



CAÁLA
INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO

DEPARTAMENTO DE ENSINO E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

HORÁCIO CHIQUEMBA NENGUE JAMBA

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ENFERMAGEM À
PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO BANCO
DE URGÊNCIA DO HOSPITAL GERAL DO HUAMBO-2023.**

HORÁCIO CHIQUEMBA NENGUE JAMBA

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ENFERMAGEM À
PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO BANCO
DE URGÊNCIA DO HOSPITAL GERAL DO HUAMBO-2023.**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Ensino e Investigação do Instituto Superior Politécnico da Caála, como requisito parcial para obtenção de grau de Licenciatura em Enfermagem geral.

Orientadora: Daimara Moteigo, Msc

CAÁLA - 2023

Dedico o presente trabalho aos meus Pais: Benjamim Jamba e Maria Chango; por me terem projectado e educado desde minha infância. à minha amada noiva e futura esposa Beatriz Nawanga Sassoma; às minhas Princesinhas: Assucena e Assuyane.

AGRADECIMENTOS

A investigação científica, é sempre resultado de um trabalho árduo, e em equipe, não podendo ser nunca individual. Por conseguinte: não seria justo, muito menos correcto, deixar passar esta oportunidade, para agradecer àqueles, que directa e indirectamente, contribuíram para materialização deste projecto.

Agradeço à Deus todo-poderoso pela saúde, coragem e força de vontade que nos tem concedido e pelo dom de discernimento.

A minha família, pelo amor e cuidados incondicionais, demonstrados durante toda a minha vida e sem a qual nada faria sentido; especialmente aos meus pais Benjamim Jamba e Maria Chango, e ao meu irmão Alfredo João Jamba.

A minha orientadora Daimara Monteigo, pelo apoio, sugestões e disponibilidade, que foram fundamentais para realização da presente monografia, o meu muito obrigado, porque desde o momento, que lhe foi apresentada a preocupação, da realização do trabalho de conclusão do curso, disponibilizou-se a dar todo o suporte necessário, ajudando-me incondicionalmente.

Um obrigado extensivo à Direcção do Instituto Superior Politécnico Caála, Em suma, por tudo, aqui lhes deixo escrito os meus mais profundos agradecimentos.

Muito obrigado...!

De repente um Avc (não é fácil)

Não é fácil acordar e ver que o seu corpo já não é o mesmo, não é fácil ter que aprender tudo novamente como se fosse a primeira vez, não é fácil ouvir das pessoas que andar é a coisa mais fácil do mundo não, não é fácil, não é fácil administrar várias emoções em um único dia, não, não é fácil. Não é fácil recomeçar do zero, é mais fácil tirar das dificuldades pontos positivos para nós fazermos a vida um pouco mais leve.

”Juninho Stronguer”

RESUMO

A presente monografia, visa propor um protocolo de enfermagem à pacientes com acidente vascular cerebral no banco de urgência do hospital geral do Huambo, sendo considerado a segunda causa de morte no mundo e a principal causa de incapacidade. Propor a aplicação de um protocolo de enfermagem à pacientes com acidente vascular cerebral no banco de urgência do hospital geral do Huambo, identificar na literatura científica os cuidados de enfermagem ao paciente com acidente vascular cerebral, demonstrar suas etapas; por intermédio de um estudo metodológico com produção tecnológica de um protocolo de cuidados de enfermagem. A construção do protocolo foi sustentada na revisão integrativa de literatura com a finalidade de identificar as melhores evidências científicas no cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular cerebral; Foram utilizadas também notas técnicas, diretrizes oficiais de orientação do Ministério da Saúde de Angola; Na revisão integrativa foram analisados seis estudos, contemplados em duas categorias: Importância do reconhecimento e manejo precoce dos sinais e sintomas de Acidente Vascular Cerebral e Assistência de enfermagem guiada por protocolos. A terceira etapa: constituiu a elaboração do protocolo. **Resultados:** as categorias destacaram a importância dos cuidados de enfermagem no que tange ao desfecho clínico, mostrando uma significativa redução do tempo após a implementação de um serviço de enfermagem especializado referente aos seguintes cuidados: identificação dos sinais vitais, punção de acesso venoso periférico, encaminhamento para exame de imagem. O protocolo consta de três etapas: Iª Identificação dos sinais e sintomas de Acidente Vascular Cerebral; IIª Pacote de medidas para Acidente Vascular Cerebral (código Acidente Vascular Agudo 45 minutos entre admissão e exame de imagem), IIIª Cuidados de enfermagem. O instrumento construído poderá servir para avaliação e tomada de decisão clínica de enfermagem nos cuidados ao paciente com Acidente Vascular Cerebral nos serviços de urgência do Hospital Geral do Huambo, e na redução da incidência de sequelas neurológicas.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Protocolo; Cuidados de enfermagem; sequelas neurológicas; Assistencial.

SUMMARY

This monograph aims to propose a nursing protocol to patients with stroke in the Emergency Bank of the Huambo General Hospital, being considered the second cause of death in the world and the leading cause of disability. General Objective: Propose the application of a nursing protocol to patients with stroke in the emergency bank of the Huambo General Hospital. Specific Objectives: Identify in the scientific literature nursing care to the patient with stroke, demonstrate their steps; Method: Methodological study with technological production of a nursing care protocol. The construction of the protocol was sustained in the integrative literature review to identify the best scientific evidence in nursing care to the patient with stroke; Technical notes, official guidance guidelines of the Ministry of Health were also used; In the integrative review, six studies were analyzed, contemplated in two categories: importance of recognition and early management of signs and symptoms of stroke and protocol -guided nursing care. The third stage: constituted the elaboration of the Protocol Results: The categories highlighted the importance of nursing care regarding the clinical outcome, showing a significant reduction of time after the implementation of a specialized nursing service regarding the following precautions: identification of signs vital, punches of peripheral venous access, referral for image examination. The protocol is in three steps: I^a Identification of signs and symptoms of stroke; IIst Pack of Measures for Stroke (Code Acute Stroke 45 minutes between Admission and Image Exam), III Nursing Care. Conclusion: The built instrument may serve for clinical nursing decision assessment and decision -making in patients with stroke in the urgent services of the Huambo General Hospital, and the reduction of the incidence of neurological sequelae.

Keywords: Stroke; Protocol; Nursing care; Neurological sequelae; Assistance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC-Acidente Vascular Cerebral

AVE- Acidente Vascular Encefálico

AVCH- Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

AVCI- Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

AIT -Ataque Isquêmico Transitório

BVS- Biblioteca Virtual de Saúde

FDA- Federal Drug Administration

FA-Fibrilação atrial

HAS-Hipertensão Arterial Sistêmica

LILACS-Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NIHSS- National Institute of Health Stroke Scale

NHSS- National Institutes of Health

OMS- Organização Mundial de Saúde

PA- Pressão arterial

PIC-Pressão intracraniana

RUE- Rede de Urgência e Emergência

SciELO- Scientific Eletronic Library Online

UFU- Universidade Federal de Uberlândia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração n° 1- critérios de exclusão para trombólise.....	59
Ilustração n°2- demonstração de um acidente vascular cerebral isquêmico.....	60
Ilustração n°3- demonstração de um acidente vascular cerebral hemorrágico.....	61

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 - Cuidados de Enfermagem ao paciente com AVCI.....	33
Quadro 2 – Sobre a AVC.....	39

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Descrição da situação problemática.....	16
1.2. Objectivos	16
1.2.1. Geral	16
1.2.2. Específicos.....	16
1.3. Contribuições do trabalho	16
2. FUDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA.....	18
2.1. Acidente Vascular Cerebral	18
2.2. Fisiopatologia.....	20
2.2.1. Relembrando a circulação cerebral	22
2.3. Manifestações Clínicas	22
2.4. Classificação e etiologia do Acidente Vascular Cerebral	23
2.5. Factores de risco e Prevenção	28
2.6. Diagnóstico do AVC.....	29
2.7. Tratamento	30
2.8. Complicações.....	32
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
3.1. Métodos	36
3.2 Tipos de estudos.....	37
3.2.1 Quanto a abordagem:	37
3.2.2 Quanto ao procedimento:	37
3.3. Universo e amostra	37
3.4. Critérios de inclusão	38
3.5. Critérios de exclusão.....	38
3.6. Coleta de dados	39
4. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
4.1. Discussão dos resultados	41
5. PROPOSTA DE SOLUÇÃO	45
5.1 Operacionalização da construção do protocolo	47
5.2 proposta de protocolo de enfermagem à pacientes com acidente vascular cerebral no banco de urgência do hospital geral do huambo-2023.....	49
5.2.1 Atuação da Equipe de Enfermagem no Acolhimento Banco de Urgência:	49
5.2.1.1 Atuação da Equipe de Enfermagem na internação/UAVC	49

5.3 Descrição do protocolo	51
5.3.1 Sinais de alerta para a suspeita de Avc	51
5.3.2 Código Avc e linha de cuidados ao Avc	52
5.3.3 O acionamento do código AVC e procedimentos iniciais.	52
5.3.4 Atendimento pré-hospitalar.....	53
5.3.5 Pronto atendimento (triagem).....	53
5.3.6 Equipe de Enfermagem da sala de emergência.	53
6. CONCLUSÕES	55
REFERÊNCIAS	56
ANEXOS	59
APÊNDICE	62

1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) 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 pelo AVC no mundo, com taxa de mortalidade mundial anual estimada em 5,5 milhões de pessoas (WSO, 2019). A Organização Mundial da Saúde (OMS), define o AVC como sendo, um comprometimento neurológico focal (ou global) que subitamente ocorre com sintomas persistindo para além de 24 horas, ou levando à morte, com provável origem vascular (World Health Organization [WHO], 2006). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que até 2030, o AVC continuará sendo a segunda maior causa de mortes no mundo, sendo responsável por 12,2% dos óbitos previstos para cada ano (FERNANDES & FERNANDES, 2018)

Querendo explicar dados quantitativos pormenorizados, Tambara (2006) considera o acidente vascular cerebral como uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo cerebral. O fluxo normal é de aproximadamente 50 a 55 mL. Modelos experimentais de AVC, demonstraram que um fluxo de 18 mL.100g-1.min-1 causa a paralisação da transmissão sináptica e consequentemente a cessação da actividade eléctrica cerebral, apesar da célula nervosa ainda permanecer íntegra e com potencial para recuperar suas funções. No entanto, se o fluxo sanguíneo cerebral atingir níveis inferiores a 8 mL.100g-1.min-1 dá-se a falência das funções da membrana celular com possível dano irreversível pela morte celular.

No AVC hemorrágico, o sofrimento do tecido cerebral é causado pela compressão ocasionada pelo extravasamento de sangue. Ainda sobre este tipo de AVC, Parente et al. (2000) consideram que comporta uma severidade distinta manifestada a partir de indicadores como a: mortalidade, demora média, transferências e Co-morbidade. Os mesmos autores referem ainda que, o AVC hemorrágico atinge uma população mais jovem, há uma maior necessidade de encaminhamento social após a alta, num número significativo de casos e gera um crescente consumo de recursos. Assim, este tipo de AVC constitui uma gravidade superior à conhecida para os restantes tipos de AVC.

Dentre as doenças neurológicas, o AVC é um dos principais causadores de incapacidade crônica no mundo. Além disso, sabe-se que 50% dos sobreviventes são acometidos por graves sequelas físicas e mentais, impactando economicamente e socialmente (KLEINDORFER et al., 2021). Ainda a OMS define o AVC, como uma interrupção do suprimento do fluxo sanguíneo para o cérebro, podendo ser resultado de um bloqueio (AVC isquêmico) ou da ruptura de um vaso sanguíneo (AVC hemorrágico) (ALAWIEH; ZHAO; FENG, 2018; COSTA; SILVA; ROCHA, 2011). O AVC hemorrágico representa cerca de 15 a 20% dos problemas vasculares cerebrais, enquanto os AVC's isquêmicos ou não hemorrágicos caracterizam cerca de 80 a 85% destes casos (MARTINS; NETO; VELASCO, 2017). A ocorrência de AVC é maior na população idosa e masculina, sendo que a partir dos 55 anos de idade os episódios dobram a cada década e 70% dos casos ocorrem acima dos 65 anos. A condição financeira e a baixa escolaridade são fatores que também influenciam a incidência do AVC, considerando que a maior parte dos indivíduos acometidos apresenta renda de cerca de 1 salário mínimo e entre 1 e 4 anos de estudo completos (MEDEIROS et al., 2017).

O AVC também é conhecido como Acidente Vascular Encefálico (AVE). Porém existe diferença anatômica entre eles. Entende-se que o (AVC) se refere ao cérebro e hemisférios cerebrais, já o (AVE) anatomicamente pode acometer todo o encéfalo que engloba estruturas como diencéfalo, tronco cerebral e cerebelo. Nesta dissertação foi utilizado o termo Acidente Vascular Cerebral (AVC), seguindo a recomendação da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV) pautada no 2º Consenso do Tratamento da Fase aguda do AVC em 2008, que considera que o termo AVC é a terminologia mais empregada e difundida na sua aceitação e conhecimento prévio, como devem ser as nomenclaturas médicas, e na Portaria Ministerial de 665 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).

Globalmente, um em cada quatro adultos com mais de 25 anos terá episódio de AVC durante a vida. Além disso, 13,7 milhões de pessoas em todo o mundo terão seu primeiro AVC, e 5,5 milhões de pessoas irão morrer no intervalo de 1 ano. As tendências atuais sugerem que o número de mortes anuais poderá ser de 6,7 milhões se nenhuma ação apropriada para prevenção for aplicada (OLIVEIRA et al., 2020).

Os fatores de risco que predisõem a um evento isquêmico podem ser categorizados como modificáveis e não-modificáveis. Idade, sexo, raça/etnia são fatores não-modificáveis, enquanto hipertensão, tabagismo, dieta e sedentarismo estão entre os fatores modificáveis mais comuns (BOEHME; ESENWA; ELKIND, 2017). Modificações comportamentais e no estilo de vida, como alimentação saudável e prática de atividades físicas, não apenas reduzem o risco de AVC, mas também reduzem o risco de outras doenças cardiovasculares (BOEHME; ESENWA; ELKIND, 2017).

Os sinais prévios mais comuns de um AVC são a fraqueza repentina ou dormência da face, braço e/ou membro inferior, geralmente unilateral. Outros sintomas incluem confusão mental, dificuldade na fala e compreensão, perda de equilíbrio, dor de cabeça intensa sem causa conhecida e perda de consciência. Os sinais e sintomas iniciais podem evoluir para as sequelas permanentes altamente incapacitantes como alterações na cognição, fala e visão, dificuldades sensoriais e o comprometimento motor que produz impacto negativo na mobilidade e na

qualidade de vida do indivíduo (ALAWIEH; ZHAO; FENG, 2018; MOZAFFARIAN et al., 2016).

