

ATUAÇÃO DO(A) ENFERMEIRO(A) NO ATENDIMENTO AO PACIENTE GRAVE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO PRONTO SOCORRO

NURSES' ROLE IN CARING FOR CRITICALLY ILL PATIENTS WITH STROKE IN THE EMERGENCY ROOM

Hanna Gabrielle Rodrigues Silva¹
Robson Vidal de Andrade²

RESUMO: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um problema de saúde pública global tratável e evitável, no qual as taxas de incidência continuam a aumentar em relação ao crescimento e envelhecimento da população. Esse estudo teve por objetivo identificar as principais condutas do enfermeiro nos atendimentos do pronto-socorro a pacientes com Acidente Vascular Cerebral. A escolha do tema, justifica-se pela magnitude epidemiológica, clínica e social dessa condição, que representa uma das principais causas de morte e incapacidade funcional em âmbito mundial e nacional. Para isso foi realizada uma revisão da literatura do tipo narrativa, sobre o tema estudado, nas seguintes bases de dados: PubMed, Google Acadêmico, SciELO e revistas eletrônicas. A literatura atual mostrou que a satisfação dos pacientes com a assistência de enfermagem é um indicador da qualidade da assistência do serviço de saúde; contudo, outros serviços hospitalares relacionados também influenciam na qualidade do cuidado à saúde que é prestada ao paciente hospitalizado vítima de AVC. É preciso que o profissional de enfermagem se sinta seguro e confiante de forma a melhorar a qualidade do cuidado prestado, para isso, é necessário desenvolver ainda mais a disponibilidade de educação em saúde neste campo. Ademais, é importante manter sempre atualizada a prática clínica da enfermagem em relação às diretrizes baseadas em evidências, bem como o desenvolvimento de intervenções para a promoção da independência no autocuidado do paciente com AVC. Os achados desse estudo fornecem subsídios para o fortalecimento de uma linha de cuidado ao paciente vítima de AVC, visando uma efetiva transição de cuidados.

2898

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral. Cuidados de enfermagem. Humanização da assistência.

¹Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia.

²Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia.

ABSTRACT: Stroke is a treatable and preventable global public health problem, with incidence rates continuing to rise in relation to population growth and aging. This study aimed to identify the main nursing practices in emergency room care for stroke patients. The choice of this topic is justified by the epidemiological, clinical, and social magnitude of this condition, which represents one of the leading causes of death and functional disability globally and nationally. To this end, a narrative literature review on the topic was conducted in the following databases: PubMed, Google Scholar, SciELO, and online journals. Current literature has shown that patient satisfaction with nursing care is an indicator of the quality of healthcare services; however, other related hospital services also influence the quality of care provided to hospitalized stroke patients. Nursing professionals must feel safe and confident in order to improve the quality of care provided. To this end, it is necessary to further develop the availability of health education in this field. Furthermore, it is important to keep clinical nursing practice up to date with evidence-based guidelines, as well as to develop interventions to promote independence in stroke patients' self-care. The findings of this study provide support for strengthening a line of care for stroke patients, aiming for an effective transition of care.

Keywords: Stroke. Nursing care. Humanization of care.

I INTRODUÇÃO

2899

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) constitui-se em uma das principais causas de morte e incapacidade no mundo, configurando-se como um grave problema de saúde pública que demanda respostas rápidas e eficazes dos serviços de urgência e emergência. De natureza neurológica, essa condição clínica decorre da interrupção ou da redução abrupta do fluxo sanguíneo cerebral, ocasionada por um evento isquêmico ou hemorrágico, com consequente comprometimento funcional do tecido nervoso (Carvalho et al., 2019).

As repercuções do AVC variam desde déficits motores e sensoriais até alterações cognitivas e autonômicas, muitas vezes com potencial de evolução rápida e irreversível caso não sejam instituídas condutas imediatas e adequadas (Morais, 2017). Diante desse cenário, o pronto-socorro torna-se porta de entrada decisiva para o diagnóstico precoce e a implementação das primeiras medidas terapêuticas, sendo a equipe de enfermagem peça central nesse processo.

O atendimento ao paciente vítima de AVC em ambiente de urgência e emergência caracteriza-se pela necessidade de respostas céleres, sistematizadas e baseadas em protocolos clínicos bem estabelecidos. A avaliação neurológica inicial, a identificação de sinais e sintomas precoces, a monitorização dos parâmetros vitais, o controle hemodinâmico e a preparação para

exames complementares e procedimentos são etapas cruciais para redução da morbimortalidade associada ao evento (Morais, 2017).

Nesse contexto, a atuação do enfermeiro assume papel estratégico, não apenas no suporte assistencial direto, mas também na coordenação das ações da equipe multiprofissional, garantindo a continuidade e a integralidade do cuidado (Powers et al., 2019). O enfermeiro, enquanto profissional responsável pela sistematização da assistência e pela execução de intervenções críticas em tempo hábil, deve estar capacitado para reconhecer rapidamente as manifestações clínicas do AVC (Morais, 2017).

Aplicar escalas de avaliação neurológica, realizar intervenções de suporte imediato e acionar fluxos terapêuticos como o protocolo de trombólise em casos isquêmicos (Powers et al., 2019). Além disso, cabe ao enfermeiro orientar familiares, organizar recursos, priorizar atendimentos e assegurar condições adequadas para a estabilização inicial do paciente grave, reforçando a importância de sua atuação técnica, gerencial e humanizada no pronto-socorro (Carvalho et al., 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o AVC configura-se como a segunda principal causa de óbito no mundo e uma das maiores responsáveis por incapacidades permanentes, impactando diretamente a qualidade de vida dos indivíduos e gerando elevada sobrecarga para os serviços de saúde e para as famílias (Morais, 2017). No Brasil, os índices permanecem expressivos, o que reforça a necessidade de estratégias assistenciais rápidas, eficientes e fundamentadas em evidências científicas.

2900

A determinação precoce do AVC amplia as possibilidades terapêuticas e possibilita intervenções que resultarão em uma melhor qualidade de vida e redução das consequências e sequelas causadas pelo AVC. A sintomatologia é variável e dependente do local lesionado. De forma geral, o paciente apresenta déficit focal de início súbito, podendo haver ou não perca de consciência. Então, diante desse contexto, tem seguinte questão problemática: quais as condutas do(a) enfermeiro(a) utilizadas no atendimento do Pronto Socorro à pacientes com AVC?

Nesse sentido, para responder à questão, o presente estudo tem como objetivos: identificar as principais condutas do enfermeiro nos atendimentos do pronto-socorro a pacientes com Acidente Vascular Cerebral; identificar as características de atendimento de urgência e emergência neurológico; descrever o AVC, suas repercussões orgânicas; enumerar

atribuições específicas do enfermeiro no atendimento ao paciente com AVC em ambiente hospitalar de emergência.

A escolha do tema referente à atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente grave com Acidente Vascular Cerebral (AVC) no pronto-socorro justifica-se pela magnitude epidemiológica, clínica e social dessa condição, que representa uma das principais causas de morte e incapacidade funcional em âmbito mundial e nacional (Brasil, 2012).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Acidente Vascular Cerebral

O AVC foi nomeado inicialmente por apoplexia por volta de 392 a.c., Hipócrates foi quem analisou alguns casos e denominou a doença, após casos de paralisia súbita, normalmente pessoas acima de 50 anos. Apesar dos estudos, a doença se tornou inespecífica, pois não se descobria a causa, apenas que alguém tinha sofrido uma paralisia (Rolin; Martins, 2012).

