

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JOSY ERIKA CABRAL DOS SANTOS

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL AGUDO EM TRATAMENTO DE TROMBÓLISE:
UMA REVISÃO NARRATIVA**

**UBERLÂNDIA
2019**

JOSY ERIKA CABRAL DOS SANTOS

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL AGUDO EM TRATAMENTO DE TROMBÓLISE:
UMA REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso, a ser apresentado a banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia.

Orientadora: Dra. Karine Santana de Azevedo Zago

**UBERLÂNDIA
2019**

JOSY ERIKA CABRAL DOS SANTOS

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL AGUDO EM TRATAMENTO DE TROMBÓLISE:
UMA REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso, a ser apresentado a banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia.

Orientadora: Dra. Karine Santana de Azevedo Zago

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Professor 1

Professor 2

Professor 3

RESUMO

Introdução: As doenças cerebrovasculares têm grande impacto sobre a saúde da população, tendo relevância o acidente vascular cerebral (AVC), o qual atualmente é uma das principais causas de mortalidade e morbidade em todo o mundo. **Objetivo:** realizar um levantamento bibliográfico do tema AVC em todas as suas faces e disponibilizar conteúdo científico para construção de protocolos e capacitações da equipe de enfermagem do Hospital de Clínicas de Uberlândia. **Método:** Trata -se de estudo de revisão narrativa de literatura, com busca de artigos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), pela base de dado: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram utilizados os seguintes descritores (Decs): “Acidente Vascular Encefálico” AND “Cuidados de Enfermagem”; “Acidente Vascular Encefálico” AND Enfermagem; “Acidente Vascular Cerebral” AND “Trombólise”; “Acidente Vascular Cerebral” AND “Tratamento”. **Resultados e discussões:** Aplicando os critérios de inclusão e exclusão, apenas 6 artigos compuseram essa revisão narrativa. Por meio deste estudo, ficou evidente o quão importante é a prevenção dos fatores de risco para o AVC, além da necessidade de um atendimento rápido e eficaz, sobretudo através de uma assistência de enfermagem individualizada, sistematizada e de qualidade, para que as sequelas do AVC possam ser minimizadas. **Considerações finais:** O conteúdo presente neste estudo pode contribuir para a elaboração de protocolos e manuais para enfermeiros e outros profissionais envolvidos diretamente ou indiretamente nos cuidados dos pacientes com AVC. Pode ainda servir como um guia para realização de treinamentos de alunos de graduação, pós-graduação e enfermeiros assistenciais.

Descritores: Acidente Vascular Encefálico. Cuidados de Enfermagem. Trombólise. Tratamento AVC.

ABSTRACT

Introduction: Cerebrovascular diseases have a major impact on the health of the population. Stroke, which is currently a leading cause of mortality and morbidity in the world, is of importance. **Objective:** to carry out a bibliographic survey of the AVE theme in all its faces and to provide scientific content for the construction of protocols and training of Hospital de Clínicas de Uberlândia nursing team. **Method:** This is a narrative review of literature, with search of articles in the Virtual Health Library (BVS-BIREME), by the database: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and virtual library: Scientific Electronic Library Online (SCIELO). The following descriptors (Decs) were used: "Vascular Brain Accident" AND "Nursing Care"; "Vascular Brain Accident" AND Nursing; "Cerebral Vascular Accident" AND Thrombolysis; "Stroke" AND Treatment. **Results and discussions:** Applying the inclusion and exclusion criteria, only 6 articles composed this narrative review. Through this study, it was evident how important the prevention of risk factors for stroke is, as well as the need for fast and effective care, especially through an individualized, systematized and quality nursing assistance, so that the Can be minimized. **Final considerations:** The content present in this study can contribute to the elaboration of protocols and manuals for nurses and other professionals involved directly or indirectly in the care of stroke patients. It can also serve as a guide for conducting undergraduate, postgraduate and assistant nurse training.

Key words: Cerebral Vascular Accident. Nursing care. Thrombolysis. AVC treatments.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Descrição dos artigos selecionados com as variáveis: Título do estudo, autores, revista e ano de publicação..... | 20 |
| Quadro 2 - Descrição dos artigos selecionados com as variáveis: Título, objetivo, metodologia e resultados..... | 21 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|--------|--|
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| AVE | Acidente Vascular Encefálico |
| AVCH | Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico |
| AVCI | Acidente Vascular Cerebral Isquêmico |
| AIT | Ataque Isquêmico Transitório |
| BVS | Biblioteca Virtual de Saúde |
| FDA | Federal Drug Administration |
| FA | Fibrilação atrial |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| LILACS | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| NIHSS | National Institute of Health Stroke Scale |
| NHSS | National Institutes of Health |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PA | Pressão arterial |
| PIC | Pressão intracraniana |
| RUE | Rede de Urgência e Emergência |
| SciELO | Scientific Electronic Library Online |
| UFU | Universidade Federal de Uberlândia |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 12 |
| 2.1 | Classificação e etiologia do Acidentes Vascular Cerebral | 12 |
| 2.2 | Fatores de risco e prevenção do AVC | 13 |
| 2.3 | Manifestações clínicas do AVC..... | 14 |
| 2.4 | Diagnósticos do AVC | 14 |
| 3 | MATERIAL E MÉTODO | 19 |
| 4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES | 20 |
| 4.1 | Análise dos estudos presentes nos artigos selecionados | 24 |
| 4.1.1 | <i>Monitoramento dos Sinais Vitais</i> | <i>24</i> |
| 4.1.2 | <i>Padrões assistenciais</i> | <i>25</i> |
| 4.1.3 | <i>Prevenção e reabilitação</i> | <i>26</i> |
| 4.1.4 | <i>Administração de drogas</i> | <i>28</i> |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 29 |
| | REFERÊNCIAS | 31 |

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC), também conhecido como Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou derrame cerebral, representa a segunda maior causa de óbitos no mundo e uma das principais causas de incapacidade física do paciente. No Brasil, está entre os principais fatores de mortalidade e internações. O AVC é mais prevalente em adultos de meia idade e idosos, e na maioria dos casos pode gerar incapacitação física parcial ou completa, ou levar ao óbito do paciente (ALMEIDA, 2012; LIMA *et al.*, 2016). A PORTARIA GM/MS nº 664/2012 do ministério da saúde revela que um quarto dos pacientes com AVC evoluem a óbito após um mês, 66% após seis meses e 50% após um ano (BRASIL, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS (2009) as práticas educativas diminuem a repercussão do AVC. A melhoria no diagnóstico, tratamento, prevenção e reabilitação do AVC dependem de práticas que vão além dos hospitais e clínicas (HACHINSKI *et al.*, 2010; OMS, 2009). Vários trabalhos afirmam que a população brasileira apresenta pouco conhecimento sobre o AVC e sobre como reconhecer seus sintomas precocemente (CHANG *et al.*, 2004; COSTA *et al.*, 2010; NETO *et al.*, 2008; SCHENEIDER *et al.*, 2003).

