



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM
ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL

Carina Souza de Oliveira Luna

**Melhores práticas de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral no
serviço hospitalar de emergência: proposta de capacitação**

Florianópolis
2024

Carina Souza de Oliveira Luna

**Melhores práticas de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral no
serviço hospitalar de emergência: proposta de capacitação**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Gestão em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Gestão do Cuidado em Saúde e Enfermagem. Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável, adoecer e morrer

Orientadora: Prof.^a Luciara Fabiane Sebold. Phd.

Florianópolis

2024

SOUZA DE OLIVEIRA LUNA, CARINA

Melhores práticas de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral no serviço hospitalar de emergência : proposta de capacitação / CARINA SOUZA DE OLIVEIRA LUNA ; orientadora, LUCIARA FABIANE SEBOLD, 2024.

135 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL. 3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM. 4. SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA. I. FABIANE SEBOLD, LUCIARA. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Carina Souza de Oliveira Luna

Melhores práticas de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral no serviço hospitalar de emergência: proposta de capacitação.

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 24 de setembro de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Julia Estela Willrich Boell, Dr.^a
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Nádia Chiodelli Salum, Dr.^a
Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Leila Bernarda Donato Gottems, Dr.^a
Fundação de ensino e pesquisa em ciências da saúde

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Gestão do cuidado em enfermagem pelo Pós-Graduação em gestão do cuidado em enfermagem.

Insira neste espaço a
assinatura digital

Prof.^a Lúcia Nazareth Amante
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Insira neste espaço a
assinatura digital

Prof.^o Luciara Fabiane Sebold, PhD
Orientadora

Florianópolis, 2024

APOIO FINANCEIRO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) - PROGRAMA MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM CAPES/COFEN – PROFEN (Edital 28/2016).

Dedico esse trabalho aos meus pais José Gonçalves e Georgete Vieira, pelo amor incondicional, por sempre me incentivarem a estudar e pelo apoio em todos os momentos da minha vida. À minha irmã Caroline Souza, que mesmo distante se alegra com as minhas conquistas. Ao meu filho João Pedro e ao meu esposo Laelson Luna, por terem me apoiado durante este processo e por fim e não menos importante, ao meu colega de profissão, Antônio Roberto Santana, que durante muitos anos me ajudou em momentos desafiadores da minha vida profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela dádiva da vida, pela saúde, pela fé e força necessária para lutar e enfrentar todos os obstáculos, sem nunca desistir. Sou grata por todas as oportunidades que Ele tem me proporcionado.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) pelo acordo de cooperação técnica firmado.

Agradeço imensamente a minha querida orientadora Dr^a Luciara Fabiane Sebold, pela paciência, por ter me direcionado nessa trajetória, por ter me oportunizado momentos de muita reflexão acerca da minha vida profissional e, principalmente, agradeço por sempre ter acreditado e depositado sua confiança em mim ao longo desses anos. Sem a sua orientação, apoio e confiança, nada disso seria possível.

Agradeço também aos professores da Universidade Federal de Santa Catarina, que durante esta caminhada deram suas contribuições para o meu crescimento profissional.

Agradeço aos meus familiares, meu esposo e em especial meu filho, pela compreensão quando estive ausente em alguns momentos.

Agradeço as minhas amigas Natália, Jaqueline e Renata, que sempre estiveram ao meu lado, me apoiando, torcendo e vibrando por mim a cada conquista.

Não poderia deixar de agradecer aos meus colegas de trabalho do Hospital e Pronto Socorro João Paulo II, local este que desenvolvi minhas atividades laborais por mais de uma década e tive a oportunidade de viver muitos desafios e sobretudo, agradeço por todo o aprendizado.

O meu muito obrigada a todos vocês!

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a sua própria prática”.

Paulo Freire.

RESUMO

Introdução: o acidente vascular cerebral é a segunda causa de morte no mundo e a principal causa de incapacidade. Requer intervenções imediatas visando otimizar o reconhecimento precoce, o diagnóstico e o tratamento, com o intuito de mitigar as sequelas e aumentar a sobrevida da pessoa acometida por esse agravo. **Objetivo:** construir uma proposta de capacitação para o desenvolvimento das melhores práticas de enfermagem para o cuidado à pessoa com acidente vascular cerebral no serviço hospitalar de emergência. **Método:** estudo metodológico, realizado em três etapas: vídeo educativo, revisão integrativa e a construção de uma proposta de capacitação. **Resultados:** resultaram três manuscritos e um produto: vídeo educativo com as ações prioritárias para nortear as condutas de enfermagem frente a pessoa acometida por acidente vascular cerebral, uma revisão integrativa, que buscou conhecer as melhores práticas de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral, a construção da proposta de capacitação com base nos achados da revisão integrativa e um artigo reflexivo acerca da construção da proposta de capacitação. **Produto desenvolvido:** terá impacto significativo, tanto para os pacientes quanto para o sistema de saúde, tendo em vista que a identificação precoce e o tratamento adequado podem reduzir significativamente as sequelas e a mortalidade. O produto tem uma abrangência estadual, voltado para os hospitais públicos. **Considerações Finais:** a proposta de capacitação proporcionou uma reflexão aprofundada sobre a prática clínica diária, evidenciando a importância da organização dos processos de trabalho e a relevância da educação permanente em saúde como ferramenta fundamental para a melhoria contínua do cuidado.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Enfermagem em emergência; Serviço Hospitalar de emergência; Acidente vascular cerebral.

ABSTRACT

Introduction: stroke is the second leading cause of death worldwide and the leading cause of disability. It requires immediate interventions aimed at optimizing early recognition, diagnosis, and treatment, in order to mitigate sequelae and increase the survival of people affected by this condition. **Objective:** to construct a training proposal for the development of best nursing practices for the care of people with stroke in the emergency hospital service. **Method:** methodological study, conducted in three stages: educational video, integrative review and the construction of a training proposal. **Results:** three manuscripts and one product resulted: an educational video with priority actions to guide nursing practices in the face of people affected by stroke, an integrative review, which sought to know the best nursing practices for people with stroke, the construction of the training proposal based on the findings of the integrative review and a reflective article about the construction of the training proposal. **Developed product:** it will have a significant impact, both for patients and for the health system, considering that early identification and adequate treatment can significantly reduce sequelae and mortality. The product has a statewide scope, aimed at public hospitals. **Final Considerations:** the training proposal provided a deep reflection on daily clinical practice, highlighting the importance of organizing work processes and the relevance of continuing education in health as a fundamental tool for continuous improvement of care.

Keywords: Nursing care; Emergency nursing; Hospital emergency service; Stroke.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Componentes da RAU e suas interfaces	Erro! Indicador não definido.
Figura 2 – Pontos de atenção à saúde na RAU	Erro! Indicador não definido. 4
Figura 3 – Mapa do Brasil	Erro! Indicador não definido. 6
Figura 4 – Regiões de saúde de Rondônia	Erro! Indicador não definido. 7
Figura 5 – Macrorregiões de saúde de Rondônia.....	28
Figura 6 – Fluxograma AVC no adulto em unidade hospitalar de emergência.....	31
Figura 7 – Imagem radiológica de tomografia computadorizada de crânio.....	35
Figura 8 – Escala de Cincinnati.....	41
Figura 9 – Processo completo da Linha de Cuidado de AVC.....	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Detalhamento dos componentes da RAU**Erro! Indicador não definido.**2

Quadro 2 – Detalhamento da escala de Cincinnati**Erro! Indicador não definido.**2

Quadro 3 – Critérios de exclusão para trombólise no AVC I.**Erro! Indicador não definido.**3

Quadro 4 – Recomendações para o uso de trombolítico no AVC I**Erro! Indicador não definido.**4

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de mortalidade por Infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e causas externas. **Erro! Indicador não definido.**29

Tabela 2 – Morbidade e mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil **Erro! Indicador não definido.**7

Tabela 3 – Morbidade e mortalidade por acidente vascular cerebral na região Norte do Brasil.**Erro! Indicador não definido.**8

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVC I	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
AVC H	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
APS	Atenção Primária à Saúde
AHA	American Heart Association
BDENF	Base de dados de Enfermagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CPSS	Cincinnati Prehospital Stroke Screen
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
FAST	Face Arm Speech Test
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAPSS	Los Angeles Prehospital Stroke Screen
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MASS	Melbourne Stroke Screen
MeSH	Medical Subject Headlines
MED PACS	Medic Prehospital Assessment for Code Stroke
MEDLINE/ PubMed	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

OPSS	Ontario Prehospital Stroke Screening Toll
PPGPENF	Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem
PEEP	Pressão Expiratória Final Positiva
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RNM	Ressonância Nuclear Magnética
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
SBDCV	Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares
SUS	Sistema Único de Saúde
SCIELLO	Scientific Eletronic Library Online
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
WSO	World Stroke Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS DO ESTUDO	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (RAU)	21
3.1.1 Rede de Atenção às Urgências em Rondônia.....	25
3.2 SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA.....	30
3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	33
3.4 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	3434
3.4.1 Acidente vascular cerebral isquêmico (AVC I)	35
3.4.2 Acidente vascular cerebral hemorrágico (AVC H)	36
3.4.3 Epidemiologia do Acidente Vascular Cerebral	36
3.4.4 Fatores de risco para o acidente vascular cerebral	39
3.4.5 Sinais e sintomas do acidente vascular cerebral	39
3.4.6 Diagnóstico do acidente vascular cerebral	40
3.4.7 Escalas de avaliação acidente vascular cerebral	40
3.4.8 Tratamento acidente vascular cerebral	43
3.4.9 Linha de cuidado do acidente vascular cerebral	45
3.4.10 Assistência à pessoa com acidente vascular cerebral agudo	47
4 MÉTODO.....	51
4.1 TIPO DE ESTUDO	50
4.1.1 Etapas para realização do estudo	501
4.2 LOCAL DO ESTUDO	52
4.3 PÚBLICO ALVO	52
4.4 CUIDADOS ÉTICOS.....	52
5 RESULTADOS.....	52
5.1 MANUSCRITO 1: VÍDEO EDUCATIVO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM UM PRONTO SOCORRO NO NORTE DO BRASIL.....	54
5.2 MANUSCRITO 2: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, MELHORES PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA.....	65

5.3 MANUSCRITO 3: APRIMORANDO O CUIDADO: REFLEXÃO ACERCA DA CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO SOBRE AS MELHORES PRÁTICAS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	89
5.4 PRODUTO: MELHORES PRÁTICAS DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA: PROPOSTA DE CAPACITAÇÃO.	96
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS.....	111
APÊNDICES.....	118
ANEXO.....	1311

1 INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC), é definido como uma disfunção neurológica, que tem origem vascular, com início súbito dos sintomas, que podem variar segundo a região afetada do cérebro (Silva *et al.*, 2019).

O AVC pode ser de causa isquêmica ou hemorrágica, sendo a causa isquêmica a mais frequente, representando em torno de 85% dos casos. O AVC isquêmico ocorre quando há o entupimento das artérias cerebrais e o hemorrágico acontece quando há o rompimento dos vasos sanguíneos, provocando hemorragia (Brasil, 2020).

É a segunda causa de morte no mundo e a principal causa de incapacidade. Estima-se que 13,5 milhões de pessoas por ano são acometidas por AVC, com taxa de mortalidade anual estimada em 5,5 milhões de pessoas (WSO, 2021).

Globalmente, um em cada quatro adultos com mais de 25 anos terá AVC durante a vida (Oliveira *et al.*, 2020).

No Brasil, a incidência aproximada é de 400 mil casos de AVC por ano. A população de mais baixa renda é a mais atingida pela dificuldade no controle dos fatores de risco. Cerca de 85% das pessoas acometidas por essa patologia conseguem sobreviver. No entanto, o AVC pode deixar sequelas permanentes, diminuindo a qualidade de vida das pessoas (Oliveira; Souza; Neto, 2020).

Segundo dados do Portal de Transparência dos Cartórios de Registro Civil do Brasil, em 2023, foram mais de 110 mil vítimas fatais, o equivalente a 303 mortes por dia. O AVC representa 10% das internações hospitalares no Brasil, sendo a segunda causa de óbitos no país, causando um enorme impacto econômico e social (Brasil, 2020).

Nesse contexto, o diagnóstico e tratamento precoces do AVC são cruciais para mitigar as sequelas e aumentar a sobrevida das pessoas acometidas por esse agravo.

Um importante marco no enfrentamento do AVC foi a assinatura da Declaração de Gramado, um compromisso firmado durante o XXI Congresso Iberoamericano de Doenças Cerebrovasculares e Encontro Ministerial Latinoamericano de AVC, em 2018, em Gramado, no Rio Grande do Sul, tendo como premissa o empreendimento de melhorias no cuidado ao AVC, objetivando reduzir a

mortalidade até 2030. Dentre as estratégias destaca - se a educação em saúde (Brasil, 2018).

Os serviços hospitalares de emergência são a porta de entrada para a maioria das pessoas com AVC. Apesar de sua importância, esses serviços frequentemente enfrentam desafios como a inadequação da estrutura física, a falta de profissionais qualificados e a alta demanda por atendimento. Essas condições comprometem a qualidade da assistência e geram sofrimento para todos os envolvidos nesse processo. É fundamental investir em melhorias na infraestrutura, capacitação dos profissionais e reorganização dos processos de trabalho, visando otimizar os recursos disponíveis e otimizar o atendimento.

Em se tratando de categorias profissionais, dentre os que atuam em âmbito hospitalar, podemos citar a enfermagem, estando estes, inseridos em um cotidiano de trabalho dinâmico, desafiador e em uma rotina imprevisível, sendo estas uma das características marcantes nesses locais (Mass, 2022).

Devido a imprevisibilidade do serviço hospitalar de emergência, os profissionais de enfermagem precisam estar atualizados em suas práticas de cuidado cotidianas e, neste sentido, para a melhoria do desempenho e um atendimento adequado é necessário o aperfeiçoamento por meio de cursos de atualização (Santana, 2021).

Assim, é possível asseverar que as capacitações são fundamentais para o êxito nas condutas, garantindo dessa forma um atendimento integral e seguro. Ademais, contribuem para a organização dos processos de trabalho.

Os protocolos assistenciais de urgência e emergência servem como guias para os profissionais realizarem um atendimento qualificado, organizado e mais humanizado aos pacientes que procuram os serviços de saúde (Degasperi *et al.*, 2020).

Neste sentido, destacamos a Educação Permanente em Saúde (EPS), sendo uma estratégia instituída pelo Ministério da Saúde, através da portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007, a qual é tida como facilitadora na organização dos processos de trabalho, podendo ser considerada uma estratégia que articula ensino e serviço, com o objetivo de melhorar as práticas de trabalho e promover a transformação do ambiente (Brasil, 2017).

Considerando o exposto e associando a minha atuação na enfermagem, em um serviço hospitalar de emergência por mais de uma década, a inquietação em

vivenciar a falta de padronização nas condutas frente à pessoa com AVC, instigou a necessidade de aprimorar os processos de trabalho. A dinâmica acelerada e a complexidade dos casos atendidos na emergência exigem uma equipe de enfermagem capacitada para o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do AVC e a implementação de intervenções rápidas e eficazes. Diante deste cenário, este estudo propõe o desenvolvimento de capacitação com base em melhores práticas de enfermagem para o cuidado à pessoa com AVC no serviço hospitalar de emergência, com o objetivo de qualificar os profissionais e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas acometidas por este agravo.

Cabe ressaltar que, nesta dissertação, optou-se por utilizar o termo AVC, seguindo as recomendações da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV), a qual considera que o referido termo a terminologia mais empregada e difundida.

Isto posto, delimitou-se como pergunta de pesquisa o seguinte questionamento: Como podem ser desenvolvidas as melhores práticas de enfermagem para o cuidado à pessoa com acidente vascular cerebral no serviço hospitalar de emergência?

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir uma proposta de capacitação para o desenvolvimento das melhores práticas de enfermagem para o cuidado à pessoa com acidente vascular cerebral no serviço hospitalar de emergência em um estado no norte do Brasil.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo trata sobre a revisão de literatura acerca da temática do cuidado à pessoa com acidente vascular cerebral no cenário de atendimento em serviço hospitalar de emergência.

Considerando que as portas de entrada dos serviços hospitalares de emergência, são referências para o atendimento à pessoa com AVC, sendo os profissionais de enfermagem quem normalmente fazem o primeiro atendimento, é de fundamental importância que os mesmos saibam quais as condutas mais assertivas a serem realizadas. Neste sentido, buscou-se realizar uma revisão de literatura sobre AVC, com o objetivo de analisar na literatura nacional e internacional a produção científica acerca do tema em estudo.

Para um melhor delineamento e entendimento do estudo, a princípio, optou-se por desenvolver o conteúdo em quatro tópicos, a saber: Rede de Atenção às Urgências; Serviço Hospitalar de Emergência, Educação Permanente em Saúde e Acidente Vascular Cerebral.

Realizou-se um levantamento bibliográfico de estudos publicados no período de 2010 a 2024, por meio dos sistemas informatizados de busca nas seguintes bases de dados: *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED); EMBASE (Elsevier); Base de dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Banco de Dados Bibliográficos da *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO). Foram utilizados como critérios de inclusão artigos originais publicados em inglês, espanhol e português, disponíveis na íntegra, relacionados à temática da pesquisa, relato de experiência, teses e dissertações localizados nas bases de dados selecionadas para o estudo. Quando aos critérios de exclusão: artigos na forma de cartas, resenhas e editoriais. Para a busca foi utilizado as palavras chave: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem em emergência; Serviço hospitalar de emergência; Acidente Vascular Cerebral.

Desta forma, a seguir apresenta-se o panorama dos estudos identificados na literatura.

3.1 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (RAU)

O SUS é organizado por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços e ações, que tem por objetivo garantir a saúde como um direito constitucional (Tofani *et al.*, 2021).

O modelo de organização do SUS passou a ter como principal referência as Redes de Atenção à Saúde (RAS), modelo fundamentado nas Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) preconizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2010).

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2017). Em consonância, Mendes, (2011 p. 549), afirma que “as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada”.

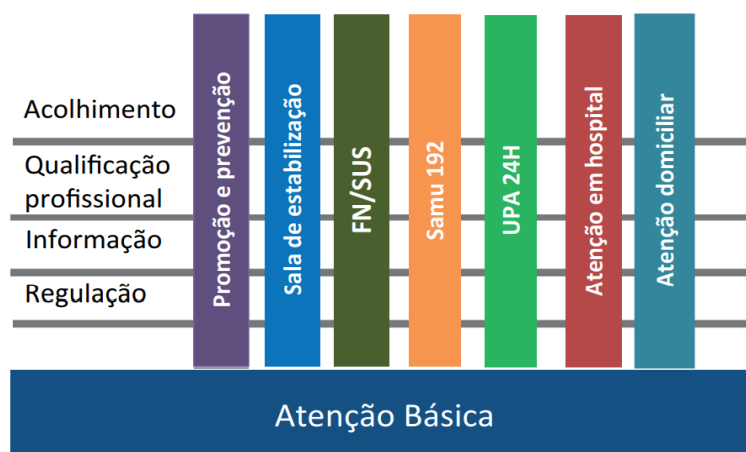
Dentre as RAS instituídas pelo Ministério da Saúde, daremos ênfase à Rede de Atenção às Urgências (RAU).

De acordo com a portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, a organização da RAU tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral diante de situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (Brasil, 2011).

A RAU é considerada uma rede complexa que atende a variadas condições. É composta por vários componentes com a finalidade de abranger as diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência (Brasil, 2013).

A RAU é constituída pelos seguintes componentes, vide figura 1:

Figura 1 Componentes da RAU e suas interfaces



Fonte: SAS/MS, 2011.

Fonte: Brasil, 2013.

Cada componente da RAU desempenha um papel fundamental na garantia de atendimento de qualidade as pessoas em situações de urgência e emergência.

Quadro 1: Detalhamento dos componentes da RAU

COMPONENTE	OBJETIVO
Promoção e prevenção	Tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde
Atenção Básica em Saúde	Tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências	Tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

Quadro 1: Detalhamento dos componentes da RAU

(conclusão)

COMPONENTE	OBJETIVO
Sala de Estabilização	Ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde.
Força Nacional de Saúde do SUS	Objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.
Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h)	Estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar. Oferta serviços de urgência 24 Horas, não hospitalares devendo prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.
Componente Hospitalar	Constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.
Componente Atenção Domiciliar	Conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

Fonte: Brasil, 2013.

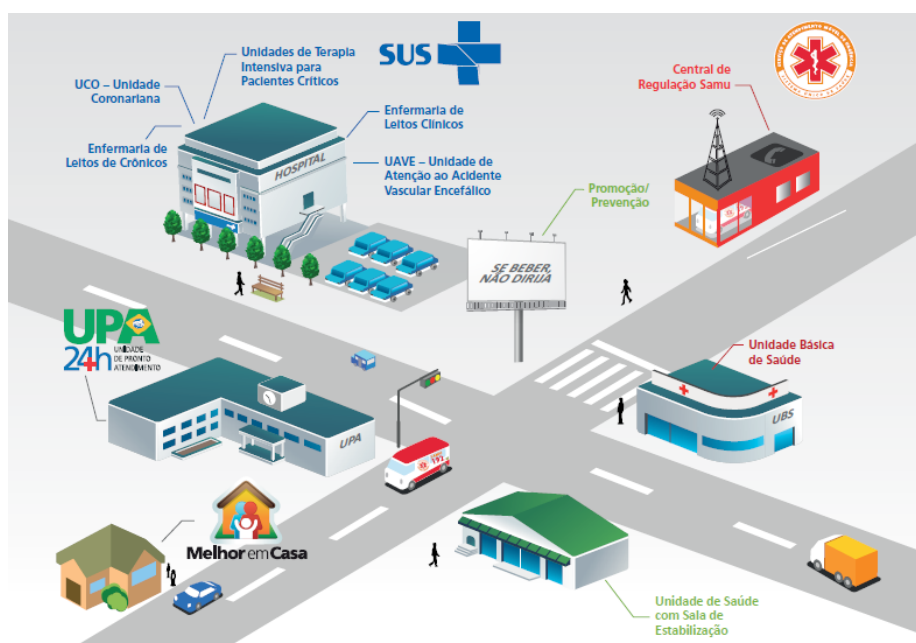
Para a efetividade da RAU, os componentes devem trabalhar em conjunto para garantir o atendimento rápido e eficiente em situações de risco à vida. Cada componente desempenha um papel fundamental nesse processo. A comunicação eficiente, o compartilhamento de informações e a definição de fluxos de atendimento são essenciais para garantir que a pessoa acometida por algum agravo receba o cuidado adequado e em tempo oportuno.

A RAU deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

O acolhimento com classificação de risco, a qualidade e a resolutividade na atenção a saúde constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda rede e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. Deverá priorizar as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica (Brasil, 2011).

A RAU é composta por diversos pontos de atenção à saúde, cada um com um papel específico e interligado para garantir o atendimento rápido e eficiente diante de situações de risco à vida. Esses pontos atuam em conjunto, formando uma cadeia de cuidados que visa salvar vidas e minimizar danos.

Figura 2 - Pontos de atenção à saúde na RAU



Fonte: Brasil, 2013.

A integração entre os diferentes pontos de atenção é essencial para garantir um atendimento oportuno e eficaz, especialmente em situações de urgência e emergência.

A falta de articulação desses pontos de atenção à saúde, impacta diretamente na qualidade e na acessibilidade do atendimento à população, tal fragilidade advém de diversos desafios enfrentados pelo sistema de saúde dentre eles, o subfinanciamento, a falta de recursos financeiros suficientes para equipar e manter as unidades de atendimento, contratar e remunerar profissionais qualificados, e adquirir medicamentos e insumos reflete diretamente na qualidade dos serviços ofertados.

Outro fator preponderante é a desigualdade regional, a distribuição dos recursos e serviços de urgência e emergência no Brasil apresenta disparidades significativas, impactando diretamente o acesso e a qualidade do atendimento à população. Regiões mais desenvolvidas economicamente, tendem a ter maior oferta de serviços de saúde.

Em consequência do exposto acima, são inúmeros os problemas enfrentados, dentre eles a superlotação nos serviços de urgência e emergência, especialmente nas UPAs e nos hospitais, o que geralmente está relacionado a inadequação da estrutura física e a falta de integração entre os serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde, o que dificulta o fluxo dos pacientes e a continuidade do cuidado, e em geral aumenta no tempo de espera para atendimento, o que pode corroborar para o agravamento do quadro clínico do paciente, resultando em aumento da mortalidade.

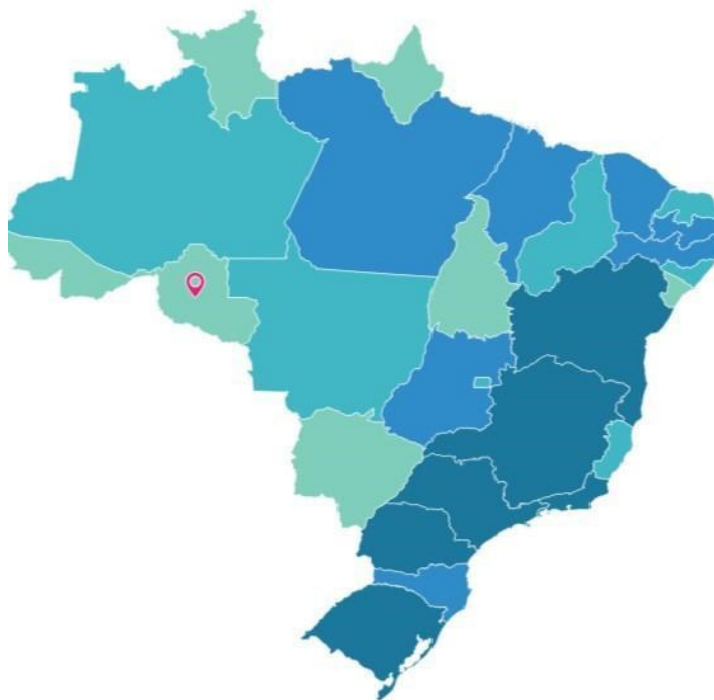
Outrossim, os profissionais de saúde que atuam na área de urgência e emergência estão frequentemente sobrecarregados, o que pode levar ao esgotamento profissional e à redução da qualidade do atendimento.

3.1.1 Rede de Atenção às Urgências em Rondônia

O estado de Rondônia é uma das 27 unidades federativas do Brasil, localizado na região Norte e tem como limites: a leste, o estado de Mato Grosso, a norte, o estado do Amazonas, a oeste, o estado do Acre e o país Bolívia, e ao sul, parte do território Boliviano.

O Estado possui 52 municípios, ocupa uma área de 237.754,172 km² e uma população estimada em 1.581.016 pessoas (IBGE, 2022). Sua capital é Porto Velho, sendo o município mais populoso.

Figura 3 - Mapa do Brasil com ênfase no estado de Rondônia.



Fonte: Brasil, 2013.

Com a finalidade de atender ao Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, onde dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, o estado de Rondônia, instituiu por meio da Resolução nº 087/Comissão Intergestores Bipartite (CIB)/Rondônia de 08 de maio de 2014, às sete regiões de Saúde no Estado, sendo elas definidas como:

- Madeira-Mamoré, com cinco (5) municípios, tendo o município sede Porto Velho;
- Vale do Jamari, com nove (9) municípios, tendo o município sede Ariquemes;
- Central, com 14 municípios, tendo o município sede Ji Paraná;
- Zona da Mata, com oito (8) municípios, tendo o município sede Rolim de Moura;
- Café, com seis (6) municípios, tendo o município sede Cacoal;
- Cone Sul, com sete (7) municípios, tendo o município sede Vilhena;
- Vale do Guaporé, com três (3) municípios, tendo o município sede São Francisco do Guaporé.

Vide a distribuição das regiões de saúde descritas a seguir.

Figura 4 - Regiões de saúde de Rondônia



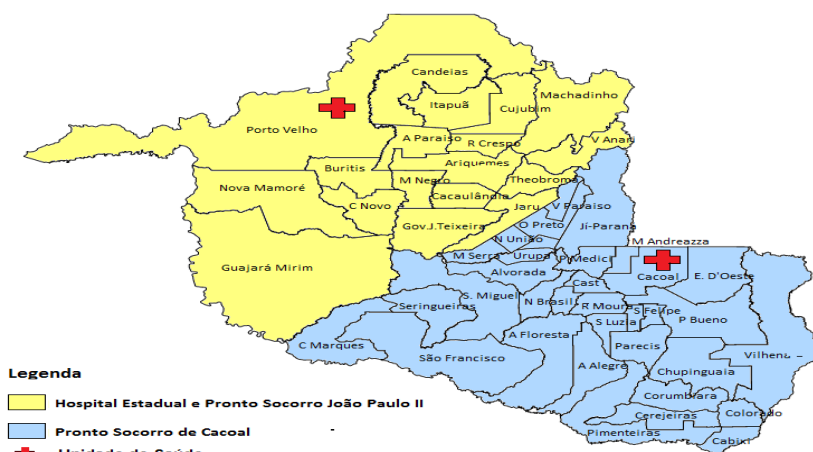
Fonte: SESAUI, 2023.