Ainda que a origem do AVC não seja conhecida na totalidade, é notório que o rigor das consequências dependerá de múltiplos fatores, entre quais regiões foram afetadas e qual o tempo de intervalo da assistência médica. O AVC é um grande problema da saúde pública tornando-se importante a prevenção e a prestação da assistência no tratamento diminuindo seu índice (Cunha, 2014; Martins, 2017). 2901

Os estudos de Nogueira e colaboradores (2018); Albers e colaboradores (2018) apontam que a ocorrência do AVC em países de primeiro mundo caiu de 163 para 94 casos para cada 100.000 habitantes por ano, uma queda de 42%. Em outros países de renda média e baixa dobrou de 52 para 117 casos para cada 100.000 habitantes/ano (Powers et al., 2019).

A população não demonstra interesse para o conhecimento sobre a doença e o governo não investe em educação em saúde, deixando esses países em estado crítico, já que a doença é a principal causadora de morte nesses países (Rolin; Martins, 2012). O tamanho e a extensão dessas lesões que determinarão o prognóstico e as sequelas e, portanto, a qualidade de vida do indivíduo que sofreu o AVC (Lotufo et al., 2013).

Para a Organização Mundial de Saúde trata-se de um AVC quando os sintomas ocasionados pelo dano cerebral perduram por mais de 24 horas ou culminam em óbito; excluindo-se assim, o Ataque Isquêmico Transitório (AIT) que é causado por um bloqueio temporário do fornecimento de sangue ao cérebro, porém os sintomas tendem a desaparecer antes das 24 horas após o evento (Cunha, 2014).

Existem dois tipos de AVC, classificados de acordo com mecanismo que o ocasionou: o mais comum, representando 85% dos casos, é o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI). Nesse, o fluxo sanguíneo cerebral é diminuído devido a obstrução de algum vaso. E Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH), onde a diminuição do fluxo sanguíneo cerebral é natural do rompimento de vasos que irrigavam a região afetada (Lotufo et al., 2013).

O AVC isquêmico corresponde a quase 80% dos casos e resulta da obstrução de um vaso sanguíneo cerebral, ocasionando redução ou interrupção do fluxo sanguíneo e, logo, isquemia tecidual. A principal etiologia envolve processos tromboembólicos, podendo ser decorrente de aterosclerose, cardioembolismo (fibrilação atrial, infarto recente), doenças dos pequenos vasos, além de causas menos comuns como dissecções arteriais e estados de hipercoagulabilidade (Powers et al., 2019).

Clinicamente, o AVC isquêmico manifesta-se por déficits neurológicos súbitos, como hemiparesia, afasia, disartria, perda sensitiva, hemianopsia ou alterações do equilíbrio, dependendo da região cerebral afetada. O diagnóstico é confirmado por meio de neuroimagem, especialmente a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) de crânio. O tratamento agudo inclui medidas de suporte, trombólise intravenosa com alteplase, quando indicado, e, em casos selecionados, trombectomia mecânica (Lotufo et al., 2013).

2902

O AVC hemorrágico é responsável por cerca de 15% a 20% dos casos, caracterizando-se pela ruptura de um vaso sanguíneo intracerebral, resultando em extravasamento de sangue para parênquima cerebral (hemorragia intracerebral) ou para espaço subaracnóideo (hemorragia subaracnóidea). Entre os principais fatores de risco tem-se: coagulopatias, hipertensão arterial sistêmica, malformações vasculares, aneurismas cerebrais, uso de anticoagulantes (Powers et al., 2019).

Os sinais e sintomas costumam ser mais abruptos e graves quando comparados ao AVC isquêmico, frequentemente acompanhados de cefaleia intensa, vômitos, rebaixamento do nível de consciência e sinais de hipertensão intracraniana. A tomografia computadorizada é o exame de escolha na fase aguda, deixando a rápida identificação do sangramento (Carvalho et al., 2019).

O manejo envolve controle rigoroso da pressão arterial, correção de distúrbios da coagulação, monitorização neurológica intensiva e em alguns casos, intervenção neurocirúrgica para evacuação do hematoma ou tratamento de aneurismas e malformações. É mais comum em

pessoas portadoras de HAS e arteriosclerose cerebral. A hemorragia parenquimatosa é mais comum nas artérias cerebrais e nos paramedianos da artéria basilar (Lotufo et al., 2013).

Frequentemente afeta os gânglios da base, a protuberância e o cerebelo. Por fim, a hemorragia subaracnóidea é fruto do rompimento de artérias superficiais, malformações vasculares intracranianas, aneurismas saculares, traumatismos e angiomas arteriovenosos (Cunha, 2014). São vários fatores de risco conexos ao AVC, modificáveis e não modificáveis. Dentre os não modificáveis, ou seja, não passíveis de intervenção, podemos citar o sexo, raça, idade e histórico familiar.

O AVC é mais comum em indivíduos do sexo masculino, negros, com mais de 50 anos de idade e com histórico familiar positivo para doenças cardiovasculares (Barbosa et al., 2009). Dentre os fatores modificáveis temos a HAS, tabagismo, dislipidemia, diabetes, sedentarismo, alcoolismo e obesidade. Vários estudos apontam a hipercolesterolemia como um facilitador do desenvolvimento do AVC (Cunha, 2014; Lotufo et al., 2013).

De maneira geral, grande parte dos AVC são devidos à aterosclerose de pequenas e grandes artérias cerebrais, êmbolos cardiológicos (Brasil, 2012). Em mulheres, o aparecimento do AVC está comumente relacionado à hiperglicemia, uso de contraceptivos orais e histórico familiar positivo para doenças tromboembólicas. O AVCH é resultado de HAS, tumores, aneurismas, arteriosclerose e traumatismos (Nogueira et al., 2018; Albers et al., 2018).

2903

Sendo assim, para Botelho (2016), as melhores formas de prevenir várias doenças, entre elas o AVC, é por meio da adoção de políticas públicas na atenção básica, bem como a melhoria na qualidade de vida das pessoas, visto que os maiores responsáveis pelo AVC são fatores modificáveis (Lotufo et al., 2013). A sintomatologia do AVC é variável e dependente do local lesionado (Botelho, 2016).

De acordo com o Brasil (2012), de forma geral, o paciente apresenta déficit focal de início súbito. Pode haver ou não perca de consciência. Os principais fatores a serem observados são: perda súbita de força ou formigamento em um lado do corpo; dificuldade súbita de falar ou compreender; perda visual súbita em um ou ambos os olhos; tontura, perca de equilíbrio e/ou coordenação; dor de cabeça súbita sem causa aparente (Brasil, 2012).

Sintomas focais, em regra remetem lesões localizadas, já sintomas globais geralmente são devidos à hipoperfusão cerebral, parada cardiorrespiratória e fibrilação ventricular. Alguns sintomas são mais comuns dependendo do tipo de AVC sofrido. No AVCI quando há

comprometimento da carótida há diminuição do nível de consciência, déficit motor e cognitivo, dislalia e alteração visual (Powers et al., 2019).