O AVC é um déficit neurológico consequente de um distúrbio na circulação cerebral que tem início súbito. Pode ser classificado como isquêmico (85%) e hemorrágico (15%). O tipo isquêmico é consequência da obstrução súbita de um ou mais vasos por um êmbolo ou trombo ocasionando uma hipoperfusão cerebral. Já o tipo hemorrágico é decorrente do rompimento de um vaso, que culminará em extravasamento de sangue no espaço subaracnóide ou à formação de um hematoma intraparenquimatoso. São registradas cerca de 68 mil mortes por AVC no Brasil anualmente. O reconhecimento dos sintomas e diagnóstico precoce do AVC são essenciais para o paciente, uma vez que o tratamento deve ser iniciado em até 4,5 horas após o início dos sintomas. Para agilizar o processo de encaminhamento da vítima com AVC para uma unidade de referência é necessário que a população esteja capacitada e informada do protocolo a ser seguido, garantindo o melhor prognóstico possível para a vítima. Assim, é de extrema importância a educação em saúde e a realização de campanhas sobre o AVC que guiem a população para o atendimento das vítimas (BASTOS, 2014; GANDRA, 2017).

O AVC é uma doença grandemente onerosa devido à grande morbi-mortalidade, custos elevados para os serviços de saúde e previdência, necessidade de assistência avançada e especializada, e repercussões familiares (GO *et al.*, 2014; WOLFE, 2000). De 2012 a 2014

foram investidos R\$437 milhões para amplificar a assistência aos pacientes acometidos pelo AVC e em ações preventivas (BRASIL, 2012).

Os pacientes diagnosticados com AVC custam em média 6 mil para o SUS, sendo que esse valor varia de acordo com o prognóstico e intervenções necessárias. Pacientes que evoluem bem do déficit neurológico tem um custo aproximado de R\$640. Já em pacientes debilitados o valor é em média R\$32 mil (BOTELHO *et al.*, 2016 *apud* ABRAMCZUK; VILLELA, 2009).

Ações de educação continuada e comunitária em saúde, e o planejamento participativo são de grande importância para um sistema de saúde que almeje a defesa a vida. Uma das principais iniciativas para desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde é a remodelação do sistema de saúde, valorizando a lógica do cuidado de acordo com a organização dos serviços a partir da articulação de pontos de atenção, visando qualidade da assistência e buscando resultados que causem impacto no cuidado prestado (BRASIL, 2010).

A atenção primária do SUS é responsável por ações de saúde complexas no âmbito individual e coletivo; atua também na promoção de saúde e prevenção de agravos, implicando enfaticamente na situação de saúde, na autonomia dos indivíduos, e nos condicionantes e determinantes de saúde sociais. A educação como um promotor de saúde é inegável e vem sendo reconhecida por diversos autores como uma peça fundamental para melhora na qualidade de vida. As experiências de ensino-aprendizagem ao longo do tempo são responsáveis pelo sucesso ou fracasso das práticas de saúde, influenciando diretamente nas decisões tomadas ao longo da existência dos indivíduos, podendo assim diminuir, manter ou aumentar o nível de saúde (MARIANO, 2017).

Assim, o objetivo geral dessa pesquisa foi realizar um levantamento bibliográfico sobre as intervenções de enfermagem para o cuidado hospitalar do paciente com AVC isquêmico. Os objetivos específicos foram buscar na literatura a definição de AVC, bem como sua classificação, etiologia e dados epidemiológicos; disponibilizar os tratamentos disponíveis de acordo com o AVC sofrido e quais os cuidados devem ser tomados de acordo com o prognóstico do paciente; fundamentar e justificar as ações de enfermagem prestadas ao paciente que sofreu o AVC.

Tal estudo se justifica pois reúne conteúdo que possa subsidiar futuras capacitações com informações acerca do AVC, tendo competência para atuar no atendimento pré-hospitalar, identificando os sintomas e encaminhando a vítima a um centro com atendimento especializado, onde ele terá atendimento em tempo hábil para ter o tratamento adequado, dentro da janela terapêutica prevista. O conteúdo discutido poderá ser utilizado por

profissionais para planejar ações de prevenção e promoção de saúde em qualquer nível de atenção hospitalar. Os conceitos adquiridos através da educação continuada servem não só para transmitir conhecimentos historicamente acumulados, mas para construir novos conhecimentos de forma a melhorar a qualidade de vida de todos os indivíduos que a integram.

É sabido que o AVC é uma das principais causas de incapacidade a longo prazo, porém as sequelas podem ser diminuídas com o acesso ao tratamento adequado dentro da janela terapêutica. Para tanto, a população e os profissionais de saúde devem estar capacitados para o manejo do paciente até o centro de referência, possibilitando intervenções efetivas disponíveis, dentre elas, a trombólise (MORAIS, 2017).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Classificação e etiologia do Acidentes Vascular Cerebral

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

Existem dois tipos de AVC, classificados de acordo com o mecanismo que o ocasionou: o mais comum, representando 85% dos casos, é o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI). Nesse, o fluxo sanguíneo cerebral é diminuído devido a obstrução de algum vaso. E Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH), onde a diminuição do fluxo sanguíneo cerebral é consequente do rompimento de vasos que irrigavam a região afetada (LIMA *et al.*, 2016).

