



CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

GERLÂNDIA MONTEIRO DE SOUSA

**A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO
PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: REVISÃO SISTEMÁTICA**

JUAZEIRO DO NORTE- CE
2021

GERLÂNDIA MONTEIRO DE SOUSA

**A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO
PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: REVISÃO SISTEMÁTICA**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como requisito para obtenção do grau Bacharelado em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Tonny Emanuel Fernandes Macedo.

GERLÂNDIA MONTEIRO DE SOUSA

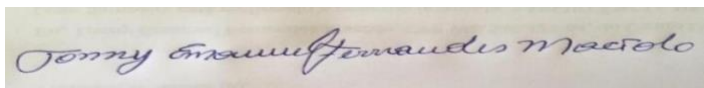
**A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO
PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: REVISÃO SISTEMÁTICA**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como requisito para obtenção do grau Bacharelado em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Tonny Emanuel Fernandes Macedo.

Data da aprovação: 17 / 06 / 2021

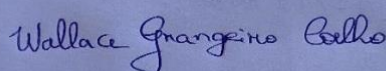
Banca Examinadora



Professor Tonny Emanuel Fernandes Macedo
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio - UNILEÃO
Orientador



Professora Maria Lys Callou Augusto
Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO
Examinador 1



Enfermeiro Esp. Wallace Grangeiro Coelho
Centro Universitário DR. Leão Sampaio – UNILEÃO
Examinador 2

AGRADECIMENTOS

A luta pelos meus objetivos é constante. Estas conquistas jamais conseguiria sozinha. Tenho Deus sempre ao meu lado e o apoio, carinho e incentivo de pessoas importantes na minha vida que contribuíram direta e indiretamente para o meu crescimento pessoal e profissional, durante todo esse processo.

A minha gratidão eterna a Deus por ter me sustentado e me ajudado a enfrentar cada batalha, por me proporcionar a chance de vida e saúde todos os dias, para ir à luta em busca da concretização dos meus sonhos.

A todos da minha família por me incentivarem e compreenderem as vezes que necessitei estar ausente para garantir o melhor para nosso futuro. Estavam comigo durante minhas conquistas, dificuldades e estavam sempre dispostos a me ajudar. Gratidão à minha mãe, um exemplo de coragem e inspiração, que sempre deu o seu melhor me apoiando em minhas decisões.

Aos professores e orientadores pelos ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação acadêmica e profissional e acreditaram no meu potencial. A vocês, o meu carinho, admiração e eterna gratidão.

Aos meus amigos e companheiros de profissão, a todos, pelas palavras de força e encorajamento para que eu nunca desistisse. Mesmo falando firmes comigo, eu agradeço de coração por me deixarem esta lição de que é preciso acreditar em Deus, em si mesmo e seguir em frente.

Levarei sempre no meu coração, cada um de vocês, com imensa gratidão. É um privilégio e uma benção ter pessoas com quem posso contar.

“Porque sou eu que conheço os planos que tenho para vocês, diz o Senhor, planos de fazê-los prosperar e não de causar dano, planos de dar a vocês esperança e um futuro.”

Jeremias 29:11

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma emergência médica que pode acarretar sérios comprometimentos das funções neurológicas, em decorrência da circulação sanguínea cerebral insuficiente. Está entre a segunda causa de mortalidade e a primeira causa de incapacidade em todo o mundo. O estudo teve como objetivo principal, analisar a importância dos enfermeiros sobre a assistência de enfermagem ao paciente com AVC, no que se refere ao conhecimento científico e a conduta realizada. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, com abordagem qualitativa do tipo metanálise qualitativa. Neste estudo foram incluídos artigos contidos nas bases de dados LILACS, BDNF E MEDLINE contidos na BVS e Google Acadêmico em português, inglês e espanhol nos anos de 2015 a 2020. Foram encontrados 273 artigos, pela estratégia de busca. Foram excluídas da pesquisa, publicações que aborde o AVC na atenção primária ou no domicílio, pós-AVC, estudos sobre a assistência ao paciente com AVC que não enfatize a atuação do enfermeiro e os que discorram sobre temáticas que não são de interesse dessa pesquisa. Após análise e leitura das publicações, foram elegíveis 10 artigos. A pesquisa foi realizada de acordo com a resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas realizadas unicamente com textos científicos utilizados para revisão sistemática. Os achados evidenciaram que o enfermeiro, por meio dos seus cuidados prestados, desempenha um papel imprescindível no primeiro atendimento aos pacientes que buscam o serviço com alguma manifestação clínica de AVC, pois participa de todas as fases do tratamento e executa as intervenções necessárias para evitar o risco de possíveis complicações. Sendo assim, sua atuação interfere diretamente na sobrevivência do paciente, tanto no âmbito hospitalar quanto no acompanhamento pós-AVC ao prestar orientações sobre sua reabilitação e como lidar com as possíveis sequelas. Contudo, há uma necessidade de treinamentos e capacitações a fim de melhorar o conhecimento e habilidades destes profissionais como estratégia de se tornar eficaz a qualidade do cuidado de enfermagem a esses pacientes. Sugere-se, que a partir da análise da pesquisa realizada, haja novas linhas de pesquisa sobre a situação de adoecimento por AVC sob o papel dos enfermeiros, bem como a implantação de protocolos quando inexistentes nas unidades de emergência.

Palavras-chaves: Acidente Vascular Cerebral, Enfermagem, Emergência, Acolhimento.

ABSTRACT

Cerebral Vascular Accident (CVA) is a medical emergency that can cause serious impairment of neurological functions, due to insufficient cerebral blood circulation. It ranks among the second leading cause of mortality and the leading cause of disability worldwide. The main objective of the study was to analyze the importance of nurses regarding nursing care for patients with stroke, with regard to scientific knowledge and the conduct performed. This is a systematic literature review, with a qualitative approach of the qualitative meta-analysis type. This study included articles contained in the LILACS, BDNF AND MEDLINE databases contained in the VHL and Academic Google in Portuguese, English and Spanish from 2015 to 2020. 273 articles were found by the search strategy. Publications that address stroke in primary care or at home, post-stroke, studies on stroke patient care that do not emphasize the role of nurses and those that discuss topics that are not of interest to this research were excluded from the research. After analyzing and reading the publications, 10 articles were eligible. The research was carried out in accordance with Resolution 510/16 of the National Health Council, which deals with research carried out only with scientific texts used for systematic review. The findings showed that the nurse, through their care, plays an essential role in the first care of patients who seek the service with some clinical manifestation of stroke, as they participate in all phases of treatment and perform the necessary interventions to prevent the risk of possible complications. Thus, their performance directly interferes in the patient's survival, both in the hospital and in the post-stroke follow-up by providing guidance on their rehabilitation and how to deal with possible sequelae. However, there is a need for training and qualification in order to improve the knowledge and skills of these professionals as a strategy to increasingly improve the quality of nursing care for these patients. It is suggested that, based on the analysis of the research carried out, there are new lines of research on the situation of illness due to CVA under the role of nurses, as well as the implementation of protocols when they do not exist in emergency units.

Keywords: Stroke, Nursing, Emergency, Reception.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
AIT	Ataque Isquêmico Transitório
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCI	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
AVCH	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
BDENF	Banco de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIP	Hemorragia Intraparenquimatosa
HSA	Hemorragia Subaracnóide
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde
MEDLENE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NIHSS	National Institute of Health Stroke Scale
OMS	Organização Mundial da Saúde
PRISMA-P	Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols
rt-PA	Ativador do Plasminogênio Tecidual
SUS	Sistema único de Saúde
UE	Unidades de Emergência

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Tipos de AVC.....	Pág 14
Figura 2. Escala de Cincinatti.....	Pág 16
Figura 3. Fluxograma de atendimento do AVC agudo.....	Pág 18
Figura 4. Fluxograma dos artigos elegíveis. Fonte: fluxograma elaborado conforme recomendações PRISMA-P.....	Pág 25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Critérios de Inclusão e Exclusão para uso de rt-PA-Ateplase.....	Pág 20
Tabela 2. Características dos artigos que compuseram o corpo de análise do estudo de acordo com autores, ano, local de realização do estudo e principais resultados.....	Pág 26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1	FISIOPATOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	14
3.2	EPIDEMIOLOGIA	15
3.3	MANEJO DE ENFERMAGEM NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR AO PACIENTE COM AVC.....	15
3.4	TRATAMENTO DO AVC.....	19
4	METODOLOGIA	211
4.1	TIPOS DE PESQUISA E NATUREZA DO ESTUDO	211
4.2	LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA.....	211
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	222
4.4	INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DOS DADOS	222
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	23
4.6	RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA	233
4.7	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	233
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	244
5.1	REVISÃO SISTEMÁTICA.....	24
5.2	A QUALIDADE DO DESEMPENHO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM AVC.....	32
5.2.1	Perfil sócio profissional do enfermeiro emergencista.	32
5.2.2	Condutas assistenciais dos enfermeiros no atendimento aos pacientes com AVC em tempo oportuno	33
5.2.3	Necessidade de utilização de protocolo para uma assistência eficaz e segura ..	344
5.3	A NECESSIDADE DOS ENFERMEIROS MANTEREM-SE ATUALIZADOS NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM AVC.....	36
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	388
	REFERÊNCIAS	40
	Anexo A- Checklist metodológico para sistematização de revisão de acordo com o protocolo prisma.	44
	Anexo B- Escala de AVC do National Institute of Health Stroke Scale (NIH)	45

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas vêm ganhando destaque em relação ao aumento nas estatísticas para morbimortalidade. Em decorrência dessas estatísticas, busca-se a necessidade pela melhoria e organização dos serviços de saúde. Dentre estas doenças, aponta-se o acidente vascular cerebral (AVC) como grande gerador de impactos individuais e familiares (BAPTISTA et al., 2018).

