecidas como doenças crônicas, ao longo da vida, que são modificáveis. Segundo estatísticas nacionais, a população brasileira apresenta alta incidência de hipertensão como fator de risco para o desenvolvimento de AVE. Além disso, os países em desenvolvimento com populações maiores têm visto um aumento nos casos de AVE. Embora possa ser prevenido por meio de mudanças no estilo de vida, seu desenvolvimento está diretamente relacionado à doença subjacente do paciente (SILVA *et al.*, 2019).

Em pacientes com AVE por acidente vascular cerebral isquêmico, a fase aguda do tratamento dura três dias. Esta fase visa tratar os sintomas que ocorrem durante os três primeiros dias, o tratamento crônico continua a longo prazo e deve durar indefinidamente, chamado de terapia de neuroproteção, isso envolve o início da medicação para proteção contra danos cerebrais durante os primeiros quatorze dias após o início do AVC ou em menos de três dias, se ocorreu dentro de quatorze dias (FÁBRIS; MARTINS, 2021).

O tratamento para AVC hemorrágico varia de acordo com o tipo de AVC apresentado. Se for isquêmico, o tratamento imediato é recomendado durante os primeiros três dias após o início. O tratamento crônico inicia-se então com controle da pressão arterial e terapia de neuroproteção entre 14 e 21 dias depois. Para acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos, o tratamento imediato é sugerido se for isquêmico. Caso contrário, o controle da pressão arterial deve começar em algum momento entre 14 e 21 dias (FÁBRIS; MARTINS, 2021).

Para combater os efeitos adversos desse evento, os pacientes recebem tratamento para as consequências do AVE, isso inclui alívio de complicações respiratórias relacionadas à paralisia muscular nos músculos laríngeos, como dificuldade para engolir ou dependência de um tubo de alimentação. Além disso, danos ao trato urinário podem exigir o uso de um cateter de enema pelo paciente, este destina-se a ajudar com cuidados imediatos e recuperação a longo prazo (NOGUEIRA *et al.*, 2020).

3.2 Riscos, sintomas e diagnóstico

O AVE tem múltiplas causas, mas duas patologias subjacentes principais precisam estar presentes para que o indivíduo desenvolva um AVC, são elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), que fazem com que o indivíduo desenvolva diretamente a doença. Como dito acima, as escolhas de estilo de vida feitas pelo indivíduo ao longo da vida têm grande influência no aparecimento dessas doenças, por conta que o indivíduo precisa desconsiderar regularmente uma alimentação adequada para desenvolver

DM ou HAS (MACEDO, 2020).

Os profissionais de saúde geralmente determinam riscos modificáveis, estes incluem idade, hábitos de vida e sexo, outros riscos não são modificáveis, como a predisposição genética, fumar aumenta o desenvolvimento de AVE e o alcoolismo pode aumentar o risco de desenvolver a doença. Algumas pessoas com esses fatores de risco também têm outras causas modificáveis, como hábitos de vida ou distúrbios endócrinos, por isso é importante o acompanhamento desses pacientes com fatores de risco, também é importante mudar seu estilo de vida para reduzir o risco de derrame (MACEDO, 2020).

O paciente pode apresentar sintomas associados à sua doença de base, a hipertensão arterial, estes incluem alterações na função neurológica, clareza mental e perda de força muscular. Eles também podem sofrer alterações devido à pressão arterial mais alta do que o normal, ocorre porque o corpo usa adaptações para enviar sangue para uma área com fluxo sanguíneo insuficiente. O evento em si é chamado de acidente vascular cerebral e só pode ser desencadeado por uma deficiência de suprimento de sangue para uma área do corpo (NOGUEIRA *et al.*, 2021).