Há ainda subdivisões do AVCI e AVCH de acordo com sua etiologia. O AVCI pode ser classificado em trombótico, embólico e lacunar. O AVCI trombótico é o mais comum e deriva da acumulação de placas de ateroma no interior dos vasos, diminuindo assim o fluxo sanguíneo do mesmo. Uma das suas principais causas é a estenose da carótida. O AVCI embólico é causado por um êmbolo oriundo de outra parte do corpo, que devido à circulação se aloja nas artérias cerebrais. Os êmbolos geralmente são consequência de doenças cardiovasculares, como a fibrilação atrial (FA), endocardite bacteriana aguda, arritmias e complicações pós cirúrgicas de próteses valvulares e cirurgias vasculares. Podem ser definidos como êmbolos gordos quando originam-se de fraturas de ossos; gasosos, quando são derivados de uma cirurgia ou traumatismo e, por último, podem ter origem tumoral. O AVCI lacunar é o mais raro, representando apenas 10% dos AVCI e são ocasionados por enfartes de vasos que perfuram o cérebro. É muito comum em indivíduos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não controlada (CUNHA, 2014; MARTINS, 2002; MARTINS, 2007).

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

2.2 Fatores de risco e prevenção do AVC

São vários os fatores de risco relacionados ao AVC, modificáveis e não modificáveis. Dentre os não modificáveis, ou seja, não passíveis de intervenção, podemos citar 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 (BARBOSA *et al.*, 2009; CUNHA, 2014; LOTUFO *et al.*, 2013).

De maneira geral, grande parte dos AVC são devidos à aterosclerose de pequenas e grandes artérias cerebrais, e êmbolos cardiogênicos (BRASIL, 2012). Em mulheres, o aparecimento do AVC está comumente relacionado à hiperglicemia, uso de contraceptivos orais e histórico familiar positivo para doenças tromboembólicas. Mas de forma geral o AVCH é resultado de HAS, tumores, aneurismas, arteriosclerose e traumatismos (MENOITA, 2012).

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

2.3 Manifestações clínicas do AVC

A sintomatologia do AVC é variável e dependente do local lesionado (BOTELHO, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012):

De forma geral, o paciente apresenta déficit focal de início súbito. Pode haver ou não perda de consciência. Os principais fatores a serem observados são: 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, perda de equilíbrio e/ou coordenação; dor de cabeça súbita sem causa aparente (BRASIL, 2012).

Sintomas focais, geralmente remetem lesões localizadas, já sintomas globais geralmente são devidos à hipoperfusão cerebral, parada cardiorrespiratória e fibrilação ventricular. Alguns sintomas são mais comuns dependendo do tipo de AVC sofrido. No AVCI quando há comprometimento da carótida há a diminuição do nível de consciência, déficit motor e cognitivo, dislalia e alteração visual. Quando há comprometimento da circulação vertebral, percebe-se alterações motoras e sensitivas, disartria e disfagia, mudanças na visão e coordenação motora, diplopia, ptose, paralisia facial, vertigem, nistagmo, entre outras. Já no AVCH quando há hemorragia intraparenquimatosa, nota-se déficit neurológico focal, cefaleia, vômito, náuseas, diminuição do nível de consciência, crises convulsivas, distúrbios na linguagem, e rebaixamento do nível de consciência. Quando há hemorragia subaracnóidea há o aparecimento súbito de cefaleia intensa e holocraniana, náuseas, vertigem, convulsões, irritação meníngea, déficit motor e sensitivo, e distúrbios na linguagem (BIANCHINI, 2009; EVARISTO, 2006; SUMMERS, 2009).

De forma geral, o AVCI aparece em territórios arteriais e o AVCH onde há vulnerabilidade vascular (CUNHA, 2014; MENOITA, 2012).

2.4 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).

Existem várias escalas que foram criadas para identificar rapidamente o paciente que está sofrendo o AVC e direcionar o profissional que o atendeu. No atendimento pré-hospitalar comumente usa-se a escala de Cincinnati, que tem como similares a *Face Arm Speech Test* ou FAST e a *Los Angeles Prehospital Stroke Scale*. De modo geral avalia três itens: queda facial (que pode ser observada quando o paciente sorri e um dos lados da face fica paralisado), fraqueza dos braços (ao solicitar que o paciente feche os olhos e erga os braços por dez segundos, um dos membros não se movimenta) e discurso incorreto ou pronúncia alterada. Havendo alterações em qualquer um destes itens, há 72% de probabilidade do paciente estar sofrendo um AVC, porém outras patologias não devem ser descartadas (BIANCHINI, 2009).

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

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

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

Para diagnóstico do AVC, deve-se investigar a história clínica, bem como os fatores de risco e sinais e sintomas apresentados pelo paciente. As lesões isquêmicas dificilmente são visualizadas nas primeiras horas, mas a tomografia computadorizada de crânio auxilia no diagnóstico e exclusão do AVCH, apontando a extensão da hemorragia quando esta está presente. Podem também ser realizados ressonância magnética e angiografia dos vasos encefálicos. Por último, quando a tomografia de crânio não aponta anomalias e suspeita-se de AVCH, pode ser feito a coleta de líquor cefalorraquidiano (BIANCHINI, 2009).

2.5 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. O enfermeiro deve ser capaz de reconhecer os sintomas neurológicos sugestivos de AVC e avaliar rapidamente o tempo inicial dos sintomas. Um instrumento utilizado para avaliação neurológica e indicação do uso do trombolítico é a escala de AVC da *National Institutes of Health* (NHSS) (CAVALCANTE, 2011).

Nesses locais de referência o código AVC é disseminado e promove uma série de ações coordenadas na unidade de saúde ou interunidades da Rede de Urgência e Emergência (RUE). São realizados vários exames, dentre eles a tomografia computadorizada, que indica qual tipo de AVC o paciente sofreu. Se confirmado o AVC isquêmico, o paciente é encaminhado para a realização da trombólise. No caso do diagnóstico positivo para AVC do tipo hemorrágico, avalia-se o local apóxico e estuda-se a possibilidade de intervenção cirúrgica (MORAIS, 2017).

Nos últimos anos com os avanços tecnológicos, farmacológicos e de pesquisas, as abordagens e tratamentos das doenças cerebrovasculares tem se modificado. O AVC agudo passou a ter uma abordagem interventiva. O AVC passou a ser considerado uma emergência, culminando numa intervenção mais rápida e sistematizada (CUNHA, 2014).

Por definição, a fase aguda do AVC é definida pelo período de 48 horas com déficit neurológico (BIANCHINI, 2009), mas se o cérebro permanecer em isquemia por um longo tempo (aproximadamente de 4-6 horas) as lesões cerebrais são irreversíveis. Os tratamentos disponíveis para o AVCI e O AVCH são diferentes, mas ambos incluem suporte clínico, prevenção e tratamento de complicações, reabilitação e prevenção de demais ocorrências (BIANCHINI, 2009; EVARISTO, 2006).

