

ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL DOM BOSCO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DOM BOSCO
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Lucas Joaquim de Oliveira

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO
ATENDIMENTO AO AVC NO SETOR DE EMERGÊNCIA.

RESENDE

2024

Lucas Joaquim de Oliveira - 21266004

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO
ATENDIMENTO AO AVC NO SETOR DE EMERGÊNCIA.

Monografia apresentada à Associação Educacional Dom Bosco, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras Dom Bosco, Curso de Bacharelado em Enfermagem, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Fellipe de Freitas Pereira

RESENDE

2024

Catálogo na fonte
Biblioteca Central da Associação Educacional Dom Bosco – Resende-RJ

O48 Oliveira, Lucas Joaquim de
Proposta de implementação do processo de enfermagem no atendimento ao AVC no setor de emergência / Lucas Joaquim de Oliveira - 2024.
48f.

Orientador: Fellipe de Freitas Pereira

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à finalização do curso de Enfermagem da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Dom Bosco da Associação Educacional Dom Bosco.

1. Enfermagem. 2. Acidente Vascular Cerebral. 3. AVC. 4. Profissional de enfermagem. I. Pereira, Fellipe de Freitas. II. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Dom Bosco. III. Associação Educacional Dom Bosco. IV. Título.

CDU 616.831(043)

Lucas Joaquim de Oliveira - 21266004

PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO
ATENDIMENTO AO AVC NO SETOR DE EMERGÊNCIA.

Monografia apresentada à Associação Educacional Dom Bosco, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras Dom Bosco, Curso de Bacharelado em Enfermagem, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

BANCA AVALIADORA:

Prof^a. Dr^a. Paula Cristina da Silva Cavalcanti

Prof. ^a. Fabiana Machado Azevedo Abdala

Prof. Fellipe de Freitas Pereira

(Orientador)

Resende, 08 de novembro de 2024.

Á minha avó (em memória), que me transmitiu princípios e valores e ao Cel. Júlio (em memória), que me mostrou a importância e influência dos estudos nas vidas em que tocamos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e principalmente a vocação de cuidar de outras vidas, pois através de uma assistência bem prestada uma vida pode ser transformada.

Agradeço aos meus avós, que mesmo com as adversidades e limitações puderam me oferecer a melhor educação, transmitindo valores e princípios dos quais sigo até hoje.

Aos meus pais por todo amor e incentivo, me transmitindo toda a força que precisava nos momentos difíceis.

Á minha irmã Luana, motivo de todo meu orgulho e a quem me impulsionou a ser cada dia melhor para que pudesse ser o melhor exemplo a ser seguido.

Á Coronel Joelma, a Servidora civil Sonia, ao Tenente Amaro e Carelli, que foram exemplos de liderança e de pessoas que tiveram grande influência na minha formação, me proporcionando estar aqui hoje, motivado a buscar sempre o melhor em minha carreira profissional e pessoal.

Os analfabetos do próximo século não são aqueles que não sabem ler ou escrever, mas aqueles que se recusam a aprender, reaprender e voltar a aprender.

Alvin Toffler

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral, mais conhecido pela sigla AVC, é uma patologia caracterizada pelo seu início súbito e imediato, onde seus sintomas são rapidamente identificados, sua evolução se dá através de uma obstrução ou rompimento de um vaso cerebral caracterizando uma emergência clínica, da qual o tempo de identificação e tratamento são cruciais para sua evolução, onde o paciente após dar entrada no serviço de pronto atendimento necessitando uma rápida intervenção, dentro deste contexto, o enfermeiro exerce grande influência no fluxo de atendimento, desde a implementação de protocolos e a organização da equipe, tendo influência direta ao desfecho do atendimento, o objetivo deste trabalho é evidenciar a importância da enfermagem no atendimento ao paciente vítima de AVC e influenciar o uso do Processo de Enfermagem (PE) no atendimento de emergência, buscando evidenciar a influência de suas fases no desfecho dos casos, destacando a importância do enfermeiro neste cenário, no qual através deste trabalho, será criado um instrumento de apoio ao Processo de Enfermagem, desde a admissão do paciente, possibilitando uma maior dinâmica do tratamento e promover uma maior aderência a utilização do Processo de Enfermagem, o estudo em questão trata de uma revisão integrativa de abordagem qualitativa, Trata-se de um estudo realizado por meio de levantamento bibliográfico e baseado na experiência vivenciada pelo autor por ocasião da realização de uma revisão integrativa, resultando na criação do instrumento assistencial, nas quais foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho, como resultado desta análise, conseguimos obter achados que consolidaram a importância do processo de enfermagem no âmbito emergencial, através de protocolos e escalas, possibilitando a criação de um instrumento assistencial, no qual após a análise de possíveis cenários de aplicação deste instrumento, destacamos o grande potencial que deste projeto tem em desenvolver uma nova abordagem no atendimento ao paciente com AVC, demonstrando sua efetividade na assistência prestada.

Palavras – chave: Processo de Enfermagem; Acidente Vascular Cerebral; Enfermagem.

ABSTRACT

Stroke, better known by the acronym CVA, is a pathology characterized by its sudden and immediate onset, where its symptoms are quickly identified, its evolution occurs through an obstruction or rupture of a cerebral vessel characterizing a clinical emergency, of which the time of identification and treatment are crucial for its evolution, where the patient after entering the emergency service requires rapid intervention, within this context, the nurse exerts great influence on the flow of care, from the implementation of protocols and the organization of the team, having a direct influence on the outcome of the care, the objective of this work is to highlight the importance of nursing in the care of the patient victim of CVA and to influence the use of the Nursing Process (NP) in emergency care, seeking to highlight the influence of its phases in the outcome of the cases, highlighting the importance of the nurse in this scenario, in which through this work, an instrument will be created to support the Nursing Process, from the admission of the patient, enabling a greater dynamics of the treatment and promoting greater adherence to the use of the Nursing Process, the study in question deals with a review integrative qualitative approach, This is a study carried out through a bibliographic survey and based on the experience lived by the author when carrying out an integrative review, resulting in the creation of the care instrument, which were essential for the development of this work, as a result of this analysis, we were able to obtain findings that consolidated the importance of the nursing process in the emergency setting, through protocols and scales, enabling the creation of a care instrument, in which after analyzing possible application scenarios of this instrument, we highlight the great potential that this project has in developing a new approach in the care of stroke patients, demonstrating its effectiveness in the care provided.

Keywords: Nursing Process; Stroke; Nursing.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
1.1	Objetivo Geral	12
1.2	Objetivos Específicos	12
2.	METODOLOGIA.....	14
3.	DESENVOLVIMENTO.....	19
3.1.	Apresentação e Classificação do Acidente Vascular Cerebral.....	21
3.1.1.	Acidente Vascular Isquêmico	21
3.1.2.	Acidente Vascular Hemorrágico	22
3.2.	Diagnostico	23
3.3.	Tratamento	24
3.3.1.	Trombólise.....	24
3.3.2.	Tratamentos clínicos e conservadores.....	25
3.4.	Escalas aplicadas no reconhecimento dos sintomas de acidente vascular cerebral.	26
3.4.1.	Escala de NIH – NIHSS.....	26
3.4.2.	Escala de coma de GLASGOW	26
3.4.3.	Escala de RANKIN	26
3.4.4.	Escala de CINCINATTI.....	27
3.4.5.	Escala SAMU	27
3.5.	A aplicação do Processo de Enfermagem ao paciente com AVC	28
3.6.	O processo de enfermagem aplicado ao acidente vascular cerebral	28
3.7.	Resultados e Discussões	30
3.7.1.	Avaliação de Enfermagem	31
3.7.2.	Diagnostico de Enfermagem	32
3.7.3.	Planejamento de enfermagem	33
3.7.4.	Implementação de Enfermagem	33
3.7.5.	Evolução de enfermagem.....	34
	REFERÊNCIAS.....	36
	ANEXO A - ESCALA DE NIHSS	39
	ANEXO B – ESCALA DE COMA DE GLASGOW	43
	ANEXO C – ESCALA DE RANKIN.....	44

ANEXO D – ESCALA DE CINCINATTI	45
ANEXO E – ESCALA SAMU	46
ANEXO F – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGE NO AVC.....	46

1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral – AVC, é caracterizado como um importante problema de saúde pública devido à sua alta prevalência. Além disso, é considerado uma emergência médica pois pode levar o paciente a óbito, assim como, pode ocasionar sequelas, sejam elas de âmbito neurológico, motor ou emocional, implicando na funcionalidade do paciente acometido, repercutindo negativamente na sua qualidade de vida e nos seus hábitos do dia a dia (Fochesatto *et al.* 2023).

Ainda segundo Fochesatto *et al.* (2023), um Estudo Global Burden of Disease (GBD) em 2019, analisou dados provenientes de 204 países e territórios, identificando a incidência de 12,2 milhões de casos de acidente vascular cerebral (AVC), destes 62,4% correspondentes ao subtipo isquêmico.

O cuidado na fase aguda do AVC é um dos principais pilares do tratamento, que deve ser iniciado no tempo certo e com a eficácia adequada a fim de impedir a morte do tecido cerebral. O atendimento ao paciente com AVC deve ser ágil, e a participação de todos os setores envolvidos no atendimento deve ser sincronizada e eficiente. O tempo do início dos sintomas até o diagnóstico e posteriormente até o início do tratamento agudo são importantes determinantes do prognóstico desses pacientes. O pressuposto é que melhores processos de cuidado estão relacionados à redução da mortalidade de curto prazo e redução de complicações e sequelas (HCOR, 2020).

