



CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DAVID ROSENDO DE SOUSA LEITE

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR A PACIENTES VÍTIMAS DE
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Juazeiro do Norte- CE
2021

DAVID ROSENDO DE SOUSA LEITE

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR A PACIENTES VÍTIMAS DE
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Shura do Prado Farias Borges

Juazeiro do Norte-CE
2021

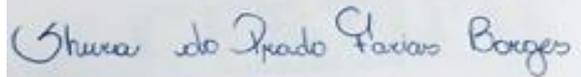
DAVID ROSENDO DE SOUSA LEITE

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR A PACIENTES VÍTIMAS DE
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à coordenação do curso de enfermagem do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito parcial para o título de Bacharel em enfermagem.

Aprovado em: 14/06/2021.

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Especialista Shura do Prado Farias Borges

Orientadora



Profa. Ms. Bruna Bandeira Oliveira Marinho

Avaliadora



Profa. Dra. Marlene Menezes de Souza Teixeira

Avaliadora

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVEI	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
AVEH	Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
AHA	American Heart Association
AIT	Ataque Isquêmico Transitório
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DM	Diabetes Mellitus
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
NIHSS	National Institute of Health
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PIC	Pressão Intracraniana
RAS	Relatório de Atendimento do Serviço de Urgência e Emergência
TC	Tomografia Computadorizada
WSO	World Stroke Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVO.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1 IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL.....	15
3.2 FISIOPATOLOGIA DO AVE.....	16
3.3 FATORES DE RISCO.....	17
3.4 SINAIS E SINTOMAS.....	17
3.5 TRATAMENTO.....	18
3.6 PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE VÍTIMA DE AVE.....	18
4 METODOLOGIA.....	20
4.1 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA.....	20
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	20
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	21
4.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	21
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	21
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	21
5 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	23
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO AVE.....	23
5.2 UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE CINCINNATI E SINAIS CLÍNICOS NO AVE.....	25
5.3 FATORES DE RISCO PARA O AVE.....	28
5.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO AVE PELO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	29
6 CONCLUSÃO.....	31
7 CRONOGRAMA.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 01: Representação dos atendimentos quanto incidência do AVE de acordo com o gênero.....	21
Gráfico 02: Representando a incidência do AVE de acordo com a idade.....	22
Gráfico 03: Representando casos suspeitos de AVE avaliado pela escala de Cincinnati.....	23
Gráfico 04: Representando os sinais clínicos que o paciente se encontra.....	24
Gráfico 04: Fatores de risco apresentados nas RAS dos pacientes.....	26

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente, por ter me proporcionado sabedoria e forças para concluir esta etapa de minha vida, gratidão a minha mãe, minha maior incentivadora, sempre me apoiou e investiu nos meus estudos e sempre torceu pelo meu sucesso pessoal e profissional. Aos meus colegas de sala, em especial os companheiros Lucas Maciel e Thiago Diego, onde tivemos a oportunidade de compartilhar experiências únicas, nos estágios, grupos de estudo e a convivência no dia a dia. Agradeço também aos professores do curso da enfermagem, são responsáveis também pela formação profissional dos alunos. Também sou grato a minha professora e orientadora Shura do Prado, sua paciência e sabedoria me orientou e ajudou a desenvolver este trabalho.

RESUMO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é resultante de uma oclusão ou rompimento de vasos sanguíneos localizados no cérebro, onde ocorrerá a interrupção da irrigação dos tecidos, por tanto, é considerado um evento de extrema gravidade ao paciente acometido por essa patologia, sendo necessário uma intervenção rápida e precisa, por uma equipe pré-hospitalar capacitada. **Objetivos:** Compreender a importância do serviço pré-hospitalar no atendimento a vítimas de AVE. Além de avaliar o perfil clínico das vítimas de AVE atendidas pelo Serviço de Urgência e Emergência, apreciar a aplicação da escala de Cincinnati usada pelo Serviço de Urgência e Emergência para detecção sugestiva de AVE, verificar os fatores de risco relacionados à AVE, elucidar as condutas de enfermagem ao manejo com paciente vítima AVE. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa e documental, a ferramenta utilizada para coleta de dados foi um formulário de análise empregado pelo Relatório de Atendimento do Serviço de Urgência e Emergência, usado as informações contidas nas fichas de atendimento do Serviço de Urgência e Emergência. De 71 relatórios disponíveis, apenas 35 foram utilizados, de acordo com os critérios de inclusão: RAS de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, quadro clínico sugestivo de AVE de acordo com a escala de Cincinnati. Foram excluídos da pesquisa, RAS que não estavam em conformidade com os critérios de inclusão, bem como, RAS com dados ilegíveis. **Resultados:** Diante dos fatos, percebe-se que, a maior incidência de casos suspeitos de AVE é do sexo feminino correspondendo a 19 relatórios, onde este resultado, evidencia a existência de fatores específicos da mulher que estão relacionados com diversas hipóteses potenciais, por exemplo, o estrogênio endógeno, a idade pode ser considerada como um dos fatores não modificável, pois é um processo fisiológico do ser humano, dentre estes, os fatores de risco com hipertensão e diabetes contribuem para esta patologia. A escala de Cincinnati é uma ferramenta aplicada principalmente no atendimento pré-hospitalar, para a detecção de AVE, se trata também de um instrumento de uso sistemático que possibilita avaliar os déficits neurológicos em AVE isquêmico. **Conclusão:** Em virtude dos fatos apresentados, o Serviço de Urgência e Emergência possui papel imperioso no que diz respeito ao atendimento aos pacientes que possuem uma suspeita potencial para AVE e que precisam dos serviços que o Serviço de Urgência e Emergência disponibiliza, com uma equipe multiprofissional treinada, capacitada para

este tipo de eventualidade e requer uma intervenção rápida no menor tempo possível, comprovando que este serviço contribui para que o mesmo receba um tratamento mais efetivo, haja vista que o tempo é critério valioso para o melhor prognóstico do mesmo.

Palavras-chave: Serviço de Urgência e Emergência; AVE; Escala de Cincinnati; assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Stroke is the result of occlusion or rupture of blood vessels located in the brain, where the interruption of tissue irrigation occurs. Therefore, it is considered an extremely serious event for the patient affected by this pathology, requiring a quick and accurate intervention by a trained pre-hospital team. Objectives: To understand the importance of the pre-hospital service in the care of stroke victims. In addition to evaluate the clinical profile of stroke victims assisted by the Urgent Care and Emergency Service, appreciate the application of the Cincinnati scale used by the Urgent Care and Emergency Service to detect suggestive of stroke, verify the risk factors related to stroke, elucidate the nursing conducts in the management of stroke victims. Methods: This is an exploratory, descriptive research, with a quantitative and documental approach, the tool used for data collection was an analysis form employed by the Urgency and Emergency Service Report, using the information contained in the attendance records of the Urgency and Emergency Service. Of 71 available reports, only 35 were used, according to the inclusion criteria: SAWs of patients aged 18 years or older, clinical picture suggestive of stroke according to the Cincinnati scale. Were excluded from the research, RAS that did not conform to the inclusion criteria, as well as, RAS with illegible data. Results: In view of the facts, it can be seen that, the highest incidence of suspected stroke cases is female corresponding to 19 reports, where this result, highlights the existence of female specific factors that are related to several potential hypotheses, for example, endogenous estrogen, age can be considered as one of the non-modifiable factors because it is a physiological process of the human being, among these, risk factors with hypertension and diabetes contribute to this pathology. The Cincinnati scale is a tool applied mainly in pre-hospital care, for the detection of stroke, it is also an instrument of systematic use that enables the assessment of neurological deficits in ischemic stroke. Conclusion: In view of the facts presented, the Urgency and Emergency Service has an imperative role regarding the care of patients who have a potential stroke suspicion and who need the services that the Urgency and Emergency Service provides, with a multidisciplinary team trained and qualified for this type of eventuality and requires a quick intervention in the shortest possible time, proving that this service contributes to the patient's receiving a more effective treatment, since time is a valuable criterion for a better prognosis.

Keywords: Emergency and Urgent Care; stroke; Cincinnati scale; nursing care.

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma doença caracterizada pelo bloqueio da circulação sanguínea nas artérias do cérebro, isso ocorre quando um vaso responsável pelo transporte de nutrientes essenciais e oxigênio é interrompido, desencadeando o processo de hipoxemia e posteriormente necrose tecidual (American Heart Association, 2020).

De acordo com os boletins epidemiológicos, e dados estatísticos apresentados, o AVE já atingiu proporções epidêmicas, 1 em cada 4 adultos com mais de 25 anos sofrerá um derrame durante a vida, 13,7 milhões de pessoas em todo o mundo sofrerão seu primeiro derrame no ano de 2020 e cinco milhões e meio chegarão a óbito por conta deste agravo, sendo considerada a maior causa de falecimentos e invalidez em todo o mundo (WSO, 2020).

