

# EVOLUÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM ANEURISMA CEREBRAL INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Lidiane Cristina Silva Isaias<sup>1</sup>  
Iara Sayuri Shimizu<sup>2</sup>  
Tássio Breno de Sousa Lopes Lavôr<sup>3</sup>  
Gabriela de Sousa Dantas Cunha<sup>4</sup>

Recebido em: 27 fev. 2018

Aceito em: 29 nov. 2018

**RESUMO:** Este estudo tem como objetivo analisar a evolução clínica de pacientes com aneurisma cerebral internados aguardando neurocirurgia de embolização; acompanhar e registrar a evolução clínica e complicações desses pacientes durante a internação hospitalar; identificar a média de tempo de permanência de internação hospitalar na enfermaria neurológica e caracterizar os motivos relacionados com a permanência hospitalar desses pacientes. Trata-se de uma pesquisa longitudinal, descritiva e prospectiva realizada na Clínica Neurológica de um Hospital Público, de julho a outubro de 2017 com pacientes diagnosticados com aneurisma cerebral e aguardando microcirurgia de embolização. Amostra composta por 51 pacientes, sendo 74,51% do sexo feminino, com idade da amostra variando entre 24 a 77 anos, com idade média de 53,45 anos,  $\pm$  11,78. A Hemiplegia foi o déficit motor mais presente na admissão e alta. O desfecho óbito esteve presente em 11,76 %. A média de permanência hospitalar foi de 20,1 dias. A embolização demonstrou ser uma cirurgia favorável ao desfecho clínico do paciente, já que os óbitos estiveram mais relacionados com piora clínica antes do procedimento. O tempo de permanência hospitalar foi maior que o da literatura encontrada e carência de vaga de UTI foi o motivo mais frequente para permanência no leito aguardando agendamento e para suspensão de cirurgias já agendadas interferindo diretamente no tempo de permanência hospitalar.

**Palavras-chave:** Aneurisma Intracraniano. Embolização Terapêutica. Tempo de Permanência. Evolução Clínica.

## CLINICAL EVOLUTION OF PATIENTS WITH CEREBRAL ANEURYSM HOSPITALIZED IN A PUBLIC HOSPITAL

**ABSTRACT:** This study aims to analyze the clinical evolution of patients with cerebral aneurysms hospitalized waiting for neurosurgery of embolization; monitor and record the clinical course and complications of these patients during hospitalization; to identify the average length of hospital stay in the neurological ward and to characterize the reasons related to the hospital stay of these patients. This is a longitudinal, descriptive

<sup>1</sup> Fisioterapeuta. Residente pelo programa de Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva da Universidade Estadual do Piauí - UESPI.. E-mail: [lidianeft@gmail.com](mailto:lidianeft@gmail.com).

<sup>2</sup> Fisioterapeuta. Mestre. Universidade Estadual do Piauí. E-mail: [iarashimizu@gmail.com](mailto:iarashimizu@gmail.com).

<sup>3</sup> Enfermeiro. Residente pelo programa de Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva da Universidade Estadual do Piauí - UESPI.

<sup>4</sup> Psicóloga. Residente pelo programa de Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva da Universidade Estadual do Piauí - UESPI.

and prospective study conducted at the Neurological Clinic of a Public Hospital from July to October 2017 with patients diagnosed with cerebral aneurysm and awaiting embolization microsurgery. The sample consisted of 51 patients, 74.51% female, with a sample age ranging from 24 to 77 years, mean age of 53.45 years,  $\pm$  11.78. Hemiplegia was the most present motor deficit at admission and discharge. The death outcome was present in 11.76%. The mean hospital stay was 20.1 days. Embolization proved to be favorable surgery for the clinical outcome of the patient, since the deaths were more related to clinical worsening before the procedure. The length of hospital stay was higher than that of the literature found and lack of ICU vacancy was the most frequent reason for stay in bed waiting for scheduling and for suspension of surgeries already scheduled interfering directly in the length of hospital stay.