Havendo confirmação do AVCI, em até 4 horas e meia deve-se iniciar a neuroproteção e administrar o rt-PA (ativador do plasminogênio tissular recombinante). O objetivo do tratamento na fase aguda do AVCI é limitar a área da penumbra isquêmica, que é uma região com isquêmica, porém com células ainda viáveis e potencialmente recuperáveis, e evitar novos AVC. Para tanto, o monitoramento dos parâmetros fisiológicos e a garantia da reperfusão tecidual são essenciais. A pressão arterial deve ser mantida inferior a 220/120 mmHg, atentando-se para o risco de hipoperfusão da área afetada; é necessário monitorar também a temperatura corporal e hipóxia cerebral, evitando assim o aumento do dano

cerebral. Caso não haja administração do rt-PA em tempo hábil, a terapia farmacológica com o ácido acetilsalicílico deve ser utilizada. No AVCH a intervenção cirúrgica para drenagem do hematoma deve ser considerada, e o controle da pressão arterial (PA) e da pressão intracraniana (PIC) são de extrema importância (BRASIL, 2012; BIANCHINI, 2009; CUNHA, 2014).

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

Para realização da trombólise endovenosa, deve-se observar uma janela terapêutica, que equivale a 4,5 horas após o aparecimento dos sintomas. A trombólise objetiva intervir nos mecanismos fisiopatológicos ocasionados pela isquemia e diminuir as suas consequências, o que exige um rápido atendimento do paciente com AVC (MILÁN *et al.*, 2010). Todos os casos de AVC isquêmico devem ser considerados como potenciais receptores do tratamento trombolítico, independentemente da região cerebral afetada (MARIANO, 2017).

A American Heart Association, Council on Cardiovascular Nursing e Stroke Council recomenda para o tratamento com o trombolítico: avaliação neurológica e aferição de sinais vitais (com exceção da temperatura) a cada 15 minutos durante a infusão do rt-PA. Nas seis horas seguintes esses parâmetros devem ser avaliados a cada meia hora e nas 16 horas subsequentes, deve-se avaliar a cada 60 minutos. A temperatura deve ser avaliada a 4 horas e o médico deve ser informado caso haja qualquer alteração nos sinais vitais. Caso a saturação de oxigênio for menor que 92% deve-se oferecer oxigênio por cateter nasal a 2-3 litros por minuto. A monitorização cardíaca deve ser mantida por 72 horas e o paciente deve manter repouso no leito (CAVALCANTE, 2011).

Visando melhorar a assistência prestada aos pacientes, diminuir as sequelas e aumentar as possibilidades terapêuticas foram criadas as unidades de AVC, que são centros especializados em diagnóstico e tratamento, com profissionais devidamente treinados e com todo suporte tecnológico necessário para atendimento em tempo hábil do paciente com AVC. O Hospital de Clínicas de Uberlândia em novembro de 2016 aderiu ao protocolo de atendimento ao AVC agudo. Assim, é necessário um acúmulo de referencial teórico sobre o AVC em todas as suas perspectivas, para elaboração de protocolos e capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento dos indivíduos, garantindo qualidade de

atendimento, melhorando o prognóstico e aumentando a qualidade de vida dos pacientes atendidos. O presente trabalho tem a finalidade de fornecer esse conteúdo para contribuir na construção desses protocolos e capacitações, com foco na equipe de enfermagem, que é peça fundamental em todas as etapas, desde o diagnóstico até o tratamento do paciente que sofreu o AVC.

3 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativa, documental, exploratório, de revisão narrativa de literatura. Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas sobre determinado assunto. Esta categoria de artigos tem um papel fundamental para a educação continuada, pois permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo (ROTHER, 2007), e de forma objetiva, clara e adequadamente problematizada.

A busca dos estudos foi realizada nos meses de Abril a Junho de 2019 e desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), pela base de dado: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e biblioteca virtual: Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizados os seguintes descritores padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde (Decs): “Acidente Vascular Encefálico” AND “Cuidados de Enfermagem”; “Acidente Vascular Encefálico” AND “Enfermagem”; “Acidente Vascular Cerebral” AND “Trombólise”; “Acidente Vascular Cerebral” AND “Tratamento”.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontrados 85 artigos e após a leitura dos resumos, foram selecionados 13 artigos. Com a leitura na íntegra, somente 06 atenderam aos critérios de inclusão e o foco sobre a temática. Constatou-se que as publicações que foram selecionadas abordam a etiologia e sintomas do Acidente Vascular Cerebral, tratamentos como trombólise ou tratamento trombolítico, reabilitação e cuidados de enfermagem.

Para melhor esclarecer o leitor, foi elaborado um quadro, no qual foram apresentados os achados, descritos segundo seus respectivos títulos e autorias dos estudos, ano de publicação e revista em que foi publicado (QUADRO 1). Um segundo quadro (QUADRO 2) foi elaborado onde é apresentado título, objetivo, metodologia e resultados.

Quadro 1: Descrição dos artigos selecionados com as variáveis: Título do estudo, autores, revista e ano de publicação.

| Estudo | Título | Autores | Revista/Ano |
|---------------|--|---|---|
| 1 | Cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico: revisão integrativa | Suzana Maria Bianchini, Cristina Maria Galvão, Edna Aparecida Moura Arcuri. | Online Brazilian Journal of Nursing, 2010. |
| 2 | Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura | Tahissa Frota Cavalcante, Rafaella Pessoa Moreira, Nirla Gomes Guedes, Thelma Leite de Araujo, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Marta Maria Coelho Damasceno, Francisca Elisângela Teixeira Lima. | Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2011. |
| 3 | Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa | Ana Carolina Maria Araújo Chagas Costa Lima, Aurilene Lima da Silva, Débora Rodrigues Guerra, Islene Victor Barbosa, Karine de Castro Bezerra, Mônica Oliveira Batista Oriá. | Revista Brasileira de Enfermagem, 2016. |
| 4 | Uso de alteplase no tratamento do acidente vascular encefálico isquêmico agudo: o que sabem os enfermeiros? | Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva, Consuelo Helena Aires de Freitas. | Revista Brasileira de Enfermagem, 2012. |