De acordo com diretrizes clínicas nacionais e internacionais, as intervenções com alta evidência de benefício na atenção ao AVC agudo são: utilização de unidades de AVC para o atendimento aos pacientes; tratamento trombolítico no AVC isquêmico (AVCI) até 4,5 horas de início dos sintomas; trombectomia mecânica (tratamento endovascular) no AVCI com oclusão de grandes vasos até 8 horas de início do AVC, podendo ser utilizado até 24 horas do início dos sintomas em casos selecionados e a craniectomia descompressiva.

As duas primeiras estão em implantação desde 2012 no SUS, e a trombectomia foi incorporada pelo Ministério da Saúde em 22 de fevereiro de 2021 (WSO, 2019). Desde então, os hospitais vêm sendo organizados com protocolos bem definidos, com fluxo de atendimento e equipes médicas e de enfermagem bem treinadas em cada etapa do processo, permitindo a rápida avaliação e início do tratamento (WSO, 2019).

Nesse sentido, surgiram consensos internacionais sobre tabelas e protocolos com função de otimizar o tempo e a eficiência da avaliação do paciente com AVC. O tempo de avaliação merece foco especial nesses pacientes, uma vez que possui relação direta com a viabilidade do tecido cerebral isquêmico e, portanto, com a eficiência ou não do tratamento preconizado. Dessa forma, o ganho de tempo é crucial para o tratamento e prognóstico (RAMOS; FRANCO, 2016).

Os protocolos consistem em orientações e recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde ou em uma circunstância clínica, reduzindo a variação inapropriada da prática clínica entre os mais diversos profissionais (CATUNDA et al., 2017).

Protocolos durante a assistência em saúde tem sido adotado pelos serviços de assistência à saúde. Os protocolos são considerados orientações ou recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde ou em uma circunstância clínica específica, construídos preferencialmente baseando-se na melhor informação científica. Oferecem orientações concisas que podem ser utilizadas por profissionais de saúde durante o seu dia-a-dia de trabalho, reduzindo a variação inapropriada da prática clínica das diferentes categorias de profissionais da saúde. São recomendações estruturadas de forma sistemática, que norteiam a tomada de decisões de profissionais de saúde e/ou de usuários a respeito da atenção adequada em circunstâncias clínicas específicas (CATUNDA et al., 2017).

Considerando o exposto, a minha experiência e conhecimentos adquiridos durante 3 anos atuando como técnico de Enfermagem em uma Unidade sanitária pública de nível primário, mais 3 anos de estágio em instituições de referência no atendimento a pacientes diferenciados e algumas vezes acometidos por um AVC, com foco em aperfeiçoar e padronizar os cuidados no manejo do paciente com sinais e sintomas de AVC agudo, esses fatos despertaram o interesse para elaboração de um protocolo de enfermagem voltado para o cuidado ao paciente com Acidente Vascular Cerebral na fase aguda, com intuito de otimizar e direcionar o enfermeiro para tomada de decisão adequada e segura na prioridade do atendimento aos pacientes com quadro agudo de AVC que busquem atendimento nos serviços de urgência e emergência do Hospital Geral do Huambo.

1.1. Descrição da situação problemática

Durante a realização do estágio curricular, no banco de urgências médicas do Hospital geral do Huambo, pude observar a ausência de um protocolo de enfermagem institucional e contextualizado a realidade do Huambo, capaz de estabelecer uma rotina padronizada para assistência aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC).

1.2. Objectivos

1.2.1. Geral

Elaborar uma proposta de protocolo de enfermagem à pacientes com acidente vascular cerebral no banco de urgência do hospital geral do Huambo.

1.2.2. Específicos

- 1) Fundamentar teoricamente, sobre o que as literaturas dizem, no que tange a assistência de enfermagem a pacientes com AVC
- 2) Identificar na literatura os melhores níveis de evidências científicas para compor um protocolo de enfermagem ao paciente com AVC.
- 3) Elaborar um fluxograma de atendimento ao paciente com Acidente Vascular Cerebral no intra-hospitalar.
- 4) Demonstrar as etapas do Protocolo De Enfermagem Voltado À Cuidadores De Pacientes Com Acidente Vascular Cerebral.

1.3. Contribuições do trabalho

- 1) Este protocolo, contribuirá para a melhoria da assistência de enfermagem, aos pacientes acometidos por AVC, que ocorrem ao Banco de Urgências Médicas do Hospital Geral do Huambo.
- 2) Propor um novo modelo para orientar e nortear as práticas de enfermagem, face a pacientes com AVC.
- 3) Fornecer orientações práticas para toda a equipe de enfermagem, envolvida na abordagem dos pacientes com início agudo de sintomas sugestivos de AVC e também para os pacientes com AVC não agudo (maior do que 24 horas do início dos sintomas), mas que internam devido persistência do déficit.
- 4) Oferecer aos profissionais de Enfermagem, do Banco de Urgências Médicas do Hospital Geral do Huambo um novo método / protocolo institucional e

organizacional, constituído, tendo em conta diretrizes internacionais e nacionais e suas recomendações.

2. FUDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Neste capítulo mostraremos a revisão narrativa da literatura sobre o tema AVC. A busca foi executada em livros, teses, dissertações, resenhas, documentos, resoluções, e nas seguintes bases de dados: US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e BDEF (Base de dados em Enfermagem), Scientific Electronic Library on Line (SciELO), e em revistas não indexadas, disponíveis eletronicamente na íntegra. Para a busca foi utilizado as palavras chaves: Cuidados de enfermagem; Protocolo; Acidente Vascular Cerebral; Fase Aguda do AVC. Publicados no período de 2020 a 2023 Desta forma, apresenta-se uma compilação de dados da literatura acerca das seguintes temáticas: Acidente Vascular Cerebral; escalas de avaliação hospitalar do AVC; cuidados de enfermagem ao paciente com AVC; tomada de decisão para detecção e cuidado ao AVC; Protocolos: construção de um instrumento para prática da enfermagem.

2.1. Acidente Vascular Cerebral

Foi em 1796 que pela primeira vez se conheceram os trabalhos do doutor Franz Joseph Gall que representou esquematicamente no cérebro os órgãos frenológicos, correspondendo a cada divisão uma função particular. As funções dividiam-se primariamente em afetivas e intelectuais.

Um dos seguidores dos pressupostos frenológicos foi Bouillaud, que em 1825 publicou um trabalho relacionando a perda da linguagem a uma lesão dos lobos anteriores do cérebro (Caldas, 2000). Mas foi em 1861 que Broca descobriu que as dificuldades específicas no uso expressivo da fala estavam relacionadas com lesões numa área específica do hemisfério esquerdo (Sacks, 1985). Broca foi considerado o pai do conceito de dominância cerebral. Por a linguagem ser considerada a expressão da razão humana e ser uma função dominante que distingue o Homem de outras espécies, o hemisfério onde se localizava esta função, foi considerado certamente o dominante (Caldas, 2000). Este autor, actualmente Director do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa esclarece ainda que não se pode dizer que “o hemisfério esquerdo é dominante de uma forma geral sobre o direito; o que se pode dizer é que cada um dos hemisférios cerebrais é dominante para um conjunto de operações distintas” (p. 146,147).

Assim, o hemisfério direito está mais implicado em tarefas de exploração visual e espacial, envolvendo-se na percepção dos grandes conjuntos: no gestalt (Caldas, 2000). Neste âmbito, Cancela (2008) preconiza que lesões que ocorram no hemisfério não dominante (para a maioria dos indivíduos o hemisfério direito) originam distúrbios da percepção que podem ser a “nível da figura de fundo, posição no espaço, constância da forma, percepção da profundidade, relações espaciais e orientação topográfica” (p. 9). Este autor colabora com Firmino (2006) ao mencionar que quando a lesão é à direita há alteração da consciência do espaço e do corpo.

Ao observar um doente hemiplégico, Kremer, neurologista, questionava-o acerca das quedas constantes durante a noite, ao qual o doente respondeu que sempre que acordava durante de noite sentia, junto a ele, uma perna peluda, fria e morta. Sem poder compreender o que se estava a passar empurrava com o braço e a perna boa, a perna da cama abaixo e, obviamente, caía. Era um excelente exemplo da completa perda de consciência de um membro hemiplégico (Sacks, 1985, p.81).

Sommerfeld et al. (2004, cit in Silva, Moura e Godoy, 2005) referem-se ao AVC como sendo um conjunto de sinais clínicos relacionados com a área encefálica lesada. Assim Martins (2002 cit in Cancela, 2008), considera que a “localização e extensão exactas da lesão provocada pelo AVC determinam o quadro neurológico apresentado por cada utente” (p. 2).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o seu impacto na vida das pessoas, está finalmente a sedimentar o merecido reconhecimento, quer como evento agudo quer como uma doença crónica. O interesse repentino no status do AVC deve-se ao impacto que esta entidade clínica gera no indivíduo, na sua família, nos serviços de saúde e na própria sociedade. A preocupação investigativa do presente estudo surge exactamente pela inquietação que a doença vascular cerebral representa em si mesma, não apenas pela panóplia de consequências negativas geradas no doente, como também pelo encargo que traz aos seus cuidadores. Na generalidade a ciência esforça-se por tornar inteligível o mundo da experiência humana.

Já a ciência de enfermagem, esforça-se por tornar inteligível o conhecimento do homem e do seu mundo, na parte que se reveste de significado especial para o seu campo de ação (Elhart, 1983 cit in Carvalho, 1996).

Torna-se imperativo ter um conhecimento detalhado e actual nesta matéria, sob as várias perspectivas, para que os potenciais beneficiários se tornem alvo de eficiente reabilitação centrada na adaptação à inaptidão, cujos objectivos maiores são conseguir a maior

independência na realização das actividades de vida diária (AVD's) e na reaquisição de funções executivas compatíveis com uma qualidade de vida que minore os handicaps que restringem o indivíduo na participação das diferentes dimensões que o envolvem.

O cérebro é totalmente responsável pela inteligência, personalidade, humor e pelas características que nos individualizam e levam os nossos semelhantes a reconhecerem-nos como humanos. A perda da função cerebral pode ser desumanizante, tornando-nos dependentes de outros (Caplan, 2009).

De acordo com Bonita (1992 cit in Tambara, 2006), aproximadamente 85% dos acidentes vasculares cerebrais são de origem isquêmica e 15% hemorrágica; de entre os hemorrágicos, 10% são hemorragias intraparenquimatosas e 5% são hemorragias subaracnóideas. Relativamente ao AVC hemorrágico, este pode ser causado por “malformações arteriovenosas, ruptura de aneurisma, determinadas substâncias (por exemplo: anticoagulantes e anfetaminas) ou hipertensão descontrolada, podendo resultar em hemorragia craniana, extradural, subdural, subaracnóidea ou intracraniana” (p. 7).

Smeltzer e Bare (2002 cit in Vasconcelos, Rodrigues, Freitas e Sousa, 2004) consideram que o AVC isquémico pode ser dividido em cinco subtipos: trombose de grandes artérias (20%), trombose de pequenas artérias perfurantes (25%), acidente vascular cerebral embólico cardiogénico (20%), criptogénico (30%) e outros (5%).

2.2. Fisiopatologia

O AVC isquémico é causado por uma obstrução súbita do fluxo arterial encefálico. Enquanto que o AVC hemorrágico é consequência de uma ruptura de estruturas vasculares cerebrais. A origem do AVCi pode ser trombótica ou embólica. Nas situações em que não é possível determinar a causa do AVC isquémico, mesmo após a investigação correta, ele é denominado de AVC criptogénico. O que difere o AVC embólico do trombótico é a origem do trombo que ocasionou a obstrução. No AVC trombótico, o trombo é formado na própria artéria envolvida no AVC. Já no embólico ele é proveniente de outra região e se desloca pela circulação até impactar na artéria cerebral.

Pode ocorrer formação de um trombo em determinada artéria (carótidas, arco aórtico) e esse trombo é deslocado pelo fluxo sanguíneo até obstruir uma artéria cerebral de calibre menor. Ou pode ser do tipo cardioembólico, quando se formam trombos intracavitários devido algum prejuízo cardíaco, como fibrilação atrial, infarto agudo do miocárdio e cardiomiopatia

dilatada. A interrupção do fluxo sanguíneo priva neurônios, glia e células vasculares do oxigênio e glicose. Caso o fluxo sanguíneo não seja restaurado prontamente, ocorre a morte do tecido cerebral (infarto) dentro do núcleo isquêmico. O padrão de morte celular depende da gravidade da isquemia. Em isquemias leves, a vulnerabilidade seletiva de algumas populações neuronais leva à perda somente dessas populações. Numa isquemia grave, ocorre uma necrose neuronal seletiva, onde todos os neurônios morrem, mas as células gliais e vasculares são preservadas. Já numa isquemia completa e permanente, ocorre uma pan-necrose, onde todos os tipos celulares serão afetados. Circundando o núcleo da região isquêmica, existe uma área chamada zona de penumbra, onde a isquemia é incompleta. Nesse local, a lesão celular é potencialmente reversível, desde que o fluxo sanguíneo seja restaurado (por recanalização do vaso ocluído ou circulação colateral). É justamente essa área de penumbra o alvo do tratamento do AVCi agudo, buscamos sempre tentar salvar a área de penumbra. Por isso o tratamento imediato é tão importante.

Outro fator envolvido na fisiopatologia do AVC é o edema cerebral. A isquemia leva ao edema vasogênico, quando o líquido intravascular extravasa para o parênquima cerebral. Esse edema costuma ocorrer alguns dias após o AVC e pode causar herniação cerebral e, conseqüentemente, óbito. Além do edema vasogênico, pode ocorrer o edema citotóxico. A isquemia causa redução do ATP intracelular, sem energia as bombas iônicas não funcionam. Uma das principais bombas das nossas células é a bomba de sódio e potássio, sem ela não há o equilíbrio iônico e ocorre um influxo de sódio e cálcio para o interior dos neurônios. Conseqüentemente, com a entrada de sódio há também entrada de água nas células, causando um edema celular importante que pode levar à ruptura neuronal.

