

ARTIGO ORIGINAL

## Construção de uma tecnologia voltada para o manejo inicial de pacientes acometidos por acidente vascular cerebral

*Construction of a technology focused on initial management of patients affected by stroke*

Maria Ruth Brandão Sales<sup>1</sup>

1. Enfermeira, especialista na área de urgência e emergência. Centro Universitário INTA-UNINTA, Sobral CE.

---

### RESUMO

**Introdução:** A utilização de tecnologia no cuidado assistencial é crucial, favorecendo a interação entre equipe de saúde e usuários. Destaca-se dessa maneira, a necessidade de construir estratégias de prevenção, bem como adequado manejo de abordagem na condição aguda e inicial ao acidente vascular cerebral (AVC). **Objetivo:** desenvolver uma tecnologia voltada ao acolhimento de clientes com suspeita de AVC atendidos em serviços de emergência. **Métodos:** Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem qualitativa, onde foram seguidos quatro passos: primeiramente um levantamento bibliográfico sobre publicações referentes ao atendimento inicial ao paciente vítima de AVC, após selecionar os estudos houve a composição de conteúdo, seguido da organização dos elementos e estruturação da ficha, finalizado com a produção da ficha. A busca de dados foi feita na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram pesquisados os descritores “Acidente Vascular Cerebral”, “Acolhimento”, “Assistência”, “Qualidade dos Cuidados de Saúde” e “Medicina de Emergência”, utilizando o operador booleano “and” e quatro cruzamentos na BVS. **Resultados:** Foi necessário a inclusão de 8 documentos do Ministério da Saúde e outros de órgãos não governamentais

para melhor fundamentação do estudo, totalizando desta maneira um compilado de 16 publicações. A organização da ficha de acolhimento ficou disponível em tópicos, em uma folha de papel A4, com layout de margens simples e na posição horizontal, sendo composta por elementos chaves e denominadas da seguinte forma: preenchimento do cabeçalho da ficha, acolhimento com classificação de risco, sinais vitais, tempo resposta de exames de imagem e laboratoriais e escalas aplicadas no atendimento inicial de pacientes acometidos com AVC. **Conclusões:** A construção da Ficha de acolhimento do Cliente com Suspeita de AVC, servirá como estratégia no manejo dos pacientes com AVC, direcionando os fluxos no serviço de saúde que disponha dos exames descritos no instrumento, agregando ainda o ensino de mudanças que perpassam fluxo e rotinas, como a aquisição de equipamentos e recrutamento de novos profissionais para aprimoramento da execução integral da linha de cuidado.

**Palavras-chave:** acidente Vascular Cerebral, Acolhimento, Assistência, Qualidade dos Cuidados de Saúde, Medicina de Emergência

## **ABSTRACT**

**Introduction:** *The use of technology in health care is crucial, favoring the interaction between the health team and users. In this way, the need to build prevention strategies is highlighted, as well as an adequate management approach in the acute and initial condition of stroke.* **Objective:** *to develop a technology aimed at welcoming clients with suspected strokes treated in emergency services.* **Methods:** *This is a methodological study, with a qualitative approach, in which four steps were followed: first, a bibliographic survey on publications referring to the initial care for stroke victims, after selecting the studies, there was the content composition, followed by the Organization of elements and structuring of the form, ended with the production of the form. The search for data was carried out at the Virtual Health Library (VHL), where the descriptors "Stroke", "Reception", "Assistance", "Quality of Health Care" and "Emergency Medicine" were adopted, using the boolean operator "and" and four crossings in the VHL.* **Results:** *It was necessary to include 08 documents from the Ministry of Health and others from non-governmental bodies to better justify the study, thus totaling a compilation of 16 publications. The organization of the reception form was available in topics, on an A4 sheet of paper, with a simple margin layout and in a horizontal position, consisting of key elements and named as follows: filling the header of the form, reception with risk classification, vital signs, response time for image and laboratory examinations and scales applied in the initial care of stroke patients.* **Conclusions:** *The construction of the Patient Reception Form with Suspected Stroke will serve as a strategy in the management of stroke patients, directing the flows in the health service that has the exams described in the instrument, also adding the opportunity for changes that flow through and routines, such as the acquisition of equipment and the recruitment of new professionals to improve the full execution of the care line*

**Keywords:** *Stroke, Reception, Assistance, Quality of Health Care, Emergency Medicine*

---

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento na população brasileira se manteve nos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, ultrapassando a marca dos 30,2 milhões no ano de 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Características dos Moradores e Domicílios. Essa mudança no processo é devido à queda da taxa de fecundidade desde 1960 e aumento da longevidade dos brasileiros (IBGE, 2018).

Este novo panorama demográfico evidencia o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um conjunto de doenças com fatores de riscos similares as quais geram alto custo para o governo, sendo exemplificadas como doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes mellitus (BRASIL, 2018).

Dentre as DCNT está o acidente vascular cerebral (AVC) que é considerado uma doença cerebrovascular, ocupando o segundo lugar no topo de patologias que mais acometem vítimas com óbitos no mundo, perdendo a posição apenas para as doenças cardiovasculares. No ano de 2016, foram registrados 102,9 mil óbitos por AVC, em 2017 haviam sido registrados 101,1 mil óbitos. No ano passado, foram registrados 197 mil atendimentos no SUS por conta da patologia (BRASIL, 2019).