**Keywords:** Intracranial Aneurysm. Therapeutic Embolization. Length of stay. Clinical Evolution.

## INTRODUÇÃO

O aneurisma cerebral é uma condição anômala das paredes dos vasos que afeta a circulação encefálica responsável pela irrigação de estruturas nobres e com propensão a rupturas, atingindo cerca de 3,2% da população mundial com grande risco de sangramento abrupto, ocasionando a sua principal complicação, a Hemorragia Subaracnóidea (VLAK et al., 2011).

A ruptura de aneurismas é responsável por 85% dos casos de hemorragia subaracnóidea e está associada a novos casos de acidentes vasculares cerebrais o que requer manejo clínico rápido e terapêutica cirúrgica adequada. Dentre as técnicas atuais no tratamento do aneurisma cerebral as possibilidades são: Clipagem – procedimento de cirurgia aberta por meio de uma craniotomia e a Embolização - tecnologia de microcirurgia endovascular, menos invasiva e de primeira escolha principalmente para aneurismas rompidos, além de possibilitar uma recuperação mais precoce (VAN GIJN; RINKEL, 2001; WIEBERS *et al.*, 2003).

No Brasil, estatísticas dos últimos anos apontam ser esta a causa mais frequente de óbitos na população adulta, com grande potencial para morbimortalidade e hospitalização o que corresponde a uma estimativa de 10% das internações na rede hospitalar pública. Uma parcela dos sobreviventes pode apresentar algum tipo de seqüela e necessita de reabilitação contínua influenciando na população produtiva do país pelas incapacidades produzidas (BRASIL, 2012).

Como forma de otimizar a assistência, é indispensável o controle do fluxo dos pacientes que necessitam de procedimentos cirúrgicos em hospitais de alta complexidade, bem como o bom funcionamento da regulação de leitos hospitalares que enfrenta uma realidade de crescente demanda de novos casos indo de encontro a elevada permanência de pacientes no leito aguardando procedimentos cirúrgicos, fatos esses que sobrecarregam o sistema e resolubilidade em tempo hábil (BRADLEY, 2005; RICHARDSON, 2006).

A permanência de um mesmo paciente em um serviço de saúde por um longo

período pode ser reflexo de complicações do caso e/ou gerenciamento ineficiente do fluxo de pacientes, e neste caso impele diretamente como obstáculo para o acesso oportuno de pacientes que aguardam na fila de espera, ferindo a defesa dos direitos em todas as fases do cuidado e garantia da atenção continuada. O tempo de internação hospitalar pode ainda ser um indicativo de desempenho relacionado às boas práticas clínicas, gestão e gerenciamento eficiente de leitos (BRASIL, 2003, 2013).

Nesta perspectiva, este estudo aborda a temática do aneurisma cerebral, auxiliando na discussão deste importante problema da saúde pública atual e tem como objetivo geral analisar a evolução clínica de pacientes com aneurisma cerebral internados aguardando neurocirurgia de embolização e específicos: acompanhar e registrar a evolução clínica e complicações desses pacientes durante a internação hospitalar; identificar a média de tempo de permanência de internação hospitalar na enfermaria neurológica e caracterizar os motivos relacionados com a permanência hospitalar de pacientes com aneurisma cerebral.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Foi realizado um estudo longitudinal, descritivo e prospectivo com pacientes com diagnóstico de aneurisma cerebral internados na enfermaria neurológica de um hospital público de referência para tratamento cirúrgico de afecções do sistema nervoso no Piauí com indicação de neurocirurgia para embolização de aneurismas. A amostra composta por 51 participantes entre os meses de julho a outubro de 2017 de ambos os sexos, maiores de 18 anos e que aceitaram participar mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido durante o período de coleta de dados.

O estudo foi pautado em acordo com as normas regulamentadoras da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovação no Comitê de Ética Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí e da instituição coparticipante sob os números 2.132.193 e 2.146.331, respectivamente.

Todos os pacientes foram avaliados na admissão, semanalmente no decorrer da internação e na alta hospitalar por meio de um registro de coleta em forma de planilha com variáveis como sexo, idade, data de admissão, registro do nível de consciência e ainda funcionalidade por meio da avaliação motora caracterizada em ausência de déficit, monoparesia, hemiparesia, hemiplegia e tetraplegia, capacidade de deambular sempre comparando o status na admissão e alta, além do registro da evolução clínica.