A incapacidade do paciente de realizar certas tarefas diárias devido ao comprometimento motor é um dos principais sintomas do AVE. Sintomas adicionais dependem da extensão do dano cerebral e sua localização no cérebro, em alguns casos, o AVC pode não apresentar nenhum sintoma aparente. A doença prejudica gravemente a qualidade de vida do paciente, causa movimentos motores e déficits de fala, bem como memória prejudicada e respostas nervosas sensoriais. Além disso, as pessoas com essa condição não conseguem diuresse e podem não conseguir engolir (NOGUEIRA *et al.*, 2021).

Após a apresentação do paciente ao médico, é realizada a confirmação diagnóstica por meio de exame de imagem, devendo ser realizado em adição a um exame físico e anamnese do paciente. Durante um acidente vascular cerebral isquêmico, haverá uma imagem borrada ou de baixa densidade na placa de imagem. Isso se formará 24 a 72 horas após o início do evento de AVE. Em casos de acidente vascular cerebral hemorrágico, as imagens de tomografia computadorizada (TC) muitas vezes revelam lesões hipertensivas, resultantes da circulação sanguínea, nos exames. Além disso, os exames de RMN são mais sensíveis para detectar sinais precoces de AVE, na verdade, essas imagens apresentam a maior presença dessas lesões (FIGUEIREDO; BICHUETTI; GOIS, 2012).

Testes adicionais devem ser feitos para determinar se a lesão de uma vítima de AVE é hemorrágica ou isquêmica. Isso ocorre porque a observação clínica da Figura 1 não consegue diferenciar os dois tipos de lesões. Existem vários sinais e sintomas que devem ser investigados, como dor intensa, náusea intensa, pressão alta superior a 220 milímetros de mercúrio ou rebaixamento do nível de consciência.

Entretanto, a realização de exames complementares não diferencia se a lesão é isquêmica ou hemorrágica. Usando imagens fornecidas por ressonância magnética ou

tomografia computadorizada do crânio, os profissionais médicos chegam à conclusão inicial de que um paciente tem um tumor cerebral. Como esses procedimentos estão prontamente disponíveis e acessíveis, vários profissionais optam por usá-los em vez de outras técnicas (FIGUEIREDO; BICHUETTI; GOIS, 2012).

3.3 Capacidade funcional após o AVE

Com relação à funcionalidade, entende-se que a maioria apresentou alguma confiança para realizar as atividades de vida diária (AVD), com predominância de confiança moderada, ou seja, necessitam de auxílio em até 25 % das tarefas realizadas. Confirmação de outros estudos. Essa observação inclui hemiplegia, disfagia, paralisia facial, fraqueza muscular, distúrbios sensoriais, alterações visuais, afasia, distúrbios dos movimentos da boca distúrbios da fala, disartria e déficits cognitivos (LIMA, et al., 2019).

Estudos destacam a importância de um plano de cuidados específico, com ações que disponham retardar o aparecimento de deficiências e possibilitar a reabilitação, quando detectada, para diminuir a dependência e promover melhor qualidade de vida ao idoso (COSTA et al, 2020).

A capacitância funcional é de extrema importância para o cumprimento dos diversos papéis que são desenvolvidos na sociedade e para a melhoria da qualidade de vida. Pesquisa com pacientes após o primeiro AVE destaca a importância e oferece um modelo de atendimento ao paciente que vai desde a internação até o plano de alta; atendimento domiciliar, que se refere ao atendimento prestado pela equipe da Estratégia Saúde da família (ESF); cuidados informais, que envolvem familiares e outros cuidadores; e o autocuidado, que inclui estratégias educacionais que visam minimizar a dependência até alcançar a independência (PEREIRA, et al., 2013).

A independência funcional é avaliada por meio de dez tarefas: comer, tomar banho, vestir-se, higiene pessoal, evacuar, eliminar a bexiga, ir ao camarim transferir-se de a cadeira para a cama andar e subir escadas. No presente estudo, a maioria dos idosos necessitou de auxílio para deambular, subir escadas e alimentar-se. Resultado semelhante foi obtido em pesquisa realizada em Minas Gerais-MG, na qual idosos que sofreram AVE estavam funcionalmente incapazes de realizar AVDs (AGUIAR, 2019).