O AVC é considerado uma síndrome neurológica com elevada prevalência em adultos e idosos, altas taxas de mortalidade e uma das principais causas de internações. Sua incidência é mais prevalente após os 65 anos, dobrando a cada década após os 55 anos de idade. A doença também pode atingir jovens e até crianças, porém é considerada incomum e com maiores chances de um melhor desfecho clínico (BOTELHO et al., 2016).

O AVC pode ser classificado como isquêmico ou hemorrágico. Dados mundiais apontam o AVC isquêmico como responsável por pelo menos 80 a 85% dos casos, enquanto o AVC hemorrágico é responsável por 15 a 20% (UFRGS, 2018).

O Ministério da Saúde em 2012 lançou por meio da Portaria MS/GM 665, a Linha do Cuidado do AVC, que se configurou como uma política e cultura integrante da rede de atenção às urgências no campo da prevenção e

abordagem inicial do agravo nos diversos pontos da rede, tendo como prioridade a célere identificação dos sinais de acometimento e encaminhamento para o equipamento de saúde de referência de assistência a esse tipo de emergência clínica de cunho neurológico.

No entanto, os hospitais com perfil de atendimento e caracterizados na rede como referência de acolhimento e tratamento do AVC, passaram a seguir diretrizes específicas da portaria, observando suas limitações e potencialidades locais e estruturais, redefinindo assim as possibilidades de qualificar a assistência de modo gradual para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de construir estratégias de prevenção, bem como adequado manejo de abordagem na condição aguda e inicial do agravo buscando diminuir sequelas e prejuízos significativos à vida de quem é acometido pelo AVC (BRASIL, 2013). Dentre as práticas que comungam com a lógica de uma assistência ágil e com uma estruturada rede de atenção às urgências, onde os pontos de atenção dialoguem e tracem estratégias de prevenção de agravos e imediata resposta munida de insumos, densos processos assistenciais de alta qualidade, destaca-se a implantação de protocolos institucionais de acolhimento e manejo de paciente com suspeita de AVC.

Desse modo, a utilização de tecnologia no cuidado assistencial é crucial, favorecendo a interação entre equipe de saúde e usuários. Essas tecnologias podem ser classificadas no trabalho em saúde como duras, leves-duras e leves, segundo Merhy (1997).

Diante desse cenário de atenção ao paciente vítima de AVC, percebeu-se a necessidade da construção de uma tecnologia que poderá ser utilizada no acolhimento desses pacientes, o que foi fator direcionador para o interesse desse estudo, obtendo como questão norteadora: Quais tecnologias são utilizadas para a organização do fluxo de atendimento inicial aos pacientes com suspeita de AVC?

O interesse por esse estudo se deu a partir da vivência teórico-prática durante o Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência, onde foi observado a necessidade de melhoria na organização do fluxo de atendimento inicial de pacientes com suspeita de AVC em unidades hospitalares. Além disso, devido a essa patologia ocupar a segunda causa de óbitos no mundo, e ser responsável por sequelas permanentes em pacientes que são acometidos por este agravo, onde necessitarão de adaptação familiar e acompanhamento multiprofissional em domicílio.

Em razão disto, é indispensável as contribuições deste estudo, pois a construção de uma tecnologia leve-dura poderá melhorar os processos de trabalhos, bem como organização do fluxo do manejo inicial aos pacientes com AVC, além da possibilidade de gerar dados que devidamente documentados irão possibilitar o melhor acompanhamento dos pacientes acometidos por essa afecção e descrição na efetividade da qualidade assistencial do serviço de saúde.

O presente estudo tem como objetivo desenvolver uma tecnologia voltada para o acolhimento de clientes com suspeita de AVC que são atendidos em serviços de emergência.

## **METODOLOGIA**

### **Tipo do estudo**

Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem qualitativa, onde foi realizado apenas a primeira etapa, que consistiu em uma análise e identificação de produções científicas que relatavam estratégias aplicadas no manejo assistencial no primeiro contato com pacientes acometidos por acidente vascular cerebral e a construção de uma ficha de acolhimento destes clientes em serviços de emergência.

### **Período do estudo**

O estudo foi realizado no período de janeiro a fevereiro de 2020. É válido ressaltar que, para o desenvolvimento da tecnologia voltada para o manejo de pacientes com suspeita de AVC, foram necessários o cumprimento de algumas etapas descritas a seguir.

### **Etapas do estudo**

1ª Etapa – Levantamento bibliográfico. Nessa etapa foram adotados os seguintes descritores para a busca das publicações referentes ao atendimento inicial ao paciente vítima de AVC: “Acidente Vascular Cerebral”, “Acolhimento”, “Assistência”, “Qualidade dos Cuidados de Saúde” e “Medicina de Emergência”. Com a adoção dos descritores foi realizada a busca das publicações no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando como critérios de inclusão, os estudos publicados nos últimos cinco anos, no idioma português, em texto completo. Foram excluídas do presente estudo, publicações repetidas e que não estavam de acordo com a temática.