(Continua)

| | | | |
|---|--|--|--|
| 5 | Cuidado de Enfermagem ao Paciente Vítima de Acidente Vascular Encefálico | Denyse Lemos de Sousa Nunes, Wemerson dos Santos Fontes, Maria Alzete de Lima. | Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 2017. |
| 6 | Aplicação das escalas de Glasgow, Braden e Rankin em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico | Luara Abreu Vieira, Maria Vilani Cavalcante Guedes, Ariane Alves Barros | Revista de Enfermagem UFPE, 2016. |

Ao analisar o tipo de publicação, verificou-se que todos artigos foram publicados em revistas brasileiras. Os artigos foram publicados nas revistas: Online Brazilian Journal of Nursing (1 artigo); Revista da Escola de Enfermagem da USP (1 artigo); Revista Brasileira de Enfermagem (2 artigos); Revista Brasileira de Ciências da Saúde (1 artigo); Revista de Enfermagem UFPE (1 artigo). Analisando os períodos de publicação, foi constatado que o ano que apresentou maior número de publicações foi em 2016 onde 28% (2 artigos) dos artigos foram publicados nesse ano. O artigo mais antigo selecionado foi publicado no ano de 2010, e o mais recente foi publicado no ano de 2017.

Quadro 2: Descrição dos artigos selecionados com as variáveis: Título, objetivo, metodologia e resultados.

| Estudo | Título | Objetivo | Metodologia | Resultados |
|---------------|---|--|---------------------|--|
| 1 | Cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico: revisão integrativa | Analisar o conhecimento disponível sobre o cuidado de enfermagem na fase aguda do AVE. | Revisão Integrativa | Foram abordados aspectos importantes da pressão arterial, saturação de oxigênio, glicose sanguínea, posicionamento da cabeceira, trombolíticos, escalas de avaliação neurológica e indicadores de resultados do cuidado de enfermagem. Além da importância da educação continuada e reflexão sobre a criação de unidades de AVE. |

(Continua)

| | | | | |
|---|--|---|--------------------------------|--|
| 2 | Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura | Analisar o conhecimento sobre as intervenções de enfermagem aos pacientes hospitalizados por acidente vascular encefálico | Revisão integrativa | Identificou-se nos artigos um maior número de intervenções de enfermagem assistenciais, seguidas das educacionais, gerenciais e de pesquisa. A principal intervenção gerencial foi a coordenação dos cuidados e uma pesquisa de intervenções para desenvolvimento e aprimoramento da prática de cuidados por meio de evidências clínicas. |
| 3 | Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa | Verificar os diagnósticos de enfermagem presentes nos pacientes acometidos por AVC. | Revisão integrativa | Encontraram-se 9 artigos publicados entre 2009 e 2015, sendo a maioria brasileiros, do tipo transversal e exploratório e com nível evidência 6. As evidências das publicações foram categorizadas em: “Avaliação e validação de diagnósticos de enfermagem específicos para indivíduos acometidos por AVC” e “Aplicação do processo de enfermagem em indivíduos acometidos por AVC”. |
| 4 | Uso de alteplase no tratamento do acidente vascular encefálico isquêmico agudo: o que sabem os enfermeiros? | Analisar o conhecimento de enfermeiros acerca do uso de alteplase no tratamento do acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico agudo | Estudo descritivo-exploratório | Os benefícios da medicação foram apresentados em justaposição com as limitações do uso. Estratégias para ampliar a utilização de alteplase foram apontadas pelos enfermeiros, auxiliando na construção do saber de enfermagem e tratamento do AVC. |
| 5 | Cuidado de Enfermagem ao Paciente Vítima de Acidente Vascular Encefálico | Investigar as intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico no âmbito hospitalar | Revisão integrativa | Os resultados mostram fatores que interferem no cuidado de enfermagem ao paciente com AVC, como redução da permanência hospitalar e do quadro pessoal, acompanhada pelo aumento do número de internações. As principais |

(Continua)

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| | | | | <p>intervenções de enfermagem foram à reabilitação motora e funcional, administração de medicamentos, monitoramento das funções fisiológicas, planejamento para alta do paciente, cuidado emocional, cuidados para a prevenção de complicações e traumas, triagem na emergência, cuidados com a pele, avaliação de elementos clínicos e neurológicos, cuidados relacionados às atividades de autocuidado, cateterismo urinário, administração de oxigênio nasal, cuidado oral, posicionamento correto do paciente no leito e orientações familiares.</p> |
| 6 | <p>Aplicação das escalas de Glasgow, Braden e Rankin em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico</p> | <p>Averiguar nível de consciência, risco de úlceras por pressão (UPP) e dependência funcional de pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE) utilizando as escalas de Glasgow, Braden e Rankin modificada</p> | <p>Estudo transversal e analítico, de abordagem quantitativa</p> | <p>A maioria dos pacientes tinha idade >60 anos, sexo masculino, mulatos, média de internação de 9 dias e de permanência na unidade de AVE de sete dias. Orientados no tempo e espaço, apresentavam baixo risco para UPP e nível de dependência funcional de moderado a grave.</p> |

Analisando os artigos usados nesse estudo, foram usadas as metodologias: estudo descritivo-exploratório; revisão integrativa e estudo transversal e analítico, de abordagem quantitativa.

4.1 Análise dos estudos presentes nos artigos selecionados

Referente as informações contidas nos artigos selecionados frente ao desenvolvimento, os pontos principais abordados foram monitoramento dos sinais vitais; padrões assistenciais; prevenção e reabilitação e administração de drogas.