As regiões de saúde dividem-se e compõem duas macrorregiões, configuradas da seguinte forma:

- Macrorregião I: formada pelas regiões de saúde Madeira Mamoré, Vale do Jamari e quatro municípios da região central (Governador Jorge Teixeira, Jarú, Theobroma e Vale do Anari) somando uma população de 859.558 habitantes.
- Macrorregião II: composta pelas regiões de saúde Central, Vale do Guaporé, Zona da Mata, Café e Cone Sul, somando uma população de 735.773 habitantes.

Vide a distribuição das macrorregiões de saúde demonstradas na figura abaixo.

Figura 5 - Macrorregiões de saúde de Rondônia



Fonte: SESAU, 2017.

Como referência estadual nessas duas macrorregiões, temos na macrorregião I o Hospital e Pronto Socorro Estadual João Paulo II, situado em Porto Velho. É referência no atendimento de urgência e emergência para o Estado, conta com diversas especialidades médicas, possui em sua estrutura 195 leitos. Atualmente, atende além de sua capacidade, recebe pacientes vindos de estados e países vizinhos como Bolívia, Peru, Venezuela e cidades do sul do estado do Amazonas (SESAU, 2023).

Para a Macrorregião II, a referência é o Hospital de Urgência e Emergência Regional de Cacoal (HEURO), situado no município de Cacoal. É referência no atendimento de urgência e emergência para a macrorregião II, conta com diversas especialidades, possui 128 leitos (SESAU, 2023).

Considerando as três linhas prioritárias da RAU, linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica, abaixo segue o cenário do estado de Rondônia em relação a esses agravos.

Tabela 1-Taxa de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e causas externas por regiões de saúde em Rondônia.

REGIÃO DE SAÚDE	TAXA POR IAM (2021)	TAXA POR IAM (2022)	TAXA POR AVC (2021)	TAXA POR AVC (2022)	TAXA POR CAUSAS EXTERNAS (2021)	TAXA POR CAUSAS EXTERNAS (2022)
REGIÃO DO CAFÉ	47	37	21	19	85	79
MADEIRA-MAMORÉ	22	21	15	20	71	100
VALE DO JAMARI	36	50	13	25	75	99
CENTRAL	46	38	28	27	89	98
ZONA DA MATA	43	51	26	30	90	105
CONE SUL	22	28	33	26	90	87
VALE DO GUAPORÉ*	11	08	07	12	43	40

Fonte: Coordenadoria de Atenção às Urgências de Rondônia. 2023.

*Vale do Guaporé, possui uma população menor que 100.000 habitantes, portanto não há cálculo para taxa de mortalidade, permanecendo apenas o valor absoluto de mortes.

O cálculo realizado para o ano de 2021, foi baseado na estimativa do CENSO IBGE 2021.

Ao analisar a tabela acima, é possível evidenciar que em se tratando de taxa de mortalidade (n° óbitos/ n° de habitantes x 100.000), as Regiões do Café e Central se destacaram com a maior taxa de mortalidade por IAM em 2021 com 47 e 46 óbitos a cada 100.000 habitantes, respectivamente. Não obstante, em 2022, as regiões de saúde que se destacaram foram, Zona da Mata e Vale do Jamari, 51 e 50 óbitos a cada 100.000 habitantes. Em se tratando de AVC, em 2021 a Região do Cone Sul liderou esse ranking, com 33 óbitos a cada 100.000 habitantes. Em 2022, Zona da Mata novamente foi destaque, com 30 óbitos a cada 100.000 habitantes.

Com relação a causas externas, em 2021, Zona da Mata e Cone Sul, registraram as maiores taxas, ambas com 90 óbitos a cada 100.000 habitantes. Sendo que em 2022, Zona da Mata se manteve como destaque com 105 óbitos a cada 100.000 habitantes.

Posto isto, considerando os números supramencionados, entendendo que esses agravos estão frequentemente encaminhados para os serviços hospitalares de emergência, é possível compreender o cenário de superlotação dos hospitais.

3.2 SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA

A atenção hospitalar, é um dos componentes da RAU, devendo ser o hospital uma unidade previamente referenciada em atendimento a pessoa com problemas agudos de alta complexidade e com risco iminente de morte (Souza, *et al.*; 2021).

Tem por objetivo garantir atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental (Brasil, 2011 b).

É composta pelas portas hospitalares de urgência e emergência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias (Brasil, 2011).

O cenário dos serviços hospitalares de emergência no Brasil apresenta uma complexidade que reflete desafios históricos, sociais e estruturais do sistema de saúde. Frequentemente, estes serviços encontram-se sobrecarregados, atendendo não apenas casos de urgência e emergência, mas também demandas que poderiam ser resolvidas em outros níveis de atenção, como a atenção básica. Isso leva à superlotação, longos tempos de espera e à diminuição da qualidade do atendimento.

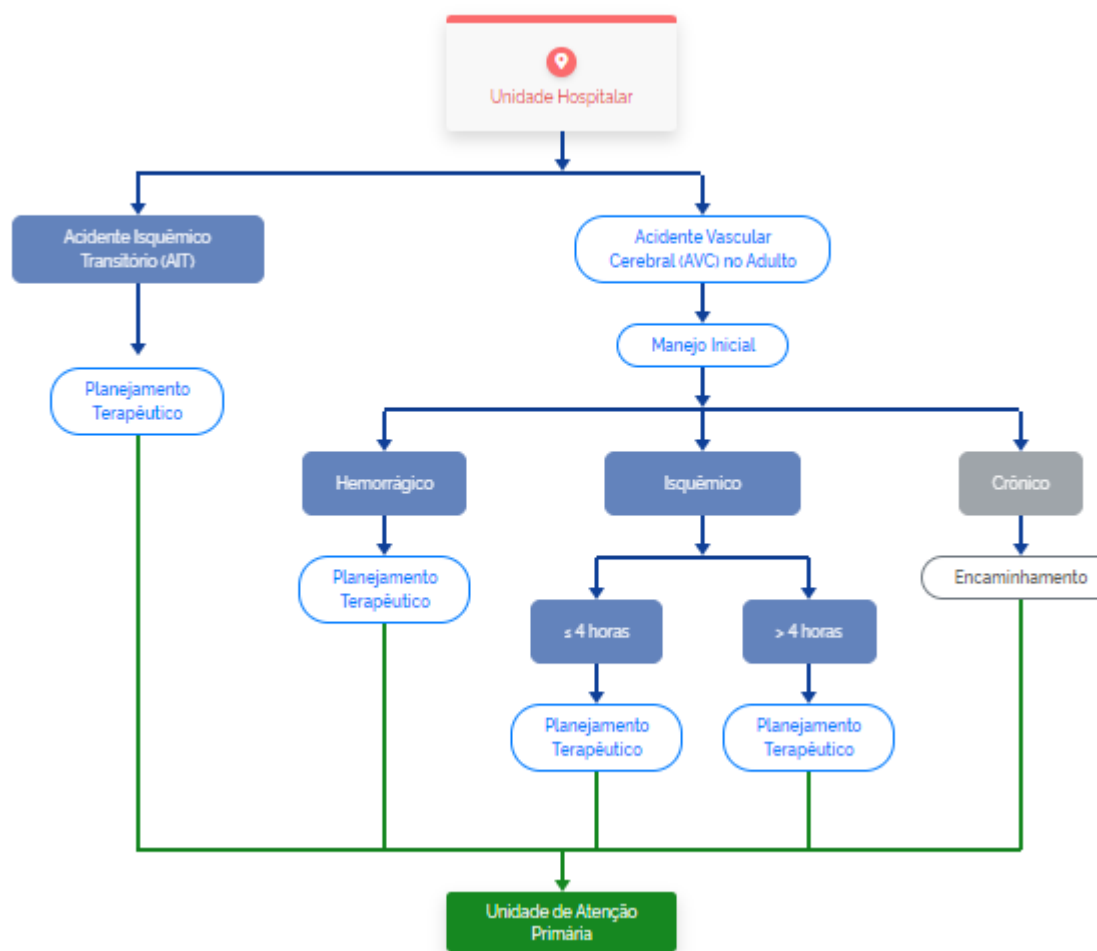
A superlotação nos serviços de urgência e emergência, gera inúmeras consequências, que variam desde aumento de riscos de erros, aumento da mortalidade e aumento dos gastos hospitalares (Silva, *et al.*, 2020).

O cenário de superlotação se torna ainda mais grave quando se trata da transferência de paciente entre os serviços pré-hospitalar e intra-hospitalar, em razão da natureza dinâmica bem como da rapidez com que as intervenções devem ser executadas, a comunicação pode acabar prejudicada, causando de forma direta atrasos e erros nos diagnósticos, no tratamento e nas escolhas da melhor conduta para com o paciente (Fealy, *et al.*, 2019).

Em se tratando de AVC, considerando o impacto deste agravo à saúde pública, o ministério da saúde, estabeleceu um fluxograma de atendimento para

ser implementado em unidade hospitalar, com a finalidade de otimizar as condutas, conforme demonstrado na Figura 6.

Figura 6 - Fluxograma do AVC no adulto em unidade hospitalar de emergência.



Fonte: Brasil, 2020.

Considerando as portas hospitalares de urgência e emergência, analisando a figura 6, a admissão de pessoas com AVC em serviço hospitalar de urgência e emergência exige um fluxo assistencial otimizado. A definição do itinerário terapêutico dessas pessoas está diretamente ligada ao diagnóstico preciso e precoce. Para tanto, é fundamental priorizar a avaliação inicial, baseada em evidências científicas e protocolos padronizados, a fim de direcionar rapidamente a pessoa para as condutas terapêuticas mais adequadas. A otimização do cuidado à pessoa com AVC depende da atuação integrada de toda a equipe multidisciplinar. É essencial que todos os profissionais envolvidos estejam capacitados para identificar precocemente os sinais e sintomas desse agravo, implementando as condutas necessárias para garantir um atendimento oportuno e integral.

A demora para iniciar a implementação de medidas determinadas em protocolo, implica em prejuízos no prognóstico da pessoa acometida pelo AVC, sendo essencial que as mesmas tenham prioridade no atendimento inicial, na execução de exames de imagem com rápido diagnóstico e no cumprimento dos recursos terapêuticos (Velasco, *et al.*, 2019).

As doenças de origem cerebrovasculares englobam a maior causa de incapacitação entre adultos, causando perda da população economicamente ativa e contribuindo para a sobrecarga do sistema de saúde (Conti; Oliveira e Pereira, 2024).

Com base no disposto no manual da Linha de cuidado do AVC no adulto do Ministério da Saúde, (2020) para o manejo inicial da pessoa com AVC, a unidade hospitalar deverá estar organizada de modo que seja possível à pessoa com AVC tenha atendimento integral e em tempo oportuno.

No serviço hospitalar, normalmente o profissional responsável pelo primeiro atendimento é o enfermeiro, realizando o colhimento com a classificação de risco, processo este indispensável e de grande valia para a identificação de pessoas com AVC de forma rápida e segura (Silva, *et al.*, 2020). Os profissionais de enfermagem constituem elementos-chave na implementação de medidas conducentes à melhoria dos cuidados (Barreira, *et al.*, 2019).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução 661/2021, atualiza e normatiza, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco, conforme disposto no artigo 1º, fica determinando que, no âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e a priorização da assistência é privativa do Enfermeiro (Cofen, 2021).

O estudo de Santos, *et al.*, (2019), em conformidade com a presente resolução, relata que em unidades de saúde, o conhecimento técnico do enfermeiro é de extrema relevância, uma vez que permite a identificação dos sinais e sintomas das patologias que demandam atendimento e intervenção imediata.

Posto isto, fica evidente o quanto o enfermeiro é essencial para garantir a assistência integral a pessoa no serviço de urgência e emergência. Sua atuação é fundamental para a organização e otimização dos processos de trabalho, contribuindo para a qualidade do cuidado.

Embora o Ministério da Saúde tenha disponibilizado manuais e protocolos que servem como instrumentos norteadores aos profissionais de saúde, isso não garante

que será implementado, o que exige medidas que possam contribuir para o alinhamento técnico destes profissionais.

Considerando que a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia instituída pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007, sendo considerada um instrumento facilitador na organização dos processos de trabalho, é notório que estratégias como essa necessitam ser implementadas para aprimorar os processos de trabalho.

3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O termo Educação Permanente (EP) foi criado na década de 1950 na França e difundido internacionalmente pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a ciência e a Cultura (UNESCO) a partir da década de 1960 (Lemos, 2016; Silva, 2021). Neste contexto, a EP vem sendo construída como uma prática formativa contínua que propõe a reflexão sobre o trabalho e a aprendizagem no ambiente laboral, norteadas por processos de aprendizagem coletivos, colaborativos e significativos, com compartilhamento de saberes, diálogos horizontais e participação social (Brasil, 2018; Gonçalves, *et al.*, 2019; Souza & Costa, 2019).

A instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por sua vez, ocorreu por meio da Portaria nº 198/2004, atualmente em vigência pela Portaria de consolidação nº 2/2017. Em sua proposta, a PNEPS prevê a execução de ações educativas pautadas na realidade dos serviços que promovam transformações nos processos de trabalho e reflexões acerca da prática profissional. Além disso, a interação entre diferentes instituições comunitárias e atores sociais proporcionando, por meio de metodologias ativas (MAs), aprendizagens significativas e críticas (Brasil, 2004; 2018).

O uso de metodologias ativas pode ser considerado um auxílio na construção do conhecimento, refletindo em um avanço na formação dos estudantes (Marim *et al.*, 2010). Estas metodologias são vistas como grandes oportunidades de criação de resultados de aprendizagem positivos (Morgan *et al.*, 2015).

Nesse sentido, a EPS busca romper com o modelo tradicional de ensino ao propor a interação entre ensino, serviço e comunidade, afirmando a necessidade estratégica de aliar, de maneira transformadora, ações educativas aos processos

de trabalho em saúde e de construir/fortalecer relações interprofissionais que impactem na realidade concreta dos territórios (Gonçalves, 2019; Brasil, 2018; De-Carli, et al., 2019; França, *et al.*, 2016; Pinheiro, Azambuja & Bonamigo, 2018; Souza & Costa, 2019).

Para além de um método didático, a EPS deve ser compreendida como um processo político-pedagógico, a partir do qual os diferentes atores sociais envolvidos podem assumir mutuamente o compromisso de construir, de maneira indissociável e socialmente engajada, conhecimento e relações comunitárias que transformem realidades no sentido de promover a Saúde (Brasil, 2018; Ceccim & Ferla, 2008).

Com base nisso, as tecnologias de EPS tornaram-se estratégias fundamentais para a dinâmica do cuidado integral. Assim, a EPS é considerada um dos pilares para a organização da gestão democrática e práticas inovadoras (Grignat *et al.*, 2020; Mendes, 2012).

Desta forma, a EPS, oportuniza um processo contínuo de aprendizagem que ocorre no contexto do trabalho, com o objetivo de qualificar os profissionais da saúde e melhorar a qualidade da assistência prestada. É uma ferramenta fundamental para superar os desafios da prática diária e promover a transformação dos serviços de saúde a partir das dificuldades encontradas na prática diária. Ao basear-se nos problemas da prática diária, a EPS permite que os profissionais aprimorem suas condutas e contribuam para a transformação dos serviços de saúde.

Todos os estudos aqui analisados, evidenciaram que as intervenções precoces, à pessoa com AVC na fase aguda da doença tem impacto direto no prognóstico e sobrevida. Ademais, considerando que o AVC é uma emergência médica, se faz necessário que os profissionais envolvidos nas mais diversas etapas do atendimento à pessoa com AVC agudo, estejam aptos para implementar condutas eficazes.

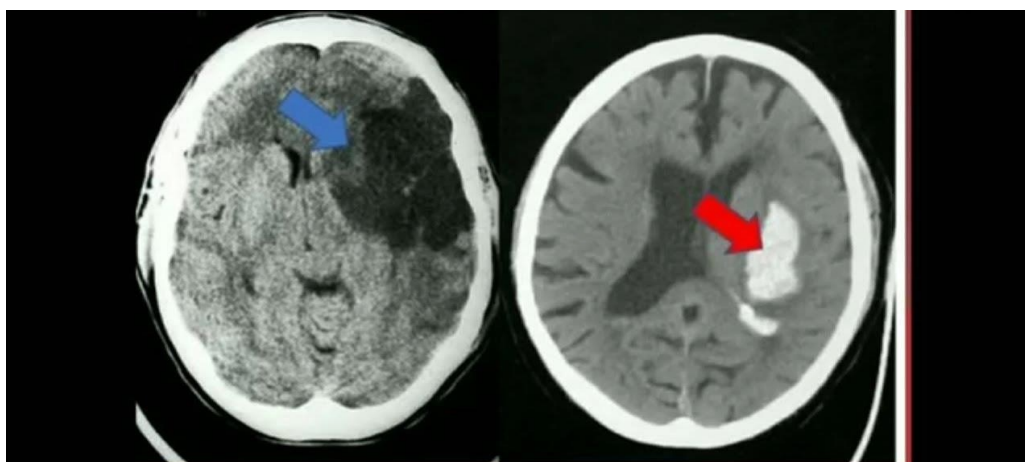
3.4 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC consiste no desenvolvimento rápido de distúrbios clínicos focais ou globais da função cerebral. Provoca alterações cognitivas, sensitivas e motoras de acordo com a área de acometimento e extensão da lesão (Lomanto, Carvalho e Neto, 2022).

O AVC isquêmico (AVC I) corresponde a aproximadamente 85% dos casos de AVC, enquanto que o AVC hemorrágico (AVC H) representa cerca de 15% dos casos (Lomanto, Carvalho e Neto, 2022).

O AVC I constituiu 62,4% de todos os casos em 2019, enquanto o AVC H constituiu 37,6% (Fleigin, *et al.*, 2019).

Figura 7 - Imagem de tomografia computadorizada de crânio



Fonte: Brasil, 2018

Com base na figura acima, a qual é oriunda de uma tomografia de crânio (TC), de um modo geral é possível evidenciar a diferença entre o AVC I e o AVC H. Na primeira imagem (a esquerda), AVC I, na segunda imagem (a direita) sinais de extravasamento sanguíneo evidenciando um AVC H.

3.4.1 Acidente vascular cerebral isquêmico (AVC I)

Trata-se de uma doença consequente da obstrução de uma artéria que impede a oxigenação das células cerebrais, levando a morte das mesmas. A obstrução pode acontecer devido a um trombo ou a um êmbolo (Brasil, 2019).

Com base no protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do AVC I dentre as intervenções com alta evidência científica de benefício diante do AVC I, destaca-se o tratamento trombolítico em até 4,5 horas de início dos sintomas. Tratamento este disponível no SUS desde 2012. Em novembro de 2023 uma outra opção eficaz foi incorporada pelo Ministério da Saúde sendo a trombectomia mecânica (Brasil, 2023).

A trombectomia mecânica é um procedimento cirúrgico com o objetivo de desobstruir e restaurar o fluxo sanguíneo arterial cerebral. Este procedimento é recomendado para pacientes que apresentam obstruções de grandes vasos (artérias frontais do cérebro). Estudos científicos demonstram que pacientes com AVC I com janela de sintomas maior do que oito e menor que 24 horas desde o início do AVC (Brasil, 2021).

3.4.2 Acidente vascular cerebral hemorrágico (AVC H)

O AVC H é caracterizado pelo rompimento de um vaso com extravasamento de sangue dentro ou em volta das estruturas do sistema nervoso central (Lomanto, Carvalho e Neto, 2022). Como consequência imediata, há o aumento da pressão intracraniana, que pode resultar em maior dificuldade para a chegada de sangue em outras áreas não afetadas e agravar a lesão existente. Esse subtipo de AVC é mais grave e tem altos índices de mortalidade (Brasil, 2019).

Segundo Lima, *et al.*, (2021), o tratamento do AVC H pode ocorrer mediante abordagem cirúrgica que será realizada, preferencialmente, quando o paciente estiver estável hemodinamicamente, sendo possível, preservar a área acometida de danos, bem como aliviar a pressão no local.

3.4.3 Epidemiologia do Acidente Vascular Cerebral

De 1990 a 2019, no mundo, o número absoluto de AVC incidentes aumentou em 70,0% e as mortes aumentaram em 43,0% (Feigin, *et al.*, 2019).

O aumento dos casos de AVC representa um sério desafio para a saúde pública, com impactos significativos na vida dos indivíduos, famílias e sistemas de saúde.

Em 2019, as taxas de incidência entre pessoas com menos de 70 anos aumentaram em 15,0% e a taxa de mortalidade relacionada foi 3,6 vezes maior no grupo de baixa renda (Feigin *et al.*, 2019).

No Brasil, entre 2021 e 2022, segundo o DATASUS, houve um total de 425.939 internações hospitalares por doenças cerebrovasculares. E no mesmo período houve

um total de 71.790 óbitos relacionado as mesmas doenças. Dos óbitos registrados, 5.185 casos ocorreram na Região Norte, (Brasil, 2024).

Tabela 2 - Morbidade e mortalidade AVC no Brasil.

BRASIL	REGIÃO	MORBIDADE	MORTALIDADE
MORBIMORTALIDADE HOSPITALAR AVC 2021 – 2022	NORTE	22.674	5.185
	NORDESTE	113.926	24.496
	SUDESTE	185.585	29.076
	SUL	77.944	9.677
	CENTRO OESTE	25.810	3.356
TOTAL		425.939	71.790

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Dados extraídos em 10/02/2024.

Os dados supramencionados, foram extraídos levando em consideração o período de 2021 e 2022, contemplando os óbitos por residência segundo o município e o código da Classificação Internacional de Doenças - 10 (CID) (I 64 Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico ou isquêmico).

Ao estratificar os dados da região Norte, evidenciamos o seguinte:

Tabela 3 – Morbidade e mortalidade hospitalar por AVC na região norte do Brasil

BRASIL	ESTADO	NÚMERO POPULACIONAL IBGE 2022	MORBIDADE	MORTALIDADE
REGIÃO NORTE	ACRE	830.018	869	221
	AMAZONAS	3.941.613	3.538	904
	AMAPÁ	733.759	722	228
	PARÁ	8.120.131	11.442	2.821
	RORAIMA	636.707	714	113
	RONDÔNIA	1.581.196	2.724	411
	TOCANTINS	1.511.460	2.665	487
	TOTAL		22.274	5.185

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Dados extraídos em 10/02/2024.

Diante do exposto, considerando o período entre 2021-2022, houve um total de 22.274 internações hospitalares por doenças cerebrovasculares. E no mesmo período 5.185 óbitos relacionado as mesmas doenças. Diante dos valores apresentados na tabela acima, se faz necessário implementar políticas públicas que possam mitigar os problemas gerados por este agravo. Em se tratando de Rondônia, levando em considerando os vazios assistenciais existentes no Estado, as políticas públicas necessitam ser intensificadas. É de fundamental importância que os serviços de saúde estejam preparados para o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do AVC, assim como se faz necessário que os componentes da rede de atenção às urgências estejam articulados, com a finalidade de garantir o atendimento em tempo oportuno. Para tal, é primordial que os protocolos assistenciais estejam bem difundidos e que os profissionais estejam capacitados para implementar tais protocolos visando otimizar o processo de trabalho.

3.4.4 Fatores de risco para o acidente vascular cerebral

De acordo com Rodrigues, Santana e Galvão (2017), existem diversos fatores que aumentam o risco de uma pessoa ter um AVC. Esses fatores são divididos em dois grupos. O primeiro deles diz respeito aos fatores de risco modificáveis e o segundo diz respeito aos fatores de risco não modificáveis.

Em 2019, os cinco principais fatores de risco para AVC foram, pressão arterial sistólica elevada, alto índice de massa corporal, alta glicemia de jejum e tabagismo (Fleigin, *et al.*, 2019).

Dados da *American Heart Association* (AHA), afirmam que 91% do risco de AVC pode ser atribuído a fatores de risco modificáveis, por esse motivo torna-se fundamental conhecer os fatores de risco associados a esses pacientes (Powers, *et al.*, 2019).

O fator de risco de AVC de crescimento mais rápido entre 1990 e 2019 no mundo, foi o alto índice de massa corporal, sendo este um fator modificável. Sem a implementação urgente de estratégias eficazes de prevenção primária, a carga de AVC provavelmente continuará a crescer em todo o mundo, particularmente em países de baixa renda (Fleigin, *et al.*, 2019).

Outrossim, cabe ressaltar que a hipertensão arterial sistêmica também é vista como o principal fator de risco preditivo para AVC I, pois este fator apresenta-se em cerca de 70% dos casos de doença cerebrovascular. O diabetes mellitus é considerado fator de risco para a doença cardiovascular, aumentando em quatro vezes a chance de o paciente desenvolver um AVC e acelerando o processo aterosclerótico (Oliveira, 2021).

Segundo a agenda 2030 da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o desenvolvimento sustentável, existe um comprometimento para uma redução de 30% na mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, particularmente as doenças cardiovasculares (DCV)(cardiopatia isquêmica e acidente vascular cerebral), câncer, doença respiratória e diabetes (James *et al.*, 2018).

3.4.5 Sinais e sintomas do acidente vascular cerebral

Considerando as orientações contidas no documento norteador do Ministério da Saúde acerca da Linha de Cuidado do AVC adulto (2020), existem sinais de alerta

para os quais os profissionais de saúde devem estar atentos e também orientar a população sob seus cuidados:

- Perda súbita de força ou formigamento de um lado do corpo, face, membro superior e/ou membro inferior;
- Dificuldade súbita de falar ou compreender a fala;
- Perda visual súbita em um ou ambos os olhos;
- Súbita tontura, perda de equilíbrio e/ou coordenação;
- Cefaleia súbita intensa sem causa aparente.

O Ministério da Saúde recomenda que, durante a avaliação inicial de uma pessoa com suspeita de AVC deve-se fazer o uso da escala de cincinatti, em que a presença de um dos sinais de alerta, associada ao início súbito da apresentação, indica de forma objetiva a possibilidade de ser um AVC (Brasil, 2020).

3.4.6 Diagnóstico do acidente vascular cerebral

Considerando as recomendações do Ministério da Saúde acerca da linha de cuidado do AVC adulto, inicialmente, é preciso determinar a data e hora do início dos sinais e sintomas.

Se o início dos sintomas nas últimas 24 horas, definido como o último momento em que o paciente foi visto sem sinais e sintomas neurológicos alterados. A partir disso, é necessário realizar o exame de imagem, que geralmente é a tomografia de crânio simples, para que seja determinado o diagnóstico médico. Sendo assim, após realização da tomografia computadorizada de crânio, é possível definir qual é o tipo de AVC e assim, é instituído o tratamento adequado (Brasil, 2023).

3.4.7 Escalas de avaliação acidente vascular cerebral

Um dos maiores entraves que compromete a qualidade assistencial às pessoas admitidas nos serviços de urgência e emergência, é a comunicação inadequada ou sua ausência na atuação da equipe multiprofissional, que por consequência afeta diretamente na segurança à saúde tanto de quem busca, quanto quem oferece assistência (De Sousa *et al.*, 2020).

O ambiente hospitalar é considerado bastante complexo em função das características peculiares dos serviços de atenção à saúde por ele oferecidos. Trata-se de muitas informações e experiências entre profissionais a serem compartilhadas como forma de garantir a continuidade da assistência, por isso, a comunicação necessita ser efetiva com troca de informações de forma completa, clara e objetiva (Mendes, *et al.*, 2020).

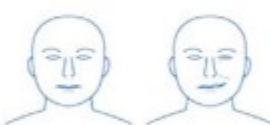
Em consonância ao acima exposto, De Sousa, *et al.*, (2020), afirmam que é possível minimizar a incidência de agravos, eventos adversos ou, até mesmo, as ocorrências de óbitos quando se torna efetiva a sintonia na comunicação dentro do ambiente hospitalar.

Diante desse contexto, em se tratando de AVC, é possível ratificar que a utilização de escalas que possuem a sua eficácia comprovada cientificamente, serve como instrumento norteador oportunizando a padronização e favorecendo a comunicação eficaz entre os envolvidos nesse processo.

Existem várias escalas padronizadas internacionalmente, as mais utilizadas mundialmente são: *Cincinnati Prehospital Stroke Screen* (CPSS), *Los Angeles Prehospital Stroke Screen* (LAPSS), *Melbourne Stroke Screen* (MASS), *Medic Prehospital Assessment for Code Stroke* (Med Pacs), *Ontario Prehospital Stroke Screening Toll* (OPSS) e *Face Arm Speech Test* (FAST).

No Brasil, para auxiliar na identificação é comum o uso da CPSS que avalia a presença de paresia facial, alterações motoras e alterações na fala (Almeida, 2019).