Após as publicações serem selecionadas, foi realizado uma investigação literária para unir as informações relevantes que auxiliaram na construção do aporte teórico acerca da temática.

2ª Etapa – Composição de conteúdo. A ficha foi estruturada em tópicos e fundamentada por meio das informações obtidas a partir de investigação literária que direcionem o atendimento no manejo primário dos pacientes vítimas de AVC, além da busca de protocolos clínicos e diretrizes do Ministério da Saúde e de hospitais públicos e privados que já utilizam fluxogramas de atendimento para o agravo em questão.

3ª Etapa – Organização dos elementos e estruturação da ficha. A ficha foi estruturada em tópicos, com base nos pilares do atendimento de qualidade de assistência ao doente acometido por esta afecção neurológica. As informações foram dispostas de forma cronológica ao das fases de atendimento e achados clínicos na abordagem inicial do usuário.

4ª Etapa – Produção da Ficha. A ficha foi produzida em uma gráfica garantido a originalidade dos elementos e do layout de forma que possa ser implementada em hospitais de referência neurológica.

## **Benefícios do estudo**

Como benefícios da pesquisa, considera-se a construção de uma tecnologia leve-dura que seja aplicada no acolhimento de serviços como pronto-socorro e unidades de pronto-atendimento que ainda não possuam um protocolo de atendimento para o manejo de pacientes acometidos com AVC. Portanto, o instrumento objetiva organizar o fluxo de atendimento do manejo inicial

## **Aspectos éticos**

Ressalta-se que os princípios éticos do estudo serão preservados, sendo referenciados adequadamente todos os autores das pesquisas que serão consultadas, de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e conforme as normas éticas dispostas na Lei dos Direitos Autorais Lei 9.610 de 19 de fevereiro de 1998. Desse modo, os Direitos Autorais devem intervir em benefício de todos os envolvidos no processo de criação, produção, difusão, distribuição de atividades, bens e serviços culturais e o acesso aos mesmos pela sociedade (BRASIL, 1998).

## **Fases da pesquisa**

### **1ª Etapa: Levantamento bibliográfico**

O levantamento bibliográfico foi essencial para identificar as informações a respeito do assunto proposto. Durante a pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde, observou-se a carência de artigos publicados na língua portuguesa, sobre o manejo inicial ao paciente com suspeita de AVC, bem como manuais atualizados que serviriam como guias para o estudo.

Foram adotados como descritores os seguintes termos “Acidente Vascular Cerebral”, “Acolhimento”, “Assistência”, “Qualidade dos Cuidados de Saúde” e “Medicina de Emergência” sendo utilizado o operador booleano “and” e realizado quatro cruzamentos na plataforma da BVS. Primeiramente os descritores foram apresentados no banco de dados na seguinte forma, acidente vascular cerebral *and* Acolhimento, resultando em 7 estudos, após aplicar o filtro texto completo, idioma, sendo selecionada a língua portuguesa e

produções dos últimos 5 anos, resultaram a apresentação de apenas 2 produções.

No segundo cruzamento utilizou-se os descritores acidente vascular cerebral *and* Assistência, sendo apresentados no banco de dados um total de 6.424 publicações, na primeira aplicação de filtro sendo texto completo, idioma português e produções dos últimos 5 anos, foi obtido a amostra de 60 artigos, dentre este quantitativo foi selecionado ainda o filtro de Assunto Principal sendo utilizado como temas: Acidente Vascular Cerebral, Idosos, Protocolos Clínicos, Cuidados de Enfermagem e Assistência à Saúde, sendo obtidos 40 estudos.

No terceiro cruzamento, aplicou-se os descritores acidente vascular cerebral *and* Qualidade dos cuidados de saúde, sendo apresentados 1.262 publicações, com aplicação dos filtros texto completo, estudos dos últimos cinco anos e idioma português, restaram 17 estudos.

No quarto cruzamento foi utilizado os descritores acidente vascular cerebral *and* Medicina de Emergência, totalizando 668 publicações, após selecionar os filtros texto completo, idioma na língua português e pesquisas dos últimos cinco anos, foram obtidos 3 artigos.

Após a realização dos cruzamentos foram obtidos um total de 62 estudos, estando estes disponíveis para a construção da ficha de acolhimento do cliente com suspeita de AVC. Dando seguimento, foi realizado a leitura dos artigos e percebeu-se que alguns estudos não estavam de encontro com o objetivo da pesquisa, observou-se também que havia repetição dos estudos.

No entanto, foram selecionados 08 estudos (Quadro 1) oriundos da BVS para construção da tecnologia leve-dura. Devido a insuficiência de conteúdo nas bases de dados, foi necessário a inclusão de 08 documentos (Quadro 2) do Ministério da Saúde e outros de órgãos não governamentais para melhor fundamentação do estudo. Totalizando desta maneira uma amostra final de 16 publicações.