O AVCh interfere na função cerebral por meio de vários mecanismos, incluindo a destruição ou compressão do tecido cerebral e compressão de estruturas vasculares, levando a isquemia secundária e edema. O AVCh pode se apresentar de 2 formas: Hemorragia Intraparenquimatosa (HIP) ou Hemorragia Subaracnóidea (HSA). A hemorragia intraparenquimatosa é causada pela ruptura de pequenas artérias perfurantes, ocasionando sangramento dentro do parênquima cerebral, provocando um edema/inchaço nas estruturas locais que levará à lesão neurológica. O principal fator de risco associado aqui é a hipertensão arterial sistêmica. Já a hemorragia subaracnóidea, normalmente está muito relacionada à ruptura de aneurismas e malformações arteriovenosas e acarreta em sangramento no espaço subaracnóideo.

2.2.1. Relembrando a circulação cerebral

A vascularização do cérebro é suprida por 4 grandes artérias: as carótidas internas (responsáveis pela circulação anterior) e as vertebrais (responsáveis pela circulação posterior). Cada artéria carótida comum se divide em artéria carótida interna e externa na altura no ângulo da mandíbula. A carótida interna, de cada lado, entra no crânio e se divide em Artéria Cerebral Anterior (ACA) e Artéria Cerebral Média (ACM).

2.2.1.1. Circulação Anterior

Os ramos da ACA suprem os lobos frontais, as superfícies superiores dos hemisférios cerebrais e a parte medial dos hemisférios (exceto o córtex calcarino). A ACM é responsável pela irrigação da maior parte do território encefálico e é a artéria mais envolvida em acidentes vasculares encefálicos isquêmicos. Ela dá origem as artérias lenticuloestriadas, responsáveis por suprir os núcleos da base (putâmen, núcleo caudado e globo pálido) e a cápsula interna. O território da ACM inclui as principais áreas sensitivas e motoras do córtex; as radiações ópticas; o córtex auditivo sensitivo; áreas para movimentação dos olhos e da cabeça e as áreas motoras e sensitivas para a linguagem no hemisfério dominante.

2.2.1.2. Circulação Posterior

O sistema vértebro-basilar é o responsável pela circulação posterior do encéfalo. As artérias vertebrais ascendem pela coluna vertebral e penetram no crânio através do forame magno e se juntam na junção bulbopontina para formar a artéria basilar, essa artéria bifurca na junção pontomesencefálica para formar as artérias cerebrais posteriores (ACP).

A ACP é responsável principalmente pela irrigação do lobo occipital, porém também supre a parte inferior do lobo temporal.

O tronco encefálico e o cerebelo também são supridos pelos ramos do sistema vértebro-basilar.

2.3. Manifestações Clínicas

A sintomatologia do AVC é variável e dependente do local lesionado (BOTELHO, 2016). De acordo com o Ministério da Saúde (2012). De forma geral, o paciente apresenta déficit focal de início súbito. Pode haver ou não perda de consciência. Os principais fatores a serem observados são:

- 1) Perda súbita de força ou formigamento em um lado do corpo;
- 2) Dificuldade súbita de falar ou compreender;
- 3) Perda visual súbita em um ou ambos os olhos;
- 4) Tontura, perda de equilíbrio e/ou coordenação;
- 5) Dor de cabeça súbita sem causa aparente (BRASIL, 2012).

Sintomas focais, geralmente remetem lesões localizadas, já sintomas globais geralmente são devidos à hipoperfusão cerebral, parada cardiorrespiratória e fibrilação ventricular.

Alguns sintomas são mais comuns dependendo do tipo de AVC sofrido. No AVCI quando há comprometimento da carótida há a diminuição do nível de consciência, déficit motor e cognitivo, dislalia e alteração visual. Quando há comprometimento da circulação vertebral, percebe-se alterações motoras e sensitivas, disartria e disfagia, mudanças na visão e coordenação motora, diplopia, ptose, paralisia facial, vertigem, nistagmo, entre outras.

Já no AVCH quando há hemorragia intraparenquimatosa, nota-se déficit neurológico focal, cefaleia, vômito, náuseas, diminuição do nível de consciência, crises convulsivas, distúrbios na linguagem, e rebaixamento do nível de consciência. Quando há hemorragia subaracnóidea há o aparecimento súbito de cefaleia intensa e holocraniana, náuseas, vertigem, convulsões, irritação meníngea, déficit motor e sensitivo, e distúrbios na linguagem (BIANCHINI, 2009; EVARISTO, 2006; SUMMERS, 2009). De forma geral, o AVCI aparece em territórios arteriais e o AVCH onde há vulnerabilidade vascular (CUNHA, 2014; MENOITA, 2012).

2.4. Classificação e etiologia do Acidente Vascular Cerebral

O AVC caracteriza-se por uma diminuição ou interrupção do aporte sanguíneo para uma determinada área cerebral, levando ao aparecimento de lesões reversíveis ou irreversíveis. O tamanho e a extensão dessas lesões que determinarão o prognóstico e as sequelas e, portanto, a qualidade de vida do indivíduo que sofreu o AVC (LIMA et al., 2016). Para a Organização Mundial de Saúde trata-se de um AVC quando os sintomas ocasionados pelo dano cerebral perduram por mais de 24 horas ou culminam em óbito; excluindo-se assim, o Ataque Isquêmico Transitório (AIT) que é causado por um bloqueio temporário do fornecimento de sangue ao cérebro, porém os sintomas tendem a desaparecer antes das 24 horas após o evento (CUNHA, 2014).

Existem dois tipos de AVC, classificados de acordo com o mecanismo que o ocasionou: o mais comum, representando 85% dos casos, é o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI). Nesse, o fluxo sanguíneo cerebral é diminuído devido a obstrução de algum vaso. E Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH), onde a diminuição do fluxo sanguíneo cerebral é consequente do rompimento de vasos que irrigavam a região afetada (LIMA et al., 2016). Há ainda subdivisões do AVCI e AVCH de acordo com sua etiologia. O AVCI pode ser classificado em trombótico, embólico e lacunar. O AVCI trombótico é o mais comum e deriva da acumulação de placas de ateroma no interior dos vasos, diminuindo assim o fluxo sanguíneo do mesmo. Uma das suas principais causas é a estenose da carótida.

O AVCI embólico é causado por um êmbolo oriundo de outra parte do corpo, que devido à circulação se aloja nas artérias cerebrais. Os êmbolos geralmente são consequência de doenças cardiovasculares, como a fibrilação atrial (FA), endocardite bacteriana aguda, arritmias e complicações pós cirúrgicas de próteses valvulares e cirurgias vasculares. Podem ser definidos como êmbolos gordos quando originam-se de fraturas de ossos; gasosos, quando são derivados de uma cirurgia ou traumatismo e, por último, podem ter origem tumoral. O AVCI lacunar é o mais raro, representando apenas 10% dos AVCI e são ocasionados por enfartes de vasos que perfuram o cérebro. É muito comum em indivíduos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não controlada (CUNHA, 2014; MARTINS, 2002; MARTINS, 2007).

O AVCH é subdividido de acordo com a região afetada pela hemorragia: intracerebral, parenquimatosa e subaracnóide. A hemorragia intracerebral geralmente é resultado de um rompimento devido a hipertensão em algum vaso cerebral, podendo estar associada a esforços ou a eventos emocionantes. É mais comum em pessoas portadoras de HAS e arteriosclerose cerebral. A hemorragia parenquimatosa é mais comum nos ramos das artérias cerebrais e nos paramedianos da artéria basilar. Frequentemente afeta os gânglios da base, a protuberância e o cerebelo. Por fim, a hemorragia subaracnóide é fruto do rompimento de artérias superficiais, malformações vasculares intracranianas, aneurismas saculares, traumatismos e angiomas arteriovenosos (CUNHA, 2014).

Trata-se de uma doença consequente a obstrução de uma artéria que impede a oxigenação das células cerebrais, levando a morte das mesmas. A obstrução pode acontecer devido a um trombo (trombose) ou a um êmbolo (embolia) (BRASIL, 2019). Para Rodrigues (2017), o AVCi ou também conhecido como AVEi é caracterizado pela obstrução de um vaso

sanguíneo, por um embolo ou trombo, acarretando déficit do fluxo sanguíneo. Em 85% dos casos são isquêmicos e em 15% são hemorrágicos. O acidente vascular encefálico isquêmico pode causar grande variedade de déficits neurológicos, dependendo da localização da lesão, do tamanho da área de perfusão inadequada e da quantidade de fluxo sanguíneo colateral. Nas últimas décadas, estudos vêm sendo realizados para identificar os fatores de risco do AVCi (ARAÚJO et al., 2017). Dentre os fatores de risco do AVCi, destacam-se hipertensão arterial sistêmica; fibrilação atrial; diabetes mellitus; dislipidemia; obesidade; e tabagismo (RODRIGUES et al., 2017b; LINHARES et al., 2019). Carneiro et al., (2015) acrescentam a esses fatores de risco história de ataques isquêmicos transitórios.

Também são considerados como fatores de risco do AVCi, a história familiar de doença cardiovascular, assim como outras etiologias podem estar associadas como cardiopatias, coagulopatias, tumores, doenças hematológicas, vasculites, anomalias vasculares e também infartos venosos (CARNEIRO et al., 2015). Dito isso, importante se faz registrar que alguns sintomas e sinais de alerta são muito comuns no AVCi, a saber: paralisia corporal, fraqueza, mudanças na dicção (disartria), bem como na visão e memória, dentre outros (SOUTO; LIMA; SANTOS, 2019). Carneiro et al., (2015) destacam como sinais e sintomas a paralisia ou fraqueza súbita facial, alteração motora em braço ou perna, mais frequentemente em um lado do corpo, e dificuldades na fala. De acordo com o protocolo de atendimento pré-hospitalar do AVE são sinais de risco em menos de quatro horas e meia de evolução da doença: o aparecimento súbito de fraqueza ou dormência na face, no braço ou na perna, especialmente de um lado do corpo; confusão na comunicação (fala ou entendimento); distúrbio da visão em um ou nos dois olhos; alteração da marcha, tontura, desmaio, perda de equilíbrio ou coordenação; e/ou cefaleia de causa desconhecida. Alguns sintomas são bastante comuns em pacientes com AVCi, mas podem variar de acordo com o local da lesão cerebral (CRUZ; MARTINS FILHO; COLAÇO, 2016). Com relação ao diagnóstico, destaca-se que o AVCi pode ser constatado mediante a realização de exames físicos e de imagem, uma vez que tais exames possibilitarão a identificação de qual área do cérebro foi afetada (BRASIL, 2019).

A tomografia computadorizada do crânio é, então, o método frequentemente empregado para que se possa avaliar um AVCi, porque é por seu intermédio que se consegue demonstrar sinais precoces de isquemia (BRASIL, 2019). No entanto, quando o paciente adentra em uma unidade de emergência com sinais de AVCi, deve-se verificar seus sinais vitais e glicemia. Deve-se, ainda, colocar o paciente deitado, caso esteja vomitando, puncionar um acesso venoso periférico no braço que não se encontra paralisado, e administrar oxigênio, caso

necessário (BRASIL, 2019). Segundo Castro e Silva (2018), o tratamento vai depender diretamente do diagnóstico que por sua vez confirma e classifica o tipo de AVC. Até que o diagnóstico seja confirmado existem alguns cuidados que devem ser adotados a fim de estabilizar o paciente, dentre eles destacamos: controle da pressão arterial (PA), a fim de reduzir sangramento; controle da glicemia, valores, <120 mg/dL, controle da temperatura; controle da hiperventilação e quando necessário usar a hemodiluição. Uma vez diagnosticado que o paciente está com AVCi, pode-se utilizar trombolíticos “[...] como objetivo a recanalização precoce do vaso ocluído, proporcionando maiores chances de manutenção da viabilidade do tecido neuronal em risco, ou seja, a área de penumbra” (ROLINDO et al., 2016, p. 22). No AVCI, imediatamente após a oclusão do vaso em um determinado território, uma área do sistema nervoso central (SNC) entra em sofrimento, e ocorre a morte neuronal. Ao redor desta área isquêmica, existe uma área de hipoperfusão, mas ainda com tecido cerebral viável, denominada de área de penumbra. Caso o vaso seja recanalizado rapidamente, toda a área de penumbra pode ser salva e a função neurológica daquela região é recuperada. Se o vaso sanguíneo não for aberto, restabelecendo a perfusão cerebral, a área de penumbra morre progressivamente, até um momento em que não existe mais cérebro viável a ser salvo. Dada esta urgência no tratamento do AVC, quanto mais rápido ocorrer a recanalização do vaso ocluído, maior a chance de reperfundir a área de penumbra e, conseqüentemente, de recuperação do paciente, com diminuição das sequelas (ROLINDO et al., 2016, p. 22).

Ferraz e Gamão (2016) esclarecem que há a possibilidade de se utilizar da alteplase trombolítica para tratamento do AVCi, porque está possibilita a dissolução do coágulo sanguíneo que está bloqueando o fluxo de sangue para o cérebro, devendo ser realizada até quatro horas após o surgimento dos sintomas. No entanto, Jacomini e Nunes (2019, p. 66) relatam que o tratamento do AVCi pode se dar por meio de trombólise química e trombectomia mecânica, desde que respeitadas as indicações. Assim, ambos os tratamentos são efetivos e têm suas vantagens.

No AVCH, o rompimento dos vasos sanguíneos se dá na maioria das vezes no interior do cérebro, a denominada hemorragia intracerebral. Em outros casos, ocorre a hemorragia subaracnóidea, o sangramento entre o cérebro e a aracnoide (uma das membranas que compõe a meninge). 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. Esse subtipo de AVC é mais grave e tem altos índices de mortalidade (BRASIL, 2019).

Neste sentido, Santos e Waters (2020, p. 2751) referem que o AVCH é aquele “[...] originado pela ruptura de um vaso com extravasamento de sangue dentro ou em volta das estruturas do sistema nervoso central”. De acordo com o Protocolo Gerenciado de AVC do Hospital Sírio Libanês, o AVCH pode ser então definido como aquele no qual o dano decorre do rápido extravasamento de sangue no interior do tecido cerebral, ao que chamamos de hemorragia intraparenquimatosa (HIP), com compressão mecânica e comprometimento da anatomia normal do tecido cerebral adjacente, e aumento da pressão intracraniana. Outros prováveis mecanismos de dano secundário incluem citotoxicidade, estresse oxidativo, inflamação e edema (RODRIGUES, 2017a; LEITE et al., 2021; AGUIAR et al., 2016; LIMA et al., 2020).