O AVC é uma emergência médica que pode acarretar sério comprometimento das funções neurológicas em decorrência da circulação sanguínea cerebral de forma insuficiente. Classifica-se em AVC isquêmico, quando resulta da obstrução do vaso sanguíneo, ou hemorrágico, diante do seu rompimento. O paciente que não tiver o atendimento e acompanhamento adequado podem desenvolver sequelas cognitivas, sensoriais, de percepção, comunicação e físicas, com comprometimento da força muscular e controle motor. (SANTOS et al., 2019).

Trata-se de um problema de saúde pública e dados do Ministério da Saúde revelam que em 2017 foram registrados 101,1 mil óbitos por AVC. No ano de 2016, haviam sido registrados 102,9 mil óbitos. Em 2018, foram registrados 197 mil atendimentos no SUS em decorrência da doença (BRASIL 2019).

A prevenção dos fatores de risco pode evitar 90% dos casos e o reconhecimento dos sinais de alerta do AVC e o rápido tratamento de urgência em um centro de AVC diminui a chance de sequelas. Estima-se que 1 a 4 pessoas terá AVC. A cada ano, 13,7 milhões de pessoas tem um AVC no mundo, 5,5 milhões morrem e atualmente, existem 80 milhões de sobreviventes de AVC, sendo que 70% das pessoas ficam com sequelas irreversíveis (REDE BRASIL, 2020).

Apesar de esta doença ser a principal causa de morte no Brasil e de incapacidade em adultos em todo o mundo, estudos têm comprovado que a rapidez e a organização no atendimento, aumentam a probabilidade de reverter o quadro clínico amenizando as sequelas e reduzido a mortalidade por esta causa. Esta organização inclui utilização de protocolos e medicações específicas (REDE BRASIL, 2020).

Neste sentido é importante que as Unidades de Emergência (UE) estejam propícias a oferecer agilidade e qualidade na assistência prestada. É indispensável que o paciente com AVC agudo seja atendido pela triagem prioritária, com a mesma atenção e eficiência garantida em outras emergências médicas como é o caso de Infarto Agudo Miocárdio. (SANTOS et al., 2019).

Durante a triagem à pessoa com suspeita de AVC, faz-se necessário que a equipe desenvolva suas ações de forma eficiente, em especial o enfermeiro, já que dele depende a ativação rigorosa, rápida e eficaz dos protocolos do AVC no âmbito hospitalar. Dessa forma, o papel do profissional enfermeiro constitui grande relevância na implementação de medidas apropriadas para a melhoria dos cuidados. (BARREIRA et al., 2019).

Diante da temática abordada e tendo em vista as condutas assistenciais do enfermeiro nas unidades de emergência surge-se a seguinte pergunta norteadora: qual a importância da atuação do enfermeiro na assistência aos indivíduos vítimas de AVC?

A pesquisa justifica-se em virtude da importância de uma assistência de enfermagem qualificada ao paciente acometido por AVC, uma vez que é o enfermeiro quem realiza a classificação de risco na triagem para dar seguimento ao atendimento. O enfermeiro utiliza-se do seu saber teórico para compreender as necessidades destes pacientes. Dentre tantas práticas desenvolvidas, o enfermeiro tem um papel fundamental no acolhimento para uma coleta subjetiva e objetiva de qualidade, a fim de prestar assistência imediata, minimizando as sequelas e óbitos por agravamento da doença.

A pesquisa proposta tem sua relevância social, acadêmica e profissional. Sua relevância social associa-se ao fato de que o uso do conhecimento compartilhado refletirá na melhoria na qualidade da assistência prestada à população. Acadêmica por refletir a identidade universitária, onde se percebe aprimoramento dos conhecimentos e habilidades do acadêmico no que diz respeito à pesquisa e a busca constante por atualizações. Sua relevância profissional reflete na aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos, enquanto acadêmico, para a melhoria das competências e habilidades profissionais durante a assistência.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a importância dos enfermeiros sobre a assistência de enfermagem ao paciente com acidente vascular cerebral (AVC) a partir de uma revisão sistemática.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar por meio de revisão sistemática, o perfil sócio profissional dos enfermeiros que prestam assistência aos pacientes acometidos por AVC;
- Compreender as condutas assistenciais dos enfermeiros no atendimento aos pacientes com AVC;
- Averiguar a necessidade da utilização de protocolos no âmbito da assistência de enfermagem aos pacientes com AVC;
- Investigar a necessidade de atualizações acerca da assistência ao paciente com AVC.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 FISIOPATOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A maioria dos Acidentes Vasculares Cerebrais é causada por placas arterioscleróticas que acometem uma ou mais artérias cerebrais. Essas placas podem ativar o mecanismo de coagulação favorecendo a formação de coágulos de fibrina no interior dos vasos cerebrais. Em consequência disto, o bloqueio do fluxo sanguíneo na artéria gera uma perda aguda da função cerebral em área localizada. Desse modo há uma perda súbita da função cerebral, do tipo focal ou global, de forma abrupta podendo durar 24 horas ou até a morte (GUYTON & HALL, 2011; OLIVEIRA; ALMEIDA; ZAMBELAN, 2020).

A interferência no suprimento sanguíneo pode ser por obstrução ou por ruptura de vasos no encéfalo. Esses eventos distintos causam dois tipos de Acidente Vascular Cerebral: o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) e o Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH). O AVCI é responsável por 85% dos casos, causado por uma isquemia que acarreta falha na circulação vascular cerebral (GUYTON & HALL, 2011; SEVERO et al, 2018).

Por outro lado, uma ruptura espontânea pode ocasionar o AVCH causando Hemorragia Intraparenquimatosa (HIP), Hemorragia Intraventricular e/ou Hemorragia Subaracnóide (HSA). Essa ruptura vascular em geral é causada pelo fator de risco que mais acomete os indivíduos, a Hipertensão. Isto pode comprimir o tecido cerebral local e comprometer as funções do cérebro. O paciente poderá apresentar manifestações clínicas distintas, dependendo da área cerebral acometida (GUYTON & HALL, 2011; SEVERO et al, 2018; BARELLA et al., 2019).

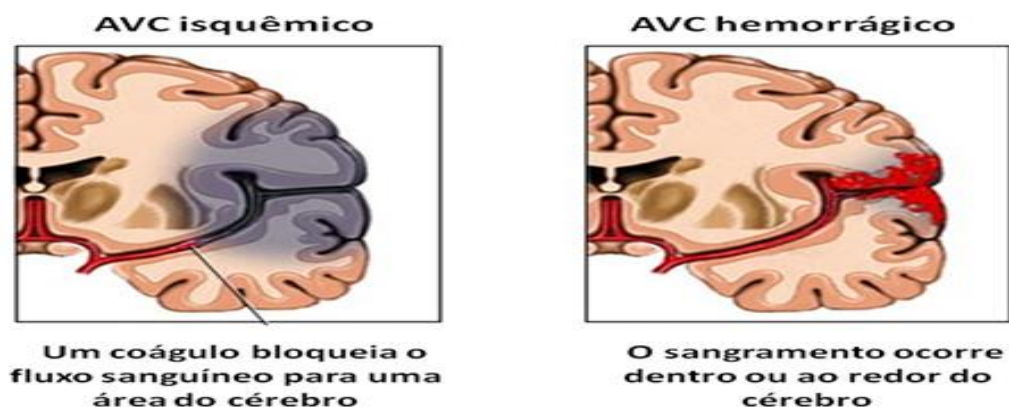


Figura 1: Tipos de AVC

Fonte: Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares

O Ataque Isquêmico Transitório (AIT), apesar de sua causa está relacionado à obstrução vascular, difere do AVCI na duração do evento, caracterizando-se por um déficit isquêmico neurológico focal com bloqueio temporário do fluxo sanguíneo cerebral. O AIT progride com reversão completa do quadro sem deixar alterações no exame de imagem (BARELLA et al., 2019).

3.2 EPIDEMIOLOGIA

Apesar de acometer qualquer indivíduo de qualquer faixa etária, a ocorrência do AVC é mais frequente em idosos sem predomínio de sexo. Isto significa dizer que, quanto mais idosos são os doentes, maior a gravidade do seu quadro clínico, justificado pelo maior número de comorbidades e multipatologias associadas a este grupo (BARELLA et al., 2019; PEREIRA et al., 2017)

O risco de AVC ao longo da vida é de um (01) em cada quatro (04) pessoas e cerca de 90% dos AVCs são associadas a um pequeno número de fatores de risco. O sedentarismo tem um risco atribuível para o AVC de 36% e a atividade física, idealmente 30 minutos por dia, 5 vezes por semana, reduz o risco de AVC (REDE BRASIL, 2020)

Os fatores de risco identificados no paciente com AVC incluem HAS (78,4%), DM (36,1%), cardiopatia (28,8%), AVC prévio (28,8%) e tabagismo (25%). Apenas em 1,4% dos casos havia o uso de anticoncepcional hormonal oral (ACO). Dentre os fatores de risco, a única comorbidade mais prevalente e a que mais se destaca é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Comprova-se que estes fatores de risco estão associados a maiores complicações da doença. O AVCI tem um melhor prognóstico em relação ao AVCH, haja vista que as causas de complicações infecciosas, alterações hemorrágicas, convulsões, edemas cerebrais e óbito tiveram associação significativa ao AVCH (BARELLA et al., 2019).

3.3 MANEJOS DE ENFERMAGEM NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR AO PACIENTE COM AVC

Para melhorar a cadeia de atendimento precoce no AVC, é importante que o profissional de saúde nos serviços de urgência e emergência tanto pré-hospitalar quanto na rede hospitalar, reconheçam os sinais do AVC e então inicie um procedimento rápido, resultando em um diagnóstico precoce e eventual tratamento precoce. O reconhecimento imediato resulta possivelmente, em um melhor prognóstico se comparado ao reconhecimento tardio das manifestações clínicas do AVC (ALSHOLM et al., 2019).