4.1.1 Monitoramento dos Sinais Vitais

O estudo 1 aborda aspectos importantes relacionados ao monitoramento dos sinais vitais no AVE agudo como pressão arterial, saturação de oxigênio, glicose sanguínea, posicionamento da cabeceira, monitoramento do uso de trombolíticos e a utilização de escalas de avaliação neurológica. No AVC hemorrágico a recomendação é de que a PA mmHg, média seja mantida abaixo de 130. Em relação ao monitoramento da glicemia, o estudo 1 afirma que níveis elevados de glicose são prejudiciais no AVE agudo, relacionando-os com sua progressão e severidade, aumento do tamanho do infarto e da mortalidade e morbidade. Gagliardi (2004), discorre que a hiperglicemia (>120 mg/dl) é insalubre na fase aguda do AVC, independentemente da idade do paciente, tipo de lesão sofrida (isquêmico ou hemorrágico) e extensão da mesma. De acordo com Ferreira (2011), isso se deve ao fato de que a alta concentração plasmática de glicose ocasiona degenerações crônicas associada a falência múltipla de órgãos, dentre eles os olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos

Sobre a temperatura corpórea, o mesmo estudo citado anteriormente refere que aumento na temperatura corporal na fase aguda do AVE são preditores de piores resultados, aumento no tempo de internação e níveis de incapacidade, principalmente se ocorrer em dez ou mais horas pós AVC. Mantendo a temperatura corpórea baixa, através de um mecanismo chamado de Hipotermia Terapêutica (HT), é possível reduzir o dano isquêmico cerebral, uma vez que a HT diminui a necessidade cerebral de oxigênio, promovendo neuroproteção (PRADO, 2017).

Bianchini, Galvão e Arcuri (2010) (estudo 1) também relatam que um aumento global da velocidade de fluxo da artéria cerebral média de 13,1% ($p=.054$), a partir da redução da posição da cabeceira da cama de 30° para 0° promove um aumento no fluxo do tecido cerebral isquêmico, o que poderia reduzir o volume do infarto cerebral. Há ainda a descrição de que a cabeça deve ficar ligeiramente elevada em posição neutra para promover drenagem venosa, reduzindo a pressão arterial e /perfusão, assim melhorando a circulação. Já acerca do melhor

posicionamento os estudos apontam que é na posição sentada, resultando em melhor saturação de O₂, principalmente na posição sentada.

Por fim, o estudo supracitado enfatiza a importância de agir diante de anormalidades detectadas pela monitorização dos parâmetros fisiológicos e também de atualizações por parte dos enfermeiros a fim de dar suporte para decisões e gestão do cuidado beira leito.

O estudo 2, que também tratou sobre a avaliação dos sinais vitais pelo profissional enfermeiro, enfatizou a importância da avaliação inicial do paciente na emergência. Este deve ter seus sinais relacionados as vias aéreas, circulação, respiração e sinais vitais a cada 30 minutos e exame neurológico, como por exemplo, o citado no estudo 6, Escala de Coma de Glasgow (ECG), utilizada para observação e verificação de estímulos que incluem a abertura ocular (necessidade de estímulo ou não), melhor resposta verbal (orientação em tempo e espaço e enunciação de palavras) e melhor resposta motora (obedece a comandos simples, resposta a estímulos, flexões e extensões anormais).

Em relação ao exame neurológico o estudo 2 afirma que o enfermeiro deve ser capaz de primeiramente de reconhecer os sintomas que sugerem AVE e levantar o tempo inicial dos sintomas. Um dos métodos para o exame neurológico, em especial, para a avaliação do uso do trombolítico, é a escala de AVE da *National Institutes of Health* (NIHSS). Nessa escala, avalia-se 11 itens e quanto menor a pontuação, menor o prognóstico. Mudanças na pontuação podem ocorrer de acordo com a evolução do paciente. Valores menores que 4, não indicam a administração de tromboembolíticos e valores maiores que 20 indicam transformação hemorrágica pós-trombólise. Os profissionais que avaliam o paciente de acordo com a escala NIH devem ser treinados e obterem um certificado online através do site “nihss-portuguese”. (BIANCHINI, 2009).

4.1.2 Padrões assistenciais

As unidades de AVC são centros especializados em diagnóstico e tratamento, com profissionais devidamente treinados e com todo suporte tecnológico necessário para atendimento em tempo hábil do paciente com AVC (CUNHA, 2014). O atendimento especializado nas Unidades de AVC aumenta em 14% a chance de recuperação do paciente; com o tratamento trombolítico as chances de evolução aumentam em até 30 % e a trombectomia aumenta em mais de 50% as chances de autonomia do paciente (REDE BRASIL AVC, 2016).

O estudo 4 encontrou que um dos principais fatores limitantes do tratamento é o tempo e a pontualidade com que o doente é medicado. Além das dificuldades na adequação da infraestrutura dos serviços hospitalares e do preparo do profissional de saúde para o cuidado do paciente afetado pela doença e que se submeterá ao tratamento com Alteplase.

O estudo 2 refere o enfermeiro como responsável pela triagem dos pacientes para o uso da terapia trombolítica, administração da medicação, monitorização contínua para a prevenção de complicações e encaminhamento ao serviço médico, caso necessário.

Outra questão foram trazidas pelas autoras do estudo 1 que é a importância do conhecimento da enfermagem na terapia trombolítica, envolvendo treinamento e capacitação desde a rapidez para a triagem do paciente com suspeita de AVE, até a sua alta hospitalar e transferência. Sendo importante a construção de protocolos, padrões da assistência e coordenação do serviço de atendimento. Além da ênfase na educação da equipe, sobretudo a identificação precoce das alterações dos sinais e sintomas do AVE.

O estudo 3 destaca que o enfermeiro deve estar capacitado a oferecer atendimento especializado e contínuo, desde a porta de entrada do paciente no hospital até sua internação, seja em uma enfermaria, unidade de AVC ou unidade de terapia intensiva. Destaca-se a etapa diagnóstica do processo de enfermagem, no intuito da identificação das principais características definidoras e elaboração posterior de um plano de ações eficaz e individualizado, contribuindo para a prática da enfermagem baseada em evidências.

4.1.3 Prevenção e reabilitação

O AVE é uma doença que gera déficit funcional e cognitivo, mudança de personalidade ou comportamental e de comunicação. Estas sequelas decorrentes da doença geram níveis de incapacidades, comprometendo não somente o paciente, mas a família e a comunidade. Portanto, pacientes nessa condição requerem cuidados intensivos em algum momento do período de hospitalização, sobretudo na emergência. Ressalta-se que quanto maior o número de necessidades afetadas do paciente, maior será a urgência de planejar a assistência, pois a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada (NUNES; FONTES; LIMA, 2017).

O déficit funcional está associado, de acordo com o estudo 3, com o equilíbrio prejudicado, idade acima de 65 anos, déficit proprioceptivo, força diminuída nas extremidades inferiores, mobilidade física prejudicada e dificuldades na marcha que leva, a risco de queda; mobilidade física prejudicada; deambulação prejudicada.