Figura 8 - Escala de Cincinnati

Escala de Cincinnati (alteração de um ou mais testes é sugestivo de AVC)					
De um sorriso		Levante os braços		Fale a frase:	
				O Brasil é o rei do futebol.	
Veja se há desvio da boca		Veja se um braço cai por perda de força		Veja se a fala está alterada	
() Normal	() Alterado	() Normal	() Alterado	() Normal	() Alterado

Fonte: Telessaúde RS- UFRGS (2018) adaptado do Manual de rotinas para atenção ao AVC, Ministério da Saúde 2013.

Conforme demonstrado na figura 8, a escala de Cincinnati verifica a presença ou ausência de paralisia facial, fraqueza do braço. Quando aplicada corretamente, se ao menos um sinal for positivo, (com início súbito) é suficiente para suspeita de um AVC (Almeida, 2019).

Deve-se considerar na escala de Cincinnati, o disposto no Quadro 02:

Quadro 2 – Detalhamento da escala de Cincinnati

Sinal/Sintoma	Como testar	Normal	Anormal
Queda facial	Pede-se para o paciente mostrar os dentes ou sorrir	Ambos os lados da face se movem igualmente	Um lado da face não se move tão bem quanto o outro
Debilidade dos braços	O paciente fecha os olhos e mantém os braços estendidos	Ambos os braços se movem igualmente ou não se movem	Um braço não se move ou cai para baixo, quando comparado com o outro
Fala anormal	Pede-se para o paciente dizer: o rato roeu a roupa do rei de Roma ou o Brasil é o país do futebol	Usa as palavras corretas, com pronúncia clara	Pronuncia palavras ininteligíveis, usa palavras incorretas ou é incapaz de falar

Fonte: Brasil, 2013

Diante da precisão da escala, mesmo tendo sido desenvolvida pensando na assistência pré-hospitalar, Alves, *et al*, (2019), falam que a escala de Cincinnati pode ser aplicada em qualquer indivíduo, independentemente do local em que esteja.

Além das escalas de triagem, há escala utilizada para avaliar a evolução do déficit neurológico da pessoa acometida por AVC, a exemplo, escala do *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS), a mais utilizada e com mais evidências científicas de eficácia em estimar sequelas neurovasculares (Conti; Oliveira e Pereira, 2024).

A NIHSS, foi desenvolvida em 1989 por pesquisadores da *University of Cincinnati Stroke Center* e é utilizada, atualmente, como indicador do tamanho, gravidade da lesão e prognóstico, através da avaliação quantitativa dos déficits neurológicos relacionados ao AVC.

A NIHSS baseia-se, em 11 (onze) critérios que são geralmente afetados pelo AVC, tendo uma pontuação resultante da soma de cada critério, a pontuação obtida em cada um dos itens varia de 0 a 42 pontos, quanto maior for a pontuação, mais severo é o comprometimento neurológico. Sendo assim, escores abaixo de 5 sugerem

níveis leves de comprometimento; escores entre 6 e 13 são moderados; e acima de 14 indicam severidade clínica (Neurology, 1999, v. 53, p. 126-131). Vide anexo A.

3.4.8 Tratamento acidente vascular cerebral

O tratamento do AVC é fundamental para minimizar as sequelas, aumentar as chances de recuperação e, em muitos casos, salvar vidas. Quanto mais rápido o tratamento for iniciado, melhor será a sobrevida da pessoa acometida. Cabe ressaltar que o tratamento vai depender do diagnóstico. Dentre as possibilidades de tratamento, destaca-se: tratamento medicamentoso e tratamento cirúrgico. Diante disso, existem algumas recomendações a serem seguidas, vide descrito a seguir:

Quadro 3 - Critérios de exclusão e inclusão para trombólise no AVC I.

Critérios de inclusão para trombólise química para AVC I com menos de quatro horas do início dos sintomas.
AVC isquêmico em qualquer território encefálico;
Tomografia computadorizada (TC) do crânio ou ressonância nuclear magnética (RNM) sem evidência de hemorragia;
Possibilidade de se iniciar a infusão do rtPA dentro de 4,5 horas do início dos sintomas. Para isso, o horário do início dos sintomas deve ser precisamente estabelecido. Caso os sintomas forem observados ao acordar, deve-se considerar o último horário no qual o paciente foi observado normal;
Idade superior a 18 anos.
Critérios de exclusão para trombólise química para AVC I com menos de quatro horas do início dos sintomas.
Uso de anticoagulantes orais com tempo de protrombina (TP) > 15 segundos (RNI > 1,7).
Uso de heparina nas últimas 48 horas com TTPA elevado;
AVC isquêmico ou traumatismo cranioencefálico grave nos últimos três meses;
História pregressa de hemorragia intracraniana ou de malformação vascular cerebral;
PA sistólica $\geq$ 185 mmHg ou PA diastólica $\geq$ 110 mmHg (em três ocasiões, com dez minutos de intervalo) refratária ao tratamento anti-hipertensivo
Melhora rápida e completa dos sinais e sintomas no período anterior ao início da trombólise.
Déficits neurológicos leves (sem repercussão funcional significativa);
Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo nos últimos 14 dias;
Punção lombar nos últimos sete dias;
Hemorragia geniturinária ou gastrointestinal nos últimos 21 dias ou história de varizes esofagianas;
Punção arterial em local não compressível na última semana;
Coagulopatia com TP prolongado (RNI > 1,7), TTPA elevado ou plaquetas < 100.000/mm ³ ;
Glicemia < 50mg/dl com reversão dos sintomas após a correção;
Evidência de endocardite ou êmbolo séptico;
Gravidez (contraindicação relativa);
Infarto do miocárdio recente (três meses) contraindicação relativa.
Suspeita clínica de hemorragia subaracnóide ou dissecção aguda de aorta.

Fonte: AHA, 2019; Brasil, 2020

Diante de tantas especificidades, os profissionais de saúde devem estar aptos para implementar as condutas adequadas para o manejo do AVC.

Ainda de acordo com protocolo da linha de cuidado do AVC adulto, do Ministério da Saúde (2020), especificamente em unidade hospitalar, se faz necessário seguir algumas recomendações para que se tenha êxito ao tratamento medicamentoso em casos de AVC I, conforme descrito a seguir:

Quadro 4 - Recomendações para o uso de trombolítico no AVC I.

RECOMENDAÇÕES PARA O USO DE TROMBOLÍTICO EM CASOS DE AVC I AGUDO	
Iniciar a infusão de rtPA EV 0,9 mg/kg administrando 10% em bolus em um minuto e o restante em uma hora. Não exceder a dose máxima de 90 mg.	Não administrar heparina, antiagregante plaquetário ou anticoagulante;
Manter restrição oral alimentar nas primeiras 24 horas do uso do trombolítico.	Manter o paciente em jejum por 24 horas pelo risco de hemorragia e necessidade de intervenção cirúrgica de urgência.
Não passar sonda nasoentérica nas primeiras 24 horas.	Não realizar cateterização venosa central ou punção arterial nas primeiras 24 horas.
Não passar sonda vesical. Se for imprescindível o uso de sonda vesical, esperar até, pelo menos, 30 minutos do término da infusão do rtPA.	Manter hidratação com soro fisiológico. Só usar soro glicosado se houver hipoglicemia (neste caso, usar soro isotônico: SG 5% + NaCL 20% 40 ml).
Controle neurológico rigoroso: verificar escore de AVC do NIHSS a cada 15 minutos durante a infusão, a cada 30 minutos nas próximas 6 horas e, após, a cada hora até completar 24 horas.	Se houver qualquer suspeita de hemorragia intracraniana, suspender o rtPA e solicitar TC de crânio com urgência, hemograma, TP, plaquetas e fibrinogênio.
Após as 24 horas do tratamento trombolítico, o tratamento do AVC segue as mesmas orientações do paciente que não recebeu trombólise, isto é, antiagregante plaquetário ou anticoagulação.	Iniciar profilaxia para Trombose Venosa Profunda (heparina de baixo peso ou enoxaparina) 24 horas pós- trombólise.
Controle pressórico glicêmico e de temperatura;	Monitorizar a pressão arterial a cada 15 min nas duas primeiras horas e depois a cada 30 minutos até 24 horas do início do tratamento, mantendo a pressão arterial $\leq$ 180/105 mmHg.

Fonte: AHA, 2019; Brasil, 2020

Todas as intervenções à pessoa com AVC na fase aguda da doença têm impacto direto no prognóstico, quanto mais ágil e eficaz for a abordagem inicial, melhores serão os resultados finais.

Com base nessa premissa, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº 1.161, de 07 de Julho de 2005, na qual ficou definido que deve ser implementada em todas as unidades federadas a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica (PNAPDN), que dentre outras determinações, permite ampliar e qualificar a cobertura do atendimento aos portadores de doenças

neuroológicas no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades terapêuticas (Brasil, 2005).

Ainda sobre a portaria supramencionada, a mesma estabelece que é necessário qualificar a assistência e promover a educação permanente aos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da PNAPDN, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

3.4.9 Linha de cuidado do acidente vascular cerebral

A organização das redes de atenção à saúde desde a sua implantação, foi sendo direcionada para minimizar as dificuldades encontradas nos diversos pontos de atenção. Os agravos à saúde são múltiplos e devido a isso, tornou-se necessário direcionar algumas ações para as doenças de maior incidência de morbimortalidade, sendo assim, priorizou-se a implantação das linhas de cuidado.

As linhas de cuidado são os fluxos assistenciais que definem o que deve ser seguido, com segurança e garantia ao usuário, buscando desta forma, atender às suas necessidades de saúde (Faria; Baccin; Masiero, 2019).

Possuem características de padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema. Descrevem rotinas do itinerário do paciente. Viabilizam a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma rede de atenção à saúde com foco na padronização de ações (Brasil, 2020).

Sendo assim, as linhas de cuidado podem corroborar para mitigar os desafios enfrentados, uma vez que quando instituídas podem otimizar o tempo resposta, garantindo acesso aos serviços e consequentemente fortalecendo o SUS, contribuindo para a promoção da equidade, humanização e efetividade das ações e serviços de saúde no Brasil.

Dentre as linhas de cuidado instituídas pelo Ministério da Saúde, temos a linha de cuidado do AVC.

A linha de cuidado do AVC fora instituída pela Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012 (Brasil, 2012). Esta portaria foi revogada pela portaria nº 800 de 17 de junho de 2015, na qual acresce, altera e revoga alguns dispositivos da portaria nº 665.

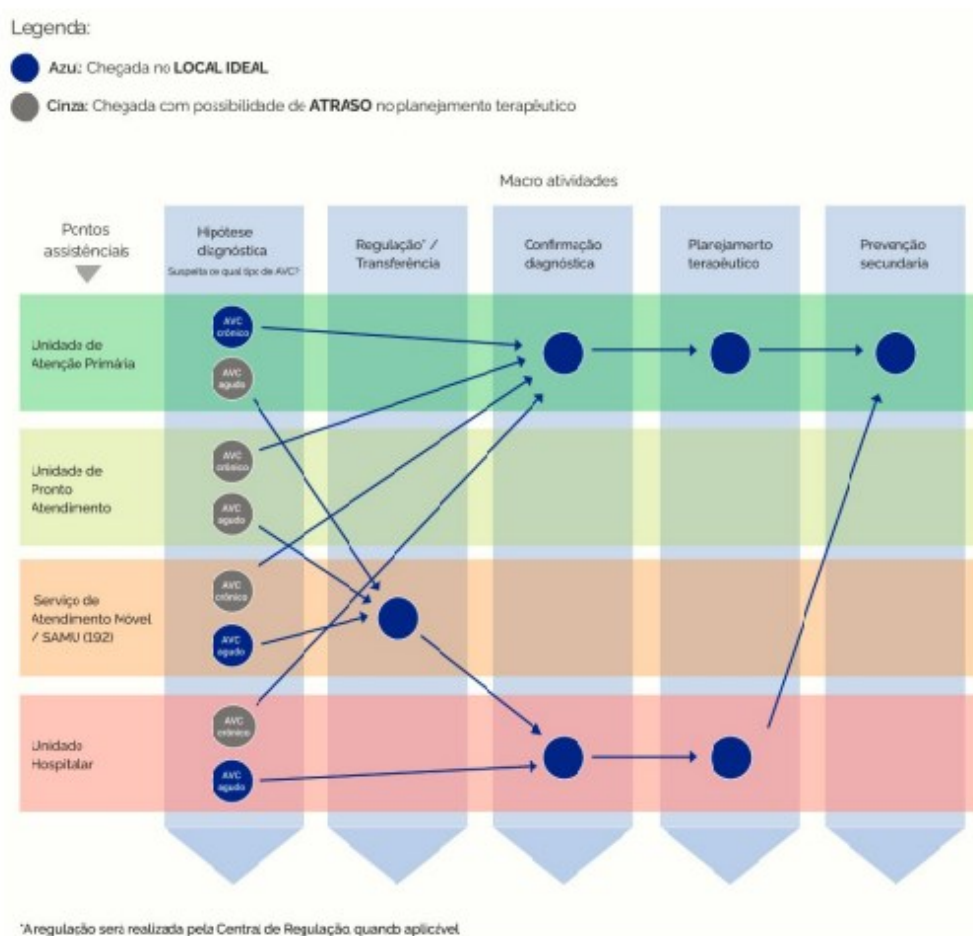
De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, a linha de cuidado do AVC inclui desde a prevenção e a identificação precoce dos fatores de risco, como hipertensão arterial, diabetes e tabagismo, até o diagnóstico rápido, o tratamento adequado e a reabilitação dos pacientes afetados pela doença.

Entre as principais recomendações da linha de cuidado do AVC estão a implementação de protocolos de atendimento padronizados, a capacitação de profissionais de saúde para reconhecer sinais e sintomas do AVC, a organização de serviços de urgência e emergência especializados e a promoção de ações de educação em saúde para a população.

Ao seguir as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, por meio da linha de cuidado, é possível melhorar a qualidade do atendimento, reduzir a morbimortalidade associada à doença e garantir uma abordagem mais humanizada e eficaz as pessoas acometidas por esse grave problema de saúde pública.

Todavia, considerando as fragilidades da rede de atenção à saúde é possível evidenciar que, caso não haja articulação dos pontos de atenção à saúde, a pessoa acometida por AVC pode ser direcionada erroneamente aos serviços de saúde de forma que a terapêutica será postergada, o que consequentemente contribuirá para os altos índices de morte e/ou sequelas. Por meio da figura abaixo, é possível evidenciar as possibilidades de atrasos na jornada da pessoa acometida por AVC nos pontos de atenção à saúde.

Figura 9 - Processo completo da Linha de Cuidado do AVC



Fonte: Brasil, 2020.

Ao analisar a figura 6, fica claro a importância dos fluxos assistenciais serem bem definidos para garantir que o paciente esteja no lugar certo, na hora certa e assim seja possível receber a assistência adequada.

Cabe salientar que a pessoa com AVC pode ser admitida em qualquer ponto de atenção à saúde, todavia, é de fundamental importância que ao suspeitar de AVC, que haja um direcionamento ao ponto de atenção adequado, para que seja possível diagnosticar o mais rápido possível o AVC e instituir a terapêutica em tempo oportuno.

3.4.10 Assistência à pessoa com acidente vascular cerebral agudo

O SUS requer profissionais comprometidos com os princípios da integralidade, equidade e universalidade. O processo de fortalecimento do SUS é marcado por

políticas de reorientação da formação e do trabalho em saúde que historicamente buscam enfrentar gargalos que comprometem a operacionalização do sistema segundo seus princípios (Ogata, *et al.*, 2021).

A prática dos profissionais de enfermagem tem profunda influência na qualidade da assistência prestada aos pacientes (Sari; Prihatiningsih; Lusmilasari, 2021).

Seguindo as recomendações vigentes em nosso país, as diretrizes do Ministério da Saúde, relacionadas a linha de cuidado do AVC no adulto, diz que todas as pessoas que chegam ao atendimento de urgência e emergência com AVC devem ser realizadas os seguintes cuidados: (BRASIL, 2020):

Cuidados Gerais

- Controlar os sinais vitais com atenção especial à pressão arterial e temperatura axilar.
- Utilizar antitérmico se temperatura axilar for $> 37,5^{\circ}\text{C}$;
- Coleta de material para laboratório;
- Checar glicemia capilar: hipoglicemia pode causar sinais focais e simular um AVC. Se glicose $< 70 \text{ mg/dL}$, administrar glicose hipertônica 50% / 20 ml endovenosa, repetir hemoglicoteste em 1h;
- Manter o paciente com cabeceira a 0° , (posicionar a 30° se vômitos);
- Instalar acesso venoso periférico em membro superior não parético;
- Manter permeabilidade de vias aéreas e ventilação adequada;
- Administrar oxigênio por cateter nasal ou máscara se saturação de oxigênio for $< 94\%$ (atentar para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica);
- Não reduzir níveis pressóricos, exceto se pressão arterial sistólica estiver $\geq 220 \text{ mmHg}$ ou pressão arterial diastólica estiver $\geq 120 \text{ mmHg}$ ou se outra doença associada exigir a redução da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio e edema pulmonar);
- Não administrar grande volume de fluidos, a não ser em caso de hipotensão (em caso de necessidade, utilizar solução de cloreto de sódio 0,9%);
- Aplicar escalas para avaliação neurológica (escala NIHSS);
- Preparar o paciente para exames, tais como: a tomografia computadorizada de crânio e eletrocardiograma.

Acesso venoso e medicação

- Puncionar dois acessos venosos calibrosos na admissão;
- Manter hidratação com soro fisiológico nas 24 horas conforme indicação médica;
- Administrar esmolol ou nitroprussiato de sódio ou metoprolol se hipertensão conforme indicação médica;
- Monitorar administração de nitroprussiato de sódio ou esmolol e notificar alterações bruscas de PA.

Vias aéreas e sinais vitais

- Monitorar as vias aéreas, respiração, circulação e avaliação neurológica;
- Organizar material de intubação orotraqueal: oxigênio, máscara, bolsa-reservatório e aspirador conectados e testados.
- Avaliar gasometria e parâmetros de ventilação mecânica, notificar presença de PEEP elevada.
- Manter oximetria e monitorização cardíaca contínua nas 24 horas;
- Controlar pressão arterial não invasiva de 15 em 15 minutos nas 2 primeiras horas e, depois a cada 30 minutos, até 24 a 36 horas do início do tratamento. Meta: pressão arterial sistólica entre 160 e < 180 mmHg e pressão arterial diastólica <105 mmHg;
- Manter glicemia entre 100 e 180 mg/dL nas primeiras 24 horas;
- Controlar tax > 36,2 e 37, 5º de 6 em 6 horas;
- Avaliar alterações na frequência, ritmo nas ondas do eletrocardiograma;

Nível de consciência

- Aplicar NIHSS de 15 em 15 minutos durante a infusão do trombolítico;
- Aplicar NIHSS de 30 em 30 minutos nas primeiras 6 horas;
- Aplicar NIHSS de 60 em 60 minutos nas primeiras 24 horas;
- Atenção: suspender trombolítico diante de piora súbita (aumento de 4 pontos no NIHSS): cefaleia intensa; elevação súbita da pressão arterial; náuseas e vômitos.

Cuidados pós trombólise

- Não realizar: sondagem vesical até pelo menos 30 minutos após administração do trombolítico;
- Não realizar: sondagem nasoenteral nas primeiras 24 horas após administração do trombolítico.
- Não realizar: administração de antiagregante plaquetários, heparina e anticoagulante oral nas primeiras 24 horas pós administração do trombolítico.
- Não realizar: administração de trombolítico se a PA não estiver controlada.

Diante do exposto, entendendo a importância da equipe de enfermagem, neste contexto, tendo o enfermeiro como líder de equipe, nos serviços hospitalares de urgência e emergência, destaca-se aqui o produto deste estudo que buscou a criação de uma proposta de capacitação para implementar as melhores práticas de enfermagem à pessoa com AVC no serviço hospitalar de emergência.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico, para elaboração de uma proposta de capacitação para o desenvolvimento das melhores práticas de enfermagem à pessoa com AVC no serviço hospitalar de urgência e emergência.

Segundo Polit e Beck (2019), o estudo metodológico tem várias finalidades, dentre elas o desenvolvimento de instrumentos e métodos relacionados à pesquisa. Por sua vez, este tipo de estudo tem aumentado o interesse por parte dos enfermeiros, pois proporciona ao pesquisador o aperfeiçoamento do instrumento para obtenção de resultados confiáveis.

4.1.1 Etapas para realização do estudo

Foram realizadas em três etapas: sendo um vídeo educativo, uma revisão integrativa e a construção de uma proposta de capacitação.

Na primeira etapa, foi construído um vídeo educativo, com a finalidade de aprimorar as práticas assistenciais de enfermagem frente a pessoa com AVC admitida em um pronto socorro estadual.

Este vídeo foi oriundo de uma disciplina ofertada no decorrer do curso de mestrado, disciplina Projetos Assistenciais e de Inovação Tecnológica. Optou-se para elaborar e divulgar um instrumento que pudesse disseminar de forma rápida e objetiva as ações prioritárias a serem desenvolvidas pela equipe de enfermagem diante de uma pessoa admitida com sinais e sintomas de AVC. A motivação para desenvolver o estudo surgiu da profissional da pesquisadora na sala de emergência de um pronto socorro estadual, onde a mesma identificou como problema da prática assistencial a falta de padronização nas condutas iniciais no atendimento de enfermagem à pessoa com AVC.

Na segunda etapa, foi realizada uma revisão integrativa, a qual buscou conhecer na literatura às melhores práticas de enfermagem à pessoa com AVC admitida no serviço hospitalar de emergência.

Para elaboração da revisão integrativa seguiu-se os passos propostos por Mendes, Silveira e Galvão (2008). Com base no protocolo estabelecido para a busca dos estudos, seis bases de dados foram localizados um total de 1.870 estudos, destes 16 estudos atenderam aos critérios de elegibilidade e compuseram a amostra e assim fora possível evidenciar as melhores práticas frente à pessoa com AVC. Ao proceder com a análise sistemática dos estudos fora possível identificar duas categorias temáticas, sendo: educação permanente em saúde e processo de trabalho.

Considerando os achados das duas primeiras etapas, construiu-se uma proposta de capacitação por meio da qual elaborada com base nos achados da revisão integrativa e associada a experiência da pesquisadora que esteve inserida no serviço hospitalar de emergência por mais de dez anos.

No que concerne à elaboração da proposta de treinamento, a mesma fora elaborada com base nos achados da revisão integrativa, que por sua vez buscou identificar na literatura nacional e internacional como desenvolver as melhores práticas de enfermagem para o cuidado da pessoa com AVC no serviço hospitalar de emergência.

Sendo assim, a proposta de treinamento fora estruturada por módulos de forma que os temas a serem estudados possam ampliar o conhecimento dos profissionais e oportunizem a padronização das condutas, otimizando o tempo

resposta. Ressalta-se que não fora possível realizar validação e implementação desta proposta devido não ter tido tempo hábil.

O detalhamento das três etapas, serão descritos na seção resultados.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo teve como foco os serviços hospitalares de emergência no estado de Rondônia.

O estado de Rondônia, possui dez hospitais de gestão estadual, dentre eles, dois são as referências estaduais para urgência e emergência, sendo eles o Hospital João Paulo II, que fica na macrorregião de saúde I e o Hospital de Urgência Regional de Cacoal (HEURO) que fica situado na macrorregião II. No entanto, cabe ressaltar que esta proposta de capacitação se aplica a todos os hospitais que sejam portas de entradas para as urgências e emergências.

4.3 PÚBLICO ALVO

O público alvo deste estudo são os profissionais de enfermagem que atuam nos serviços hospitalares de emergência no estado de Rondônia.

4.4 CUIDADOS ÉTICOS

Por não se tratar de pesquisa com seres humanos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética, contudo foram respeitados o sigilo e a confidencialidade dos autores, conforme preconiza à Resolução nº 510 de 2016 do conselho nacional de Saúde.

5 RESULTADOS

Os resultados desta dissertação são apresentados de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 07/2024/PPGPENF, de 21 de agosto de 2024, que delineiam os critérios para elaboração e o formato de apresentação das pesquisas conclusivas do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem

– Modalidade Profissional, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Neste capítulo, são apresentados os resultados a saber:

- **MANUSCRITO 1:** VÍDEO EDUCATIVO: Assistência de enfermagem à pessoa com Acidente Vascular Cerebral em um pronto socorro no norte do Brasil.
- **MANUSCRITO 2:** Acidente vascular cerebral, melhores práticas de enfermagem no serviço hospitalar de emergência: revisão Integrativa.
- **MANUSCRITO 3:** APRIMORANDO O CUIDADO: reflexão acerca da construção de uma proposta de capacitação sobre as melhores práticas de enfermagem à pessoa com Acidente Vascular Cerebral.
- **PRODUTO:** Melhores práticas de enfermagem para o cuidado da pessoa com acidente vascular cerebral no serviço hospitalar de emergência: Proposta de capacitação.

5.1 MANUSCRITO 1: VÍDEO EDUCATIVO: Assistência de enfermagem à pessoa com Acidente Vascular Cerebral em um pronto socorro no norte do Brasil.

RESUMO

A falta de padronização nas condutas de enfermagem no serviço hospitalar de emergência, pode contribuir significativamente para desfechos desfavoráveis. Tal problemática, pode ser consequência da alta rotatividade de profissionais, associado a dinâmica desses serviços. Levando em consideração que o Acidente Vascular Cerebral é um agravo tempo dependente, se faz necessário que as condutas iniciais na abordagem da pessoa acometida por este agravo sejam padronizadas. **Objetivo:** elaborar e divulgar um instrumento para disseminar de forma rápida e objetiva as ações prioritárias a serem desenvolvidas pela equipe de enfermagem diante de uma pessoa com Acidente Vascular Cerebral. **Método:** trata-se de um estudo descritivo tipo relato de experiência com o desenvolvimento de tecnologia educativa (vídeo educativo). O público alvo foi 86 profissionais de enfermagem que atuavam em um serviço de emergência no norte do Brasil. **Resultado:** foi construído um vídeo educativo, que fora disponibilizado por meio de um link gerado pelo canal *youtube*. O link ficou disponível por um período de 21 dias tendo alcançado 110 visualizações. **Conclusão:** é possível afirmar que o objetivo foi alcançado, tendo em vista que o produto final elaborado fora disseminado entre os profissionais e teve boa aceitação. Levando em consideração esses aspectos, a experiência vivenciada, proporcionou momentos de muito aprendizado, destacando como ponto positivo, a oportunidade de poder contribuir para a disseminação de informações valiosas e que poderão ser utilizadas para aprimorar as práticas diárias da equipe de enfermagem e consequentemente para mitigar as possíveis sequelas e ou complicações advindas do agravo em estudo.

Palavras-chave: Acidente vascular encefálico; Assistência de Enfermagem; Vídeo Educativo.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) engloba várias faces de atendimento em saúde, dentre elas, os Serviços de Urgência e Emergência (SUE). Esses serviços são prestados em unidades previamente referenciadas em atendimentos a pacientes com problemas agudos de alta complexidade e com risco iminente de morte. (Souza, 2021).

Estima-se que, se as tendências continuarem, em 2030 haverá 20 milhões de mortes por Acidente Vascular Cerebral (AVC) em todo o mundo. (Maredza; Bertram; Tollman, 2015 referência antiga, atualizar). No ano de 2019, foram registradas mais

de 162 mil internações em decorrência de novos casos de AVC no Brasil (Brasil, 2020).

Os profissionais que atuam em serviços de emergência hospitalar, desempenham suas atividades em um ambiente de imprevisibilidade e incertezas, com altas exigências físicas e mentais (Miorin, *et al.*, 2018).

O AVC é uma doença grave e que, se não reconhecida de forma imediata pode ter consequências devastadoras para o paciente, afetando diretamente sua qualidade de vida futura (Franco, *et al.*, 2020). O sinal mais comum é a fraqueza repentina ou dormência da face, braço e/ou perna, geralmente em um lado do corpo (Brasil, 2013).

Esse agravo em saúde, além de apresentar uma alta taxa de mortalidade, representa no mundo inteiro uma das principais causas de incapacidade, em especial no contexto funcional e cognitivo (Margarido, *et al.*, 2021). Portanto, o reconhecimento desse agravo e seus desdobramentos é de fundamental importância para que haja êxito nas condutas, garantindo dessa forma um atendimento integral levando em consideração que nesses casos tempo é cérebro.

De acordo com Alves, *et al.*, (2020) as limitações do AVC, impactam significativamente a dinâmica e a qualidade de vida e podem tornar o indivíduo incapaz de executar tarefas básicas como as de autocuidado, repercutindo no relacionamento familiar e social.

A falta de padronização nas condutas, contribuem significativamente para desfechos desfavoráveis. Tal problemática, pode ser consequência da alta rotatividade de profissionais, associado a dinâmica dos serviços de emergência hospitalar. Nos últimos anos, devido a pandemia pela COVID-19, houve contratação de inúmeros profissionais de forma emergencial, profissionais em sua grande maioria, inexperientes e que nunca tinham tido contato com as demandas de um pronto socorro. Mesmo assim, diante da necessidade de contratação, esses profissionais foram inseridos nos serviços sem uma preparação prévia, o que de certo modo pode ser considerado um fator importante para algumas falhas nos processos de trabalho. Além disso, a dinâmica destes serviços, que já era considerada altamente complexa, também como consequência da pandemia, houve um aumento considerável de pessoas admitidas com agudização das doenças crônicas, a exemplo a hipertensão e diabetes. Vale salientar que, diabetes e hipertensão, dentre outros, são descritos como fatores de risco para o desencadeamento do AVC.