Quando há comprometimento da circulação vertebral, percebe-se alterações motoras e sensitivas, disartria e disfagia, mudanças na visão e coordenação motora, diplopia, ptose, paralisia facial, vertigem, nistagmo, entre outras (Lotufo et al., 2013). Já no AVCH quando há hemorragia intraparenquimatosa, nota-se déficit neurológico focal, cefaleia, vômito, náuseas, diminuição do nível de consciência, crises convulsivas, distúrbios na linguagem e rebaixamento do nível de consciência (Carvalho et al., 2019).

Quando há hemorragia subaracnóidea há o aparecimento súbito de cefaleia intensa e holocraniana, náuseas, vertigem, convulsões, irritação meníngea, déficit motor e sensitivo e distúrbios na linguagem (Bianchini, 2009). De forma geral, o AVCI aparece em territórios arteriais e o AVCH onde há vulnerabilidade vascular (Cunha, 2014; Menoita, 2012).

2.2 Diagnósticos do AVC

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

2904

Existem várias escalas que foram criadas para identificar rapidamente o paciente que está sofrendo o AVC e direcionar o profissional que o atendeu. No atendimento pré-hospitalar comumente usa-se escala de Cincinnati, que tem como similares a *Face Arm Speech Test* (FAST) e *Los Angeles Prehospital Stroke Scale* (Cunha, 2014; Menoita, 2012). De modo geral avalia três itens: queda facial (que pode ser observada quando o paciente sorri e um dos lados da face fica paralisado), fraqueza dos braços (ao solicitar que o paciente feche os olhos e erga os braços por dez segundos, um dos membros não se movimenta) e discurso incorreto ou pronúncia alterada (Carvalho et al., 2019).

Havendo alterações em qualquer um destes itens, há 72% de probabilidade do paciente estar sofrendo um AVC, porém outras patologias não devem ser descartadas (Bianchini, 2009). Pode-se também utilizar a escala de Glasgow para avaliar a excitabilidade e percepção pela melhor resposta do paciente em relação à resposta verbal, resposta motora e abertura ocular (Powers et al., 2019).

Nessa escala é dado uma nota ao paciente, que varia de 3 a 15 pontos, categorizados por cada item. O paciente que apresenta nota 3 é considerado não-reativo e o que apresenta nota 15 é aquele completamente responsivo (Powers et al., 2019). Essa escala não é indicada em crianças menores que 5 anos e pacientes sedados ou curarizados. Se o paciente estiver em hipóxia ou em quadro de hipotensão aguda, a escala de Glasgow não aponta a gravidade da lesão sofrida (Cunha, 2014; Menoita, 2012).

Em pacientes entubados, hemiplégicos, afásicos e com edema palpebral intenso a avaliação é prejudicada (Koizumi, 1978; Bianchini, 2009). Também é muito utilizado a escala do National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ou NIH, que pode auxiliar no diagnóstico do AVCI e do AVCH, porém é mais seletiva para o AVCI. O resultado desta escala prevê o prognóstico sobre a gravidade do AVC diante dos déficits apresentados (Powers et al., 2019).

Existem ainda escalas específicas para o AVCH para classificar o sangramento apresentado na tomografia. O conhecimento e adequada aplicação dessas escalas, permite ao enfermeiro fazer diagnósticos, prescrições de enfermagem corretamente, além obter dados que complementam as informações a respeito do paciente e permitem melhor acompanhamento da sua evolução (Rolin; Martins, 2012).

2905

Para diagnóstico do AVC, deve-se investigar a história clínica, bem como os fatores de risco e sinais e sintomas apresentados pelo paciente. As lesões isquêmicas dificilmente são visualizadas nas primeiras horas, mas a tomografia computadorizada de crânio auxilia no diagnóstico e exclusão do AVCH, apontando a extensão da hemorragia quando esta está presente (Lotufo et al., 2013).

Podem ser realizados ressonância magnética e angiografia dos vasos encefálicos. Por último, quando a tomografia de crânio não aponta anomalias, suspeita-se de AVCH, faz-se à coleta de líquor cefalorraquidiano (Bianchini, 2009).

2.3 Tratamentos do AVC

O paciente com a sintomatologia indicativa de AVC deve ser encaminhado a um centro de referência, ou unidades de AVC. O enfermeiro realiza a triagem e confirma os sintomas pré-hospitalares. Essa avaliação deve focar nas vias aéreas, circulação, respiração, sinais vitais e exame neurológico (Powers et al., 2019). O enfermeiro deve ser capaz de reconhecer os sintomas neurológicos sugestivos de AVC e avaliar rapidamente o tempo inicial dos sintomas.

Um instrumento usado para avaliação neurológica e indicação do uso do trombolítico é a escala de AVC da National Institutes of Health (Nogueira et al., 2018; Albers et al., 2018). O tratamento trombolítico no Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico agudo representa uma das principais estratégias terapêuticas capazes de reperfundir território cerebral isquêmico, reduzir a extensão da lesão e melhorar significativamente o prognóstico funcional dos pacientes (Powers et al., 2019).

A trombólise intravenosa com alteava-se (rt-PA) é o agente trombolítico aprovado para uso em casos de AVC isquêmico, desde que respeitados critérios rigorosos de indicação, contraindicação e sobretudo, o tempo de janela terapêutica (Morais, 2017). De acordo com as diretrizes internacionais, como da American Heart Association / American Stroke Association (AHA/ASA) e da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV), a trombólise intravenosa pode ser realizada até 4,5 horas após o início dos sintomas neurológicos (Cunha, 2014; Menoita, 2012).

Pacientes tratados dentro dessa janela apresentam melhores desfechos funcionais e menor risco de sequelas (Powers et al., 2019). É fundamental destacar que, quanto mais precocemente a trombólise é realizada, melhores são os resultados, consolidando o conceito de que tempo é cérebro. Cada minuto de oclusão arterial cerebral resulta na perda estimada de cerca de 1,9 milhão de neurônios (Cunha, 2014; Menoita, 2012). Além do critério temporal, é imprescindível que o paciente atenda a outros requisitos, como:

2906

Confirmação de AVC isquêmico por neuroimagem (exclusão de hemorragia);

Déficit neurológico mensurável e significativo;

Ausência de contraindicações absolutas, como histórico recente de sangramentos, cirurgia de grande porte, plaquetopenia severa, uso de anticoagulantes com INR elevado.

O protocolo de trombólise no AVC isquêmico é altamente dependente da rapidez no reconhecimento dos sintomas e do acesso a serviços de emergência com capacidade para diagnóstico por imagem e intervenção imediata (Morais, 2017). A expansão das janelas terapêuticas, principalmente para trombectomia mecânica, representa um avanço significativo no tratamento do AVC isquêmico, oferecendo esperança de melhores desfechos para pacientes que, anteriormente, estariam fora dos critérios terapêuticos convencionais (Lotufo et al., 2013).

No caso do diagnóstico positivo para AVC do tipo hemorrágico, avalia-se o local apóxico e estuda-se a possibilidade de intervenção cirúrgica (Morais, 2017). Nos últimos anos

com os avanços tecnológicos, farmacológicos e de pesquisas, as abordagens e tratamentos das doenças cerebrovasculares tem se modificado. O AVC agudo passou a ter uma abordagem intervintiva (Powers et al., 2019).

O AVC passou a ser considerado uma emergência, culminando numa intervenção mais rápida e sistematizada (Cunha, 2014). Por definição, a fase aguda do AVC é definida pelo período de 48 horas com déficit neurológico, mas se o cérebro permanecer em isquemia por um longo tempo (quase de 4-6 horas) as lesões cerebrais são irreversíveis (Powers et al., 2019). O manejo terapêutico do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) e do Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH) apresenta abordagens distintas, uma vez que são condições de natureza fisiopatológica diferente.