O estudo 3 aponta como diagnósticos mais prevalentes, os relacionados aos distúrbios motores, como risco de quedas e mobilidade física prejudicada. Em relação a presença de diagnósticos de enfermagem em indivíduos com AVC, descrevem comunicação verbal prejudicada, risco de quedas, mobilidade física prejudicada e risco de aspiração que tem incidência de 50% em pacientes com AVC cerebral, sendo que aproximadamente metade desses pacientes sofre a aspiração silenciosa. Alguns diagnósticos de enfermagem de ordem psicossocial também foram mencionados.

Lima e colaboradores (2016), no estudo 3, concluíram que a identificação dos diagnósticos de enfermagem é uma das etapas do processo de enfermagem, sendo uma etapa crucial para a elaboração do plano de cuidados. Assim, espera-se que esta investigação possa auxiliar a Enfermagem a apropriar-se, cada vez mais, dos fenômenos da sua prática como o diagnosticar e o prescrever ações com o uso de linguagem própria descrita pelos sistemas de classificações existentes.

A análise do estudo 6 acerca do risco de úlceras por pressão (UPP) e dependência funcional de pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico verificou que pacientes (23; 57,5%), apresentaram risco de desenvolver UPP, dos quais (18; 78,3%) possuíam baixo risco, (1; 4,38%) risco moderado e (4; 17,4%) alto risco. Os dados obtidos por meio da Escala de Rankin modificada permitiram concluir que parte dos pacientes possuíam incapacidade de moderada a grave (12; 30%), necessitando de auxílio para realizar suas atividades habituais para deambular, incapacidade leve (9; 22,5%) e grave (9; 22,5%). Observou-se que muitos pacientes apresentavam incapacidades consideradas de moderada a grave pela escala de Rankin modificada e baixo ou sem risco para o desenvolvimento de UPP. Portanto esse tipo de paciente requer cuidados de enfermagem individualizados que promovam a reabilitação.

Algumas escalas podem ser utilizadas para detecção do risco de ulcera por pressão como a Escala de Braden que apresenta-se dividida em sub-escalas que compreendem elementos críticos para o aparecimento de lesões de pele, sendo eles: percepção sensorial (capacidade de relatar desconforto); umidade (umidade em que a pele está exposta); mobilidade e atividade (frequência e duração das mudanças de posição e atividades); nutrição (aceitação da alimentação refletindo no grau de nutrição); e fricção e cisalhamento (capacidade de movimentar-se em contato com alguma 5 superfície). Outra escala utilizada é a de mRankin que quantifica as incapacidades utilizando em níveis ordinais e hierárquicos que variam de 0 (ausência de sintomas) a 5 (grau de incapacidade grave) e 6 .7 (morte).

O estudo 2 complementa ainda que a reabilitação motora e funcional consiste em uma estratégia técnica usada pela equipe de enfermagem hospitalar para a recuperação do paciente.

A mobilização precoce depois de iniciado o confinamento no leito é considerada de extrema relevância para a prevenção de contraturas das articulações e atrofia. Além da reabilitação motora, um estudo aponta que a reabilitação funcional ajuda os pacientes a integrar as atividades recém-aprendidas da vida diária e habilidades técnicas para executar tais atividades, auxiliando aos pacientes a encontrar novas formas de realizá-las para garantir a segurança. Além disso, apontam que os enfermeiros devem implementar um programa de prevenção de complicações e traumas e educar os outros membros da equipe e familiares acerca dos riscos e medidas de prevenção.

Além dos cuidados durante o período de internação, o estudo 2 cita ainda a importância do adequado planejamento da alta hospitalar incluindo ações educativas de cuidados para os cuidadores e pacientes envolvidos, uma vez que em torno de 70% dos sobreviventes ao AVE requerem o cuidado de familiares no domicílio.

No tocante às intervenções relacionadas à prevenção de complicações e traumas, os estudos 2 e 5 aponta que o enfermeiro deve promover a manutenção da função normal, prevenindo complicações e traumas, avaliando as necessidades básicas do paciente e garantindo o melhor estado do paciente para beneficiar-se com a reabilitação. Entre os traumas, as quedas são as causas mais comuns de injúrias em pacientes com AVE, ocasionando mais frequentemente fratura de quadril. Este quadro tem sido associado a um prognóstico ruim e reconhecido como uma consequência da hemiplegia.

4.1.4 Administração de drogas

O estudo 2, descreve que a administração de drogas foi a intervenção de enfermagem mais frequentemente recordada por enfermeiros em pacientes com AVE, além de ser mencionada como um importante suporte no tratamento ativo da doença por promover o bem-estar. Dentre os medicamentos administrados foi destacado o rt-PA.

A administração de drogas é de responsabilidade da equipe de enfermagem e é de extrema importância tanto para os profissionais quanto para os pacientes envolvidos, uma vez que é imprescindível na terapêutica a que o paciente está submetido. Administrar medicamentos é um processo multidisciplinar que exige vários conhecimentos, dentre eles os princípios que envolvem a administração de drogas, efeito causado, interações e efeitos colaterais. É válido recordar que os erros na administração de medicamentos pode trazer sérias consequências para os pacientes (TELLES FILHO, 2004).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O AVC possui grande potencial de causar incapacidades, as quais podem comprometer a qualidade de vida do indivíduo, da família e, numa análise mais ampla, do país. A região cerebral afetada pelo AVC e a gravidade das lesões sofridas podem causar incapacidade total ou parcial, e levar ao óbito do indivíduo. O uso do ativador do plasminogênio tissular recombinante (rt-PA) para decompor a fibrina do coágulo foi aprovado em 1996 pela Federal Drug Administration (FDA), significando um avanço para o tratamento do AVC isquêmico, que passou a ser considerado uma emergência médica. O tratamento com o rt-PA deve ser iniciado em até 4,5 horas após o aparecimento dos sintomas, sendo imprescindível o atendimento emergencial e rápida assistência ao paciente com AVC em todos os níveis de atenção: atendimento pré-hospitalar (incluindo o reconhecimento da população), hospitalar, reabilitação e prevenção. Sendo esse último o melhor tratamento para o AVC, merecendo destaque tanto nos serviços públicos quanto nos privados.