Após a coleta, os dados foram tabulados e inseridos no programa Microsoft Excel for Windows (versão 2010) em dupla planilha para avaliação de erros de digitação. Posteriormente, os dados foram exportados para o programa *Statistical Package For The Social Sciences* SPSS 18.0 for Windows), para análise univariada, através de técnicas estatísticas descritivas, bem como medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão), uso da estatística descritiva onde foram calculados

percentuais na base 100. Para o cálculo da significância de algumas variáveis foi utilizado o Teste Estatístico Não Paramétrico do Qui-Quadrado. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos e discutidos com base na literatura produzida sobre o tema.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 51 pacientes e desse total a idade variou de 24 a 77 anos, com 38 (74,51%) do sexo feminino, com média de 53,45 anos,  $\pm$  11,78. A faixa de idade entre 51 e 60 anos foi mais acometida e representou 35,30% como apresentado na tabela 1.

**Tabela 1** - Perfil sociodemográfico de pacientes com Aneurisma Cerebral em um Hospital da rede Pública do Piauí. Teresina – PI, 2018. (N=51)

Variável	Categoria	N	%
Gênero	Masculino	13	25,49
	Feminino	38	74,51
Faixa etária	< 40 anos	5	9,80
	40 a 50 anos	16	31,37
	51 a 60 anos	18	35,30
	> 60 anos	12	23,53

**FONTE:** Pesquisa Direta

Com relação ao acesso dos pacientes à unidade de alta complexidade, esse é realizado pela Central Estadual de Regulação de Leitos que organiza o fluxo de admissão por meio de transferências inter-hospitalar e marcação de cirurgias eletivas. O perfil dos tipos de encaminhamentos representou 17,65% de internações por meio de agendamento para cirurgia eletiva, com uma média de aguardo de 77 dias e 82,35% internações por meio de transferência inter- hospitalar, com uma média de espera de 23 dias.

Estudando pacientes com aneurisma, Cardozo Júnior et al. (2011) observaram uma média de 46,5 anos e o gênero feminino correspondeu a 72,36% de sua amostra assim como 73,00% do pacientes estudados por Vasconcelos et al. (2008) eram mulheres e a média de idade dos pacientes foi de 41 anos. Em Anápolis, baseando-se em dados obtidos por Sá Júnior et al. (2014) no Hospital Evangélico Goiano com o objetivo de identificar a real distribuição dos aneurismas cerebrais e suas características os resultados quanto ao gênero, de um total de 76 indivíduos, mostraram que 62,8% dos pacientes eram do sexo feminino.

Em contrapartida Faleiro et. al (2004) observou prevalência do sexo masculino compondo 59,0% de sua amostra com faixa etária prevalente de aneurismas não-rotos situada entre 41-60 anos.

Além do sexo feminino, a faixa de idade de maior ocorrência relatada pelos autores ficou entre 40 e 65 anos, assim como os dados deste estudo que registou 31,37% para uma faixa etária de 40 a 50 anos e 35,30% para pacientes ente 51 a 60 anos.

Percebe-se que a presente pesquisa está em consonância com os estudos citados, apontando o sexo feminino com maior prevalência de pacientes internados para tratamento de aneurismas. O estudo que apresenta maior porcentagem para homens tem mais tempo de publicação, em relação aos demais, o que pode demonstrar uma mudança do perfil com passar do tempo.

Observamos ainda uma disparidade em relação ao tempo de espera para admissão no hospital de referência dos pacientes de cirurgia eletiva e de transferência inter-hospitalar. Um fator que pode ter relação com um maior tempo de espera dos pacientes selecionados para cirurgia eletiva seria a menor gravidade do caso no momento da avaliação inicial em relação aos demais pacientes da fila de espera. Entretanto, não podemos deixar de ressaltar a probabilidade de agravamento iminente de muitos pacientes que saíram da fila de cirurgia eletiva e foram para pronto atendimento com piora clínica e até mesmo os óbitos pré-hospitalares que podem ocorrer enquanto paciente espera por acolhimento em tempo hábil.