Porém, dividem pilares fundamentais no suporte clínico, no manejo de complicações agudas, na reabilitação neurológica e na implementação de estratégias voltadas à prevenção de recorrências (Bianchini, 2009). No caso específico do AVC isquêmico, uma das principais prioridades terapêuticas é a adoção de medidas que promovam a reperfusão cerebral precoce. Isso visa minimizar a progressão da lesão neurológica, uma vez que a isquemia leva à perda rápida de tecido cerebral.

Assim, mediante a confirmação diagnóstica de AVCI, preferencialmente através de exame de neuroimagem como tomografia computadorizada ou ressonância magnética, torna-se imperativo avaliar se o paciente se encontra dentro da janela terapêutica de até 4 horas e 30 minutos do início dos sintomas, período no qual está indicado o uso do ativador do plasminogênio tecidual recombinante (rt-PA), agente trombolítico capaz de promover análise do trombo e a restauração do fluxo sanguíneo cerebral (Bianchini, 2009).

O emprego do rt-PA é considerado a terapia farmacológica de primeira linha na fase aguda do AVCI. A sua administração está condicionada não apenas ao fator tempo, mas também a critérios clínicos e laboratoriais rigorosos, visando à segurança do paciente e à redução do risco de complicações, como a transformação hemorrágica (Lotufo et al., 2013). O princípio terapêutico na fase aguda do AVCI concentra-se, sobretudo, na proteção da chamada área de penumbra isquêmica.

Esta região, adjacente ao núcleo do infarto, caracteriza-se por apresentar hipoperfusão cerebral suficiente para comprometer a função neuronal, porém não a ponto de causar morte celular imediata (Lotufo et al., 2013). As células dessa região mantêm um metabolismo reduzido, permanecendo viáveis e potencialmente recuperáveis, desde que a reperfusão seja

estabelecida de maneira eficaz e tempestiva. Dessa forma, o tratamento precoce tem como principal objetivo preservar esse tecido neural em sofrimento, prevenindo a sua progressão para necrose irreversível (Bianchini, 2009).

Além da trombólise, medidas adicionais de suporte são fundamentais e incluem o monitoramento rigoroso dos parâmetros fisiológicos, como pressão arterial, saturação de oxigênio, glicemia, temperatura corporal, visto que alterações nesses parâmetros estão diretamente associadas ao agravamento da lesão isquêmica (Bianchini, 2009). O controle da pressão arterial, por exemplo, deve ser realizado de forma criteriosa, uma vez que níveis muito elevados ou baixos podem afetar a perfusão cerebral e impactar negativamente no prognóstico.

Adicionalmente, a neuroproteção assume um papel essencial, embora ainda não haja agentes farmacológicos específicos validados para tal finalidade (Bianchini, 2009). No entanto, a manutenção de condições metabólicas e hemodinâmicas adequadas é considerada uma estratégia indireta de neuroproteção, contribuindo para a limitação da extensão do dano cerebral. No que se refere ao Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH), embora não haja intervenção farmacológica específica análoga à trombólise.

O tratamento também se fundamenta em pilares bem estabelecidos, como o controle rigoroso da pressão arterial, a reversão de coagulopatias quando presentes, a monitorização da pressão intracraniana e em determinados casos, a realização de intervenções neurocirúrgicas para evacuação de hematomas ou drenagem ventricular externa (Lotufo et al., 2013). Assim como no AVCI, o suporte clínico especializado, a prevenção de complicações sistêmicas (como tromboembolismo, infecções e distúrbios hidroelectrolíticos) e reabilitação neurológica precoce são itens indispensáveis do manejo terapêutico (Carvalho et al., 2019).

2908

Portanto, ainda que as estratégias específicas de reperfusão sejam exclusivas do AVC isquêmico, ambos os subtipos de AVC exigem uma abordagem integrada e multidisciplinar, que contemple não apenas o manejo da fase aguda, mas também ações contínuas voltadas à reabilitação funcional e prevenção de novos eventos cerebrovasculares, contribuindo para a redução da morbimortalidade e a melhoria da vida dos pacientes (Bianchini, 2009).

2.4 Atuação do Enfermeiro no Atendimento ao Paciente com AVC

As atividades efetuadas pela enfermagem aos indivíduos acometidos pelo AVC são amparadas pela Lei do exercício profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986, por meio do artigo oitavo, inciso I. Sendo que o Código de ética dos profissionais de Enfermagem, aprovado pela

Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 240/00 ampara a busca e o exercício de conhecimentos que beneficiem a clientela atendida (Carvalho et al., 2019).

Fatos que reforçam a importância da compreensão das atividades de reabilitação desempenhadas por Enfermeiros. Esta mesma lei deixa claro que a equipe de enfermagem se compõe basicamente pelo Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e o Técnico de Enfermagem, sendo que cada um assume seu grau de capacitação.

A equipe tem o compromisso de assumir todo processo saúde-doença, da precaução até o cuidado atenuante (Domiciano, 2017). No que diz respeito à atuação do profissional de enfermagem há alguns pilares a serem seguidos, como os Padrões de Qualidade dos Cuidados dos Enfermeiros, código de deontologia do enfermeiro e as competências do enfermeiro nos cuidados gerais.

Além desses documentos, há também o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), é essencial para o exercício da profissão (Carvalho et al., 2019). Nele, constam os aspectos práticos que permite ao enfermeiro basear-se enquanto profissional capacitado, mantendo sua autonomia. De acordo com os protocolos podemos padronizar e institucionalizar procedimentos clínico e organizacional, qualificando nossa prestação de serviço para ser realizado da melhor forma possível (Domiciano, 2017).

2909

Garantindo sua excelência e respaldando o profissional nas funções pertinentes a ele, através de estratégias e normas padrões estabelecidos pela sistematização da unidade em que atua. O cuidado de enfermagem é fundamental iniciando no processo de saúde-doença tanto físico, quanto emocional, onde cada paciente terá seu tratamento direcionado até a recuperação. Tem o papel de promover a dignidade, manter o equilíbrio, e recuperar a totalidade humana (Powers et al., 2019).

No contexto do AVC, é uma enfermidade e espera-se que o profissional de saúde principalmente o enfermeiro, participe de forma ativa preparando o paciente a lidar com as sequelas, sendo assim o receptor dos cuidados. Para facilitar seu trabalho deve entender o caso do paciente, demonstrar afeto, mostrar segurança em suas condutas, assim garantindo a excelência do seu trabalho, com moral e ética em busca de seu objetivo, ou seja, a alta hospitalar em condições de uma vida normal dentro de suas limitações (Powers et al., 2019).

Para o cuidado de enfermagem a esses pacientes deve haver disciplina de apoio, tanto com o paciente quanto para a família, com o intuito de torna-los independente. Orientando assim a recuperação física e mental (Carvalho et al., 2019). Um trabalho dinâmico que depende

da assistência e eficiência do enfermeiro, para que haja uma reintegração do paciente na comunidade. A enfermagem atua auxiliando nos tipos de assistência ao paciente, instruindo a família nas condutas quanto ao tratamento (Lotufo et al., 2013).