Para isso é necessário o desenvolvimento de ações proativas que de fato reduzam o número de casos de AVC e também que possibilitem melhor qualidade de vida para a população. O acesso ao tratamento em tempo hábil, juntamente com uma reabilitação adequada podem diminuir as incapacidades, suprimir sequelas e garantir o retorno breve do indivíduo às suas atividades pessoais e comunitárias. O conhecimento desses fatores é fundamental para o enfermeiro, pois o elemento-chave no tratamento dos pacientes com AVC na fase aguda e subaguda está pautado na prevenção de complicações, redução do tempo de internação, mortalidade e custo hospitalar.

No presente estudo buscamos em diversas bases de dados científicas as informações referentes a classificação, etiologia e dados epidemiológicos; quais os tratamentos disponíveis de acordo com o AVC sofrido e quais os cuidados devem ser tomados de acordo com o prognóstico do paciente; bem como as ações de enfermagem prestadas ao paciente que sofreu o AVC e a importância da educação continuada, possibilitando um amplo conhecimento a respeito do AVC.

Este estudo encontrou que as intervenções são pautadas principalmente na detecção do AVC e atendimento imediato; monitorização de sinais vitais; conhecimento da sintomatologia e sinais de alerta referente as complicações ou sinais preditivos de complicações, a necessidade de padrões assistenciais que busquem a qualidade, eficácia e eficiência do trabalho da equipe.

Destaque-se que a educação continuada em saúde deve estar presente em todas as ações, em todos os níveis de atenção para promover a saúde e prevenir doenças, implementando ideias e práticas que façam parte do cotidiano da população e que atenda às suas necessidades. O conteúdo presente neste estudo pode contribuir para a elaboração de protocolos e manuais para enfermeiros e outros profissionais envolvidos diretamente ou indiretamente nos cuidados dos pacientes com AVC. Pode ainda servir como um guia para realização de treinamentos de alunos de graduação, pós-graduação e enfermeiros assistenciais, inclusive para a construção de protocolos e capacitações da equipe de enfermagem do hospital da nossa cidade, o Hospital de Clínicas de Uberlândia - HCU/UFU.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. R. M. *et al.* Análise epidemiológica do acidente vascular cerebral no Brasil. **Rev Neurocienc**, v. 20, n. 4, p. 481-2, 2012.
- ARAÚJO, A. C. M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, n.p., 2016.
- BARBOSA, M. A. R. *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.
- BIANCHINI, S. M. Cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico: revisão integrativa. **Online braz. j. nurs.**, v. 9, n. 2, n.p., 2010.
- BOTELHO, T. S. *et al.* Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. **Temas em saúde**, v. 16, n. 2, p. 361-377, 2016.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Acidente vascular cerebral** (2012). Disponível <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc>>. Acesso em: 08 jun. 2019.
- _____. Ministério da saúde. **Portaria MS/GM N° 664, de 12 de abril de 2012. Diário Oficial da União**, 2012.
- _____. Portaria N° 4.279. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Diário Oficial, 2010.
- CAVALCANTE, T. F. *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. G. T. **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.F. **Acidente Vascular Cerebral - Emergências clínicas: abordagem prática**. 2. ed. Barueri: Editora Manole; 2006.
- FARO, A. Enfermagem em reabilitação: ampliando horizontes, legitimando o saber. **Revista Esc. Enfermagem USP**, v. 40, n. 1, p. 128-33, 2006.
- FERREIRA, L. T. *et al.* Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 3, 2011.
- GAGLIARDI, R. J. Prevenção primária da doença cerebrovascular. **Diagn Tratamento**, v. 20, n. 3, p. 88-94, 2015.

GAGLIARDI, R. J. Controle da glicemia na fase aguda do acidente vascular cerebral. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 3, p. 243-244, 2004.

GANDRA, J. D. *et al.* Fatores de risco para ocorrência de acidente vascular encefálico em indivíduos de 0 a 20 anos. **Revista Enfermagem**, v.17, n.1, p. 61-78, 2014.

GO, A. S. *et al.* Heart Disease and Stroke Statistics--2014 Update: A Report From the American Heart Association. **Circulation**, v. 129, n. 3, p.28-292, 2013.

KATSUJ, I. *et al.* Paradoxical ATP elevation in ischemic penumbra revealed by quantitative mass spectrometry image. **Antioxid. Redox Signal.**, v. 13, n. 8, p.1157-1159, 2010.

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

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

MANIVA, S. J.; FREITAS, C. H. Uso de alteplase no tratamento do acidente vascular encefálico isquêmico agudo: o que sabem os enfermeiros?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 3, p. 474-481, 2012.

MARIANO, J. P. **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.

MARTINS, M. M. S. **Uma crise acidental na família: o doente com AVC.** Editora: Formasau, 2002.

MARTINS, N. **Envelhecimento e Iniquidades na Saúde.** 2007. Mestrado (Mestrado em Economia e Política Social) - Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa, 2007.

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

MILLÁN, M.; DORADO, L.; DÁVALOS, A. FibrinolyticTherapy in AcuteStroke. **Rev. CurrCardiol**, v.6 n.3, p.218–226, Aug. 2010.

MORAIS, M. T. **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.

NUNES, D. L. *et al.* Cuidado de enfermagem ao paciente vítima de acidente vascular encefálico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 87-96, 2016.

OLIVEIRA, A. R. S. *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.

Organização Mundial de Saúde - OMS. **Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais**. WHO: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

PRADO, S. M. C. *et al.* Hipotermia neuroprotetora tardia. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 15, n. 2, p. 120-123, 2017.

ROLIM, C. L.R. 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.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SUMMERS, D. *et al.* Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. **Stroke**, v. 40, n. 8, p. 2911-2944, 2009.

TEIXEIRA, R. A.; SILVA, L.; FERREIRA, V. Tratamento trombolítico no acidente vascular cerebral isquêmico. **Revista Neurociências**, v. 12, n. 1, p. 5-17, 2004.

TELLES FILHO, P. C. P.; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades requeridas por um grupo de enfermeiros. **Rev. latinoam. enferm**, v. 12, n. 3, p. 533-540, 2004.

VIEIRA, L. A.; GUEDES, M. V. C.; BARROS, A. A. Aplicação das escalas de Glasgow, Braden e Rankin em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 10, n. 5, p. 4226-4232, 2016.

WOLFE, C. D.A. The impact of stroke. **British medical bulletin**, v. 56, n. 2, p. 275-286, 2000.