Em relação à avaliação do nível de consciência na admissão hospitalar pela escala de coma de Glasgow, 46 dos pacientes 90,20% apresentaram pontuação máxima da ECG e apenas 5 pacientes com pontuação menor que 15 na escala de Glasgow, destes cinco, 3 (5,88%) com ECG avaliado em 14 pontos e 2 (3,92%) com 12 pontos.

Ao analisar o nível de consciência pela escala de coma de Glasgow e correlacionar a admissão com a alta hospitalar, podemos observar uma elevação na porcentagem de pacientes que apresentaram ECG menor que 15 pontos, bem como uma maior redistribuição. Não houve modificação do nível de consciência dos pacientes que foram admitidos com ECG de 14, no entanto houve um declínio sobre o número de pacientes que apresentavam 12 pontos e 15 pontos de ECG entre a admissão e alta. Dos 46 pacientes com ECG de 15 pontos, 5 foram a óbito e dois tiveram alta com ECG de 9 pontos. Já os pacientes que apresentavam ECG de 12 pontos na admissão um reduziu mais ainda sua pontuação, tendo alta com 10 pontos na ECG e o outro foi a óbito. No total foram registrados 6 óbitos, o que representou 11,76% de pacientes que evoluíram para Glasgow igual a três como podemos verificar na tabela 2.

**Tabela 2-** Apresentação em porcentagens do nível de consciência pela Escala de Coma de Glasgow – ECG registrados na admissão e alta. Teresina – PI, 2018. (n=51)

ECG	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Admissão (%)										3,92		5,88	90,2
Alta (%)	11,76						3,92	1,96				5,88	76,48

**FONTE:** Pesquisa direta

Semelhante à avaliação neurológica dos pacientes realizada neste estudo, Silva et al. (2014) também avaliaram o nível de consciência de seus pacientes pela escala de

Glasgow e 73,02% apresentavam pontuação entre 14 e 15 na admissão, assim como Siqueira e Dicini (2017) usaram a ECG para avaliação neurológica dos pacientes em seus estudos e registraram na admissão Glasgow de 14 ou 15, todavia não observaram alteração significativa da ECG no pós operatório.

Ślusarz et al. (2017) mencionam que existe correlação entre nível de consciência no primeiro dia de hospitalização e a condição clínica na alta, com significância ( $p < 0,01$ ), mostrando que um melhor score de Glasgow na admissão prediz capacidades funcionais bem sucedidas na alta.

Em consonância com a literatura exposta, este estudo também observou que a maioria dos pacientes chega à unidade de saúde com bom nível de consciência representado por uma boa pontuação na ECG e que durante o período de internação essa avaliação pode se alterar de acordo com a evolução clínica. Vale salientar que dos seis (11,76%) pacientes que foram á óbito 5 apresentaram piora clínica com deterioração do status neurológico enquanto aguardavam o agendamento do procedimento cirúrgico e foram a óbito na UTI antes de conseguir realizar a embolização e 1 foi a óbito no período pós operatório também na UTI.

Sobre à mortalidade, Pereira, Coelho e Barros (2004) registraram taxa de 5,5 % mostrando um dado inferior em comparação a este estudo. Já a mortalidade no estudo de Martins et al (2012) foi superior, com 17,8% de óbitos, todos registrados no pós operatório. Siqueira; Dicini (2017) também encontraram valores elevados avaliando pacientes de neurocirurgia eletiva e não eletivas que registrando óbito de 5,5 % no grupo de eletivos e 26,7% no grupo não eletivo com significância estatística ( $p < 0,001$ ). Para Guaresi et al. (2011) 6.8% de óbitos correram devido ruptura do aneurisma cerebral e que a ruptura esteve associada com mortalidade em 40%.

A variação na taxa de óbito encontrada nos estudos citados, e em comparação com os dados que apresentamos, justifica-se pela gravidade neurológica da patologia em si, bem como a instabilidade iminente da população estudada. Nosso estudo registrou 100% de óbitos nos 5 pacientes com ruptura do aneurisma reforçando a alta mortalidade citada nestes casos.