**Quadro 1.** Síntese das informações das produções científicas.

<b>N°</b>	<b>TÍTULO DO ESTUDO</b>	<b>AUTOR/ ANO</b>	<b>OBJETIVO DO ESTUDO</b>
01	Alterações eletrocardiográficas como preditores de gravidade no acidente vascular cerebral	BRAGA (2016)	Avaliar se alterações eletrocardiográficas e enzimáticas na fase aguda do AVC são preditoras de desfecho desfavorável definido por pontuação na escala modificada de Rankin entre 3-6 em 90 dias do evento cerebrovascular

02	Aplicação das escalas de glasgow, braden e rankin em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico	VIEIRA; GUEDES; BARROS (2016)	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.
03	Construção e validação de instrumento para avaliação da qualidade dos processos e resultados do serviço de atendimento móvel de urgência relacionados ao acidente vascular cerebral	PORTELA (2017)	Construir e validar um instrumento para avaliação da qualidade de processos e resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) brasileiro, relacionados ao AVC.
04	Cuidado de enfermagem ao paciente vítima de acidente vascular encefálico.	NUNES; FONTES; LIMA (2017)	Investigar as intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico no âmbito hospitalar
05	Implantação do gerenciamento do protocolo de acidente vascular cerebral (avc): melhoria da qualidade na assistência e geração de conhecimento	BURGO et al. (2018)	Descrever a implantação do modelo de gerenciamento do Protocolo AVC no HMMD
06	Fatores intervenientes no acolhimento à pessoa com suspeita de doença cerebrovascular	SANTOS et al. (2019a)	Identificar fatores intervenientes no acolhimento à pessoa com suspeita de doença cerebrovascular
07	Percepção de enfermeiros emergencistas acerca da atuação e preparo profissional	SANTOS et al. (2019a)	Identificar a percepção de enfermeiros classificadores acerca do acolhimento ao idoso com doença cerebrovascular e de estratégias para qualificá-lo
08	Tradução, adaptação transcultural, validade e confiabilidade das escalas cincinnati prehospital stroke scale e los angeles prehospital stroke screen	ALMEIDA (2019)	Traduzir para o idioma português do Brasil, realizar a adaptação transcultural das escalas Cincinnati Prehospital Stroke Scale e Los Angeles Prehospital Stroke  Screen e avaliar a confiabilidade e validade na



			população brasileira.
--	--	--	-----------------------

Fonte: Primária (2020).

**Quadro 2.** Síntese das informações das produções científicas.

<b>Nº</b>	<b>PRODUÇÕES CIENTÍFICAS</b>	<b>ANO</b>
<b>01</b>	Linha De Cuidados Em acidente vascular cerebral (Avc) Na Rede De Atenção Às Urgências E Emergências	2012
<b>02</b>	Diretrizes para o manejo precoce de pacientes com AVC Isquêmico Agudo	2012
<b>03</b>	Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com acidente Vascular Cerebral	2013
<b>04</b>	Manual de rotinas para atenção ao AVC /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada	2013
<b>05</b>	Protocolo AVC - Hospital Israelita Albert Einstein	2016
<b>06</b>	Diretriz Assistencial Multidisciplinar de Abordagem ao Paciente com acidente Vascular Cerebral, Espírito Santo	2018
<b>07</b>	Telecondutas – acidente Vascular Cerebral, Porto Alegre	2018
<b>08</b>	Protocolo Gerenciado De acidente vascular cerebral (Avc), Hospital Sírio-Libanês	2018

Fonte: Primária (2020).

**2ª Etapa - Composição de conteúdo**

Após exaustiva leitura do material bibliográfico levantado, foram realizadas análises e avaliações no processo de atendimento inicial comum às unidades de emergência ao acolher um doente com sinais ou suspeita de AVC. Em virtude dos principais achados e se baseando nas estratégias de rastreio do referido agravo, foram selecionados elementos que permitiram a aplicação de escores e rápida identificação com poder de acurácia significativo a luz das evidências científicas.

Tais elementos se configuraram como essenciais sendo esses diagramados na ficha por meio de tópicos, conforme ilustra a Figura 3, este por sua vez, trazem ao avaliador a possibilidade de fazer o registro de situações e achados relevantes durante o acolhimento do seu cliente. Dentre os elementos escolhidos, a escala de cincinnati e a LAPPS passaram a constituir a ficha na qualidade de escalas fundamentais para identificação e inclusão diante os critérios avaliados.

**Figura 3.** Componentes da ficha de acolhimento.



Fonte: Primária (2020).

### 3ª Etapa – Organização dos elementos

Compreendendo a dinâmica da atividade dos serviços de emergência, o instrumento não poderia permitir dificuldades no seu uso na prática clínica, bem como, deverá ser uma ferramenta auxiliar no gerenciamento do tempo resposta para o atendimento das vítimas de AVC.

A organização dos elementos se deu por meio da avaliação de fichas de atendimento geral de diversos hospitais da rede privada e pública de saúde disponíveis em sites de pesquisas. Pontos comuns se fazem necessários para a constituição de uma ficha de atendimento. Elementos básicos de identificação pessoal, registro de sinais vitais, score afins com a tipologia do agravo avaliado são fundamentais para permitir que essa ferramenta se torne útil para equipe, assim como, para a eficácia do atendimento.