Uma das rotinas que os profissionais da enfermagem precisam incorporar em seus cotidianos de trabalho é a constante atualização de suas práticas de cuidado. Além do aperfeiçoamento contínuo, é necessário que os profissionais busquem informações acerca do funcionamento da unidade de saúde na qual estão inseridos, com o objetivo de otimizar e facilitar a sua atuação.

Dentre as estratégias para educação permanente em saúde, em se tratando de instrumentos utilizados, destaca-se o Vídeo Educativo (VE), como recurso didático, tecnológico e disseminador de conhecimentos, o qual pode ser usado para a formação da consciência crítica e como forma de promoção da saúde (Moreira *et al.*, 2013).

Os meios de comunicação, principalmente o audiovisual, desenvolvem formas sofisticadas e multidimensionais de comunicação sensorial, emocional e racional, superpondo linguagens e mensagens que facilitam a interação com o público (Razera, *et al.*, 2014).

A produção de vídeo é uma maneira econômica de comunicar, educar e inspirar um público amplo. É uma maneira conveniente e acessível de fornecer informações educacionais consistentes por meio de um formato interativo. (Fleming, Reynolds e Wallace, 2009).

A escolha pelo tema de estudo se deu após o mapeamento do campo de prática assistencial, o qual se caracteriza por ser uma unidade hospitalar de urgência e emergência, referência para o atendimento à pacientes neurocríticos, em especial o AVC. Este estudo visou elaborar e divulgar um instrumento que pudesse disseminar de forma rápida e objetiva as ações prioritárias a serem desenvolvidas pela equipe de enfermagem ao admitir uma pessoa com AVC. A motivação para desenvolver o estudo surgiu da vivência profissional na sala de emergência de um pronto socorro estadual, onde é possível observar a importância da atuação da equipe de enfermagem na gestão do cuidado ao paciente.

Levando em consideração que os profissionais de enfermagem, devem estar aptos para reconhecer e compreender a importância do atendimento à pessoa com AVC em tempo oportuno, se faz necessário que as condutas iniciais sejam padronizadas. Neste sentido, a utilização de instrumentos que sirvam para nortear esse atendimento, pode auxiliar no reconhecimento precoce e dessa forma otimizar as condutas. Diante do exposto, teve-se como ideia central, produzir um vídeo educativo contendo as ações prioritárias para nortear as condutas de enfermagem frente a pessoa acometida por AVC.

Posto isto, o problema da prática assistencial identificado foi a falta de padronização nas condutas iniciais no atendimento de enfermagem à pessoa com AVC. Acredita-se que isso possa contribuir para o aumento dos índices de mortalidade e/ou sequelas devido à gravidade da doença, tendo em vista que quanto maior o tempo de espera sem a terapêutica adequada, maiores serão as possibilidades de complicações.

MÉTODO

Pesquisa metodológica, por meio de um estudo descritivo tipo relato de experiência, que utilizou um caminho sistematizado para o desenvolvimento de uma tecnologia educativa: vídeo educativo, para aprimorar o atendimento de enfermagem frente a pessoa com AVC. A proposta foi elaborada a partir do contexto da assistência de enfermagem à pessoa acometida por AVC atendida em um pronto socorro no estado de Rondônia.

Este estudo descritivo, sob a forma de relato de experiência, detalha o processo de desenvolvimento de um vídeo educativo como ferramenta para otimizar o atendimento de enfermagem a pacientes com AVC em um pronto-socorro estadual. A iniciativa, realizada entre setembro e novembro de 2022, foi motivada pela necessidade de aprimorar a assistência prestada a esse público específico.

O estudo foi desenvolvido no Hospital Estadual e Pronto Socorro João Paulo II, unidade de saúde de alta complexidade voltada para o atendimento de urgência e emergência, localizado no município de Porto Velho - Rondônia, no norte do Brasil. É referência para os municípios do interior do estado, bem como para estados vizinhos, como o Acre e sul do Amazonas, além de países fronteiriços, como a Bolívia e Peru. O hospital dispõe de 195 leitos oficiais, sendo 108 leitos clínicos, 32 leitos de cirurgia geral, 10 leitos de ortopedia/traumatologia, 45 de terapia intensiva (CNES, 2022). Especificamente nesse estudo foram envolvidos dois setores desta unidade de saúde: Classificação de Risco e Sala de Emergência, setores esses que estão diretamente ligados ao processo de atendimento inicial à pessoa acometida por AVC.

O público alvo foram os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que aceitaram participar do estudo. Quanto aos critérios de inclusão, profissionais que desenvolvessem suas atividades laborais nos setores de Classificação de Risco e Sala de Emergência, totalizando 86 profissionais, sendo 22

enfermeiros e 64 técnicos em enfermagem. Independentemente do tempo de serviço estes profissionais estavam autorizados a participar, uma vez que, as informações contidas no vídeo educativo apresentado contribuiria para a tomada de decisão durante o atendimento à pessoa acometida por AVC. Quanto aos critérios de exclusão: auxiliar de enfermagem e os demais profissionais de enfermagem que estivessem afastados de suas atividades laborais durante o período a aplicação do vídeo educativo assim como aqueles que se recusassem participar do estudo.

RESULTADOS

Para a construção do vídeo, foi utilizado uma adaptação a trajetória metodológica proposta por Fleming, Reynolds e Wallace (2009), seguindo as seguintes etapas:

- Revisão da literatura;
- Construção do roteiro;
- Construção do vídeo educativo;
- Divulgação do vídeo educativo aos profissionais de enfermagem;
- Avaliação dos profissionais de enfermagem com relação ao vídeo educacional;

Segue a descrição desse processo.

Revisão da literatura

Primeiramente fora realizada uma revisão da literatura acerca da temática com a finalidade reunir informações acerca das condutas prioritárias à pessoa acometida por AVC e embasar cientificamente a importância da atuação da equipe de enfermagem frente a um agravo que requer atendimento ágil e seguro.

Construção do roteiro do Vídeo Educativo

Após a revisão da literatura, fora construído um roteiro para elaboração do vídeo com elementos centrais de comunicação e educação em saúde para os profissionais, a saber: contextualização da doença e cuidados de enfermagem prioritários. Segue a descrição desse roteiro:

No primeiro momento fora feito uma contextualização sobre o assunto estudado, conceituando a patologia e trazendo informações epidemiológicas que enfatizam a importância do manejo desse agravo em tempo oportuno. No momento subsequente, fora abordado sobre a ferramenta que pode auxiliar os profissionais na identificação de uma pessoa com AVC. Por fim, fora enfatizado as condutas iniciais esperadas, assim como os principais cuidados de enfermagem. Procurou-se seguir o roteiro proposto para o VE uma linguagem acessível à compreensão do público-alvo levando em consideração que são profissionais de diferentes níveis de instrução.

Construção do vídeo educativo

A construção do vídeo educativo aconteceu por meio da utilização do programa CANVA, que é uma plataforma de design gráfico que permite aos usuários criar gráficos de mídia social, apresentações, infográficos, pôsteres, vídeos e outros conteúdos visuais. As informações para serem inseridas no vídeo foram oriundas do levantamento bibliográfico realizado.

Divulgação do vídeo educativo aos profissionais de enfermagem

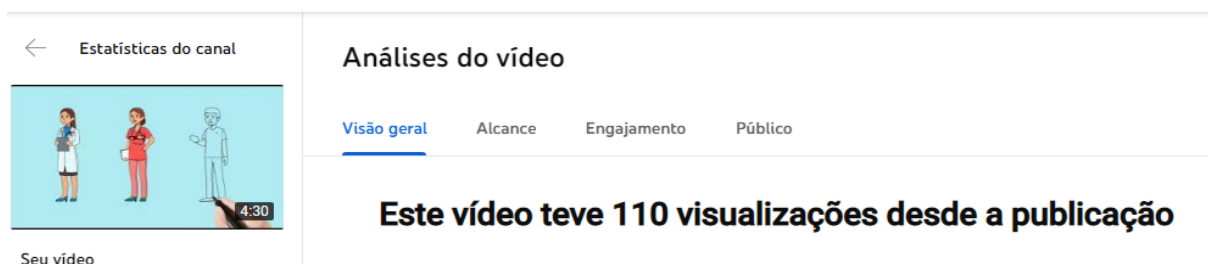
A divulgação do vídeo educativo, aconteceu da seguinte forma, primeiro o VE foi inserido na plataforma *youtube*, tendo sido gerado um link (<https://youtu.be/sOTYbvgtHk8>) que foi utilizado para divulgação. Após isso foi feito um contato prévio com a coordenação do Núcleo de Educação Permanente e as coordenações de enfermagem dos setores envolvidos, com a finalidade de formalizar a proposta de intervenção. Após esse contato, O link do vídeo fora disponibilizado nos grupos de *whataApp* por meio dos coordenadores de área.

Avaliação dos profissionais de enfermagem com relação ao vídeo educacional

O processo avaliativo fora realizado por meio da aplicação de um questionário via *Google Forms*, contendo três questões acerca da qualidade e relevância do vídeo educativo.

De 09 a 30 de novembro de 2022, fora evidenciado 110 visualizações pelo canal *youtube*. Sendo possível afirmar que o vídeo teve um alcance além dos setores pré-estabelecidos, uma vez que os setores escolhidos para comporem o estudo possuem um total de 86 profissionais de enfermagem.

Figura 1: Análise do vídeo



Fonte: Canal *youtube* da pesquisadora, 2022.

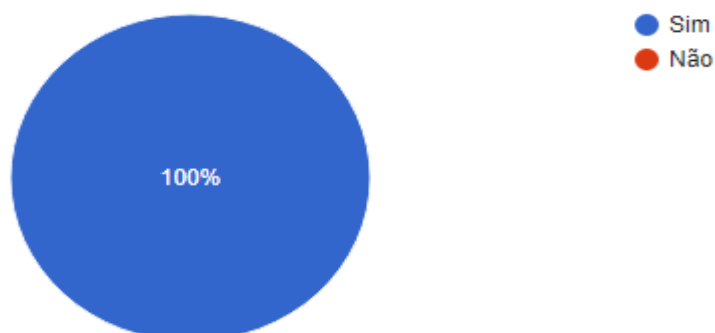
Por meio da manifestação dos profissionais via resposta do questionário por meio do *Google Forms* a estratégia educacional fora de grande relevância, sendo possível ratificar que estratégias educativas diferentes das tradicionais a exemplo do vídeo educativo se torna bastante atrativa.

Quanto ao questionário de avaliação, foi obtido um total de 71 respostas.

Quando os profissionais foram perguntados sobre a clareza do vídeo, 100% informaram que o vídeo foi claro e objetivo.

O vídeo educativo foi claro e objetivo?

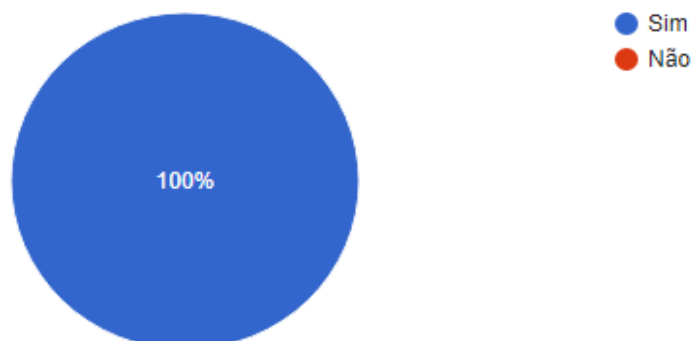
71 respostas



Quando os profissionais foram perguntados sobre a relevância do vídeo para sua prática profissional, 100% responderam que é relevante para sua prática diária.

O conteúdo apresentado no vídeo é relevante para sua prática profissional?

71 respostas



Para finalizar foi solicitado aos profissionais que de forma livre manifestassem sugestões, críticas e/ou comentários acerca do vídeo. Vale ressaltar que esse item não era obrigatório preencher.

Caso tenha alguma sugestão, críticas ou comentários, registre aqui.

21 respostas

Muito bom o vídeo, esclarecedor e objetivo. parabens

O meu comentário é um elogio, o vídeo elaborado é super didático e prático facilitando a tomada de decisão frente ao paciente acometido de AVC. Parabéns

Parabéns ótimo.

Sugiro especificar previamente sinais e sintomas! Após 4 min, a fala depois (exceto, quem elaborou) poderia ser cortada! No mais, excelente vídeo!

Muito bom, linguagem clara e objetiva.

Claro e objetivo! ❤️

Gostei bastante, e sempre bom revisar assistência aos pacientes com essa patologia.

Material educativo claro e objetivo! Parabéns! Som de fundo agradável, leitura realizada pausadamente, informações atuais e orientações de conduta diretas. Ótimo material 🍪🍪

Parabéns pelo seu empenho. Este vídeo é importante para orientações assistenciais aos casos suspeitos do AVC!

Podia ter imagens em vídeo, para chamar mais atenção, porque dessa forma escrita e falada não prende muito. Podia ter imagens do próprio hospital, por exemplo.

Temos que ser rápido e objetivos no atendimento dessa doença.

Tudo perfeito!

Excelente conteúdo

Mais cursos assim!

Parabéns, bem elaborado l, linguagem clara e objetiva

REFLEXÃO DA PRÁTICA EDUCATIVA

Considerando a manifestação dos profissionais durante o processo avaliativo, fora possível evidenciar que ainda se faz necessário uma abordagem sobre a temática de forma mais detalhada com a finalidade de nivelar o nível de conhecimento acerca do tema em estudo.

Com relação ao tempo disponibilizado para execução da intervenção, seria necessário um intervalo de tempo maior para que fosse possível seguir um rigor metodológico mais robusto principalmente com relação a validação e avaliação do material produzido.

De um modo geral, é possível afirmar que o objetivo fora alcançado, tendo em vista que o produto final elaborado fora disseminado entre os profissionais e com boa aceitação. A disposição dos profissionais em assistir o material construído ratificou que é de fundamental importância de se criar estratégia educacional diferente da tradicional com a finalidade de facilitar a adesão dos profissionais nas capacitações. Levando em consideração esses aspectos, a experiência vivenciada, proporcionou momentos de muito aprendizado, destacando como ponto positivo a oportunidade de poder contribuir para a disseminação de informações tão valiosas e que poderão ser utilizadas para aprimorar as práticas diárias da equipe de enfermagem e consequentemente contribuir para mitigar as possibilidades de sequelas e ou complicações advindas do agravo em estudo. Alguns ajustes foram realizados no vídeo educativo, com base na manifestação dos profissionais durante o processo avaliativo, com a finalidade de inserir informações relevantes tais como os sinais e sintomas, os quais ajudarão no reconhecimento precoce de uma pessoa acometida com AVC e para que assim as ações sejam empregadas de maneira assertiva.

CONCLUSÃO

Tendo em vista os aspectos observados, a implementação das tecnologias em saúde, nos processos educacionais proporcionam inovações que tornam o aprendizado mais atrativo e consequentemente mais significativo. O vídeo educativo fora de suma importância para a disseminação das informações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações em Saúde**. 2020. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>. Acesso em: 17 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p. il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 11 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 50 p. il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf. Acesso em: 18 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)** [Internet]. 2022. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/1100202493888>. Acesso em: 27 ago. 2022.

FLEMING, S. E., REYNOLDS, J., WALLACE, B. Lights... camera... action! A guide for creating a DVD/Video. **Nurse Educator**, v. 34, n. 3, p. 118-121, mai.-jun. 2009. doi: 10.1097/NNE.0b013e3181a0270e. PMID: 19412052. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19412052/>. Acesso em: 16 out. 2022.

FRANCO, J. V. V., LUZ, L. C., SILVA, D. S., BRAZ, D. C., SPÍNDOLA, L. A. Atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente suspeito e/ou vítima de acidente vascular encefálico. **Revista Amazônia Science & Health**, v. 8, n. 4, p. 25-36, 2020. doi: 10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v8n4p25. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/3233/1701>. Acesso em: 24 jul. 2022.

MARGARIDO, A. J. L., et al. Epidemiologia do Acidente Vascular Encefálico no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 39, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/8859/5725>. Acesso em: 15 set. 2022.

MAREDZA, M.; BERTRAM, M. Y.; TOLLMAN, S. M.. Disease burden of stroke in rural South Africa: an estimate of incidence, mortality and disability adjusted life years. **BMC Neurology**, v. 15, p. 54, 2015. Disponível em: <https://bmcneurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12883-015-0311-7>. Acesso em: 13 mar. 2022.

MIORIN, J. D. et al. Prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e2350015, 2018. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002350015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072018000200305&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jul. 2020. Epub 03 mai. 2018.

MOREIRA, C. B.; BERNARDO, E. B. R.; CATUNDA, H. L. O.; AQUINO, P. S.; SANTOS, M. C. L.; FERNANDES, A. F. C. Construção de um vídeo educativo sobre detecção precoce do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 401-407, 2013. Disponível em:

<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/505>. Acesso em: 15 out. 2022.

RAZERA, A. P. R.; BUETTO, L. S.; LENZA, N. F. B.; SONOBE, H. M. Video educational: teaching-learning strategy for patients chemotherapy treatment. **Ciências da Saúde**, v. 13, n. 1, p. 173-178, 2014. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/283712267_Video_educativo_estrategia_de_ensino-aprendizagem_para_pacientes_em_tratamento_quimioterapico. Acesso em: 15 out. 2022.

SOUZA, M. N. da; LIMA, L. A. de; SOUSA, V. J. de; COSTA, I. F. A. F. da. Prática dos profissionais de enfermagem frente à segurança do paciente em uma unidade de emergência. **Enfermagem Brasileira**, v. 22, n. 3, p. 301-317, 2021. Disponível em:

<https://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4008>. Acesso em: 24 jul. 2022.

5.2 MANUSCRITO 2: Acidente vascular cerebral, melhores práticas de enfermagem no serviço hospitalar de emergência: revisão Integrativa.

RESUMO

Objetivo: identificar as melhores práticas de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral no serviço hospitalar de emergência. **Método:** revisão integrativa. Consultadas as bases de dados: BDeinf, EMBASE, LILACS, MEDLINE/ PubMed e SCIELO. Os critérios de elegibilidade foram estudos publicados em português, inglês e espanhol, no período de 2013 a 2023. Para seleção dos estudos e extração dos dados foi utilizado a plataforma Mendeley®. **Resultados:** foram selecionados 1870 estudos, que ao final, 16 compuseram a amostra. Foi possível evidenciar as melhores práticas frente à pessoa com acidente vascular cerebral: triagem efetiva; priorização e otimização do exame de imagem (tomografia); instalação do acesso venoso periférico e coleta de sangue para exame; administração do trombolítico tão logo quando indicado pelo médico e controle da temperatura, glicemia e disfagia. **Conclusão:** os achados apontaram para a importância do desenvolvimento das melhores práticas, por meio de estratégias da Educação Permanente em Saúde para que os processos de trabalhos sejam otimizados e assim seja possível prestar assistência integral e qualificada.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Enfermagem em emergência; Serviço hospitalar de emergência; Acidente Vascular Cerebral.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença incapacitante, de alta morbimortalidade, que atinge cada vez mais pessoas jovens, dividido em isquêmico e hemorrágico, sendo o primeiro o mais prevalente (Machado, *et al.*, 2020). Sabe-se que 50% dos sobreviventes são acometidos por graves sequelas físicas e mentais, impactando economicamente e socialmente (Kleindorfer, *et al.*, 2021).

Estima-se que 13,5 milhões de pessoas por ano são acometidas por AVC, com taxa de mortalidade anual estimada de 5,5 milhões de pessoas. Globalmente, um em cada quatro adultos com mais de 25 anos terá um AVC durante a vida (WSO, 2021).

O número anual de mortes por AVC aumentou substancialmente de 1990 a 2019 em todo o mundo. Em 2019, houve 6.55 milhões de mortes por AVC. Globalmente, o AVC foi a segunda principal causa de morte e a terceira principal causa de morte e incapacidades combinadas (Feigin, *et al.*, 2021).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que até 2030, o AVC continuará sendo a segunda maior causa de morte no mundo, sendo responsável por 12,2% dos óbitos previstos para o ano (OMS, 2021).

O impacto, quando representado em anos de vida perdidos, ainda é um dos maiores na população mundial. Sendo assim, faz-se importante o rápido reconhecimento e manejo dos pacientes, a fim de evitar ao máximo as sequelas e promover a qualidade de vida ao paciente (Lomanto, Carvalho e Neto, 2022).

Os maiores índices de mortalidade pelo AVC encontram-se nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (Silva, *et al.*, 2019).

Considerando os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), os quais representam um apelo universal para acabar com a pobreza, proteger o planeta e garantir que todas as pessoas desfrutem de paz e prosperidade, no contexto brasileiro, as Doenças Cerebrovasculares (DCV) se encaixam em diversos desses objetivos, especialmente aqueles relacionados à saúde e bem-estar.

No decorrer das últimas décadas, o perfil epidemiológico brasileiro vem se modificando, sendo que as doenças crônicas não transmissíveis e, especialmente, aquelas relativas ao aparelho circulatório vêm chamando a atenção de especialistas, uma vez que são as principais causas de mortalidade, dentre elas o AVC (Souto; Lima e Santos, 2019). Entre 2021 e 2022, há registro de 71.790 óbitos por doenças cerebrovasculares no Brasil (Brasil, 2022).

O serviço hospitalar de emergência, caracteriza-se pela alta demanda de atendimentos de origem clínicas e traumáticas, sendo o AVC, o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o traumatismo encefálico (TCE) as principais causas de procura por essas unidades (Júnior, *et al.*, 2020).

Diante disso, se faz necessário que os pontos de atenção de referência para o atendimento da pessoa com AVC disponham de meios para realizar diagnóstico e tratamento precocemente. Normalmente, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), este atendimento tem como referência os serviços hospitalares de emergência.

Em âmbito hospitalar, entre as mais diversas categorias profissionais atuantes, podemos citar a enfermagem, estando estes inseridos em um cotidiano de trabalho dinâmico, desafiador e em uma rotina imprevisível que acaba sendo uma das características marcantes nesses locais (Mass, 2022). Devido a imprevisibilidade do serviço hospitalar de emergência, os profissionais de enfermagem precisam estar

atualizados em suas práticas de cuidado cotidianas, e, neste sentido, para a melhoria do desempenho e um atendimento adequado, é necessário o aperfeiçoamento por meio de cursos de atualização (Santana, 2021).

O AVC representa um desafio significativo para a saúde pública no Brasil. Compreender o impacto deste agravo é crucial para o desenvolvimento de políticas públicas e ações efetivas que visem à sua prevenção, tratamento e reabilitação. Diante disso, é de fundamental importância que estratégias sejam pensadas com a finalidade de mitigar os altos índices deste agravo.

Sabendo que a implementação de conduta eficaz e em tempo oportuno, podem contribuir para o aumento da sobrevida da pessoa acometida pelo AVC, o objetivo deste estudo é: identificar, as melhores práticas de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral no serviço hospitalar de emergência.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa fundamentada nos passos propostos por Mendes, Silveira e Galvão (2008): identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, busca na literatura e estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Por se tratar de um estudo que não houve envolvimento de seres humanos não foi necessário a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, todavia, foram seguidos e respeitados os direitos autorais de todos os autores consultados.

Para a construção da questão norteadora, foi empregada a estratégia PICo, acrônimo para: population, interest, context, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1 – Estratégia PICo.

ACRÔNIMO	DEFINIÇÃO	APLICAÇÃO
P	Population (População)	Pessoa acometida por Acidente Vascular Cerebral
I	Interest (Interesse)	Cuidados de enfermagem
Co	Context (Contexto)	AVC no serviço hospitalar de emergência

Fonte: Autoras, 2022.

Formando desta forma a seguinte questão norteadora: Quais as melhores práticas de enfermagem a pessoa com acidente vascular cerebral no serviço hospitalar de emergência?

Para seleção dos artigos, utilizou-se acesso on-line em cinco bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDEnf), EMBASE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System online* (MEDLINE/ PubMed) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

A busca foi realizada seguindo um protocolo de estratégia de busca orientado por meio do modelo padronizado pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no dia 20 de abril de 2023, vide apêndice A.

A estratégia de busca foi realizada em conjunto com uma bibliotecária também da referida universidade. Utilizou-se os descritores relacionados ao tema central de pesquisa através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headlines* (MeSH) os quais incluíram: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem em emergência; Serviço hospitalar de emergência; Acidente Vascular Cerebral. Os mesmos termos foram utilizados em português, inglês e espanhol. A estratégia de busca foi montada no dia 20 de abril de 2023, utilizando os operadores booleanos “OR” e “AND”. Com o cruzamento dos DeCS e MeSH, foram formadas as palavras chaves para busca conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Estratégias de busca

BASE DE DADOS	CRUZAMENTO DOS DESCRITORES
PUBMED	("Nursing"[Mesh] OR "Nursing" OR "Nursings" OR "Nurses"[Mesh] OR "Nurses" OR "Nurse" OR "Nursing Care"[Mesh] OR "Nursing Care" OR "Emergency Nursing"[Mesh] OR "Emergency Nursing") AND ("Emergencies"[Mesh] OR "Emergencies" OR "Emergency" OR "urgency" OR "Emergency Medical Services"[Mesh] OR "Emergency Medical Services" OR "Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR "Hospital Emergency Service") AND ("Stroke"[Mesh] OR "Stroke" OR "Apoplexy" OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents" OR "CVA" OR "CVAs" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "Strokes" OR "Cerebral ictus").
EMBASE (Elsevier)	("Nursing" OR "Nursings" OR "Nurses" OR "Nurse" OR "Nursing Care" OR "Emergency Nursing") AND ("Emergencies" OR "Emergency" OR "urgency" OR "Emergency Medical Services" OR "Hospital Emergency Service") AND ("Stroke" OR "Apoplexy" OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents" OR "CVA" OR "CVAs" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "Strokes" OR "Cerebral ictus").
LILACS BDNF e SCIELO	("Nursing" OR "Nursings" OR "Nurses" OR "Nurse" OR "Nursing Care" OR "Emergency Nursing" OR "Enfermagem" OR enfermeir* OR "Cuidados de Enfermagem" OR "Enfermagem em Emergência" OR "enfermeria" OR enfermer* OR "Atención de Enfermería" OR "Enfermería de Urgencia") AND ("Emergencies" OR "Emergency" OR "urgency" OR "Emergency Medical Services" OR "Hospital Emergency Service" OR "Emergências" OR "Emergência" OR "Urgência" OR "Urgências" OR "Serviços Médicos de Emergência" OR "Urgencias Médicas" OR "Urgencia Médica" OR "Servicios Médicos de Urgencia") AND ("Stroke" OR "Apoplexy" OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents" OR "CVA" OR "CVAs" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "Strokes" OR "Cerebral ictus" OR "Acidente Vascular Cerebral" OR "AVC" OR "AVE" OR "Acidente Cerebral Vascular" OR "Acidente Cerebrovascular" OR "Acidente Vascular Encefálico" OR "Acidente Vascular do Cérebro" OR "Acidentes Cerebrais Vasculares" OR "Acidentes Cerebrovasculares" OR "Acidentes Vasculares Cerebrais" OR "Apoplexia" OR "Derrame Cerebral" OR "Icto Cerebral" OR "Ictus Cerebral" OR "Accidente Cerebrovascular" OR "ACV" OR "Accidente Cerebral Vascular" OR "Accidente Cerebrovascular" OR "Accidente Vascular Cerebral" OR "Accidente Vascular Encefálico" OR "Accidente Vascular del Cerebro" OR "Accidentes Cerebrovasculares" OR "Apoplejía" OR "Ataque Cerebral" OR "Ataque Cerebrovascular").

Fonte: Autoras, 2023.

A seleção dos estudos e extração dos dados foi realizada de forma independente, por dois revisores, utilizando a plataforma *MENDELEY*[®], não houveram conflitos. Os critérios utilizados para a seleção e a inclusão dos estudos foram:

estudos indexados nas bases de dados descritas anteriormente, publicados em português, inglês e espanhol, no período de 2013 a 2023, disponíveis eletronicamente na íntegra, que abrangessem a temática do estudo e que retratassem procedimentos e intervenções de enfermagem à pessoa com AVC admitida em um serviço hospitalar de emergência. Foram excluídos relatos de experiência, cartas, editoriais, monografia, dissertações, teses, artigos não relacionados ao escopo do estudo e estudos duplicados.