Com relação à funcionalidade da marcha, esta se apresentou como ausente em 8 (15,69%) dos pacientes logo na admissão e na alta esse valor totalizou 27,45% envolvendo um total de 14 pacientes. A hemiplegia foi o déficit mais presente na admissão com 6 pacientes (11,77%) e elevou-se na alta para 8 pacientes (15,69%). Neste estudo consideramos os pacientes com tetraplegia aqueles com desfecho óbito na alta hospitalar como mostra a tabela 3.

**Tabela 3-** Representação da avaliação da marcha e nível motor registrados na admissão e alta. Teresina – PI, 2018. (n=51).

Variável	Categoria	Situação			
		Admissão		Alta	
		N	%	N	%
Marcha	Presente	43	84,31	37	72,55
	Ausente	8	15,69	14	27,45
Motor	Sem Déficit	40	78,43	35	68,63
	Monoparesia	2	3,92	1	1,96
	Hemiparesia	3	5,88	1	1,96
	Hemiplegia	6	11,77	8	15,69
	Tetraplegia	-	-	6	11,76

**FONTE:** Pesquisa direta

As paralisias podem se apresentar como disfunções motoras observadas em complicações neurológicas. Martins et al. (2012) em seus estudos, observaram que na admissão algum tipo de déficit neurológico foi registrado perfazendo 33,3% de sua amostra, sem discriminá-los. Já Araújo et al. (2014) observaram ainda, em sua pesquisa que 30,7% dos pacientes avaliados tinham déficit motor entre hemiparesia e hemiplegia, o que interferiu prejudicialmente na mobilidade no leito e marcha.

Avaliando independência funcional e comparando admissão e alta de pacientes com hemorragia subaracnóidea Loureiro et al. (2015) consideraram presença de hemiparesia em 30,7% e concluíram que esses pacientes necessitaram de maior supervisão na alta.

Déficit motor também esteve presente em 31,1% dos pacientes estudados por Guaresi et al. (2011) e Mocco et al. (2004) acrescenta que das sequelas neurológicas o déficit motor representa 43% com maior frequência para hemiplegia. Observa-se que das sequelas neurológicas decorrentes das complicações do aneurisma, os déficits motores tem destaque para hemiparesia e a hemiplegia. A maioria dos autores citados não destaca qual déficit foi mais presente o que pode estar relacionado com a perda de dados devido caráter retrospectivo de suas pesquisas.

Assim como na literatura levantada, nossos dados confirmam com os encontrados pelos estudos citados, pois identificamos a hemiplegia como o déficit motor mais frequente tanto na admissão como na alta e sua correlação com a incapacidade de andar, o que pode ser um dos fatores que influencia à uma maior exigência de cuidados, risco de complicações e maior permanência no leito.

Avaliamos ainda a permanência do paciente no hospital, por meio do total de dias de internação e ainda a enumeração da quantidade de dias aguardando agendamento cirúrgico, dias de enfermaria no pós-procedimento de embolização e o total de dias de internação hospitalar e suas médias. Os pacientes aguardam no leito o agendamento da cirurgia em média 10,9 dias,  $\pm 6,23$ , com intervalo Entre 9 a 17 dias representando 39,22% dos casos.

A média de dias de UTI do total de pacientes foi de 3.9 dias,  $\pm 5,28$ , com boa representatividade 56,86% para pacientes que passaram dois ou menos dias de UTI. Após o procedimento da embolização e alta da UTI para enfermaria, a maioria dos pacientes 43,14% permaneceu no leito uma faixa de 3 a 5 dias de internação, com uma média de 5.3 dias e  $\pm 10,08$ , evoluído com alta hospitalar. O período total de internação hospitalar deste estudo variou de 1 a 107 dias com a maioria dos pacientes (41,18%) permanecendo entre uma faixa de 9 a 16 dias, com uma média de 20,1 dias e  $\pm 16,20$ , como mostra a tabela 4.