Deve ser orientada quanto a importância do uso correto de medicação, higienização corporal evitando danos a integridade da pele, realização de mudança de decúbito e cuidados na transferência da cama para outros locais evitando riscos de queda. Sempre orientando a família e todos os envolvidos a realizar da melhor forma os cuidados cabíveis a eles (Carvalho; Bomfim; Domiciano, 2017).

A enfermagem deve oferecer uma educação em saúde aos cuidadores antes da alta hospitalar, sendo realizadas orientações referentes aos cuidados em domicílio, que serão realizados pelos cuidadores sem um profissional de saúde presente. No contexto, o objetivo do enfermeiro é minimizar a incapacidade funcional e evitar complicações secundárias nos pacientes pós AVC (Powers et al., 2019).

Todo o processo pode ser longo, havendo muita cobrança sobre os enfermeiros. O estudo de Carvalho e colaboradores (2019) apontam que o enfermeiro é destacado como o profissional que tem o maior contato com o paciente, diante disso, fica responsável por maior parte dos cuidados e procedimentos realizados (Lotufo et al., 2013).

2910

Este profissional atua com o propósito de diminuir as sequelas causadas pela doença e desenvolve a assistência focada no estado mental, espiritual, físico. Por isso, esse profissional deve estar apto a identificar as principais necessidades do paciente, com o intuito elaborar um plano de cuidados individualizado e garantir que o mesmo seja implementado de forma correta (Carvalho; Bomfim; Domiciano, 2017).

A assistência de enfermagem ao paciente com AVC deve ser sistematizada desde a identificação das necessidades apresentadas e o grau de urgência delas, bem como realização de intervenções que devem ser executadas em parceria com a equipe envolvida na assistência, possibilitando ao paciente a reabilitação de suas funções (Lotufo et al., 2013).

Nesse contexto, a enfermagem engloba um grupo de profissionais que buscam por meio da assistência e do cuidado, proporcionar a regressão de uma doença juntamente com a reabilitação de seus pacientes para reinserção na sociedade, sendo o enfermeiro líder da equipe (Carvalho; Bomfim; Domiciano, 2017).

Um norteador para equipe de enfermagem é a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, pois ela possibilita identificação dos problemas do paciente e fornece a

equipe condutas, cuidados de enfermagem, que devem ser implementadas visando solucionar os problemas identificados, contribuindo significativamente para recuperação e segurança do paciente (Carvalho; Bomfim; Domiciano, 2017).

No que se diz respeito ao paciente pós AVC, o mesmo fica muita restrito ao leito, pelo fato de muitas vezes o paciente ser acometido pela perda de movimentos e esse fator faz com que o indivíduo fique mais propenso de desenvolver lesões por pressão, que senão tratadas corretamente podem ser porta de entrada para infecções (Powers et al., 2019). É necessário que a equipe de enfermagem realize a mudança de decúbito pelo menos a cada três horas para que esse problema seja evitado e não cause outros (Carvalho et al., 2019).

3 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo caracterizou como uma revisão integrativa da literatura, abordagem metodológica certa para sintetizar, analisar, discutir conhecimentos científicos já publicados sobre a atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente grave com Acidente Vascular Cerebral (AVC) em ambientes de pronto-socorro.

A revisão de literatura possibilita identificar evidências, lacunas e boas práticas, contribuindo para a fundamentação teórica e prática da enfermagem em contextos de urgência e emergência neurológica. A pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados eletrônicas reconhecidas na área da saúde: PubMed, Scielo, LILACS, CINAHL e BVS.

2911

Para a delimitação dos artigos, foram utilizados descritores em português e inglês baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e no MeSH (Medical Subject Headings), tais como: “Enfermagem”, “Acidente Vascular Cerebral”, “Stroke”, “Urgência e Emergência”, “Pronto-Socorro”, “Nursing care”, “Critical patient”. A combinação de descritores foi realizada utilizando operadores booleanos (AND, OR) para ampliar a abrangência da pesquisa e garantir a inclusão de estudos relevantes.

3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

Estudos publicados nos últimos 10 anos, priorizando atualidade das evidências.

Artigos completos em português ou inglês.

Estudos que abordassem especificamente a atuação do enfermeiro em pacientes com AVC em serviços de urgência ou pronto-socorro.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão:

Artigos duplicados em diferentes bases de dados.

Publicações que não abordassem a atuação do enfermeiro de forma específica ou que tratassem apenas do AVC em contextos ambulatoriais ou de atenção primária.

Resumos, editoriais, cartas ao editor e artigos de opinião sem fundamentação científica.

3.2 Procedimentos de Seleção e Análise

A seleção dos estudos ocorreu em três etapas:

1. Leitura dos títulos e resumos, para identificação da relevância do tema.
2. Leitura integral dos artigos selecionados, garantindo que os conteúdos abordassem a atuação do enfermeiro no contexto do pronto-socorro para pacientes com AVC.
3. Extração e síntese das informações, organizadas em categorias temáticas:

Principais condutas de enfermagem no atendimento inicial.

Características do atendimento de urgência e emergência neurológica.

Repercussões orgânicas do AVC e implicações no cuidado.

A análise crítica envolveu a identificação de padrões, convergências e divergências entre os estudos, bem como avaliação da qualidade metodológica das publicações selecionadas.

2912

3.3 Aspectos Éticos

Por se tratar de uma revisão de literatura baseada em estudos já publicados, não houve envolvimento direto de seres humanos, não sendo necessária submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo, foi garantida a citação correta das fontes e o respeito aos direitos autorais, assegurando rigor acadêmico e científico.

4 RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, foram identificados os dez (10) artigos que atenderam aos critérios de inclusão, conforme destacado no tópico anterior.

Tabela 1 - Descrição dos artigos selecionados e organizados

AUTOR/ANO	TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADOS
SANTOS et al. (2021)	Independência no autocuidado nos doentes com acidente vascular cerebral: contribuição da enfermagem de reabilitação	Identificar o número de dias necessários à obtenção de ganhos em independência e quais estes ganhos, em indivíduos com acidente vascular cerebral internados num serviço de Medicina Física e Reabilitação, após intervenção do Enfermeiro de Reabilitação.	Os resultados obtidos permitiram concluir que se verificou a aquisição de ganhos em independência nos três autocuidados estudados
SOUZA et al., (2021)	Percepção de pessoas pós-Accidente Vascular Cerebral sobre o gerenciamento de caso conduzido por enfermeiro.	Identificar a percepção de pessoas pós-AVC acerca do gerenciamento de caso conduzido pelo enfermeiro.	O estudo aponta o papel fundamental da enfermagem, sobretudo, do profissional enfermeiro, frente a coordenação e realização dos procedimentos em todas as etapas do cuidado aos pacientes pós-AVC
MARTÍN-SANZ et al., (2022)	Cuidado centrado na pessoa em indivíduos com acidente vascular cerebral: um estudo qualitativo por meio de entrevistas em profundidade.	Descrever as perspectivas e barreiras percebidas e facilitadores de indivíduos com AVC em relação ao modelo PCC na reabilitação de AVC.	Pode-se constatar que o cuidado de enfermagem para com os indivíduos vítimas de AVC é essencial e indispensável, pois os profissionais de enfermagem estão presentes em todas as etapas do cuidado.
MORAES et al., (2022)	Caracterização clínica, incapacidade e mortalidade de pessoas com acidente vascular cerebral isquêmico em 90 dias.	Descrever características clínicas e a mortalidade de pessoas com acidente vascular cerebral isquêmico; comparar a incapacidade antes do evento e 90 dias depois	Constatou-se neste estudo que a enfermagem tem papel fundamental frente ao cuidado oferecido aos pacientes com AVC isquêmico. Tal cuidado vai desde as práticas de prevenção e controle de novas complicações, bem como no quadro de reabilitação.
BRANDÃO; FERRAZ; SAMPAIO (2020)	Retardo na chegada da pessoa com acidente vascular cerebral a um serviço hospitalar de referência.	Analizar fatores que retardam o atendimento dos pacientes na fase aguda do Acidente Vascular Cerebral em um hospital público de referência	O estudo demonstra que os enfermeiros enfrentam dificuldades no atendimento aos pacientes vítimas de AVC nas unidades de emergência, com destaque para demora de os pacientes chegarem até os serviços em tempo oportuno.
MUNIZ et al., (2023)	Fatores associados ao tempo de decisão para procurar atendimento em face ao acidente	Verificar a associação entre fatores sociodemográficos, clínicos, ambientais, cognitivos e emocionais e o	Evidenciou-se, neste estudo, que uma das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros é a demora que