Considerada a segunda causa de mortalidade no Brasil, atrás apenas dos óbitos por doenças cardíacas isquêmicas. Em 2017 foram registrados 101,1 mil óbitos, e no anterior em 2016, constata-se 102,9 mil óbitos por AVE, e no ano de 2018, 197 mil atendimentos protocolados resultantes da doença. Dentre os subtipos, o acidente vascular encefálico do tipo isquêmico, representa 85% de todos os casos confirmados, já o hemorrágico representa 15% dos casos, entretanto, este é classificado com a maior taxa de letalidade (BRASIL, 2019).

O Serviço de Urgência e Emergência 192 é o serviço móvel de urgência dotado de equipes treinadas e capacitadas para atendimento a pacientes vítimas de acidente vascular encefálico, que necessitam de uma intervenção rápida e eficaz, desta forma, evidencia-se a importância deste ofício na diminuição de ocorrências em que as vítimas desenvolvam problemas neuromotores permanentes ou venham a óbito por ausência de um socorro precoce. Para a efetivação do atendimento, a equipe utiliza o protocolo de suporte básico de vida aplicando a escala de Cincinnati, onde são observados os três critérios: Presença de assimetria facial súbita, de inanição dos MMSS e Presença de alteração da fala. Para estabelecer uma suspeita diagnóstica forte, se apenas um dos três critérios for positivo, a probabilidade de AVE é de 72%, caso os três critérios forem positivos, a probabilidade passa a ser superior a 85% (BRASIL, 2016).

O AVE do tipo isquêmico é resultante de uma oclusão geralmente ocasionada por um coágulo, por um trombo ou por placas de arteriosclerose inibindo a passagem

do sangue pelo vaso sanguíneo. Enquanto o do tipo hemorrágico, as paredes do vaso sanguíneo se rompem extravasando o sangue para a região externa do vaso. Existem alguns fatores de risco, dentre eles podemos citar os principais como: hipertensão, DM tipo dois, sobrepeso, colesterol alto, aneurisma, obesidade e tabagismo estes podem desencadear um AVE isquêmico ou hemorrágico. A representatividade deste agravo se dá pelos sinais clássicos observados pelos sintomas do doente, como, hemiparesia ou hemiplegia, confusão mental, desvio da rima labial, dificuldades na fala e alteração no equilíbrio e na visão (SARTORETTO, 2019).

A terapia trombolítica é um dos principais pilares de manejo ao paciente com AVE isquêmico, a indicação desse tratamento está relacionada com o tempo do início dos sintomas, sendo esses benefícios inversamente proporcionais a esse intervalo de tempo, a instituição da terapia trombolítica não deve ultrapassar 4,5 horas desde o início da sintomatologia, o paciente que não houver contra-indicação, deve receber imediatamente o tratamento, pois o uso dentro da janela temporal diminui a chances de incapacidade funcional (POWERS, 2020).

Os principais trombolíticos, chamados tenecteplase e alteplase, atuam como ativadores de plasminogênio transformando-os em plasmina, sendo estes capazes de degradar a fibrina o maior componente de um trombo, quando administrado por via endovenosa ao paciente nas primeiras 3 horas, demonstrou diminuição na incapacidade funcional. Entretanto, o uso destas drogas, só deve ser indicado de acordo com os critérios de uso, como $PA \leq 185 \times 110$ MMHG e nível glicêmico inicial superior a 50 dl, TC de crânio sem indicar qualquer hemorragia, idade superior a dezoito anos (TSENG et al., 2020).

Para o tratamento do AVE hemorrágico, deve envolver a estabilização dos níveis pressóricos do paciente, o mesmo deverá passar por uma avaliação neurocirúrgica, para avaliar necessidade de drenagem, uso de derivações em caso de risco hidrocefálico. (CRISTOFOLI, 2018).

Este trabalho tem por objetivo, compreender a importância do Serviço de Urgência e Emergência no atendimento a vítimas com AVE, que necessitam de uma rápida intervenção e tratamento, bem como, o uso de trombolíticos dentro da janela temporal, contribuindo para a melhora do prognóstico do paciente.

A escolha desta proposição tem motivação pessoal devido à observância do pesquisador da necessidade de se compreender a eficiência e a contribuição do serviço médico de urgência. Surgindo o seguinte questionamento: Qual a importância e a

contribuição do Serviço de Urgência e Emergência no atendimento a vítimas de acidente vascular encefálico?

Assim, o presente estudo possui grande importância uma vez que, busca investigar a contribuição do serviço móvel de urgência nos serviços de atendimento pré-hospitalar no atendimento a vítimas que precisam de um atendimento rápido e de qualidade, bem com, nas diminuições de óbitos ou agravos permanentes por ausência de socorro às vítimas.

Torna-se relevante esta pesquisa em diversas esferas. Possui relevância social, acadêmica e profissional. Acadêmica por proporcionar aos discentes, um estudo que possa potencializar e incentivar a construção de obras científica objetivado em explorar o campo da saúde na atenção pré-hospitalar. Profissional ao viabilizar uma investigação que possa vir a transformar e investir nas práticas e treinamentos ofertados aos profissionais que integram a equipe, a fim de qualificar o suporte dado pelo Serviço de Urgência e Emergência a pacientes vítimas de AVE. Além destes, tornasse de interesse social, pois é observada cada vez mais a busca deste serviço pela população, devido ao fácil acesso pela discagem 192 e o rápido atendimento, além disto, a aceitação pela sociedade, permite observar a efetivação e a importância do trabalho do Serviço de Urgência e Emergência no âmbito da atenção pré-hospitalar.

2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Compreender a importância do serviço móvel de urgência no atendimento a pacientes vítimas de AVE.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o perfil clínico das vítimas de AVE atendidas pelo Serviço de Urgência e Emergência;
- Apreçar a aplicação da escala de Cincinnati usada pelo Serviço de Urgência e Emergência para detecção sugestiva de AVE;
- Verificar os fatores de risco relacionados ao AVE;
- Elucidar as condutas de enfermagem ao manejo com paciente vítima AVE.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL

O Serviço de Urgência e Emergência é o serviço móvel de atendimento assistencial as urgências pré-hospitalares, tem por objetivo, prestar socorro o mais precoce possível às vítimas que necessitam de um suporte médico e de enfermagem. Atua no atendimento a diversos tipos de agravos a saúde, podendo ser de natureza: clínica traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica e etc. Possui equipamentos e viaturas próprias e específicas para ocorrências diversas, prestando desde um suporte básico até um suporte avançado de vida, ambicionando a estabilização do quadro clínico do paciente e o transporte seguro do mesmo. O Serviço de Urgência e Emergência é regido no Brasil através da portaria de nº 1010 de 21 de maio de 2012, onde define as diretrizes para a inserção deste serviço, bem como, sua central de regulação (BRASIL, 2012).

Baseando-se no modelo francês, sua implantação no Brasil se deu por um acordo bilateral entre a França e o Brasil, através de uma solicitação do Ministério da Saúde, no começo do ano 2000 sendo o primeiro componente da Política Nacional de Atenção às Urgências. O PNAU foi regulamentado através da portaria nº 1863/GM de 29 de setembro de 2003, com o intuito de normatizar e estruturar a rede de atenção às urgências e emergências no país, ampliando e qualificando o acesso humanizado aos usuários dos serviços públicos, garantindo a universalidade, equidade e integralidade nos diversos tipos de atendimento (TIBÃES, et al, 2017).

Para ter acesso ao Serviço de Urgência e Emergência o cliente deverá entrar em contato através do número nacional 192 de uso exclusivo pelas centrais de regulação médica de urgências do Serviço de Urgência e Emergência, onde o médico regulador responsável por receber a chamada da ocorrência, realizará um processo de triagem, servindo para determinar a prioridade e o tipo de atendimento podendo ser desde uma orientação por telefone, até o acionamento de uma unidade de suporte avançado. Desta forma é possível designar qual a ocorrência necessita de um atendimento mais ágil e prioritário, diminuindo o risco de danos à saúde da vítima, bem como, o desperdício de material e equipamentos que poderiam ser utilizados de forma proveitosa (O'DWYER,2017).

3.2 FISIOPATOLOGIA DO AVE

A fisiopatologia do acidente vascular cerebral é interpretada como um agravo crítico a saúde do indivíduo de um grau de complexidade singular, que está relacionado com diversas ocorrências como, a perda da homeostase celular, acidose, hipocalcemia, intoxicação por radicais livres (ARAÚJO, 2017).

O AVE é um processo patológico que inibe a circulação sanguínea no local afetado através de uma obstrução ou rompimento de um ou mais vasos cerebrais, suprimindo o oxigênio e nutrientes necessário para a vitalidade e funcionamento das células, este evento, contribui para o surgimento de vários sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais de função cerebral, vinculado a um conjunto de sintomas sugestivos que podem durar até vinte e quatro horas (SCHMIDT et al, 2019).