Durante a triagem, o uso de escalas de avaliação clínica e neurológica auxilia na padronização do processo de monitoramento e definição de prognóstico dos casos. A Escala de Cincinatti é muito utilizada para rápida identificação e melhor direcionamento do caso, avaliando três itens, sendo que a presença de um deles alterado indica forte suspeita de um quadro de AVC (SEVERO et al, 2018)

Conforme aponta Pereira et al., 2017 em seus estudos, a Classificação de Manchester com o uso da escala de Cincinatti possibilitam classificação mais efetiva para uma intervenção prioritária ainda na fase aguda da patologia, viabilizando um direcionamento adequado e priorizando os pacientes candidatos à terapia trombolítica. A classificação de risco possibilita ainda uma avaliação do desfecho clínico, analisando prognóstico do paciente, entendendo que maiores taxas de mortalidade e de internamento estão relacionadas aos pacientes com suspeita de ACV classificados como mais graves (vermelho/laranja).



Figura 2: Escala de Cincinatti
Fonte: Ministério da Saúde 2013

A presença de uma equipe qualificada nos atendimentos de emergência hospitalar associado a protocolos e fluxogramas de atendimento, configura grande importância no desfecho final da doença evitando dias prolongados em internamentos e complicações devido à hospitalização e/ou agravamento da doença. No momento da triagem o profissional enfermeiro é o membro da equipe responsável pela anamnese e exame físico de alta qualidade durante a pesquisa dos sinais de alarme (desvio da comissura labial, diminuição da força em braço, dificuldade na fala). Além de um acolhimento eficiente, é importante o saber teórico do enfermeiro sobre a janela terapêutica entendendo o primeiro atendimento antes de 4,5 horas após o início dos sintomas de AVC são essenciais para o tratamento do doente, pois é esta a janela temporal que permite que os principais tratamentos sejam eficazes (PEREIRA et al., 2017).

Sabendo que o atendimento até 4,5 horas são decisivas para tratamento diferenciado, alerta-se que após esta janela terapêutica há risco maior de sequelas e é necessário um atendimento humanizado para um direcionamento rápido. Portanto, logo após acolhimento e

classificação de risco deste paciente, o enfermeiro pode acionar o médico emergencial em até 10 minutos, acionar coleta de exames laboratoriais solicitados e Tomografia de crânio, coordenar sua equipe para implementarem juntos os procedimentos, inclusive monitoramento constantemente do paciente. Após resultados, acionar em até 30 minutos, o médico neurologista para confirmação de hipótese e tratamento adequado de acordo com tomografia. Dessa forma reconhece-se a importância de um médico neurologista 24 horas por dia, além de Tomografia, que é um exame primordial e com grande diferencial no diagnóstico do paciente (OLIVEIRA; ALMEIDA; ZAMBELAN, 2020).

Para terapêutica nota-se que além de trombolíticos, é indispensável adotar medidas inespecíficas de estabilização clínica do paciente. Este suporte clínico é muito importante para manutenção das funções vitais, esteja indicada a terapia trombolítica ou não. Essas medidas incluem: controle de sinais vitais (monitoramento da Pressão Arterial não invasiva, temperatura corporal e frequência cardíaca e oximetria contínua), glicemia e a manutenção de uma boa oxigenação. Além disso, deve atentar-se para a prevenção de edema cerebral a partir do fornecimento de hidratação adequada que não prejudique a evolução do paciente. Essas práticas de enfermagem revelam grande relevância na recuperação e evolução do quadro clínico do paciente, pois reduzem as complicações clínicas e os danos secundários ao edema cerebral (MOURA; CASULARI, 2015).

O profissional de enfermagem deve saber os padrões de normalidade e o que suas alterações podem acarretar ao indivíduo buscando sempre evitar complicações. A recomendação é proteger as vias aéreas, mantendo uma saturação maior ou igual a 95%, ofertando oxigênio somente quando necessário. A hipotensão, hiperglicemia e hipoglicemia podem estar associados à piora do quadro neurológico e manter a Pressão Arterial Média em 90 mmHg, glicemia entre 80 e 140mg/dl e temperatura $< 37,5^{\circ}\text{C}$, contribuem para melhora dos resultados e taxas de sobrevivência (SEVERO et al, 2018)

A abordagem inicial de pacientes com AVCI e AVCH é semelhante, devido ser utilizada o mesmo fluxograma de atendimento diferindo apenas no tratamento, pois o AVC hemorrágico requer tratamento cirúrgico. Nesse sentido são estabelecidos recomendações de tempo ideais para o tratamento do AVC em emergência conforme fluxograma a seguir (BRASIL, 2013).

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO

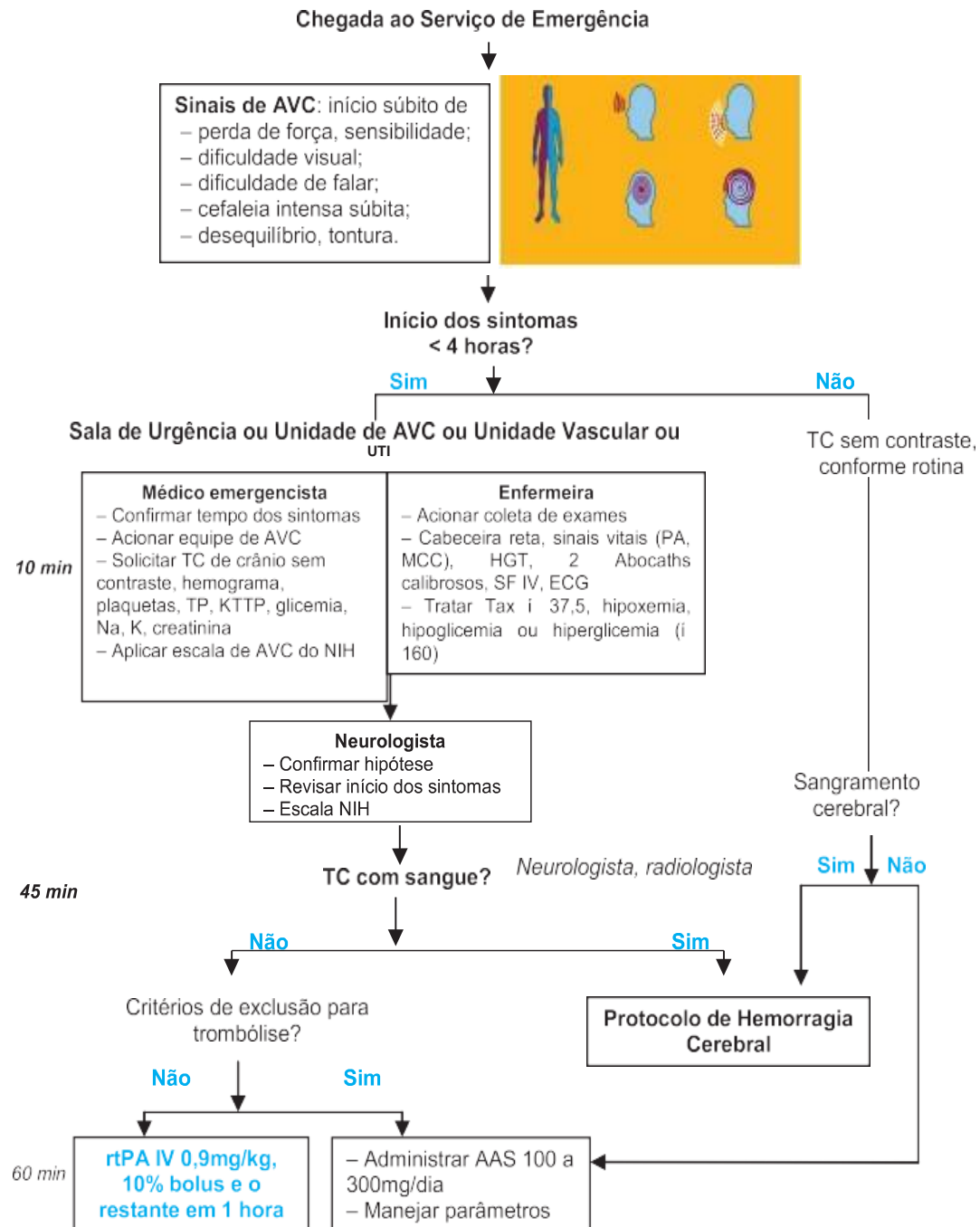


Figura 3: Fluxograma de Atendimento do AVC Agudo
Fonte: Ministério da Saúde 2013

Todos os cuidados de enfermagem devem ser minuciosos, desde triagem até a intervenção final onde este paciente receberá a terapia indicada. A avaliação do padrão neurológico é possível através da Escala de NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) e a escala de Coma de Glasgow. Estas são instrumentos bastante utilizados em urgência e emergência hospitalar para avaliação do prognóstico. Segundo estudos, o autor revela que a Escala de NIHSS do AVC evidencia bom ou mal prognóstico associado aos fatores de risco nesses indivíduos e sua utilização leva o profissional a refletir sobre a qualidade na assistência e em uma possível implantação de medidas que aumente a expectativa de vida e o prognóstico dos acometidos (SILVEIRA JÚNIOR et al., 2017).

Sabendo que a Escala NIHSS é utilizada após a estabilização do paciente para verificar o grau de sequelas, o prognóstico e a progressão da doença, são avaliados 11 aspectos das condições neurológicas do paciente sendo possível verificar: nível de consciência, movimentos extraoculares, campos visuais, a função dos músculos faciais, força nas extremidades, função sensorial, coordenação (ataxia), linguagem (afasia), fala (disartria) e hemi-desatenção (negligência). Esta é graduada de 0 a 42 sendo que escore NIHSS entre 04 e 20, indica tratamento com rt-PA. Não necessitam de tratamento, pontuações menores que 04 por tratar de sintomas leves e pontuações maiores que 28 devido maiores chances de complicações. A Escala de Coma de Glasgow avalia além de resposta ocular, verbal e motora, a reatividade das pupilas à luz, demonstrando evolução do estado neurológico do paciente (SILVEIRA JÚNIOR et al., 2017).