A coleta dos dados nas bases ocorreu em 27 de maio de 2023. Os estudos elegíveis para compor a amostra desta revisão foram lidos na íntegra, e os dados extraídos foram inseridos em uma planilha Microsoft Excel®, para síntese das informações. As variáveis foram dispostas em colunas: revista, título, base de dados, ano/país, objetivo, metodologia, participantes, cuidados de enfermagem, resultados, e pontos relevantes.

No presente estudo, foram evidenciadas as melhores práticas descritas na literatura, sobre os cuidados de enfermagem à pessoa acometida por AVC, admitida em um serviço hospitalar de emergência. Os dados de delineamento, ano de publicação, distribuição dos estudos segundo localização geopolítica e cuidados de enfermagem identificados, foram analisados e descritos na seção de resultados.

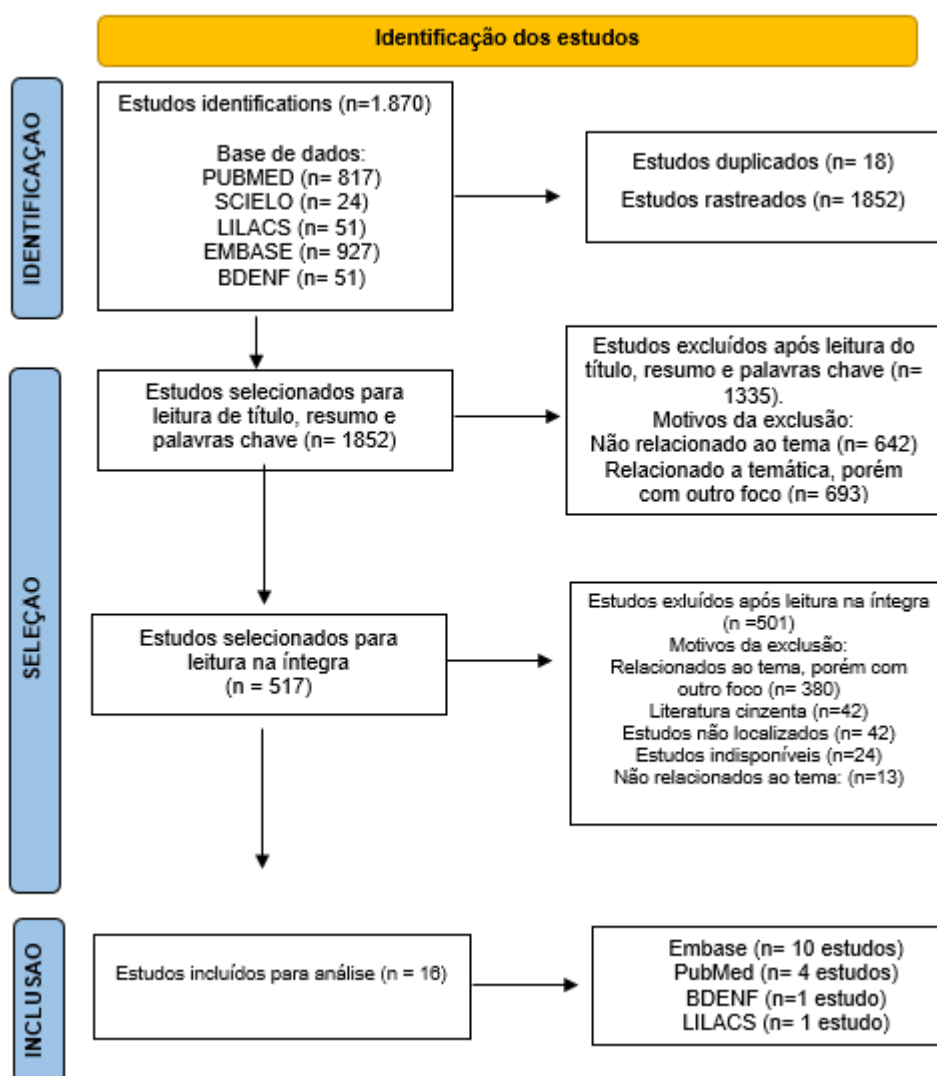
Para determinação do nível de evidência, seguiu-se o estabelecido por Fineout - Overholt *et al.*, (2010), que utiliza sete níveis para classificação hierárquica, aos quais são divididos em: nível I: Evidência de uma revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios randomizados controlados relevantes; nível II: Evidências obtidas de ensaios clínicos controlados; nível III: Evidências resultantes de ensaios controlados bem delineados sem randomização; nível IV: Evidências de caso-controle e de coorte; nível V: Evidências de revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; nível VI: Evidências de estudos descritivos ou qualitativos únicos; nível VII: Evidências da opinião de autoridades e /ou relatos de comitês de especialistas.

Os dados obtidos foram avaliados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin. Que se caracteriza por um conjunto de técnicas de análise visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos quanto à descrição do conteúdo (Bardin, 2016, p. 48).

RESULTADOS

A pesquisa nas bases de dados a partir das chaves de busca resultou na seleção inicial de um total de 1.870 publicações. Todas foram submetidas ao gerenciador de referências Mendeley® e subdivididas em pastas com o nome da base de dados. Dos artigos selecionados, 817 foram na base PubMed, 24 na SCIELO, 51 na base LILACS, 927 na base EMBASE e 51 na base BDENF. Foram excluídos 18 estudos por estarem em duplicidade. Restando então 1.852 estudos a serem rastreados. Em seguida, procedeu-se com a leitura do título, resumo e palavras chave dos trabalhos selecionados, após isso um total de 1.335 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Restando então, 517 estudos, que por sua vez foram lidos na íntegra. Após leitura na íntegra 501 estudos foram excluídos pelos seguintes motivos: 380 estudos relacionados ao tema, porém com outro foco, 42 estudos por fazerem parte da literatura cinzenta (teses e dissertações), 42 estudos não foram localizados, 24 estudos não estavam disponíveis e 13 estudos não estavam relacionados ao tema. Definindo-se então para a amostra final desta revisão integrativa, 16 estudos, sendo: um na BDENF, dez na EMBASE, um na LILACS e quatro na base PUBMED. Os dados extraídos foram organizados em planilha no Microsoft Excel® constituída pelos seguintes itens: revista, título, base de dados, ano/país, objetivo, metodologia, participantes, cuidados de enfermagem, resultados, e pontos relevantes. Após a seleção dos estudos, seguiu-se a recomendação do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* conforme figura 1.

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos conforme a recomendação *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).



Fonte: Fluxograma Prisma adaptado. Elaborado pelas autoras. Porto Velho, RO, 2024.

Em se tratando de delineamento metodológico, os estudos selecionados para compor a amostra, foram classificados como ensaio clínico randomizado, estudo experimental, estudo pragmático, estudo descritivo com abordagem quantitativa e revisão de literatura. Quanto à localização geopolítica, a amostra foi oriunda de publicações em cinco continentes: América do Sul, América do Norte, Oceania, Ásia e Europa. Todos os estudos foram publicados em periódicos internacionais, destacando-se o ano de 2017 com maior número de publicações (n=5). A língua

inglesa predominou em 14 estudos. Apenas dois estudos estavam na língua portuguesa. Quatro tiveram como público alvo os profissionais de enfermagem, dez estudos, os pacientes e dois estudos a equipe multiprofissional.

Com base na análise dos estudos, realizou-se a caracterização dos artigos apresentada no Quadro 3.

Quadro 3 – Quadro sinóptico dos artigos selecionados.

CÓDIGO e NE*	TÍTULO AUTORES/ANO	OBJETIVO	RESULTADOS	CATEGORIZAÇÃO
A 1 IV	Os efeitos da capacitação de enfermeiros sobre avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral. Júnior, et al., 2017	Avaliar os efeitos da capacitação dos enfermeiros do serviço de emergência no reconhecimento dos sinais e sintomas do AVC e aplicação da escala de NIHSS.	Após o treinamento, foi identificado uma melhora do conhecimento sobre acidente vascular cerebral de 68,5% para 85,26% dos casos avaliados.	Educação permanente
A 2 IV	Setting Up a Stroke Team Algorithm and Conducting Simulation-based Training in the Emergency Department - A Practical Guide. Tahtali D, et al., 2017	Objetivou estabelecer um algoritmo do Stroke Team e como foram realizados treinamentos regulares.	O estudo mostra a importância da comunicação efetiva no serviço de urgência ao identificar uma pessoa com AVC, assim como a importância do treinamento a todos os envolvidos. O algoritmo direciona o serviço, define os papéis dos atores envolvidos e otimiza o tempo-resposta.	Educação Permanente e Comunicação efetiva
A 3 V	New standardized nursing cooperation workflow to reduce stroke thrombolysis delays in patients with acute ischemic stroke. Zhou Y, et al., 2017	Avaliar a eficácia de um fluxo de trabalho de cooperação de enfermagem padronizado em pacientes com AVC isquêmico agudo para reduzir os atrasos na trombólise do AVC.	O valor médio do tempo de trombólise melhorou, diminuiu as pontuações da (NIHSS).	Processo de Trabalho: fluxograma de atendimento

Quadro 3 – Quadro sinóptico dos artigos selecionados.

(continua)

CODIGO e NE*	TITULO AUTORES/ANO	OBJETIVO	RESULTADOS	CATEGORIZAÇÃO
A 4 V	Cuidado de Enfermagem ao Paciente Vítima de Acidente Vascular Encefálico. Nunes, Fontes e De Lima, 2017	Investigar as intervenções de enfermagem aos pacientes com AVC no âmbito hospitalar.	O estudo afirma que não há consenso sobre proposta assistencial que viabilize as ações do enfermeiro. Contudo, a sistematização da assistência, norteia esse processo.	Processo de Trabalho: Sistematização da Assistência de Enfermagem
A 5 I	Nurse- Initiated Acute Stroke Care in Emergency Departments: The Triage, Treatment, and Transfer Implementation Cluster Randomized Controlled Trial. Middleton S, et al., 2019	Avaliar a eficácia de uma intervenção na triagem, tratamento e transferência de paciente com AVC agudo internados no pronto-socorro.	Evidenciou a importância da triagem de elegibilidade para o uso do trombolítico, monitoramento e gerenciamento das possíveis complicações por meio de protocolos clínicos.	Processo de trabalho: Protocolo institucional (acolhimento com classificação de risco)
A 6 V	Act-fast phase 1: Factors leading to delayed door-to-needle times for thrombolysis in acute stroke patients presenting to the emergency department. Chiu LQ, et al., 2021	Melhorar a porcentagem de pacientes com AVC agudo recebendo rtPA dentro de 60 minutos após a chegada ao departamento de emergência.	Ratifica que a triagem permite a identificação precoce de emergências sensíveis ao tempo. A porcentagem de pacientes trombolisados em 60 minutos aumentou e o tempo de internação foi significativamente reduzido.	Processo de trabalho: Protocolo institucional (acolhimento com classificação de risco)

Quadro 3 – Quadro sinóptico dos artigos selecionados.

(continuação)

CODIGO e NE*	TÍTULO AUTORES/ANO	OBJETIVO	RESULTADOS	CATEGORIZAÇÃO
A 7 V	Practice of integrated treatment process for acute ischaemic stroke in hospital coordinated by emergency stroke nurses. Li D, et al., 2021	Explorar o efeito prático de estabelecer um processo de tratamento integrado por enfermeiros de emergência de AVC em hospitais gerais para AVC isquêmico agudo.	O tempo mediano de admissão diagnóstico, estabelecimento de acesso venoso, realização de tomografia craniana e administração de terapia trombolítica intravenosa foi estatisticamente significativamente reduzido após a implementação do processo de tratamento integrado e coordenado por enfermeiras de emergência de AVC.	Processo de Trabalho: Protocolo institucional
A 8 IV	Establishment of emergency-nursing pathway of interventional thrombectomy in acute ischemic stroke. Zhang T, et al., 2021	Estabelecer a via de enfermagem de emergência da trombectomia intervascular no AVC isquêmico agudo.	Os intervalos de tempo desde a admissão até a recanalização dos pacientes do grupo de observação foram mais curtos do que aqueles do grupo controle.	Processo de Trabalho: Protocolo institucional
A 9 V	The role of stroke nurses in thrombolysis administration in Australia and the United Kingdom: A cross-sectional survey of current practice. Hamilton H, et al., 2021	Comparar diferenças nas práticas de enfermeiras de AVC relacionadas à administração de rt-PA na Austrália e no Reino Unido e examinar se essas diferenças influenciam as taxas de tratamento com rt-PA	Este estudo demonstra formalizar e ampliar o papel dos enfermeiros de AVC na administração de rt-PA poderia potencialmente aumentar as taxas de trombólise com benefícios clínicos para os pacientes.	Processo de trabalho: Protocolo institucional

Quadro 3 – Quadro sinóptico dos artigos selecionados.

(continuação)

CODIGO e NE*	TÍTULO AUTORES/ANO	OBJETIVO	RESULTADOS	CATEGORIZAÇÃO
A 10 VI	Helsinki model cut stroke thrombolysis delays to 25 minutes in Melbourne in only 4 months. Meretoja A, et al., 2013	Testar a transferibilidade do modelo de trombólise de AVC de Helsinki, que alcançou um tempo porta-agulha mediano de 20 minutos, para um ambiente de saúde australiano.	Foram 48 pacientes tratados com tPA nos 8 meses após a mudança de protocolo em comparação com 85 pacientes tratados em 2011.	Processo de Trabalho: Protocolo institucional
A 11 IV	Multidisciplinary Approach to Decrease In-Hospital Delay for Stroke Thrombolysis. Jeon SB, et al., 2017	Diminuir o atraso intra-hospitalar para terapia intravenosa por meio de uma abordagem multidisciplinar viável 24 horas por dia.	A taxa de trombólise aumentou e diminuiu significativamente o atraso intra-hospitalar.	Processo de Trabalho: protocolo institucional
A 12 V	Advancing telestroke interventions in an urban ED. Flanders S, 2019.	Diminuir o tempo de atendimento porta-agulha e melhorar a prestação geral de cuidados	O estudo mostrou que, ao implementar as condutas assertivas, os enfermeiros da triagem e médicos do pronto-socorro passaram a atender os pacientes na área de ambulâncias, reduzindo minutos do tempo de porta até a tomografia computadorizada.	Processo de trabalho: protocolo institucional

Quadro 3 – Quadro sinóptico dos artigos selecionados.

(continuação)

CODIGO e NE*	TÍTULO AUTORES/ANO	OBJETIVO	RESULTADOS	CATEGORIZAÇÃO
A 13 VI	Effect of pre-hospital early intervention combined with an in-hospital emergency model in the emergency care of patients with acute stroke. Wu Y, et al., 2022	Explorar o efeito da intervenção precoce pré-hospitalar combinada com um modelo de emergência intra-hospitalar no atendimento de emergência de pacientes com AVC agudo.	A intervenção precoce pré-hospitalar combinada com o modelo de emergência intra-hospitalar para pacientes com AVC agudo efetivamente melhorou a taxa de sucesso do resgate, reduziu o tempo de reanimação e a duração da hospitalização, reduziu a incidência de complicações e aumentou a satisfação da enfermagem.	Processo de Trabalho: Protocolos
A 14 I	Triage, treatment and transfer of patients with stroke in emergency department trial (the T (3) Trial): a cluster randomised trial protocol. Middleton S, et al., 2016	Avaliar a eficácia em de uma intervenção implementada por enfermeira para melhorar a triagem, tratamento e transferência de pacientes com AVC agudo para diminuir a dependência e morte em 90 dias.	Evidenciado as ações relacionadas à enfermagem, controle de febre, hiperglicemia e deglutição, seguido de transferência imediata para uma unidade de AVC agudo são essenciais para o prognóstico do paciente.	Processo de Trabalho: protocolo institucional
A 15 VI	Application effect of multidisciplinary collaborative nursing process in emergency care of patients with hypertensive cerebral hemorrhage. Li HJ, et al., 2023	Analisar o efeito da aplicação do processo de enfermagem colaborativa multidisciplinar no atendimento de emergência de pacientes com hemorragia cerebral hipertensiva.	Evidenciado diferenças significativas nas pontuações da escala de Avaliação da Independência Funcional (RANKIN) e do National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) após a implementação.	Processo de trabalho: protocolo institucional.

Quadro 3 – Quadro sinóptico dos artigos selecionados.

(conclusão)

CÓDIGO e NE*	TÍTULO AUTORES/ANO	OBJETIVO	RESULTADOS	CATEGORIZAÇÃO
A 16 VI	Effects of Nursing Quality Improvement on Thrombolytic Therapy for Acute Ischemic Stroke. Liu Z, et al., 2018	Investigar se a melhoria contínua da qualidade de enfermagem em enfermeiros de AVC tem um efeito positivo na redução do tempo de trombólise no AVC isquêmico agudo.	Após a implementação de medidas de melhoria da qualidade de enfermagem, o tempo médio porta-agulha foi encurtado, o tempo médio de início da agulha foi reduzido. O tempo médio para os resultados porta laboratório diminuiu.	Processo de Trabalho: protocolo institucional

Fonte: Autoras, 2023. NE* Nível de Evidência

Os estudos analisados foram publicados entre os anos de 2013 a 2024. Inicialmente, realizou-se análise acerca das características gerais destes, a saber: nível de evidência, título, autores, ano de publicação, objetivo, resultados e categorização, conforme disposto no quadro 3. De um modo geral, a análise dos estudos permitiu identificar dados referente as melhores práticas de enfermagem à pessoa com AVC agudo no serviço hospitalar de emergência.

DISCUSSÃO

O SUS, idealizado como um sistema universal, equânime e integral, enfrenta diversos desafios para garantir a organização e a oferta de cuidados de qualidade. Apesar das conquistas notáveis, ainda há um longo caminho a ser percorrido.

Os desafios para a implementação do SUS suscitaram a necessidade de uma política nacional para qualificar os trabalhadores da saúde, tendo como foco a centralidade nos usuários, os princípios legais do SUS e que usasse o cotidiano do trabalho como espaço formador (Higashijima, et al., 2024). Assim, em 2004 a Política

Nacional de Educação Permanente (PNEPS) a qual pautou a defesa da vida, as relações de poder no cuidado, a democratização das relações e o reconhecimento de diversos saberes.

Desta forma, o desafio de estruturar um sistema de saúde com organização e oferta do cuidado orientado pelos princípios da universalidade do acesso, integralidade e equidade da atenção, torna a ordenação da formação dos recursos humanos um importante investimento e atribuição da gestão (Dolny, *et al.*, 2020).

A integralidade do cuidado é um dos princípios fundamentais do SUS, consagrado na Constituição Federal de 1988, a qual se baseia na ideia de que a saúde é um direito de todos e que o Estado deve garantir o acesso a um atendimento abrangente e de qualidade (Brasil, 1988).

Esta revisão integrativa evidenciou eixos norteadores relacionados às estratégias que podem favorecer a implementação da integralidade do cuidado, frente a uma pessoa com AVC no serviço hospitalar de emergência, mesmo diante dos mais complexos cenários apresentados nestes serviços.

Com base nos estudos encontrados, foi possível evidenciar condutas que podem facilitar a tomada de decisão frente à pessoa com AVC. Sendo triagem efetiva; priorização e otimização do exame de imagem (tomografia); instalação do acesso venoso periférico e coleta de sangue para exame; administração do trombolítico tão logo quando indicado pelo médico e controle da temperatura, glicemia e disfagia.

Após a organização sistemática dos artigos selecionados para compor este estudo, foram definidas duas categorias, a saber: Processo de Trabalho e Educação Permanente em Saúde (EPS).

É importante destacar que a simples definição de condutas a serem implementadas não assegura sua aplicação consistente na prática. A dinâmica complexa dos serviços de emergência, muitas vezes, dificulta a padronização das condutas. Para garantir a efetiva utilização dos protocolos e a melhoria da qualidade do atendimento, a capacitação contínua dos profissionais é fundamental.

Considerando este contexto, temos a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS, 2007), que tem intuito de transformar as práticas pedagógicas e de saúde, visando o cumprimento da Lei nº 8.080/90 no que concerne a formação dos trabalhadores, corroborando para o aprimoramento das práticas assistenciais.

A EPS é relevante no processo de qualificação dos profissionais e na valorização dos seus processos de trabalho, diminuindo os riscos e erros e melhorando a qualidade da assistência prestada (Rodrigues, *et al.*, 2020).

Os serviços hospitalares de emergência são marcados por uma série de desafios e complexidades devido a demanda crescente por atendimento, a escassez de recursos, a violência, a precariedade das condições de trabalho e a superlotação.

A superlotação dos serviços de urgência e emergência trata-se de um problema mundial que está associado, de maneira geral, ao baixo desempenho organizacional (Silva, *et al.*, 2022). Define-se como superlotação uma taxa de ocupação superior a 90% de sua capacidade, ausência de leitos e pacientes acomodados em espaços inadequados. Essa situação repercute negativamente na qualidade, segurança e eficiência dos serviços (Soster, 2022).

Considerando este cenário, dentre as estratégias do Ministério da Saúde, com vistas a aprimorar o processo de trabalho nas unidades de saúde, por meio da portaria 2048 de 2002, definiu a implantação do acolhimento e da triagem classificatória de risco (Brasil, 2002).

O acolhimento com classificação de risco é uma ferramenta fundamental nos serviços hospitalares de emergência, pois garante um atendimento mais eficiente, humanizado e seguro (Silva *et al.*, 2022).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução 661/2021, atualiza e normatiza, que no âmbito do Cofen e Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da equipe de enfermagem na atividade de classificação de risco, sendo este ato privativo do enfermeiro, devendo este ser treinado para desenvolver tal atividade.

O enfermeiro, enquanto líder de equipe, no cenário hospitalar de emergência, lida com incertezas e poucas informações, o que requer elevadas exigências. Entretanto, espera-se que esses profissionais sejam capazes de tomar decisões rápidas que, se inadequadas, podem levar a danos irreversíveis ou morte do paciente (Ceballos, *et al.*, 2020).

A implementação do acolhimento e classificação de risco é fundamentada com o intuito de atender às pessoas, de acordo com o seu quadro clínico. Esta organização, proporciona o acesso humanizado e integrado dos pacientes em situações de urgência e emergência e, conseqüentemente, melhora os fluxos de

atendimento (Medeiros, *et al.*, 2019). Nota-se a necessidade de organizar a demanda de atendimentos de maneira segura de acordo com as prioridades, conforme cada protocolo institucional (Sacoman, *et al.*, 2019).

Sendo assim, trazemos o conceito de tecnologia em saúde que pode ser definida como um conjunto de instrumentos materiais e não-materiais que auxiliam na prática assistencial (Gonçalves, *et al.*, 2020). Existem diferentes abordagens em relação a sua classificação. De acordo com Merhy (2017), classificam-se em: duras, leve-duras e leves.

A tecnologia dura refere-se aos recursos materiais como equipamentos e máquinas; leve-dura são os saberes estruturados podendo ser tecnológicos clínicos e epidemiológicos, como os instrumentos educacionais; e leve são as relações de agir na produção dos atos de saúde, envolvendo o acolhimento e humanização do cuidado (Silva, Ogata e Pedro, 2017).

Em se tratando de protocolos, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), baseados nos preceitos das diretrizes nacionais, na área da enfermagem, os protocolos são recomendações sistemáticas, fundamentados em evidências científicas que orientam decisões de profissionais a respeito dos cuidados a serem prestados na assistência à saúde, necessitando seguir um percurso metodológico rigoroso para sua construção (COFEN, 2018).

Os resultados da utilização dos protocolos assistenciais pelo enfermeiro têm demonstrado que se trata de uma ferramenta moderna, permitindo que todos os profissionais prestem cuidado padronizado para a segurança do paciente, de acordo com princípios técnico-científicos, contribuindo para diminuir as distorções adquiridas na prática, com finalidade educativa (Fernandes, *et al.*, 2019).

Nesse contexto, os protocolos são as tecnologias leve-duras que permitem ao profissional de saúde assistir ao paciente com segurança, aplicando as melhores práticas em saúde além do cunho educacional presente nesse processo (Arais, *et al.*, 2021).

No tocante ao acidente vascular cerebral isquêmico (AVC I), a terapia trombolítica que deve ser implementada na fase aguda da doença. Tem potencial de

restaurar o fluxo sanguíneo antes que exista uma lesão tecidual irreversível (Hanauer *et al.*, 2018).

No estudo de Zhou, *et al.*, (2017), avaliaram a eficácia de um fluxo de trabalho padronizado visando reduzir os atrasos da trombólise do AVC I, neste fluxo de trabalho enfatizou a importância da triagem, otimização da tomografia e a implementação da escala de NIHSS pela equipe de enfermagem. Diante destas condutas, houve redução nas métricas de trombólise e consequentemente diminuiu as pontuações da escala NIHSS.

Corroborando, no estudo de Middleton, *et al.*, (2019), foi evidenciado a importância da triagem de elegibilidade para o uso do trombolítico, enfatizando a administração adequada, monitoramento e gerenciamento das possíveis complicações por meio de protocolos clínicos, tais como controle da temperatura, glicemia capilar.

A garantia da qualidade dos serviços de emergência no Brasil é um desafio complexo que exige um conjunto de políticas públicas interligadas e eficazes.

Considerando o cenário dos serviços hospitalares de emergência, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), instituída através da Portaria nº 1.863/GM, de setembro de 2003, nos mostra a necessidade de realizar treinamentos das equipes de saúde de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos polos de educação permanente em saúde.

Com base no exposto, EPS deve ser considerada um pilar fundamental para a qualificação dos profissionais. O ambiente desafiador dos hospitais de emergência exige dos profissionais tomada de decisão rápida e precisa e, nesse contexto, a EPS tem o poder de promover reflexão crítica sobre as práticas assistenciais, assumindo um papel crucial na transformação do processo de trabalho, visando a melhoria do atendimento e a promoção da saúde da população.

Segundo Costa e Corazza (2020), a educação permanente na área de urgência e emergência tem como objetivo o aperfeiçoamento no processo de trabalho. Dentre os estudos encontrados, Tahtali, *et al.*, (2017), demonstrou que cada minuto economizado ao longo do caminho melhorará o resultado da pessoa com AVC. Para tal, se faz necessário treinamentos regulares.

Neste mesmo contexto, Santos, *et al.*, (2017), evidenciaram que a capacitação dos enfermeiros responsáveis pela triagem dos pacientes com suspeita de AVC deve ser estimulada para otimizar o atendimento e o tratamento desses pacientes. Foi demonstrado que houve uma melhora do conhecimento sobre AVC de 68,5% para 85,26% após a capacitação.

Posto isto, diante da constante evolução, na qual as demandas por serviços de saúde de qualidade se intensificam, mais do que simples cursos ou capacitações, a EPS representa uma estratégia transformadora, promovendo o desenvolvimento profissional contínuo e a qualificação da assistência prestada.

Diante dos desafios vivenciados nas unidades hospitalares de emergência, os processos de trabalhos necessitam estar bem definidos com a finalidade de otimizar o tempo-resposta e assim favorecer a implementação de condutas assertivas, o que contribui para o reconhecimento precoce dos agravos tempo-dependentes como é o caso do AVC.

Ademais, cabe ressaltar que a EPS e o processo de trabalho se entrelaçam em uma relação dinâmica e transformadora, impulsionando a qualidade da assistência. Por meio dos estudos aqui analisados, ficou evidente que a implementação de ações estratégicas de EPS, contribui para melhoria dos processos de trabalho e, conseqüentemente, favorece a assistência integral e segura.

Limitações

Como limitações deste estudo, apesar do grande número de publicações científicas sobre a temática, destaca-se o baixo número de produções especificamente voltadas à equipe de enfermagem.

CONCLUSÃO

Os achados do estudo apontaram para a realização de duas estratégias que estão intrinsecamente envolvidas, sendo de fundamental importância para o desenvolvimento das melhores práticas, as estratégias de EPS para que os processos de trabalhos sejam otimizados e assim seja possível prestar assistência qualificada.

Doravante, espera-se que as evidências científicas mencionadas neste estudo corroborem para o aprimoramento da atuação da equipe de enfermagem frente a pessoa acometida por AVC admitida no serviço hospitalar de emergência.

REFERÊNCIAS

ARAI, Anna Gabriela Cavalcanti; Rosa, Vitória Silva da; Sakamoto, Victória Tiyoko Moraes; Blatt, Carine Raquel; Caregnato, Rita Catalina Aquino. Protocolos na enfermagem: relato de experiência de uma disciplina sobre tecnologias em saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 8, p. e 8380, 9 ago. 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. (3 a ed.). Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em: 23 de jun de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências** (3. ed.). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em: 23 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 ago. 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 26 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informações sobre mortalidade - SIM**. 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 03 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: congestão e superlotação dos serviços hospitalares de urgências** [recurso eletrônico] / Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087521/13-sintesecongestaosuperlotacaofinal31mar2020.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2022.

CEBALLOS, J. B., FROTA, O. P., NUNES, H. F. S. S., ÁVALOS, P. L., KRÜGEL, C. C., FERREIRA JR, M. A., et al. Physical violence and verbal abuse against nurses working with risk stratification: characteristics, related factors, and consequences. **Rev Bras Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 73, suppl. 5, e20190882, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/qtvCT7vKGWJTH7VTgWJRKjh/>. doi: [URL inválido removido]. Acesso em: 23 jun. 2024.