	vascular cerebral isquêmico.	tempo de decisão de pessoas com acidente vascular cerebral isquêmico para procurar um serviço de saúde após o início dos sintomas ou <i>Wake up stroke</i> .	os pacientes apresentam para buscar pelos serviços de emergência, acarretando em desfechos indesejáveis.
RIBEIRO et al., (2021)	Assistência de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico	Identificar as principais condutas adotadas pela equipe de enfermagem diante de um paciente com Acidente Vascular Encefálico (AVE)	O estudo ressalta a importância do papel da equipe de enfermagem no tratamento de pacientes com AVC
SOUZA et al., (2022)	Gerenciamento de caso para pessoas com acidente vascular cerebral: estudo quase experimental.	Comparar o efeito da intervenção por enfermeira gerente de caso nos fatores de risco e na pressão arterial de pessoas pós Acidente Vascular Cerebral.	Identificou-se, neste estudo, a importância das intervenções de enfermeiros no período pós-AVC, assim como reforça o papel fundamental destes profissionais nas práticas de promoção da saúde e na gestão do cuidado para com esses pacientes.
BRANDÃO; LANZONI; PINTO (2022)	Rede de atenção às urgências e emergências: atendimento ao acidente vascular cerebral.	Analizar como ocorre o atendimento de pacientes com Acidente Vascular Cerebral isquêmico agudo considerando os fluxos assistenciais e os elementos restritivos e facilitadores do atendimento na Rede de Atenção às Urgências e Emergências de Salvador, Bahia, Brasil.	O estudo destaca que os profissionais de enfermagem precisam estar preparados para atuar nos casos de AVC, sendo, portanto, apontada a educação permanente em saúde uma prática indispensável para a melhoria do atendimento nestes casos.
BRANDÃO; LANZONI; PINTO (2023)	Interação profissional em rede no atendimento ao paciente com acidente vascular cerebral.	Compreender a interação profissional na RUE no atendimento ao paciente com AVC isquêmico agudo na cidade de Salvador/Bahia	O estudo aponta que os profissionais enfermeiros, por serem os primeiros a terem contato e realizar o atendimento inicial aos pacientes com AVC, são essenciais para um bom funcionamento da rede de atenção e cuidados com os demais profissionais

Fonte: Autoria própria, (2025)

2914

5 DISCUSSÃO

De acordo com Moraes e colaboradores (2022), o enfermeiro exerce papel essencial na triagem de pacientes que apresentam sinais e sintomas sugestivos de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Esse profissional deve manter atenção constante aos principais sinais de alerta, como fraqueza ou formigamento em um dos lados do corpo, confusão mental,

dificuldades na fala ou na compreensão, alterações visuais, desequilíbrio, tontura, alterações na marcha e cefaleia súbita e intensa sem causa aparente (Martín-Sanz et al., 2022).

Um estudo desenvolvido por Ribeiro e colaboradores (2021) reforça essa perspectiva ao destacar que a equipe de enfermagem desempenha função central no cuidado de pacientes acometidos por AVC. Segundo os autores, a compreensão aprofundada da condição clínica do indivíduo contribui diretamente para a adoção de condutas assistenciais mais assertivas e eficazes, assegurando um atendimento mais resolutivo e humanizado.

Conforme apontam Moraes e colaboradores (2022), o enfermeiro é o profissional que mantém maior contato com o paciente, sendo, portanto, responsável por grande parte dos cuidados diretos e procedimentos realizados. Sua atuação tem como propósito minimizar as sequelas decorrentes da doença, oferecendo uma assistência integral que abrange as dimensões física, mental e espiritual.

Para alcançar tal objetivo, é indispensável que o enfermeiro identifique as principais necessidades do paciente, elabore um plano de cuidados individualizado e garanta sua correta execução. A Doença Cerebrovascular (DCV) caracteriza-se por déficits neurológicos súbitos, resultantes do bloqueio ou da ruptura de vasos cerebrais, ocasionando danos significativos em áreas específicas do cérebro (Souza et al., 2021). A Isquemia Cerebral (IC), por sua vez, mostra uma condição complexa que demanda atuação integrada de equipes multiprofissionais.

2915

Nesse contexto, a enfermagem assume papel estratégico ao coordenar procedimentos, supervisionar condutas e oferecer suporte contínuo durante todas as etapas do cuidado (Souza et al., 2021; Martín-Sanz et al., 2022). O AVC, devido à sua alta incidência e impacto epidemiológico, reforça a necessidade de cuidados de enfermagem oportunos e qualificados, tanto na fase aguda quanto no processo de reabilitação, com ênfase na prevenção e no controle de complicações (Moraes et al., 2022).

As ações de enfermagem envolvem ainda a gestão do ambiente hospitalar e a organização da equipe assistencial, configurando um conjunto de práticas voltadas à atenção integral às demandas do paciente (Muniz et al., 2023). Nos serviços especializados em AVC agudo, os enfermeiros desempenham funções de avaliação, identificação, acompanhamento e reabilitação dos pacientes sobreviventes (Moraes et al., 2022).

No manejo da IC, o enfermeiro da emergência deve seguir protocolos específicos que compreendem a aferição de peso corporal, verificação dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, temperatura e saturação de oxigênio), mensuração da

glicemia capilar, administração de oxigênio suplementar quando necessária e coleta de exames laboratoriais (Martín-Sanz et al., 2022).

Além disso, o enfermeiro é responsável por alertar a equipe multiprofissional diante da identificação de um possível caso de AVC, permitindo a implementação imediata das condutas terapêuticas adequadas. No contexto do atendimento emergencial, destaca-se ainda a atuação da enfermagem no monitoramento do estado clínico e administração de medicamentos, como agentes antitrombóticos. Para tanto, é indispensável atualização contínua e embasamento, garantindo a condução segura e eficaz dos casos (Souza et al., 2021).

Para que o atendimento ao paciente com AVC agudo seja efetivo, é necessária a existência de uma rede estruturada e integrada, composta por profissionais devidamente capacitados nos serviços de emergência. Os enfermeiros, muitas vezes responsáveis pelo primeiro contato com o paciente, seja no atendimento pré-hospitalar ou nas salas de emergência, devem desenvolver visão abrangente que ultrapasse a abordagem da doença, compreendendo o funcionamento da rede assistencial como um todo (Brandão; Lanzani; Pinto, 2022).