Sendo considerado o tipo mais comum de derrame, o Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEI) caracteriza-se como episódio de disfunção neurológica, resultante de uma isquemia focal cerebral podendo ser de origem trombótica, placas de aterosclerose ou por coágulos sanguíneos, e de origem embólica, quando trombos de origem cardíaca ou arteriais como as carótidas se deslocam para as artérias cerebrais ocorrendo oclusão do lúmen do vaso. O grau de lesão pode estar relacionado com a duração e a gravidade da redução do fluxo, bem como, a presença da circulação colateral (SOLDATELLI et al, 2016).

Já o Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEH), está relacionado com a ruptura da parede do vaso, ocorrendo principalmente pela elevação da pressão arterial, na maioria das vezes este evento ocorre no interior do cérebro, chamado hemorragia intracerebral, podendo ocorrer também entre o cérebro e a membrana que compõe a meninge chamada de aracnoide, para este tipo denominamos hemorragia subaracnóidea. Este extravasamento tem por consequência a elevação da pressão intracraniana dificultando ainda mais a irrigação sanguínea em outras áreas do cérebro não afetadas pela hemorragia local. Este subtipo de AVE tem menor incidência quando comparado ao isquêmico, entretanto possui uma maior taxa de mortalidade (FIGUEIREDO et al, 2020)

3.3 FATORES DE RISCOS

Existem alguns fatores que podem contribuir para o desenvolvimento dessa patologia, fatores esses considerados não modificáveis, como a idade, sexo, etnia e histórico familiar. Os indivíduos com idade a partir de 60 anos possuem maior probabilidade de desenvolver um AVE e o risco dobra a cada dez anos, isso por que, a pessoa idosa quando comparado ao jovem, possuem, uma nítida predominância de aterosclerose como causa de doenças cardiovasculares. O histórico familiar, também é uma ferramenta muito importante para o entendimento dos riscos à saúde e prevenção a doenças hereditárias, devido seu vínculo com fatores genéticos. A literatura evidencia que histórico familiar, aliado a classificação dos níveis pressóricos, está associado mais exponencialmente com maior índice de AVE, especialmente em famílias de raça negra e mulatos (LIMA, 2016).

Outros fatores considerados modificáveis, como, hipertensão, diabetes mellitus, tabagismo, etilismo, doenças cardíacas. A hipertensão associada a idade, multiplica o risco acidente vascular encefálico em até quatro vezes, bem como, as chances de algum grau de sequelas cognitivas. A diabetes em relação ao AVEI de causa aterotrombótica, acomete mais as mulheres do que os homens. As doenças cardiovasculares compõem a segunda causa de doenças cerebrovasculares e são diagnosticados em um terço dos pacientes com AVE (ROLINDO, et al, 2016).

3.4 SINAIS E SINTOMAS DO AVE

Os principais sintomas de um possível AVE são:

- Hemiplegia ou hemiparesia;
- Desvio da rima labial;
- Alteração da consciência;
- Distúrbio na fala;
- Alteração visual;
- Crise convulsiva;
- Dificuldade de deambular e perda da coordenação motora.

O Serviço de Urgência e Emergência, ao abordar o paciente, terá como objetivo identificar estes sinais e sintomas, aplicando a escala de Cincinnati, esta escala foi criada para uso pré-hospitalar, com o intuito de auxiliar o reconhecimento rápido e o tratamento dos pacientes com AVE, estabilizar o mesmo, e transporta-lo para a unidade de referência para os cuidados intra-hospitalar (MARQUES, et al, 2019).

3.5 TRATAMENTO DO AVEI

O tratamento para AVEI padrão, é o uso de ativador plasminogênio tecidual (rt-pA), endovenoso, dissolve o trombo responsável pela interrupção do fluxo sanguíneo, entre tanto, para a consolidação deste tratamento, existem alguns critérios de uso que devem ser levados em consideração, como, idade superior a 18 anos, ausência de hemorragia após TC de crânio, surgimento dos sinais e sintomas dentro da janela cronológica de 4,5 horas, após esse tempo o uso da droga não é indicado. O tratamento deve ser iniciado o mais precoce possível, pois o tempo para o início do tratamento está relacionado com os resultados esperados.

Para pacientes com AVEI com oclusão da artéria interna ou artéria cerebral média proximal, devem ser tratados com a trombectomia mecânica, um procedimento endovascular por cateterismo, desde que possua idade superior a 18 anos, início dos sintomas <6 horas, pontuação ≥ 6 na Escala de AVE do NIH, tomografia de crânio com pontuação ≥ 6 na Escala ASPECTS e pontuação 0-1 na Escala de Rankin modificada (mRS) antes do AVE atual (mRS pré-AVE) (MARTINS, 2012).

Após o exame de imagem e confirmação de AVEH, o paciente com hemorragia intraparenquimatosa deverá ser encaminhado imediatamente para a unidade de terapia intensiva neurológica devido à gravidade e instabilidade da situação, aumento da PIC, emergências hipertensivas, e necessidade de suporte ventilatório. É indicada a diminuição da pressão arterial sistêmica caso a sistólica até 180mmhg, monitoramento da PIC, a fim de mantê-la maior que 70mmgh (MANTESE et al, 2018)

3.6 PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE VÍTIMA DE AVE

A enfermagem possui atuação fundamental no processo do cuidado ao paciente com AVE, o profissional enfermeiro presta assistência em diversos contextos clínicos, sendo de origem primária, secundária e terciária. O AVE quando não mata, pode deixar sequelas leves e passageiras ou graves e impactantes e levar o paciente a dependência por invalidez e falta de capacidade de realizar atividades só. A reabilitação do paciente representa um dos princípios da assistência de enfermagem, suas ações estão voltadas para favorecer uma melhor recuperação do paciente, bem como, a adequação das limitações do indivíduo impostas pela deficiência como, consequência física, motora e psíquica geradas pelo adoecimento. Proporcionar a independência dos indivíduos acometidos por alguma limitação possibilita que o mesmo possua uma qualidade de vida satisfatória e possa realizar suas atividades individuais sem dependência dos familiares (CAVALCANTE, et al, 2018).

Na atenção pré-hospitalar o profissional enfermeiro, possui papel imprescindível na detecção rápida dos sinais e sintomas da doença, para isso é necessário que seja feito uma

avaliação física do acometido, como a verificação de sinais vitais (aferição de pressão arterial sistêmica, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, saturação de oxigênio) e realizado uma consulta neurológica, podendo ser aplicada as escalas de avaliação de AVE, neste momento, o enfermeiro avaliará, a simetria do sorriso, para verificar possível desvio de rima labial, força muscular para detecção de hemiplegia ou hemiparesia e solicitar que o paciente fale uma frase, para detectar distúrbio na fala. (SILVA, 2019)

4 METODOLOGIA

4.1 NATUREZA E TIPO DE PESQUISA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa e documental possibilitou um levantamento dos dados coletados em tempo favorável sobre pacientes acometidos por AVE e registrados na ficha de notificação.

O estudo exploratório trata-se de uma pesquisa experimental, resulta na elaboração de uma problemática quem tem por finalidade, desenvolver hipótese, tornar o pesquisador familiarizado com o ambiente estudado, para uma futura pesquisa mais precisa mudar e apurar conceitos. Para descobrir os efeitos latentes desse modelo de pesquisa, utiliza-se o modelo descritivo, uma variável independente, que tem por objetivo descrever integralmente determinada situação, podendo ser encontradas tanto na forma qualitativa ou quantitativa (MARCONI; LAKATOS, 2017).

A abordagem quantitativa trata-se de uma exploração a uma pesquisa de campo, cuja finalidade está voltada para a coleta de dados sistemática de um determinado grupo populacional, objetivando delimitar as características procuradas de um fenômeno ou fato específico. Além destes, esta pesquisa possui caráter documental, pois as buscas e coletas de dados são de origem primária, tendo sido realizadas no momento em que o fato ocorreu (MARCONI; LAKATOS, 2017).

A pesquisa documental possui fontes diversificadas e dispersas que não receberam um tratamento analítico ainda, ou, que podem ser reelaborados de acordo com os objetos de pesquisa (GIL, 2017).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Urgência e Emergência no município de Crato, localizado na Região Metropolitana do Cariri, no sul do Estado do Ceará, o município do Crato possui uma área territorial de 1.138,150km², com uma população determinada pelo último censo de 121.428 pessoas (IBGE, 2017).

Foi dada a escolha do local da pesquisa devido sua relevância que o Serviço de Urgência e Emergência possui como o primeiro serviço de emergência utilizado pela população, bem como, pelo fato do serviço dispor de informações necessárias para este estudo. Os dados foram coletados no turno vespertino, de segunda a sexta-feira, no mês de dezembro de 2020.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra é constituída pelos Relatórios de Atendimento do Serviço de Urgência e Emergência (RAS), onde os dados coletados foram de acordo com os critérios de inclusão: RAS de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, quadro clínico sugestivo de AVE de acordo com a escala de cincinatti. Foram excluídos da pesquisa, RAS que não estavam em conformidade com os critérios de inclusão, bem como, RAS com dados ilegíveis.