Globalmente, o AVC é a segunda causa de morte (cerca de 11% das mortes totais). No Brasil, essa relação (IAM/AVC) era inversa, com a doença passando para segundo lugar nos últimos anos. A partir de 2016, houve uma redução de incidência, prevalência e mortalidade global do AVC, mas um aumento das taxas de prevalência da doença em menores de 70 anos (~22%). Além disso, a taxa de mortalidade do AVC em países pobres é 3.6 vezes maior do que dos países ricos (SBAVC, 2020).

De acordo o Portal da Transparência do Centro de Registro Civil (CRC) do Brasil, com dados dos atestados de óbitos brasileiros, a mortalidade por AVC no Brasil foi de 103.769 em 2019, 104.847 em 2020, 109.431 em 2021 e 115.090 em 2022, números parecidos com os dados oficiais do SUS, que podem variar um pouco de acordo com a metodologia aplicada nos critérios de busca (CIDs considerados na pesquisa). No ano de 2023, morreram 110.818 brasileiros por AVC no nosso país (TABNET, 2023).

Segundo dados do GBD Study 2019, fornecidos pela Sociedade Brasileira de AVC, sobre a distribuição dos tipos de AVC:

- a. AVC isquêmico 62.4%
- b. Hemorragia intracerebral 27.9%
- c. Hemorragia subaracnóidea 9.7%

O enfermeiro exerce papel fundamental no reconhecimento do AVC, realizando encaminhamentos que oportunizam o paciente receber a melhor terapêutica, ao mesmo tempo que atua buscando manter a segurança do paciente, se antecipando quanto às suas necessidades, de modo que sejam estabelecidos e fornecidos os meios que possibilitem a efetivação do cuidado de enfermagem. Ainda, durante este cuidado é privativo do enfermeiro realizar a sistematização da assistência de enfermagem e aplicação do processo de enfermagem contemplando desde o histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação a cada paciente (FOCHESATTO *et al.* 2023).

O interesse pelo tema surgiu durante uma reflexão sobre a importância do enfermeiro na assistência ao paciente que adentra o serviço de pronto atendimento com sintomas clínicos que evidenciam o acidente vascular cerebral (AVC). A ausência de uma estrutura sistematizada para assistência de enfermagem evidenciam a falta do protagonismo do enfermeiro(a) e direcionam o primeiro atendimento nesta patologia para o profissional médico.

Desta forma, foi definido como problema de estudo e questão norteadora: a ausência do Processo de Enfermagem impacta na qualidade do primeiro atendimento pelo enfermeiro (a)?

1.1 Objetivo Geral

Analisar a influência do enfermeiro na assistência direta ao paciente com suspeita de acidente vascular cerebral (AVC) no setor de emergência, propondo a aplicação do Processo de Enfermagem como ferramenta de otimização do atendimento inicial.

1.2 Objetivos Específicos

- a. Contextualizar a importância da implantação de um protocolo institucional de atendimento a vítima de acidente vascular cerebral nas unidades de emergência, baseando-se nas recomendações do ministério da saúde e centros de referência de atendimento a essa patologia;

- b. Apresentar a importância da avaliação do enfermeiro(a) na fase inicial dos sintomas do paciente com suspeita de AVC, assim como no manejo da assistência destes pacientes no setor de emergência;

Propor um instrumento de avaliação inicial ao paciente com suspeita de AVC, assim como a implementação do Processo de Enfermagem com o objetivo de otimizar a assistência e valorizar a tomada de decisão do enfermeiro(a).

2. METODOLOGIA

Este capítulo apresenta o caminho metodológico adotado para subsidiar o desenvolvimento deste trabalho, definindo a classificação quanto ao tipo de estudo, os procedimentos adotados para obtenção de dados e informações, assim como identificar artigos que abordassem a assistência de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico (AVC), com foco em protocolos assistenciais e na sistematização do cuidado.

De acordo com Souza *et al.* (2010), em virtude da quantidade crescente e da complexidade de informações na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar, aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos. Nesse cenário, a revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática.

Segundo Crossetti (2012) a revisão integrativa resume o que conclui pesquisas anteriores sobre determinado tema que esteja relacionado com a pergunta problema que o estudo realizado se propõe a responder. O estudo foi desenvolvido a partir de abordagens literárias no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com-preendendo a biblioteca Scientific Electronic Library Online (Scielo) e as bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Segundo Andrade (2010): “Pesquisa é o conjunto de procedimentos sistemáticos, baseado no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para problemas propostos, mediante a utilização de métodos científicos. ”

Para esse estudo, foram seguidos os passos norteadores: pergunta-problema objetivo da pesquisa, pesquisa de literatura, seleção de amostra, discussão dos resultados e apresentação de resultados. A pergunta-problema que delimitou a pesquisa foi: “A ausência do Processo de Enfermagem impacta na qualidade do primeiro atendimento pelo enfermeiro (a)? ”.

Foram considerados apenas artigos que tinham como assunto o Processo de enfermagem. Para organização da pesquisa, foi criado um quadro onde eram organizadas informações da literatura já lida como os nomes dos autores, ano de publicação, título e objetivos propostos. A partir daí, estabeleceu-se a ordem dos estudos que propuseram revisão da bibliografia, e aqueles que se diferenciavam entre o objetivo da pesquisa, caráter da pesquisa e levantamento de dados facilitando na produção dos resultados e discussões.

A pesquisa foi feita através de dados retirados de livros disponibilizados na Biblioteca Online da Associação Educacional Dom Bosco (AEDB), SciELO, Google Acadêmico, Portal Regional da BVS, LILACS.

Os critérios de inclusão selecionados foram: quanto a tipologia, foram selecionados artigos científicos publicados em periódicos de grande circulação, apenas publicações completas, os idiomas selecionados foram o português (Brasil) e inglês, com o espaço temporal dos últimos 8 anos (2016-2024).

Foram excluídos: artigos nos quais o título e objetivo desviavam do tema principal ou do objetivo do trabalho.

Coleta de dados: Os acervos bibliográficos foram compilados a partir da busca utilizando os descritores “Acidente Vascular Cerebral”, “Assistência de enfermagem no AVC”, “Sistematização da assistência de enfermagem no AVC”, “Protocolos assistenciais de AVC” em três plataformas diferentes, conforme detalhado a seguir:

- a. SciELO: Nesta base (Scientific Electronic Library Online), foram encontrados 1.111 artigos relacionados aos descritores propostos. No entanto, após análise criteriosa dos títulos e resumos, apenas três artigos foram selecionados para compor a fundamentação teórica deste trabalho;
- b. Google acadêmico: Foram encontrados nessa base de dados, 17.200 artigos, porém no contexto proposto, e diante da especificidade da análise sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), apenas dois artigos foram selecionados. Nestes, destaca-se a importância da implementação da SAE como parte integrante dos protocolos assistenciais para otimizar o atendimento de enfermagem no setor de emergência;
- c. Na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), foram encontrados 601 artigos sobre os descritores mencionados e apenas cinco artigos foram considerados relevantes para a construção deste trabalho, principalmente por abordarem diretamente a integração da SAE nos protocolos assistenciais de atendimento ao AVC.

Tabela 1 – Fichamento

Lima ACMACC, et al	2016	“Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular Cerebral: revisão integrativa”	Em busca de atender a essas demandas, as pesquisas em enfermagem voltadas para o adoecimento por AVC têm-se evidenciado entre as temáticas estudadas pela profissão, com vistas à melhoria da qualidade do cuidado prestado a essa clientela. Nesse sentido, o exercício do cuidado pleno requer do enfermeiro subsídios teóricos, práticos e de procedimentos terapêuticos, além dos destinados a atender as necessidades de saúde do paciente e família.
<i>Fochesatto, M.M., et al.</i>	2023	“Competências do enfermeiro no cuidado a Pacientes com acidente vascular cerebral Elegíveis à terapia trombolítica”	O acidente vascular cerebral isquêmico tem como tratamento a terapia trombolítica, aplicada ainda na fase aguda, promovendo melhora importante nas sequelas acarretadas por este agravo. Considerando a complexidade da terapia trombolítica, torna-se necessário que os enfermeiros compreendam suas competências para auxiliar no cuidado.
Santos D.F., et al,	2020	“Diagnósticos de enfermagem dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico: uma pesquisa bibliográfica”	O Acidente Vascular Cerebral (AVC) causa lesão celular e danos neurológicos que induzem a paralisia de uma determinada região cerebral, que ficou sem a circulação apropriada por conta de trombos, êmbolos ou hemorragia. Objetivo: Identificar, por meio de artigos científicos, os diagnósticos de enfermagem dos pacientes com AVCI.
Oliveira, J.I.A, et al.	2024	“Atendimento a pacientes com acidente vascular Cerebral (avc): identificação rápida e manejo inicial”	O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença debilitante, com alta taxa de morbidade e mortalidade, afetando cada vez mais indivíduos jovens. Divide-se em AVC isquêmico e