Santos e Waters (2020), bem como Santos e Souza (2020) também destacam que os sintomas e sinais de alerta do AVCH são aqueles já apresentados com relação ao AVCi. Partilham do mesmo entendimento, Araújo et al., (2016) Santos e Souza (2020) ao comentarem que os sintomas do AVCH são muito semelhantes ao do AVCi. Além disso, também o diagnóstico do AVCH deve ser realizado da mesma maneira que o AVCi, ou seja, mediante a realização de exames físicos e de imagem, sendo que, dentre estes exames de imagem, cita-se a tomografia computadorizada, como também a ressonância magnética (ARAÚJO et al., 2016; SANTOS; SOUZA, 2020). Segundo Lima et al., (2021), o tratamento do AVCH pode ocorrer mediante abordagem cirúrgica que será realizada, preferencialmente, quando o paciente estiver estável hemodinamicamente, sendo possível, conseqüentemente, preservar a área acometida de danos, bem como aliviar a pressão no local. Barella et al., (2019) discorrem, no mesmo sentido, explicando que o tratamento do AVCH se dá por intermédio de procedimento cirúrgico. No entanto, antes disso, necessário se faz estabilizar o paciente, realizar monitoração cardíaca e da pressão arterial. Sobre o tratamento cirúrgico no AVCH, considera-se: avaliação neurocirúrgica para discussão sobre possível abordagem cirúrgica, especialmente nos casos de hemorragia cerebelar, hidrocefalia e sangramentos lobares superficiais ou com efeito de massa importante. Considerar rápida evacuação cirúrgica nos pacientes com HIP cerebelar e deterioração neurológica; presença de sinais de compressão de tronco cerebral; ou hidrocefalia sintomática não comunicante.

Na maioria dos casos de HIP supratentorial não há recomendação para a evacuação cirúrgica, podendo ser considerada em pacientes jovens, com Glasgow Coma Score entre 9 e 12, e em hematomas lobares volumosos até 1 cm da superfície do córtex cerebral (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2021). O Protocolo Gerenciado de AVC do Hospital Sírio Libanês destaca, ainda, que uma vez diagnosticado o AVCH, deve-se, dependendo de cada situação em particular, realizar tratamento de hipertensão intracraniana, tratamento hemostático e profilaxia de tromboembolismo venoso (TEV) (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2021). Ademais, pode-se “associar uso de anticoagulantes após documentação da cessação da hemorragia (ausência de expansão do hematoma) e ausência de outras coagulopatias, dentro das primeiras 48-72 horas” (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2021).

2.5. Factores de risco e Prevenção

São vários os fatores de risco relacionados ao AVC, modificáveis e não modificáveis. Dentre os não modificáveis, ou seja, não passíveis de intervenção, podemos citar:

- 1) O sexo
- 2) Raça
- 3) Idade
- 4) Histórico familiar.

O AVC é mais comum em indivíduos do sexo masculino, negros, com mais de 50 anos de idade e com histórico familiar positivo para doenças cardiovasculares (BARBOSA et al., 2009). Dentre os fatores modificáveis temos:

- 1) A HAS,
- 2) Tabagismo,
- 3) Dislipidemia,
- 4) Diabetes,
- 5) Sedentarismo,
- 6) Alcoolismo
- 7) Obesidade.

Vários estudos apontam a hipercolesterolemia como um facilitador do desenvolvimento do AVC (BARBOSA et al., 2009; CUNHA, 2014; LOTUFO et al., 2013). De maneira geral, grande parte do AVC são devidos à aterosclerose de pequenas e grandes artérias cerebrais, e êmbolos cardiogênicos (BRASIL, 2012). Em mulheres, o aparecimento do AVC está comumente relacionado à hiperglicemia, uso de contraceptivos orais e histórico familiar positivo para doenças tromboembólicas. Mas de forma geral o AVCH é resultado de HAS, tumores, aneurismas, arteriosclerose e traumatismos (MENOITA, 2012).

Sendo assim, para Botelho e colaboradores (2016), as melhores formas de prevenir várias doenças, entre elas o AVC, é por meio da adoção de políticas públicas na atenção básica, bem como a melhoria na qualidade de vida das pessoas, visto que os maiores responsáveis pelo AVC são fatores modificáveis.

2.6. Diagnóstico do AVC

A determinação precoce do AVC amplia as possibilidades terapêuticas e possibilita intervenções que resultarão em uma melhor qualidade de vida e redução das consequências e sequelas causadas pelo AVC. A detecção de sintomas do AVC deve ser feita quando o paciente apresenta qualquer alteração motora, de consciência, de fala e apresenta cefaleia intensa (OLIVEIRA et al., 2012).

Existem várias escalas que foram criadas para identificar rapidamente o paciente que está sofrendo o AVC e direcionar o profissional que o atendeu. No atendimento pré-hospitalar comumente usa-se a escala de Cincinnati, que tem como similares a Face Arm Speech Test ou FAST e a Los Angeles Prehospital Stroke Scale. De modo geral avalia três itens: queda facial (que pode ser observada quando o paciente sorri e um dos lados da face fica paralisado), fraqueza dos braços (ao solicitar que o paciente feche os olhos e erga os braços por dez segundos, um dos membros não se movimentam) e discurso incorreto ou pronúncia alterada.

Havendo alterações em qualquer um destes itens, há 72% de probabilidade do paciente estar sofrendo um AVC, porém outras patologias não devem ser descartadas (BIANCHINI, 2009). Pode-se também utilizar a escala de Glasgow para avaliar a excitabilidade e percepção pela melhor resposta do paciente em relação à resposta verbal, resposta motora e abertura ocular. Nessa escala é dado uma nota ao paciente, que varia de 3 a 15 pontos, categorizados por cada item. O paciente que apresenta nota 3 é considerado não-reativo e o que apresenta nota 15 é aquele completamente responsivo. Essa escala não é indicada em crianças menores que 5 anos e pacientes sedados ou curarizados. Se o paciente estiver em hipóxia ou em quadro de hipotensão aguda, a escala de Glasgow não aponta a gravidade da lesão sofrida. Em pacientes entubados, hemiplégicos, afásicos e com edema palpebral intenso a avaliação é prejudicada (KOIZUMI, 1978; BIANCHINI, 2009).

Também é muito utilizado a escala do National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ou NIH, que pode auxiliar no diagnóstico do AVCI e do AVCH, porém é mais seletiva para o AVCI. O resultado desta escala prevê o prognóstico sobre a gravidade do AVC diante

dos déficits apresentados. Existem ainda escalas específicas para o AVCH para classificar o sangramento apresentado na tomografia. O conhecimento e adequada aplicação dessas escalas, permite ao enfermeiro a fazer os diagnósticos e prescrições de enfermagem corretamente, além de obter dados que complementam as informações a respeito do paciente e permitem melhor acompanhamento da sua evolução (ROLIM; MARTINS, 2012). Para diagnóstico do AVC, deve-se investigar a história clínica, bem como os fatores de risco e sinais e sintomas apresentados pelo paciente. As lesões isquêmicas dificilmente são visualizadas nas primeiras horas, mas a tomografia computadorizada de crânio auxilia no diagnóstico e exclusão do AVCH, apontando a extensão da hemorragia quando esta está presente. Podem também ser realizados ressonância magnética e angiografia dos vasos encefálicos. Por último, quando a tomografia de crânio não aponta anomalias e suspeita-se de AVCH, pode ser feita a coleta de líquido cefalorraquidiano (BIANCHINI, 2009).

2.7. Tratamento

O paciente com a sintomatologia indicativa de AVC deve ser encaminhado a um centro de referência, ou unidades de AVC. O enfermeiro realiza a triagem e confirma os sintomas pré-hospitalares. Essa avaliação deve focar nas vias aéreas, circulação, respiração, sinais vitais e exame neurológico. O enfermeiro deve ser capaz de reconhecer os sintomas neurológicos sugestivos de AVC e avaliar rapidamente o tempo inicial dos sintomas. Um instrumento utilizado para avaliação neurológica e indicação do uso do trombolítico é a escala de AVC da National Institutes of Health (NHSS) (CAVALCANTE, 2011). Nesses locais de referência o código AVC é disseminado e promove uma série de ações coordenadas na unidade de saúde ou interunidades da Rede de Urgência e Emergência (RUE). São realizados vários exames, dentre eles a tomografia computadorizada, que indica qual tipo de AVC o paciente sofreu. Se confirmado o AVC isquêmico, o paciente é encaminhado para a realização da trombólise. No caso do diagnóstico positivo para AVC do tipo hemorrágico, avalia-se o local apóxico e estuda-se a possibilidade de intervenção cirúrgica (MORAIS, 2017).

Nos últimos anos com os avanços tecnológicos, farmacológicos e de pesquisas, as abordagens e tratamentos das doenças cerebrovasculares tem se modificado. O AVC agudo passou a ter uma abordagem interventiva. O AVC passou a ser considerado uma emergência, culminando numa intervenção mais rápida e sistematizada (CUNHA, 2014). Por definição, a fase aguda do AVC é definida pelo período de 48 horas com déficit neurológico (BIANCHINI, 2009), mas se o cérebro permanecer em isquemia por um longo tempo (aproximadamente de

4-6 horas) as lesões cerebrais são irreversíveis. Os tratamentos disponíveis para o AVCI e O AVCH são diferentes, mas ambos incluem suporte clínico, prevenção e tratamento de complicações, reabilitação e prevenção de demais ocorrências (BIANCHINI, 2009; EVARISTO, 2006). Havendo confirmação do AVCI, em até 4 horas e meia deve-se iniciar a neuroproteção e administrar o rt-PA (ativador do plasminogênio tissular recombinante). O objetivo do tratamento na fase aguda do AVCI é limitar a área da penumbra isquêmica, que é uma região com isquêmica, porém com células ainda viáveis e potencialmente recuperáveis, e evitar novos AVC. Para tanto, o monitoramento dos parâmetros fisiológicos e a garantia da reperfusão tecidual são essenciais.

A pressão arterial deve ser mantida inferior a 220/120 mmHg, atentando-se para o risco de hipoperfusão da área afetada; é necessário monitorar também a temperatura corporal e hipóxia cerebral, evitando assim o aumento do dano cerebral. Caso não haja administração do rt-PA em tempo hábil, a terapia farmacológica com o ácido acetilsalicílico deve ser utilizada. No AVCH a intervenção cirúrgica para drenagem do hematoma deve ser considerada, e o controle da pressão arterial (PA) e da pressão intracraniana (PIC) são de extrema importância (BRASIL, 2012; BIANCHINI, 2009; CUNHA, 2014).

Em 1996 a Federal Drug Administration (FDA) aprovou para casos selecionados de AVC o uso do ativador do plasminogênio tissular recombinante (rt-PA), que desmembra a fibrina do coágulo, significando um grande avanço no tratamento do AVC isquêmico, determinando-o como emergência médica. O uso desse trombolítico objetiva a recuperação da área da penumbra isquêmica, que é uma área em isquemia, porém com células ainda viáveis e passíveis de recuperação (KATSUJI et al., 2010).

Para realização da trombólise endovenosa, deve-se observar uma janela terapêutica, que equivale a 4,5 horas após o aparecimento dos sintomas. A trombólise objetiva intervir nos mecanismos fisiopatológicos ocasionados pela isquemia e diminuir as suas consequências, o que exige um rápido atendimento do paciente com AVC (MILÁN et al., 2010). Todos os casos de AVC isquêmico devem ser considerados como potenciais receptores do tratamento trombolítico, independentemente da região cerebral afetada (MARIANO, 2017). A American Heart Association, Council on Cardiovascular Nursing e Stroke Council recomenda para o tratamento com o trombolítico: avaliação neurológica e aferição de sinais vitais (com exceção da temperatura) a cada 15 minutos durante a infusão do rt-PA. Nas seis horas seguintes esses parâmetros devem ser avaliados a cada meia hora e nas 16 horas subsequentes, deve-se avaliar

a cada 60 minutos. A temperatura deve ser avaliada a 4 horas e o médico deve ser informado caso haja qualquer alteração nos sinais vitais. Caso a saturação de oxigênio for menor que 92% deve-se oferecer oxigênio por cateter nasal a 2-3 litros por minuto. A monitorização cardíaca deve ser mantida por 72 horas e o paciente deve manter repouso no leito (CAVALCANTE, 2011).

Visando melhorar a assistência prestada aos pacientes, diminuir as sequelas e aumentar as possibilidades terapêuticas foram criadas as unidades de AVC, que são centros especializados em diagnóstico e tratamento, com profissionais devidamente treinados e com todo suporte tecnológico necessário para atendimento em tempo hábil do paciente com AVC. O Hospital de Clínicas de Uberlândia em novembro de 2016 aderiu ao protocolo de atendimento ao AVC agudo. Assim, é necessário um acúmulo de referencial teórico sobre o AVC em todas as suas perspectivas, para elaboração de protocolos e capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento dos indivíduos, garantindo qualidade de atendimento, melhorando o prognóstico e aumentando a qualidade de vida dos pacientes atendidos. O presente trabalho tem a finalidade de fornecer esse conteúdo para contribuir na construção desses protocolos e capacitações, com foco na equipe de enfermagem, que é peça fundamental em todas as etapas, desde o diagnóstico até o tratamento do paciente que sofreu o AVC.

2.8. Complicações

- 1) Paralisia e Alteração da motricidade;
- 2) Alterações Sensoriais;
- 3) Alterações da comunicação;
- 4) Alterações cognitivas;
- 5) Distúrbios emocionais.

2.9. Reabilitação

Todos os pacientes internados com diagnóstico de AVC recente devem ser avaliados por uma equipe de profissionais de reabilitação com prazo de até 24 horas do momento da internação, com atenção na deglutição (em jejum) e nos aspectos motores e respiratórios, respectivamente pelo acionamento automático das equipes de fonoaudiologia e fisioterapia.

A avaliação protocolar inicial da equipe de reabilitação inclui a aplicação das escalas funcionais Rankin modificada (mRS) para todos os pacientes com diagnóstico de AVC e Barthel para os pacientes diagnosticados e em acompanhamento com a equipe de fisioterapia da instituição.

As escalas de avaliação funcional devem ser aplicadas no período inicial e final da internação hospitalar e, a partir delas, deve ser elaborado um plano de reabilitação individualizado para cada paciente, que poderá incluir a avaliação de outros profissionais de reabilitação.

Os resultados da aplicação do plano de reabilitação devem ser periodicamente avaliados por cada profissional da reabilitação para os devidos ajustes no mesmo

Deve ser considerado o encaminhamento do paciente para o Centro de Reabilitação do HSL, visando recursos tecnológicos e ambientais adicionais com o objetivo de potencializar a reabilitação frente à avaliação do médico fisiatra e em concordância com a equipe médica responsável.

O paciente deve receber educação referente aos cuidados de reabilitação, incluindo orientações sobre sua doença, fatores de risco relacionados e a continuidade do tratamento de reabilitação no período após a alta hospitalar.