A deficiência funcional relacionada ao AVE pode ser explicada pelo fato de conceber sequelas motoras e sensitivas no indivíduo o que acarreta maior elaboração para o caminhar de forma independente e executar tarefas básicas de autocuidado. Em estudo realizado com pessoas pós-AVE, foi desvendado que houve descaso e falta de apoio das redes de apoio na transição da fase hospitalar para o contexto domiciliar, e em qualquer reabilitação, o que gerou insatisfação familiar, medo, preocupação e falta de confiança no preparo para o atendimento ao paciente (SILVA, et al., 2016).

Dessa forma, o envolvimento dos profissionais de saúde é essencial para avaliar o paciente, as condições de vida, o funcionamento familiar e o conhecimento dos cuidadores

sobre a doença e o tratamento, a fim de desenvolver intervenções que promovam a recuperação, reduzem a incapacidade e estimulam o suporte emocional (BRASIL, 2013).

3.4 Cuidados de pacientes vítimas de AVE por meio do SUS

Após o diagnóstico de AVE, o atendimento ao paciente deve começar imediatamente. Esse cuidado deve durar o resto da vida do paciente e seguir qualquer limitação ou sintomatologia atual, os cuidados também devem incluir procedimentos específicos que serão após o AVE, para melhorar as condições básicas de vida do paciente, esse cuidado deve ser considerado um tratamento longitudinal e de longo prazo (FÁBRIS; MARTINS, 2021).

O AVE é a principal causa de incapacidade para o paciente e requer financiamento adicional para programas de saúde que fornecem esse tipo de tratamento. Por isso, é importante aumentar o financiamento para programas de saúde com esse objetivo de tratamento específico, por conta da incidência de AVE tem aumentado no país como um todo (FÁBRIS; MARTINS, 2021).

Após o atendimento inicial de um paciente com AVE, o SUS conta com atendimento multidisciplinar para seus cidadãos, a atenção básica visa manter um dos princípios universais do SUS, a assistência ao paciente, permitindo que as vítimas de AVE recebam atendimento médico de sua equipe de saúde na unidade básica de saúde mais próxima (GONÇALVES *et al.*, 2021).

Um benefício significativo do trabalho dessa equipe é a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Isso porque a equipe estabelece cuidados de longa duração que fornecem assistência adicional após o diagnóstico, por isso, é fundamental que os profissionais de saúde acompanhem e cuidem desses indivíduos (GONÇALVES *et al.*, 2021).

Como as vítimas de AVE são internadas em um hospital, as diretrizes do SUS exigem que sejam administrados cuidados adequados, este cuidado inclui cuidados multidisciplinares prestados por socorristas, como paramédicos e socorristas, bem como por enfermeiros, dentistas e agentes de saúde, também faz parte da esfera de influência do hospital onde é realizado durante os primeiros dias após o derrame (SILVA *et al.*, 2019).

Garantir cuidados de saúde contínuos para os pacientes é vital para a saúde pública em geral, ocorre porque a liberação de leitos para outros pacientes permite que as instalações de atendimento acomodem outros pacientes. Além disso, a saúde domiciliar reduz o tempo de permanência de um paciente em uma instalação, reduzindo o tempo de permanência (SILVA *et al.*, 2019).

O clínico geral de um paciente é o caminho para o SUS, eles são responsáveis por fornecer tratamento integral a toda a população, incluindo aqueles que sofrem um acidente vascular cerebral. Em casos mais graves, as vítimas de AVE podem ter limitações extremas em suas funções diárias normais, portanto, é imperativo que equipes multidisciplinares, incluindo o médico da atenção primária, trabalhem juntas para oferecer suporte abrangente

durante a recuperação e melhorar a qualidade de vida do paciente. Isso ajudará os pacientes a receber cuidados de longo prazo e melhorias que podem acelerar sua recuperação (GUIDOTI *et al.*, 2021).