			hemorrágico, sendo o primeiro mais prevalente. Esta condição está intrinsecamente ligada a comorbidades como hipertensão e diabetes mellitus, que estão em ascensão na população brasileira.
CONITEC, Ministério da Saúde	2021	“Trombectomia mecânica para acidente vascular Cerebral isquêmico agudo.”	Doenças cardiovasculares continuam sendo a principal causa de morte em todo o mundo, principalmente em países de baixa e média renda, onde 80% da carga reside. O acidente vascular cerebral (AVC) é definido como uma síndrome que consiste no desenvolvimento rápido de distúrbios clínicos focais da função cerebral, global no caso do coma, que duram mais de 24 horas ou conduzem à morte sem outra causa aparente que não a de origem vascular. É uma doença que ocorre predominantemente em adultos de meia-idade e idosos.
SCHMIDT, M. H., et al.	2019	Acidente vascular cerebral e diferentes limitações: uma Análise interdisciplinar	O Acidente Vascular Cerebral (AVC), é uma das principais causas de internações e mortalidade no Brasil, dimensionando a sua magnitude como problema de saúde pública. A maior parte dos sobreviventes do AVC permanecem com alguma sequela, seja ela de ordem física, comunicacionais, funcionais, sensitivas, mentais ou emocionais.
BARBOSA, B.O, et al	2022	Diagnóstico precoce do acidente vascular cerebral na emergência: uma Revisão de literatura	: Analisar o padrão dos métodos diagnósticos utilizados para a detecção precoce do Acidente Vascular Cerebral (AVC) na emergência, relacionando com a idade.
AMARAL, D.M., et al.	2023	Acidente vascular encefálico e uso da escala NIHSS	O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é um problema mundial. Pode ser definido como um déficit

			neuroológico causado, de forma abrupta, pela interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro, de modo isquêmico ou hemorrágico.
SOUSA, L.M, et al.	2021	Aplicação da escala de coma de Glasgow: uma análise bibliométrica acerca das Publicações no âmbito da Enfermagem	O artigo objetiva realizar uma análise bibliométrica de diferentes estudos acerca da Aplicação da Escala de Coma de Glasgow, a fim de levantar a melhor compreensão acerca da temática desse estudo.
LOPES, L.Q., et. al	2020	Conhecimento acerca da escala de CINCINNATI entre Acadêmicos de medicina, enfermagem e agentes Comunitários de saúde da atenção primária	A Escala de Cincinnati é utilizada para detecção do Acidente Vascular Encefálico, uma síndrome neurológica súbita com manifestações clínicas cognitivas, sensoriais e/ou motoras. Consiste na identificação precoce da doença em ambiente pré-hospitalar, mediante três parâmetros ectoscópicos que estão presentes na maioria das vítimas: assimetria facial, paresia em um ou ambos os membros superiores e alterações na fala sugestivas de afasia, fala monótona ou arrastada.

3 DESENVOLVIMENTO

O acidente vascular cerebral (AVC) é definido como uma síndrome que consiste no desenvolvimento rápido de distúrbios clínicos focais da função cerebral, global no caso do coma, que duram mais de 24 horas ou conduzem à morte sem outra causa aparente que não a de origem vascular. (CONITEC, 2021)

Já no Brasil, os dados apontam para cerca de 400 mil casos de AVC por ano em uma população de aproximadamente 204 milhões de pessoas. Em geral, pessoas de baixa renda são as mais atingidas em decorrência da dificuldade em controlar os fatores de riscos, levando a 80% dos pacientes com AVC precisarem de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta doença representa 10% das internações hospitalares no país, sendo a segunda causa de mortes, incidindo em um grande e importante impacto econômico e social (DATASUS, 2020).

No ano de 2020, dados do SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde – DATASUS, mostraram 99.010 mortes por AVC no Brasil (incluindo dados de infarto cerebral, o AVC isquêmico, AVC hemorrágico, hemorragia subaracnóidea e AVC não-especificado como isquêmico ou hemorrágico; CIDs G45-G46 e I60-I69). (SBAVC, 2020)

Cerca de 85% dos acidentes vasculares cerebrais são isquêmicos, causados por oclusão vascular localizada, levando à interrupção do fornecimento de oxigênio e glicose ao tecido cerebral, afetando subsequentemente os processos metabólicos do território envolvido. A oclusão de um vaso cerebral acarretando a interrupção do fluxo sanguíneo, provoca em minutos a morte neuronal no centro da zona enfartada, sendo a área que circunda este centro, chamada de penumbra isquêmica, contém tecido cerebral funcionalmente afetado, mas ainda viável, perfundindo com sangue proveniente de vasos colaterais. (CONITEC, 2021)

A presença de dano neurológico pode acarretar déficits das funções motoras, sensoriais, comportamentais e de linguagem (disartria ou afasia). Os défices nas funções motoras podem ser caracterizados por paralisia completa (hemiplegia) ou parciais (hemiparesia) no hemicorpo oposto ao local da lesão no cérebro. Classificado entre as principais causas de morte, o AVC é com muito mais frequência incapacitante do que fatal, e resulta em enormes gastos em saúde e perda de produtividade. (CONITEC, 2021)

O Ministério da Saúde, por meio do manual de rotinas para atenção ao AVC, utiliza a classificação etiológica do acidente vascular cerebral isquêmico, da qual subdivide os infartos cerebrais em cinco grupos principais, de acordo com a sua etiologia:

- a. Aterosclerose de grandes artérias: os exames dos vasos expõem estenose maior que 50,0% ou obstrução de grandes ramos arteriais do mesmo lado da lesão central ou placas complexas na aorta ascendente ou transversa. A tomografia de crânio (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM) do encéfalo revelam lesões cerebrais maiores que 1,5 cm de diâmetro.
- b. Cardioembolismo: são decorrentes de obstrução do vaso cerebral por êmbolos originários do coração.
- c. Oclusão de pequenas artérias (lacunas): também denominados infartos lacunares, o paciente manifesta déficit neurológico sem comprometimento cortical e nos exames de imagem de TC ou RNM apresenta pequenas lesões na extensão das artérias perforantes.
- d. Acontece por degeneração dos vasos menores e das arteríolas perforantes, está ligada diretamente à hipertensão arterial crônica, e pode estar ou não relacionada ao diabetes mellitus.
- e. Infartos por outras etiologias: englobam todas as causas que diferem destas três primeiras, por exemplo: dissecação arterial, anemia falciforme, vasculites etc.
- f. Infartos de origem indeterminada: são aqueles que não se associam às categorias anteriores.

Os fatores de risco em maior evidência relacionados ao AVC isquêmicos são os mesmos de quaisquer outras doenças vasculares arteriais, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo e obesidade, mas também podem estar relacionados às doenças cardíacas ou sistêmicas e trombofilias. (SANTOS *et al.*, 2020)

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma condição médica grave e debilitante que pode levar à incapacidade e tem alta taxa de mortalidade, afetando cada vez mais pessoas jovens. É classificado em dois tipos principais: isquêmico e hemorrágico, sendo o isquêmico mais comum. Este tipo de AVC está fortemente associado a comorbidades como hipertensão e diabetes mellitus, que são fatores de risco em crescimento na população brasileira. Para pacientes com AVC isquêmico, o atendimento inicial precisa ser rápido e preciso devido à especificidade do tratamento trombolítico, que deve ser administrado dentro de um intervalo de 4,5 horas após o início dos sintomas. Isso requer uma alta coordenação entre os serviços de saúde. (OLIVEIRA *et al.*, 2024)

Além disso, temos ainda acidente vascular cerebral hemorrágico, que possui apresentação e forma de manejo e tratamento distintas do tipo isquêmico, e também o acidente vascular cerebral transitório (AIT), que se caracteriza por uma obstrução em um curto período de tempo, na prática, um AIT é definido por sinais e sintomas neurológicos focais com duração inferior a uma hora e recuperação total do déficit dentro deste período. (OLIVEIRA *et al.*, 2024)

3.1. Apresentação e Classificação do Acidente Vascular Cerebral

Com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, os fatores de risco para AVC aumentam, especialmente após os 55 anos, tornando fundamental a redefinição de estratégias de cuidado. O AVC pode ser classificado em dois tipos principais: AVC Isquêmico (AVCI) e AVC Hemorrágico (AVCH). O AVCI corresponde a 84% dos casos, e seus principais fatores de risco incluem hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, fibrilação atrial (FA), tabagismo, entre outros. (OLIVEIRA *et al.*, 2024)

As causas mais comuns de AVCI são a aterosclerose de pequenas e grandes artérias cerebrais e a cardioembolia. Já o AVCH é uma emergência médica caracterizada pelo aumento súbito do volume de sangue intracraniano, que eleva a pressão intracraniana e provoca cefaleia intensa, dor na nuca, visão dupla, náusea e vômito, perda de consciência e, em casos graves, morte. O prognóstico do AVCH é pior do que o do AVCI, apresentando um maior índice de óbitos. O diagnóstico rápido e o manejo atento dos pacientes com hemorragia intracraniana são cruciais, pois a deterioração precoce é comum nas primeiras horas. (OLIVEIRA *et al.*, 2024)

A avaliação neurológica meticulosa deve ser realizada utilizando-se a Escala de AVC do National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) e a Escala de Coma de Glasgow. Deve-se manter o suporte respiratório, glicêmico, circulatório, manter fluídos por via endovenosa, a fim de promover a perfusão cerebral adequada e prevenir isquemias adicionais. (SANTOS *et al.*, 2020)

3.1.1. Acidente Vascular Isquêmico

O acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) é considerado uma doença cerebrovascular reconhecida mundialmente pela sua morbidade e mortalidade. É originado por mecanismo trombótico ou embólico, de modo que o fornecimento de sangue e oxigênio ao encéfalo é afetado, podendo ocasionar morte celular. O AVCi consolida-se como um importante

problema de saúde pública devido à sua alta prevalência. Além disso, é considerado uma emergência médica pois pode levar o paciente a óbito, assim como, pode ocasionar sequelas, sejam elas de âmbito neurológico, motor ou emocional, implicando na funcionalidade do paciente acometido, repercutindo negativamente na sua qualidade de vida. (SCHMIDT *et al.*, 2019)

Segundo o Ministério da Saúde, o AVC isquêmico: ocorre quando há obstrução de uma artéria, impedindo a passagem de oxigênio para células cerebrais, que acabam morrendo. Essa obstrução pode acontecer devido a um trombo (trombose) ou a um êmbolo (embolia). O AVC isquêmico é o mais comum e representa 85% de todos os casos.