Quadro 1 - Cuidados de Enfermagem ao paciente com AVCI

1. VIAS AÉREAS E RESPIRAÇÃO	2. VIAS AÉREAS E SINAIS VITAIS
Observar presença de hipoxemia, sat <90% e notificar. Manter oximetria e monitorização cardíaca por 24 horas.	Controlar PA não invasiva de 15 em 15 minutos nas primeiras 2 horas e de 30 em 30 minutos nas próximas 6 horas até completar 24 horas.
Organizar material de IOT: oxigênio, máscara bolsa-reservatório e aspirador conectados e testados.	Monitorar administração de nitroprussiato de sódio ou esmolol e notificar alterações bruscas de PA.
Disponibilizar drogas sedativas e ventilador mecânico conforme parâmetros prescritos.	Avaliar alterações na frequência, ritmo nas ondas do eletrocardiograma.
Realizar ausculta pulmonar identificando precocemente diminuição do murmúrio vesicular e presença de estertores de 6 em 6 horas.	Monitorar PPC desejado acima de 70 mmHg, ou manter PAM de 90 mmHg na falta de monitorização de PPC.
Avaliar gasometria e parâmetros de VM, notificar presença de PEEP elevada.	Manter temperatura Central: <ou = 37.5°C Axilar: <ou = 37°C
Manter cabeceira elevada e cabeça alinhada, evitando manobras que elevem a pressão intracraniana, tosse, flexão extensão da cabeça, flexão do quadril/membros inferiores.	Manter glicemia entre 100 – 180 mg/dl, administrando insulina ou glicose, conforme hiper ou hipoglicemia
Aplicar NIHSS na admissão.	Utilizar compressão pneumática intermitente desde o primeiro dia de internação, nos casos de hipertensão intracraniana.
Realizar ECG de 6 em 6 horas em pacientes sedados	Mudar decúbito conforme tolerância fisiológica.

Avaliar força muscular nos 4 membros de pacientes não sedados	Atentar para sinais de bradipnéia, bradicardia, hipertensão arterial e notificar.
---	---

Fonte: AHA/ASA. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage (2015).

De acordo com os resultados apresentados no estudo de Nascimento (2019), no Hospital de Urgência de Teresina no estado do Piauí, foi possível observar a assistência de enfermagem ao paciente com AVC de maneira individualizada e contínua, através de um checklist com diagnósticos, características definidoras e resultados esperados de acordo com NANDA. Foram listadas as intervenções mais utilizadas em pacientes vítimas de AVC, como: avaliação do nível de consciência, avaliação de sinais vitais, assistência no desconforto respiratório, verificação da glicemia, checagem do sistema de monitorização, manutenção da cabeceira a 30° graus, dieta zero S/N. Hinkle (2018), destaca que o enfermeiro deve realizar e registrar um exame físico eficiente pactuado na escala de AVC (NIHSS), sendo que, este instrumento deva ser empregado continuamente na fase aguda do AVCi, em pacientes pós-AVH, ou com suspeita de Ataque Isquêmico Transitório (AIT), a fim de identificar o estado neurológico, avaliar eficácia do tratamento e prever um desfecho para conduta clínica.

Em estudo de Blomberg (2018), foi avaliado o nível de concordância entre enfermeiros e médicos na condução clínica do AVC, evidenciando similaridade entre os profissionais de 78% na decisão de monitorização e intervenção precoce e 74 % na realização da Tomografia Computadorizada (TC) de crânio, porém os enfermeiros apresentavam nível de precisão de em 84%.

A escassez de neurologistas prontamente disponíveis em serviços hospitalares favorece o desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem. Estas práticas contemplam a atuação dos enfermeiros na identificação, tomada de decisão de tratamento e gestão contínua de pacientes com AVC (BLOMBERG, 2018).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa consiste em projecto de desenvolvimento tecnológico, a partir de conhecimentos científicos existentes, obtidos através de métodos teóricos para a produção de um documento metodológico, que ordena em uma sequência lógica, prática e com recursos existentes no sistema de saúde Angolano e os modos de atuação face a pacientes com acidente vascular cerebral nos serviços de emergência do hospital geral do Huambo. Identificar na literatura as evidências científicas dos cuidados de enfermagem ao paciente com Acidente Vascular Cerebral em unidade de emergência. Este capítulo reporta-se à fase metodológica e consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que prescreverá os dinamismos conducentes à realização da investigação (Fortim, 1999).

Partindo do pressuposto que a seleção do instrumental metodológico se deve adequar ao problema a ser estudado, à natureza dos fenómenos, ao Objecto da pesquisa, aos objectivos delineados e, ainda, à equipa humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação (Lakatos e Marconi, 1996; Pereira e Poupá, 2004; Hill e Hill, 2005), este capítulo terá como finalidade descrever o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento da nossa pesquisa. Neste sentido, conceptualizámos um estudo transversal de natureza quantitativa e procedemos a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um estudo não experimental (Pedhazur e Schmelkin, 1991), também designado por estudo pós-facto (Kiesse e Bloomquist, 1985), estudo de observação passiva (Cook e Campbell, 1979) ou estudo correlacional e de observação (Gil, 1995), dado que no estudo há manipulação de variáveis independentes e com ele se pretende efectuar a descrição das características da amostra, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis.

Relativamente às variáveis, consideramos a capacidade funcional do doente com AVC como a nossa variável dependente. Como variáveis independentes definimos as variáveis clínicas (tipo de AVC, tempo de internamento, local da lesão, factores de risco).

Foi realizada uma investigação que por sua abordagem se considera, qualitativa e quanto a sua natureza, trata-se de uma investigação aplicada, porque objetiva propor, e encontrar estratégias que possam ser usadas, para moldar a actual realidade, no que tange a assistência de enfermagem a pacientes com acidente vascular cerebral em fase aguda no hospital geral do Huambo. E tendo em conta o objeto de estudo, classifica-se como uma investigação de inovação tecnológica.

Trata-se de uma revisão integrativa fundamentada na proposta de Ganong (1987), e conduzida em seis etapas de investigação: elaboração da pergunta que norteia o estudo a ser desenvolvido; busca ou amostragem na literatura; seleção dos estudos; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados obtidos e apresentação da revisão integrativa.

3.1. Métodos

Para execução das tarefas investigativas, que permitirão elaborar a proposta de protocolo, e contribuir cientificamente, para preencher a lacuna existente, e alcançar os objetivos, ora, preconizados, utilizamos os métodos teóricos a seguir:

Histórico-Lógico: permitiu identificar a origem, evolução, tendências e as diferentes condutas de enfermagem, que se têm adotado face a pacientes com acidente vascular cerebral em fase aguda, outrossim, permitiu obter conhecimentos, sobre a elaboração de protocolos de enfermagem com uma sequência cronológica, até chegar aos princípios gerais actuais.

Análise-síntese: permitiu-os, comparar, classificar, generalizar determinados princípios, conceitos e irregularidades no processo de elaboração, de protocolos de enfermagem. Também, possibilitou aglomerar os elementos fundamentais para estudar dentro de um universo a natureza e comportamento do AVC, para identificar os modos de atuação mais objetivos tendo em conta as condições reais de recursos humanos e materiais do Hospital Geral do Huambo.

Indução Dedução: permitiu compreender, a partir dos conhecimentos sobre a elaboração de protocolos de enfermagem, e experiência sobre instrumentos similares aplicados em outros países, em relação a assistência a pacientes com AVC em fase aguda e a experiência de certos autores, que encontrar modos de atuação prática e eficientes no contexto do sistema de saúde Angolano, onde existe diversidade das grelhas curriculares das instituições de Enfermagem de ensino superior deve ser uma medida de se tomar com urgência.

Enfoque sistémico: permitiu, transitar por um conjunto de elementos inter-relacionados entre si, para solucionar o problema científico identificado.

3.2 Tipos de estudos

3.2.1 Quanto a abordagem:

Trata-se de um estudo metodológico, para construção de um protocolo de cuidados de Enfermagem para atendimento a pacientes com sintomas de Acidente Vascular Cerebral (AVC).

O estudo metodológico tem como finalidade a avaliação, desenvolvimento e validação de instrumentos e métodos relacionados a 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, com a realização de testes para intervenções e procedimentos sofisticados para obtenção de dados (POLIT; BECK, 2019).

3.2.2 Quanto ao procedimento:

Trata-se de um estudo tecnológico.

3.3. Universo e amostra

Para o sistema buscador automático do Google acadêmico, aplicou-se revisão integrativa de literatura realizada por meio de busca nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PUBMED/MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied (CINAHL) Advanced Searching Tutorial, SciVerse Scopus, Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Foram eleitos artigos de pesquisas qualitativas e/ou quantitativas, publicados até 2023, utilizando os descritores:

Cuidados de enfermagem; Protocolo; Assistencial; Acidente Vascular Cerebral; Fase Aguda; Resultados: Foram identificados 16 artigos e selecionados 7 artigos para análise, que foram agrupados em duas categorias:

Importância do reconhecimento e manejo precoce dos sinais e sintomas de Acidente Vascular Cerebral, destacando a importância da detecção precoce das alterações neurológicas na janela terapêutica de atendimento até 4,5 horas após início dos primeiros sintomas e a segunda categoria:

Assistência de enfermagem guiadas por protocolos. Sendo que, os cuidados de enfermagem ao paciente com Acidente Vascular Cerebral na fase aguda evidenciados foram:

Triagem com atendimento imediato, comunicar médico neurologista, monitorização de sinais vitais, glicemia capilar, coleta de exames laboratoriais, puncionar acesso venoso, agilizar encaminhamento do paciente para exame de tomografia computadorizada e coletar histórico clínico do paciente. A revisão mostrou as práticas de cuidado ao paciente com Acidente Vascular Cerebral na fase aguda.

Evidenciou-se a importância da implementação de protocolos para nortear o cuidado focado na identificação precoce e manejo do paciente com sinais e sintomas de Acidente Vascular Cerebral, oportunizando maior autonomia e padronização da assistência de enfermagem com vistas à segurança do paciente.

3.4. Critérios de inclusão

Para a etapa de seleção dos estudos, foram adotados como critérios de inclusão: artigo original, publicado em periódico indexado, estudos de métodos quantitativos ou qualitativos, disponível eletronicamente na íntegra, Também Foram incluídas, literaturas de maior relevância, que abordam assuntos relacionados a assistência de Enfermagem, em pacientes com AVC publicados nos idiomas: português, inglês e espanhol, até 2023.

3.5. Critérios de exclusão

- 1) Foram excluídos relatos de experiência, cartas, editoriais, monografia, dissertações, teses e artigos não relacionados ao escopo do estudo.
- 2) Os estudos selecionados seguiram as recomendações checklist do Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies – PRISMA (PAGE et al., 2021).
- 3) Foram excluídos para a nossa revisão literária, artigos científicos com as seguintes características:
- 4) Publicados em período fora do selecionado;
- 5) Os materiais bibliográficos que não disponibilizaram o artigo de forma integral;
- 6) Que não procediam de revistas indexadas;
- 7) Livros de editoras pouco prestigiadas internacionalmente.

3.6. Coleta de dados

Será feito um levantamento bibliográfico para maior aprofundamento sobre o tema proposto. Logo após, será feito um levantamento de dados que darão início a aplicação de questionário elaborado, com a intenção de obter e prever as informações necessárias (LAKATOS, 2010).

3.7. Aspectos éticos da pesquisa

Os aspectos éticos, estão sustentados no estabelecido na declaração de Helsink da Associação Médica Mundial, na modificação de Somerset West, República de África do Sul Outubro de 1996, assim como seguindo as recomendações expostas em "Internacional Éticas Guidelines for Biomedical Research involving Humansubjects" (Council for Internacional Organization for Medical Sciences 1992) e nas regulações vigentes para tal efeito. Será solicitada autorização dos participantes para a recolha de dados e posteriormente um inquérito e termo de consentimento livre e esclarecido. Onde os responsáveis dos departamentos serão informados sobre a pesquisa e, bem como a finalidade do estudo e a garantia de confidencialidade dos resultados.

3.8. Técnicas de recolha e análise de informação

Os resultados serão selecionados, agrupados e analisados detalhadamente no final serão comparados entre si. A pois revisão documental, de cada artigo ou monografia, foram selecionadas as informações mais relevantes, sobre os modos de assistência de enfermagem, frente a pacientes com AVC em fase aguda. Posteriormente, organizou-se a informação de acordo aos critérios de nível de evidência e recomendação. Ver o quadro abaixo:

Tabela n°1

Quadro 2 – Sobre a AVC

Nível de evidência	Definição
A	Dados procedentes de ensaios clínicos e meta-análise
B	Artigos publicados em revistas de impacto científico
C	Consenso de opinião de experts

Fonte:

Para a análise crítica dos estudos utilizou-se um instrumento estruturado pelo pesquisador, constituído pelos seguintes dados: título; ano de publicação; país de realização da pesquisa; delineamento do estudo; objetivo da pesquisa; resultados; principais cuidados de

enfermagem, e nível de evidência dos estudos (NE). Para determinação do nível de evidência foi considerado a classificação segundo Melnyk et al., (2016), que utiliza sete níveis para classificação hierárquica:

Nível I: Evidência de uma revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados (ECR) relevantes;

Nível II: Evidências obtidas de ECRs bem planejados;

Nível III: Evidências resultantes de ensaios controlados bem delineados sem randomização;

Nível IV: Evidências de casos bem planejados e estudos 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. Por se tratar de uma revisão integrativa da literatura, este estudo não necessitou da aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa.

4. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pesquisa nas bases de dados, considerando-se os critérios de inclusão e de exclusão, resultou na seleção inicial de 1775 estudos. A leitura minuciosa e na íntegra destes permitiu selecionar a amostra final da revisão constituída por seis estudos. Todos os estudos foram publicados em periódicos internacionais no idioma inglês e espanhol, destacando-se 2018 como o ano com maior número de publicações (n=2). No que tange à origem não houve quantitativo em destaque. Em relação ao tipo e nível de evidência, predominaram os estudos randomizados (n=2) classificados com evidência III e IV respectivamente (Quadro 5). Quanto às áreas de conhecimento, cinco estudos foram desenvolvidos por pesquisadores da enfermagem e um estudo pelos da medicina. Sobre o método de pesquisa empregado nos estudos, três são de abordagem quantitativa e três de qualitativa.

4.1. Discussão dos resultados

No que tange a análise dos dados, este estudo oportunizou a identificação dos eixos norteadores no que se refere ao reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de AVC e a utilização de protocolos para o cuidado de enfermagem ao paciente com AVC, que foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo. Desse modo, emergiram duas categorias: Importância do reconhecimento e manejo precoce dos sinais e sintomas de AVC; Assistência de enfermagem guiadas por protocolos.