Como o objetivo é que o instrumento seja aplicado para acolhimento desse público em serviços como pronto-socorro e unidades de pronto-atendimento, identificou que a ficha deveria possibilitar as seguintes ações durante o atendimento inicial, como, identificação, descrição dos sinais e sintomas, registro dos históricos pessoais e familiares, registro dos horários e situações disparo para tomada de decisão clínica entre outros abordados no próximo tópico.

#### **4ª Etapa – Estruturação da ficha**

Diagramada em uma folha de papel A4, com layout de margens simples e na posição horizontal, buscando tornar um elemento de fácil acesso a ficha foi estruturada em sua grande parte com espaço para rápido registro em uma perspectiva de lista de checagem com campos de preenchimento obrigatórios, seguindo os pilares em um atendimento de qualidade da assistência ao doente acometido pelo AVC.

Intitulada “Ficha de Acolhimento do Cliente com Suspeita de AVC”, a ficha é composta por um cabeçalho para identificação do doente compondo esta parte as seguintes informações nome, data de nascimento, procedência, profissão, número de matrícula, de atendimento e a classificação de risco. O registro dos sinais vitais como preditor da classificação de risco após a impressão geral, traz como tópicos a serem verificados, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, glicemia capilar, saturação de oxigênio e temperatura corporal.

Constituindo outro importante fator, foi o uso da escala de LAPPS, trazendo como elementos sobre histórico do paciente, a mensuração de glicemia capilar e três itens sobre exame físico.

## **RESULTADOS**

O presente estudo se deu a partir da elaboração de uma tecnologia leve-dura, onde primeiramente foi realizado um levantamento bibliográfico em base de dados, bem como pesquisa de protocolos e diretrizes que servem de referência para o manejo inicial de clientes com hipótese diagnóstica de AVC que adentram em unidades de serviços de pronto-socorro e unidades de pronto-atendimento.

Para construção da tecnologia proposta, foram selecionados 08 estudos oriundos da BVS, após realização de quatro cruzamentos com os descritores acidente Vascular Cerebral, Acolhimento, Assistência e Medicina de Emergência. Para complementação do acervo, foram utilizados 08 documentos (manuais, protocolos e diretrizes) do Ministério da Saúde e outros de órgãos não governamentais para melhor fundamentação do estudo. Para a construção da ficha de acolhimento de clientes com suspeita de AVC baseou-se então em 16 publicações com informações relevantes para aplicabilidade de um instrumento a ser utilizado em âmbito hospitalar (desde o primeiro contato).

A organização da ficha de acolhimento está disponível em tópicos, em uma folha de papel A4, com layout de margens simples e na posição horizontal. Sendo composta em sua grande parte com espaço para rápido registro em uma perspectiva de lista de checagem com campos de preenchimento obrigatórios, seguindo os pilares em um atendimento de qualidade da assistência ao doente acometido pelo AVC.

## **DISCUSSÃO**

### **Preenchimento do cabeçalho da ficha**

Os primeiros tópicos da ficha de acolhimento são compostos pelos dados pessoais do cliente com suspeita de AVC, sendo considerado como campo de preenchimento obrigatório: o nome completo, data de nascimento, procedência, profissão, número de matrícula e atendimento.

De acordo com esse cenário, Batalha e Melleiro (2015), abordam que a correta identificação do doente se configura como atributo da qualidade do cuidado, pois os seus constructos permitem reinventar os processos de trabalho, fazendo com que estratégias seguras aprimorem a assistência em saúde.

Corroborando com esta afirmação, Gula e colaboradores (2016), relatam em seu estudo que para eficiência de atendimento em uma unidade considerada porta de entrada, algumas fases do atendimento como o registro, acolhimento e classificação de risco, protocolos, sistemas de rastreamento, dispositivos de comunicação sem fios, tecnologias de registro de saúde são possíveis soluções para agilizar o processo de atendimento dos pacientes e qualificação do cuidado assistencial, principalmente em períodos de lotação, aglomeração, e surtos.

O preenchimento do cabeçalho da ficha diz respeito a identificação correta do paciente, uma das práticas utilizadas fortemente para segurança do paciente, com intuito de reduzir ou eliminar os possíveis riscos na assistência em saúde. Optou-se desta maneira, pela inserção do cabeçalho na tecnologia leve-dura, por compartilhar da primeira dentre as seis metas de segurança do paciente propostas pela Organização Mundial da Saúde.

De acordo com a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, partindo da necessidade do desenvolvimento de estratégias, produtos e ações

direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde, é instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de contribuição para qualificação do cuidado em saúde nos estabelecimentos de saúde do território nacional.

Enfatizando a importância da correta identificação do paciente, o Protocolo de Identificação do Paciente (2013), discorre que os erros podem acontecer desde a admissão até a alta do serviço de saúde, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Existem alguns casos que podem intensificar os riscos na identificação do cliente como: nível de consciência, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

Portanto, considera-se como um agravante nos casos de pacientes acometidos pelo AVC, que podem apresentar déficits neurológicos durante o atendimento. Tornando-se fundamental a presença de um acompanhante familiar, portando documentos de identificação do doente.