**Tabela 4** - Descrição dos dias da permanência hospitalar nas etapas do processo de internação. Teresina – PI, 2018. (N=51)

Variável	Intervalo de dias	n	%
<b>Dias na enfermaria aguardando agendamento cirúrgico</b> Média = 10,9 dias Max = 28 dias	≤ 4 dias	6	11,76
	5 a 8 dias	16	31,37
	9 a 17 dias	20	39,22
	≥ 18 dias	9	17,65
<b>Dias na UTI</b> Média = 3,9 dias Max = 30 dias	≤ 2 dias	29	56,86
	3 a 5 dias	14	27,45
	6 a 10 dias	5	9,80
	> 10 dias	3	5,88
<b>Dias de enfermaria pós embolização</b> Média = 5,3 dias Max = 66 dias	≤ 2 dias	19	37,26
	3 a 5 dias	22	43,14
	6 a 8 dias	6	11,76
	≥ 9 dias	4	7,84
<b>Total dias internação hospitalar</b> Média = 20,1 dias Max = 107 dias	≤ 8 dias	3	5,88
	9 a 16 dias	21	41,18
	17 a 24 dias	18	35,29
	≥ 25 dias	9	17,65

**FONTE:** Pesquisa direta

Segundo Williams et al. (2005) a média de dias de internação em UTIs no cenário internacional é de 5,3 dias. No Brasil, Silva et al. (2014) compararam a média de dias na UTI de pacientes com hemorragia subaracnóide não traumática que foram a óbito, registraram uma média de 9,6 dias, com a média de dias de pacientes que tiveram alta, com média de 11,7 dias, número que correlacionou a presença de infecções respiratórias. Contrapondo-se as literaturas citadas, este estudo encontrou média de 3,9 dias de UTI, para a população estudada, o que representou ser um ponto positivo já que Lima, Andrade e Hass (2007) consideram internações acima de 48 horas um risco aumentado e predisponente às infecções.

A duração média do total de dias de internação hospitalar, deste estudo, foi de 20,1 dias um número bem acima da média nacional de permanência hospitalar de pacientes com doenças cerebrovasculares de 7.7 dias de acordo com os estudos de Botelho et al. (2016) baseados no sistema nacional de informações hospitalares do DATA SUS. Valor próximo também foi observado por Bruch, Claudino, Ghizoni (2010), com internação hospitalar média em 8 dias ao estudar pacientes em um hospital de Santa Catarina.

Avaliando 255 pacientes, Pereira, Coelho e Barros (2004) observaram que a duração média de internamento foi de 12,4 dias e que a duração maior que sete dias

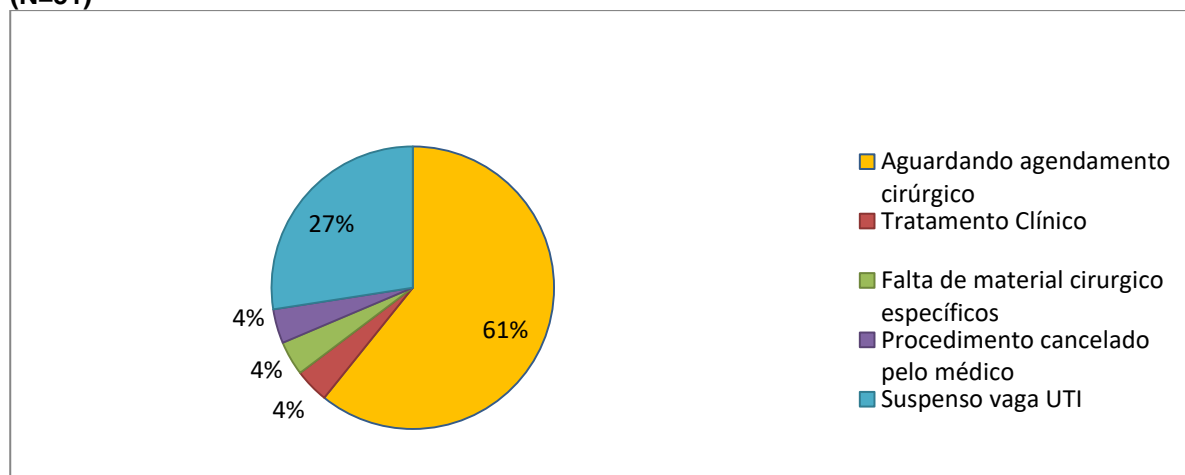


estiveram mais relacionados à pacientes com plegia no membro afetado. No entanto, não foi correlacionado no presente estudo a variável presença de déficit motor com permanência hospitalar, não sendo possível confrontar esse resultado. Contudo, em relação à média de dias de internação dos autores citados, podemos observar neste estudo média bem superior a encontrada na literatura, fato este que pode estar conexo com os dias em que o paciente esteve no leito aguardando agendamento cirúrgico.