4.4 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

A ferramenta utilizada para coleta de dados foi um formulário de análise empregado pelo Relatório de Atendimento do Serviço de Urgência e Emergência usando as informações contidas nas fichas de atendimento do Serviço de Urgência e Emergência (APENDICE D).

O pesquisador utilizou a pesquisa documental, realizando análise dos dados preenchidos nos relatórios de atendimento do Serviço de Urgência e Emergência, referente ao ano de 2020, escolhida através da observação sistemática.

A observação sistemática, também conhecida como observação estruturada ou controlada, é um subtipo de análise direta intensiva, que utiliza instrumentos como, anotações, escalas e quadros para coleta de dados. De forma controlada e alinhada para atender os propósitos predispostos, neste modelo de inspeção, o observador sabe o que procura e sabe da relevância de cada situação, deve ser direto e objetivo, capaz de reconhecer erros que possam vir a ocorrer, e incapaz de interferir no resultado final apresentado pelos dados da pesquisa (MARCONI, LAKATOS, 2017).

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram analisados com base no preenchimento do relatorios disponibilizados. Sendo aplicados os critérios de inclusão e exclusão, as informações foram extraídas e desta forma, respondido os formularios de forma individual possibilitando um levantamento quantitativo das informações necessarias para o resultado do trabalho. sendo dispostas em tabelas e gráficos as principais variáveis pertinentes no documento averiguado.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Sendo de caráter documental, retrospectiva e analítica, tendo como utilização das RAS, o estudo pode está exposto aos riscos de confiabilidade dos dados, podendo ser perdidos durante seu armazenamento, no entanto, sendo garantido o anonimato das informações de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012 despondo sobre o Termo de dispensa (TCLE). (BRASIL, 2012).

Mediante os fundamentos expostos pela resolução em questão, respeitou-se seus

preceitos éticos e legais.

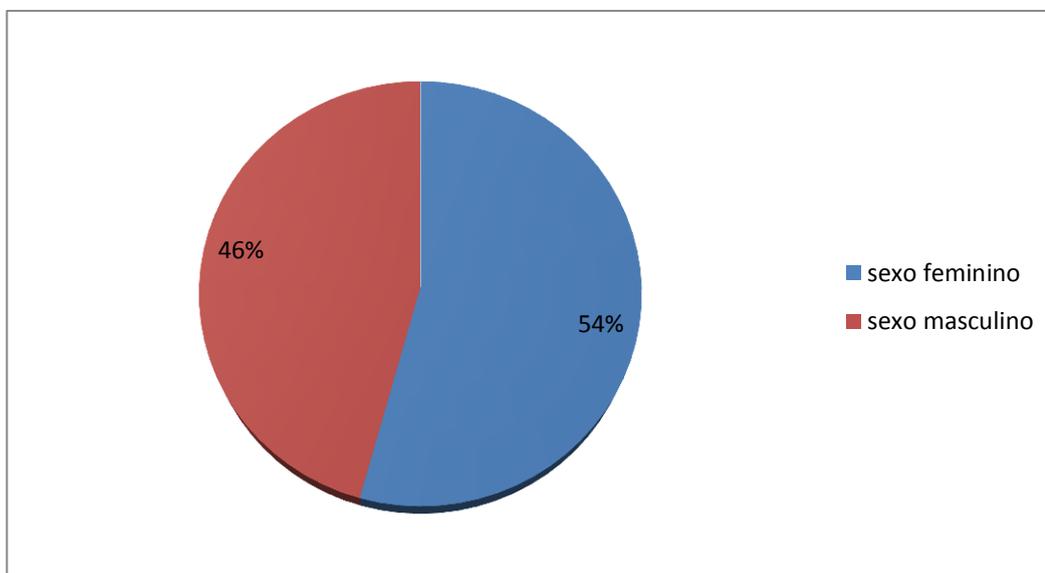
O referido estudo foi enviado para averiguação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio para examinação aguardando parecer.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram acessados 71 protocolos de atendimento do Serviço de Urgência e Emergência do ano de 2020, com os dados obtidos nas fichas de atendimento, possibilitou responder 35 questionários. Excluíram-se 36 fichas por apresentarem preenchimento incorreto dos dados, letras ilegíveis e ausência de informações imprescindíveis para a análise, justificando a necessidade de uma maior atenção dos profissionais durante o atendimento e o preenchimento dos mesmos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO AVE

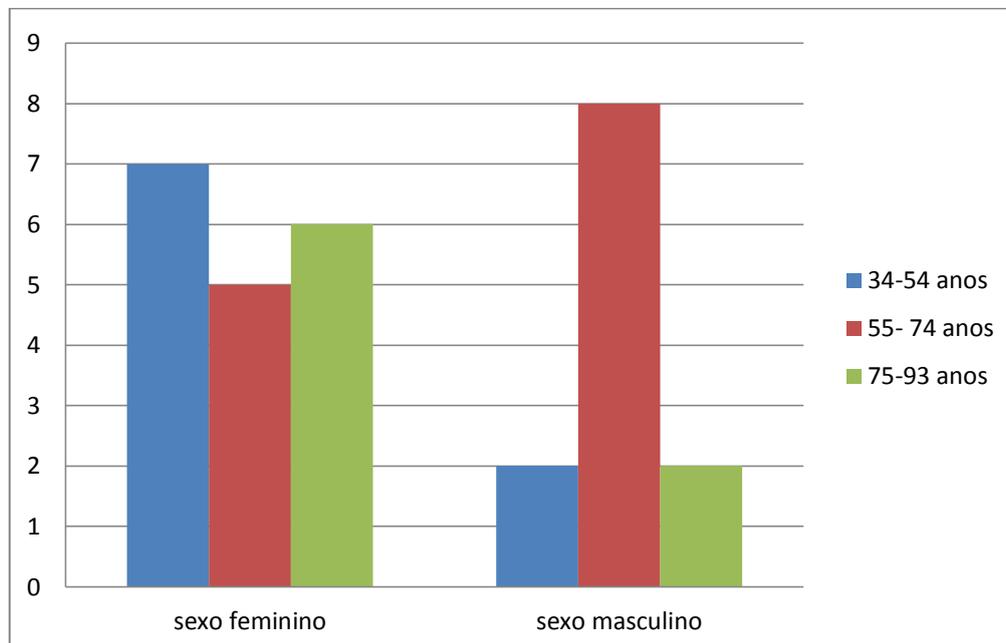
Gráfico 01: Representação dos atendimentos quanto incidência do AVE de acordo com gênero.



Fonte: Pesquisa direta, 2020.

Foi evidenciado que das 35 fichas, 19 (54%) eram pacientes do sexo feminino com idade entre 34 e 93 anos, com incidência maior na faixa de 34 a 54 anos e 16 (46%) do sexo masculino, na faixa etária de 54 e 86 anos, com acometimento predominante, entre 55 a 74 anos de idade. ambos os gêneros apresentaram sinais e sintomas relevantes durante a abordagem dos profissionais do Serviço de Urgência e Emergência como: dificuldade para andar, tontura ou incoordenação motora, de início subitô somando ao total de 28 registros, enquanto que, para, confusão, dificuldade para falar ou entender, de início súbito, identificou-se 26 registros, para hemiparesia ou hemiparestesia subita, o total de 4 registros, no tempo em que, dificuldade subita para enxergar com um ou ambos os olhos e para cefaleia intensa e subita, sem causa aparente 7 registros.

Gráfico 02: Representando a incidência do AVE por acordo com a idade



Fonte: Pesquisa direta, 2020.

Diante dos fatos, conclui-se que, a maior incidência de casos suspeitos de AVE é do sexo feminino onde apresentaram idade superior a 34 anos, justificável, pelo fato da mulher possuir algumas especificidades que contribuem para o surgimento deste agravo, como a gravidez, tratamento hormonais, uso de contraceptivos, que podem contribuir para o desenvolvimento de trombos na corrente sanguínea e conseqüentemente desencadear um processo isquêmico por oclusão do vaso sanguíneo.

De acordo com Leppert (2020), a maior incidência de AVE em mulheres, pode está relacionado com existência de diversas hipóteses potenciais, por exemplo, o estrogênios endógenos, são hormônios produzidos no próprio corpo humano, responsáveis pelo controle de processos fisiológicos, como puberdade, gravidez, ciclos menstruais, além destes, possui função imprescindível no que diz respeito a prevenção de doenças cardiovasculares, como no entanto, possui efeito oposto em relação ao acidente vascular encefálico do tipo isquêmico. Por tanto pode haver fatores de risco não cardiovasculares que são únicos como, gravidez, contracepção oral, e outros mais prevalentes como enxaqueca e doenças autoimunes que contribuem para o acometimento desta patologia.