3.4 TRATAMENTOS DO AVC

A extensão da isquemia é um dos principais critérios de inclusão para o uso de trombolítico. Quanto mais extensas forem as áreas de lesões na TC, mais severas serão as manifestações clínicas, um péssimo prognóstico com maior incidência de transformação hemorrágica e morte, quando comparados a pacientes com TC de crânio normais (SILVEIRA JÚNIOR et al., 2017).

Uma rigorosa avaliação faz-se necessário, pois esta terapia pode levar a sérios eventos adversos incluindo complicações hemorrágicas que podem ocorrer nas primeiras 24 horas. O Manual de Rotinas para atenção ao AVC, apontam os critérios de inclusão e exclusão da aplicação do rt-PA-Ateplase. Caso ocorra complicações hemorrágicas deve suspender a infusão e realizar imediatamente TC de crânio com avaliação neurocirúrgica caso ocorra hematoma; realizar exames laboratoriais e descontinuar o rt-PA se indicado (BRASIL, 2013).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA USO DE RTPA

- AVC isquêmico em qualquer território encefálico;
- Possibilidade de se iniciar a infusão do rtPA dentro de 4,5 horas do início dos sintomas. Para isso, o horário do início dos sintomas deve ser precisamente estabelecido. Caso os sintomas forem observados ao acordar, deve-se considerar o último horário no qual o paciente foi observado normal;
- Tomografia computadorizada (TC) do crânio ou ressonância magnética (RM) sem evidência de hemorragia;
- Idade superior a 18 anos.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Uso de anticoagulantes orais com tempo de protrombina (TP) com RNI > 1,7. Uso de heparina nas últimas 48 horas com TTPA elevado;
- AVC isquêmico ou traumatismo cranioencefálico grave nos últimos 3 meses;
- História pregressa de hemorragia intracraniana ou de malformação vascular cerebral;
- TC de crânio com hipodensidade precoce > 1/3 do território da ACM;
- PA sistólica \geq 185mmHg ou PA diastólica \geq 110mmHg (em 3 ocasiões, com 10 minutos de intervalo) refratária ao tratamento anti-hipertensivo;
- Melhoria rápida e completa dos sinais e sintomas no período anterior ao início da trombólise;
- *Déficits* neurológicos leves (sem repercussão funcional significativa);
- Cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo nos últimos 14 dias;
- Punção lombar nos últimos sete (07) dias;
- Hemorragia geniturinária ou gastrointestinal nos últimos 21 dias ou história de varizes esofagianas;
- Punção arterial em local não compressível na última semana;
- Coagulopatia com TP prolongado (RNI > 1,7), TTPA elevado ou plaquetas < 100.000/mm³;

Tabela 1: Critérios de inclusão e exclusão para uso de rt-PA
 Fonte: Adaptado Ministério da Saúde 2013

4 METODOLOGIA

4.1 TIPOS DE PESQUISA E NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura, com abordagem qualitativa do tipo metanálise qualitativa. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada.

As revisões sistemáticas nos permitem incorporar um espectro maior de resultados relevantes, uma vez que estas contribuem para identificar as melhores evidências científicas. Desta forma, viabilizam de forma objetiva e explícita, um resumo de todos os estudos sobre determinada intervenção. Além disso, permitem a avaliação da consistência e generalização dos resultados entre populações ou grupos clínicos, bem como especificidades e variações de protocolos de tratamento (SAMPAIO, 2007).

A revisão sistemática define-se como uma análise de estudos selecionados com objetivos, recursos e métodos claramente explicitados e que foram direcionados de acordo com uma metodologia clara e reproduzível. Para obter um estudo sistemático com informações precisas, é necessário planejamento e pesquisa detalhada em amplas fontes de busca e a seleção dos estudos originais através de critérios igualmente aplicados (LOPES; FRACOLLI 2008).

A metanálise é uma análise sistemática estatística, utilizada para integrar resultados analisados dos artigos originais e independentes, com o intuito de produzir estimativas que resumem o todo de forma separada, relacionando vários estudos com o mesmo objetivo (DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011).

A pesquisa qualitativa se originou de estudos antropológicos e sociológicos sendo definida como uma atividade que leva o observador, no campo da saúde, à investigação de atitudes, crenças e relações sociais. Ela consiste em um contexto de práticas interpretativas, buscando compreender as vivências dos profissionais sob determinada intervenção (SOUSA; BRANCO 2013).

4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

Foi realizada a busca de dados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde

(LILACS). Também foi realizada busca na base de dados do Google Acadêmico. Essas são as bases de dados mais conceituadas no meio acadêmico e apresentam a maior fidelidade nas informações apresentadas e respaldo na área científica possuindo ainda estudos abundantes sobre a temática.

O estudo foi realizado em três etapas: planejamento, buscas de dados e análise. O planejamento ocorreu entre os meses de agosto e novembro de 2020, a busca de dados foi efetuada entre os meses de fevereiro e abril de 2021 e análise entre os meses de maio e junho de 2021.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O presente estudo, contou com uma amostra de artigos originais disponíveis na íntegra, gratuitos, nas línguas: português, inglês e espanhol, publicados nos anos de 2015 a 2020. Os artigos foram selecionados a partir da variável que se classificava pelo papel do enfermeiro na assistência ao paciente com AVC e o impacto da sua atuação na sobrevivência deste paciente. A revisão sistemática ocorreu por meio dos descritores como acidente vascular cerebral AND enfermagem AND emergência OR acolhimento, sendo as buscas delimitadas nos campos do título, resumo e assunto.

A seleção foi realizada a partir de leitura dos artigos, encontradas nas bases de dados. Foram excluídas da pesquisa, publicações que aborde o AVC na atenção primária ou no domicílio, pós-AVC, estudos sobre a assistência ao paciente com AVC que não enfatize a atuação do enfermeiro e os que discorram sobre temáticas que não são de interesse dessa pesquisa.

4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DOS DADOS

Para o presente estudo foi utilizado Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) vinculados aos operadores booleanos e uso de aspas em palavras compostas, acidente vascular cerebral AND enfermagem AND emergência OR acolhimento. De acordo com as buscas, todos os artigos tiveram seu o título e resumo analisados, sendo que os elegíveis foram analisados por completo.

Por tratar-se de uma revisão sistemática foi realizado de acordo com os critérios das diretrizes “*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols*”

(PRISMA-P), favorecendo os relatos da revisão. Sendo assim, permitiu-se o planejamento e a documentação dos métodos de revisão (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015).

O maior objetivo do método PRISMA é ajudar de forma prática os autores melhorarem o relato das revisões sistemáticas e metanálise podendo até ser utilizado como uma base para os relatos de revisões sistemáticas (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015).

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Logo após a coleta dos dados, foi realizada a leitura de forma exploratória do material para avaliar a relação dos textos encontrados com o objetivo da pesquisa, as principais informações foram compiladas. Posteriormente buscamos realizar uma análise descritiva das mesmas, buscando estabelecer uma compreensão e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado e ainda elaborar o referencial teórico, com base nos autores encontrados.

4.6 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Para essa pesquisa, os riscos envolvidos foram mínimos, visto que não foi realizada nenhuma intervenção que poderiam modificar as variáveis psicológicas ou fisiológicas e sociais do indivíduo, por se tratar de uma revisão sistemática.

Contudo, os benefícios no que encontramos dessa pesquisa, ajudarão e permitirão uma compreensão melhor acerca do assunto abordado, possibilitando um aprimoramento dos profissionais de enfermagem que tenham interesse pelo assunto.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada de acordo com a resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas realizadas unicamente com textos científicos utilizados para revisão sistemática. Sendo, este tipo de pesquisa, isenta de avaliação dos sistemas de comitês de ética em pesquisa e da comissão nacional de ética em pesquisa (GUERREIRO, 2016).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 REVISÃO SISTEMÁTICA

No processo de busca aos bancos de dados foram identificados 195 artigos na BVS, e após seleção dos artigos disponíveis, com texto completo em português, inglês e espanhol, com publicações entre 2015 a 2020 foram selecionados 31 artigos dos quais se tornaram relevantes apenas 4 artigos para o estudo. Foram encontrados mais 74 artigos ao acrescentar aos descritores utilizados mais um descritor OR acolhimento. Destes 74 foram utilizados mais 2 artigos. Ainda foram utilizados artigos pesquisados no Google Acadêmico com os mesmos descritores supracitados e que tiveram bastante relevância para o estudo, sendo encontrados 04 artigos relevantes sobre o assunto. Os resultados obtidos são visualizados no quadro 01 a seguir, na qual são identificados os autores, título do artigo, ano de publicação, tipo de estudo, objetivos e os principais resultados descritos.

Após levantamento do quantitativo das publicações, foi feita uma leitura superficial do resumo das publicações, seguindo os critérios de inclusão e exclusão, e desta forma a seleção das publicações utilizadas na amostra deste trabalho. Alguns estudos foram eliminados por algum dos motivos de critérios de inclusão e exclusão e os artigos utilizados foram selecionados de forma que fosse realizada a leitura do artigo na íntegra, confirmando assim sua real inclusão nesse estudo.