4 | NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS PACIENTES COM AVE EM RELAÇÃO AO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é hierarquicamente dividido em três níveis de atenção (simples, média e alta complexidade), sendo a atenção básica a porta de entrada dos serviços de saúde. No entanto, devido à dificuldade de abordagem, baixa resolutividade e redução das estratégias de promoção da saúde os usuários frequentemente recorrem às emergências hospitalares para determinação de problemas de saúde devido a queixas crônicas, não urgentes e superlotação, porta de entrada para a saúde (GUIDOTI *et al.*, 2021).

A superlotação é causada por diversos fatores, entre eles o aumento do índice de violência urbana e a prevalência de doenças crônico-degenerativas, influenciadas pelo envelhecimento da população, o principal marcador de alta procura por serviços de emergência é o tempo de continuidade na unidade o que leva a atrasos na diagnose e tratamento, aumentando as taxas de mortalidade (GUIDOTI *et al.*, 2021).

Devido ao contexto de superlotação no setor de emergência, o Ministério da saúde (MS) instalou a malha de Atendimento de Urgência e Emergência (RUE) no SUÍNO, com o objetivo de progredir o acesso e melhorar a qualidade do atendimento à saúde com determinação e na hora certa. Para fazer isso, a RUE deve coordenar com todos os serviços de saúde (AGUIAR, 2019).

A atenção hospitalar (AH) é outro elemento importante da RUE. Ele fornece atendimento hospitalar simplificado, conforme a necessidade ou por encaminhamento, serve como reserva para emergências moderadas a graves e oferece atendimento prioritário para os pacientes de AVE. Porque o pronto-socorro (PS) é a porta de entrada para o atendimento de emergência hospitalar, seja cirurgia, pediatria, trauma ou outros, porque o pronto-socorro se caracteriza pelo atendimento contínuo (AGUIAR, 2019).

A linha de cuidado do adulto com AVE, fornece informações aos usuários do SUS e apoia a atuação dos profissionais de saúde da atenção básica e redes de atenção à saúde. O conteúdo contém dados sobre ações e atividades de prevenção, tratamento e reabilitação que são desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde. Protocolos, diretrizes e normas tecnológicos previamente estabelecidas pelo Ministério da saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde foram revistos para a implantação da linha de Atendimento ao AVE (FÁBRIS; MARTINS, 2021).

Existe uma página dedicada aos pacientes e outra aos gestores de saúde. Está desenhado digitalmente, pronto a usar e disponível no sítio do Ministério da saúde em formato PDF para consulta, download e impressão. Assim, o conteúdo é acessível pelo

profissional de saúde, durante o atendimento ao paciente, ou pela população a qualquer momento (FÁBRIS; MARTINS, 2021).

Segundo estudo de Souza et al (2018), quando os pacientes foram interrogados sobre a estrutura de recebimento do SUS, 24,29 % de 70 consideram adequada e 75,71 % insuficiente. Ou seja, o ambiente tem forte influência na satisfação do usuário e envolve não só a questão estrutural como discutido nesta pesquisa, mas também o recurso humano e a interação entre as pessoas, mobiliário, ventilação, ruído e condições do espaço. Em relação à limpeza da recepção 42,86 % a consideram satisfatória, e 57,14 % insuficiente, o que é um fator de redução da satisfação do usuário na avaliação.

Ainda segundo Souza et al (2018), quando os pacientes foram interrogados sobre a comunicação com os funcionários e atendimento ao cliente 71,43 % dos entrevistados permanecem satisfeitos com o atendimento, assim como 56,80 % que encontrar dificuldades na comunicação com os acompanhantes, demonstrando assim uma atitude positiva e ponto favorável para criar um vínculo e confiança. Vale ressaltar que a relação paciente e especialista contribui para satisfação.