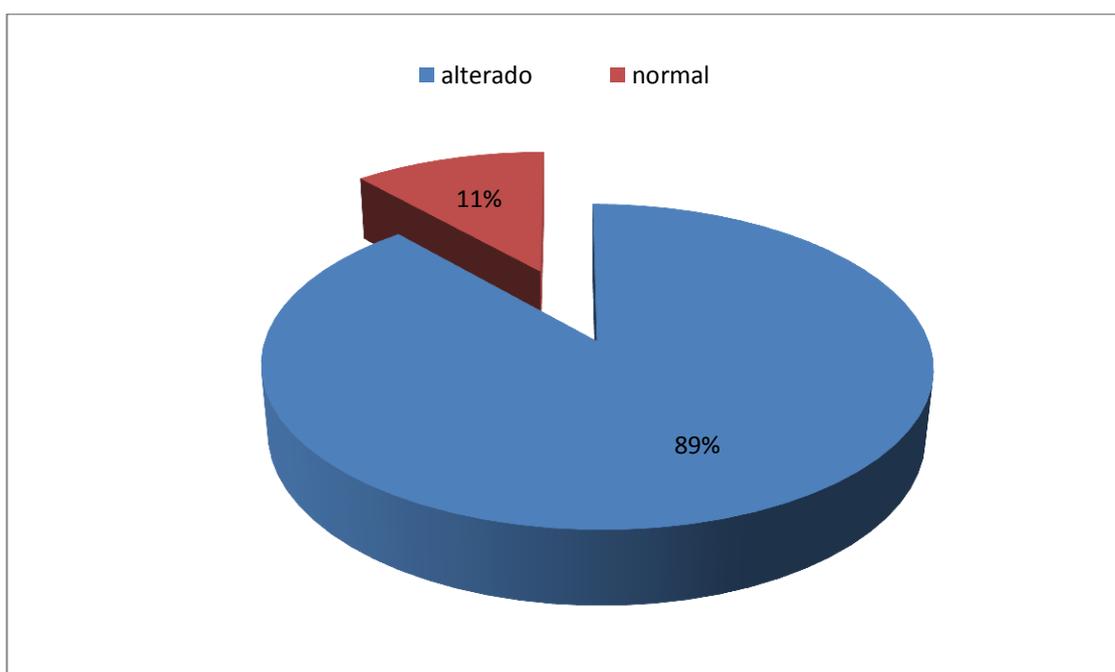
Evidencia-se que, nos últimos anos, as mulheres tiveram um avanço positivo no que diz respeito ao grau de escolaridade, adquiriram maior espaço no mercado e trabalho, número de famílias chefiadas por mulheres também elevaram. Todos estes fatores contribuem para uma jornada de trabalho intensa e rotinas exaustivas, afetando diretamente seu tempo para

cuidar da saúde e do bem estar. Sendo assim, este aumento vem sendo causado pela falta de prevenção por parte delas, após 40 anos de idade as mulheres devem periodicamente, se consultar com especialista. (BRASIL, 2019)

A idade pode ser considerada como um dos fatores não modificável, pois é um processo fisiológico do ser humano, também é um fator isolado, pois as alterações cardiovasculares e metabólicas estão relacionadas a ela. Foi observado em um estudo prévio que o índice de casos de AVE vem aumentando exponencialmente em um público jovem com idade entre 17 e 55 anos, isto por que, a prevalência de fatores de risco como hipertensão, hipercolesterolemia, DM e obesidade então aumentando dentro desta faixa etária (PEREIRA, 2019).

5.2 UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE CINCINNATI E SINAIS CLÍNICOS NO AVE

Gráfico 03: Representando casos suspeitos de AVE onde foi utilizando a escala de Cincinnati.



Fonte: Pesquisa direta, 2020.

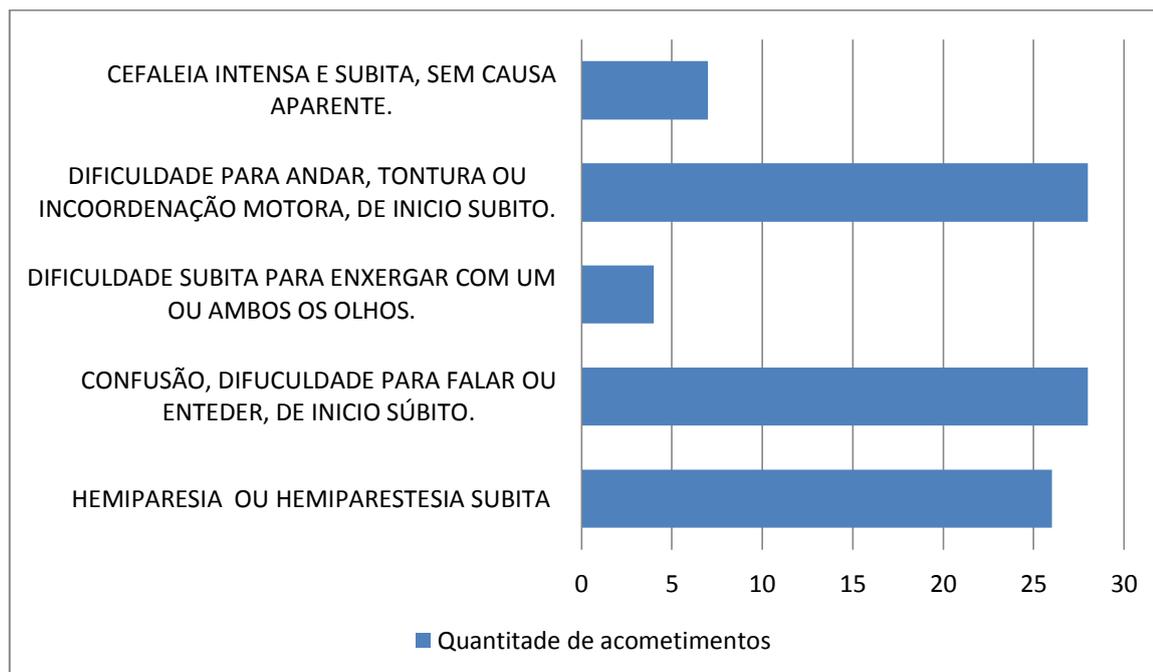
Informações importantes quando se refere à eficácia da aplicação da escala de Cincinnati, foi observado que da totalidade de fichas apreciadas, 31 delas apresentam teste positivo para possibilidade de um AVE, enquanto apenas 4 não tiveram alteração, entretanto, foi visto que, ao observar o preenchimento da mesma, não foi levado em consideração o tipo de alteração fisiológica (desvio de rima labial, alteração na fala, queda debilidade de membros superiores do paciente, apenas registrado de forma geral se houve ou não alteração na escala. É notório a importância desta escala na detecção precoce para um tratamento mais ágil e melhora do prognóstico, pacientes que são acometidos por um AVE, tendem a apresentar sinais clínicos potenciais que podem facilitar o diagnóstico pelo profissional, pois determinadas áreas do cérebro, perdem a oxigenação e irrigação adequada para um bom

funcionamento, a medida que esta oclusão interrompe a passagem sanguínea para os tecidos cerebrais, o indivíduo irá apresentar déficits neurológicos característicos da própria patologia, como, desvio da rima labial, debilidade nos braços e dificuldade para falar.

A escala de Cincinnati é uma ferramenta aplicada principalmente no atendimento pré-hospitalar, para a detecção de AVE, ela é uma versão simplificada da escala NIHSS (National Institute of Health), se trata também de um instrumento de uso sistemático que possibilita avaliar os déficits neurológicos em AVE isquêmico. Aplicado pelo enfermeiro onde avalia três critérios: linguagem, simetria facial e queda de braços, é por meio dela que se adquire resultados aceitáveis e positivos que identifiquem o surgimento do AVE, é a escala mais utilizada atualmente por ser fácil e rápida de se aplicar, além de apresentar critérios de alta segurança e confiabilidade, apresentando uma sensibilidade de 85% a 95% (SANTOS, 2019).

Embora não seja uma ferramenta de grande especificidade, a escala de Cincinnati é considerada um dispositivo de triagem de grande relevância para diagnóstico rápido do AVE em pacientes com sinais clínicos neurológicos agudos. Devido ao seu prognóstico rápido, o Ministério da Saúde (MS) estabelece de acordo com a consulta publicada nº 39, 28 de outubro de 2010, onde torna possível o uso desta escala por ter uma boa precisão e torna possível em tempo hábil ao serviço de saúde especializado. O uso de escalas de avaliação neurológica adaptadas a profissionais do atendimento pré-hospitalar é útil por facilitar a detecção do episódio agudo e diminuir os erros de diagnóstico (LOPES 2020).