O diagnóstico do AVC é feito por meio de exames de imagem, que permitem identificar a área do cérebro afetada e o tipo do derrame cerebral. Tomografia computadorizada de crânio é o método de imagem mais utilizado para a avaliação inicial do AVC isquêmico agudo, demonstrando sinais precoces de isquemia.

Segundo BRASIL. Ministério da Saúde (2024), o AVC isquêmico se divide em quatro subgrupos, com causas distintas:

- a. AVC isquêmico aterotrombótico: provocado por doença que causa formação de placas nos vasos sanguíneos maiores (aterosclerose), provocando a oclusão do vaso sanguíneo ou formação de êmbolos.
- b. AVC isquêmico cardioembólico: ocorre quando o êmbolo causador do derrame parte do coração.
- c. AVC isquêmico de outra etiologia: é mais comum em pessoas jovens e pode estar relacionado a distúrbios de coagulação no sangue.
- d. AVC isquêmico criptogênico: ocorre quando a causa do AVC isquêmico não foi identificada, mesmo após investigação detalhada pela equipe médica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024)

3.1.2. Acidente Vascular Hemorrágico

Segundo do AVC Isquêmico em números de casos, o AVC Hemorrágico tem grande número de casos registrados, onde o prognóstico do AVCH é pior do que o do AVCI, apresentando um maior índice de óbitos. O diagnóstico rápido e o manejo atento dos pacientes com hemorragia intracraniana são cruciais, pois a deterioração precoce é comum nas primeiras horas. (OLIVEIRA *et al.*, 2024)

O Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico ocorre quando há rompimento de um vaso cerebral, provocando hemorragia. Esta hemorragia pode acontecer dentro do tecido cerebral ou na superfície entre o cérebro e a meninge. É responsável por 15% de todos os casos de AVC, mas pode causar a morte com mais frequência do que o AVC isquêmico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024).

Segundo BRASIL. Ministério da Saúde (2024), o AVC hemorrágico tem como causa, principalmente, a hipertensão descontrolada e a ruptura de um aneurisma. No entanto, também pode ser provocado por outros fatores, como:

- a. Hemofilia ou outros distúrbios de coagulação do sangue;
- b. Ferimentos e traumas na cabeça ou no pescoço;
- c. Tratamento com radiação para câncer no pescoço ou cérebro;
- d. Arritmias cardíacas;
- e. Doenças das válvulas cardíacas;
- f. Defeitos cardíacos congênitos;
- g. Vasculite (inflamação dos vasos sanguíneos), que pode ser provocada por infecções a partir de doenças como sífilis, doença de Lyme, vasculite e tuberculose;
- h. Insuficiência cardíaca;
- i. Infarto agudo do miocárdio.

3.2. Diagnóstico

O Acidente Vascular Cerebral tem como principal método diagnóstico os exames de imagem, sendo a tomografia computadorizada o mais utilizado no âmbito hospitalar, onde o tempo é crucial no manejo do AVC, pois quanto mais tempo for necessário para o diagnóstico, mais tempo aumenta o dano, e uma abordagem de qualidade tem a função de evitar que a penumbra progrida para a zona do infarto (BARBOSA *et al.*, 2022).

O primeiro passo na abordagem inicial do paciente com suspeita de acidente vascular cerebral é identificar a evolução dos sintomas através de sua cronologia. Devemos determinar se o episódio é uma isquemia cerebral estabelecida ou um acidente isquêmico transitório (AIT). Na prática, um AIT é definido por sinais e sintomas neurológicos focais com duração inferior a uma hora e recuperação total do déficit dentro deste período. No entanto, a confirmação do AIT só é possível após exames de imagem excluírem a lesão tecidual (infarto), pois isquemias breves podem causar lesão cerebral irreversível. (OLIVEIRA *et al.*, 2024)

Segundo Oliveira *et al.* (2024), o suporte Inicial ao Paciente inclui:

- a. Estado Geral e Sinais Vitais: Ao chegar, o estado geral do paciente deve ser verificado, incluindo a garantia de uma via aérea pérvia, manutenção de função ventilatória adequada e verificação de sinais de choque.
- b. Imagem: Tomografia Computadorizada (TC) ou Ressonância Magnética (RM) para exclusão de hemorragia, avaliação da localização e graduação da lesão cerebral.
- c. Saturação de Oxigênio e Glicemia: Hipoglicemia pode mimetizar um quadro de AVC e hiperglicemia é um sinal de mau prognóstico.
- d. Exames Laboratoriais: Hemograma, plaquetas, eletrólitos, provas de função renal, enzimas cardíacas e troponina, provas de coagulação (TP e KTTP).

3.3. Tratamento

O tratamento para o AVC é direcionado pela causa, ou seja, se o evento foi isquêmico ou hemorrágico, e pelo tempo de início dos sintomas, onde será definida a terapêutica utilizada, dentre as possibilidades estão a trombólise e o tratamento conservador.

3.3.1. Trombólise

O acidente vascular cerebral é uma emergência médica e, eventualmente, cirúrgica. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de trombólise no AVC isquêmico agudo, o paciente com suspeita de AVC agudo deve ser encaminhado a um hospital que possua recursos apropriados para atendimento, habilitado como centro de atendimento de urgência ao acidente vascular cerebral. O uso do ativador do plasminogênio tecidual (rt-PA) intravenoso é recomendado dentro das primeiras 4 horas e 30 minutos do início dos sintomas de AVC isquêmico. A alteplase deve ser oferecida na posologia de 0,9 mg/kg (máximo de 90 mg), por via intravenosa, com 10% da dose aplicada em bolus e o restante, continuamente, ao longo de 60 minutos. No entanto, existem algumas limitações para esse tratamento, incluindo uma janela de tempo terapêutica estreita e contraindicações, como cirurgia recente, sangramento ativo, anormalidades de coagulação e história de trauma e hemorragia intracraniana. (CONITEC, 2021)

3.3.2. *Tratamentos clínicos e conservadores*

O controle da pressão arterial em pacientes com AVC que frequentemente apresenta hipertensão arterial, seja crônico, por resposta simpática aguda ou em resposta ao dano isquêmico. Este mecanismo é necessário para manter a perfusão das áreas isquêmicas limítrofes. Reduzir abruptamente os níveis de pressão arterial pode aumentar a área isquêmica e piorar o déficit neurológico.

No AVC hemorrágico a redução da PA pode ser benéfica para reduzir o sangramento, mas deve-se considerar a pressão de perfusão cerebral (PPC), que é dada pela diferença entre a pressão arterial média (PAM) e a pressão intracraniana (PIC). A elevação da PA pode ser necessária para manter uma PPC adequada

As indicações da terapia anti-hipertensiva é indicada para pacientes com PA sistólica (PAS) > 220 mmHg e PA diastólica (PAD) > 120 mmHg, ou em casos de falência circulatória, doença coronariana ativa, dissecção aórtica, encefalopatia hipertensiva, falência renal aguda ou outras condições onde a hipertensão oferece risco à vida do paciente, podendo ser reiniciada, cerca de 24 horas após o evento isquêmico em pacientes neurologicamente estáveis, nos casos de estenoses graves, sugere-se reiniciar a terapia após 7 a 10 dias para manter a perfusão cerebral. (OLIVEIRA *et al.*, 2024)

No AVC hemorrágico, a redução da PA pode ser benéfica para reduzir o sangramento, mas deve-se considerar a pressão de perfusão cerebral (PPC), que é dada pela diferença entre a pressão arterial média (PAM) e a pressão intracraniana (PIC). A elevação da PA pode ser necessária para manter uma PPC adequada. (OLIVEIRA *et al.*, 2024)

A avaliação Neurológica deve ser constantemente utilizada, dentre elas a escala mais utilizada para avaliação neurológica e prognóstica é a National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), composta por 11 itens que avaliam funções motoras, sensoriais, fala, visão, orientação e coordenação. A pontuação varia de 0 a 42, com uma pontuação NIHSS ≥ 20 indicando AVC grave e mau prognóstico. (OLIVEIRA *et al.*, 2024)

O tratamento do AVC hemorrágico envolve o controle rigoroso dos níveis pressóricos e a avaliação neurocirúrgica para determinar a necessidade de intervenções como a drenagem de grandes hematomas e o uso de derivações para prevenir hidrocefalia. No caso de aneurismas cerebrais, pode-se optar tanto pelo tratamento neurocirúrgico convencional quanto pelos procedimentos endovasculares. (OLIVEIRA *et al.*, 2024).