Deste modo, é possível compreender que em relação ao nível de satisfação dos pacientes de AVE em relação ao atendimento do SUS, encontram-se insatisfeitos, pra conta que os pacientes não possuem suas necessidades atendidas, sendo válido ressaltar também que muitos não recebem o atendimento de imediato, o que demonstra um deficit nas estratégias de promoção e prevenção a saúde da atenção básica. Contudo, é válido ressaltar que mesmo com as ressalvas em relação ao atendimento do SUS aos pacientes que possuem o AVE, o SUS oferece assistência de forma integral e disponibiliza 41 medicamentos gratuitos para o tratamento dos problemas cardiovasculares que incluem o AVE (SOUZA *et al.*, 2018).

5 | CONCLUSÃO

O Presente estudo teve como objetivo geral realizar uma revisão de literatura sobre o nível de satisfação dos pacientes do SUS em relação ao tratamento e atenção à reabilitação de pacientes com AVE.

O Acidente Vascular Encefálico resulta da alteração no fluxo sanguíneo no cérebro que é responsável pela morte das células nervosas na região cerebral afetada, podendo resultar de um bloqueio nos vasos sanguíneos.

Pode-se concluir que as aptidões funcionais na condição do paciente pós-AVE abrangem uma variedade de áreas, incluindo máquina, sensorial, cognitiva e cognitiva, sendo importante ressaltar que esses fatores estão diretamente relacionados ao tipo de AVE. A sequência do evento Tempo da lesão idade, fatores predisponentes e cuidado e/ou atenção dos familiares a esse paciente.

O SUS reconhece que muitas vezes os pacientes com AVE ficam insatisfeitos com

o atendimento que recebem, ocorre devido que eles não têm o apoio de que precisam e nem sempre são atendidos imediatamente por um profissional de saúde. É importante notar também que o SUS enfrenta problemas para fornecer suporte a pacientes com AVE. Isso se deve à falta de promoção da saúde e estratégias preventivas na atenção primária. No entanto, é importante observar que, apesar dessas preocupações, o SUS oferece atendimento a pacientes considerados relacionados ao AVC, incluindo medicamentos gratuitos para problemas cardiovasculares - incluindo AVE - além de assistência completa.

Assim, propõe-se desenvolver medidas de formação contínua de especialistas de forma a melhorar a relação entre profissionais e enfermos. Além disso, são propostas atividades de educação em saúde para a população em geral, abordando a importância da atenção básica e seus serviços, como funciona o encaminhamento para atendimento hospitalar e quando procurar o SUS.

As limitações do estudo incluem artigos recentes, dados epidemiológicos. mas melhorou. No entanto, o objetivo do estudo foi alcançado, no qual se destaca a relevância do papel das enfermeiras com as intervenções, não só para o doente, mas também para as sociedades e comunidade acadêmica.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Factors associated with functional disability of elderly in Brazil: a multilevel analysis. **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 468-78, 2010.

CARVALHO, V. P. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com acidente vascular cerebral. **Saúde e Desenvolvimento**, v. 13, n. 15, p. 50-61, 2019.

GONÇALVES, L. F.; PAIVA, K. M. de; HAAS, P. Monitoramento a usuários pós-AVC na Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Revista Neurociências**, v. 29, p. 1-13, 2021.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**: elaboração de trabalhos na graduação. São Paulo, SP: Atlas, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília – DF. 72p. 2013.

AGUIAR, B.M., et al., Avaliação da incapacidade funcional e fatores associados em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 22, n. 2, 2019.

SILVA, J. K. et al. Survivors' perspective of life after stroke. **Rev Eletr Enf**, v. 18, 2016.

COSTA, A.F., et al. Capacidade funcional e qualidade de vida de pessoas idosas internadas no serviço de emergência. **Rev. esc. enferm.** 2020.