Nota-se diante dos dados observados que, os sinais clínicos representados na tabela acima, são de extrema relevância para a detecção sugestiva de AVE, e para a aplicação da escala de Cincinnati, sendo considerado os sintomas clássicos, onde orientarão o profissional assistente a levantar suspeitas para um possível AVE.

Gráfico 04: Representando os sinais clínicos que o paciente se encontra.

Fonte: Pesquisa direta, 2020

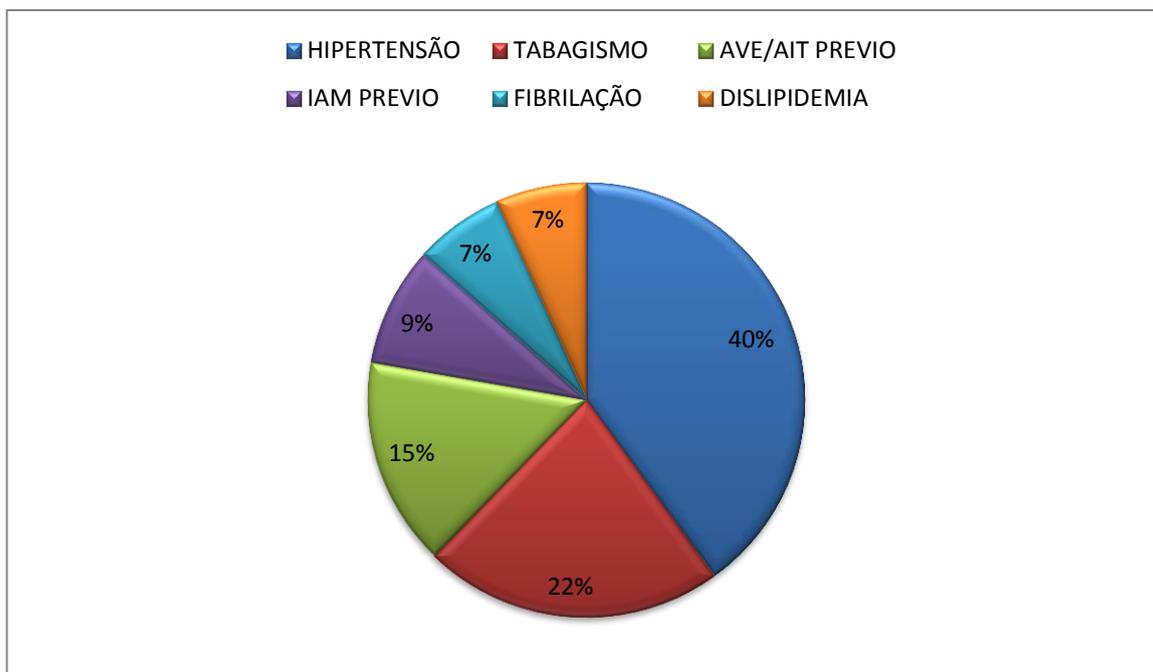
Diante os dados acima representados, verifica-se que os sinais clínicos possuem grande relevância para a detecção sugestiva de AVE, e para a aplicação da escala de Cincinnati, sendo considerados os sintomas clássicos, onde nortearão o profissional assistente a levantar suspeitas para um possível AVE.

Os efeitos do AVE no organismo, proporcionam ao profissional, a visualização de sinais e sintomas clínicos focais ou globais como, hemiparesia, dificuldade na fala e incoordenação motora, são comuns de serem manifestados neste tipo de patologia e podem chegar a um tempo de 24 horas ou mais de duração, desta forma, permite que o que o paciente seja assistido e tratado corretamente o mais rápido possível. (BARELLA, 2019)

A importância do reconhecimento destes sintomas é essencial não só para a equipe de profissionais que prestam o atendimento, mas também, o reconhecimento por parte dos familiares ou próximos é imperial para o prognóstico do doente, porém, apenas 50% comunicam ao serviço móvel de emergência, pois a principal causa de atraso no atendimento a vítimas com risco de AVE é justamente o conhecimento da população acerca dos sinais e sintomas, do reconhecimento de sua gravidade e também a não aceitação da doença. (FARIA, 2016)

5.3 FATORES DE RISCO PARA AVE

Gráfico 05: Fatores de risco apresentados nas RAS dos pacientes.



Fonte: Pesquisa direta, 2020.

É perceptível nesta pesquisa que, 24 pacientes avaliados, apresentaram um ou mais fatores de risco para o AVE, sendo 18 (40%) registros para hipertensão, 10 (22%) para tabagismo, 7 (15%) para AVE ou ataque isquêmico transitório prévio, 4 (9%) para infarto agudo do miocárdio prévio, 3 (7%) para dislipidemia e 3 (7%) para fibrilação, vale salientar que, quanto mais fatores de risco o paciente apresentar, maior será a probabilidade de desenvolver um AVE, diante dos resultados, é visto que a hipertensão é um fator destaque para o acometimento do AVE, isto por que, a elevação contínua da pressão arterial fará com que os vasos do tecido cerebral não se dilatam de forma fisiológica, sendo propício para uma oclusão por placa de arteriosclerose, ou por rompimento do vaso, pois, picos hipertensivos intensos fragilizam as paredes do vaso sanguíneo ocasionando um AVEEH.

Este estudo corrobora com os dados apresentados por Medeiros (2017), em sua pesquisa a HAS apresenta uma elevada incidência, bem como, um fator potencial para causar um AVE, embora existam muitos outros fatores importantes, este trata-se de um dos principais fatores de risco modificáveis para AVE e um dos mais importantes problemas de saúde pública, o que resulta em uma maior disposição ao surgimento de doenças cerebrovasculares, sendo essa alta prevalência podendo ser justificada já que a idade elevada é fator primordial para desenvolver hipertensão.

A HAS é uma doença de elevada dominância no Brasil e no mundo, tendo como maior público os idosos, entre os quais a taxa de hipertensos pode chegar a 59,02%. Para os idosos, a estabilização dos níveis pressóricos, além de diminuir de forma significativa os riscos de desenvolver um AVE, também reduz a incidência de demência. Outro fator relacionado a

HAS em se tratar de um potencial fator desencadeante de um AVE, seria o baixo grau de instrução dos indivíduos, associado à ausência de adesão ao tratamento, bem como, o crescimento populacional, o envelhecimento e estilo de vida não apropriado, como alimentação não saudável, ausência de atividade física, excesso de consumo de álcool (FRANCO, 2016).

5.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO AVE PELO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Tabela 01: Representação das condutas de enfermagem durante o atendimento do Serviço de Urgência e Emergência.

CONDUTAS DE ENFERMAGEM DURANTE O ATENDIMENTO	NÚMERO TOTAL DE PACIENTES QUE RECEBERAM ESTES CUIDADOS
OXIMETRIA	23
ACESSO VENOSO	26
CONTROLE DE TEMPERATURA	9
OXIGENOTERAPIA PARA SAT. ≤ 95%	6
SF 0,9%	21
VENTILAÇÃO COM BOLSA VALVULA MÁSCARA	1
INTUBAÇÃO	0
CABECEIRA RETA	17
NÃO REDUZIR A PA	11
MONITORIZAÇÃO CARDÍACA	11

Fonte: Pesquisa direta, 2020.

O manejo de enfermagem no atendimento pré-hospitalar, é indispensável tanto para melhora do quadro clínico do enfermo, como também, para facilitar o atendimento secundário dentro de uma unidade hospitalar, foi identificado que 31 pacientes receberam cuidados de enfermagem, dentre estes, acesso venoso periférico, oximetria de pulso e instalação de soro fisiológico a 0,9%, revela-se também que, 28 pacientes apresentaram níveis pressóricos elevados durante a ocorrência, 29 hiperglicemia, 6 tiveram taquicardia e 5 taquipnéia, sendo que apenas 1 apontou quadro de bradicardia. Isso mostra que, a antecipação de alguns procedimentos que até então são necessários em uma unidade hospitalar para a garantia do tratamento, podem ser adiantados em um atendimento pré-hospitalar, e realizado intervenções necessárias para a estabilização do cliente, garantido uma assistência segura e rápida, tudo para priorizar um serviço ágil e competente.

Na assistência pré-hospitalar, o profissional enfermeiro deverá realizar procedimentos clínicos de sua competência que garantam os cuidados necessários e continuidade dos serviços de saúde, tais como, verificar sinais vitais, avaliar níveis pressóricos e intervir com instalação de soro fisiológico a 0,9% em caso de hipotensão, e reduzir pressão arterial, se valores expressivos estiverem elevados, manter cabeceira reta para facilitar a circulação sanguínea e oxigenação do cérebro, exceto, caso paciente apresente episódios de vômito, acesso venoso periférico em membro superior, oxigenioterapia em caso de hipossaturação, checar glicemia capilar, pois hipoglicemia pode causar sinais idênticos ao AVE, aplicar a escala de Cincinnati. É de suma importância registrar o horário do início dos sintomas, pelo paciente caso se apresente consciente e orientado, ou por responsável (SILVA, 2019).