### **Acolhimento com classificação de risco**

Dando seguimento aos elementos da ficha, o próximo tópico é a identificação da classificação de risco do doente, como forma de conduzir o manejo adequado desde o atendimento primário. No caso do instrumento será cobrado a cor da classificação que esteja de acordo com o Protocolo vigente no serviço de saúde.

Dentre as escalas e protocolos direcionadores de classificação de risco empregados no mundo encontram-se o protocolo americano, canadense, o australiano e o de Manchester (SILVA et al., 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde embasado em protocolos já existentes disponíveis em textos bibliográficos, propôs um Protocolo de Acolhimento e Classificação de risco adaptado ao perfil de cada serviço, utilizando a diferenciação clínica por quatro cores: vermelho, amarelo, verde e azul (BRASIL, 2009).

No entanto, devido a necessidade de um sistema considerado seguro e validado cientificamente o Sistema Manchester de Classificação de Risco, tornou-se o mais utilizado em nosso País. A classificação de atendimento é padronizada em cinco níveis, sendo: vermelha, laranja, amarela, verde e azul (CARVALHO, 2019).

Quando o paciente for classificado de acordo sua gravidade com a cor vermelha, significa emergente, definida como atendimento imediato; a laranja (muito urgente) com tempo alvo de atendimento em 10 minutos; a cor amarela (urgente), 60 minutos; a verde (pouco urgente), 120 minutos e a azul (não urgente), 240 minutos. A organização do atendimento classificando o risco possibilita uma assistência mais eficaz e em menor tempo (AMARAL, 2017).

A ACCR deve ser executada por um enfermeiro (a), de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), onde aprovou pela Resolução nº 423/2012

a responsabilidade privativa do profissional. Quando um paciente for aos serviços de saúde será acolhido pelo enfermeiro, que realizará uma escuta qualificada, avaliação e classificação conforme critérios estabelecidos em protocolos.

O estudo de Santos et al (2019), em conformidade com a presente resolução, relatam que em unidades de saúde, o conhecimento técnico do enfermeiro é de extrema relevância, uma vez que permite a identificação dos sinais e sintomas das patologias que demandam atendimento e intervenção imediatos.

Portanto, optou-se pelo tópico de identificar a classificação de risco, para melhor direcionamento dos doentes. Baseando as efetivas experiências de Hospitais Públicos da capital do estado do Maranhão-São Luís, que possuem em sua rede desde (2010) o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), onde definiram como uma tecnologia de organização do fluxo de usuários que buscam as portas de entrada de urgência e emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

Corroborando com esta afirmação, Santos et al. (2019b), trazem que, a implantação da Classificação de Risco é considerada como fator interveniente positivo para o atendimento. Sendo assim, o preenchimento da opção de classificação de risco se mostrou relevante na ficha, tendo em vista melhor percepção clínica sobre cada usuário atendido com suspeita de AVC, possibilitando ainda após sua validação, uma fundamentação para análises gerencias e de diagnóstico, bem como, pesquisas clínicas e documentais.

## **Sinais vitais**

Dando prosseguimento na ficha, é cobrado o preenchimento dos sinais vitais, como frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial (PA), glicemia capilar, saturação de oxigênio e temperatura corporal. Essas medidas são relevantes indicadores do estado de saúde e podem auxiliar no prognóstico clínico do doente.

Diante os protocolos e estudos voltados para o AVC disponíveis na literatura, é observado a unanimidade da importância na verificação dos sinais vitais em indivíduos com hipótese diagnóstica para patologia e na reavaliação após diagnóstico fechado. No Caderno de Telecondutas de Porto Alegre (2018), foi descrito que na abordagem do evento agudo, a equipe de saúde deve avaliar sinais vitais, descartar hipoglicemia com medida de glicemia capilar, fazer exame neurológico sucinto e encaminhar o paciente para emergência com suporte avançado, através de ambulância (como SAMU), para definição do tipo e do manejo adequado.

Portela (2017), também traz essa recomendação inicial para os atendimentos realizados pelo SAMU, onde em seu estudo retrata a verificação de registro relativo ao índice de gravidade do cliente, sendo este estabelecido pelo registro da equipe de atendimento pré-hospitalar de tópicos como a queixa principal, aferição de sinais vitais, alergia, uso de medicamentos, entre outros.

Dentre as intervenções que devem ser realizadas, de acordo com a recomendação da Linha de cuidados em AVC na rede de atenção às urgências e emergências (2012), é não reduzir os níveis pressóricos, exceto se a pressão arterial sistólica se apresentar  $\geq 220$  mmHg ou pressão arterial diastólica  $\geq 120$  mmHg, ou se outra patologia associada exija a diminuição da pressão arterial (dissecção de aorta, infarto agudo do miocárdio, edema pulmonar). Este parâmetro é indicado, como cuidados clínicos no pré-hospitalar.

Os cuidados da verificação dos sinais vitais são imprescindíveis durante todo o atendimento e tratamento. Nos critérios para a terapia trombolítica: pelos cuidados gerais, a primeira recomendação é a monitorização do paciente (PA não invasiva, monitoração cardíaca contínua, oximetria, temperatura axilar) (BRASIL, 2013a).