3.4. Escalas aplicadas no reconhecimento dos sintomas de acidente vascular cerebral

Dentre as escalas escolhidas como base deste trabalho, iremos apresentar as escalas: NIH (National Institutes of Health Stroke Scale - NIHSS), escala de coma de Glasgow e Rankin no âmbito intra-hospitalar e as escalas de Cincinatti e SAMU no âmbito pré-hospitalar.

3.4.1 Escala de NIH – NIHSS

A escala de AVC do NIH (NIHSS) é um instrumento que auxilia a identificação do Acidente vascular Cerebral e tem como objetivo avaliar os déficits neurológicos relacionados, onde são avaliados o nível de consciência através de perguntas e comandos, avaliação dos campos visuais, além dos déficits neurológicos e motores com suas respectivas evoluções, sendo acompanhado na admissão e em períodos predeterminados conforme apresentado no ANEXO A.

Nesse viés, a aplicação da escala National institutes of health stroke scale (NIHSS) tornou-se um célebre passo durante o cuidado prestado a esses pacientes por proporcionar o entendimento do quadro e de seu prognóstico. (AMARAL; FERNANDES, 2023)

3.4.2. Escala de coma de GLASGOW

A escala de Glasgow foi desenvolvida e publicada na década de 1970, na revista Lancet, por dois neurologistas, Graham Teasdale e Bryan Jennett. Hoje se configura como a principal referência para análise de nível de consciência em pacientes traumatizados, baseando-se na quantificação da resposta ocular, verbal e motora (SOUSA; SANTOS, 2021).

Embora tenha sido desenvolvida como instrumento de avaliação pós trauma, a Escala de coma de Glasgow tem uma função importante quanto a avaliação da evolução neurológica do paciente, sendo uma ferramenta importante para a avaliação, contribuindo para a observação e acompanhamento do paciente, conforme Apresentado no ANEXO B.

3.4.3. Escala de RANKIN

A escala de Rankin tem o objetivo de mensurar o grau de incapacidade e de dependência de pacientes que foram acometidos por AVC. A escala original possui graus que variam de 0 a

5 e vão desde nenhum grau de incapacidade até incapacidade grave onde o paciente é restrito ao leito.

No Brasil, a escala foi modificada para o acréscimo do grau 6, correspondente à morte. A escala de Rankin possui uma confiabilidade clínica satisfatória, sem relatos de dificuldades para sua aplicação. O objetivo deste estudo é avaliar a funcionalidade de pacientes com sequelas de AVC através da escala de Rankin, bem como, traçar um perfil clínico e socioeconômico desta população e analisar a percepção destes pacientes acerca da contribuição da fisioterapia para melhora da autonomia e realização das atividades de vida diária conforme ANEXO C.

3.4.4. Escala de CINCINATTI

A Escala de Cincinatti avalia três parâmetros globais que estão presentes na maioria das vítimas:

- a. Assimetria facial, explicitada ao solicitar que o paciente sorria;
- b. Paresia em um ou ambos os membros superiores, avaliada com realização da manobra de Mingazzini (elevação conjunta de ambos os membros superiores), observando alteração se o paciente não conseguir manter a posição, cair ou oscilar;
- c. Alterações na fala sugestivas de afasia, como fala monótona e arrastada.

A probabilidade de AVE é de 72% quando há aparecimento súbito de uma destas três características e torna-se maior que 95% quando estão presentes os três parâmetros. (LOPES *et al.*, 2020)

Assim como a escala SAMU, que será abordada em diante, a escala de Cincinatti tem ampla utilização no serviço de emergência no âmbito pré-hospitalar, representada pelo ANEXO D.

3.4.5 Escala SAMU

A escala SAMU tem como princípio, avaliar de forma rápida e pratica os três principais sinais de um acidente vascular cerebral, onde o último mnemônico consiste no acionamento do serviço móvel de urgência, onde se origina o nome desta escala.

De acordo com os mnemônicos, a escala SAMU, consiste em avaliar o aspecto visual, focando no desvio de comissura, o aspecto motor, avaliando a força e o aspecto neurológico onde se avalia a fala e a compreensão do paciente observando possíveis sinais de afasia, conforme apresentado no ANEXO E.

3.5. A aplicação do Processo de Enfermagem ao paciente com AVC

O enfermeiro exerce papel fundamental no reconhecimento do AVC, realizando encaminhamentos que oportunizam o paciente receber a melhor terapêutica, ao mesmo tempo que atua buscando manter a segurança do paciente, se antecipando quanto às suas necessidades, de modo que sejam estabelecidos e fornecidos os meios que possibilitem a efetivação do cuidado de enfermagem (FOCHESATTO *et al.* 2023).

Este cuidado encontra-se respaldado na lei do exercício profissional da Enfermagem no Brasil nº 7498 de 1986, uma vez que, dentre os profissionais da equipe de enfermagem, cabe ao enfermeiro a assistência à paciente graves e em estado crítico de saúde, ainda, durante este cuidado é privativo do enfermeiro realizar a sistematização da assistência de enfermagem e aplicação do processo de enfermagem contemplando desde o histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação a cada paciente (COFEN, 2019).

O Processo de Enfermagem (PE) é de extrema importância para a organização do serviço de enfermagem, quando relacionada ao AVC, é uma grande ferramenta para elaboração de fluxos e protocolos na qual sempre está em constante evolução, assim como pesquisas e tratamentos que impactam a assistência de enfermagem, para Barros et al (2024), citada também no artigo de atualização da Resolução 736/2024, onde a SAE e o Processo de Enfermagem são conceituados como;

“O conceito SAE se relaciona a aspectos organizativos necessários para a prática assistencial, sendo um conceito ainda em amadurecimento. Já o PE, reconhecido como o padrão da prática assistencial, apresenta definição, atributos, limites, antecedentes e consequentes desenvolvidos de forma coerente ao longo do tempo, sendo considerado um conceito maduro, articulado aos Sistemas de Linguagens Padronizadas, ao raciocínio clínico e às teorias da profissão”. (COFEN, 2024)

3.6. O processo de enfermagem aplicado ao acidente vascular cerebral

O processo de enfermagem segundo a Resolução 736 de 17 de janeiro de 2024, é definido como um método que orienta o pensamento crítico e o julgamento clínico do Enfermeiro direcionando a equipe de enfermagem para o cuidado à pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Conforme a resolução, Processo de Enfermagem organiza-se em cinco

etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas, descritas a seguir:

1ª Avaliação de Enfermagem – compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática;

2º Diagnóstico de Enfermagem – compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais;

3º Planejamento de Enfermagem – compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para à pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde. Deverá envolver:

I – Priorização de Diagnósticos de Enfermagem;

II – Determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde;

III – Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais.

4ª Implementação de Enfermagem – compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem, respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto a competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem, e apoiados nos seguintes padrões:

I – Padrões de cuidados de Enfermagem: cuidados autônomos do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente, e realizados pelo Enfermeiro, por Técnico de enfermagem ou por Auxiliar de Enfermagem, observadas as competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão;

II – Padrões de cuidados Interprofissionais: cuidados colaborativos com as demais profissões de saúde;

III – Padrões de cuidados em Programas de Saúde: cuidados advindos de protocolos assistenciais, tais como prescrição de medicamentos padronizados nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares.

5ª Evolução de Enfermagem – compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem. (COFEN, 2024)

3.6.1. *Ligações NANDA, NOC e NIC aplicadas ao paciente com suspeita de AVC*

3.7. Resultados e Discussões

Segundo Soares et al. (2020), a implementação de protocolos assistenciais no atendimento ao AVC é fundamental para garantir uma resposta rápida e eficiente, o que pode minimizar sequelas e melhorar os desfechos clínicos dos pacientes. Além disso, a sistematização da assistência de enfermagem, quando aplicada, contribui para a padronização do atendimento, promovendo a segurança e a continuidade do cuidado (SANTOS, 2021).

Silva (2022) afirma que a padronização do atendimento de enfermagem por meio da SAE permite a identificação precoce de alterações no quadro clínico de pacientes com AVC, facilitando a intervenção imediata e reduzindo o tempo de resposta às emergências. A mesma autora sugere que a capacitação da equipe de enfermagem sobre o uso da SAE em emergências pode aumentar a qualidade do cuidado e diminuir as taxas de morbidade associadas ao AVC.

O Processo de Enfermagem tem como função estruturar a assistência de enfermagem ao paciente na unidade intra-hospitalar, objetivando o planejamento integral dos cuidados do paciente de acordo com sua complexidade, delegando tarefas e atribuições a equipe durante a assistência.