Importância do reconhecimento e manejo precoce dos sinais e sintomas de AVC. Os estudos encontrados nesta categoria, apontaram elementos essenciais para o cuidado de enfermagem no reconhecimento precoce dos sinais e sintomas do paciente com Acidente Vascular Cerebral, buscando melhorar a prática do cuidado. No estudo de Sanjuan et al., (2020), onde o objetivo foi proporcionar um conjunto de recomendações atualizadas e baseadas em evidências para o manejo do AVC, a partir de uma revisão consultada nas mais recentes diretrizes nacionais e internacionais com nível de evidência baseado na classificação do Oxford Center for Evidence-Based Medicine. Evidenciou-se a importância dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem na chegada do paciente ao hospital, os tratamentos de reperfusão e suas limitações, admissão e cuidados de enfermagem ao paciente com AVC na chegada ao âmbito hospitalar. Desse modo, identificar um paciente com suspeita de acidente vascular cerebral compreende um desafio perante o reconhecimento precoce do início súbito de um déficit neurológico focal (por exemplo, fraqueza facial, fraqueza nos braços/pernas, ataxia,

afasia, disartria, perda de campo visual, preferência de olhar, distúrbios sensoriais, negligência ou outros achados focais). Na ausência de uma convulsão óbvia, o déficit pode provavelmente ser atribuído a acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório (AIT) (GROSS et al., 2016; GROSE, 2017). Ainda para Sanjuan et al., (2020), a atenção direta do paciente com sinais e sintomas de AVC agudo mostra redutores importantes nos tempos de tratamento. Esta medida está implementada nos hospitais que organizadamente podem incorporar uma enfermeira unidade de emergência para gerenciar o tempo e o tratamento. Desta maneira, o enfermeiro se prepara para receber o paciente na porta da emergência e o acompanha até a realização da TC, fornece informações intercambiáveis sobre o início dos sintomas, a clínica e os antecedentes patológicos do paciente; realiza uma primeira avaliação do paciente e inicia os cuidados de enfermagem com a normalização dos parâmetros de glicose e pressão arterial; realiza uma punção venosa periférica e se obtém amostra sanguínea básica (hemograma, biocoagulação). Ao realizar o TC, sem contraindicação, se inicia a trombólise ev (0,9 mg/kg, dose máxima de 90 mg, 10% em bolus e resto a infundir em 1 h).

Portanto, os enfermeiros desempenham papel fundamental na rápida identificação e triagem de pacientes com AVC. Uma avaliação inicial adequada guiada por protocolo permite o fluxo correto no sistema, otimizando o tempo de resposta para a chegada dos pacientes com AVC nos serviços de referência. O objetivo da triagem rápida é iniciar uma avaliação imediata para o tratamento definitivo. Estima-se que a diminuição em 15 minutos no atraso do tratamento resulte em 1 mês de vida adicional, sem incapacidade após um AVC (GOLDSWORTHY; KLEINPELL, 2019).

Assistência de enfermagem guiada por protocolos é importante como ferramenta para a sistematização da Assistência de Enfermagem no sentido de nortear as condutas dos profissionais. A literatura encontrada aponta a necessidade de uma atuação imediata diante dos sinais e sintomas apresentados no paciente com AVC agudo admitido em unidade de emergência. Nesse sentido a adoção de protocolos uniformiza, direciona e favorece a variedade de condutas entre os profissionais. Estabelecer um processo de tratamento integrado por enfermeiros de emergência favorece o desfecho do atendimento ao paciente com acidente vascular cerebral evitando maiores sequelas pós AVC (LI, 2021). Segundo Sharaddha et al., (2017), um estudo prospectivo, não randomizado, teve como objetivo determinar se um protocolo de AVC conduzido por enfermeira é viável e auxilia na diminuição dos tempos porta a agulha (ativador de plasminogênio tecidual intravenoso (IV- tPA), sendo que, os membros da equipe de AVC tiveram uma fase de treinamento de um mês e, em seguida, o protocolo foi

implementado por 6 meses e os dados foram coletados em uma “folha de execução”. Dos 153 pacientes com AVC atendidos durante a fase de implementação do protocolo, 57 foram designados como AVCs de “nível 1” (início dos sintomas <4,5 horas) que requerem tratamento de AVC agudo.

Entre esses acidentes vasculares cerebrais, 78% foram conduzidos por enfermeiros e o tempo médio de porta para tomografia computadorizada foi significativamente reduzido nos códigos dirigidos por enfermeiros (38,9 minutos versus 24,4 minutos; $P < 0,04$). Neste sentido, a Federação Mundial de Enfermeiros de Cuidados Críticos é mais incisiva em seus apontamentos e recomenda que os enfermeiros assumam a primeira avaliação do paciente com AVC e deem os encaminhamentos necessários, como acionar laboratório e exames de imagem (tomografia computadorizada de crânio). Também destaca que o enfermeiro de triagem desempenha um papel vital ao reconhecer um AVC agudo e a ativar os protocolos corretamente (GOLDSWORTHY; KLEINPELL; WILLIAMS, 2019). Estudo realizado por Li et al., (2021) para avaliar o efeito da prática de estabelecer um processo de tratamento integrado por enfermeiros de emergência em hospitais gerais para o atendimento ao paciente com acidente vascular cerebral isquêmico agudo, comparou o tempo gasto em cada link antes e após o estabelecimento do tratamento integrado de AVC, de março a junho de 2016, a equipe de gestão do centro de acidente vascular cerebral selecionou e treinou 33 enfermeiros do departamento de emergência. Após a operação experimental do sistema de coordenação geral para enfermeiros de emergência durante o dia, o tempo gasto em cada link foi bastante reduzido. No grupo de operação de dia inteiro, o tempo gasto foi ainda mais reduzido, especialmente o tempo médio desde a admissão ao diagnóstico foi reduzido de 6,67 min-0,15 min ($p < 0,0001$), ou seja, o diagnóstico rápido foi alcançado e o tempo foi economizado para resgate do paciente. Para o DNT mais importante, é encurtado de 43 min-20 min ($p < 0,0001$), que é mais que o dobro. De acordo com os resultados da pesquisa médica atual, o tempo de tratamento com ouro do AVC isquêmico agudo é de 4,5 horas, que é comumente conhecido como a "janela de tempo" da terapia trombolítica. Sendo assim, os protocolos são padronizações estruturadas e bem delineadas que dão suporte na assistência clínica, pois dispõem de uma sequência temporal do cuidado, diagnóstico e tratamentos definidos. Seu objetivo é oferecer qualidade no serviço, melhorando os cuidados de saúde. Para a concretização desse processo, é necessária uma mobilização e envolvimento de gestores, coordenadores e colaboradores, para compreenderem a importância de implementar essas padronizações e, conseqüentemente, aderir às estratégias propostas, entendendo que o objetivo é tornar o cuidado mais seguro (MEDEIROS et al., 2015).

O AVC apresenta-se atualmente como um dos maiores problemas de saúde pública, sendo a primeira causa de óbito no Brasil. Dentro dessas estatísticas, o AVCI é o mais prevalente e apresenta maior carência no manejo nos serviços de urgência, trazendo falhas que englobam desde o aumento do intervalo de tempo entre a detecção dos sintomas e o início do tratamento até a falha da avaliação do paciente na admissão nos serviços de saúde (RAMOS; FRANCO, 2016). Para tal, surgiram consensos internacionais sobre tabelas e protocolos com função de otimizar o tempo e a eficiência da avaliação do paciente com AVC.

O tempo de avaliação merece foco especial nesses pacientes, uma vez que possui relação direta com a viabilidade do tecido cerebral isquêmico e, portanto, com a eficiência ou não do tratamento preconizado. Dessa forma, o ganho de tempo é crucial para o tratamento e prognóstico (RAMOS; FRANCO, 2016).

5. PROPOSTA DE SOLUÇÃO

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem do Brasil (2018), protocolo é a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo o profissional nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação de saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica e de cuidado/tratamento, com o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde. O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Os protocolos são instrumentos legais, construídos dentro do princípio da prática baseada em evidências e oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado. Há princípios estabelecidos para construção e validação de protocolos de assistência/cuidado, como a definição clara do foco, da população a que se destinam, quem é o executor das ações, qual a estratégia de revisão de literatura e análise das evidências utilizadas.

Assim, o protocolo tem por finalidade descrever determinada situação de assistência/cuidado, contendo detalhes operacionais e demais especificidades, acerca do que se realiza, quem realiza e como se realiza, nesse sentido direcionando os profissionais na tomada de decisão assistencial para prevenção, recuperação e/ou reabilitação da saúde. No que se refere a sua estruturação, existem alguns princípios para a construção de protocolos de assistência/cuidado, onde devem trazer uma definição clara do objetivo, da população a quem se destina, o responsável pela execução das ações bem como a estratégia adotada para a revisão de literatura e análise das evidências científicas as quais foram utilizadas (PIMENTA et al., 2015).

O desenvolvimento de um novo instrumento exige dos pesquisadores atenção quanto a sequência de uma metodologia adequada, afim de que se forneça um instrumento apropriado e confiável. Aliado a esta consideração, recomenda-se que anteriormente do início do processo de construção de um novo instrumento, os autores estejam cientes dos instrumentos já existentes e validados, que muitas vezes, possuem capacidade para atender às mesmas finalidades pretendidas ou similares (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Um estudo realizado por Ferreira (2022), identificou e mapeou as intervenções de enfermagem efetivas implementadas

à pessoa vítima de AVC agudo no Serviço de Urgência. O acolhimento, triagem, ativação da equipe de AVC, avaliação inicial, estabilização, monitorização, administração do tratamento intravenoso, acompanhamento e transferência são evidenciados no estudo com nota dez no domínio da qualidade. De acordo com o autor, a constante e dirigida atualização da formação, implementação de protocolos e de estudo de investigação fará uma melhor prática de enfermagem neste contexto.

De acordo com os resultados apresentados no estudo de Ramão (2018), com a implantação do protocolo de AVC, notou-se uma melhora expressiva no fluxo de atendimento no pronto socorro, o que veio a otimizar o tempo compreendido entre a admissão o diagnóstico e o tratamento dos pacientes acometidos pelo AVC. Com isso obteve-se melhora no prognóstico clínico dos casos observados/tratados, os quais apresentaram uma significativa diminuição do score proposto pela escala NIHSS. Outro fator relevante é que a implantação do protocolo de AVC ocasionou a quebra de velhos paradigmas presentes no atendimento desta condição, ocasionando uma considerável mudança na cultura institucional com relação ao atendimento desta clientela em específico.

Lopes et al., (2017) descrevem que o uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso das práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros das equipes de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais.

Os protocolos são instrumentos legais, construídos dentro dos princípios da PBE e oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado. Deste modo, a PBE define-se como o uso dos melhores dados clínicos na tomada de decisões relativas ao atendimento ao paciente, e esses dados provem de várias fontes consistentes que orientam as ações e decisões dos enfermeiros. É preciso que os líderes em enfermagem criem, desenvolvam e sustentem um ambiente de prática profissional baseado na PBE na sua área (POLIT; BECK, 2011). A PBE e a incorporação de linguagens padronizadas poderão garantir uma qualidade melhor para a assistência prestada aos clientes e melhor visibilidade da profissão ao demonstrar as bases científicas do cuidado (OLIVEIRA; CARVALHO; ROSSI, 2015).

A PBE proporciona aos profissionais de enfermagem atuar de forma qualificada e leva ao desenvolvimento profissional, valorizando a categoria de enfermagem. Reitera-se que o aperfeiçoamento e a atualização, prevendo melhorar o cuidado prestado, devem fazer parte de um processo educativo permanente (VIANA, 2015). Neste contexto, observa-se a

importância da atuação da enfermagem no que diz respeito a atividade privativa do enfermeiro, no conhecimento, nas habilidades, na formação regular, e no modelo institucional de cuidados baseados em evidências científicas.

5.1 Operacionalização da construção do protocolo

Como citado, as etapas descritas a seguir atenderam as orientações do “Guia para Construção de Protocolos Assistenciais de Enfermagem” (COREN-SP,2015).

a) **Origem:** foi realizado em um hospital de referência no atendimento em urgência e emergência.

b) **Objetivo:** padronizar o atendimento no cuidado de enfermagem ao paciente com sinais e sintomas de Acidente Vascular Cerebral, instrumento esse, que será implementado e conduzido em outro momento, visto que, é um projeto novo, em desenvolvimento de setores, construção de equipes, protocolos e fluxos que demandam um longo tempo para formar e capacitar a enfermagem no atendimento completo relacionado a linha de cuidado ao AVC.

c) **Grupo de desenvolvimento:** o protocolo foi elaborado pelo pesquisador e terá antes da sua implementação a validação por enfermeiros da emergência, com experiência nos cuidados ao paciente com sinais e sintomas de AVC.

d) **Conflito de interesse:** não há conflito de interesse comercial e sim interesse profissional pessoal e quiçá institucional para a implantação do protocolo com consequente melhoria da assistência.

e) **Evidências:** foi realizado uma revisão integrativa de literatura para análise crítica dos estudos incluídos, por meio das bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PUBMED/MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied (CINAHL) Advanced Searching Tutorial, SciVerse Scopus, Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), com 46 os descritores: Cuidados de Enfermagem; Protocolo; Assistencial; Acidente Vascular Cerebral; Fase aguda, os quais foram usados pelas combinações AND e OR. Identificou-se 1775 artigos, no período de 2016 a 2020 sendo selecionado 7 artigos para análise, que foram demonstrados em um instrumento elaborado pela pesquisadora, elencando os seguintes dados: título, ano de publicação da pesquisa, delineamento do estudo, objetivo da pesquisa, amostra, principais resultados e nível

de evidência dos estudos. Para determinação do nível de evidência foi considerado a classificação segundo Melnyk et al, (2016), que utiliza sete níveis para classificação hierárquica. Para tanto, as evidências foram agrupadas em duas categorias: importância da compreensão e identificação precoce dos sinais e sintomas de AVC e assistência de enfermagem guiada por protocolos aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral na fase aguda.

f) Revisão: A revisão por profissionais externos a instituição e a aprovação dos enfermeiros que utilizarão o protocolo, não ocorreu durante a construção da dissertação, porém constitui etapa indispensável a sua implementação.

g) Fluxograma: ao se confirmar um quadro de AVC, será ativado imediatamente a linha de cuidados ao paciente com AVC, isso levará a notificação de diversos profissionais e setores envolvidos, os quais seguirão o protocolo através das etapas desenhadas no fluxograma de atendimento apresentado mais adiante.

h) Indicador de resultado: indicador do Tempo Porta – Agulha medindo o tempo decorrido no atendimento ao paciente com de AVC, desde a sua admissão até o desfecho clínico, sendo que o tempo determinado pela (American Stroke Association) é de menor ou igual a 120 minutos, para uma intervenção eficaz, diminuindo assim o risco de maiores sequelas. O tempo porta-agulha no AVC, é um indicador que mensura o tempo decorrido entre a chegada do paciente (denominado “porta”), até a abertura da artéria obstruída (denominada “agulha”) (INDRUCZAKI, 2021).

i) Validação pelos profissionais: não foi realizado ainda o processo de validação interna e externa do conteúdo e aparência do protocolo por profissionais da área e experts no tema abordado.

j) Validação pelo usuário: a participação do usuário na validação, ocorrerá após validação por profissionais e se dará na transferência intra-hospitalar.

k) Plano de implantação: a implantação do Protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente com Acidente Vascular Cerebral, após ser validado, será realizado treinamento teórico e prático com simulação realística para todos os profissionais de Enfermagem do Banco de Urgências do Hospital Geral do Huambo.