A assistência de enfermagem frente a um atendimento onde o paciente possua uma grande probabilidade de AVE é de extrema necessidade. Pois este profissional detém da competência técnica e científica, para prestá-la os serviços cabíveis que irão dar continuidade aos cuidados em âmbito hospitalar, o que não poderia ser feito no extra-hospitalar, todavia, é notório que a antecipação de procedimentos como, oximetria, acesso venoso, cabeceira reta, soroterapia, dentre outros, irão diminuir o tempo perdido e evitar que estes cuidados tornem-se barreiras de atraso do tratamento dentro da unidade hospitalar, ganhando tempo e consequentemente melhorando o prognóstico do cliente (MARQUES, 2017).

6 CONCLUSÃO

Em virtude dos fatos apresentados, o Serviço de Urgência e Emergência possui papel imperioso no que diz respeito ao atendimento a pacientes que possuem uma suspeita potencial para AVE e que precisam dos serviços que o Serviço de Urgência e Emergência disponibiliza, com uma equipe multiprofissional treinada, capacitada para este tipo de eventualidade e requer uma intervenção rápida no menor tempo possível, comprovando que este serviço contribui para que o mesmo receba um tratamento mais efetivo, haja vista que o tempo é critério valioso para o melhor prognóstico do mesmo.

Neste estudo, é notável a importância da participação da equipe de enfermagem, entre técnicos e enfermeiros, que compõem a equipe pré-hospitalar, são estes responsáveis pelas condutas iniciais, vistas durante a pesquisa e procedimentos necessários que irão favorecer na restauração da saúde do paciente.

A escala de cincinati é ferramenta indispensável para facilitar a detecção de sinais clássicos que o AVE apresenta, utilizada da forma correta, sua aplicabilidade fácil e simples porém de grande especificidade, possibilita que os profissionais prestem uma assistência correta e tomem condutas necessárias que contribuam para o diagnóstico precoce, resultando na melhora clínica do paciente e diminuindo as chances de sequelas.

Dentre, os dados achados que comprovem a efetividade do Serviço de Urgência e Emergência, foi identificado a existência de erros no preenchimento das fichas de atendimento do Serviço de Urgência e Emergência, bem como, ausência de dados importantes, onde comprometeu parte significativa da análise dos dados utilizados nesta pesquisa, estas possuem informações de extrema importância para a continuidade da assistência, além de serem documentos necessários para trabalhos científicos, desta forma, compreende-se a necessidade dos profissionais durante o atendimento, terem cautela e atenção para que as informações contidas nas RAS sejam devidamente apreciadas, assim possibilita que, futuras pesquisas que necessitem destes documentos possam ter uma base de dados mais fidedigna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Sobre o AVC**. grenville, 2020. Disponível em: <https://www.stroke.org/en/about-stroke>. Acesso em 26 de Agosto de 2020;

ARAÚJO L.P.G; SOUZA G.S; DIAS P.L.R; NEPOMUCENO R.M; COLA C.S.D. **Principais fatores de risco para o acidente vascular encefálico e suas consequências: uma revisão de literatura**. Revista interdisciplinar do pensamento científico. Disponível em: <http://www.reinpec.org/reinpec/index.php/reinpec/article/view/155>. Acesso em: 04 de Outubro de 2020;

BRASIL, Ministério da Saúde, Brasília/DF. **Ministério da saúde cria linha de cuidados para tratar avc**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/ministerio-da-saude-cria-linha-de-cuidados-para-tratar-avc>. Acesso em: 02 de Setembro de 2020;

BRASIL, Ministério da saúde, Brasília/ DF. **Protocolos de suporte basico de vida**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf. Acesso em: 02 de Setembro de 2020

BRASIL, Ministério da Saúde, Brasília/DF. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html. Acesso em: 03 de Outubro de 2020

BRASIL, Ministério da Saúde, Brasília/DF. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 07 de Outubro de 2020

BRASIL, secretaria de saúde do estado do ceará, Fortaleza/CE. **Casos de AVC entre mulheres alerta para necessidade de prevenção**. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2019/03/07/casos-de-avc-tem-aumentado-entre-mulheres-alerta-para-necessidade-de-prevencao/>/. Acesso em: 13 de maio de 2021

BARELLA R.P; DURAN V.A.A; PIRES A.J; DUARTE R.O. **Perfil do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em um hospital filantrópico do sul de santa catarina e estudo de viabilidade para implantação da unidade de avc, arquivos catarinense de medicina**. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/viewFile/432/334>, acesso em : 29 de maio de 2021

CAVALCANTE T.F; NEMER A.P.L; MOREIRA R.P; FERREIRA J.E.S.M. **Intervenções de enfermagem ao paciente com acidente cerebrovascular em reabilitação, artigo revisão integrativa, Revista enfermagem UFPE on line**. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230533/28905>. Acesso em: 06 de Outubro de 2020

CRISTOFOLI N. **Manejo agudo do Acidente Vascular Cerebral**. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882694/manejo-agudo-do-acidente-vascular-cerebral.pdf>. Acesso em: 29 de Abril de 2020

FARIA A.C.A; MARTINS M.M; SHOELLER S.D; MATOS L.O. **Percurso da pessoa com acidente vascular encefálico: do evento à reabilitação**, Revista Brasileira de Enfermagem. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0495.pdf. Acesso em: 29 de Maio de 2021

FRANCO E.C, **Epidemiologia dos fatores de risco para o acidente vascular cerebral em população assistida por unidades básicas de saúde do município de Bauru, SP**, universidade de São Paulo. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25144/tde-07112016102020/publico/ElenCarolineFranco.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2021

FIGUEIREDO A.R.G; PEREIRA A; MATEUS S. **Acidente vascular cerebral isquêmico vs hemorrágico: taxa de sobrevivência**. Disponível em: https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/7144/1/03_Acidente_vascular_cerebral_isquemico_vs_hemorragico_taxa_de_sobrevivencia.pdf. Acesso em: 05 de Outubro de 2020

GIL A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisas**. 6 ed. São Paulo. Atlas, 2017

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: Crato-ce**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/crato.html>. Acesso em: 07 de Outubro de 2020

LEPPERT M. H; HO P. M; BURKE J; MADSEN T.E; KLEINDORFER D; SILLAU S; DAUGHERTY S; BRADLEY C. J ; POISSON S. N. **Young Women Had More Strokes Than Young Men in a Large, United States Claims Sample**.2020 American Heart Association, inc. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/STROKEAHA.120.030803>. Acesso em: 10 de maio de 2021

LIMA M.G.M.R; MOREIRA T.M.M; FLORÊNCIO R.S; NETO P.B. **Fatores associados ao conhecimento de adultos jovens sobre história familiar de AVC**, Revista Latino americana enfermagem. (Online). Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100423, Acesso em: 05 de Outubro de 2020

LOPES L.Q; NASCIMENTO G.P; RODRIGUES G.T.P; SOUSA M.B; BARCELOS V.F; SUGITA D.M; MOURA L.R, **Conhecimento acerca da escala de cincinnati entre acadêmicos de medicina, enfermagem e agentes comunitários de saúde da atenção primária**, revista Atena Higeia. Disponível em: [file:///C:/Users/Guilherme/Downloads/31-Texto%20do%20artigo-128-2-10-20191211%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Guilherme/Downloads/31-Texto%20do%20artigo-128-2-10-20191211%20(1).pdf) . Acesso em: 14 de maio de 2021

MARCONI M.A; LAKATOS E.M. **Fundamentos de metodologia científica** 8. Ed. São Paulo: Atlas, 2019.