Após analisar as referências bibliográficas que estruturam essa pesquisa, foi desenvolvido um instrumento de avaliação para a Sistematização da Assistência de Enfermagem na unidade de pronto atendimento, através do processo de enfermagem. Tal instrumento apresenta uma avaliação estruturada, que poderá possibilitar já no primeiro

momento a identificação precoce dos sinais que mimetizam o acidente vascular cerebral, e posteriormente de forma sequencial os possíveis diagnósticos de enfermagem relacionados ao quadro. Neste instrumento contam ainda as etapas de planejamento e implementação da assistência de enfermagem. Este instrumento de avaliação elaborado, está dividido em cinco etapas correlacionadas com o processo de enfermagem, sendo elas:

- a. Avaliação de Enfermagem
- b. Diagnóstico de Enfermagem
- c. Planejamento de Enfermagem
- d. Implementação de Enfermagem
- e. Evolução de Enfermagem.

3.7.1. Avaliação de Enfermagem

Durante o processo de elaboração do instrumento de avaliação, foi identificado a necessidade de otimizar a praticidade da avaliação inicial, onde é extremamente necessária no âmbito intra-hospitalar devido a demanda do atendimento e tratamento ao AVC, na qual foi definida a utilização da escala de Cincinatti.

A Escala de Cincinatti avalia três parâmetros que estão presentes na maioria das vítimas, sendo eles:

- a. Assimetria facial, explicitada ao solicitar que o enfermo sorria;
- b. Paresia em um ou ambos os membros superiores, avaliada com realização da manobra de Mingazzini (elevação conjunta de ambos os membros superiores), observando alteração se o paciente não conseguir manter a posição, cair ou oscilar;
- c. Alterações na fala sugestivas de afasia, como fala monótona e arrastada.

Devido à importância no prognóstico e identificação rápida, o Ministério da Saúde estabelece de acordo com a Consulta Pública no 39, de 28 de outubro de 2010 a possibilidade de usar a Escala de Cincinatti para detecção da doença, visto que possui boa acurácia e torna possível a busca em tempo hábil ao serviço de saúde especializado. (LOPES, L.Q., et. al, 2020)

Baseado nestes dados foi definida a escala de Cincinatti como padrão para a avaliação de enfermagem desta ferramenta, na qual após analisar o paciente em sua admissão, o enfermeiro terá os critérios necessários para o devido manejo do paciente, se adequando ao fluxo interno da unidade e da equipe de enfermagem em tratamento a casos de AVC.

3.7.2. Diagnostico de Enfermagem

Após uma análise de possíveis cenários no atendimento as vítimas de AVC, foram selecionados cinco diagnósticos dos quais se enquadram nos critérios obtidos, dentre eles estão:

- a. Comunicação verbal prejudicada;
- b. Dor aguda;
- c. Mobilidade física prejudicada;
- d. Glicemia Instável;
- e. Capacidade de transferência prejudicada.

De acordo com os achados da avaliação de Enfermagem, o enfermeiro terá dentre essas cinco opções, selecionar os diagnósticos que mais se adequam ao caso clínico apresentado, servindo como base de dados para as próximas etapas deste processo avaliativo.

Diagnóstico	Resultado esperado	Intervenção
Dor aguda, relacionada ao desconforto físico ou mental.	Controle da dor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controle da dor; 2. Oxigenoterapia; 3. Controle do ambiente;
Comunicação verbal prejudicada, relacionada a desorientação e/ou, dificuldades em manter a comunicação / verbalizar.	Percepção, interpretação, e expressão de mensagens faladas, escritas e não verbais.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controle do delírio; 2. Estimulação cognitiva; 3. Redução da ansiedade.
Mobilidade física prejudicada, relacionada a perda de força e/ou paresia.	Capacidade de caminhar de um local a outro de modo independente, com ou sem dispositivo auxiliar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover incentivo a deambulação através da terapia com exercícios; 2. Promover exercícios para melhora do controle muscular; 3. Promover exercícios que estimulem o alongamento da musculatura.
Capacidade de transferência prejudicada, relacionada a equilíbrio e força muscular insuficiente.	Restaurar capacidade de mudar a posição do corpo de forma independente, com ou sem acessório auxiliar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia com exercícios prescritos para mobilidade articular; 2. Promoção de exercícios para fortalecimento; 3. Prevenção contra quedas.

Risco de glicemia instável, relacionado a alterações do nível de consciência	Restabelecimento do nível de consciência e tolerância a atividade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controle de hipoglicemia 2. Controle da hiperglicemia 3. Monitoramento nutricional
--	---	---

Fonte: JOHNSON, Marion. Ligações NANDA NOC-NIC. (Rio de Janeiro, 2012).

3.7.3. Planejamento de enfermagem

Nesta etapa, após a seleção dos diagnósticos de enfermagem, será desenvolvido um plano assistencial direcionado para o paciente, de maneira objetiva, onde irá apresentar as metas propostas do tratamento do paciente, ele também terá opções de seleção para que a ferramenta, de forma rápida, possibilitará uma melhor assistência, dentre as propostas estão:

- a. Estabilização do nível de consciência;
- b. Melhora da dor;
- c. Manutenção da estabilização hemodinâmica para fins de trombólise;
- d. Finalização dos exames complementares;
- e. Fechamento do protocolo de AVC.

Após a seleção das metas propostas, será elaborado o plano assistencial deste paciente, sendo muito importante para a próxima fase do processo de enfermagem.

3.7.4. Implementação de Enfermagem

Nesta etapa, iremos abordar a prescrição de enfermagem como aspecto principal a intervenção dos cuidados deste paciente, onde serão apresentados tópicos para seleção, possibilitando uma melhor ligação e cumprimento as metas estabelecidas, conforme o planejamento de enfermagem, sendo propostas as seguintes intervenções:

- a. Verificação de sinais vitais;

- b. Verificação de glicemia capilar 1/1h;
- c. Instalar oxigênio por cateter a 03 litros/min se SatO^o menor que 92%;
- d. Manter cabeceira elevada 30°;
- e. Monitorar nível de consciência.

3.7.5. *Evolução de enfermagem*

Para esta etapa, foi definida a utilização da escala de RANKIN, a qual irá avaliar os impactos do acidente vascular cerebral após a fase aguda do atendimento.

A escala de Rankin modificada (mRS) é amplamente utilizada na avaliação de pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) por ser uma ferramenta que mede o grau de incapacidade ou dependência dos pacientes após o AVC. Essa escala é crucial para determinar a evolução funcional dos pacientes, guiar intervenções e prever resultados clínicos (SILVA *et al.*, 2020).

Almeida et al. (2019) reforçam que a utilização da SAE no manejo de pacientes com AVC no setor de emergência tem sido associada à melhoria nos indicadores de qualidade, como redução no tempo de internação e menor incidência de complicações pós-AVC. Segundo esses autores, a integração da sistematização da assistência de enfermagem ao protocolo de atendimento contribui para a coordenação do cuidado interdisciplinar, promovendo a continuidade do tratamento entre os diversos níveis de atenção.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem tem como papel fundamental, além da assistência, auxiliar em todas as etapas do atendimento, o que demonstra a necessidade da implementação da sistematização da assistência baseada no Processo de Enfermagem.

Nesse contexto, é de suma importância a atuação do enfermeiro nesse processo, uma vez que, devido a sua capacidade de pensar sobre as práticas necessárias e o processo de tomada de decisão, tornam esse profissional capacitado para atuar perante situações de AVC, de maneira assertiva e crítica. O conhecimento adquirido pelo enfermeiro durante seus plantões, aliados as teorias aprendidas em sua vida acadêmica, possibilitam que sua atuação seja mais incisiva e correta, de modo que o conhecimento de enfermagem se ancore numa base multidisciplinar.

O enfermeiro neste cenário tem função importante no atendimento ao paciente acometido pelo AVC, onde em muitas ocasiões o paciente ao adentrar a unidade é recebido pela equipe de enfermagem, coordenadas pelo enfermeiro, que tem papel crucial desde a acomodação do paciente até o exame neurológico inicial, etapa onde deve ser iniciada a aplicação do instrumento da sistematização da assistência da enfermagem proposto, possibilitando um melhor direcionamento do plano assistencial deste paciente.

A principal característica do acidente vascular cerebral é seu início súbito, imediato, cabendo a equipe ações rápidas no intuito de otimizar as chances de tratamento e reduzir as possibilidades das incapacidades físicas e neurológicas permanentes.

Após a análise e possíveis cenários de aplicação deste instrumento, podemos destacar o grande potencial que deste projeto em desenvolver futuras pesquisas que comparem o atendimento do enfermeiro com e sem um instrumento sistematizado. O trabalho do enfermeiro sempre será primordial numa emergência com porta aberta, porém trazer este profissional para o centro das ações é colocar em evidência sua importância na cadeia de atendimento dos pacientes. O uso de uma ferramenta específica, que esteja ao seu alcance, pode trazer como benefícios, a melhor coordenação do cuidado, respeitando as etapas do processo de enfermagem, e principalmente promovendo um atendimento integral e individualizado ao paciente, com possibilidades reais de promover um desfecho otimizado e assertivo.

REFERÊNCIAS

AMARAL, D. M.; FERNANDES, L. **Acidente Vascular Encefálico e uso da escala NIHSS**. Universidade Federal de São Francisco, São Francisco, 2023. Cap. 5. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/641>. Acesso em: 14 mai. 2024.

ANDRADE, M. M.. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 10. ed. - São Paulo: Atlas, 2010. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788522478392/pageid/4>. Acesso em: 16 de abril de 2023.