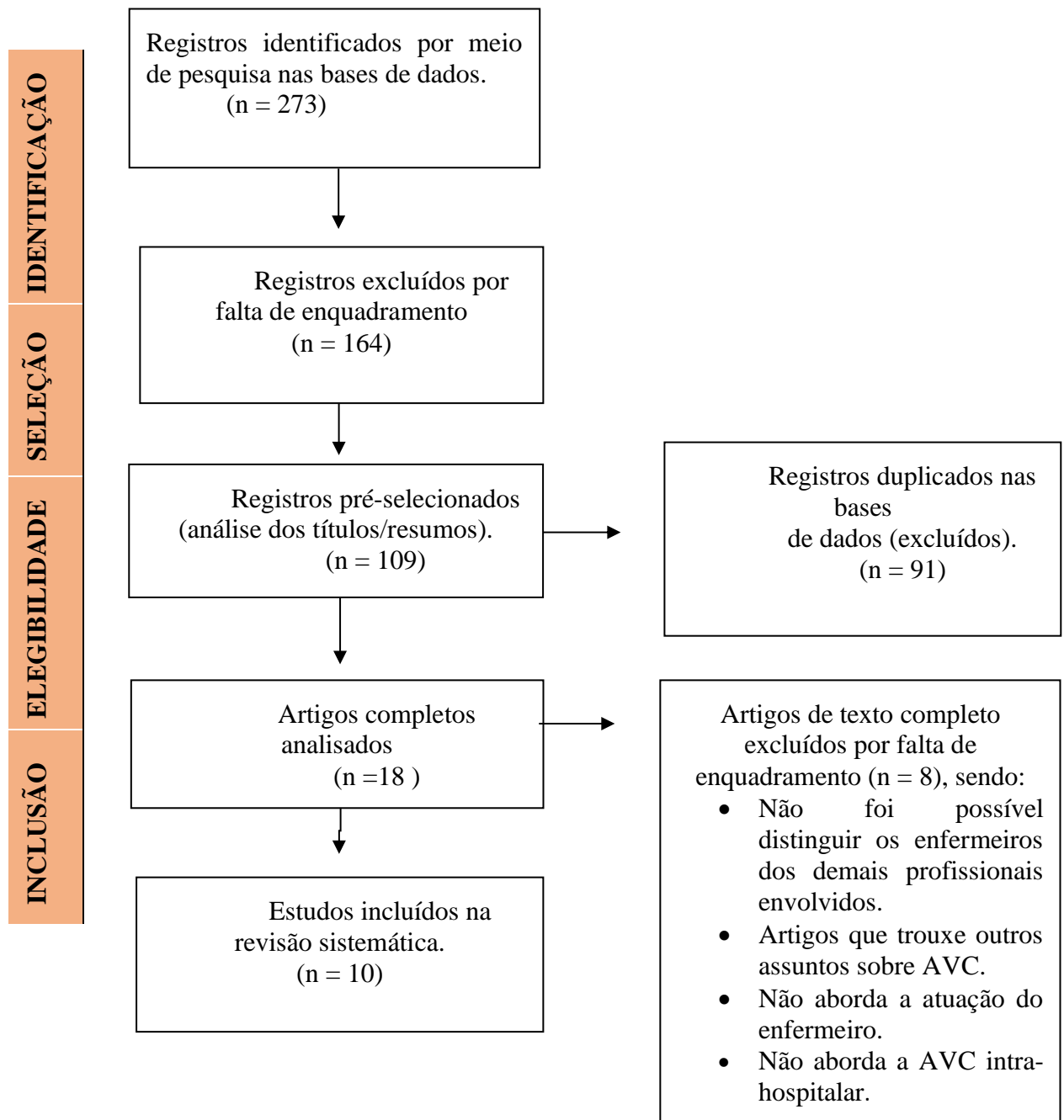


Figura 1 - Fluxograma dos artigos elegíveis. Fonte: Fluxograma elaborado conforme recomendações PRISMA-P

AUTOR/ ANO	TÍTULO DO ARTIGO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
<p>BARREIRA et al, 2019</p>	<p>Resultados da implementação do protocolo da via verde do acidente vascular cerebral num hospital português.</p>	<p>Análise quantitativa e retrospectiva de carácter observacional.</p>	<p>Analisar os resultados da implementação de um protocolo de Via Verde (VV) do AVC.</p>	<p>O protocolo de Via Verde do AVC é ativado na fase pré ou intra-hospitalar pelo enfermeiro, mediante avaliação inicial e triagem. Este protocolo garante diagnóstico rápido e nos casos elegíveis, como AVC isquêmico, é feito o tratamento de reperfusão precoce em um tempo oportuno de 60 minutos, desde a admissão até a decisão de administrar rt-PA. É um protocolo seguro, pois avalia os sinais clássicos de AVC através da escala de Cincinnati e segue os critérios do protocolo específico. No serviço de urgência, a eficácia da triagem e a rápida ativação do protocolo da VV realizadas pelo enfermeiro, influenciam o tempo porta-agulha.</p>

MOURA, 2018	Manejo de idosos com Acidente Vascular Cerebral: estratégias a partir de pesquisa-ação	Pesquisa-ação	Elaborar e implementar, através de intervenção educativa com a equipe de enfermagem da Unidade de Emergência, estratégias que contribuam no manejo de idosos com suspeita/acometidos pelo AVC.	Este estudo evidenciou dificuldades organizacionais e gerenciais encontradas no manejo do idoso com AVC. Algumas dessas dificuldades melhoraram mediante educação permanente. Dentre os problemas, podemos citar: O despreparo dos profissionais da bioimagem e da UE no manejo e priorização dos pacientes e a dificuldade em identificar pessoas acometidas pelo AVC decorrente das doenças que mimetizam este agravo. O estudo mostrou que é importante implantação de ações estratégicas para fortalecer o conhecimento na área do Envelhecimento e da Saúde do Idoso.
SANTOS et al 2019	Percepção de enfermeiros emergencistas acerca da atuação e Preparo profissional	Estudo qualitativo, descritivo.	Identificar a percepção de enfermeiros classificadores acerca do acolhimento ao idoso com doença cerebrovascular e de estratégias para qualificá-lo.	Revela-se que os profissionais não se sentem seguros para realizar o acolhimento com classificação de risco à pessoa idosa com suspeita de AVC,

				apontando para a relevância da formação acadêmico-profissional nas áreas de Urgência/Emergência e Gerontologia.
PRUDÊNCIO, CERETTA, SORATTO, 2016	Assistência de enfermagem frente ao paciente com acidente vascular encefálico no setor de emergência	Abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo.	Identificar de que forma ocorre à assistência de enfermagem frente ao paciente com AVE no setor de emergência de um hospital do Extremo Sul Catarinense.	O estudo apresentou ponto negativo referente à capacitação dos enfermeiros, pois todos os entrevistados responderam que não receberam capacitação para atender pacientes que apresentam AVE no setor de emergência, sobretudo afirmaram que o conhecimento que possuem se dá somente mediante suas práticas diárias e seus embasamentos teóricos adquiridos na graduação.
SOUTO, LIMA, SANTOS, 2019	Interção da enfermagem no paciente com acidente vascular encefálico isquêmico no setor da emergência.	Revisão integrativa	Analisar as intervenções de enfermagem no paciente com acidente vascular encefálico isquêmico no setor de emergência, com o propósito de minimizar as possíveis sequelas dessa alteração.	A enfermagem contribuiu de certa forma demonstrando a importância dos primeiros cuidados e da abordagem realizada, onde a rapidez, eficácia e conhecimento técnico

				científico são essenciais para o desempenho das ações.
SANTOS et al, 2019	Fatores intervenientes no acolhimento à pessoa com suspeita de doença Cerebrovascular	Abordagem qualitativa, descritiva e de campo.	Identificar fatores intervenientes no acolhimento à pessoa com suspeita de doença cerebrovascular.	O acesso às tecnologias e a implantação do protocolo de classificação de risco foram fatores positivamente intervenientes no acolhimento. Contudo, déficits na infraestrutura hospitalar, inexistência de equipe de apoio na porta de entrada, ausência de capacitação profissional, desinformação dos acompanhantes e fragilidades na Rede de Atenção à Saúde comprometeram o acolhimento.
BAYONA et al 2015	Acordo na avaliação da triagem entre enfermagem e neurologia em pacientes com Acidente Vascular Cerebral isquêmico em hospital universitário: estudo de corte transversal em hospital de Bogotá	Estudo clínico de corte transversal e componente analítico.	Avaliar a prioridade dada a esta condição na triagem, a concordância dos dados fornecidos pela neurologia e enfermagem e sua relação com a avaliação e tratamento. Notou-se que na triagem, a enfermagem mostrou relevante e com dados satisfatórios se comparados aos dados encontrados pelos neurologistas.	Notou-se que na triagem, a enfermagem mostrou-se relevante e com coleta de dados satisfatórios, entretanto há uma discordância, ainda que mínima, entre dados coletados por enfermeiros e residentes em neurologia, devido a falta de um código de AVC na avaliação padrão. Todos os dados relevantes, como o tempo

				de início dos sintomas devem ser registrados com data e hora, lembrando que nos casos sem a certeza deve ser usada no último momento, quando o paciente foi visto assintomático.
FERREIRA, 2020	Cuidados de enfermagem e a importância do enfermeiro no atendimento ao paciente com Acidente Vascular Encefálico	Estudo baseado no método de revisão narrativa da literatura	Descrever os principais cuidados de enfermagem no atendimento do paciente com acidente vascular encefálico nos serviços de urgência e emergência	O estudo mostra que o enfermeiro deve reconhecer o (AVEi), aplicar as escalas de avaliação neurológica e administração de trombolítico. Faz-se necessário ainda, junto à equipe de enfermagem, controle de sinais vitais, administração de oxigênio, punção de acesso venoso com início de soroterapia, controle da glicemia capilar, manter jejum, realização de exames e prevenir complicações.
BRANDÃO, FERRAZ, SAMPAIO 2020	Retardo na chegada da pessoa com acidente vascular cerebral a um serviço hospitalar de	Estudo de corte transversal	Analisar fatores que retardam o atendimento dos pacientes na fase aguda do Acidente Vascular Cerebral em um hospital público de	Evidenciou-se que a maioria dos pacientes não realizou trombólise devido a fatores de atraso como: utilização de

	referência		referência.	carro próprio, não ter um familiar presente na hora do evento, chegada ao hospital fora da janela terapêutica e procura por outros serviços anteriormente. Associado a isso, o despreparo do profissional permitindo longa permanência na emergência sem iniciar os primeiros cuidados imediatos.
SANTOS et al., 2017	Os efeitos da capacitação de enfermeiros sobre avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral	Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa.	Avaliar os efeitos da capacitação dos enfermeiros do serviço de emergência no reconhecimento dos sinais e sintomas do acidente vascular cerebral e aplicação da escala National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS).	Houve uma melhora do conhecimento sobre acidente vascular cerebral após a capacitação realizada no estudo. Foi evidenciado que a capacitação dos enfermeiros responsáveis pela triagem dos pacientes com suspeita de acidente vascular cerebral deve ser estimulada para otimizar o atendimento e o tratamento desses pacientes.