MARQUES E.A; SANTOS C.T; AMARAL M.B; PAULA S.D. S. **Escalas aplicadas em pacientes com suspeita e diagnóstico de acidente vascular encefálico**, Revista Nursing (São Paulo). Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/251/pg106.pdf>. Acesso em: 05 de Outubro de 2020

MARQUES C.R.G; FERRARI Y.A.C; OLIVEIRA C.G.S. **Atuação do enfermeiro no Acidente Vascular Encefálico: Revisão Integrativa**. Cadernos de graduação. Disponível em: [file:///C:/Users/Guilherme/Downloads/4599-Texto%20do%20artigo-14150-1-10-20171121%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Guilherme/Downloads/4599-Texto%20do%20artigo-14150-1-10-20171121%20(1).pdf) . Acesso em: 30 de maio de 2021

MARTINS S.C.O; FREITAS G.R; NETO O.M. P; PIERI A; MORO C.H. C; JESUS P.A. P; LONGO A.; EVARISTO E.F; CARVALHO J.J. F; FERNANDES J.G; GAGLIARDI R.J; FILHO J.O. **Diretrizes para tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral isquêmico – parte II**, Comitê Executivo da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares e Departamento Científico de Doenças Cerebrovasculares da Academia Brasileira de Neurologia. Disponível em:

http://www.sbdcv.org.br/documentos/Diretriz_SBDCV_AVCI_parte2.pdf. Acesso em 06 de Outubro de 2020

MANTESE C.E; AGOSTINHO M.R; ROSA P.R; ROMAN R; BASSO J; KATZ N; OLIVEIRA E.B; RADOS D.R.V. **Telecondutas n° 17 – acidente vascular cerebral**, TelessaúdeRS-UFRGS. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_avc.pdf. Acesso em: 06 de Outubro de 2020

O'Dwyer G; Konder M.T; Reciputti L.P; Macedo C; Lopes M.G.M. **O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais**. Cad. Saúde Pública vol.33 no.7 Rio de Janeiro 2017.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705010&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 03 de Outubro de 2020

PEREIRA T.M.A; SILVA J.M; TEIXEIRA .S; ORSINI .M; BASTOS V.H.V. **Avaliação do perfil dos fatores de riscopara Aidente Vascular Cerebral: Estudo Observacional**, Rev. Pesqui. Fisioter. Disponível em:

<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/2218/2285>. Acesso em: 20 de maio de 2021

POWERS W.J. **Acute Ischemic Stroke**. Revista: The New England Journal of Medicine. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp1917030>. Acesso em: 02 de Setembro de 2020

ROLINDO S.J. S; OLIVEIRA L.T; SILVA A.M. S; ALVES O.N. **Acidente vascular cerebral isquêmico: Revisão sistemática dos aspectos atuais do tratamento na fase aguda**. Revista de patologia de Tocantins. Disponível em:

<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/2420>. Acesso em: 05 de Outubro de 2020

SANTOS C.T; MARQUES É.A; AMARAL M.B; PAULA S.D.S. **Escalas aplicadas em pacientes com suspeita e diagnóstico de acidente vascular encefálico**, revista Nursing.

Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/251/pg106.pdf>. Acesso em: 13 de maio de 2021

SARTORETTO. E. R; SILVA. G. S; SCHEIN. A. E; MADEIRA. K. **Contraindicações ao uso de trombolítico em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral isquêmico num hospital de alta complexidade do sul catarinense no período de 2012 a 2014-** artigo,ACM arq.catarin.med. Disponível em:

<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/421/332>. Acesso em: 06 de outubro de 2020

SILVA D.N. **Cuidados de enfermagem a vitima de Acidente Vascular Cerebral**, universidade federal do Tocantis. Disponível em:

<http://200.129.179.47/bitstream/11612/1661/1/Dilson%20Nobre%20da%20Silva%20-%20TCC%20Monografia%20-%20Enfermagem.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2021

Santa Catarina, 2019. Revista ACM arq. catarin. Med. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1023419>. Acesso em: 02 de Setembro de 2020.

SCHMIDT M. H; SELAU C. M; SOARES P.S; FRANCHI E. F; PIBER V. D; QUATRIN L. B. **Acidente vascular cerebral e diferentes limitações: uma análise interdisciplinar**. Arq. Cienc. Saúde UNIPAR. Disponível em:

<https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6404/3778>. Acesso em: 04 de Setembro de 2020

SILVA D.N; MELO M.F.X; DUARTE É.M.M; BORGES A.K.P. **Cuidados de enfermagem à vítima de acidente vascular cerebral (AVC): Revisão integrativa**, Revista de Enfermagem UFPE online. Disponível em: <https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2136/980>. Acesso em: 07 de Outubro de 2020

SOLDATELLI M.D; AGUZZOLI C; BORELLI W.V; MARRONE L.C.P. **Acidente vascular cerebral isquêmico, revista acta med. (porto alegre)**. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882918/02-avc.pdf>. Acesso em: 05 de Outubro de 2020

TIBÃES H.B.B; MOREIRA D.A; CARDOZO C.M.L; AFONSO L.N; PENNA C.M.M; BRITO M.J.M. **A construção histórica de um serviço de atendimento móvel de urgência: da concepção à regionalização**. Revista de Enfermagem UFPE online. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234491/27692>. Acesso em: 03 de Outubro de 2020

TSENG Y.J; HU R.F; LEE S.T; LIN Y.L; HSU C.L; LIN S.W; LIOU C.W; LEE J.D; PENG T.I; LEE T.H. **Risk Factors Associated with Outcomes of Recombinant Tissue Plasminogen Activator Therapy in Patients with Acute Ischemic Stroke**. Pubmed.gov. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31963654/>. Acesso em: 05 de Setembro de 2020

WORLD STROKE ASSOCIATION. **Aprenda sobre AVC**. Genebra, 2020. Disponível em: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/why-stroke-matters/learn-about-stroke>. Acesso: 28 de Agosto de 2020.

APENDICE A



APÊNDICE B- Declaração De Anuência Da Instituição Coparticipante

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Declaração de Anuência da Instituição Coparticipante

Eu, Reijane Costa Pires Felipe, RG: SSP-CE, CPF: 47945826334, coordenadora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), declaro ter lido o projeto intitulado **"ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR A PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO"** de responsabilidade da pesquisadora, Profª. Shura do Prado Farias Borges, RG: 2000034000144 SSP-CE, CPF: 89617975300 que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do CEP, autorizaremos a realização desta pesquisa do SAMU unidade de Crato-CE, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Relações Éticas Brasileiras, em especial a Resolução de número 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante da presente pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Juazeiro do Norte, 01 de abril de 2021

Reijane Costa Pires Felipe

Dra. Reijane Costa Pires Felipe
Coordenadora de Serviço
COREN 287.033
SAMU 192 - Crato-Ce

Reijane Costa Pires Felipe

APENDICE B



APÊNDICE C- Termo De Fiel Depositário

Pelo presente instrumento que atende às exigências legal eu, Reijane Costa Pires Felipe, RG: SSP-CE, CPF: 47945826334, coordenadora, **fiel depositário** dos prontuários e da base de dados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), no município de Crato, CNPJ: 07587975/0001-07, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa ,vem na melhor forma de direito declarar que o aluno David Roseno de Sousa Leite, CPF: 065.282983-00 está autorizado a realizar nesta instituição o projeto de pesquisa: **“ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR A PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO”** , sob a responsabilidade da pesquisadora Profa Shura do Prado Farias Borges, ,RG: 2000034000144 SSP-CE, CPF: 89617975300, cujo o objetivo geral é analisar a importância do serviço móvel de urgência no atendimento a pacientes vítimas de AVE. Ressaltando que estou ciente de serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde:

- Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
- Que não haverá riscos para o sujeito da pesquisa;
- Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Haja vista, o acesso deste aluno ao arquivo de dados dos pacientes instituição, o qual se encontra sob minha total responsabilidade, informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fica claro que o fiel depositário pode a qualquer momento retirar sua **AUTORIZAÇÃO** e ciente de que todas as informações prestadas torna-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

Sendo assim, os pesquisadores acima citados, comprometem-se a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo desta instituição, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concordam, igualmente para execução do projeto acima descrito e que as informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Reijane Costa Pires Felipe
 Dra. Reijane Costa Pires Felipe
 Coordenadora de Serviço
 COREN 287.833
 SAMU 192 - Crato-Ce

1

Reijane Costa Pires Felipe

David Roseno de Sousa Leite
 David Roseno de Sousa Leite

Shura do Prado Farias Borges
 Shura do Prado Farias Borges
 Shura do Prado F. Borges
 COREN-CE 200.503 - ENF

APENDICE C

APÊNDICE D- Termo De Dispensa Do Uso Do Termo De Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE)

Vimos pela presente solicitar a dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a implantação do estudo intitulado: “ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR A PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO” . A presente solicitação se justifica por tratar-se de pesquisa documental, em que a coleta de dados se efetuará junto a fontes secundárias a serem disponibilizadas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), no município de Crato.

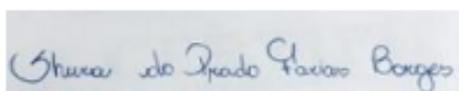
Asseguramos que a referida consulta só será iniciada após a devida autorização de uso dos arquivos pelo responsável administrativo(gestor ou seu responsável) de referida

instituição, enquanto FIEL DEPOSITÁRIO das informações armazenadas, e mediante aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio.

Da mesma forma, nos comprometemos a tratar os dados coletados observando todos os compromissos quanto ao sigilo e confidencialidade das informações pessoais, de modo que nenhum sujeito de pesquisa seja identificado, durante a execução do estudo ou por ocasião da divulgação científica do mesmo.

Informamos que os dados serão utilizados exclusivamente para os fins estabelecidos na presente pesquisa, e após a análise, os registros efetuados para o estudo serão devidamente arquivados.

Certos de vossa compreensão,
Atenciosamene,



Shura do Prado Farias Borges