Em relação aos fatores que justificam o tempo de espera no pré procedimento destacamos: Aguardando agendamento cirúrgico, em Tratamento clínico (antibioticoterapia), Falta material cirúrgico específico, Procedimento cancelado pelo médico e Suspensão da vaga de UTI.

Dois motivos destacam-se nas porcentagem: aguardar agendamento cirúrgico que esteve relacionado à 61% dos pacientes que permaneceram no leito e suspenso por falta vaga de UTI que ocorreu em 21% dos casos nos quais a cirurgia foi suspensa pelo menos uma vez devido alterações na liberação de vaga de UTI já confirmadas, como mostra o gráfico 1.

**Gráfico 1** – Motivos relacionados à permanência de internação pré-embolização. Teresina – PI, 2018. (N=51)



Em estudo realizado em um hospital de grande porte em Belo Horizonte, com dados relacionados a cirurgias eletivas Moreira et al. (2016) observaram que as suspensões cirúrgicas tiveram relação com aumento da permanência hospitalar, e dentre as especialidades a neurocirurgia correspondeu a 10,4% de suspensões com motivos relacionados a condição clínica do paciente em 58 (19,5%), por falta de vaga na UTI 26 (8,8%), devido cancelamento pelo cirurgião 20 (6,7%), aguardando agendamento por falta de exames complementares 12 (4,0%) e agrupar indisponibilidade de equipamento e materiais específicos para o procedimento 06 (2,0%), dentre outros motivos.

Os dados descritos no nosso estudo não relatam piora clínica como uma causa de adiamento de cirurgias, contudo em acordo com o autor supra citado a falta de vaga de UTI é um fator presente em nossos números e limitante para celeridade e resolubilidade.

Quanto às questões a cerca do atraso no procedimento de embolização por aguardo de agendamento cirúrgico e a suspensão de vaga de UTI é importante chamar

atenção à relação entre essas duas condições de espera que interferiram na permanência hospitalar deste estudo. Os motivos que podem estar relacionados com altas porcentagens dessas duas causas podem ser decorrentes do perfil do hospital estudado por ser referência Estadual, com apenas duas UTIs de caráter geral que atende a diferentes demandas internas e externas como: pós operatório de diversas cirurgias eletivas, imprevisibilidade com piora clínica nas enfermarias e presença de pacientes crônicos em terapia intensiva o que inibe a rotatividade de leitos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A embolização demonstrou ser uma cirurgia favorável ao desfecho clínico do paciente, já que os óbitos estiveram mais relacionados com piora clínica antes do procedimento. A Hemiplegia foi o déficit motor mais presente na admissão e alta. O desfecho óbito esteve presente em 11,76 %. A média de permanência hospitalar foi de 20,1 dias. A embolização demonstrou ser uma cirurgia favorável ao desfecho clínico do paciente, já que os óbitos estiveram mais relacionados com piora clínica antes do procedimento. O tempo de permanência hospitalar foi maior que o da literatura encontrada e carência de vaga de UTI foi o motivo mais frequente para permanência no leito aguardando agendamento e para suspensão de cirurgias já agendadas interferindo diretamente no tempo de permanência hospitalar. A evolução neurológica no aneurisma é tempo dependente, com desfecho potencialmente prejudicado pela falta de terapêutica em tempo adequado. O acesso e resolubilidade de um maior número de casos parece estar ligado a escassez de leitos de UTI.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, O.F. et al. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções ao paciente com aneurisma cerebral. **Ciências Saúde**, v.25, n.1, p.25-34, 2014.

BOTELHO, T.S . et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. **Temas em saúde**. Vol 16, Núm 2. João Pessoa, 2016.