COSTA, A. M. C., CORAZZA, F. H. Desafios enfrentados pelo enfermeiro na realização do acolhimento com classificação de risco em unidades de urgência e emergência. **Revista científica eletrônica de ciências aplicadas da FAIT**, n. 2, nov. 2020. Disponível em: http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/5Et4k3KlkHGzOHa_2020-7-23-20-26-7.pdf. Acesso em: 23 jun. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Diretrizes Para Elaboração De Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde** pelos Conselhos Regionais / Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Diretrizes-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-protocolos-de-Enfermagem-.pdf>. Acesso em 30 de novembro de 2024.

DOLNY, L. L.; LACE, J. T. Derda; NILSON, L. G.; CALVO, M. C. M.; NATAL, S.; MAEYAM, M. A. Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF) / Educação permanente em saúde no processo de trabalho das equipes de saúde da família. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, [S.l.], v. 1, p. 15-38, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n1-002. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/5876>. Acesso em: 8 jun. 2024.

FEIGIN, V. L., et al. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, 20(10), 795-820. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0). Epub 2021 Sep 3. PMID: 34487721; PMCID: PMC8443449. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S1474-4422\(21\)00252-0/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S1474-4422(21)00252-0/fulltext). Acesso em: 30 de mai de 2024.

FERNANDES, Márcia Astrês; Sousa, Keyla, Maria Pereira; Silva, lara Jéssica Barreto; Silva, Narlene Fontenelle Basílio da; Paz, Ana Virgínia Uchoa Prado; Silva, Joyce soares e. Acidentes laborais e a construção coletiva de um protocolo assistencial. **Rev. enferm. UFPE online**, 2019; 511–517. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-1014937>. Acesso em: 30 de novembro de 2024.

FINEOUT-OVERHOLT. Ellen. Melnyk, Bernadette Mazurek. Stillwell, Susan B. Williamson, Kathleen. Evidence-Based Practice Step by Step: Critical Appraisal of the Evidence: Part I. **AJN, American Journal of Nursing** 110(7): p. 47-52, July 2010. Disponível em: https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2010/07000/evidence_based_practice_step_by_step_critical.26.aspx. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000383935.22721.9c. Acesso em: 23 de Jun de 2024.

GONÇALVES, Gleice Adriana Araújo; Silva, Kely Vanessa Leite Gomes da; Santos, Rosely Leyliane dos; Machado, Maria de Fátima Antero Sousa; Rebouças, Cristiana Brasil Almeida; Silva, Viviane Martins da. Percepções de facilitadores sobre as

tecnologias em saúde utilizadas em oficinas educativas com adolescentes. **REME rev. min. enferm**, 2020; e-1273. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-1051249>. Acesso em 30 de novembro de 2024.

HANAUER, Laíde, SCHMIDT, Débora, MIRANDA, Raquel Estauber, BORGES, Marcelo Krás. Comparação da severidade do déficit neurológico de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo submetidos ou não à terapia trombolítica. **Fisioterapia e Pesquisa**, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 217-223, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/VMxbg76Vv9LwSC97tZPMDqK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso 24 de julho de 2022.

HIGASHIJIMA, M. N. S, Slomp Junior, H., Ferla, A. A, Feuerwerker, L. C. M., Merhy, E. E., Ceccim, R. B., Vasconcelos, J., Santos, M. L. de M., De Carli, A. D. Princípios e características da Educação Permanente em Saúde: resgate e resistência em favor de um SUS potente e em defesa da vida. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2024/Fev).

IGLESIAS, A., GARCIA, D. C., PRALON, J. A., BADARÓ-MOREIRA, M. I. Educação Permanente no Sistema Único de Saúde: Concepções de Profissionais da Gestão e dos Serviços. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 43, e255126, 2023. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003255126>. Acesso em: 8 de jun de 2024.

JAMES e BENNETT , Gretchen A Stevens, Colin D Mathers , Ruth Bonita , Jürgen Rehm , Margaret E Kruk, Leanne M Riley , Katie Dain, André P Kengne , Kalipso Chalkidou, Jéssica Beagley , Sandeep P Kishore , Wanqing Chen , Shekhar Saxena , Douglas W Bettcher, John T. Grove, Robert Beaglehole, Majid Ezzati. NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. **The Lancet**. 2018 Sep 22;392(10152):1072-1088. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31992-5. Epub 2018 Sep 20. PMID: 30264707. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30264707/>. Acesso em: 17 de agos de 2024.

JÚNIOR. Sergio Vital da Silva; LACERDA, Francisco de Assis; FLORENCIO, Márcia Virgínia Di Lorenzo; ARAÚJO, Ângela Amorim de; SANTOS, Betânia Maria Pereira dos; PEDROSA, Ivanilda Lacerda. Superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar. **Enferm. Bras.**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 49-57, jan./mar. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/340232524_Superlotacao_dos_servicos_de_urgencia_e_emergencia_hospitalar. Acesso em: 24 jul. 2022.

KLEINDORFER, Dawn. O. et al. Diretriz de 2021 para a prevenção de acidente vascular cerebral em pacientes com acidente vascular cerebral e ataque isquêmico transitório: uma diretriz da American Heart Association/American Stroke Association. AVC, **AHA/ASA Journals**. São Paulo, v. 52, n. 7, p. e364-e467, jul. 2021. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STR.0000000000000375>. Acesso em: 10 set. 2023.

MASS. SUÉLLEN FORTES DE LIMA SANTOS. et al. Routine of the unpredictable: workloads and health of urgent and emergency nursing workers. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online], Porto Alegre, v. 43, e20210007, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210007>. Acesso em: 11 ago. 2022.

MEDEIROS, Ana. K. S.; MEDEIROS, Ana. N. S.; SILVA, P.; LEAL, A.; BARROS, V. N. Caracterização do acolhimento com classificação de risco em um hospital. **Brazilian Journal of Health Review**, Pelotas, v. 2, n. 3, p. 2006-2028, jul./set. 2019. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1541/1422>. Acesso em: 29 jun. 2023.

MENDES, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 17(4), 758–764. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 11 de Ago de 2022.

MERHY EE. A cartografia do trabalho vivo. Hucitec [internet], 2017; 24(8):1953-7.

SACOMAN, Thiago Marchi; BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro Beltrammi; ANDREZZA, Rosemarie; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 354-367, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nSqT5yZ4vQnB6BRzCZwDn6y/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 de Jun 2022.

SANTANA. L. F., Paris, M. dá C., Gabriel, K. de O. F., Rosa, W. F., Petry, I. L., Alves, J. N. B., & Rossa, T. A. (2021). Atuação do enfermeiro na urgência e emergência: revisão integrativa da literatura/ Nurse's performance in urgency and emergency: integrative literature review. **Brazilian Journal of Development**, 7(4), 35994–36006. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-184>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/27870>. Acesso em: 18 de Ago de 2022.

SILVA, D. N., Melo, M. F. X., Duarte, E. M. M., & Borges, A. K. P. (2019). Cuidados de enfermagem à vítima de acidente vascular cerebral (AVC): Revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 36, e2136. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2136>. Acesos em: 17 de Ago de 2024.

SILVA, Denison Pereira da; DIAS, Edna Santos; JESUS, Carla Viviane Freitas de; MATOS, Ana Caroline Gusmão de; DOMINGUES, Cristiane de Alencar; NOGUEIRA, Lilia de Souza; LIMA, Sonia Oliveira. Importância da enfermagem na resolução da superlotação hospitalar visando à qualidade e a segurança do paciente. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n2-386>. Acesso em: 19 Mai 2023.

SILVA, Meliza Cristina da; Ogata, Márica Niituma; Pedro, Wilson José Alves Pedro. A ciência e a tecnologia pelo olhar de gestores municipais de saúde e articuladores

de saúde do idoso de uma região no interior do estado de São Paulo. **Revista Tecnologia e Sociedade**, 2017; 13(28). Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rts/article/view/4076>. Acesso em 30 de novembro de 2024.

SOSTER, Cecilia Biasibetti; ANSCHAU, Fernando; RODRIGUES, Nicole Hertzog; SILVA, Luana Gabriela Alves da; KLAFKE, André. Protocolos de triagem avançada no serviço de emergência: revisão sistemática e metanálise. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5479.3511>. Acesso em: 24 Jun 2024.

RODRIGUES. GVB; Cortez, EA; Almeida, YS de; Santos, ECG dos. Educação permanente em saúde nos serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 8, pág. e14985269, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i8.5269. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5269> . Acesso em: 23 Jun 2024.

World Stroke Organization (WSO). **Annual report 2021**. Disponível em: https://www.worldstroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2021_online_latest.pdf. Acesso em: 10 de Set de 2023.

5.3 MANUSCRITO 3: APRIMORANDO O CUIDADO: reflexão acerca da construção de uma proposta de capacitação sobre as melhores práticas de enfermagem à pessoa com Acidente Vascular Cerebral.

RESUMO

Considerando que o AVC é uma emergência médica, se faz necessário que os profissionais envolvidos no processo de cuidado estejam aptos para implementar condutas assertivas que possam contribuir para o atendimento à pessoa com AVC em tempo oportuno, sendo de fundamental importância que seja buscado soluções que visem mitigar os impactos que o AVC ocasiona. **Objetivo:** refletir sobre a construção de uma proposta de capacitação voltado para equipe de enfermagem frente a pessoa com AVC agudo no serviço hospitalar de emergência. **Desenvolvimento da Reflexão:** um dos impactos mais significativos do AVC quando não leva à morte, é a incapacidade. Muitas pessoas que sobrevivem a um AVC, contudo são acometidas por sequelas. Considerando que o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do AVC corrobora para que as condutas terapêuticas sejam implementadas de forma assertiva, é extremamente necessário que ações sejam implementadas, com a finalidade de promover atendimento em tempo oportuno, integral e qualificado. Frisa-se que os enfermeiros, são essenciais nesse processo. Essa etapa é fundamental para garantir que os casos mais graves sejam atendidos com rapidez e eficiência. **Conclusão:** a construção de uma proposta de capacitação, oportuniza nivelar o conhecimento sobre o agravo e consequentemente otimizar o tempo resposta frente à pessoa com acidente vascular cerebral.

Palavras-chave: Equipe de enfermagem; Capacitação; Acidente Vascular Cerebral; Educação Permanente.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista histórica para o Brasil. É um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, por meio dele é possível garantir o acesso universal e gratuito à saúde. No entanto, como qualquer sistema complexo, enfrenta desafios e fragilidades que necessitam ser constantemente discutidos e superados.

As fragilidades do SUS são diversas e variam desde a falta de acesso a serviços de saúde de qualidade, a demora no diagnóstico e tratamento, o que pode corroborar para o aumento de doenças e óbitos evitáveis. A exemplo disso podemos citar o Acidente Vascular Cerebral (AVC), que quando não é diagnosticado em tempo oportuno, ocasiona um enorme impacto na saúde pública, tendo em vista os altos índices de sequelas e/ou morte.

As doenças cerebrovasculares configuram um grupo de grande relevância, ocupando o segundo lugar entre as causas de óbitos e/ou incapacidade no mundo. (Ferezin; Castro; Ferreira, 2020).

Segundo dados do Portal de Transparência dos Cartórios de Registro Civil do Brasil, em 2023, foram mais de 110 mil vítimas fatais por AVC, o equivalente a 303 mortes por dia.

Dados disponíveis no DATASUS, mostram que em 2023, Rondônia registrou 1.068 internações por AVC. Todavia, embora estes números sejam oficiais, não se deve descartar a possibilidade de haver subnotificações.

Diante do exposto, considerando que o AVC é uma emergência médica, se faz necessário que os profissionais envolvidos no processo de cuidado estejam aptos para implementar condutas assertivas que possam contribuir para o atendimento à pessoa com AVC em tempo oportuno, sendo de fundamental importância que seja buscado soluções que visem mitigar os impactos que o AVC ocasiona.

A escolha desse tema foi motivada pela vivência profissional da pesquisadora em uma unidade hospitalar de emergência, onde a falta de padronização nas condutas de atendimento inicial à pessoa com AVC em alguns momentos, comprometia o tempo-resposta, sendo então um contribuinte para aumentar as chances de sequelas e mortalidade. Frisa-se que a princípio, a inquietação que levou a pensar nesta temática era restrita ao serviço o qual a pesquisadora desenvolveu as atividades profissionais por uma década, no entanto, este desconforto aumentou quando as atividades laborais passaram a ser desenvolvidas na área da gestão da Secretaria de Estado da Saúde, onde fora possível evidenciar que a problemática não estava restrita a apenas uma unidade de saúde. Então, o que era um desconforto restrito a um serviço de saúde, passou a ser algo ainda mais complexo e desafiador, tendo em vista que o olhar passou para o cenário da rede de atenção às urgências no estado de Rondônia.

O mestrado profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) proporcionou uma imersão acerca do AVC. Os estudos encontrados durante o mestrado proporcionaram pensamentos críticos e reflexivos, despertando o desejo que criar estratégias para enfrentar os desafios assistenciais existentes no território de Rondônia.

Entendendo a importância do cuidado de enfermagem no serviço hospitalar de emergência, buscou-se identificar as melhores práticas de enfermagem frente à

pessoa com AVC e com base nisso, propor estratégias para aprimorar o cuidado, otimizando o atendimento, sendo assim, foi elaborado uma proposta de capacitação, a qual buscou propor ações que pudessem aprimorar a qualidade do cuidado de enfermagem frente a uma pessoa com AVC, promovendo o nivelamento das informações e consequentemente padronizando as condutas.

Desenvolvimento da reflexão

Um dos impactos mais significativos do AVC quando não leva à morte, é a incapacidade. Muitas pessoas que sobrevivem a um AVC sofrem sequelas como paralisia, dificuldades de fala, problemas de memória e alterações de comportamento. Essas sequelas podem levar à perda da autonomia e da qualidade de vida.

Considerando que o componente hospitalar tem por objetivo garantir atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental (Brasil, 2011 b). Este pode ser conceituado como sendo um local que possui os mais diversos recursos de saúde para se prestar um atendimento de emergência e/ou urgência à população (Alcântara, *et al.*, 2021).

No Brasil, o serviço hospitalar de emergência é o ponto de atenção destinado ao atendimento à pessoa com AVC agudo. Grande parte desses serviços, frequentemente estão sobrecarregados, com longas filas de espera e um número insuficiente de profissionais e recursos para atender a todos.

Com a demanda crescente, o serviço hospitalar de emergência tem se tornado a porta de entrada para muitos pacientes devido ao fato de acessar um atendimento médico e a realização de exames sem a necessidade de agendamento. Essa prática distorce a finalidade deste serviço, contribuindo com a sobrecarga do sistema com práticas assistenciais que poderiam ser realizadas na atenção básica (Sacoman, *et al.*, 2019).

A alta demanda em serviços hospitalares de emergência é um problema crescente e complexo. Essa situação sobrecarrega os profissionais de saúde, aumenta o tempo de espera, o que pode comprometer a qualidade do atendimento e consequentemente, gerar superlotação. Sabe-se que é possível que haja fragilidades no processo de trabalho, o que contribui para a falta de padronização das condutas frente à pessoa com AVC.

Sendo assim, é possível afirmar que este cenário é favorável para a ocorrência de consequências irreparáveis às pessoas acometidas por agravo tempo dependente, como é o caso do AVC.

Considerando que o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do AVC corrobora para que as condutas terapêuticas sejam implementadas de forma assertiva, é extremamente necessário que ações sejam implementadas na admissão dessas pessoas, com a finalidade de promover atendimento em tempo oportuno, integral e qualificado.

Dentre as fragilidades, podemos citar a falta de comunicação entre as equipes. Dentre as possibilidades para garantir a melhoria da comunicação nos serviços hospitalares de urgência e emergência, destacam-se: ofertar serviço organizado e com infraestrutura adequada; elaborar e implementar protocolos; uma liderança mais próxima da equipe; oferta suficiente de recursos humanos e materiais; fornecer incentivos (Branco, *et al.*, 2022). Ademais, não podemos deixar de falar sobre a Educação Permanente em Saúde (EPS). Sendo esta um instrumento essencial para a organização dos processos de trabalho.

A equipe de enfermagem normalmente é a primeira a acolher os pacientes, sendo responsabilidade do enfermeiro realizar a avaliação da condição clínica do paciente, classificando-o por ordem de prioridade de atendimento, com base nas condições clínicas apresentadas.

Frisa-se que os enfermeiros, são essenciais nesse processo. Essa etapa é fundamental para garantir que os casos mais graves sejam atendidos com rapidez e eficiência. São estes profissionais que coordenam as atividades de cuidado, garantindo a continuidade e a integralidade da assistência.

Entretanto, a atuação da equipe de enfermagem em um serviço hospitalar de emergência, não diferente dos demais profissionais, é marcada por uma série de desafios que exigem grande dedicação, resiliência e adaptabilidade. Esses profissionais se deparam com situações complexas e dinâmicas, que podem comprometer a qualidade da assistência e o bem-estar da equipe.

Dessa forma, ratifica-se a importância da EPS, para auxiliar nesse processo de aprimoramento do cuidado de enfermagem à pessoa com AVC agudo.

A EPS, sem dúvida, é um potente instrumento para enfrentar os problemas no âmbito do trabalho de forma crítica e reflexiva (Costa, *et al.*, 2018; Joseph, *et al.*, 2021).

Sendo assim, a EPS é uma estratégia fundamental para garantir a qualidade dos serviços, se caracteriza por ser um processo contínuo de aprendizagem e que busca transformar as práticas de saúde, a organização dos serviços e as relações entre os profissionais e usuários.

Com a finalidade de mitigar os problemas vivenciados, no tocante ao AVC, considerando a vivência profissional em um serviço hospitalar de emergência, inicialmente fora pensado em desenvolver um instrumento norteador, tipo lista de checagem, que a equipe de enfermagem pudesse utilizar para direcionar as condutas. Entretanto, durante a trajetória no curso de Mestrado profissional, considerando o aprofundamento dos estudos acerca da temática, se fez necessário pensar em uma estratégia mais ampla e que pudesse ser implementada em todos os hospitais de referência da rede de atenção às urgências. Sendo assim, com vistas à necessidade de implantar a linha de cuidado do AVC em um estado situado na Amazônia Legal, evidenciou-se que a capacitação dos profissionais é uma opção potente para aprimorar a assistência de enfermagem à pessoa com AVC agudo no serviço hospitalar de emergência, visando otimizar o processo de trabalho e consequentemente aprimorar a assistência prestada.

Sendo assim fora construído uma proposta de capacitação para ser desenvolvida junto aos profissionais de enfermagem. Esta proposta apresenta os temas necessários para que o atendimento à pessoa com AVC seja realizado de forma segura e em tempo oportuno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória durante o mestrado profissional, oportunizou a reflexão e aprofundamento dos estudos acerca do AVC, sendo possível olhar para o cenário local e traçar estratégias que pudessem corroborar com o aprimoramento da assistência de enfermagem frente à pessoa com AVC, visando aumentar a sobrevivência das pessoas acometidas por este agravo.

A construção de uma proposta de capacitação como um instrumento norteador para os serviços hospitalares de emergência, com a finalidade de aprimorar as práticas assistenciais da equipe de enfermagem, frente a pessoa com AVC, sendo

possível nivelar o conhecimento sobre o agravo e consequentemente otimizar o tempo resposta frente à pessoa com AVC.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, RT.; CAMPOS, ALB.; RAMOS, JVM. Causas locais de superlotação em hospital de urgência em Sergipe. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 15, pág. e17101522936, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i15.22936. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22936>. Acesso em: 3 Ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 52 p.: il. Disponível em: <https://www.acaoavc.org.br/assets/arquivos/linha-de-cuidado-avc-adulto-ms2020.pdf>. Acesso em: 17 de Out de 2023.

BRANCO, A.; MILANESI, R.; SAKAMOTO, V. T. M.; ARAÚJO, B. R.; CAREGNATO, R. C. A. Serviço de emergência hospitalar SUS: fluxos de atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19. **Enfermag Foco**. Brasília, v. 11, n. 1, p: 199-204. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3759>. Acesso em: 6 de Ago de 2024.

FEIGIN, Valéry L.; NORRVING, Bo. Um novo paradigma para a estratégia de prevenção primária em pessoas com risco elevado de acidente vascular cerebral. **International Journal of Stroke**, v. 9, n. 5, pág. 624-626, 2014. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/ijss.12300> Acesso em: 30 Mai 2021.

FEREZIN, S. M. R. CASTRO, B. M.C.; FERREIRA, A. A. (2020). Epidemiologia do ataque isquêmico transitório no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 61125-61136, ago, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/15458>. Acesso em: 28 de Jul de 2024.

LOMANTO, Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas. CARVALHO, Noely Mayra Silva de. NETO, Norberto Sá de. **Emergências Clínicas** [Livro eletrônico]: abordagem prática. Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2022. 141 p.:il. Disponível em: <file:///C:/Users/Samsung/Desktop/RI%20AVC/emerg%C3%A2ncias%20cl%C3%ADnicas.pdf>. Acesso em: 6 de Ago de 2024.

SACOMAN, T. M., Beltrammi, D. G. M., Andrezza, R., Cecílio, L. C. de O., & Reis, A. A. C. dos. (2019). Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. *Saúde Em Debate*, 43(121), 354–367. Disponível em: Acesso em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/35476/2974>. Acesso em: 06 de Ago de 2024.

5.4 PRODUTO: Melhores práticas de enfermagem para o cuidado da pessoa com acidente vascular cerebral no serviço hospitalar de emergência: Proposta de Capacitação.

O AVC é uma doença incapacitante, de alta morbimortalidade, que atinge cada vez mais pessoas jovens, dividido em isquêmico e hemorrágico, sendo o primeiro mais prevalente (Machado, *et al.*, 2020). Sabe-se que 50% dos sobreviventes são acometidos por graves sequelas físicas e mentais, impactando economicamente e socialmente (Kleindorfer *et al.*, 2021).

Estima-se que 13,5 milhões de pessoas por ano são acometidas por AVC, com taxa de mortalidade anual estimada de 5,5 milhões de pessoas. Globalmente, um em cada quatro adultos com mais de 25 anos terá um AVC durante a vida (WSO, 2021).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que até 2030, o AVC continuará sendo a segunda maior causa de morte no mundo, sendo responsável por 12,2% dos óbitos previstos para o ano (OMS, 2021).

O impacto, quando representado em anos de vida perdidos, ainda é um dos maiores na população mundial. Sendo assim, faz-se importante o rápido reconhecimento e manejo dos pacientes, a fim de evitar ao máximo as sequelas e promover a qualidade de vida ao paciente (Lomanto, Carvalho e Neto, 2022).

Globalmente, um em cada quatro adultos com mais de 25 anos terá AVC durante a vida (WSO, 2021). Se as tendências continuarem, até 2050 haverá mais de 13 milhões de mortes por AVC anualmente (Feigin, *et al.*, 2021).

Segundo dados do Portal de Transparência dos Cartórios de Registro Civil do Brasil, em 2023, foram mais de 110 mil vítimas fatais, o equivalente a 303 mortes por dia. Entre os anos de 2021 e 2022, há registro de 71.790 óbitos por doenças cerebrovasculares, destes, 5.185 ocorreram na região norte e 411 óbitos no estado de Rondônia (Brasil, 2022).

O serviço hospitalar de emergência, caracteriza-se pela alta demanda de atendimentos de origem clínicas e traumáticas, sendo o acidente vascular cerebral (AVC), o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o traumatismo encefálico (TCE) as principais causas de procura por essas unidades (Júnior *et al.*, 2020).

Em âmbito hospitalar, entre as mais diversas categorias profissionais atuantes, podemos citar a enfermagem, estando estes inseridos em um cotidiano de

trabalho dinâmico, desafiador e em uma rotina imprevisível que acaba sendo uma das características marcantes nesses locais (Mass, 2022). Devido a imprevisibilidade do serviço hospitalar de emergência, os profissionais de enfermagem precisam estar atualizados em suas práticas de cuidado cotidianas, e, neste sentido, para a melhoria do desempenho e um atendimento adequado, é necessário o aperfeiçoamento por meio de cursos de atualização (Santana, 2021).

O AVC representa um desafio significativo para a saúde pública no Brasil. Compreender o impacto deste agravo é crucial para o desenvolvimento de políticas públicas e ações efetivas que visem à sua prevenção, tratamento e reabilitação. Diante disso, é de fundamental importância que estratégias sejam pensadas com a finalidade de mitigar os altos índices deste agravo.

Diante disso, se faz necessário que os serviços hospitalares de emergência, disponham de meios para realizar a identificação precoce, o diagnóstico e tratamento da pessoa com AVC agudo.

Desta feita, AVC sendo uma das principais causas de morte e de incapacidades neurológicas do mundo, representando uma emergência médica de alta gravidade. Considerando que a equipe de enfermagem no serviço hospitalar de emergência desempenha um papel crucial no cuidado à pessoa com AVC, cuidado este que permeia desde a triagem, estabilização inicial, administração de trombolíticos e o monitoramento constante, reconhecimento precocemente dos sinais e sintomas do AVC é essencial para mitigar os problemas relacionados a este agravo.

5.4.1 Descrição do produto

Este produto consiste em uma proposta de capacitação para equipe de enfermagem que atua em hospital público e que seja referência para o atendimento à pessoa com Acidente Vascular Cerebral no estado de Rondônia. A ideia deste produto, surgiu durante a trajetória vivenciada no mestrado, onde fora possível aprimorar e aprofundar os conhecimentos acerca da temática. Por meio dos estudos no decorrer desse processo, buscou-se evidenciar as melhores práticas de enfermagem frente à pessoa com AVC no serviço hospitalar de emergência. No entanto, apenas identificar as melhores práticas não seria suficiente, e assim a proposta de capacitação foi vista como uma possibilidade de disseminar as informações aos profissionais de enfermagem sendo um instrumento norteador para a tomada de decisão.

5.4.2. Produto da dissertação

Como produto desta dissertação, foi construído uma proposta de capacitação voltada para equipe de enfermagem com vista a aprimorar e otimizar o atendimento da pessoa com AVC no serviço hospitalar de emergência.

Sendo assim a proposta é que seja implementada uma capacitação presencial e de forma remota dividida por módulos, com duração de 16 horas e que aborde as melhores práticas de enfermagem à pessoa com AVC no serviço hospitalar de emergência.

As melhores práticas de enfermagem que irão compor esta proposta de capacitação, foram resultado de uma Revisão Integrativa, sendo um dos produtos de uma dissertação de mestrado profissional, do programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Tal ideia surgiu durante a trajetória vivenciada no mestrado, no qual foi possível aprimorar os conhecimentos acerca da temática e evidenciar as melhores práticas de enfermagem frente à pessoa com AVC agudo no serviço hospitalar de emergência.

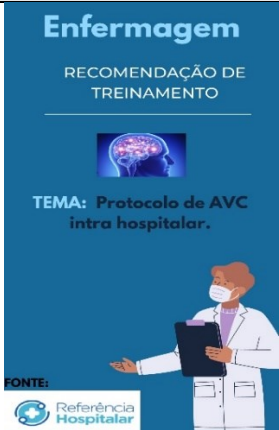
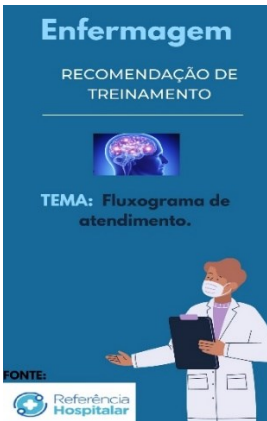
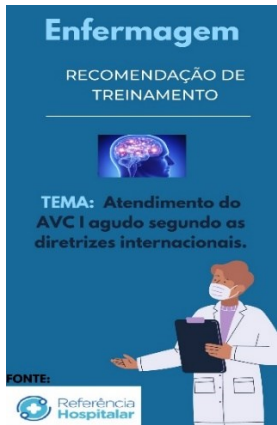
Dito isto a seguir será apresentado a proposta de capacitação.

Quadro 1 Plano de trabalho da Proposta de capacitação

TÍTULO	Melhores práticas de enfermagem para o cuidado da pessoa com acidente vascular cerebral no serviço hospitalar de emergência: Proposta de Capacitação.		
Carga horária total	16 horas	Público Alvo	Profissionais de enfermagem
Metodologia	• Encontros presencial e virtual dividido por módulos, conduzido por profissionais especialistas na área. Todo o processo será sob supervisão do Núcleo de Educação Permanente do serviço de saúde envolvido. Antes do início das atividades a direção geral do serviço deverá fornecer um documento dando ciência e o de acordo à proposta de capacitação. • Aulas expositivas e dialogadas: Uso de material audiovisual (slides, vídeos). • Estudos de caso: Simulação de cenários clínicos para a tomada de decisão. • Dinâmicas de grupo: Discussões sobre protocolos e atuação em equipe. • Práticas supervisionadas: Simulações realísticas com manequins e tecnologias de ensino.		
Objetivo geral	• Capacitar os profissionais de enfermagem para o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do AVC.		
Recursos Didáticos	• Projetor multimídia, slides, vídeos educativos. • Protocolos impressos e manuais técnicos. • Manequins e outros recursos para simulação.		
Avaliação	• Avaliação teórica: Prova objetiva ou discursiva sobre o conteúdo abordado. • Avaliação prática: Observação de desempenho em simulações clínicas. • Autoavaliação e feedback: Reflexão sobre a prática profissional e desenvolvimento de habilidades.		
Resultados esperados	• Profissionais de enfermagem aptos para o atendimento à pessoa com AVC no serviço hospitalar de emergência • Melhor comunicação interdisciplinar no cuidado ao paciente. • Redução no tempo de resposta e melhoria nos desfechos clínicos dos pacientes com AVC atendidos.		