BARBOSA, B. O. *et al.* **Diagnóstico precoce do acidente vascular cerebral na emergência: uma revisão de literatura**. 2022. 11 v. Universidade de Vassouras, Vassouras, 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/10362/6240>. Acesso em: 25 ago. 2024

CEARÁ, Governo do Estado do. **HRSC: Exercícios regulares e alimentação saudável evitam doenças como AVC**. 2019. Hospital Regional do Sertão Central. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2019/08/21/hrsc-exercicios-regulares-e-alimentacao-saudavel-evitam-doencas-como-avc/>. Acesso em: 25 mai. 2024.

COFEN. **Atualizações da SAE, Diretrizes 2024**. 2024. 1 f, Cofen, Brasília, 2024. Cap. 1. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/cofen-atualiza-resolucao-sobre-implementacao-do-processo-de-enfermagem/>. Acesso em: 27 ago. 2024.

COFEN. **Resolução Nº 736 de 17 DE Janeiro de 2024**. Cofen, Brasília, 2024. Cap. 1. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 26 ago. 2024.

CONITEC, Ministerio da Saude. **Trombectomia mecânica para acidente vascular cerebral isquêmico agudo**. 2021. 1 f. Ministerio da Saude, Brasília, 2021. Cap. 1. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/relatorio_trombectomia_avci_8h-24h_677_2021_final.pdf. Acesso em: 25 maio 2024.

CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre (RS), v.33, n.2, p.8-9, jun. 2012.

DICCINI, S. *et al.* **Enfermagem em Neurologia e Neurocirurgia**. Editora Atheneu, Rio de Janeiro, 2017. Cap. 19.

ENFERMAGEM, Prática. **Papel da enfermagem no Protocolo de AVE**. Prática Enfermagem, 2023. Disponível em: <https://www.praticaenfermagem.com/post/papel-da-enfermagem-no-protocolo-de-ave>. Acesso em: 14 mai. 2024.

FOCHESATTO, M. M. *et al.* **Competências do enfermeiro no cuidado a pacientes com acidente vascular cerebral elegíveis à terapia trombolítica**. 2023. 17 f. Centro Universitario da Serra Gaucha - Fsg, Serra Gaucha, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n46/1409-4568-enfermeria-46-58564.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2024

HCOR – Hospital do Coração. **Protocolo de Acidente Vascular Cerebral**. 2020. 40 f. Hospital do Coração, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://hcor.com.br/wp-content/uploads/2020/11/3.-Protocolo-AVC-Isquemico-Hemorr%D0%B0gico.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2023.

JOHNSON, M; MOORHEAD, S; BULECHEK, G; BUTCHER, H.; MAAS, Meridian; SWANSON, Elizabeth. **Ligações NANDA NOC - NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 435 p.

LIMA, A. C. M. A. C. C. *et al.* **Diagnóstico de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: Revisão integrativa**. 2016. 8 f. Revista Brasileira de Enfermagem, Fortaleza, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vGyJbL5C4786CkJcQtYtYf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2024.

LOPES, L. Q. *et al.* **Conhecimento Acerca da escala de CINCINNATI entre acadêmicos de medicina, enfermagem e agentes comunitários de saúde da atenção primária**. 2020. 2 v, Centro Universitario de Anapolis, Anapolis, 2020. Cap. 1. Disponível em: <https://atenas.edu.br/revista/index.php/higeia/article/view/31/37>. Acesso em: 14 mar. 2024.

OLIVEIRA, J. I. A. *et al.* **Atendimento a pacientes com Acidente Vasccular Cerebral (AVC): identificação Rápida e Manejo inical**. Periodicos do Brasil Pesquisa Cientifica, Brasil, 2024. Cap. 2. Disponível em: <https://periodicosbrasil.emnuvens.com.br/revista/article/view/73/72>. Acesso em: 25 mar. 2024.

SANTOS, D. F. *et al.* **Diagnósticos de enfermagem dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico: uma pesquisa bibliográfica**. 2020. 1 v. Brazilian Journal Of Health Review, Curitiba, 2021. Cap. 1. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/6534/5765>. Acesso em: 14 abr. 2024.

SOUZA, Marcela Tavares de *et al.* **Revisão integrativa: o que é e como fazer** Einstein, 2010. Disponível em: https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/2317-6385-eins-08-01-0102-W1134/2317-6385-eins-08-01-0102-W1134-pt.pdf. Acesso em: 15 nov. 2024.

SAUDE, Ministerio da. **Acidente Vascular Cerebral (AVC)**. 2024. 1 f. Ministerio da Saude Gov, Brasilia, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/avc>. Acesso em: 17 mar. 2024.

SCHMIDT, M. H. *et al.* **Acidente Vascular Cerebral e diferentes limitações: Uma análise interdisciplinar**. Unipar, Umuarama, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6404/3778>. Acesso em: 21 fev. 2024.

SILVA *et al.*, 2020. **Modified Rankin Scale: Revolutionizing Stroke Research and Practice**. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 29(3), 104-112.

SOUSA, A. S.; OLIVEIRA, S. O.; ALVES, L. H. **A pesquisa bibliográfica: Princípios fundamentais.** Cadernos da FUNCAMP, v.20, n.43, p.64-83/2021.

SOUSA, L. M.; SANTOS, M. V. F. **Aplicação da escala de coma de Glasgow: uma análise bibliométrica acerca das publicações no âmbito da Enfermagem.** 2021. 10 v. Universidade de Carajas, 2021. Cap. 14. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21643/19324>. Acesso em: 27 abr. 2024.

SBAVC – Sociedade Brasileira de Acidente Vascular Encefálico. **Números do AVC no Brasil e no Mundo.** Brasília, 2021, Apud: Feigin et al. GBD Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. Sep 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0). Disponível em: <https://avc.org.br/sobre-a-sbavc/numeros-do-avc-no-brasil-e-no-mundo/>. Acesso em: 14 abr. 2023.

TABNET, Datasus. **Indicadores AVC.** 2023. 1 f. Ministerio da Saude, Brasilia, 2023. Cap. 1. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 12 mar. 2024.

TEASDALE, Graham; JENNETT, Bryan. **Abordagem Estruturada de Glasgow para Avaliação da Escala de Coma de Glasgow.** Glasgow Coma Scale 2024. Disponível em: <https://www.glasgowcomascale.org/>. Acesso em: 14 mai. 2024.

UFSC, Neurologia. **ESCALA DE NIHSS TRADUZIDA E ADAPTADA.** 2024. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://neurologiahu.paginas.ufsc.br/files/2012/09/NIH-Stroke-Scale.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2024.

WILSON, J.T.L. *et al.* **Escala de avaliação funcional pós-AVC – Escala de Rankin.** Associação Ação Avc. Disponível em: <https://www.acaoavc.org.br/assets/arquivos/escala-de-rankin-1621271513.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2024.

ANEXO A - ESCALA DE NIHSS

N I H
STROKE
SCALE

Identificação do Paciente

Nome: _____

Registro: _____

Exame inicial: Data ____/____/____

Instrução	Definição da escala	Score	Hora
1a. Nível de Consciência O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.	0 = Alerta; responde com entusiasmo. 1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
1b. Perguntas de Nível de Consciência O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta - não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber 2. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.	0 = Responde ambas as questões corretamente. 1 = Responde uma questão corretamente. 2 = Não responde nenhuma questão corretamente.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
1c. Comandos de Nível de Consciência O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.	0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
2. Melhor olhar conjugado Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o score será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (NC III, IV ou VI), marque 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.	0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este score é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
<p>3. Visual OS campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente deve ser encorajado, mas se olha para o lado do movimento dos dedos, deve ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Marque 1 somente se uma clara assimetria, incluindo quadrantanopsia, for encontrada. Se o paciente é cego por qualquer causa, marque 3. Estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver uma extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>	<p>0 = Sem perda visual. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4. Paralisia Facial Pergunte ou use pantomima para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou sorrir e fechar os olhos. Considere a simetria de contração facial em resposta a estímulo doloroso em paciente pouco responsivo ou incapaz de compreender. Na presença de trauma /curativo facial, tubo orotraqueal, esparadrapo ou outra barreira física que obscureça a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p>0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5. Motor para braços O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90° (se sentado) ou a 45° (se deitado). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pelo braço não-parético. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no ombro, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém o braço 90° (ou 45°) por 10 segundos completos. 1 = Queda; mantém o braço a 90° (ou 45°), porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90° (ou 45°), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p> <p>5a. Braço esquerdo 5b. Braço direito</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>6. Motor para pernas A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30° (sempre na posição supina). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pela perna não-parética. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no quadril, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por 5 segundos completos. 1 = Queda; mantém a perna a 30°, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30°, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p> <p>6a. Perna esquerda 6b. Perna direita</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
<p>7. Ataxia de membros Este item é avaliado se existe evidência de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes index-nariz e calcanhar-joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, somente, se for desproporcional à fraqueza. A ataxia é considerada ausente no paciente que não pode entender ou está hemiplégico. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulações, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha. Em caso de cegueira, teste tocando o nariz, a partir de uma posição com os braços estendidos.</p>	<p>0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em dois membros. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>8. Sensibilidade Avalie sensibilidade ou mímica facial ao beliscar ou retirada do estímulo doloroso em paciente torporoso ou afásico. Somente a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é registrada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas do corpo (braços [exceto mãos], pernas, tronco e face) quantas forem necessárias para verificar acuradamente uma perda hemisensitiva. Um escore de 2, "grave ou total" deve ser dado somente quando uma perda grave ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Portanto, pacientes em estupor e afásicos irão receber provavelmente 1 ou 0. O paciente com AVC de tronco que tem perda de sensibilidade bilateral recebe 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, marque 2. Pacientes em coma (item 1a=3) recebem arbitrariamente 2 neste item.</p>	<p>0 = Normal; nenhuma perda. 1 = Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda da dor superficial ao beliscar, mas o paciente está ciente de que está sendo tocado. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>9. Melhor linguagem Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode ser obtida durante a aplicação dos itens precedentes do exame. O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo no quadro em anexo, a nomear os itens na lista de identificação anexa e a ler da lista de sentença anexa. A compreensão é julgada a partir destas respostas assim como das de todos os comandos no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente que identifique objetos colocados em sua mão, repita e produza falas. O paciente intubado deve ser incentivado a escrever. O paciente em coma (Item 1A=3) receberá automaticamente 3 neste item. O examinador deve escolher um escore para pacientes em estupor ou pouco cooperativos, mas a pontuação 3 deve ser reservada ao paciente que está mudo e que não segue nenhum comando simples.</p>	<p>0 = Sem afasia; normal. 1 = Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das idéias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identificar figuras ou item da lista de nomeação a partir da resposta do paciente. 2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. 3 = Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
10. Disartria Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada. Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.	0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave; fala do paciente é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico. NT = Intubado ou outra barreira física; explique_____	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____
11. Extinção ou Desatenção (antiga negligência) Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o paciente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atentar para ambos os lados, o escore é normal. A presença de negligência espacial visual ou anosagnosia pode também ser considerada como evidência de negligência. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.	0 = Nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 = Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