FONTE: Elaborado pelo o autor.

Após a análise dos artigos elegíveis e seguindo o método já definido, emergiram duas categorias temáticas: A qualidade do desempenho na assistência ao paciente com AVC e a necessidade dos enfermeiros manterem-se atualizados.

Portando os temas encontrados estavam bastante relacionados à pacientes com AVC e a enfermagem, trazendo uma melhoria para o objetivo desse estudo, visto que o paciente quando busca os serviços de saúde é avaliado inicialmente pelo enfermeiro da classificação de risco e triagem.

5.2 A QUALIDADE DO DESEMPENHO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM AVC

5.2.1 Perfil sócio profissional do enfermeiro emergencista.

O AVC no Brasil é definido como a principal causa de disfunção, internações e morte, ultrapassando as doenças cardíacas e o câncer. Apesar de existir diversos fatores de risco já destacados, cabe enfatizar a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), pois é o principal fator para o surgimento da doença, o controle da pressão arterial de forma adequada diminui em até sete vezes o risco de um AVC (MOURA, et al, 2018).

O enfermeiro como conhecedor dos fatores de risco relacionados às manifestações clínicas do AVC requer um perfil sócio profissional que permita o melhor desenvolvimento das suas habilidades.

Ao traçar o perfil destes profissionais, os resultados evidenciam que os enfermeiros atuantes na área hospitalar apresentam idade entre 24 e 51 anos sendo a maioria composta por mulheres com experiência no setor emergencial, exercendo múltiplas atividades, com carga horária de trabalho acima de 36 horas semanais (SANTOS, et al 2019)

Costa et al, 2020 enfatizam em seus estudos que a experiência profissional pode contribuir para a melhoria da tomada de decisão no momento da triagem e que à medida que aumenta o tempo de experiência, menor serão as dificuldades para alcançar um diagnóstico precoce para intervenções imediatas.

Caracterizam-se os participantes como enfermeiros que tinham idade entre 24 e 51 anos, sendo a maioria composta por mulheres, solteiras, autodeclaradas negras, com experiência profissional há mais de um ano, embora tenha manifestado insatisfação com o tipo de vínculo terceirizado [...] (SANTOS et al, 2019)

Dos enfermeiros entrevistados quatro (04) são do sexo feminino, e um (01) do sexo masculino, com idade entre 25 e 48 anos. O tempo de trabalho na profissão variou de 1 a 27 anos e no setor de emergência de 1 a 14 anos (PRUDÊNCIO, CERETTA, SORATTO, 2016)

O tempo de experiência profissional é um ponto importante na admissão do profissional, pois revela a aptidão e o quanto este profissional está adaptado a determinado tipo de serviço. Contudo nem sempre, o tempo de experiência está associado a uma assistência eficaz, visto que há muitos profissionais com experiência, mas observa-se ainda uma deficiência no atendimento. É importante avaliar a utilização de protocolos pelo serviço, conhecimento sobre a doença, conhecimento sobre o diagnóstico diferencial e as dificuldades encontradas no serviço.

5.2.2 Condutas assistenciais dos enfermeiros no atendimento aos pacientes com AVC em tempo oportuno;

Quando se fala em danos cerebrais produzidos pelo AVC, quando não fatais, ocasionam, diversas vezes em distúrbios funcionais significativos, como por exemplo, a hemiplegia, hemiparesia e a afasia, levando também a alterações táteis-proprioceptivas, mentais e cognitivas. As sequelas, portanto, em sua maioria podem levar à incapacidade total ou parcial do indivíduo, causando um déficit na qualidade de vida e em altos gastos financeiro devido ao nível de incapacitação (CANUTO; NOGUEIRA, 2015).

Visando um melhor prognóstico a este grupo atendido pela linha prioritária, minimizando as sequelas ocasionadas pelo AVC, percebe-se a importância de um atendimento ágil, identificando a prioridade do paciente. É indicado evitar uma permanência prolongada na emergência, sem início de tratamento indicado acima do horário estabelecido pela janela terapêutica que é de 4 horas e meia do início dos primeiros sintomas. A intervenção rápida reduz a morbimortalidade nesses pacientes.

Além do acolhimento com classificação de risco, o enfermeiro junto à sua equipe atua em procedimentos indispensáveis na estabilização do paciente.

Em relação ao tempo de permanência na urgência, verificou-se que os doentes permaneciam, em média, 8h12m no SU até ser efetuado o registro do diagnóstico de AVC e serem transferidos para outra instituição ou ficarem internados (PEREIRA et al 2017).

A persistência da isquemia cerebral por mais de 4 a 6 horas produz lesões neurológicas permanentes, por isso da importância da busca imediata de assistência hospitalar após início dos sintomas, para não extrapolar as janelas terapêuticas para tratamento trombolítico, em casos indicados. Ademais, a rápida intervenção às hemorragias cerebrais torna o prognóstico mais esperançoso (BARELLA et al, 2019).

Assim, os esforços para diminuir o tempo de janela terapêutica deverão constituir um imperativo ético das equipes de saúde aos níveis pré e intra-hospitalar. O tempo médio porta-agulha ultrapassou em 9,5 minutos as recomendações internacionais. Assim, a melhoria dos tempos assistenciais deverá constituir um objetivo da equipe (BARREIRA et al, 2019).

Portanto, o maior objetivo dos profissionais de enfermagem no processo de acolhimento é promover um fluxo e intervenções ágeis e seguras, evitando sequelas por ultrapassar o tempo porta-agulha. Cabe ao profissional de enfermagem estar atento ao tempo de ocorrência dos primeiros sintomas e quando desconhecidos, tentar reduzir o tempo de permanência destes na emergência, garantindo continuidade ao tratamento em tempo oportuno.

5.2.3 Necessidade de utilização de protocolo para uma assistência eficaz e segura

Foi evidenciado que a utilização de escalas, protocolos e fluxogramas possibilita resposta rápida. No caso da ativação da Via Verde do AVC, além da resposta rápida está também a fase de reabilitação e o seguimento do doente que sofreu um Acidente Vascular Cerebral. O protocolo de Via Verde do AVC é ativado na fase pré ou intra-hospitalar pelo enfermeiro, mediante avaliação inicial e triagem. Este protocolo garante diagnóstico rápido e nos casos elegíveis, como AVC isquêmico, é feito o tratamento de reperfusão precoce em tempo oportuno de 60 minutos, desde a admissão até a decisão de administrar rt-PA. É um protocolo seguro, pois avalia os sinais clássicos de AVC através da escala de Cincinnati e segue os critérios do protocolo específico. A abordagem multidisciplinar, na ativação deste protocolo garante a continuidade dos tratamentos precoce dos doentes com indicação para este tipo de cuidados, evitando comprometimento grave e morte por esta doença (BARREIRA et al, 2010)

É perceptível a importância e conhecimento dos protocolos do serviço com intuito de para avaliar os candidatos ao tratamento com fibrinólise, neste caso os pacientes com

diagnóstico de AVC isquêmico. Os protocolos auxiliam na elegibilidade dos pacientes ao tratamento indicado, descartando os que não se enquadram a este tratamento e promovendo encaminhamento destes aos outros procedimentos indicados, como cirurgias.

Santos et al, 2019 em seus estudos, enfatizam que o acesso as tecnologias e utilização de protocolos contribuiram como facilitadores para o atendimento de pessoas acometidas pelo AVC. O uso destes, otimiza o acolhimento organizando o fluxo e garantindo que a primeira assistência ocorra com celeridade.

Bayona et al, 2015 ratificam o que Santos et al, 2019, relatam em seus estudos quando afirmam que é necessário implantar um protocolo padrão onde o enfermeiro da triagem, e médicos possam avaliar com concordância o paciente, seguindo um fluxograma de atendimento e um melhor direcionamento do paciente a fim de atender todas as necessidades da pessoa acometida.

A Escala de Cincinnati é utilizada para ativar o protocolo de via verde do AVC, importante para diagnosticar AVC isquêmico e seu tratamento, enquanto que o uso da escala NIHSS é importante para avaliar o prognóstico desse pacientes.

Protocolos de assistência, sensibilização e educação permanente dos profissionais e elaboração de estratégias no serviço devem permitir que a assistência seja realizada em tempo oportuno (BRANDÃO, FERRAZ, SAMPAIO, 2020)

A identificação dos sinais da Escala de Cincinnati constitui a primeira fase da tomada de decisão, que continua com a avaliação dos seguintes critérios de inclusão: idade superior a 18 anos; início dos sintomas com menos de 4,5 horas; e ausência de dependência prévia (BARREIRA et al, 2019)

A gravidade dos sintomas antes e depois da fibrinólise foi quantificada mediante as pontuações obtidas na escala NIHSS antes e duas horas após o tratamento. A NIHSS é um instrumento amplamente utilizado na clínica neurológica, constituindo o padrão de ouro para avaliar e classificar a gravidade de um AVC (BARREIRA et al, 2019)

Desta maneira, a RUE deve ser estruturada conforme a Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral para permitir que a regulação em situações de emergência ocorra de forma mais efetiva, o que inclui a capacidade de respostas às necessidades das instituições de menor complexidade (BRANDÃO, FERRAZ, SAMPAIO, 2020)

Como observado, em se tratando de protocolos, vários estudos comprovam que a utilização dos mesmos faz com que a equipe tenha melhor objetivo na conduta, associado a capacitação do profissional, reconhecendo que para melhor utilização destes protocolos há necessidade de conhecimento científico.