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2024.

Quadro 2 Conteúdo Programático da proposta de capacitação – módulo 1.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO				
Módulo 1	Tema	Introdução ao AVC	Duração	4 horas
Conteúdos abordados	• Definição e epidemiologia: Panorama do AVC no Brasil e no mundo. • Fatores de risco: Hipertensão, diabetes, tabagismo, sedentarismo, entre outros. • Fisiopatologia do AVC: Tipos de AVC (isquêmico e hemorrágico).			
Material complementar				
   Link de acesso: https://referenciahospitalar.boehringer-ingelheim.com.br/avc				

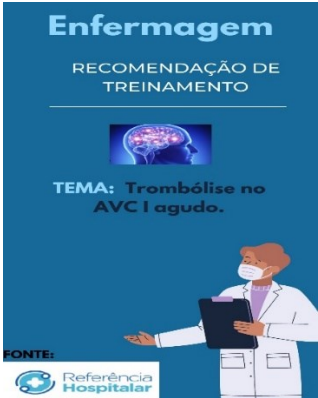
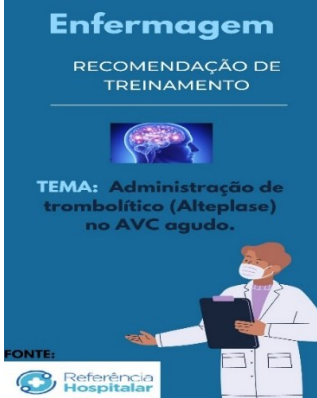
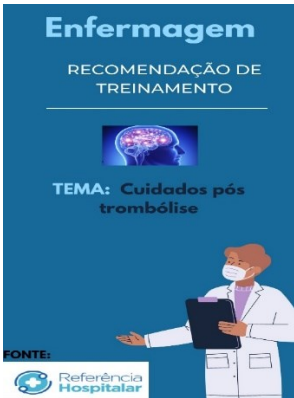
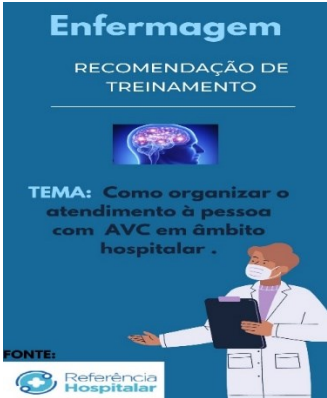
Fonte: Elaborado pelas autoras, 2024.

Quadro 3 Conteúdo Programático da proposta de capacitação – módulo 2.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO				
Módulo 2	Tema	Reconhecimento e Diagnóstico do AVC	Duração	8 horas
Conteúdos abordados	- Acolhimento com classificação de risco – Triagem efetiva - Identificação dos sinais e sintomas: FAST (Face, Arms, Speech, Time). <i>Cincinnati Prehospital Stroke Screen</i> (CPSS), <i>Los Angeles Prehospital Stroke Screen</i> (LAPSS). - Avaliação do comprometimento neurológico: a escala national Institute of Health Stroke Scale (NIHSS). - Diagnóstico diferencial e exames complementares: Imagem (TC, RM), exame. - Trabalho em equipe interdisciplinar. - Comunicação com pacientes e familiares: Orientações e suporte emocional. - Educação em saúde e prevenção secundária: Acompanhamento pós-alta.			
	Material complementar			
Enfermagem RECOMENDAÇÃO DE TREINAMENTO  TEMA: Escala de triagem no AVC.  FONTE:  Referência Hospitalar Enfermagem RECOMENDAÇÃO DE TREINAMENTO  TEMA: Interpretação da tomografia de crânio no paciente com AVC.  FONTE:  Referência Hospitalar Enfermagem RECOMENDAÇÃO DE TREINAMENTO  TEMA: Aplicação da escala de AVC do NIHSS.  FONTE:  Referência Hospitalar				
Link de acesso: https://referenciahospitalar.boehringer-ingelheim.com.br/avc				

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2024.

Quadro 4 Conteúdo Programático da proposta de capacitação – módulo 3.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO				
Módulo 3	Tema	Protocolo de Atendimento ao Paciente com AVC	Duração	4 horas
Conteúdos abordados	- Atendimento pré-hospitalar e intra-hospitalar: A importância do tempo (janela terapêutica) - Protocolo de AVC em unidades de urgência e emergência. - Trombólise e outras intervenções terapêuticas: Critérios e cuidados. - Monitorização contínua e prevenção de complicações: Manutenção de vias aéreas, controle glicêmico e pressão arterial.			
	Material complementar			
    Link de acesso: https://referenciahospitalar.boehringer-ingelheim.com.br/avc.				

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2024.

5.4.3 Finalidade

Considerando que a Educação Permanente em Saúde (EPS) e o processo de trabalho se entrelaçam em uma relação dinâmica e transformadora, os achados dos estudos que corroboraram para a construção desta proposta de capacitação evidenciaram a necessidade da implementação de ações estratégicas de EPS, visando contribuir para melhoria dos processos de trabalho e favorecer a assistência integral, segura e em tempo oportuno à pessoa com AVC agudo.

Neste sentido, diante da relevância do tema e da necessidade de aprimorar a qualidade do cuidado à pessoa com AVC, esta proposta de capacitação propõe a implementação de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) direcionadas à equipe de enfermagem do serviço hospitalar de emergência, com a recomendação das melhores práticas de enfermagem à pessoa com AVC.

5.4.4 Tipo de produto

O produto desenvolvido trata-se de um Curso de formação Profissional com a organização de atividade de capacitação, em diferentes níveis.

5.4.5 Aderência do projeto

Esta proposta de capacitação é resultado de uma Revisão Integrativa, sendo um dos produtos de uma dissertação de mestrado profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), seguindo a linha de pesquisa o cuidado e o processo de viver, ser saudável, adoecer e morrer, sob orientação da Professora Luciara Fabiane Sebold Phd.

5.4.6 Impacto

O manejo correto do AVC pode gerar um impacto significativo e positivo em diversos níveis, tanto para os pacientes quanto para o sistema de saúde como um todo. A identificação precoce e o tratamento adequado do AVC, possibilitado por profissionais capacitados, podem reduzir significativamente a mortalidade. Ademais, a intervenção rápida e eficaz, baseada em evidências científicas, pode limitar o dano cerebral e reduzir as sequelas neurológicas a longo prazo, como dificuldades de fala, paralisia e perda de autonomia.

Sendo assim, as capacitações permitem que os profissionais de saúde se mantenham atualizados sobre as últimas diretrizes e recomendações para o manejo

do AVC, garantindo que a assistência prestada esteja alinhada com as melhores evidências científicas mitigando os impactos que o AVC ocasiona na saúde pública.

5.4.7 Aplicabilidade

Este produto apresenta alta aplicabilidade, considerado a ausência de uma Linha de Cuidado para AVC em Rondônia torna este produto uma ferramenta essencial para a melhoria da assistência a pacientes com AVC. Sua aplicação nos núcleos de educação permanente dos hospitais de referência, e a possibilidade de replicação em outras unidades de saúde, garantem a disseminação de conhecimentos e práticas atualizadas, contribuindo para a otimização do processo de cuidado e a redução de sequelas.

5.4.8 Inovação

Em se tratando de inovação, o produto técnico construído é classificado como produção com baixo teor inovativo, tendo em vista que é uma adaptação de conhecimento existente.

5.4.9 Complexidade

Com relação a complexidade, o produto técnico construído é classificado como produção com baixa complexidade que é resultante de desenvolvimento baseado em alteração/adaptação de conhecimento existente e estabelecido sem, necessariamente, a participação de diferentes atores. No entanto, é possível afirmar que haverá multiplicidade de conhecimento e irá corroborar para a resolução de conflitos cognitivos entre os atores partícipes.

5.4.10 Abrangência

O produto desenvolvido tem uma abrangência estadual, inicialmente voltado para os hospitais públicos que sejam referência para o atendimento à pessoa com AVC.

5.4.11 Fomento

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) - PROGRAMA MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM CAPES/COFEN – PROFEN (Edital 28/2016).

5.4.12 Estágio da tecnologia

O produto técnico construído fora finalizado e ainda não testado. No entanto, consta no Planejamento Estratégico da Secretaria de Estado de Saúde de Rondônia a implantação da Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral a ser instituída até o ano de 2027, sendo assim, ao ser implementado, será uma das ações para a implantação da Linha de Cuidado.

5.4.13 Transferência de tecnologia ou conhecimento

O produto desenvolvido propõe a transferência de tecnologia e conhecimento para a saúde pública do Estado de Rondônia.

5.4.14 Registro de propriedade intelectual ou patente

O produto até o momento não foi registrado.

5.4.15 Contribuições do Produto para a Enfermagem e para saúde pública

O Sistema Único de Saúde (SUS) requer profissionais comprometidos com os princípios da integralidade, equidade e universalidade. O processo de fortalecimento do SUS é marcado por políticas de reorientação da formação e do trabalho em saúde que historicamente buscam enfrentar gargalos que comprometem a operacionalização do sistema segundo seus princípios (Ogata, *et al.*, 2021).

Em âmbito hospitalar, entre as mais diversas categorias profissionais atuantes, podemos citar a equipe de enfermagem, estando estes profissionais inseridos em um cotidiano de trabalho dinâmico, desafiador e em uma rotina imprevisível que acaba sendo uma das características marcantes nesses locais (Mass, 2022). Devido a imprevisibilidade do serviço hospitalar de emergência, os profissionais de enfermagem precisam estar atualizados em suas práticas de cuidado cotidianas, e, neste sentido, para a melhoria do desempenho e um atendimento adequado, é necessário o aperfeiçoamento por meio de cursos de atualização (Santana, 2021). Normalmente nestes serviços, o profissional responsável pelo primeiro atendimento aos pacientes com acidente vascular cerebral é o enfermeiro,

realizando a triagem e acolhimento com classificação de risco, sendo indispensável e de grande valia a identificação rápida e prioritária para um bom prognóstico (Silva, *et al.*, 2020).

Devido a imprevisibilidade do serviço hospitalar de emergência, os profissionais de enfermagem precisam estar atualizados em suas práticas de cuidado cotidianas e, neste sentido, para a melhoria do desempenho e um atendimento adequado é necessário o aperfeiçoamento por meio de cursos de atualização (Santana, 2021).

Diante do exposto, o produto desenvolvido é de fundamental importância para a Enfermagem tendo em vista que servirá como um instrumento norteador para a implementação de capacitações a estes profissionais.

A capacitação da equipe de enfermagem para o atendimento a pessoa com AVC é fundamental para garantir a qualidade do cuidado, reduzir as sequelas e melhorar a qualidade de vida das pessoas acometidas por este agravo. Ao investir na capacitação de seus profissionais, os serviços de saúde contribuem para a construção de um sistema de saúde mais eficiente e humanizado.

Os profissionais de enfermagem desempenham um papel crucial no cuidado integral a pessoa com AVC, desde a fase aguda até a reabilitação. Sua atuação é fundamental para garantir a qualidade da assistência e a recuperação do paciente.

Em casos de AVC, cada minuto conta sendo assim a rapidez no diagnóstico e início do tratamento podem significar a diferença entre a vida e a morte, além de reduzir significativamente as sequelas neurológicas. Profissionais capacitados conseguem identificar os sinais de alerta mais rapidamente e iniciar os procedimentos adequados.

Dito isto, por meio desta proposta de capacitação será possível nivelar o conhecimento acerca da temática e com isso promover a padronização das condutas da equipe de enfermagem frente a pessoa com AVC admitida no serviço hospitalar de emergência.

Ademais, cabe ressaltar que além dos benefícios da implementação desta proposta de capacitação aos profissionais de enfermagem, este processo contribuirá para a implantação da linha de cuidado do AVC no estado de Rondônia.

A Linha de Cuidado do AVC, instituída pelo Ministério da Saúde, irá representar um avanço significativo na organização e na qualidade do atendimento a pessoas com AVC em Rondônia, garantindo a integralidade do cuidado.

A linha de cuidado busca garantir o acesso equânime a serviços de qualidade para todos os pacientes com AVC, independentemente de sua localização geográfica ou condição socioeconômica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecer precocemente os sinais e sintomas do AVC, por meio da triagem efetiva, com a implementação de escalas reconhecidas mundialmente, priorização da realização do exame de imagem para que seja possível definir o diagnóstico pelo médico assistente, e assim ser possível indicar a terapêutica apropriada como por exemplo a trombólise química, associado ao monitoramento da temperatura, glicemia capilar e a disfagia, são ações que foram identificadas em estudos nacionais e internacionais e que norteiam as condutas dos profissionais de enfermagem e consequentemente contribuem para aumentar a sobrevida da pessoa acometida por AVC.

O AVC é uma emergência médica e a equipe de enfermagem, está à frente da maior parte dos processos de trabalho no serviço de emergência hospitalar, em especial no processo de acolhimento com classificação de risco, a educação permanente em saúde corrobora para os profissionais de enfermagem possam se qualificar e aprimorar as condutas nas mais diversas etapas do atendimento à pessoa com AVC.

Considerando o impacto do AVC na saúde pública, a fim de assegurar a atualização contínua dos profissionais e a melhoria da qualidade do atendimento, recomenda-se a inserção desta proposta de capacitação no Programa de Educação Permanente dos serviços hospitalares estaduais, como estratégia para reduzir a morbimortalidade e melhorar os resultados para os pacientes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS – **Informações em Saúde**, 2022.

Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>. Acesso em: 08 Mar 2024.

FEIGIN et al. GBD Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**. 2021 Oct;20(10):795-820. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00252-0. Epub 2021 Sep 3. PMID: 34487721; PMCID: PMC8443449. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S1474-4422\(21\)00252-0/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S1474-4422(21)00252-0/fulltext). Acesso em: 30 de Mai de 2024.

JÚNIOR. Sergio Vital da Silva; LACERDA, Francisco de Assis; FLORENCIO, Márcia Virgínia Di Lorenzo; ARAÚJO, Ângela Amorim de; SANTOS, Betânia Maria Pereira dos; PEDROSA, Ivanilda Lacerda. **Enferm Bras** 2020;19(1);49-57. Superlotação dos serviços de urgência e emergência hospitalar. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/340232524_Superlotacao_dos_servicos_d_e_urgencia_e_emergencia_hospitalar. Acesso em: 24 de Jul de 2022.

KLEINDORFER. Dawn O. et al. Diretriz de 2021 para a prevenção de acidente vascular cerebral em pacientes com acidente vascular cerebral e ataque isquêmico transitório: uma diretriz da American Heart Association/**American Stroke Association journals**. AVC , v. 52, n. 7, pág. e364-e467, 2021. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STR.0000000000000375>. Acesso em: 10 de Set de 2023.

LOMANTO, Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas. CARVALHO, Noely Mayra Silva de. NETO, Norberto Sá de. **Emergências Clínicas** [Livro eletrônico]: abordagem prática. TRIunfo, PE: Omnis Scientia, 2022. 141 p.:il. Disponível em: <file:///C:/Users/Samsung/Desktop/RI%20AVC/emerg%C3%AAncias%20cl%C3%ADnicas.pdf>. Acesso em: 6 de Ago de 2024.

MASS. Suéllen Fortes de Lima Santos et al. Routine of the unpredictable: workloads and health of urgent and emergency nursing workers. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. 2022, v. 43 e20210007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210007>. Acesso em: 11 de Ago de 2022.

Referência Hospitalar. Disponível em: <https://referenciahospitalar.boehringer-ingelheim.com.br/user/login>

SANTANA. L. F., Paris, M. da C., Gabriel, K. de O. F., Rosa, W. F., Petry, I. L., Alves, J. N. B., & Rossa, T. A. (2021). Atuação do enfermeiro na urgência e emergência: revisão integrativa da literatura/ Nurse's performance in urgency and emergency: integrative literature review. **Brazilian Journal of Development**, 7(4), 35994–36006. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-184>. Disponível em:

<https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/27870>. Acesso em: 15 de Mai de 2024.

WORLD Stroke Organization (WSO). **Annual report 2021**. Disponível em:

[https://www.world-](https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2021_online_latest.pdf)

[stroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2021_online_latest.pdf](https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2021_online_latest.pdf). Acesso em: 10 de Set de 2023.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do significativo impacto que o AVC causa na saúde pública, caracterizado por elevadas taxas de morbidade, mortalidade e sequelas, torna-se imperativo a busca por estratégias eficazes para otimizar o cuidado à pessoa com AVC agudo.

O cuidado integral à pessoa com AVC agudo, exige conhecimento da equipe de enfermagem em especial do enfermeiro, tendo em vista ser o responsável pelo reconhecimento precoce dos sinais do AVC e pela implementação de ações imediatas.

Considerando as complexidades inerentes aos serviços hospitalares de emergência, comumente marcados por desafios como infraestrutura inadequada, déficit de recursos humanos, superlotação e outros, esta pesquisa buscou saber como desenvolver as melhores práticas de enfermagem para o cuidado à pessoa com acidente vascular cerebral agudo no serviço hospitalar de emergência, visando nivelar o conhecimento, padronizar as condutas e otimizar a assistência.

O processo de elaboração da proposta de capacitação proporcionou uma reflexão aprofundada sobre a prática clínica diária, evidenciando a importância da organização dos processos de trabalho e a relevância da educação permanente em saúde como ferramenta fundamental para a melhoria contínua do cuidado.

A implementação desta proposta de capacitação servirá como um instrumento norteador para que a equipe de enfermagem possa ser capacitada e assim possa qualificar o cuidado, contribuindo para a redução do tempo de atendimento, mitigar as complicações e nortear estes profissionais frente ao cuidado à pessoa com AVC, possibilitando o aprimoramento da prática assistencial, fortalecendo o papel do enfermeiro.

Espera-se que este estudo, possa estimular a realização de outras pesquisas e a construção de ferramentas que possam contribuir para aprimorar o cuidado à pessoa com AVC.

Frisa-se que é essencial a implementação desta proposta de capacitação, considerando a necessidade premente de ser instituído a Linha de Cuidado do AVC no Estado de Rondônia.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. M. V. de. Bazan, R., Pontes-Neto, O. M., Minelli, C., Corente, J. E., Modolo, G. P., Luvizutto, G. J., & Mondellil, A. L. **Translation, cross-cultural adaptation and validation of the Cincinnati prehospital stroke scale in Brazil.** *Arquivos De Neuro-psiquiatria*, 79(4), 272–277 (2021). Disponível em: doi.org/10.1590/0004-282X-anp-2020-0246. <https://www.scielo.br/j/anp/a/bsMRSXFrBJnb5hLCdZgcT7h/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 21 Abr 2024.

BARREIRA, Ilda; MARTINS, Matilde; Silva, Norberto; Pedro; Leonel. Resultados da implementação do protocolo da via verde do acidente vascular cerebral num hospital português. **Revista de Enfermagem Referência**. ISSN 2182-2883. IV: 22, p.117-126, 2019. Disponível em: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/19631/1/REF_sep2019_117to126_port%20%281%29.pdf. Acesso em 12 de Ago de 2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 665 de 05 de 12 de abril de 2012**. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html. Acesso em: 17 de Out de 2023.

BRASIL. Declaração de Gramado: Compromisso para enfrentar el Acidente Vacular Cerebral em America Latina. In: XXI. **Congresso Iberoamericano de Doenças Cerebrovasculares e Encontro Ministerial Latinoamericano de AVC**. Gramado, 02 de agosto de 2018. Disponível em: http://www.gov.br/saude-pt-br/centrais_de_conteúdo/arquivos/cartas-gramado-assina-pdf. Acesso em: 19 de Abr 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 50 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf. Acesso em: 20 de Jun de 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de ciência, tecnologia, inovação e complexo da saúde. Portaria conjunta SAES/SECTICS nº 29, de 12 de dezembro de 2023. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo**. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2023/avc-isquemico-agudo>. Acesso em: 31 de Out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União. 20 Ago 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 26 de Mai de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AVC: o que é, causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção**. 2019. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/avc-acidente-vascular-cerebral>. Acesso em: 25 de Mai de 2024.

BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial: seção 1, nº 123, p. 1-3, 29 Jun 2011 a. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Decreto-n%C2%BA-7.508-de-28-de-Junho-de-2011.pdf>. Acesso em: 26 de Mai de 2024.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, p. 68, 08 jul. 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 29 de Mai de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Morbidade hospitalar do SUS por local de internação** [Internet]. 2020 [citado em 2022 ago 28]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 10 de Jun de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)**. Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM). Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10>. Acesso em: 10 de Jun de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 800, de 17 de junho de 2015**. Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
. Acesso em 26 de Mai de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Ténologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE). Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e e Inovação em Saúde (DGITIS). Coordenação Geral de Gestão de Tencologias em Saúde (CGGTS). Coordenação de Incorporação de Tecnologia (CITEC). Brasília, 2021. **Relatório para sociedade: informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2021/Sociedade/20220107_resoc295_trombectomia_avc_final.pdf. Acesso e 24 de novembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.161, de 07 de julho de 2005**. Institui Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13142.html>. Acesso em: 26 de Mai de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para os eu desenvolvimento?** (2018). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 20 de novembro de 2024.

CECCIM, R. B., & Ferla, A. A. (2008). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, 6(3), 443–456. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/VdPNdYy66RSD7QwqWVHYsxi/abstract/?lang=pt>. Acesso em 20 de novembro de 2024.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 661/2021**. *Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco*. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021/>. Acesso em: 17 de Out de 2023.

CONTI. Cristiane Fiquene; OLIVEIRA. Márcio Moyses de. PEREIRA. Vinícius Freire. (orgs) 1 ed. - Curitiba: **Appris**, 2024. Arquivo digital: EPUB - Multidisciplinaridade em saúde e humanidades. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ftMHEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT13&dq=O+AVC+%C3%A9+definido+como+uma+disfun%C3%A7%C3%A3o+neuro%C3%B3gica+aguda,+que+tem+origem+vascular,+com+in%C3%ADcio+r%C3%A1pido+dos+sintomas,+que+podem+variar+segundo+a+regi%C3%A3o+afetada+do+c%C3%A9rebro+&ots=kGBmHAgKaA&>

[sig=0z09aKUF5a3LHfn7zatCmfdWh9o#v=onepage&q&f=false](#). Acesso em: 31 de Mai de 2024.

DE SOUSA, J. B. A.; BRANDÃO, M. de J. M.; CARDOSO, A. L. B.; ARCHER, A. R. R.; BELFORT, I. K. P. Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: Desafio na segurança do paciente / Effective communication as a quality tool: A challenge in patient safety. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 6467–6479, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n3-195. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/11713>. Acesso em: 11 de Ago de 2024.

De-Carli, A. D., Silva, A. D. da M., Zafalon, E. J., Mitre, S. M., Pereira, P. Z., Bomfim, R. A., Theobald, M. R. (2019). Integração ensino-serviço-comunidade, metodologias ativas e Sistema Único de Saúde: percepções de estudantes de Odontologia. **Cadernos Saúde Coletiva**, 27(4), 476–483. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VLgs88ygZM66B3DGsNw9kt/?lang=pt#>. Acesso em 20 de novembro de 2024.

FRANÇA, T., Pierantoni, C., Belisario, S., Medeiros, K., Castro, J., Cardoso, I., & Garcia, A. (2016). **A capilaridade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil**. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-878701>. Acesso em 20 de novembro de 2024.

FEALY G, DONNELLY S, DOYLE G, BRENNER M, Hughes M, MYLOTTE E, NICHOLSON E, ZAKI M. Clinical handover practices among healthcare practitioners in acute care services: A qualitative study. **J Clin Nurs**. 2019 Jan;28(1-2):80-88. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.14643>. DOI: 10.1111/jocn.14643. Epub 2018 Aug 28. PMID: 30092619. Acesso em: 19 de Out de 2023.

FEIGIN et al. GBD Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**. 2021 Oct;20(10):795-820. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00252-0. Epub 2021 Sep 3. PMID: 34487721; PMCID: PMC8443449. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S1474-4422\(21\)00252-0/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S1474-4422(21)00252-0/fulltext). Acesso em: 30 de Mai de 2024.

GONÇALVES, C. B., Pinto, I. C. de M., França, T., & Teixeira, C. F. (2019). A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde Em Debate**, 43(spe1), 12 – 23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5rXN9qmbtGqyp4W4Xtwznzxb/?lang=pt#>. Acesso em 20 de novembro e 2024.

JAMES, et al. Contagem regressiva para as DCNT 2030: tendências mundiais na mortalidade por doenças não transmissíveis e progresso em direção à meta 3.4 do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável. **The Lancet**, Volume 392, Edição 10152, 1072 – 1088 de setembro de 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31992-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31992-5/abstract). Acesso em: 24 de Mai de 2024.

LEMOS, C. L. S. (2016). Educação Permanente em Saúde no Brasil: Educação ou gerenciamento permanente? **Ciência e Saúde coletiva**, 21(3), 913-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fjKYMRN6cVdt3SrJqrPhwJr/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 20 de novembro de 2024.

MARIN, M. J. S. et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 34, n. 1, p. 13-20, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/PgYxhjqpFYqvYKm8HvQkDtP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 de novembro de 2024.

MENDES, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/abstract/?lang=pt#>. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em: 11 de Ago de 2022.

MENDES, E.V. AS redes de atenção à saúde. Brasília: **Organização Pan America da da saúde**, 2011.559 p. Acesso em: 24 de Mai de 2024.

Morgan H, McLean K, Chapman C, Fitzgerald J, Yousuf A, Hammoud M. The flipped classroom for medical students. **Clin Teach**. 2015 Jun;12(3):155-60. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26009948/>. Acesso em 20 de novembro de 2024.

OGATA, MN, Silva JAM, Peduzzi M, Costa MV, Fortuna CM, Feliciano AB. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. **Rev Esc Enferm USP**. 2021;55:e03733. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/K89qghvK3WgSN3pzcdKsZgR/?lang=pt&f>. Acesso em: 26 de Mai de 2024. Rever: código akterado

OLIVEIRA. GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Biolo A, Nascimento BR, Malta DC, et al. **Estatística Cardiovascular – Brasil 2021**. *Arq Bras Cardiol*. 2020;115(3):308–439. doi: <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20200812>. PubMed PMID: 33027364. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/z97g7Vqn3fgYygZngz3YV7S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 de Jul de 2023.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Folha Informativa - Dados/Estatísticas**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>. Acesso em: 12 de Ago. 2023.

PINHEIRO, G. E. W., Azambuja, M. S. de, & Bonamigo, A. W. (2018). Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Em Debate**, 42(spe4), 187–197. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fxDM8Km9jhC3wpz59nQZJxM/?lang=pt#>. Acesso em 20 de novembro de 2024.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 120 E-pub. Tradução: Maria da Graça Figueiró da Silva Toledo; Revisão técnica: Karin Viegas, Priscila Schmidt Lora, Sandra Maria Cezar Leal. Acesso em: 26 de Mai de 2024.

Powers WJ, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/**American Stroke Association. Stroke**. Available at <https://www.ahajournals.org/journal/str>. Acesso em: 08 de Mai de 2023.

RODRIGUES, Mateus de Sousa; SANTANA, Leonardo Fernandes e; GALVÃO, Ivan Martins. Fatores de risco modificáveis e não modificáveis do AVC isquêmico: uma abordagem descritiva. *Revista de Medicina, São Paulo, Brasil*, v. 96, n. 3, p. 187–192, 2017. DOI: 10.11606/issn.1679-9836.v96i3p187-192. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/123442>. Acesso em: 24 de Set 2023.

SANTANA, L. F., Paris, M. da C., Gabriel, K. de O. F., Rosa, W. F., Petry, I. L., Alves, J. N. B., & Rossa, T. A. (2021). Atuação do enfermeiro na urgência e emergência: revisão integrativa da literatura/ Nurse's performance in urgency and emergency: integrative literature review. **Brazilian Journal of Development**, 7(4), 35994–36006. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-184>. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/27870>. Acesso em: 18 de Ago de 2022.

SANTOS, L. B.; WATERS, C. **Perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral: revisão integrativa**. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 1, p. 2749-2775, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/6186>. Acesso em: 31 de Mai de 2024.