TABELA DE EVOLUÇÃO

DATA	HORA	ESCORE	EXAMINADOR

Tradução e adaptação:
 Octávio Marques Pontes-Neto
 Neurologia – BCFMRP - USP

ANEXO B – ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ECG): Faça dessa forma **GCS** EYES VERBAL MOTOR

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde



CHECAR

Fatores que interferem na comunicação, na habilidade de responder e em outras alterações



OBSERVAR

Abertura dos olhos, o conteúdo da fala e os movimentos à direita e esquerda



ESTIMULAR

Som: pedidos solicitados por fala ou gritos
Físico: pressão na ponta dos dedos, trapézio ou entalhe supraorbital



AVALIAR

Realizar classificação de acordo com as respostas mais observadas

Melhor resposta ocular (O):

Critério	Observado	Classificação	Escore
Sem abertura ocular	1	1	1
Abertura ocular em resposta a dor	2	2	2
Abertura ocular ao chamado	3	3	3
Abertura ocular espontânea	4	4	4

Melhor resposta verbal (V):

Critério	Observado	Classificação	Escore
Sem resposta verbal	1	1	1
Sons incompreensíveis	2	2	2
Palavras inapropriadas	3	3	3
Confuso/Desorientado	4	4	4
Orientado	5	5	5

Melhor resposta motora (M):

Critério	Observado	Classificação	Escore
Sem resposta motora	1	1	1
Extensão em resposta à dor/descerebração	2	2	2
Flexão anormal em resposta à dor/decorticação	3	3	3
Reação inespecífica em resposta a dor	4	4	4
Localiza o estímulo doloroso	5	5	5
Obedece a comandos	6	6	6
Escala de Coma de Glasgow (O+V+M)			

Locais de estimulação física

Pressão das ponta do dedo Pinça de trapézio Entalhe supraorbital



Características das respostas de flexão

Modificado com permissão de Van Der Naalt 2004
Ned Tijdschr Geneesk



Para mais informações e demonstrações em vídeo, visite www.glasgowcomascale.org

Design gráfico por Margaret Frej baseado no layout e ilustrações do Medical Illustration M 1 - 208093
(c) Sir Graham Teasdale 2015

ANEXO C – ESCALA DE RANKIN

Escala de avaliação funcional pós-AVC – Escala de Rankin modificada¹

Grau	Descrição
0	Sem sintomas
1	Nenhuma deficiência significativa, a despeito de sintomas Capaz de conduzir todos os deveres e atividades habituais
2	Leve deficiência Incapaz conduzir todas as atividades de antes, mas é capaz de cuidar dos próprios interesses sem assistência
3	Deficiência moderada Requer alguma ajuda mas é capaz de caminhar sem assistência (pode usar bengala ou andador)
4	Deficiência moderadamente grave Incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência
5	Deficiência grave Confinado à cama, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante de enfermagem
6	Óbito

Fonte: Associação Ação AVC.

ANEXO D – ESCALA DE CINCINATTI

Item avaliado	Como avaliar	Resposta normal	Resposta anormal
Assimetria Facial	Pedir para o paciente mostrar os dentes ou sorrir.	Movimento simétrico da face bilateralmente.	Movimento assimétricos da face.
Fraqueza dos braços	Pedir para o paciente estender os braços por 10 segundos (com os olhos fechados).	Movimento simétrico dos dois braços.	Movimento assimétrico dos braços.
Anormalidade Da fala	Pedir para o paciente falar uma frase.	O paciente fala corretamente e com boa articulação das palavras.	As palavras são incorretas ou mal articuladas.

Fonte: Prática Enfermagem, Escala de CINCINATTI (2024).

ANEXO E – ESCALA SAMU



Fonte: Governo do Estado do Ceará, Hospital Regional do Sertão Central – HRSC (2019).

ANEXO F – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGE NO AVC.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

INSTRUMENTO DE APOIO A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS NEUROLÓGICAS

NOME: _____	INICIO DOS SINTOMAS: _____
DATA DE NASCIMENTO: __ / __ / __ IDADE: __	DATA DE ADMISSÃO: _____
REGISTRO: _____ LEITO: _____	HORARIO DA ADMISSÃO: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO AVC

ESCALA DE CINCINATTI NA AVALIAÇÃO DO AVC

ITEM AVALIADO	COMO AVALIAR	RESPOSTA NORMAL	RESPOSTA ANORMAL	SCORE
ASSIMETRIA FACIAL	PEDIR PARA O PACIENTE MOSTRAR OS DENTES OU SORRIR.	MOVIMENTO SIMÉTRICO DA FACE BILATERALMENTE.	MOVIMENTO ASSIMÉTRICO DA FACE.	
DEBILIDADE DOS BRAÇOS	PEDIR PARA O PACIENTE ESTENDER OS BRAÇOS POR 10 SEGUNDOS (COM OS OLHOS FECHADOS).	MOVIMENTO SIMÉTRICO DOS DOIS BRAÇOS.	MOVIMENTO ASSIMÉTRICO DOS BRAÇOS.	
ANORMALIDADES NA FALA	PEDIR PARA O PACIENTE FALAR UMA FRASE.	O PACIENTE FALA BEM E COM BOA ARTICULAÇÃO DAS PALAVRAS.	AS PALAVRAS SÃO INCORRETAS OU MAL ARTICULADAS	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CAPACIDADE DE TRANSFERÊNCIA PREJUDICADA | <input type="checkbox"/> GLICEMIA INSTÁVEL |
| <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA | <input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA |
| <input type="checkbox"/> DOR AGUDA | |

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ESTABILIZAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. | <input type="checkbox"/> FINALIZAÇÃO DOS EXAMES COMPLEMENTARES. |
| <input type="checkbox"/> FECHAMENTO DO PROTOCOLO DE AVC. | <input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DA ESTABILIZAÇÃO HEMODINÂMICA PARA FINS DE TROMBÓLISE / INTERVENÇÃO CIRURGICA |

IMPLEMENTAÇÃO

- INSTALAR O₂ POR CATETER NASAL A 03 l/MIN, SE SAT O₂ MENOR QUE 92%.
- MANTER CABECEIRA ELEVADA DE 30° A 45°.
- MONITORAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA COM REFERÊNCIA A ESCALA DE COMA DE GLASGOW.
- VERIFICAÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR DE 1/1H.
- VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS DE 2/2 H.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
ESCALA DE RANKIN		
SCORE	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
0	ASSINTOMÁTICO	REGRESSÃO DOS SINTOMAS
1	SINTOMA SEM INCAPACIDADE	CAPAZ DE REALIZAR SUAS TAREFAS E ATIVIDADES HABITUAIS PRÉVIAS.
2	INCAPACIDADE LEVE	INCAPAZ DE REALIZAR TODAS SUAS ATIVIDADES HABITUAIS PRÉVIAS, MAS CAPAZ DE REALIZAR SUAS NECESSIDADES PESSOAIS SEM AJUDA.
3	INCAPACIDADE MODERADA	REQUER ALGUMA AJUDA PARA SUAS ATIVIDADES, MAS É CAPAZ DE ANDAR SEM AJUDA DE OUTRA PESSOA.
4	INCAPACIDADE MODERADA A GRAVE	INCAPACIDADE DE ANDAR SEM AJUDA, INCAPACIDADE DE REALIZAR SUAS ATIVIDADES SEM AJUDA.
5	INCAPACIDADE GRAVE	LIMITADO A CAMA, INCONTINÊNCIA, REQUER CUIDADOS DE ENFERMEIROS E ATENÇÃO CONSTANTE.
6	ÓBITO	

SCORE RANKIN: _____ PONTOS.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

ASSINATURA / CARIMBO

Fonte: Arquivo pessoal.