5.2 A NECESSIDADE DOS ENFERMEIROS MANTEREM-SE ATUALIZADOS NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM AVC

Atendendo às recomendações internacionais, a assistência à pessoa acometida por AVC, faz-se necessário que toda a rede de atenção à saúde esteja articulada, garantindo todos os níveis da atenção. Neste sentido, o enfermeiro precisa estar capacitado para se inserir em qualquer ponto desta rede, prestando uma assistência de enfermagem de qualidade, principalmente na rede hospitalar (BRASIL, 2013).

Conforme apontam Mouta et al, 2018, mesmo trabalhando com o ACCR e utilizando o protocolo de Manchester, priorizando o atendimento conforme nível de gravidade, nota-se a dificuldade dos profissionais em identificar pessoas acometidas pelo AVC. As ações de educação permanente permitem que os profissionais reflitam sobre sua prática profissional, melhorando sua conduta de forma que os mesmos possam se mobilizar para a melhoria da situação identificada.

Os participantes sinalizaram ser frágil o conhecimento da equipe de enfermagem da UE com relação às peculiaridades do atendimento a pessoa idosa com AVC.

Ademais, a fragilidade no conhecimento ocasionava também, a não priorização da realização de exames de bioimagem para o prosseguimento da terapêutica (MOURA et al, 2018).

A deficiência na promoção e educação em saúde, principalmente no conhecimento sobre o atendimento aos pacientes com AVC, contribui para um atendimento menos humanizado a esses pacientes (SANTOS et al, 2019).

Exigem-se, no processo de trabalho neste setor, conhecimentos e capacitação específicos, além de celeridade, uma vez que o atendimento precisa ser realizado com base nos rigores técnico e científico, devendo ocorrer em tempo apropriado para a intervenção (SANTOS et al, 2019).

Os enfermeiros devem ser capacitados para diagnosticar qualquer manifestação do acidente vascular encefálico isquêmico, pois sendo muitas vezes responsável pela

primeira avaliação no atendimento urgência e emergência. A capacidade do conhecimento adequado muitas vezes é essencial no prognóstico do paciente (SOUTO, LIMA, SANTOS, 2019).

Com base nos estudos encontrados vimos que há uma grande necessidade de treinamento e aperfeiçoamento dos profissionais que se encontram nesses serviços, visto que a maior parte obtém informações básicas sobre a forma de conduta do paciente com AVC.

Contudo, o próprio estabelecimento de saúde, pode trabalhar com o serviço de educação permanente oferecendo os treinamentos aos profissionais. A qualificação dos mesmos, gera benefícios tanto para a instituição quanto para os profissionais que fazem parte da equipe.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acidente vascular cerebral (AVC) está sendo considerada a segunda maior causa de mortalidade em todo o mundo e a primeira causa de incapacidade neurológica. Embora venha ocorrendo muitos estudos relacionados à intervenção eficaz no âmbito hospitalar, a taxa de mortalidade ainda é alarmante. Ao prestar uma assistência ao paciente com AVC, faz-se necessário uma equipe multiprofissional, composta por especialistas e habilidades específicas para atuarem no atendimento emergencial. Todo o processo de trabalho do enfermeiro frente ao atendimento inicial pode influenciar em um bom prognóstico do paciente.

Por meio deste estudo, ficou evidente a importância dos cuidados prestados pelo enfermeiro na assistência ao paciente vítima de AVC, porque são eles quem realizam a triagem, por conhecerem a fisiopatologia da doença, por estarem cientes sobre a janela terapêutica para tratamento indicado a fim de evitar comprometimento e por liderarem uma equipe que o auxilia nas condutas necessárias.

O enfermeiro está apto a exercer um Acolhimento com Classificação de Risco de forma adequada, contudo alguns estudos mostram um atendimento ineficaz por falta de capacitação e treinamento constate ou ausência de um fluxograma e protocolos de atendimento padrão para um melhor desenvolvimento das habilidades desses profissionais no atendimento rápido e eficaz.

Portanto os estudos encontrados sobre o cuidado da enfermagem vêm mostrando que é necessário melhor conhecimento científico, fundamentando melhor as intervenções de enfermagem voltadas para o controle de resultados satisfatórios, norteando planos de cuidado baseado em evidências, possibilitando uma promoção de bem-estar e qualidade de vida ao paciente com AVC. Diante do exposto, nota-se a urgência pela capacitação profissional pelos próprios estabelecimentos de saúde mediante Educação Permanente, visando benefícios para os pacientes.

É importante ressaltar que pensando na qualidade de vida futura desses pacientes acometidos, o enfermeiro deve planejar ações que envolva a recuperação e reabilitação, utilizando o processo de enfermagem durante a consulta, buscando técnicas e métodos para um melhor cuidado, baseado em evidências científicas e nas características individuais de cada pessoa.

Neste cenário, o enfermeiro tem um papel extremamente importante na recuperação deste paciente, pois além de acompanhar e auxiliar o paciente em toda a sua recuperação no âmbito hospitalar, o enfermeiro pode orientá-lo sobre a melhor maneira de esse indivíduo

realizar suas tarefas do dia a dia perante as suas sequelas e sua nova condição de vida, orientando também ao familiar que após sua alta hospitalar estará em contato com o paciente e que também terá sua rotina modificada para realizar este cuidado.

Por fim sugere-se, que a partir da análise da pesquisa realizada, haja novas linhas de pesquisa sobre a situação de adoecimento por AVC sob o papel dos enfermeiros, bem como a implantação de protocolos quando inexistentes nas unidades de emergência. Além disso, faz-se necessário avaliar a compreensão e reflexão dos enfermeiros acerca do manejo com os pacientes acometidos e investigar problemas que dificultam a assistência como estratégia de se melhorar cada vez mais a qualidade do cuidado de enfermagem e a qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

- ALSHOLM L. et al. Interrupted transport by the emergency medical service in stroke/transitory ischemic attack: A consequence of changed treatment routines in prehospital emergency care. **Brain Behav.** 2019 May; v.9, n. 5, e01266. Epub 2019 Apr 13. Disponível em: <[DOI:10.1002 / brb3.1266](https://doi.org/10.1002/brb3.1266)> Acesso em 23 de mar. 2021
- BAPTISTA, S. C. P.D. et al . Avaliação dos indicadores de óbito e incapacidade dos pacientes atendidos em uma unidade de acidente vascular cerebral. **Texto contexto - enferm.**, v. 27, n. 2, e1930016, 2018 . Disponível em:<http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200315&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 23 de mar. 2021.
- BARELLA, R. P. 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 de uma unidade de AVC. **Arq. catarin med.** V. 48, n. 1, pág:131-143, 2019 jan-mar. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/432>> Acesso em 23 de mar. 2021
- BARREIRA, I. M. M. et al . Resultados da implementação do protocolo da via verde do acidente vascular cerebral num hospital português.**Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra , v. ser IV, n. 22, p. 117-126, set. 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832019000300012&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 23 de mar. 2021
- BAYONA, O. H. et al. Concordância na condução da triagem entre enfermagem e neurologia em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico em um hospital universitário: um estudo transversal em um hospital de Bogotá. **Revista Colombiana de Enfermagem**, v. 10, pág. 57-63, 23 out. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.18270/rce.v10i10.580>> Acesso em 23 de mar. 2021.
- BRANDÃO, P. C.; FERRAZ, M. O. A.; SAMPAIO, E. S. Retardo na chegada da pessoa com acidente vascular cerebral a um serviço hospitalar de referência. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 23, n. 271, pág: 4979-4990, dez.2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p4979-4990>> Acesso em 23 de mar. 2021.
- 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, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf> Acesso em: 17 de Novembro de 2020
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf>. Acessado em: 17 de novembro de 2020.
- CANUTO, M.A; NOGUEIRA, L.T. Acidente vascular cerebral e qualidade de vida: uma revisão integrativa. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**. Rio de Janeiro, v.7,

n.2, pág.: 2561- 2568. Abr./jun. 2015. Disponível em:
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3928/pdf_1595 Acesso em 23 de mar. 2021.

COSTA, A. C. L. et al. A. Triagem e ativação da via verde do acidente vascular cerebral: dificuldades sentidas pelos enfermeiros. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**. V. 3, n.2, pág. 96-101, 2020. Disponível em:
 <<http://hdl.handle.net/10198/22951>> Acesso em 23 de mar. 2021

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Systematic review: general notions. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1260-1266, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40833>>. Acesso em: 06/05/2021

FERREIRA, I. S. Cuidados de enfermagem e a importância do enfermeiro no atendimento ao paciente com acidente vascular encefálico. **Revista Espaço Ciência e Saúde**, Cruz Alta-RS, v.8, n. 1, p. 01-09, jul./2020 <DOI: <https://doi.org/10.33053/recs.v8i1.289>> Acesso em 23 de mar. 2021

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. DE S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 335–342, jun. 2015
 Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000200017&lng=pt&nrm=iso Acessos em 06/05/22021

GUERRIERO, I. C. Z. Resolução nº510 de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2619–2629, ago. 2016.
 Disponível em< https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000802619&script=sci_arttext&tlng=es> Acesso em 06/05/2021

GUYTON, A.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. Tradução da 12ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, Rio de Janeiro, 2011.