### **Tempo resposta de exames de imagem e laboratoriais**

A escolha desses tópicos foi baseada pela própria confirmação diagnóstica ser por neuroimagem (tomografia de crânio), como é justificado pela Diretriz de Atenção à Reabilitação da Pessoa com acidente vascular cerebral (2013), que sugere também exames complementares: eletrocardiograma (ECG), exames laboratoriais como hemograma, glicemia e, se houver perspectiva de trombólise, tempo parcial de tromboplastina ativada, atividade de protrombina e tipagem sanguínea.

Apoiando esta afirmação, a diretriz clínica do acidente vascular cerebral do Espírito Santo (2018) e o protocolo do Hospital Sírio-Libanês (2018), descrevem os tempos recomendados para cada procedimento a ser realizado, desde a admissão ao desfecho clínico do paciente no ambiente hospitalar. Essa realidade também é declarada nos estudos de Burgo et al (2018), onde identificam o tempo porta-tomografia, como um dos melhores indicadores na melhoria da qualidade na assistência ao indivíduo com AVC.

De acordo com os tempos máximos recomendados no código AVC pelo protocolo do Hospital Sírio-Libanês (2018): A avaliação médica inicial deve acontecer em até 10 minutos; para o acionamento do código AVC, a equipe possui um tempo de até 15 minutos; realização da tomografia de crânio em até 25 minutos; O resultado da neuroimagem em 45 minutos; Tratamento com trombolítico, se indicado em 60 minutos.

Quanto ao ECG, faz-se necessário o exame, por alterações eletrocardiográficas na fase aguda do AVC serem consideradas um evento comum. Braga (2016), demonstra em sua pesquisa importantes achados, sendo 35,7% dos pacientes que apresentaram alterações na onda T, 25,9% prolongamento do QTc, 25% fibrilação atrial e 22,5% alterações no segmento ST. Concluindo em seu estudo a correlação de um pior prognóstico aos pacientes com AVC que apresentaram complicação cardíaca.

## **Escalas aplicadas no atendimento inicial de pacientes acometidos com AVC**

Findando a composição da ficha de atendimento, configura-se a explanação de três escalas de cunho neurológico (Cincinnati, LAPPS e Glasgow), com intuito de identificar possíveis sinais e sintomas sugestivos de AVC.

Segundo a linha de cuidados em acidente vascular cerebral (2012), a escala de Cincinnati é recomendada primordialmente no serviço pré-hospitalar, devendo ser aplicada para reconhecimento de sinais mais frequentes, pois um sinal positivo (com início súbito) é suficiente para suspeita de um AVC.

Almeida (2019), comunga do mesmo consenso, onde em seu estudo aponta a utilização das escalas de Cincinnati Prehospital Stroke Screen (CPSS) e Los Angeles Prehospital Stroke Screen (LAPSS), de alta confiabilidade, sensibilidade e acurácia, garantindo-as válidas e confiáveis para a utilização na população brasileira.

A escala LAPSS, trata-se de uma escala que inclui quatro tópicos de histórico do paciente, a mensuração da glicose no sangue e, três itens sobre exame físico buscando identificar fraqueza motora unilateral (ALMEIDA, 2019).

Quanto a utilização da escala de coma de Glasgow (ECG), o Manual do Ministério da Saúde (2013), recomenda a aplicação da escala para avaliação inicial do cliente e principalmente nas reavaliações (neurocheck) de casos de AVCh. A ECG, avalia a reatividade do paciente mediante a três variáveis: abertura ocular, resposta motora e resposta verbal, mensurada em valores numéricos, onde o menor escore indica estado de gravidade para o paciente.

A utilização da escala de coma de Glasgow exige conhecimento prévio e habilidades. A sua aplicação criteriosa e sistematizada é indispensável para a avaliação e instituição de medidas ao paciente, de modo a garantir a fidedignidade do resultado, o que se torna fundamental no acompanhamento da evolução de pacientes (VIEIRA; GUEDES; BARROS, 2016).

A utilização das escalas na ficha de acolhimento funcionará como instrumento para monitorar o nível de consciência e avaliar o grau de déficit neurológico após a ocorrência de um AVC. Além disso, as escalas são consideradas de rápida aplicação.

## **CONCLUSÃO**

A construção do instrumento intitulado como “Ficha de Acolhimento do Cliente com Suspeita de AVC”, refere-se à primeira etapa de um estudo metodológico, onde as outras etapas serão concluídas em um estudo posterior. A ficha foi idealizada mediante a necessidade de qualificar a assistência e organização de fluxo no atendimento para pacientes que adentrarem os serviços de saúde com hipótese diagnóstica da referida doença, direcionando também na classificação de risco do indivíduo acometido pelo agravo.