PEREIRA, R.A. et al. Burden on caregivers of elderly victims of cerebrovascular accident. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 185-192. 2013.

LIMA, R.J., et al. Capacidade funcional e apoio social de pessoas acometidas por acidente vascular encefálico. **Rev. Bras. Enferm.**v. 72, n. 4, 2019.

ABRAMCZUK, B.; VILLELA, E. A luta contra o AVC no Brasil. **ComCiência**, n. 109, p. 1-4, 2009. Disponível em: http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500002&lng=en&nrm=iso24. Acesso em: 13 maio 2022.

ABDUL AZIZ, Aznida Firzah; TAN, Chai-Eng; ALI, Mohd Fairuz; et al. The adaptation and validation of the satisfaction with stroke care questionnaire (Homesat) (SASC10-MyTM) for use in public primary healthcare facilities caring for long- term stroke survivors residing at home in the community. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 18, n. 1, 2020.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Factors associated with functional disability of elderly in Brazil: a multilevel analysis. **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 468-78, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/rsp/a/GxBCmd8NRTPSqMXNRH3vq3t/?format=html&lang=en>. Acesso em: 10 abr. 2022.

ANDERLE, P.; ROCKENBACH, S. P.; GOULART, B. N. G. de. Reabilitação pós-AVC: identificação de sinais e sintomas fonoaudiológicos por enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/fj/codas/andynyj9hLc7LdMxNCZKbzHn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 17 mar. 2022.

CHAGAS, J. C.; SILVA, L. M. N. da. A atuação da equipe multiprofissional na reabilitação do paciente com acidente vascular cerebral-relato de experiência. **Revista Sustinere**, v. 9, p. 466-86, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/57345>. Acesso em: 10 mar. 2022.

FÁBRIS, E. M. M.; MARTINS, D. de S. Avaliação funcional e da qualidade de vida de pacientes com sequela de AVC antes e após um programa de reabilitação em um centro especializado em reabilitação. **Revista Inova Saúde**, v. 12, n. 1, p. 57-69, 2021. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/5634>. Acesso em: 02 abr. 2022.

FIGUEIREDO, M. M.; BICHUETTI, D. B.; GOIS, A. F. T. Evidências sobre diagnóstico e tratamento do acidente vascular encefálico no serviço de urgência. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 17, n. 4, p. 167-72, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3328.pdf>. Acesso em: 12 maio 2022.

GONÇALVES, L. F.; PAIVA, K. M. de; HAAS, P. Monitoramento a usuários pós-AVC na Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Revista Neurociências**, v. 29, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/12022>. Acesso em: 29 abr. 2022.

GUIDOTI, A. B. *et al.* Fisioterapia na atenção básica em pacientes pós acidente vascular cerebral. **Revista Neurociências**, v. 29, p. 1-19, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/12249>. Acesso em: 12 maio 2022.

NOGUEIRA, L. C. *et al.* Projeto SOS AVC Cuiabá: uma análise retrospectiva dos primeiros atendimentos. **COORTE-Revista Científica do Hospital Santa Rosa**, n. 11, 2021. Disponível em: <http://www.revistacoorte.com.br/index.php/coorte/article/view/164>. Acesso em: 10 mar. 2022.

SILVA, D. N. *et al.* Cuidados de enfermagem à vítima de acidente vascular cerebral (AVC): Revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 36, p. e2156, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2136>. Acesso em: 09 mar. 2022.

SILVA, L. A. T. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem a um paciente domiciliado com sequela de Acidente Vascular Cerebral. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5513-e5513, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5513>. Acesso em: 12 mar. 2022.

SOUZA, Daniela; CAMPOS, Izabella; OLIVEIRA, Wender; CAMPOS, Evertton Aurelio. **Análise da satisfação dos usuários atendidos no pronto-socorro de um Hospital Público do Distrito Federal**. 2018.