O estudo de Souza e colaboradores (2022) evidenciou que intervenções conduzidas por enfermeiros no período pós-AVC resultaram em aumento da prática de atividade física, adoção de hábitos alimentares mais saudáveis e redução, ainda que discreta, dos níveis de pressão arterial, reforçando a importância da enfermagem na promoção da saúde e na gestão de condições clínicas complexas.

2916

Os enfermeiros especializados no cuidado ao AVC agudo desempenham papel determinante nos sistemas regionais de atendimento, sendo que educação permanente constitui elemento essencial para especialização, aprimoramento profissional, no gerenciamento de emergências quanto na atuação em unidades especializadas (Brandão; Lanzoni; Pinto, 2023).

Moraes (2022) ressalta que a adoção de protocolos padronizados de cuidados de enfermagem é estratégia eficaz para aprimorar os resultados clínicos, promover uniformidade no atendimento e aumentar a eficiência das intervenções. A presença de enfermeiros qualificados na linha de frente hospitalar, sobretudo na emergência, é determinante, uma vez que esses profissionais comumente são os primeiros a interagir com pacientes com AVC.

O sucesso do atendimento está diretamente relacionado à rapidez, à eficácia e ao conhecimento técnico-científico desses profissionais (Brandão; Lanzoni; Pinto, 2023). O investimento em treinamentos contínuos é essencial para aprimorar a qualificação assistencial,

a identificação precoce, a triagem, a ativação dos códigos de AVC e a determinação precisa do início dos sintomas.

A aplicação segura e eficiente de escalas de avaliação depende da capacitação dos profissionais e do uso de instrumentos de fácil aplicação (Santos et al., 2021). Brandão, Lanzoni e Pinto (2023) salientam que é fundamental direcionar o treinamento aos profissionais do atendimento pré-hospitalar e aos enfermeiros da emergência hospitalar, promovendo a criação de estratégias específicas e a sensibilização para a importância da agilidade e precisão no cuidado ao paciente com AVC.

Muniz e colaboradores (2023) complementam ao afirmar que manejo do AVC como emergência clínica é indispensável, exigindo reconhecimento de fatores de risco modificáveis, como obesidade, tabagismo, etilismo e sedentarismo, bem como o controle rigoroso de doenças crônicas, como hipertensão arterial, dislipidemias e diabetes mellitus.

A conscientização da população sobre riscos, as formas de prevenção e a identificação precoce dos sinais de alerta é igualmente necessária para reduzir danos neurológicos e promover melhor qualidade de vida (Brandão; Lanzoni; Pinto, 2023). O enfermeiro, nesse cenário, deve considerar as especificidades e realidade individual de cada paciente, garantindo uma abordagem humanizada e eficaz (Santos et al., 2021).

2917

No entanto, Brandão, Lanzoni e Pinto (2023) identificaram falhas significativas na rede de atenção às urgências e emergências, especialmente no atendimento aos pacientes com AVC. Os autores relatam que a centralização dos serviços em hospitais de referência, associada à escassez de recursos e vagas, compromete a qualidade do atendimento. A permanência prolongada de pacientes com doenças crônicas também contribui para a baixa rotatividade de leitos, ocasionando superlotação e sobrecarga dos profissionais (Santos et al., 2021).

Além disso, a falta de treinamento adequado entre parte dos profissionais prejudica a padronização das condutas e a efetividade dos protocolos assistenciais. O desconhecimento acerca dos sintomas do AVC e a demora na busca por atendimento médico, somados a dificuldades de transporte e de acesso aos serviços de saúde, constituem fatores que retardam o início do tratamento e agravam o prognóstico (Brandão; Ferraz; Sampaio, 2020).

Muniz e colaboradores (2023) também destacam que muitos pacientes, principalmente homens, demoram a procurar os serviços de emergência, o que frequentemente resulta em desfechos desfavoráveis, visto que o tempo hábil para intervenções terapêuticas eficazes é perdido. Ribeiro (2021) reforça essas dificuldades ao apontar escassez de exames diagnósticos,

o não cumprimento das janelas terapêuticas e falha na aplicação dos protocolos de atendimento e na classificação de risco.

Dante desse panorama, torna-se imperativo que os enfermeiros estejam devidamente capacitados para reconhecer as manifestações clínicas do AVC, visto que geralmente são os primeiros profissionais a acolher e avaliar o paciente nas unidades de urgência. O diagnóstico precoce e a escolha da terapêutica adequada são fatores determinantes para o bom prognóstico e recuperação funcional do paciente.

As intervenções de enfermagem voltadas à promoção da independência e do autocuidado dos pacientes com AVC são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida e para o processo de reabilitação (Santos et al., 2021). Segundo os autores, essas intervenções devem centrar-se em ações que substituam, complementem ou supervisionem o paciente quando este ainda não possui capacidade plena de autocuidado, incentivando-o à aquisição progressiva de competências que favoreçam sua autonomia.

6 CONCLUSÃO

O estudo nos permitiu concluir com base nos artigos avaliados, que à atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente grave com AVC em ambiente de pronto-socorro constitui um elemento essencial para o sucesso terapêutico e para a redução da mortalidade e das sequelas neurológicas. O estudo permitiu identificar que as condutas de enfermagem frente à esse paciente grave na emergência devem ser pautadas em ações rápidas, precisas e fundamentadas em protocolos clínico-assistenciais atualizados, uma vez que tempo de resposta é fator determinante no prognóstico do paciente.

2918

Entre as principais condutas do enfermeiro no atendimento emergencial ao paciente com AVC, destacam-se: o reconhecimento imediato dos sinais e sintomas neurológicos agudos, a realização de avaliação clínica inicial sistematizada, a aferição e o controle dos sinais vitais, a manutenção da via aérea pérvia e da oxigenação adequada, o monitoramento contínuo do nível de consciência, a coleta de exames laboratoriais e a notificação imediata da equipe médica.

Além dessas ações, o enfermeiro é responsável pela supervisão dos medicamentos, como trombolíticos, anticoagulantes e antihipertensivos, pela avaliação da resposta terapêutica e pela organização do fluxo de atendimento, articulando o trabalho multiprofissional para otimizar o tempo de intervenção.

A abordagem deve priorizar o atendimento humanizado, a comunicação eficaz com o paciente e seus familiares e a coordenação da equipe de enfermagem, garantindo a continuidade e a integralidade do cuidado. Quanto à caracterização do AVC, verificou-se que trata de uma condição de instalação súbita, resultante da interrupção ou ruptura do fluxo sanguíneo cerebral, levando a repercussões orgânicas imediatas, como déficit motor, sensitivo, cognitivo, além de complicações sistêmicas decorrentes do comprometimento neurológico.

Diante disso, o enfermeiro atua não apenas no manejo clínico imediato, mas também na prevenção de complicações secundárias, como broncoaspiração, úlceras por pressão, infecções e instabilidade hemodinâmica. Em relação às atribuições específicas da enfermagem hospitalar, evidenciou-se que o enfermeiro tem papel fundamental na triagem, acolhimento e classificação de risco, no monitoramento clínico contínuo, na execução de cuidados diretos e na coordenação da equipe de enfermagem.