BRADLEY, V.M. Placing Emergency Department crowding on the decision agenda. **J Emerg Nurs**, v.31, p.247-58, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Média de Permanência Geral**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: política nacional de humanização. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (avc) na rede de atenção às urgências e emergências**. 2012. Disponível

---

em:<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/03/pcdt--linha-cuidado-avc-rede-urg-emer-2012.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

BRUCH, T.P.; CLAUDINO, R.; GHIZONI, E. Análise dos pacientes internados com Acidente Vascular Encefálico Isquêmico em um hospital do sul de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.39, n.4, 2010.

CARDOZO JÚNIOR, L.C.M.; BARROS, B.P.; HOLANDA, M.F.C. Fatores de risco em pacientes com aneurismas intracranianos atendidos em um hospital de referência de Belém-PA. **JBNC**, v.22, n.3, p.95-99, 2011.

FALEIRO, L.C.M. et al. Tratamento cirúrgico dos aneurismas não rotos da artéria cerebral média. **Arq Neuropsiquiatr**, v.62, n.2-A, p.319-321, 2004.

GUARESI, J.R. et al. Sequelas em pacientes com hemorragia subaracnóide por ruptura de aneurisma intracraniano. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n.2, 2011.

LIMA, M. E.; ANDRADE, D.; HAAS, V. J. Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de unidade de terapia intensiva **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 19, n. 3, São Paulo, Jul/Set. 2007.

LOUREIRO, A.B. et al. Evolução Funcional de Pacientes com Hemorragia Subaracnóide Aneurismática não Traumática. **R bras ci Saúde**, v.19, n.2, p.123-128, 2015

MARTINS, P.A. et al. Hemorragia subaracnóidea aneurismática: análise da evolução dos pacientes internados em um hospital de Tubarão. **Arq. Catarin. Med**, v.41, n.4. p.19-25, 2012.

MOCCO, J. et al. The natural history of unruptured intracranial aneurysms. Department of Neurological Surgery, **Neurosurg Focus**, v.17, n.5, 2004.

MOREIRA, L.R. et al. Avaliação dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas. **Revista Enfermagem**, 2016.

PEREIRA, S.; COELHO, F.B.; BARROS, H. Acidente Vascular Cerebral: hospitalização, mortalidade e prognóstico. **Acta Med Port**, v.17, p.187-92, 2004.

RICHARDSON, D.B. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. **Med J Aust**, v.184, p.184-213, 2006.

SÁ JÚNIOR, A.T. et al. Estudo retrospectivo: prevalência de aneurismas cerebrais por topografia vascular no hospital evangélico goiano. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v.18, n.3, p.209-223, 2014.

SILVA, G.C. et al. Perfil clínico e terapêutico dos pacientes vítimas de hemorragia subaracnóidea não traumática no sistema único de saúde no município de Barbacena – MG. **Rev Med Minas Gerais**, v.24, n.3, p.327-336, 2014.

SIQUEIRA, E.M.P.; DICCINI, S. Complicações pós-operatórias em neurocirurgia eletiva e não eletiva. **Acta Paul Enferm.** v.30, n.1, p.101-8, 2017.

ŚLUSARZ, R. et al. Application of the functional capacity scale in the early assessment of

functional efficiency in patients after aneurysm embolization: Preliminary reports *Advances in Clinical and Experimental Medicine*. **Adv Clin Exp Med**, v.26, n.6, p.981–986, 2017.

VASCONCELLOS, L.P. et al. Presentation and treatment of Carotid Cavernous Aneurysms. **Arq Neuropsiquiatr**, v.66, n.2-A, p.189-193, 2008.

VAN GIJN, J.; RINKEL, G. J. E. Subarachnoid hemorrhage: diagnosis, causes and management. **Brain**, v.124, n.2, p.249-278, 2001.

VLAK MH, et al. Prevalence of unruptured intracranial aneurysms, with emphasis on sex, age, comorbidity, country, and time period: systematic review and meta-analysis. **Lancet Neurol**. 2011;10(7):626-636.

WIEBERS, D.O. et al. Unruptured intracranial aneurysms: natural history, clinical outcome, and risks of surgical and endovascular treatment. **Lancet**, v.12, n.362, p.103-10, 2003.

WILLIAMS, T. A. et al. Long-term survival from intensive care: a review. **Intensive Care Med**, v.31, n.10, p.306-15, 2005.