SARI NK, Prihatiningsih TS, Lusmilasari L. Key Elements of Professional Nursing Practice: A Scoping Review. **Open Access Maced J Med Sci**. 2021 Apr 29; 9(T4):253-260. Disponível em: <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/5885/5582>. Acesso em: 12 de Jul de 2022.

SILVA, SM, Corrêa JCF, Pereira GS, Corrêa FI. **Social participation following a stroke: an assessment in accordance with the international classification of functioning, disability and health**. *Disabil Rehabil*. 2019 Apr;41(8):879-886. doi: 10.1080/09638288.2017.1413428. Epub 2017 Dec 13. PMID: 29233002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29233002/>. Acesso em: 10 de Jul de 2022.

SILVA, D. P. da; DIAS, E. S.; TELES, H. C. C.; GALDINO, L. P. JESUS, C. V. F. de. **Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: Revisão Integrativa**. Revista Saúde e Desenvolvimento. V. 14 n. 17 (2020).

Disponível em:

<https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/articloe/view/1066>. Acesso em: 24 de Jul de 2022.

SILVA, L. B. da (2021). Educação e desenvolvimento econômico: sobre algumas origens ideológicas e percursos históricos da teoria do capital humano / Education and economic development: on some ideological origins and historical paths of the human capital theory. **Brazilian Journal of Development**, 7(8), 81819–81837.

Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/34629>. Acesso em 20 de novembro de 2024.

SOUZA, R. M. P., & Costa, P. P. (2019). Educação Permanente em Saúde na formação da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública. **Saúde Em Debate**, 43(spe1), 116–126. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZF8GgM4MQjZVKskXS8BdGmN/?lang=pt#>. Acesso em: 20 de novembro de 2024.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira et al. Caos, organização e criatividade: Revisão integrativa sobre as redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4769-4782, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/JH8SYHHyfVfY9jcfnzTQjb/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 10 de Ago de 2023.

WSO. **World Stroke Organization. Annual report 2021**. Disponível em:

https://www.worldstroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2021_online_latest.pdf. Acesso em: 10 de Set de 2023.

VELASCO, I.T.; BRANDÃO NETO, R.A.; SOUZA, H.P.; MARINO, L. O; MARCHINI, J.F.M., ALENCAR, J.C.G. Medicina de emergência: abordagem prática. Barueri: **Manole**, 2019, 13004p. Acesso em: 10 de Ago de 2023.

APÊNDICE A – Roteiro para construção do vídeo educativo

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA ACOMETIDA POR AVC ADMITIDA NO HOSPITAL E PRONTO SOCORRO JOÃO PAULO II

OLÁ!

Hoje iremos falar sobre Acidente Vascular Cerebral.

O AVC é a segunda causa de morte no mundo, perdendo apenas para as doenças coronarianas.

No Brasil, neste ano está sendo a primeira causa de morte, ultrapassando as mortes por infarto agudo do miocárdio.

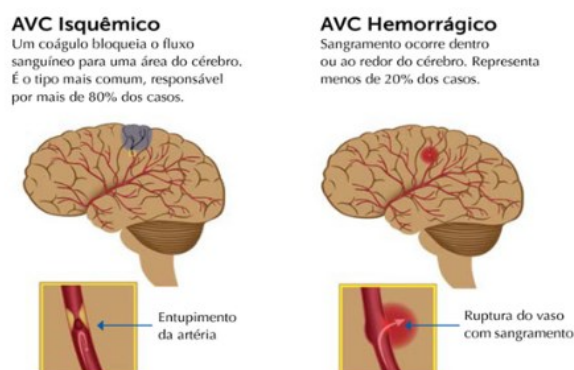
A cada 1 min sem oxigênio, morrem aproximadamente 2 milhões de neurônios.

Estudos nos mostram que 1 em cada 4 pessoas podem ter um AVC.

O acidente vascular cerebral (AVC) é definido como uma disfunção neurológica aguda. Ocorre devido a interrupção do fluxo sanguíneo para uma parte do cérebro. O AVC pode ser classificado como Isquêmico ou Hemorrágico.

O isquêmico existe um coágulo que bloqueia o fluxo sanguíneo para uma área do cérebro.

O hemorrágico ocorre um sangramento dentro do cérebro



O Hospital e pronto socorro João Paulo II é a unidade de saúde referência para o atendimento à pessoa com AVC. Portanto, nós profissionais de enfermagem,

devemos estar aptos para reconhecer precocemente os sinais de uma pessoa com AVC e compreender a importância do atendimento rápido e seguro.

É de fundamental importância para que haja êxito nas condutas, garantindo dessa forma um atendimento integral levando em consideração que nesses casos tempo é cérebro.



EXISTEM FERRAMENTAS QUE AJUDAM NA IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM AVC, VAMOS CITAR O EXEMPLO DA ESCALA LAPSS.

ESCALA LAPSS MODIFICADA – AVC

I - TRIAGEM NEUROLÓGICA : Início Súbito de:	Sim	Não
1. Alteração da fala	☐	☐
2. Alteração na marcha	☐	☐
3. Perda de força de um lado do corpo ou formigamento	☐	☐
4. Dor de cabeça	☐	☐
5. Alteração de Visão	☐	☐
6. Vertigem	☐	☐

Se o paciente e ou acompanhante responder SIM para qualquer um dos critérios acima, preencha a escala de LAPSS

II ESCALA LAPSS		
Los Angeles Prehospital Stroke Screen	Sim	Não
1 - Idade Acima dos 45 anos	☐	☐
2 - Sem história prévia de convulsões / epilepsia	☐	☐
3 - Sintomas neurológicos se iniciaram nas últimas 24 horas	☐	☐
4 - Paciente deambulava antes do evento	☐	☐
5 - Glicemia entre 60 e 400 _____	☐	☐

Exame: Procurar Assimetria	Normal	Direita	Esquerda
Facial: sorriso careteamento	☐	☐ Queda	☐ Queda
Aperto de mão	☐	☐ Fraco	☐ Fraco
	☐	☐ Ausente	☐ Ausente
Fraqueza no braço	☐	☐ Queda lenta	☐ Queda lenta
	☐	☐ Queda rápida	☐ Queda rápida
Baseado no exame, o paciente apresenta fraqueza unilateral ou alteração de fala ☐ Sim ☐ Não			

III - Tempo de Evolução do primeiro sinal ou sintoma		
Menor que 12 horas	☐ Sim	☐ Não
Se o paciente ou acompanhante responder SIM para os três itens (I, II, III) desta avaliação acione o COD AVC		
Início do quadro clínico	Data: ____/____/____	Hora: ____:____
Início da chegada do paciente	Data: ____/____/____	Hora: ____:____
Solicitação da Tomografia	Data: ____/____/____	Hora: ____:____
Encaminhamento da Tomografia	Data: ____/____/____	Hora: ____:____
Laudo da Tomografia	Data: ____/____/____	Hora: ____:____

ATENÇÃO

Devemos ficar atentos, pois os sinais e sintomas apresentados por uma pessoa com AVC podem ser confundidos com algumas situações, por exemplo: hipoglicemia e crise convulsiva, então devemos sempre descartar essas duas situações.

ALERTA DE POSSÍVEL EXCLUSÃO DO AVE:

.GLICEMIA MENOR QUE 50MG/dL;
.CRISE CONVULSIVA;

Então ao identificar uma pessoa com suspeita de AVC, devemos ter como conduta:

CONDUTAS ESPERADAS:

M – Monitorização

O – Oxigênio (se saturação menor que 94%)

V – Veia (dois acessos periféricos calibrosos nos MMSS)

Deve ser coletado exames laboratoriais;

Deve ser realizado ECG

verificado os sinais vitais incluindo glicemia capilar.

Realizar vigilância neurológica rigorosa, pois os pacientes podem apresentar alterações no nível de consciência subitamente e isso por indicar novas lesões cerebrais.

Realizar controle rigoroso dos sinais vitais:

Pressão arterial

Glicemia capilar

Temperatura

Não devemos esquecer que se trata de uma EMERGÊNCIA!

Se o início dos sintomas tiver um tempo menor que 4 horas e meia, o paciente deve ser classificado como **VERMELHO** e deve ter o seu atendimento priorizado na Sala de Emergência. Se o paciente apresentar estabilidade deve ser encaminhado diretamente para realizar tomografia computadorizada (TC) de crânio. Exame esse que auxiliará no fechamento do diagnóstico médico.

(Caso a família não saiba informar o momento em que o paciente apresentou os primeiros sintomas, o horário considerado deve ser aquele em que o paciente foi visto bem pela última vez).

A meta é realizar a TC de crânio em no máximo 25 minutos após a admissão do paciente, quanto mais rápido melhor.

O AVC é uma doença tempo dependente, quanto mais rápido for o atendimento maiores serão as chances de reverter as complicações.

Minutos podem salvar vidas!

Por hoje é só, esperamos que esse vídeo possa lhe auxiliar na tomada de decisão e que contribua para a padronização das ações da equipe de enfermagem, otimizando o tempo e reduzindo as possibilidades de sequelas à pessoa acometida por AVC.

Que possamos seguir juntos, melhorando nossos processos de trabalho qualificando a nossa assistência e fortalecendo do SUS.

Elaborado por:

Carina Souza de Oliveira Luna

Enfermeira assistencialista da Sala de Emergência do Hospital e Pronto Socorro João Paulo II

Mestranda em Gestão do cuidado em saúde e enfermagem pela – Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Participação especial de:

Sara Dantas

Enfermeira residente do programa de residência multiprofissional em Urgência e Emergência – RMUE – SESAUROR.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO VÍDEO EDUCACIONAL

- 1) O vídeo educativo foi claro e objetivo? () SIM () NÃO
- 2) O conteúdo apresentado no vídeo tem relevância para sua prática profissional diária?
() SIM () NÃO
- 3) Deixe seu comentário/sugestões ou críticas.

APÊNDICE C– PROTOCOLO PARA ELABORAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE BUSCA BU/UFSC

IDENTIFICAÇÃO

Nome	Carina Souza de Oliveira Luna	
E-mail	Carina.souzaluna@gmail.com	
(X) Pós-Graduação	Curso: Gestão do Cuidado em enfermagem Ano: 2023 – segundo ano	(X) Mestrado
Forma de atendimento preferencial	(X) On-line	

QUESTÃO/PROBLEMA DE PESQUISA

Quais as melhores práticas de enfermagem a pessoa com acidente vascular cerebral no serviço hospitalar de emergência?

OBJETIVOS DA PESQUISA (GERAL E ESPECÍFICOS)

Objetivo Geral: Construir uma lista de checagem de cuidados de enfermagem à pessoa com Acidente Vascular Cerebral na fase aguda no serviço hospitalar de emergência.

ESTRATÉGIAS DE BUSCA

	Assunto e sinônimos em português*	Assunto e sinônimos em espanhol*	Assunto e sinônimos em inglês*
Assunto 1	Acidente vascular cerebral	Accidente Cerebrovascular	Stroke
	Acidente Vascular Cerebral (AVC)	Accidente Vascular Cerebral (ACV)	Cerebral Vascular Accident (CVA)
	Acidente Vascular Cerebral Agudo	Accidente Vascular Cerebral Agudo	Acute Cerebral Vascular Accident
Assunto 2	Cuidados de Enfermagem	Atención de Enfermería	Nursing Care
	Assistência de Enfermagem	Asistencia de Enfermería	Nursing Assistance
	Cuidado de Enfermagem	Cuidado de enfermera	Nursing care
	Atendimento de Enfermagem	Cuidado de enfermera	Nursing Care
	Sistematização da Assistência de Enfermagem	Sistematización de los Cuidados de Enfermería	Systematization of Nursing Care
Assunto 3	Lista de checagem	Lista de Verificación	Checklist
	Checklist	Lista de verificación	Check list
	Lista de Conferência	Lista de conferencias	Conference List
	Lista de Verificação	Lista de verificación	Verification list
Assunto 4	Serviço hospitalar de emergência	Servicio de Urgencia en Hospital	Emergency Service, Hospital

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Tipo de documento	Artigos científicos, guidelines.
Período de tempo	2013 - 2023
Idioma	Português, inglês e espanhol
Outros	

BASE DE DADOS

Incluir	Bases de dados
	Conheça as bases indicadas pela BU (http://bases.bu.ufsc.br/)
X	BDENF (Enfermagem; abrangência nacional) Acesso gratuito via BVS: http://bvsalud.org/
X	CINAHL (EBSCO) (Enfermagem, Ciências da Saúde; abrangência mundial) Acesso via VPN ou Acesso CAFE e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
X	Cochrane Library (Ciências da Saúde, Medicina Baseada em Evidências; abrangência mundial) Acesso via VPN ou Acesso CAFE e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
X	Embase (Elsevier) (Ciências da Saúde; abrangência mundial) Acesso via VPN ou Acesso CAFE e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
X	LILACS (Ciências da Saúde; abrangência América Latina e Caribe) Acesso gratuito via BVS: http://bvsalud.org/
X	PubMed/MEDLINE (Ciências da Saúde; abrangência mundial) Acesso gratuito: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
X	SciELO (Multidisciplinar; abrangência principalmente de periódicos da América Latina, Portugal e Espanha) Acesso gratuito: https://www.scielo.org/
X	Scopus (Elsevier) (Multidisciplinar; abrangência mundial) Acesso via VPN ou Acesso CAFE e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"
X	Web of Science (Clarivate Analytics) (Multidisciplinar; abrangência mundial) Acesso via VPN ou Acesso CAFE e busca no Portal de Periódicos da CAPES pelo menu "Acervo" > "Lista de bases"

RESULTADOS DA BUSCA

Data de realização da busca: 20/04/2023

Assunto #1	"Enfermagem" /enfermeir* /Cuidados de Enfermagem" "Enfermagem em Emergência"/"enfermeria" /enfermer* "Atención de Enfermería" /"Enfermería de Urgencia" "Nursing"[Mesh]/"Nursing"/"Nursings"/"Nurses"[Mesh] /"Nurses"/"Nurse"/"Nursing Care"[Mesh] /"Nursing Care" "Emergency Nursing"[Mesh] /"Emergency Nursing"
Assunto #2	"Emergências"/"Emergência"/"Urgência"/"Urgências" "Serviços Médicos de Emergência"/"Urgencias Médicas"/"Urgencia Médica"/"Servicios Médicos de Urgencia"/"Emergencies"[Mesh] /"Emergencies"/"Emergency"/"urgency"/"Emergency Medical Services"[Mesh] /"Emergency Medical Services"/"Emergency Service, Hospital"[Mesh] /"Hospital Emergency Service"
Assunto #3	"Acidente Vascular Cerebral"/"AVC"/"AVE"/"Acidente Cerebral Vascular"/"Acidente Cerebrovascular"/"Acidente Vascular Encefálico"/"Acidente Vascular do Cérebro"/"Acidentes Cerebrais Vasculares"/"Acidentes Cerebrovasculares"/"Acidentes Vasculares Cerebrais"/ "Apoplexia"/"Derrame Cerebral"/"Icto Cerebral"/"Ictus Cerebral"/"Accidente Cerebrovascular"/"ACV"/"Accidente Cerebral Vascular"/"Accidente Cerebrovascular"/"Accidente Vascular Cerebral"/"Accidente Vascular Encefálico"/"Accidente Vascular del Cerebro"/"Accidentes Cerebrovasculares"/"Apoplejía"/"Ataque Cerebral"/"Ataque Cerebrovascular"/"Stroke"[Mesh] /"Stroke"/"Apoplexy"/"Brain Vascular Accident"/"Brain Vascular Accidents"/"CVA"/"CVAs"/"Cerebrovascular Accident"/"Cerebrovascular Accidents"/"Strokes"/"Cerebral ictus"

PubMed/MEDLINE

- Acesso gratuito: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

("Nursing"[Mesh] OR "Nursing" OR "Nursings" OR "Nurses"[Mesh] OR "Nurses" OR "Nurse" OR "Nursing Care"[Mesh] OR "Nursing Care" OR "Emergency Nursing"[Mesh] OR "Emergency Nursing") AND ("Emergencies"[Mesh] OR "Emergencies" OR "Emergency" OR "urgency" OR "Emergency Medical Services"[Mesh] OR "Emergency Medical Services" OR "Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR "Hospital Emergency Service") AND ("Stroke"[Mesh] OR "Stroke" OR "Apoplexy" OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents" OR "CVA" OR "CVAs" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "Strokes" OR "Cerebral ictus")

Filtro: Tempo (2013-2023) e idiomas

Quantidade de resultados: 805

Embase (Elsevier)

- Base de dados de acesso restrito/pago. Acesso via Portal de Periódicos da CAPES (<http://periodicos.capes.gov.br/>), utilizando a opção "Acervo" > "Lista de bases".
- Utilize o VPN ou Acesso CAFé para acessá-la quando estiver fora da UFSC.

("Nursing" OR "Nursings" OR "Nurses" OR "Nurse" OR "Nursing Care" OR "Emergency Nursing") AND ("Emergencies" OR "Emergency" OR "urgency" OR "Emergency Medical Services" OR "Hospital Emergency Service") AND ("Stroke" OR "Apoplexy" OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents" OR "CVA" OR "CVAs" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "Strokes" OR "Cerebral ictus")

Busca realizada no campo "título, resumo e palavra-chave" (lápiz)

Filtro: tempo e idiomas

Quantidade de resultados: 920

CINAHL (EBSCO)

- Base de dados de acesso restrito/pago. Acesso via Portal de Periódicos da CAPES (<http://periodicos.capes.gov.br/>), utilizando a opção "Acervo" > "Lista de bases".
- Utilize o VPN ou Acesso CAFe para acessá-la quando estiver fora da UFSC.

("Nursing" OR "Nursings" OR "**Nurses**" OR "Nurse" OR "**Nursing Care**" OR "**Emergency Nursing**") AND ("**Emergencies**" OR "Emergency" OR "urgency" OR "**Emergency Medical Services**" OR "Hospital Emergency Service") AND ("**Stroke**" OR "Apoplexy" OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents" OR "CVA" OR "CVAs" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "Strokes" OR "Cerebral ictus")

[FSTA - Food Science and Technology Abstracts \(EBSCO\)](#)

Filtro: tempo e idiomas

Quantidade de resultados: 307

Cochrane Library

- Base de dados de acesso restrito/pago. Acesso via Portal de Periódicos da CAPES (<http://periodicos.capes.gov.br/>), utilizando a opção "Acervo" > "Lista de bases".
- Utilize o VPN ou Acesso CAFe para acessá-la quando estiver fora da UFSC.

("Nursing" OR "Nursings" OR "**Nurses**" OR "Nurse" OR "**Nursing Care**" OR "**Emergency Nursing**") AND ("**Emergencies**" OR "Emergency" OR "urgency" OR "**Emergency Medical Services**" OR "Hospital Emergency Service") AND ("**Stroke**" OR "Apoplexy" OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents" OR "CVA" OR "CVAs" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "Strokes" OR "Cerebral ictus")

Filtro: tempo

Quantidade de resultados: 1 / 202 trials

Scopus (Elsevier)

- Base de dados de acesso restrito/pago. Acesso via Portal de Periódicos da CAPES (<http://periodicos.capes.gov.br/>), utilizando a opção "Acervo" > "Lista de bases".
- Utilize o VPN ou Acesso CAFe para acessá-la quando estiver fora da UFSC.

("Nursing" OR "Nursings" OR "**Nurses**" OR "Nurse" OR "**Nursing Care**" OR "**Emergency Nursing**") AND ("**Emergencies**" OR "Emergency" OR "urgency" OR "**Emergency Medical Services**" OR "Hospital Emergency Service") AND ("**Stroke**" OR "Apoplexy" OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents" OR "CVA" OR "CVAs" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "Strokes" OR "Cerebral ictus")

Filtro: tempo e idiomas

Quantidade de resultados: 626

Web of Science (Clarivate Analytics)

- Base de dados de acesso restrito/pago. Acesso via Portal de Periódicos da CAPES (<http://periodicos.capes.gov.br/>), utilizando a opção "Acervo" > "Lista de bases".
- Utilize o VPN ou Acesso CAFE para acessá-la quando estiver fora da UFSC.

("Nursing" OR "Nursings" OR **"Nurses"** OR "Nurse" OR **"Nursing Care"** OR **"Emergency Nursing"**) AND (**"Emergencies"** OR "Emergency" OR "urgency" OR **"Emergency Medical Services"** OR "Hospital Emergency Service") AND (**"Stroke"** OR "Apoplexy" OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents" OR "CVA" OR "CVAs" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "Strokes" OR "Cerebral ictus")

Busca realizada no campo tópico

Filtro: tempo e idiomas

Quantidade de resultados: 352

LILACS / BDENF

- Acesso gratuito: <http://bvsalud.org/>

("Nursing" OR "Nursings" OR **"Nurses"** OR "Nurse" OR **"Nursing Care"** OR **"Emergency Nursing"** OR **"Enfermagem"** OR enfermeir* OR **"Cuidados de Enfermagem"** OR **"Enfermagem em Emergência"** OR "enfermeria" OR enfermer* OR **"Atención de Enfermería"** OR **"Enfermería de Urgencia"**) **AND** (**"Emergencies"** OR "Emergency" OR "urgency" OR **"Emergency Medical Services"** OR "Hospital Emergency Service" OR **"Emergências"** OR "Emergência" OR "Urgência" OR "Urgências" OR **"Serviços Médicos de Emergência"** OR **"Urgencias Médicas"** OR "Urgencia Médica" OR **"Servicios Médicos de Urgencia"**) **AND** (**"Stroke"** OR "Apoplexy" OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents" OR "CVA" OR "CVAs" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "Strokes" OR "Cerebral ictus" OR **"Acidente Vascular Cerebral"** OR "AVC" OR "AVE" OR "Acidente Cerebral Vascular" OR "Acidente Cerebrovascular" OR "Acidente Vascular Encefálico" OR "Acidente Vascular do Cérebro" OR "Acidentes Cerebrais Vasculares" OR "Acidentes Cerebrovasculares" OR "Acidentes Vasculares Cerebrais" OR "Apoplexia" OR "Derrame Cerebral" OR "Icto Cerebral" OR "Ictus Cerebral" OR **"Accidente Cerebrovascular"** OR "ACV" OR "Accidente Cerebral Vascular" OR "Accidente Cerebrovascular" OR "Accidente Vascular Cerebral" OR "Accidente Vascular Encefálico" OR "Accidente Vascular del Cerebro" OR "Accidentes Cerebrovasculares" OR "Apoplejía" OR "Ataque Cerebral" OR "Ataque Cerebrovascular")

Filtro: tempo e idiomas

Quantidade de resultados LILACS: 51

Quantidade de resultados BDENF: 51

- Acesso gratuito: <https://www.scielo.org/>

("Nursing" OR "Nursings" OR **"Nurses"** OR "Nurse" OR **"Nursing Care"** OR **"Emergency Nursing"** OR **"Enfermagem"** OR enfermeir* OR **"Cuidados de Enfermagem"** OR **"Enfermagem em Emergência"** OR **"enfermeria"** OR enfermer* OR **"Atención de Enfermería"** OR **"Enfermería de Urgencia"**) **AND** ("Emergencies" OR "Emergency" OR "urgency" OR **"Emergency Medical Services"** OR "Hospital Emergency Service" OR **"Emergências"** OR "Emergência" OR "Urgência" OR "Urgências" OR **"Serviços Médicos de Emergência"** OR **"Urgencias Médicas"** OR "Urgencia Médica" OR **"Servicios Médicos de Urgencia"**) **AND** ("**Stroke**" OR "Apoplexy" OR "Brain Vascular Accident" OR "Brain Vascular Accidents" OR "CVA" OR "CVAs" OR "Cerebrovascular Accident" OR "Cerebrovascular Accidents" OR "Strokes" OR "Cerebral ictus" OR **"Acidente Vascular Cerebral"** OR "AVC" OR "AVE" OR "Acidente Cerebral Vascular" OR "Acidente Cerebrovascular" OR "Acidente Vascular Encefálico" OR "Acidente Vascular do Cérebro" OR "Acidentes Cerebrais Vasculares" OR "Acidentes Cerebrovasculares" OR "Acidentes Vasculares Cerebrais" OR "Apoplexia" OR "Derrame Cerebral" OR "Icto Cerebral" OR "Ictus Cerebral" OR **"Accidente Cerebrovascular"** OR "ACV" OR "Accidente Cerebral Vascular" OR "Accidente Cerebrovascular" OR "Accidente Vascular Cerebral" OR "Accidente Vascular Encefálico" OR "Accidente Vascular del Cerebro" OR "Accidentes Cerebrovasculares" OR "Apoplejía" OR "Ataque Cerebral" OR "Ataque Cerebrovascular")

Filtro: tempo

Quantidade de resultados: 23

ANEXO A – National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

INSTRUÇÃO	DEFINIÇÃO DA ESCALA
1a. Nível de Consciência: O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um três é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.	0 = Alerta; responde com entusiasmo. 1 = não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 = não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente arresposivo, flácido e arreflexo.
1b. Perguntas de Nível de Consciência: O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta – não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendem as perguntas irão receber dois. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberá um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não “ajude” o paciente com dicas verbais ou não verbais.	0 = responde ambas as questões corretamente. 1 = responde uma questão corretamente. 2 = não responde nenhuma questão corretamente.
1c. Comandos de Nível de Consciência: O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado é o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.	0 = realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = realiza uma tarefa corretamente. 2 = não realiza nenhuma tarefa corretamente.

INSTRUÇÃO	DEFINIÇÃO DA ESCALA
2. Melhor olhar conjugado: Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será um. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque um. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.	0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio força ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.
3. Campos visuais: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar olhando para o lado em que mexem os dedos para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue um apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanopsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue três. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe um e os resultados são usados para responder à questão 11.	0 = sem défices campimétricos. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).
4. Paresia Facial: Pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contração facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.	0=Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial inferior total ou quase total). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face).
5. Membros Superiores: O braço é colocado na posição apropriada (extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou a 45° se posição supina). Pontua-se a queda do braço quando está ocorre antes de dez segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não-parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.	0 = sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata. 3 = nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento. 4 = nenhum movimento. NT = amputação ou anquilose, explique: 5 a membro superior esquerdo/ 5 b membro superior direito

INSTRUÇÃO	DEFINIÇÃO DA ESCALA
6. Membros Inferiores: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre na posição supina. Pontue-se a queda da perna quando está ocorre antes de cinco segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não-parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.	0 = sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = algum esforço contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata. 3 = nenhum esforço contra a gravidade; a perna cai logo; pousado, o membro faz algum movimento. 4 = nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: 5a. Membro Inferior Esquerdo 5b. Membro Inferior Direito
7. Ataxia de membros: Este item procura evidência de lesão cerebelosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de déficit de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar Joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.	0 = ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em 2 membros. NT= Amputação ou anquilose, explique:
8. Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou mímica facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas partes do corpo – membros superiores (exceto mãos), inferiores (exceto pés), tronco e face – quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com dois só se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. Deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com um ou zero. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com dois. Se o paciente não responde e está quadriplégico, pontue dois. Pacientes em coma (item 1 a=3) são pontuados arbitrariamente com 2 neste item.	0 = Normal; sem perda de sensibilidade. 1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.

INSTRUÇÃO	DEFINIÇÃO DA ESCALA
9. Melhor linguagem: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pede-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objetos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como os referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objetos colocados na mão, repetir frases e produzir discursos. O paciente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com três. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de três está reservada a doentes em mutismo e que não cumpram nenhuma ordem simples.	0 = sem afasia; normal. 1 = Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente. 2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência, questionamento e adivinha examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. 3 = Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.
10. Disartria: Se acredita que o doente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.	0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria. NT = entubado ou outra barreira física; explique.
11. Extinção e Desatenção, antiga negligência. A informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.	0 = nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2=profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.

Fonte: Adaptado Brasil (2020, p.21), Neurology, 1999, v. 53, p. 126-131

Itens 9 e 10

FRASES PARA AVALIAÇÃO DITEM 9 - LINGUAGEM	PALAVRAS PARA AVALIAÇÃO DO ITEM 10 - DISARTRIA
• Você sabe como fazer. • De volta para casa. • Eu cheguei em casa do trabalho. • Próximo da mesa, na sala de jantar. Eles ouviram o Pelé falar no rádio	• Mamãe. • Tic Tac. • Paralelo. • Obrigado. • Estrada de ferro. • Jogador de Futebol.
FIGURAS PARA AVALIAÇÃO DOS ITENS 9	FIGURAS PARA AVALIAÇÃO DOS ITEM 10 -
 Fonte: Neurology, 1999, v. 53, p. 126-131.	 Fonte: Neurology, 1999, v. 53, p. 126-131.

Fonte: Adaptado Brasil (2020, p.21), Neurology, 1999, v. 53, p. 126-131

As figuras acima, fazem parte da escala de NIHSS, avaliam as habilidades linguísticas do paciente. Inclui uma imagem de um cenário, uma lista de frases simples e uma lista de palavras e objetos aleatórios. Ao paciente deve ser solicitado descrever o cenário da figura, em seguida ele deve ler a lista de frases e nomear cada um dos objetos.