5.2 proposta de protocolo de enfermagem à pacientes com acidente vascular cerebral no banco de urgência do hospital geral do huambo-2023.

5.2.1 Atuação da Equipe de Enfermagem no Acolhimento Banco de Urgência:

- 1) Verificação dos sinais vitais;
 - 2) Verificação da glicemia capilar - procurando mantê-lo entre 140-180 mg/dl, evitando também hipoglicemia ≤ 50 mg/dl. Fazendo correções conforme a prescrição médica;
 - 3) Realizar e/ou acompanhar da coleta dos exames laboratoriais previstos no protocolo, encaminhando-os para análise de emergência;
 - 4) Encaminhar o paciente para a tomografia juntamente com equipe do de enfermagem e médico plantonista;
 - 5) Se for o caso de internação, a enfermagem transfere o paciente para o setor específico;
 - 6) Caso seja realizada a trombólise, o paciente será puncionado com cateter calibroso nº18 e recebe a primeira dose, já dentro da sala de tomografia;
 - 7) Coleta de dados: horário do ictus, local, sinais e sintomas, histórico de enfermagem e verificação do tipo de precaução contato/padrão;
 - 8) Facilitar o transporte rápido para centros avançados quando apropriado.
- O tratamento efetivo imediato para AVC em pacientes selecionados pode incluir:
- 9) A Alteplase intravenosa pode ser administrada em até 04 horas e 30 minutos após o início dos sintomas;
 - 10) A Trombectomia mecânica poderá ser realizada em até 24 horas.
 - 11) Preparar, diluir o frasco de RTPA, conforme o peso e a tabela de cálculo de diluição do RTPA, designado pelo médico.

5.2.1.1 Atuação da Equipe de Enfermagem na internação/UAVC:

- 1) Instalação da monitorização não invasiva;
- 2) realiza eletrocardiograma (ECG);
- 3) De acordo com as evidências existentes, o decúbito horizontal na posição supina favorece a perfusão cerebral sem comprometer a saturação de oxigênio (válido para pacientes sem hipóxia ou outros problemas respiratórios ou de vias aéreas);
- 4) Portanto, recomenda-se a posição supina para os pacientes sem hipóxia ou intolerância à posição horizontal. Pacientes com risco de obstrução de vias aéreas, broncoaspiração ou suspeita de hipertensão intracraniana, devem ser mantidos com a cabeceira elevada em 45° graus;

5) Recomenda-se manter a temperatura corpórea $< 37,5^{\circ}\text{C}$; • A pressão sanguínea deve ser mantida abaixo de 180/105 mm Hg durante 24 horas após a administração do trombolítico e trombectomia;

6) Manter paciente em dieta zero, até que seja avaliado pela fonoaudiologia ou tenha condições de receber dieta VO.

7) Observar nível neurológico, comportamento e riscos (queda, broncoaspiração, perda de dispositivos, flebite, lesões de pele e desnutrição).

8) A Sondagem nasoentérica só poderá ser realizado, caso necessite, após 24 horas da trombólise);

9) A sondagem vesical de alívio poderá ser realizada após 30 minutos do fim da trombólise venoso;

10) Administrar a medicação conforme prescrição médica;

11) Acompanhamento da disfagia antes de o paciente começar a comer, beber ou receber medicamentos orais para identificar risco aumentado de bronco aspiração. Se a capacidade de comer dos pacientes é limitada pela disfagia, devem começar a alimentação enteral.

12) A enfermagem participa exclusivamente do acompanhamento do paciente durante toda a internação;

13) Promover reabilitação juntamente aos serviços de fisioterapia e fonoaudiologia; • Retirar o paciente da cama, realizar banho por aspersão com cadeira, o mais precoce possível;

14) Acompanhar nos cuidados com a oferta de alimentação de forma segura; • Orientar acompanhantes sobre cuidados e acompanhamento durante a internação;

15) Manter cabeceira à 45° , prevenindo riscos de broncoaspiração; • Higiene oral, no mínimo 2x ao dia;

16) Atenção às peculiaridades dos pacientes: não aferir PA ou colher exames, ou puncionar acesso venoso nos membros plégicos;

17) Cuidado no uso de fraldas devido ao risco de lesões de pele: Dermatite associada a incontinência (DAI), lesões por pressão e dermatites por umidade ou contato;

18) Atenção às alergias;

19) Caso feridas: acompanhar, controlar a melhora/piora das lesões, optar por curativos bons;

20) Dar orientação de alta: explicitando cuidados com o uso de medicamentos, riscos, alimentação e observação de sinais e sintomas de novos AVC's, dando os devidos encaminhamentos.

Algumas publicações associam hipertermia a um pior prognóstico do AVC. Sua causa mais comum são os quadros infecciosos, como broncopneumonia, infecção de trato urinário e sepse. Mais raramente, a hipertermia pode ser secundária ao próprio AVC. Recomenda-se manter a temperatura corpórea $< 37,5^{\circ}\text{C}$ utilizando medicamentos antipiréticos, como a dipirona ou o paracetamol e, nos casos refratários, cobertores térmicos.

Pacientes com AVC apresentam risco aumentado de broncoaspiração, seja por rebaixamento do nível de consciência, vômitos ou alterações motoras do palato e da orofaringe. Recomenda-se que o paciente seja mantido em jejum até que o diagnóstico seja definido e a situação neurológica estabilizada. A alimentação oral deve ser liberada apenas após uma avaliação da capacidade de deglutição.

Em princípio, os protocolos de administração subcutânea são eficientes, mais simples e com menor risco de hipoglicemia. No caso de hipoglicemia (glicemia capilar < 70 mg/dl) esta deve ser corrigida através de uma infusão intravenosa de 40 ml de solução glicosada a 50%.

Os objetivos específicos deste protocolo incluem a rápida identificação dos sinais de alerta para um AVC, o pronto desencadeamento do processo de cuidados de enfermagem, o rápido início dos cuidados (gerais e específicas), a implantação de medidas de prevenção secundária e de reabilitação, seguindo as diretrizes preconizadas neste documento.

5.3 Descrição do protocolo

Serão incluídos neste protocolo todos os pacientes adultos, atendidos pelo hospital geral do Huambo 2023, com suspeita diagnóstica de AVC, abrangendo as fases de atendimento pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar.

5.3.1 Sinais de alerta para a suspeita de Avc

A aplicação das medidas contidas neste protocolo se inicia a partir da identificação de um paciente com sinais de alerta para a suspeita de AVC. Estes incluem quaisquer déficits neurológicos de início súbito, especialmente os localizados;

A lista abaixo não é exaustiva, mas entre os principais destacamos:

- 1) Fraqueza muscular súbita ou alteração sensitiva súbita unilaterais
- 2) Dificuldade repentina para falar ou compreender
- 3) Perda visual súbita, especialmente se unilateral
- 4) Perda súbita do equilíbrio ou incoordenação motora repentina
- 5) Rebaixamento súbito do nível de consciência
- 6) Cefaleia súbita.

Além da referência de algum desses sinais de alerta por parte do paciente ou de seu acompanhante, a aplicação de escalas desenvolvidas para a pesquisa de algumas alterações neurológicas, como a Escala de Cincinnati em anexo, pode auxiliar no reconhecimento da suspeita de AVC.

Neste protocolo institucional, tontura súbita isolada não é considerada como sinal de alerta para a suspeita de AVC, mas tais casos devem receber atenção especial, com classificação de atendimento urgente (em até 10 minutos).

5.3.2 Código Avc e linha de cuidados ao Avc

O CÓDIGO AVC envolve a comunicação simultânea e integrada de diversos profissionais e setores hospitalares envolvidos no atendimento inicial de pacientes com suspeita de AVC agudo, incluindo equipes médicas responsáveis pelo primeiro atendimento nas diversas áreas da instituição, enfermagem, neurologia, radiologia, neurorradiologia intervencionista, neurocirurgia, farmácia, unidade neurointensiva e unidade crítica geral ou neurológica.

O acionamento do CÓDIGO AVC deve ser feito em qualquer local da instituição, estendendo-se ao ambiente pré-hospitalar quando for aplicável, sempre e imediatamente após a observação dos sinais de alerta para a suspeita de AVC em todos os casos cujo tempo de evolução dos sintomas, estimado a partir de quando o paciente foi visto normal pela última vez, for menor que 24 horas.

Pacientes internados com diagnóstico primário ou secundário de AVC recente, aqui definido como aquele cujo reconhecimento diagnóstico ocorreu dentro da primeira semana do início dos sintomas, mas em tempo superior a 24 horas, não tem indicação de acionamento do CÓDIGO AVC, mas devem ser incluídos na LINHA DE CUIDADOS

Ao paciente com AVC, que abrange os cuidados oferecidos após o período hiperagudo, tanto na fase hospitalar como no pós-alta, incluindo medidas terapêuticas para prevenção secundária e terapias de reabilitação.

O encaminhamento destes pacientes deve ser preferencialmente para unidade de terapia intensiva (UTI) neurológica, para unidade crítica geral (UCG) ou neurológica (UCN), para a implementação das medidas terapêuticas previstas nesse protocolo.

5.3.3 O acionamento do código AVC e procedimentos iniciais.

Após a suspeita de AVC e o acionamento do CÓDIGO AVC, devem ser imediatamente iniciadas medidas terapêuticas gerais e procedimentos diagnósticos complementares, e estabelecida comunicação multiprofissional e multisetorial integrada.

5.3.4 Atendimento pré-hospitalar.

O acionamento do CÓDIGO AVC no ambiente pré-hospitalar permite o contato do provedor do primeiro atendimento com a equipe de atendimento hospitalar, localizada no PA, promovendo a mobilização da equipe envolvida no atendimento hospitalar.

5.3.5 Pronto atendimento (triagem).

A suspeita de AVC no PA pode ocorrer durante a triagem realizada pela enfermagem, ou mesmo antes, na dependência da observação dos sinais de alerta por outros profissionais atuando no PA, bem como pela própria manifestação do paciente ou acompanhante, sensibilizada pela comunicação visual de esclarecimento sobre os sinais de alerta do AVC no local do PA. Neste caso, o enfermeiro da triagem deve ser imediatamente notificado.

Na suspeita de AVC, o enfermeiro da triagem do PA HSL deve encaminhar o paciente imediatamente para a Sala de Emergência (SE) e acionar imediatamente o CÓDIGO AVC em todos os casos cujo tempo de evolução dos sintomas, desde que o paciente foi visto normal pela última vez, for menor que 24 horas. O acionamento do CÓDIGO AVC leva à notificação imediata da equipe multiprofissional, incluindo o neurologista de plantão no PA HSL.

5.3.6 Equipe de Enfermagem da sala de emergência.

Os procedimentos iniciais incluem:

- 1) Verificação dos sinais vitais;
- 2) Instalação da monitorização não invasiva;
- 3) Glicemia capilar,
- 4) Eletrocardiograma (ECG),
- 5) Dois acessos venosos periféricos (incluindo aquele necessário para o exame protocolar de neuroimagem);
- 6) Colheta dos exames laboratoriais protocolares, como: (hemoglobina, hematócrito, plaquetas, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativado, troponina e creatinina) que já estão incluídos em campo específico nas rotinas laboratoriais do prontuário eletrônico do paciente (PEP). Embora recomendada, a realização do ECG e dos exames laboratoriais não deve atrasar a realização do exame de neuroimagem e a decisão terapêutica.

Imediatamente, na sequência, a equipe da sala de emergência deve acompanhar o paciente ao CDI para realização do exame protocolar de neuroimagem.

Checar que o neurologista acompanhe todos os atendimentos de Código AVC na neuroimagem, com o objetivo de decidir a conduta prontamente após o término da mesma. Sempre que necessário, como em situações de instabilidade, o médico da emergência deve prestar apoio.

Caso o neurologista esteja em atendimento concomitante de outro código AVC, deve ser acionado o enfermeiro líder da emergência para o acompanhamento do paciente até a chegada do neurologista.

6. CONCLUSÕES

O presente estudo apresentou evidências de adequada validade de conteúdos para o Protocolo de Cuidados de Enfermagem aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral em unidade de emergência. A implementação de tecnologias de cuidados (dentre elas, os protocolos) que propõem a melhoria da prática assistencial de enfermagem, traz visibilidade profissional e fortalecimento do papel do enfermeiro nas equipes multiprofissionais, estimulando a sua inserção nos diversos cenários de atenção à saúde. Sendo assim, ao considerar os avanços para o tratamento do AVC disponíveis em protocolos clínicos é imprescindível, a aproximação do enfermeiro a essa prática para subsidiar seu julgamento clínico na detecção e cuidados aos pacientes com AVC. Neste sentido as pesquisas de enfermagem são importantíssimas, pois aliam ciência e a experiência, daqueles que as consomem no dia-a-dia. O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde, estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais. Os protocolos são instrumentos legais, construídos dentro do princípio da prática baseada em evidências e oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Cecília Burle et al. Detecção do acidente vascular cerebral hemorrágico em imagens de tomografia computadorizada utilizando limiarização. Anais do XXXIV Simpósio Brasileiro de Telecomunicações e Processamento de Sinais (SBrT 2016), p. 167-171, 2016. Disponível em <http://sbrt.org.br/sbrt2016/anais/ST06/1570279188.pdf> Acesso em: 31 mai. 2021.

ALMEIDA, Priscila Maschetto Vieira De. Tradução, adaptação transcultural, validade e confiabilidade das escalas Cincinnati prehospital stroke scale e Los Angeles prehospital stroke screen. 2019. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/181640> Acesso em: 03 jan. 2021.