Ademais, é responsável pela educação permanente dos profissionais e pela implementação de protocolos de atendimento, que contribuem para padronização das condutas e para a melhoria dos resultados clínicos. Dessa forma, em resposta à problemática deste estudo, *quais as condutas do enfermeiro utilizadas no atendimento do Pronto-Socorro a pacientes com AVC,* conclui-se que as práticas de enfermagem envolvem o reconhecimento precoce dos sinais de alerta, a triagem imediata, a aplicação de protocolos específicos de AVC.

A realização de intervenções de suporte vital e o monitoramento contínuo do estado neurológico do paciente. A atuação do enfermeiro é determinante para desfecho clínico, visto que sua intervenção precoce e coordenada contribui significativamente para a redução de sequelas e para o aumento das taxas de recuperação funcional.

Portanto, evidencia-se que a qualificação profissional, o treinamento contínuo e o embasamento científico são indispensáveis para que o enfermeiro desempenhe um papel seguro e resolutivo no atendimento ao paciente com AVC em pronto-socorro. A integração entre conhecimento técnico, protocolos assistenciais e visão humanizada do cuidado constitui a base para um atendimento eficaz, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência e para o fortalecimento das práticas de enfermagem em emergências neurológicas.

2919

REFERÊNCIAS

- AMORIM, D. Características clínicas e fatores de riscos em pacientes jovens com acidente vascular cerebral. Salvador: UFBA, 2012. (Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia), 2012.

BARBOSA, M. et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário. *Rev Bras Clin Med.*, v. 7, n.1, p. 357-360, 2009.

BENSENOR, I.; GOULART, A.; SZWARCWALD, C. Prevalência de AVC e incapacidade associada no Brasil: pesquisa nacional de saúde. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* v.73 n.9, set. 2015.

BIANCHINI, S. Cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico: revisão integrativa. *Online braz. j. nurs.* v. 9, n. 2, n.p., 2009.

BOTELHO, T. et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. *Temas em saúde*, v. 16, n. 2, p. 361-377, 2016.

BRANDÃO P.; LANZONI, G.; PINTO, I. Interação profissional em rede no atendimento ao paciente com acidente vascular cerebral. *Rev Bras Enferm.* v. 75, n. 5, e, 2022.

BRANDÃO P.; LANZONI, G.; PINTO, I. Rede de atenção às urgências e emergências: atendimento ao acidente vascular cerebral. *Acta paul enferm [Internet]*. 2023; v. 36, e. APE00061, p. 1-9, 2023.

BRANDÃO, P.; FERRAZ, M.; SAMPAIO, E. Retardo na chegada da pessoa com acidente vascular cerebral a um serviço hospitalar de referência. *Nursing Edição Brasileira*, v. 23, n. 271, p. 4979-4990, 2020.

2920

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria MS/GM Nº 664, de 12 de abril de 2012. Diário Oficial da União, 2012.

CAVALCANTE, T. et al. Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 6, p. 1495-1500, 2011.

CUNHA, M. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no doente com AVC isquêmico e a demora média de internamento hospitalar. 2014. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) - Escola Superior de Saúde de Bragança – Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, 2014.

EVARISTO, E. Acidente Vascular Cerebral - Emergências clínicas: abordagem prática. 2. ed. Barueri: Editora Manole; 2006.

KATSUJ, I. et al. Paradoxical ATP elevation in ischemic penumbra revealed by quantitative mass spectrometry image. *Antioxid. Redox Signal.* v. 13, n. 8, p.1157, 2010.

KOIZUMI, M. Avaliação do nível de consciência em pacientes com traumatismo crânioencefálico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 31, n. 1, p. 23-31, 1978.

LIMA, A.; SILVA, A.; GUERRA, DR.; BARBOSA, I. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.* jul./ago., 2016.

LOTUFO, P.; BENENOR, I. Raça e mortalidade cerebrovascular no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, p. 1201-1204, 2013.

MARIANO, J. Conhecimento populacional no município de Uberlândia - MG sobre acidente vascular encefálico x cobertura da atenção básica. 2017. 58f. TCC (Graduação em enfermagem) - Universidade Federal de Uberlândia, 2017.

MARTÍN-SANZ, M. et al. Cuidado centrado na pessoa em indivíduos com acidente vascular cerebral: um estudo qualitativo por meio de entrevistas em profundidade. *Annals of medicine*, v. 54, n. 1, p. 2167-2180, 2022.

MARTINS, N. Envelhecimento e Iniquidades na Saúde. Mestrado em Economia e Política. Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa, 2017.

MENOITA, E. et al. Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Portugal: Lusodidacta, 2012.

MORAES, M. et al. Caracterização clínica, incapacidade e mortalidade de pessoas com acidente vascular cerebral isquêmico em 90 dias. *Rev Bras Enferm*. v. 75, n. 2, e. 20201383, p. 1-9, 2022.

MORAIS, M. Projeto de pesquisa o conhecimento da população de Uberlândia sobre o fluxo do acidente vascular encefálico: o caminho curto para uma vida longa. 2017. 55f. TCC (Graduação em enfermagem) - Universidade Federal de Uberlândia, 2017.

2921

MUNIZ, L. et al. Fatores associados ao tempo de decisão para procurar atendimento em face ao acidente vascular cerebral isquêmico. *Rev Esc Enferm USP*. v. 57, e. 20230075, p. 1-11, 2023.

NOGUEIRA, R. et al. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. *New England Journal of Medicine*, v. 378, n. 1, p. 11-21, 2018.

OLIVEIRA, A.; DODO, B.; GONÇALVES, C. Assistência de enfermagem a um paciente sequelado por acidente vascular cerebral no domicílio baseado na teoria de Orem. Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem, 2016.

OLIVEIRA, D. Análise do perfil epidemiológico de pacientes com acidente vascular encefálico atendidos na clínica escola de saúde do UNIFOR-MG. Formiga: UNIFOR-MG. (Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Formiga UNIFOR-MG). 2013.

OLIVEIRA, A. et al. Diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício em pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev. enferm. UERJ*, v. 20, n. 2, p. 221-228, 2012

PEREIRA, R.; DOS SANTOS E.; FHON, JR. Burden on caregivers of elderly victims of cerebrovascular accident. *Rev. esc. enferm. USP*. v. 47, n.1, p.185-192, 2013.

POWERS, W. et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, v. 49, n. 3, p. e46-e110, 2018.

RIBEIRO, M. et al. Assistência de enfermagem ao paciente com Acidente Vascular Encefálico. Rev. Enferm. Atual In Derme [Internet]. v. 95, n. 34, e. 021091, p. 1-9, 2021.

ROLIM, C.; MARTINS, M. O uso de tomografia computadorizada nas internações por acidente vascular cerebral no Sistema Único de Saúde no Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 15, p. 179-187, 2012.

SANTOS, J. et al. Independência no autocuidado nos doentes com acidente vascular cerebral: contribuição da enfermagem de reabilitação. Enfermagem em Foco, v. 12, n. 2, 2021.

SOUZA, P. et al. Gerenciamento de caso para pessoas com acidente vascular cerebral: estudo quase experimental. Cogitare Enferm [Internet]. v. 27, e. 81759, p. 1-11, 2022.

SOUZA, P. et al. Percepção de pessoas pós-Acidente Vascular Cerebral sobre o gerenciamento de caso conduzido por enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2021; v. 55, e. 03703, p. 1-7, 2021.