SOUSA, C. F.; BRANCO, M. Z. P. C. Meta-síntese: uma revisão da literatura – contributos para o conhecimento e para os cuidados de enfermagem. **Enferm. Foco**, v. 4, n. 2, pág.: 88-92. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Clementina-Sousa/publication/273763360> Acesso em 03/05/2021

MOURA M.C.; CASULARI L.A. Impacto da adoção de medidas inespecíficas no tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo em idosos: a experiência do Distrito Federal, Brasil. **Rev Panamericana de Salud Pública**. V. 38, n. 1, pág: 57-63, 2015. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n1/57-63/pt/#ModalArticles> Acesso em 23 de mar. 2021

MOURA L.V.C.et al. Management of elderly people with Stroke: strategies based on action research. **Rev Bras Enferm**. V. 71, n. 6, págs:3054-3062; 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0915>. Acesso em 23 de mar. 2021

OLIVEIRA, B. C. D.; ALMEIDA, E. A.; ZAMBELAN, M. S. O papel do enfermeiro nas três primeiras horas pós-acidente vascular encefálico. **Revista Prospectus**, v. 2, n. 1, p. 177-189, Fev/Ago, 2020. Disponível em:

<https://prospectus.fatecitapira.edu.br/index.php/pgt/issue/view/3> Acesso em 23 de mar. 2021

PEREIRA, M. S. M., et al . Relação entre o Sistema de Triagem de Manchester em doentes com AVC e o desfecho final. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra , v. serIV,n. 13, p. 93-102, jun. 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832017000200010&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 23 de mar. 2021

PRUDÊNCIO, R. S. CERETTA, L. B., SORATTO, M. T. Assistência de enfermagem frente ao paciente com acidente vascular encefálico no setor de emergência. **Enfermagem Brasil**. V. 15, n. 4, pág: 190-197. 2016. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v15i4.498> Acesso em 23 de mar. 2021

REDE NACIONAL DE ATENDIMENTO AO AVC-REDE BRASIL AVC. Disponível em: <http://www.redebrasilavc.org.br/campanha-mundial-de-avc-no-brasil/>. Acesso em 06 de novembro de 2020.

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. Fisioterapia**, São Carlos , v. 11, n. 1, p. 83-89, Fev.2007 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013> Epub 23 Mar 2007. Acesso em 23 de mar. 2021

SANTOS, A.A., et al. Fatores intervenientes no acolhimento à pessoa com suspeita de doença cerebrovascular. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 33: e28018, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v33.28018> Acesso em 23 de mar. 2021.

SANTOS J.V.S. et al. Os efeitos da capacitação de enfermeiros sobre avaliação de pacientes com AVC. **Rev enferm UFPE online**. Recife, v. 11, n. 5, págs: 1763-1768, maio, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23321>>. Acesso em 23 de mar. 2021

SANTOS, A. A. et al. Percepção de enfermeiros de urgência sobre a atuação e preparação profissional. **Revista de Enfermagem UFFPE online**, [SI], v.13, n. 5, pág. 1387-1393, maio de 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistaenfermagem/article/vew/23788732277> Acesso em: 23 de mar. 2021

SEVERO, I. M. et al. Acidente Vascular Cerebral In: SANTOS, M. N.; MEDEIROS, R. M.; SOARES, O. M. **Emergência & Cuidados Críticos para Enfermagem: conhecimentos – habilidades – atitudes**. Porto Alegre: Moriá Editora LTDA 1ª Ed. 2018. Pág.: 229-247.

SILVEIRA JÚNIOR, J.L., et al. Avaliação clínica e topográfica dos pacientes diagnosticados com acidente vascular cerebral no serviço de emergência. **Revista Brasileira de Ciências Saúde**; 21(1): 43-50,2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/23594/16434>. Acesso em 23 de mar. 2021

SOUTO, R.S.F.; LIMA, T.O.; SANTOS, W.L. Intervenção de enfermagem no paciente com acidente vascular encefálico isquêmico no setor de emergência. **Revista de Iniciação Científica e Extensão** [S. l.] V. 2, n. 4, pág.: 235-240. 2019. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/263> Acesso em 23 de mar. 2021

ANEXO A

Anexo A - Checklist metodológico para sistematização de revisão de acordo com o protocolo prisma.

Seção/tópico	N.	Item do checklist	Relatado na página nº
TÍTULO			
Título	1	Identifique o artigo como uma revisão sistemática, meta-análise, ou ambos.	
RESUMO			
Resumo estruturado	2	Apresente um resumo estruturado incluindo, se aplicável: referencial teórico; objetivos; fonte de dados; critérios de elegibilidade; participantes e intervenções; avaliação do estudo e síntese dos métodos; resultados; limitações; conclusões e implicações dos achados principais; número de registro da revisão sistemática.	
INTRODUÇÃO			
Racional	3	Descreva a justificativa da revisão no contexto do que já é conhecido.	
Objetivos	4	Apresente uma afirmação explícita sobre as questões abordadas com referência a participantes, intervenções, comparações, resultados e desenho de estudo (PICOS).	
MÉTODOS			
Protocolo e registro	5	Indique se existe um protocolo de revisão, se e onde pode ser acessado (ex. endereço eletrônico), e, se disponível, forneça informações sobre o registro da revisão, incluindo o número de registro.	
Critérios de elegibilidade	6	Especifique características do estudo (ex. PICOS, extensão do seguimento) e características dos relatos (ex. anos considerados, idioma, se é publicado) usadas como critérios de elegibilidade, apresentando justificativa.	
Fontes de informação	7	Descreva todas as fontes de informação na busca (ex. base de dados com datas de cobertura, contato com autores para identificação de estudos adicionais) e data da última busca.	
Busca	8	Apresente a estratégia completa de busca eletrônica para pelo menos uma base de dados, incluindo os limites utilizados, de forma que possa ser repetida.	
Seleção dos estudos	9	Apresente o processo de seleção dos estudos (isto é, busca, elegibilidade, os incluídos na revisão sistemática, e, se aplicável, os incluídos na meta-análise).	
Processo de coleta de dados	10	Descreva o método de extração de dados dos artigos (ex. formas para piloto, independente, em duplicata) e todos os processos para obtenção e confirmação de dados dos pesquisadores.	
Lista dos dados	11	Liste e defina todas as variáveis obtidas dos dados (ex. PICOS, fontes de financiamento) e quaisquer referências ou simplificações realizadas.	
Risco de viés em cada estudo	12	Descreva os métodos usados para avaliar o risco de viés em cada estudo (incluindo a especificação se foi feito durante o estudo ou no nível de resultados), e como esta informação foi usada na análise de dados.	
Medidas de sumarização	13	Defina as principais medidas de sumarização dos resultados (ex. risco relativo, diferença média).	
Síntese dos resultados	14	Descreva os métodos de análise dos dados e combinação de resultados dos estudos, se realizados, incluindo medidas de consistência (por exemplo, I ²) para cada meta-análise.	
Risco de viés entre estudos	15	Especifique qualquer avaliação do risco de viés que possa influenciar a evidência cumulativa (ex. viés de publicação, relato seletivo nos estudos).	
Análises adicionais	16	Descreva métodos de análise adicional (ex. análise de sensibilidade ou análise de subgrupos, metarregressão), se realizados, indicando quais foram pré-especificados.	
RESULTADOS			
Seleção de estudos	17	Apresente números dos estudos rastreados, avaliados para elegibilidade e incluídos na revisão, razões para exclusão em cada estágio, preferencialmente por meio de gráfico de fluxo.	
Características dos estudos	18	Para cada estudo, apresente características para extração dos dados (ex. tamanho do estudo, PICOS, período de acompanhamento) e apresente as citações.	
Risco de viés em cada estudo	19	Apresente dados sobre o risco de viés em cada estudo e, se disponível, alguma avaliação em resultados (ver item 12).	
Resultados de estudos individuais	20	Para todos os resultados considerados (benefícios ou riscos), apresente para cada estudo: (a) sumário simples de dados para cada grupo de intervenção e (b) efeitos estimados e intervalos de confiança, preferencialmente por meio de gráficos de floresta.	
Síntese dos resultados	21	Apresente resultados para cada meta-análise feita, incluindo intervalos de confiança e medidas de consistência.	
Risco de viés entre estudos	22	Apresente resultados da avaliação de risco de viés entre os estudos (ver item 15).	
Análises adicionais	23	Apresente resultados de análises adicionais, se realizadas (ex. análise de sensibilidade ou subgrupos, metarregressão [ver item 16]).	
DISCUSSÃO			
Sumário da evidência	24	Sumarize os resultados principais, incluindo a força de evidência para cada resultado; considere sua relevância para grupos-chave (ex. profissionais da saúde, usuários e formuladores de políticas).	
Limitações	25	Discuta limitações no nível dos estudos e dos desfechos (ex. risco de viés) e no nível da revisão (ex. obtenção incompleta de pesquisas identificadas, viés de relato).	
Conclusões	26	Apresente a interpretação geral dos resultados no contexto de outras evidências e implicações para futuras pesquisas.	
FINANCIAMENTO			
Financiamento	27	Descreva fontes de financiamento para a revisão sistemática e outros suportes (ex.: suprimento de dados), papel dos financiadores na revisão sistemática.	

ANEXO B

Anexo b- Escala de AVC do National Institute of Health Stroke Scale (NIH)

Instrução	Definição da escala
<p>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.</p>	<p>0 = Alerta; reponde 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.</p>
<p>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.</p>	<p>0 = Responde ambas as questões corretamente. 1 = Responde uma questão corretamente. 2 = Não responde nenhuma questão corretamente.</p>
<p>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.</p>	<p>0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</p>
<p>2. Melhor olhar conjugado Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 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.</p>	<p>0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.</p>

Instrução	Definição da escala
<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>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>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>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>

Instrução	Definição da escala
<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 índex-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>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>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 expressas ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificulta ou impossibilita a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente. 2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; 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>

Instrução	Definição da escala
<p>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.</p>	<p>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</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>

Escala de AVC do National Institute of Health Stroke Scale (NIH)

Fonte: Ministério da Saúde 2013