ALVES, Mateus Goulart et al. Conhecimento dos enfermeiros da atenção primária à saúde sobre a escala de Cincinnati. Revista Atenas Higeia, v. 1, n. 1, p.35-40,2019. Disponível em: <http://www.atenas.edu.br/revista/index.php/higeia/article/view/13> Acesso em: 03 jan. 2021.

ARAÚJO, Layse Pereira Gonçalves et al. Principais fatores de risco para o acidente vascular encefálico e suas consequências: uma revisão de literatura. REINPEC-Revista Interdisciplinar Pensamento Científico, v. 3, n. 1, 2017. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/8100/b8569b530cf75d44fb08e3dc7a9a001c2738.pdf> Acesso em: 25 mai. 2022.

ARAÚJO, Jéssica Pizzato de et al. Tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral na cidade de Maringá, Paraná entre os anos de 2005 a 2015. International Journal of Cardiovascular Sciences , v. 31, p. 56-62, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ijcs/a/k9nXmcKfW7WSwvtYP8rWsbf/?format=html&lang=en> Acesso em: 25 mai. 2021.

BARELLA, Rudieri Paulo et al. Perfil do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em um hospital filantrópico do sul de Santa Catarina e estudo de viabilidade para implantação da unidade de AVC. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 48, n. 1, p. 131-143, 2019. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/432> Acesso em: 31 mai. 2021.

BOEHME, Amélia K.; ESENWA, Carlos; ELKIND, Mitchell SV. Fatores de risco de AVC, genética e prevenção. Pesquisa de circulação , v. 120, n. 3, pág. 472-495, 2017. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIRCRESAHA.116.308398> Acesso em: 10 jun. 2021.

BRANDLER, Ethan S. et al. Escalas de acidente vascular cerebral pré-hospitalar em ambientes urbanos: uma revisão sistemática. Neurologia , v. 82, n. 24, pág. 2241-2249, 2014. Disponível em: <https://n.neurology.org/content/82/24/2241.short> Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

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: 08 mar. 2022. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf Acesso em: 25 maio 2021.

CAMARGO, Fernanda Carolina et al. Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: An Integrative Review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(4):2030-8. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617> Acesso em: 25 maio 2021

CARNEIRO, Rithianne Frota et al. Conhecimento dos enfermeiros acerca da sintomatologia do acidente vascular encefálico. *Revista Tendências da Enfermagem Profissional, Fortaleza*, v. 7, n. 1, p. 1475-1480, 2015. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2015/12/retep-7-1-web.pdf#page=23> Acesso em: 26 mai. 2021.

CASTRO, Regiane Soares et al. SEGURANÇA DO PACIENTE EM CENTRO CIRÚRGICO NO CENÁRIO BRASILEIRO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista de Enfermagem da UFJF*, v. 4, n. 1, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/14018> Acesso em: 04 jun. 2021.

CATUNDA, Hellen Livia Oliveira et al. Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 26, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XNPJGWGp6Y6vcT8RWXQWv6x/abstract/?lang=pt> Acesso em: 04 Dezembro. 2022.

COLUCI, Marina Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MILANI, Daniela. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 925-936, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n3/925-936> Acesso em: 04 Dezembro. 2022.

COSTA, Tatiana Ferreira da et al. Qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com acidente vascular encefálico: associação com características e sobrecarga. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, p. 0245-0252, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NKkg3mwMX3gthQ89rzXf5Hw/abstract/?lang=pt> Acesso em: 04 Dezembro. 2022.

COSTA, Alice Gabrielle de Sousa et al. Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes com acidente vascular cerebral. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, p. 753-758, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/vVt4Fg34Gcb7XY4ctfrXy5x/abstract/?lang=en> Acesso em: 25 maio 2021.

CRUZ, Bárbara Martins Soares et al. Reabilitação fisioterápica de pacientes com sequelas motoras de acidente vascular cerebral isquêmico: uma revisão bibliográfica. *Revista Inspirar Movimento & Saude*, v. 10, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.inspirar.com.br/wp-content/uploads/2016/11/4-artigo.pdf> Acesso em: 28 mai. DA SILVA, Ivisson Lucas Campos. 4-Pôsteres. *Revista Interdisciplinar Ciências E Saúde- Rics*, v. 3, n. 4, 2016. Disponível em:

<https://comunicata.ufpi.br/index.php/rics/article/download/6343/3722> Acesso em: 20 jan. 2022.

DAMATA, Sâmea Rafaela Rodrigues et al. Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. *Revista Interdisciplinar*, v. 9, n. 1, p. 107-117, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771953> Acesso em: 25 maio 2021.

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/defthtm.exe?sim/cnv/obt10>. Acesso em: 10 jun. 2021.

VERAS, Raissa Ellen Silva de et al. Avaliação de um protocolo clínico por enfermeiros no tratamento da sepse. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 7, n. 3 (Jul-Set), p. 292- 297, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/biblio-1005657?src=similardocs> Acesso em: 20 jan. 2022. DEOLINDA, Merieli. *Análise espacial e temporal da mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Brasil [Mestrado]*. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2017.

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 maio 2021.

ANEXOS

Ilustração N° 1 Critérios de exclusão para trombólise

Critérios de exclusão para Trombólise

- TCE ou AVC ou IAM nos últimos 3 meses
- Suspeita de HSA
- História de AVCh
- TA > 185x110
- Cirurgia intracraniana ou intraespinal nos últimos 3 meses
- Punção arterial de sítio não compressível nos últimos 7 dias
- História de tumor intracraniano, aneurisma ou MAV
- Sangramento ativo ao exame
- Uso atual de anticoagulante (TP > 15s ou RNI > 1,7)



Ilustração N° 2- de um acidente vascular cerebral isquêmico

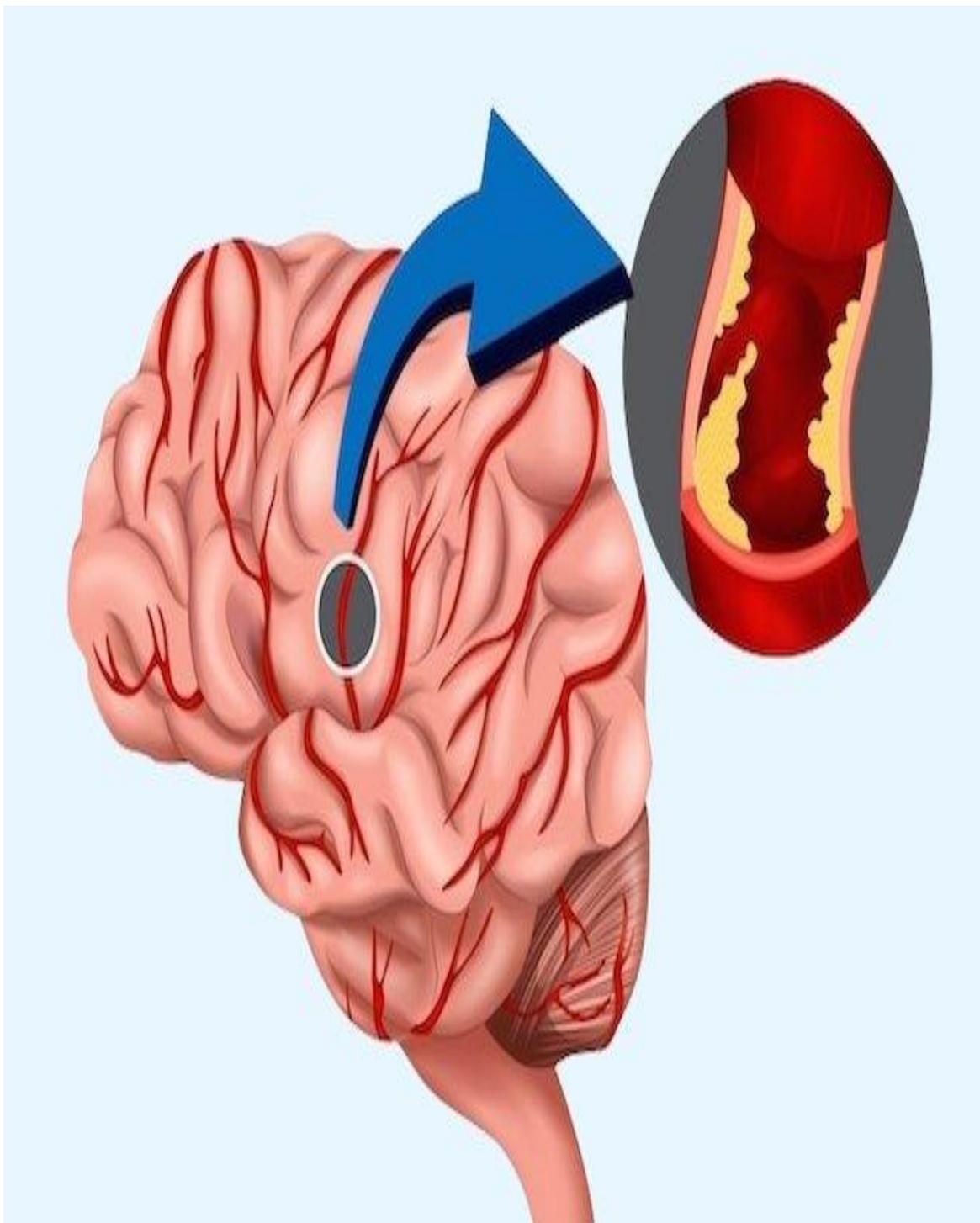
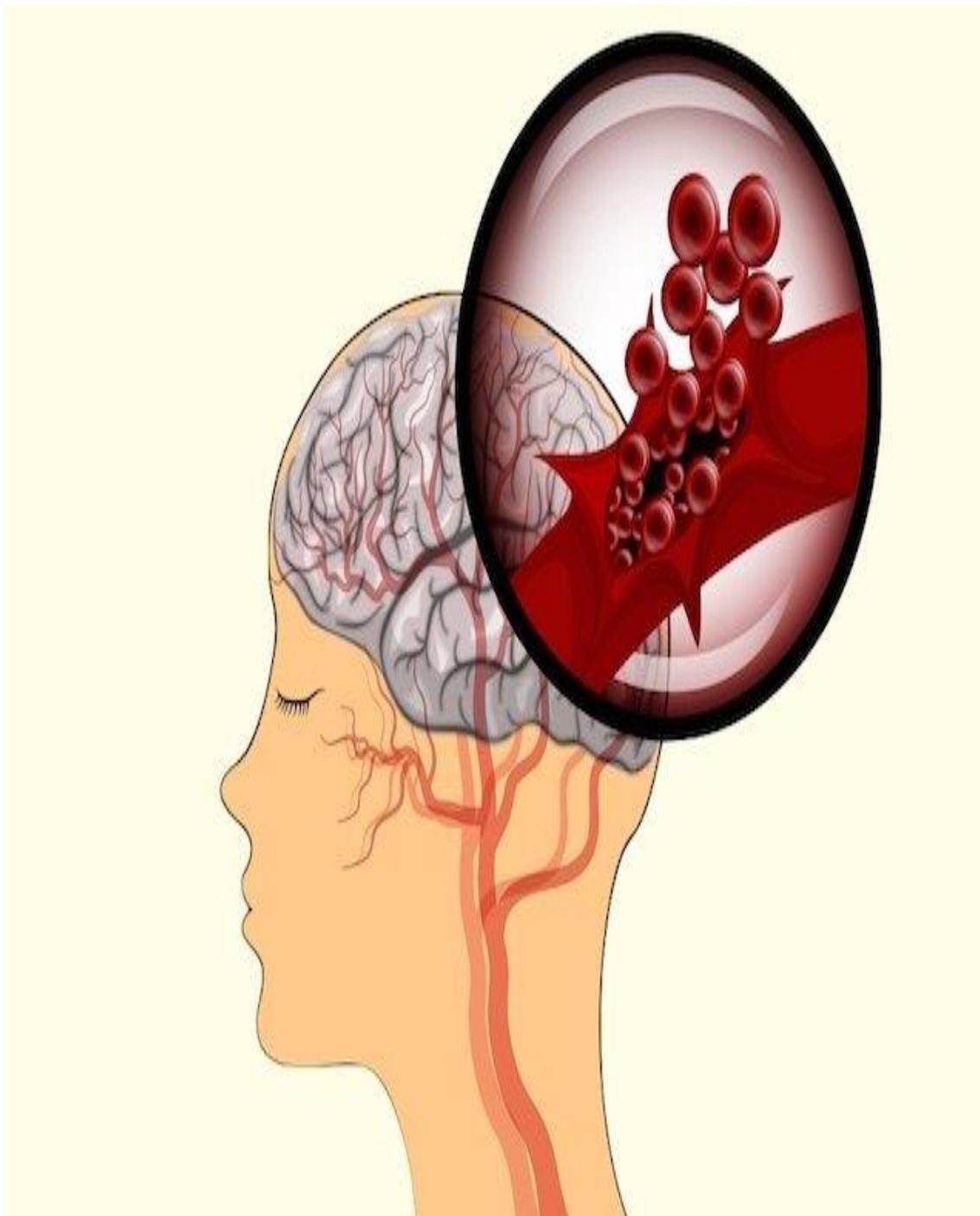


Ilustração N° 3- de um acidente vascular cerebral hemorrágico



APÊNDICE

Escala de Cincinatti

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 braço	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		Usa as palavras corretas, com pronúncia clara	Pronuncia palavras ininteligíveis, usa palavras incorretas ou é incapaz de fala



Questionário aplicado para recolha de dados, dirigido aos profissionais de enfermagem do banco de urgências médicas do hospital geral do Huambo.

Questionário aplicado para recolha de dados, dirigido aos profissionais de enfermagem do banco de urgências médicas do hospital geral do Huambo.

Olá caríssimo, cordiais saudações de acordo ao horário. O presente questionário, é de âmbito académico, visa colher informações para elaboração de um TCC. Porém não precisas colocar o seu nome, nem qualquer informação que te identifique. Desde já, congratulo-me, por te disponibilizares.

1ª Com qual frequência, acorrem aos serviços deste banco de urgências pacientes, acometidos por um AVC?

Muita Pouca razoável

2ª Sabes o que é um protocolo de enfermagem?

Sim Não

3ª Neste banco de urgências, existe um protocolo institucional, para assistência de enfermagem a pacientes, acometidos por um AVC?

Sim Não

4ª o facto de não haver um guia para nortear a assistência de enfermagem, face a pacientes acometidos por AVC, é stressante?

Sim Não

5ª A assistência de enfermagem, guiada por protocolos, provou tornar sistemática e mais eficientes os cuidados prestados a pacientes acometidos por AVC. a implementação de um, para os vossos serviços traria melhorias?

Sim **Não**