A ficha servirá como estratégia no manejo dos pacientes com AVC, direcionando os fluxos para cada procedimento a ser realizado após a chegada no serviço de saúde que disponha dos exames descritos no instrumento, que são necessários para o diagnóstico diferencial da patologia. O avanço que se estabelece em possibilitar um acompanhamento perene de cada indivíduo com suspeita e/ou confirmação de AVC agrega o ensejo de mudanças que perpassam fluxo e rotinas, como a aquisição de equipamentos e outros insumos, assim como, o recrutamento de novos profissionais para o aprimoramento da estratégia e execução integral da linha de cuidado.

Como se trata de uma das patologias mais prevalentes na população e que mais fazem vítimas fatais, ocupando o segundo lugar atrás apenas dos óbitos por doenças cardiovasculares, faz-se necessário que os protocolos de atenção em AVC sejam definidos e pactuados pelos diferentes componentes da Linha de Cuidados, de forma a nivelar o cuidado e permitir o acesso de todos os clientes ao tratamento indicado para cada tipo, ou seja, às terapias estabelecidas em diretrizes respeitando diferenças regionais.

Diante desse contexto, o enfermeiro se torna um profissional essencial no processo do primeiro atendimento, no reconhecimento do AVC de forma ágil e hábil, no acionamento da equipe multiprofissional e na excelência do cuidado a um paciente vítima da doença. Assim, esses profissionais da saúde devem ficar em alerta às condições neurológicas e clínicas dos seus clientes durante todo o manejo assistencial.

## **REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, P. M. V. Tradução, adaptação transcultural, validade e confiabilidade das escalas Cincinnati prehospital stroke scale e Los Angeles prehospital stroke screen. Botucatu, 2019. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Estadual Paulista, 2019.

AMARAL, S. F. O uso do protocolo de Manchester pode auxiliar no atendimento humanizado em uma emergência? Porto Alegre: [s.n.], 2017. Originalmente apresentada como tese de curso técnico em registros e informações em saúde, pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande Do Sul, 2017.

BRAGA, G. P. Alterações eletrocardiográficas como preditores de gravidade no acidente vascular cerebral. Botucatu, 2016. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Estadual Paulista, 2016.

BRASIL. Lei Federal nº 9.610/98 – Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências, 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Manual de bacteriologia da tuberculose. Rio de Janeiro: Guanapá; 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

Trombólise Linha De Cuidados Em acidente vascular cerebral na Rede De Atenção Às Urgências E Emergências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Acidente Vascular Cerebral. AVC: o que é, causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Brasília, 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 423/2012. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4232012\\_8956.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4232012_8956.html)>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BATALHA, E. M. da S.; MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 24, n. abr./ju 2015, p. 432-441, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00432.pdf) > DOI: [10.1590/0104-07072015000192014](https://doi.org/10.1590/0104-07072015000192014)>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BOTELHO, T. S. et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. Temas em saúde, João Pessoa, v. 16, n. 2, 2016.

BURGO, L. E. et al. Implantação do gerenciamento do protocolo de acidente vascular cerebral (AVC): melhoria da qualidade na assistência e geração de conhecimento. CEDEPS - Regional Sul, São Paulo, 24 maio. 2018.

CARVALHO, C.A. de. et al. Enfermagem no trauma: atendimento pré e intra-hospitalar. 1ª ed. Porto Alegre: Moriá; 2019.

GULA, E.A. et al. Informatização da admissão e internação hospitalar e seguimento ambulatorial de pacientes traumatizados. Rev J. Health Inform, São Paulo, v. 8, p. 955-962, nov. 2016. Disponível em:

<[http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/07/906718/anais\\_cbis\\_2016\\_artigos\\_completos-955-962.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/07/906718/anais_cbis_2016_artigos_completos-955-962.pdf)>. Acesso em 13 fev. 2020.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Neurologia. Protocolo AVC: Guia de doenças. São Paulo, 2016.

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. Neurologia. PROTOCOLO GERENCIADO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL. São Paulo, 2018.

IBGE. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios contínua: Número de pessoas idosas cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. 2018. [s.l.]: IBGE, 2018. Disponível em :< <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/>> Acesso em 04 dez. 2018.

MERHY, E. E. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

PORTELA, F. F. Construção e validação de instrumento para avaliação da qualidade dos processos e resultados do serviço de atendimento móvel de urgência relacionados ao acidente vascular cerebral. Curitiba, 2017. Originalmente apresentada como dissertação de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal do Paraná, 2017.

SERVIN, S. C. N. et al. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco. Sistema Único de Saúde (Sus) Hospitais Municipais/ Secretaria Municipal de Saúde, São Luís/ M, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf)>. Acesso em 12 fev. 2020.

TELESSAÚDERS-UFRGS. Telecondutas: acidente vascular cerebral. Porto Alegre: TELESSAÚDERS-UFRGS, 2018.

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, Recife, v. 13, p. 4226-4232, nov., 2016

## **Apêndice 1. Ficha de Acolhimento do Cliente com Suspeita de AVC**

Publicada como suplemento

---

**Recebido:** 01 de abril de 2020. **Aceito:** 04 de outubro de 2021

**Correspondência:** Maria Ruth Brandão Sales. **E-mail:** ruthsales90@gmail.com

**Conflito de Interesses:** o autor declarara não haver conflito de interesses

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited